

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos
violentos**

**Memory and narrative of traumatic events in victims of
violent acts**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Carmen Soberón Casado

DIRECTORA

María Crespo López

Madrid

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica



TESIS DOCTORAL

Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

Memory and narrative of traumatic events in victims of violent acts

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR PRESENTADA POR

Carmen Soberón Casado

Bajo la dirección de la doctora

María Crespo López

Madrid, 2020

“Y rebusco en la memoria el rincón

donde perdí la razón”

Roberto Iniesta

Agradecimientos

“En 1927 un matemático formuló el principio de incertidumbre. Venía a decir algo así como que nada se puede predecir con exactitud, siempre queda un margen de incertidumbre en el conocimiento humano, y en ese margen de incertidumbre yo siempre pensé que estaba la música, las canciones.

El principio está relacionado con el hecho de que el observador, con el mero hecho de ser testigo, influye en la realidad que está observando, la altera, introduce una variable de indeterminación, y esta noche, si a ustedes les parece bien, me gustaría hacer un experimento. Me gustaría demostrar que cada canción es diferente simplemente porque tú estás a mi lado, cada concierto es diferente porque tú lo escuchas, porque tú cantas conmigo. Así que, manos a la obra. Nada está escrito, la historia no ha terminado. Quizá los siguientes días sigan siendo terribles y grises, puede ser, pero puede que no, puede que todo cambie, que los días que tienen que venir abran ventanas a la esperanza. Este puede ser un buen comienzo, este puede ser un buen principio”

Ismael Serrano

Partiendo de la aplicación del principio de incertidumbre a la vida, esta tesis también ha sido diferente gracias a aquellos observadores que, cada uno con su propia melodía y voz, han influido en mi realidad, en el resultado de esta tesis y en efecto han sido variables de indeterminación muy determinantes para que esta humilde introducción a la banda sonora de mi carrera investigadora pudiera llegar a ser leída y escuchada.

Como no puede ser de otra manera, me gustaría comenzar dando las gracias a mi directora María Crespo, sin la que nada de esto hubiera sido posible. Hace ya 9 años, María me dio la oportunidad de empezar a colaborar en distintos proyectos. Depositó su confianza en mí, haciéndome sentir que tenía cualidades y descubriéndome mi vocación

VIII / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

por la investigación y, posteriormente, por la docencia. A lo largo de los años me ha dado más de lo que puedo enumerar en estas líneas, pero, si tuviera que quedarme con algo, sería con cómo ha fomentado mi resiliencia.

Especial mención merecen también mis compañeras del Grupo de Investigación en Victimología María del Mar Gómez-Gutiérrez, Violeta Fernández-Lansac y Ana Teresa Piccini Larco. Me habéis enseñado mucho de investigación, pero sobretodo habéis estado en cada paso de esta locura escuchando y cantando cada canción a mi lado, dándome el pie cuando olvidaba la letra y parecía que no iba a llegar a la meta. Pero no solo eso, también hemos compartido letras buenrolleras sobre “cuerpitos caribeños”, frambuesas y otras aventuras que hablan sobre momentos importantes en la vida de cada una de nosotras. Hemos desafiado al temporal, incluso, a los acomodadores, consiguiendo un tipo de relación que se mantiene a pesar de los cambios y que, espero, siga manteniéndose. En gran medida, gracias a esa relación, esta canción está escrita y lista para ser interpretada. Infinitas gracias por todo.

También agradecer al resto de compañeros del Grupo de Investigación su apoyo y ánimos continuos. A Ana Guillén por sus emails con un asunto tan simple como “¿qué tal?” que tanto significan en determinadas circunstancias. A Carlos y Celia por las conversaciones entre pasillos, siempre con una sonrisa y dispuestos a ofrecer cualquier ayuda con la docencia u otros menesteres.

Y, en general, a todos los compañeros, profesores y personal de administración y servicios de la Universidad Complutense con los que he tenido el placer de coincidir y que han contribuido a que esta experiencia doctoral fuera más amable y satisfactoria. En este contexto, quiero destacar el papel fundamental de los que han sido mis compañeros en el despacho de “becarios” del Departamento de Psicología Clínica. Agradecer a Teresa Boemo porque “sin saber nada” y en los peores momentos, ha estado ahí, regalándome su mejor “salsa” al ritmo de las cañas del Manolo o de cualquier sitio nuevo de Madrid, Potes, Lisboa o Santander. Siempre con una sonrisa, siempre dispuesta a escuchar una y otra vez mis miedos y dificultades en la regulación

emocional, su especialidad. Pero no solo eso, me has forzado a salir y disfrutar cada momento a tu lado, sin hacer preguntas, pero atendiendo a las respuestas no demandadas.

También agradecerle especialmente su compañía en este camino a mi peque, Almu Trucharte, porque diga lo que diga el VIA, una de tus fortalezas claras es el amor que demuestras día a día por los demás. Pequeña mía, me has aguantado lo que no está escrito, has sabido comprender cuando era necesario y siempre que has podido has estado ahí para sacarme una sonrisa de niña juguetona. Por los “pelotashos” y los bailes en sitios de jovenzuelos. Por cada descubrimiento y palabra de aliento. Por todo, como sabes, “soy fan de ti”.

También cabe destacar el papel de otra persona imprescindible en mi tesis: Alba Contreras. Sin conocerme apenas me abriste de par en par las puertas de tu vida y de tu corazón. Fuiste mi colchoneta en la que caer cuando me empeñaba en afrontar un bloque para el que no estaba preparada, cortando mi tendencia a alcanzar obsesivamente un reto que, por lo que fuera, ese día no conseguía alcanzar. Al tiempo, me motivabas y tratabas de guiarme para que, por fin, llegado el momento fuera capaz de afrontarlo. Hemos vivido momentos increíbles junto con la “manolipandi”. Momentos en los que el sentimiento de pertenencia, diversión y amor me dio lo que otras vivencias me habían quitado. Gracias por todo y “perdón por los bailes”.

Hablando de la “manolipandi”, no puedo pasar sin detenerme a agradecer con todo mi corazón a Sindy, Dani y Jose haber pasado conmigo parte de este camino. Gracias por compartir, aún en la distancia, ese amor por la música, las risas, el cariño sincero y la emoción que tantas fuerzas me ha dado. Vosotros sois como el “Qué bello es vivir*del Kanka. Un reconocimiento a la felicidad más tonta y a la vez más importante; “al amor y sus fracasos”; a la vida...

No podía faltar en mis agradecimientos mi otra compañera entre las compañeras: Sara González. ¿Quién me iba a decir que la persona que me “quitó” la beca el primer año se iba a convertir en otra de las piedras angulares de mi vida? Pues

X / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

tú lo hiciste posible gaditana con tu ternura y tu cariño. Añoro esos viajes en coche a la universidad entre confidencias, así como las cañas de después que nos ayudaban a afrontar los envistes de la tesis e hicieron que forjáramos una amistad que, a pesar de los cambios, creo sinceramente que resulta inquebrantable. Y si hablo de Sara, igual que si hablo de Violeta, no puedo olvidarme de sus dos parejas a las que considero ya amigos: Elena y Rafa. Esa griega de acento venezolano y ese clon de Fito Cabrales que conquistó a mis tías. Habéis sido una parte fundamental de mi vida en estos años y, por extensión de esta tesis.

Agradecer también la acogida en el grupo de los “antiguos becarios” con los que he disfrutado tanto en la barbacoa mateña, Navaluenga, cumpleaños y encuentros varios. A Regi, Irene, Iván y, en especial a Teo, por empatizar y estar ahí ante los problemas del final de la tesis.

Y si hablo del despacho, no puedo olvidarme de los que son ya casi inquilinos de este: Mentxu y Carmelo. A veces una sonrisa, una palabra de aliento, una invitación a una conferencia o comida hacen mucho. Y vosotros me habéis permitido todo eso, haciendo que me sintiera una parte no oficial de ese loco grupo casi musical que es el Happyteam.

A David Rubin, por acogerme en Duke y enseñarme tantas cosas en tan poco tiempo. Por empeñarse en mandarme a todos los seminarios posibles de la universidad y porque, sin dejar de animarme, me dio un feedback muy importante, permitiéndome discutir de igual a igual aspectos claves del estudio de la memoria que se han visto reflejados en mayor o menor medida en esta tesis.

A mis padres, porque sin ellos está claro que nada de esto hubiera sido posible. A mi padre, por comerse algunos de los primeros y últimos borradores de tesis que mis inseguridades vetaban. Por estar siempre, aún sin saber realmente cómo estar. Por inculcarme esa sensibilidad emocional por la música que tanto ha supuesto para que mantenga la cordura. Por Eric Clapton, “Tears in Heaven” y un viaje en coche en el que me contó su historia. Por su ternura. Por todo. Gracias.

Agradecerle a mi madre que de alguna manera me ayudara a descubrir la Psicología, educándome entre informes de Servicios Sociales y “usuarios”. Por transmitirme esa necesidad del Estado de Bienestar, la equidad social y, sobretodo, la empatía y las ganas desmedidas por ayudar a aquellos que a veces parecen condenados a la exclusión social. Como decía Lluís Llach en esa canción que me gustaba tanto de tu disco de la colección de EL PAÍS “Si estirem tots ella caurà I molt de temps no pot durar”

A mi hermano Gonzalo porque, aunque por momentos yo no lo supiera o a él le costara mostrarlo, siempre ha estado a mi espalda, sosteniéndome a su modo en cada etapa de la tesis y de la vida. Te quiero mucho hermanito mareos.

También agradecerle a mi hermano mayor Guillermo, que más que nunca en la recta final de esta tesis ha ejercido como tal motivándome a salir de los bucles a base de ánimos, escalada y, sobretodo, ayudándome a valorar las cosas en su justa medida y disipando un poco esa visión de la vida como una escalera en la que buscar un nuevo escalón imposible de salvar.

A mi cuñada y tocaya Carmen, que como diría el Kanka, vino para quedarse y acompañarme en este caminar con su sensibilidad y su cariño. Ojalá algún día pueda llegar a ser la mitad de buena madre de lo que he visto que has sido tú en estos meses. Te admiro mucho y nunca podré agradeceros lo bastante a ti y a Guille este último año y pico que habéis culminado creando a mi luz en la tormenta. A la Lola que no se llama Dolores. Mi enana. Mi bicho. Esa cosita que, en efecto, ha sido lo más bonito e intenso que he sentido en mi vida y que, sin duda, ha dado un vuelco a la realidad que observaba. Gracias en gran parte a ti Lolinchi esta tesis está acabada y, aunque tú aún no puedas leer o entender estas líneas, ni ser consciente de lo que has supuesto en mi vida, quiero que sepas que sobre todas las cosas “mi amor siempre estará cuidándote”.

A mi hermana canina Luna y mi sobrina felina Frida. Porque, como muchas de las participantes de esta tesis hicieron patente, los animales también se pueden

XII / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

convertir en una parte importante de nuestras familias, ofreciéndonos recuerdos positivos y un apoyo fundamental para superar la adversidad.

Al resto de mi gran e imperfecta familia. Empezando por mis abuelos de sangre y postizos: Paco, Maribel, Conchita y Purita. Os habéis ido, pero permanecéis a mi lado en forma de innumerables recuerdos que huelen a infancia y suenan a música clásica y canciones tradicionales cántabras. A mis tíos (Macu, Marta, Tita-Char, María Cruz, Gel...) y primos (Blan, Igna, Fat, Juan, Luis...) siempre a punto para cantar [mal] entre caña y caña un flamenco o un "Santander la marinera". Gracias por estar ahí a nuestro modo peculiar Soberón. Os quiero.

Gracias también a mis amigos de Potes por aguantarme y cantar a mi lado a pleno pulmón. A Coper, a Me, a Chipi, a Carni, a María, a Gema, a Natalia, a Ucu y a More. Con una mención especial a Bin por su aportación artística a la portada de esta tesis, así como a Sergio y Carlos. Siempre presentes. En fin, para todos vosotros una vez más grito eso de... "Ucuuu, ponme la veredaaa".

No podía faltar tampoco en un plano emocional Raquel, algo más que mi eterna psicóloga, mi amiga. Fuiste clave a la hora de fomentar mis sentimientos de valía para la investigación desde los inicios, en mi decisión de meterme en el doctorado y en cada paso del proceso. Pero sobretodo, has sido una pieza fundamental de mi mundo emocional, estando presente en cada caída, en cada recuperación y transmitiéndome algo fundamental: amor y comprensión. Para ti va dedicada la cita inicial de estos agradecimientos, porque gracias a ti cada día confío más en ese principio de incertidumbre.

Agradecer también la colaboración de esos alumnos que ayudaron en el reclutamiento y en la codificación de las narrativas. A Alba, Andrea, Alejandro, Marta, María, Ainoa, Alejandra y un largo etcétera. Recuerdo esas fases como unas de las más arduas y laboriosas de la tesis, pero gracias a vosotros fue posible superarlas y no puedo más que reconocer vuestro trabajo y desear que supusiera para vosotros también un aprendizaje enriquecedor.

A los profesionales de las organizaciones que colaboraron en el reclutamiento de participantes: la Federación de Mujeres Progresistas; la Asociación Beccaría; la Oficina de Atención a Víctimas de los Juzgados de Toledo; y la Asociación de Mujeres de Opañel. Sin vuestra disposición, ayuda y paciencia nada de esto hubiera sido posible.

Y, por último, agradecer sobretodo a aquellas participantes que se brindaron a colaborar desinteresadamente en este humilde proyecto. Hay pocas cosas tan difíciles para una víctima de un acontecimiento traumático como relatar con cierto grado de detalle lo que partió su vida en dos. Aquello que, en ocasiones, ni siquiera habían sido capaces de contar a sus más allegados o procesar realmente. He aprendido mucho de vosotras y creo que nunca podré agradecer lo suficiente vuestra colaboración.

Y en relación con este agradecimiento, me tomo la libertad de recuperar las palabras de un gran músico, pero sobretodo una gran persona, que, como vosotras, ha puesto su historia traumática al servicio de otras víctimas. Esa persona es James Rhodes y como clamó en la última gala de los Goya. “La supervivencia también puede ser un acto de rebeldía”. Sobrevivid, luchad, aunque solo sea por recuperar una mínima parte de esa vida que en un momento dado os dio la espalda y dar en la cara a los agresores que, a pesar de su voluntad de someteros, no consiguieron acabar con lo que sois, al menos con vuestra esencia más básica y humana.

Con todo mi corazón, gracias a todos.



Para el desarrollo de esta tesis doctoral se ha contado con la colaboración de las siguientes organizaciones implicadas en la captación de las participantes que conforman la muestra objeto de estudio:

- Federación de Mujeres Progresistas (FMP).
- Asociación Beccaría para la prevención del delito y tratamiento de la víctima y el delincuente.
- Oficina de Atención a Víctimas de los Juzgados de Toledo.
- Asociación de Mujeres de Opañel.



Esta tesis doctoral ha sido posible gracias a la concesión de un contrato predoctoral a la autora [Programa de Financiación de Universidad Complutense de Madrid – Santander Universidades, Convocatoria 2015].

Esta tesis se inscribe dentro del Proyecto de Investigación I+D+I “*Secuelas psicológicas y narrativa del suceso en mujeres víctimas de violencia en la pareja*” del Subprograma de Proyectos de Investigación Fundamental no Orientada, Convocatoria 2012, del Ministerio de Economía y Competitividad del Gobierno de España [proyecto PSI2012-31952].

ÍNDICE

ABSTRACT	1
RESUMEN	7
MARCO TEÓRICO	13
CAPÍTULO 1	
TRAUMA Y TEPT: CONCEPTUALIZACIÓN Y CARACTERIZACIÓN.....	15
1.1. <i>El concepto de acontecimiento traumático</i>	17
1.2. <i>Conceptualización del TEPT</i>	24
1.2.1. <i>Modelo Categorial.....</i>	24
1.2.2. <i>Modelo Dimensional.....</i>	47
1.2.3. <i>Modelo de Redes</i>	56
CAPÍTULO 2	
EL TEPT: ¿UN TRASTORNO DE MEMORIA?.....	75
2.1. <i>El TEPT y la memoria</i>	77
2.2. <i>Modelos y teorías de la memoria y el trauma</i>	83
2.2.1. <i>Modelos de los mecanismos especiales.....</i>	89
2.2.1.1. <i>Modelo de los síndromes de respuesta al estrés.....</i>	89
2.2.1.2. <i>Teoría de las creencias básicas.....</i>	92
2.2.1.3. <i>Teoría del procesamiento emocional</i>	97
2.2.1.4. <i>Teoría de la representación dual del TEPT.....</i>	101
2.2.1.5. <i>Modelo cognitivo del TEPT</i>	111
2.2.2. <i>Modelos de los mecanismos básicos.....</i>	118
2.2.2.1. <i>Enfoque del hito o punto de referencia</i>	118
2.2.2.2. <i>Modelo mnemónico</i>	119
2.2.2.3. <i>Teoría de la memoria autobiográfica del TEPT (AMT).....</i>	122
CAPÍTULO 3	
EL ESTUDIO DE LA MEMORIA TRAUMÁTICA	127
3.1. <i>La memoria y el trauma desde la psicología básica y aplicada.....</i>	129
3.2. <i>Aproximaciones metodológicas a la memoria traumática.....</i>	131
3.3. <i>Métodos de investigación en el estudio de la memoria traumática</i>	135
3.4. <i>Las narrativas: Una puerta para el estudio de la memoria traumática</i>	138
3.3.1. <i>Revisiones previas de la literatura sobre narrativas traumáticas.....</i>	140
3.3.1.1. <i>Diferencias metodológicas y heterogeneidad de las evidencias.....</i>	145
3.4. <i>Conclusiones</i>	174

XVIII / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

ESTUDIO EMPÍRICO	179
CAPÍTULO 4	
PLANTEAMIENTO GENERAL, OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	181
4.1. <i>Planteamiento general</i>	183
4.2. <i>Objetivos</i>	187
4.3. <i>Hipótesis</i>	189
CAPÍTULO 5	
MÉTODO	191
5.1. <i>Participantes</i>	193
5.2. <i>Procedimiento</i>	194
5.3. <i>Materiales e instrumentos</i>	196
5.3.1. Instrumentos heteroaplicados.....	197
5.3.2. Instrumentos autoaplicados	200
5.3.3. Instrumentos de evaluación de VV narrativas.....	204
5.4. <i>Análisis de datos</i>	209
CAPÍTULO 6	
RESULTADOS	215
6.1. <i>Caracterización de la muestra</i>	217
6.1.1. Características sociodemográficas	217
6.1.2. Características de los eventos estresantes	218
6.1.3. Historia de eventos estresantes.....	222
6.1.4. Características de los eventos positivos	224
6.1.5. Aspectos autoinformados relevantes de los recuerdos estresantes.....	226
6.1.6. Otras variables relacionadas con la narrativa de los recuerdos	233
6.1.6. Variables clínicas	234
6.1.7. Recursos personales	242
6.2. <i>Variables narrativas, tipo de evento y valencia del recuerdo</i>	244
6.2.1. Selección de las covariables.....	244
6.2.2. Comparaciones en las variables narrativas en virtud de los grupos y la valencia de las narrativas	253
6.4. <i>Relaciones entre los aspectos narrativos y la sintomatología</i>	266
6.4.1. Correlaciones entre las VV narrativas, la centralidad del recuerdo y las VV clínicas.....	266
6.4.2. Las VV del recuerdo y el estado clínico: modelos y predictores.....	273
6.4.2.1. Recuerdos traumáticos y estado clínico en víctimas de violencia	273
6.4.2.2. Recuerdos positivos y estado clínico en víctimas de violencia.....	289
CAPÍTULO 7	
CONTRASTE DE HIPÓTESIS	303

CAPÍTULO 8

DISCUSIÓN.....	311
7.1. <i>Características de las narrativas estresantes</i>	<i>313</i>
7.2. <i>Diferencias en las narrativas estresantes en virtud del tipo de evento</i>	<i>321</i>
7.3. <i>Las variables de las narrativas estresantes y el estado clínico</i>	<i>330</i>
7.4. <i>Las variables de las narrativas positivas y el estado clínico</i>	<i>335</i>
7.5. <i>Aportaciones e implicaciones.....</i>	<i>339</i>
7.6. <i>Limitaciones.....</i>	<i>342</i>
GENERAL CONCLUSIONS	345
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	353
ANEXOS.....	395

ÍNDICE DE TABLAS

Capítulo 1

Tabla 1.1. Criterios diagnósticos del TEPT según el DSM-5 (APA, 2013).....	32
Tabla 1.2. Criterios diagnósticos del TEPT según la CIE-11	35
Tabla 1.3. Criterios diagnósticos del TEPT Complejo según la CIE-11.....	37

Capítulo 5

Tabla 5.1. Criterios de inclusión y exclusión para la participación.....	194
Tabla 5.2. Variables e instrumentos de evaluación.....	196
Tabla 5.3. Fiabilidad interjueces de las variables continuas del CASNOT.	208
Tabla 5.4. Criterios de interpretación de medidas del tamaño del efecto	209

Capítulo 6

Tabla 6.1. Características sociodemográficas de las participantes por grupos.	218
Tabla 6.2. Características objetivas de los eventos estresantes por grupos.	219
Tabla 6.3. Características subjetivas de los eventos estresantes por grupos.....	222
Tabla 6.4. Historia de eventos estresantes por grupos.....	224
Tabla 6.5. Tipos de eventos positivos por grupos.....	226
Tabla 6.6. Centralidad del evento estresante por grupos.....	227
Tabla 6.7. Integración y estrategias de afrontamiento del recuerdo por grupos.....	229
Tabla 6.8. Variables asociadas a la elaboración del recuerdo por grupos.	233
Tabla 6.9. Intensidad de la sintomatología postraumática por grupos.....	236
Tabla 6.10. Posible diagnóstico y cumplimiento de criterios del TEPT por grupos.	238
Tabla 6.11. Disociación peritraumática por grupos.	239
Tabla 6.12. Sintomatología de ansiedad y depresión por grupos.....	240
Tabla 6.13. Consumo de sustancias por grupos.....	242
Tabla 6.14. Correlaciones entre potenciales covariables y las VVDD	247
Tabla 6.15. Correlaciones entre variables narrativas del recuerdo negativo y neutro	249
Tabla 6.16. Correlaciones entre variables narrativas del recuerdo positivo y neutro	250
Tabla 6.17. Correlaciones entre potenciales covariables.....	252
Tabla 6.18. Comparaciones en las variables narrativas en virtud de los grupos y la valencia de las narrativas.	264
Tabla 6.19. Correlaciones entre las VV narrativas, la centralidad y la sintomatología en víctimas de violencia	271

XXII / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

Tabla 6.20. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre la sintomatología del TEPT en víctimas de violencia.....	275
Tabla 6.21. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre los síntomas intrusivos en víctimas de violencia.....	276
Tabla 6.22. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre los síntomas de evitación en víctimas de violencia.....	278
Tabla 6.23. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo en víctimas de violencia.....	280
Tabla 6.24. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre las alteraciones en la activación y reactividad en víctimas de violencia.....	282
Tabla 6.25. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre los síntomas disociativos peritraumáticos en víctimas de violencia.....	283
Tabla 6.26. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre los síntomas disociativos postraumáticos en víctimas de violencia.....	285
Tabla 6.27. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre la sintomatología ansiosa en víctimas de violencia.....	287
Tabla 6.28. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre los síntomas de depresión en víctimas de violencia.....	288
Tabla 6.29. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre la sintomatología postraumática en víctimas de violencia.....	290
Tabla 6.30. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre los síntomas intrusivos en víctimas de violencia.....	291
Tabla 6.31. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre los síntomas de evitación en víctimas de violencia.....	292
Tabla 6.32. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo en víctimas de violencia.....	294
Tabla 6.33. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre las alteraciones en la activación y reactividad en víctimas de violencia.....	295
Tabla 6.34. Análisis de Regresión Lineal Jerárquicos de las VV de la narrativa positiva sobre los síntomas disociativos peritraumáticos en víctimas de violencia.....	296
Tabla 6.35. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre los síntomas disociativos postraumáticos en víctimas de violencia.....	298
Tabla 6.36. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre la sintomatología ansiosa en víctimas de violencia.....	299
Tabla 6.37. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre los síntomas de depresión en víctimas de violencia.....	300

ÍNDICE DE FIGURAS

Capítulo 1

Figura 1.1. Red de síntomas DSM-5 del TEPT. 57

Figura 1.2. Red de síntomas de los 12 diagnósticos principales del DSM-IV..... 64

Capítulo 2

Figura 2.1. Diagrama de Horowitz sobre la respuesta psicológica humana a los eventos traumáticos.
..... 92

Figura 2.2. Diagrama de la Teoría del Procesamiento emocional. 101

Figura 2.3. Diagrama de la Teoría de la representación dual del TEPT. 106

Figura 2.4. Diagrama de la codificación no patológica del recuerdo traumático desde la revisión del Modelo de la representación dual. 109

Figura 2.5. Diagrama del procesamiento patológico del recuerdo traumático desde la revisión del Modelo de la representación dual. 111

Figura 2.6. Diagrama del Modelo cognitivo del TEPT..... 118

Figura 2.7. Diagrama del Modelo mnemónico del TEPT. 122

Figura 2.8. Diagrama de la teoría de la memoria autobiográfica del TEPT. 126

Capítulo 4

Figura 4.1. Diagrama de las comparaciones dirigidas a determinar el efecto del evento y la valencia en las variables narrativas..... 188

Figura 4.2. Manifestaciones clínicas evaluadas en términos de severidad. 188

Abstract

Introduction

The central role of memory in the effects of traumatic exposure and its psychopathological correlates is indisputable. However, in the study of the relationship between memory and trauma, there is a confrontation between two opposing views by virtue of the use of special vs. basic memory mechanisms that could be activated as a consequence of the highly emotional character of a traumatic event, promoting either altered or sublimated explicit memory of the event (Rubin, Boals et al., 2008).

These controversies, together with the limitations associated with the dominant assessment techniques in the study of memory and trauma (mainly based on self-reports), have motivated the increase in recent years of the analysis of narratives as a more ecological and informative methodology (Desrochers et al., 2016; Habermas, 2015) that could contribute to the resolution of doubts that still surround this area of study.

However, as with any novelty, narrative research still has certain gaps, among which the lack of consideration of the possible effect of nature and the characteristics of traumatic events stand out (Crespo & Fernández-Lansac, 2015; O'Kearney & Perrott, 2006), as well as other relevant factors that could greatly affect the evidence.

Likewise, despite its presumed relevance, few studies have explored the possible effect of trauma on the characteristics of positive memories as well as the relationship between these and the clinical status of victims of traumatic events.

Objectives

On this basis, the first objective of this doctoral thesis is to determine the effect of memory valence (stressful vs. positive) and the type of event experienced (chronic gender-based partner violence vs. episodic violence vs. non-traumatic events) in the narrative variables, controlling those factors that could affect the possible observed differences. The second objective involves exploring the possible relationships between

4 / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

characteristics of traumatic and positive memories and the severity of clinical correlates in victims of violence.

Methodology

To achieve these objectives, a cross-sectional study was conducted with 50 women exposed to chronic gender-based partner violence (group Vc), 50 women exposed to a single episode of interpersonal violence (Ve group), and 50 women exposed to stressful nontraumatic events under the DSM-5 (Nt group). The measures implemented included a structured interview and hetero- and self-administered measures. Among the evaluated clinical variables, PTSD, peritraumatic dissociative and post-traumatic, anxious and depressive symptomatology stand out. From the narrative task, which involved the narrative of a neutral recollection, a positive recollection and the stressful event that was the object of evaluation, the most relevant narrative variables were evaluated through the Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC; Pennebaker, Chung, Ireland, Gonzales, & Booth, 2007) and the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT; Fernández-Lansac & Crespo, 2017a).

Results

Stressful narratives turned out to be longer, quicker, more coherent, and with a more negative emotional tone and more spatially and temporally oriented than were positive narratives. Regarding content, they also included fewer references to affective processes in general and to positive emotions in particular as well as more expressions associated with negative emotions, irritability and cause. In addition, for the victims of violence, stressful narratives were more detailed than were positive narratives.

Regarding the differences by groups, victims of violence, but especially those who suffered Ve, showed a greater narrative speed in general and constructed stress narratives significantly longer and more spatially oriented than did victims of non-traumatic events. For their part, the participants in the Ve group developed more

coherent and detailed narratives than did those in the Vc group. Likewise, victims of Vc used more pronouns in the first person singular and expressed more anger than did the other two comparison groups. In addition, groups Vc and Nt showed a more negative emotional tone and included a greater proportion of negative emotions. Finally, participants exposed to Nt events expressed sadness more frequently than did the participants in the other two comparison groups.

Likewise, for the victims of violence, the narrative variables of both the stressful and positive narratives predicted a significant proportion of the variance in all evaluated clinical manifestations. In the case of the stressful narratives, they stand out for their role as predictors of a greater number of correlates: the lower the narrative coherence, the more affective expressions. In the positive narratives, coherence and emotional tone were the main predictors of psychopathological manifestations.

Conclusions

The results of this study, although they are in line with previous evidence in oral narratives, do not allow us to conclusively confirm the hypotheses maintained from any of the memory and trauma approaches, with the need for new studies to confirm whether, as the narrative evidence suggests, none of these proposals would be entirely correct.

On the other hand, the wide variety of differences observed between the groups seems to confirm that narrative memories present variations among the victims of different types of events, and it is not convenient, as has been done so far, to draw general conclusions from heterogeneous samples of individuals exposed to different types of events or, on the contrary, to a single event of a very specific nature.

Finally, the identification of narrative variables that allow predicting different post-traumatic clinical correlates is a very valuable source of information for the development and improvement of interventions directed specifically at these variables. Special mention should be made of narrative predictors of positive memories that could serve as support for the development of new intervention techniques based on these types of

6 / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

memories, which, based on recent evidence (Contractor, Banducci, Jin, Keegan & Weiss, 2020), constitute a promising strategy in interventions with victims of traumatic events.

Resumen

Introducción

Resulta indiscutible el papel central que desempeña la memoria en los efectos de la exposición traumática y sus correlatos psicopatológicos. Sin embargo, en el estudio de la relación entre memoria y trauma existe un enfrentamiento entre dos visiones contrapuestas en virtud del recurso a mecanismos especiales vs. básicos de memoria que se activarían como consecuencia del carácter altamente emocional del evento, promoviendo que el recuerdo explícito del mismo esté alterado vs. sublimado (Rubin, Boals, et al., 2008).

Estas controversias, unidas a las limitaciones asociadas a las técnicas de evaluación dominantes en el estudio de la memoria y el trauma (basadas fundamentalmente en el autoinforme), han motivado el auge en los últimos años del análisis de narrativas como un metodología más ecológica e informativa (Desrochers et al., 2016; Habermas, 2015), que podría contribuir a la resolución de las dudas que aún rodean esta área de estudio.

Sin embargo, como toda novedad, la investigación narrativa aún presenta ciertas lagunas entre las que destaca la falta de consideración del posible efecto de la naturaleza y las características de los eventos traumáticos (Crespo & Fernández-Lansac, 2015; O'Kearney & Perrott, 2006), así como de otros factores relevantes que podrían afectar en gran medida a las evidencias.

Asimismo, a pesar de su presumible relevancia, pocos estudios se han parado a explorar el posible efecto del trauma sobre las características de los recuerdos positivos, así como la relación entre estas y el estado clínico de las víctimas de eventos traumáticos.

Objetivos

Sobre esta base, el primer objetivo de la presente tesis doctoral es determinar el efecto de la valencia del recuerdo (estresante vs. positiva) y el tipo de evento experimentado (violencia de género crónica en la pareja vs. violencia episódica vs. eventos no traumáticos) en las variables narrativas, controlando aquellos factores que pudieran afectar a las posibles diferencias observadas. Por su parte, el segundo objetivo implica explorar las posibles relaciones de las características de los recuerdos traumáticos y positivos y la severidad de los correlatos clínicos en las víctimas de violencia.

Metodología

Para la consecución de los mencionados objetivos se llevó a cabo un estudio transversal con 50 mujeres expuestas a violencia de género crónica en la pareja (grupo Vc), 50 mujeres expuestas a un único episodio de violencia interpersonal (grupo Ve) y 50 mujeres expuestas a eventos estresantes no traumáticos en virtud del DSM-5 (grupo Nt). Las medidas implementadas incluyeron una entrevista estructurada, medidas heteroaplicadas y autoaplicadas. Entre las variables clínicas evaluadas destacan la sintomatología del TEPT, disociativa peritraumática y postraumática, ansiosa y depresiva. Por su parte, a partir de la tarea narrativa, que implicaba el relato de un recuerdo neutro, uno positivo y el evento estresante objeto de evaluación, se evaluaron las variables narrativas más relevantes mediante el *Linguistic Inquiry and Word Count* (LIWC; Pennebaker, Chung, Ireland, Gonzales, & Booth, 2007) y el Sistema de Evaluación y Codificación de Narrativas Traumáticas (CASNOT; Fernández-Lansac & Crespo, 2017a).

Resultados

Las narrativas estresantes frente a las positivas resultaron ser más largas, rápidas, coherentes, con un tono emocional más negativo y más orientadas espacial y temporalmente. En lo que respecta al contenido, además, incluyen menos referencias a procesos afectivos en general y a emociones positivas en particular, así como más expresiones asociadas a emociones negativas, irritabilidad y culpa. Además, en las víctimas de violencia las narrativas estresantes eran más detalladas que las positivas.

En lo referente a las diferencias por grupos, las víctimas de violencia, pero, en especial aquellas que han sufrido Ve, muestran una mayor velocidad narrativa en general y construyen narrativas estresantes significativamente más largas y orientadas espacialmente que las víctimas de eventos no traumáticos. Por su parte, las participantes del grupo Ve frente a las de Vc elaboran narrativas más coherentes y detalladas. Asimismo, las víctimas de Vc utilizan más pronombres en primera persona del singular y expresan más ira que los otros dos grupos de comparación. Además, los grupos Vc y Nt mostraban un tono emocional más negativo e incluían una mayor proporción de emociones negativas. Por último, las participantes expuestas a eventos Nt expresaban tristeza con mayor frecuencia frente a los otros dos grupos de comparación.

Asimismo, en las víctimas de violencia, las variables narrativas, tanto de las narrativas estresantes como de las positivas, predecían una proporción significativa de la varianza en todas las manifestaciones clínicas evaluadas. En el caso de las narrativas estresantes, destacan por su papel como predictores de un mayor número de correlatos: la menor coherencia narrativa y la inclusión de más expresiones afectivas. Por su parte, en las narrativas positivas la coherencia y el tono emocional eran los principales predictores de más manifestaciones psicopatológicas.

Conclusiones

Los resultados de este estudio, aunque están en la línea de las evidencias previas en narrativas orales, no nos permiten confirmar de forma concluyente las hipótesis mantenidas desde ninguno de los enfoques de la memoria y el trauma, siendo necesarios nuevos estudios que permitan confirmar si, tal y como las evidencias narrativas apuntan, ninguna de estas propuestas sería enteramente acertada.

Por su parte, la amplia variedad de diferencias observadas entre los grupos parece confirmar que los recuerdos narrativos presentarían variaciones entre las víctimas de distintos tipos de eventos, no siendo conveniente, como se ha hecho hasta ahora, establecer conclusiones generales a partir de muestras heterogéneas de individuos expuestos a distintos tipos de eventos o, por el contrario, a un único evento con una naturaleza muy específica.

Finalmente, la identificación de variables narrativas que permiten predecir distintos correlatos clínicos postraumáticos son una fuente de información muy valiosa para el desarrollo y mejora de intervenciones dirigidas específicamente a esas variables. Mención especial merecen los predictores narrativos de los recuerdos positivos que servirían de apoyo para el desarrollo de nuevas técnicas de intervención basadas en este tipo de recuerdos que, atendiendo a las evidencias recientes (Contractor, Banducci, Jin, Keegan & Weiss, 2020), pueden constituir una estrategia prometedora en la intervención con víctimas de eventos traumáticos

Marco teórico

CAPÍTULO 1.

Trauma y TEPT:

Conceptualización y caracterización

1.1. El concepto de acontecimiento traumático

La definición del concepto de trauma ha sido foco de grandes debates en la literatura científica, considerándose un punto de partida necesario para cualquier aproximación al procesamiento psicológico de este tipo de eventos. Si bien el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), a diferencia de la mayoría de las patologías incluidas en los sistemas clásicos de clasificación diagnóstica, contempla el trauma como factor etiológico diferencial necesario sobre el que se sustenta la sintomatología subsecuente (APA, 2013; OMS, 2018), el reconocimiento de este rol central del evento no ha ido parejo a su claridad epistemológica (Krupnik, 2019), siendo aún hoy objeto de grandes controversias con claras implicaciones tanto para la práctica clínica y forense, como para la investigación y consideración teórica de este trastorno (Larsen & Berenbaum, 2017).

Así, tal y como destaca Krupnik (2019), podemos identificar dos aproximaciones contrapuestas a este fenómeno. Desde una *visión categorial del trauma*, se pone el foco en el evento, la exposición a éste y sus características objetivas, sin tomar en consideración los aspectos subjetivos de la experiencia traumática. Esta aproximación conceptúa el trauma como una categoría cualitativamente distinta a la adversidad normativa e íntimamente ligada a la sintomatología más propia del TEPT, define lo traumático en virtud de un conjunto más o menos restringido de eventos que, por sus características específicas (e.g. severidad e intensidad), serían considerados como más susceptibles de precipitar el desarrollo de este trastorno siguiendo un modelo de dosis-respuesta (Rosen & Lilienfeld, 2008). Así, desde esta aproximación conceptual, destaca la definición adoptada por la *American Psychiatric Association* en la última edición de su

18 / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2013) que limita en gran medida el tipo de eventos considerados como potencialmente traumáticos a aquellos que supongan la exposición directa o indirecta “a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenazada”, excluyéndose, sin embargo, otros eventos por considerarse más representativos de la adversidad normativa como es el caso de la enfermedad, lesión o intervención médica propia o de una persona cercana o la muerte por causas no violentas o accidentales de un amigo íntimo o familiar cercano. A este respecto, cabe destacar que en el estudio de Kilpatrick et al. (2013), estas exclusiones constituían dos de las tres principales responsables de la reducción significativa de la prevalencia del TEPT en base al DSM-5 en comparación con el DSM-IV-TR, a pesar de que los sujetos cumplieran el resto de los criterios diagnósticos del trastorno (Kilpatrick et al., 2013). Si bien tras su exclusión este tipo de eventos tendrían cabida en otras etiquetas diagnósticas incluidas en la nueva categoría de “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” como los “trastornos de adaptación” o las siempre recurridas etiquetas residuales, debe tenerse en cuenta que la caracterización de estas alternativas es altamente genérica y no incluiría síntomas considerados tradicionalmente como característicos del TEPT como pueden ser los síntomas intrusivos y de evitación. Así, tal como destacan Friedman, Resick, Bryant & Brewin (2011), esta situación podría dar lugar a casos en los que un patrón equivalente de síntomas en dos personas distintas pueda asociarse a dos diagnósticos diferentes atendiendo a la línea arbitraria trazada por esta concepción restrictiva de lo que se considera traumático.

Además, distintos autores han puesto de manifiesto que la exposición a eventos traumáticos objetivos no resulta suficiente para explicar el desarrollo del TEPT (e.g. Boals, 2018; Rosen & Lilienfeld, 2008). Si bien el 70,4% de las personas en el mundo experimentan al menos un evento potencialmente traumático de estas características a lo largo de sus vidas (Benjet et al., 2016), solo un 5,6% de ellos serían diagnosticados de TEPT (Koenen et al., 2017). Es decir, exponerse a un evento traumático objetivo no

supone inevitablemente el desarrollo de TEPT, sino que se asocia tanto con otro tipo de sintomatología (APA, 2013), como con la ausencia de consecuencias psicopatológicas significativas. Asimismo, asociar la exposición a traumas únicamente con la sintomatología postraumática limita en gran medida el abordaje teórico e investigador de la amplia gama de respuestas posibles a este tipo de eventos (Rubin, Berntsen, et al., 2008). Al mismo tiempo, la ausencia de diferencias significativas entre eventos considerados como traumáticos y no traumáticos en virtud del DSM-5 en lo que a la severidad de la sintomatología postraumática se refiere (Larsen & Berenbaum, 2017; Laurel Franklin, Raines & Hurlocker, 2018), tampoco avalaría esta línea conceptual más o menos arbitraria que delimita el concepto de trauma del de adversidad en aras de una aproximación epistemológica que precisamente pretende asociarse a tal realidad psicopatológica. Además, a este respecto, autores como McNally (2003) han destacado que la evaluación de las características objetivas del evento como la severidad se lleva a cabo fundamentalmente mediante autoinformes retrospectivos de las propias víctimas, lo que ciertamente también encerraría un nada desdeñable grado de subjetividad. Más aún si tenemos en cuenta que la severidad de la sintomatología de TEPT afecta de manera significativa y directa a los informes sobre la severidad del evento (McNally, 2003).

En definitiva, atendiendo a estas limitaciones de la aproximación categorial al trauma, distintos autores han manifestado la necesidad de ir más allá del trauma objetivo para poder establecer una conceptualización completa de lo traumático (Boals, 2018; Bowman & Yehuda, 2004; Rosen & Lilienfeld, 2008).

De esta manera, y en contraposición a las definiciones categoriales, se propone una *aproximación dimensional al concepto de trauma*, entendiéndose éste en función de la respuesta subjetiva del organismo en lugar de en virtud del evento objetivo propiamente (Krupnik, 2019). Esta perspectiva más inclusiva, establecería un continuo entre los eventos vitales aversivos y los traumáticos, reconociendo el posible impacto de los denominados por Shapiro (2017) como “pequeños traumas” y sus posibles efectos

20 / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

negativos a largo plazo. Asimismo, esta visión del trauma no pone el foco únicamente en el TEPT, sino que aboga por su aplicación a toda la amplia gama de reacciones psicológicas asociadas a la respuesta traumática que, a su vez, dependerían tanto del contexto como de las diferencias individuales (Bowman & Yehuda, 2004; Krupnik, 2019) en la línea con el modelo de adversidad-estrés propuesto por Bowman & Yehuda (2004). En este contexto, las definiciones puramente dimensionales por lo general suelen hacer referencia a respuestas emocionales al trauma. Así, por ejemplo, paradójicamente, el otro sistema clásico de clasificación diagnóstica, la Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, en su propuesta preliminar de la undécima revisión (CIE-11; OMS, 2018) define precisamente el trauma como “un evento o una serie de eventos sumamente amenazantes u horribles”, dejando en manos de la subjetividad la valoración de tales reacciones emocionales al evento.

Desde el estudio de la memoria, varios autores también han cuestionado la naturaleza categorial de los eventos traumáticos, sumándose a esta perspectiva dimensional, al considerar que otras variables como los esquemas premórbidos (Horowitz (1976/2011; Janoff-Bulman, 1992/2010); el significado dado a la experiencia traumática (Foa, Steketee & Rothbaum, 1989; Janoff-Bulman, 1992/2010) y a las respuestas peritraumáticas (Foa et al., 1989); la disponibilidad del recuerdo explícito del evento (Rubin, Berntsen et al., 2008) o las diferencias individuales (Horowitz, 1976/2011; Rubin, Berntsen et al., 2008; Rubin, Dennis, & Beckham, 2011) influirían en mayor medida en sus correlatos psicológicos que la naturaleza objetiva del evento.

Sin embargo, esta aproximación al trauma también ha sido objeto de duras críticas, resumidas bajo los apelativos de *conceptual bracket creep* (McNally, 2003) o *criterion creep* (Rose, 2004). Así, varios autores advierten de que esta ampliación excesiva del trauma podría suponer la trivialización del concepto (Davidson & Foa, 1991; Friedman et al., 2011; Shephard, 2004; Weathers & Keane, 2007) hasta el extremo de poner en cuestión su sentido y utilidad (Krupnik, 2019; McNally, 2009; Rosen, 2004). A este respecto, si bien se reconocen las evidencias aportadas sobre la prevalencia de

sintomatología postraumática en personas expuestas a estresores no traumáticos (e.g. divorcio o enfermedad crónica), se cuestiona que tales manifestaciones psicopatológicas puedan ser comparables con las observadas en víctimas de eventos traumáticos extremos (e.g. guerra o la violación; McNally, 2009). Asimismo, el peso dado a los factores de vulnerabilidad individual desde esta perspectiva ha sido interpretada por sus críticos como una minusvaloración del rol etiológico del estresor que, a su vez, pondría en cuestión la utilidad clínica de los tratamientos dirigidos a aspectos directamente relacionados con el recuerdo del evento como la terapia de exposición (McNally, 2009) que, sin embargo, se encuentra entre los tratamientos empíricamente validados para el TEPT (American Psychological Association, 2017). Además, esta consideración dimensional de la adversidad y el trauma dificulta en gran medida la operativización del concepto en el ámbito investigador y clínico (Krupnik, 2019), favoreciendo un aumento en la heterogeneidad en las muestras de investigación (McNally, 2003) que limitaría considerablemente las conclusiones derivadas de tales investigaciones. De igual modo, se ha destacado que esta perspectiva podría promover una cultura del trauma en la que se medicalicen respuestas emocionales normales ante situaciones estresantes, subestimando la capacidad de las personas para resistir ante la adversidad (Shephard, 2004).

Como muestra la adopción de las dos aproximaciones contrapuestas en las nuevas ediciones de los sistemas de clasificación diagnóstica, este debate en torno al concepto de trauma hoy en día aún no ha llegado a su fin. Así, autores como Brewin, Lanius, Novac, Schnyder & Galea (2009), en vista de la dificultad de que cualquier definición del trauma pueda lidiar con los problemas e inconsistencias identificados en ambas posturas, proponen como solución al debate la eliminación del criterio referido al evento traumático del diagnóstico del TEPT, centrando éste únicamente en los que consideran síntomas centrales de este trastorno. Sin embargo, hay que tener en cuenta que la eliminación de este criterio no resolvería el problema de la definición del evento traumático, aspecto crucial del TEPT, al que se asocia la sintomatología y sin el que

22 / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

ésta no puede ser entendida (Friedman, 2013; Friedman et al., 2011; Kilpatrick, Resnik & Acierno, 2009).

Otra posible solución planteada en la literatura supone la integración de ambas aproximaciones en una definición de trauma que contemple tanto aspectos objetivos como subjetivos. Precisamente a esta combinación de ambas aproximaciones se adscribía la definición planteada en la edición previa del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR; APA, 2000) que incluye tanto un criterio objetivo, el A1, que restringe los estresores traumáticos a aquellos que impliquen “muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás”, como un criterio subjetivo (A2), que exige la experiencia de las reacciones emocionales peritraumáticas de “miedo, indefensión y horror”. Si embargo, si bien esta definición fue vista como una posible solución a la pugna por la definición de trauma, finalmente se descartó la inclusión de estas respuestas emocionales en la última versión del sistema de clasificación, atendiendo al bajo valor predictivo mostrado por tales correlatos emocionales en diversas investigaciones (Breslau & Kessler, 2001; Brewin, Andrews & Rose, 2000; Karam et al., 2010).

En esta línea de la integración de aspectos categóricos y dimensionales, Krupnik (2019) propone una definición híbrida entre el modelo categorial y dimensional basada en la teoría general del estrés. Así, de acuerdo con una aproximación más dimensional, define el trauma como una respuesta de estrés que dependería tanto de la severidad del estresor, como de la fortaleza de las funciones reguladoras del individuo. Sin embargo, desde una perspectiva categorial, considera la respuesta traumática como cualitativamente distinta de la respuesta normal al estrés y la respuesta patógena a la adversidad. Así, cualquier estresor podría desencadenar una respuesta traumática siempre y cuando su severidad sobrepase la fortaleza de las funciones autorreguladoras. En definitiva, “para ser considerada traumática, la respuesta de estrés debe cumplir la condición necesaria de que el evento esté fuera de la experiencia vital normativa de la persona, y la condición suficiente de que la respuesta incluya un

desajuste en las funciones de autorregulación” (p. 4). De manera que la respuesta patógena a la adversidad resultaría en patología y puede o no cumplir la condición necesaria, mientras que la respuesta traumática, si bien también implicaría un resultado patológico, cumpliría tanto la condición necesaria como la suficiente. A pesar del interés que genera esta aproximación híbrida al trauma, Krupnik (2019) no somete a evaluación empírica su modelo, sosteniéndose éste únicamente en propuestas teóricas y evidencias parciales previas que, por el momento, no ofrecen garantías empíricas sobre tal definición del trauma.

Por su parte, Boals (2018), atendiendo a las discrepancias entre las tasas de prevalencia de la exposición a eventos potencialmente traumáticos y el TEPT comentadas previamente, así como a la presencia de sintomatología del TEPT en víctimas de eventos estresantes no traumáticos, recoge el guante de la evidencia reciente sobre la subjetividad y reconsolidación de los recuerdos traumáticos y analiza la centralidad del recuerdo del trauma como medida subjetiva de la experiencia traumática. Así, los resultados de este estudio parecen confirmar que esta medida subjetiva del trauma desde la perspectiva de centralidad del recuerdo se asociaría, en paralelo a los aspectos objetivos del evento, con la sintomatología postraumática, la calidad de vida, el estrés percibido y los síntomas depresivos. Así pues, los resultados de Boals (2018) avalan en primera instancia el papel de la experiencia subjetiva en la definición del trauma, sugiriendo que la centralidad del recuerdo traumático podría constituir una medida adecuada de tal experiencia. Si bien, la generalización de estos resultados y conclusiones pasaría por el desarrollo de estudios adicionales que los repliquen y comparen distintas medidas de la experiencia subjetiva del trauma.

En definitiva, si bien aún no disponemos de una definición consensuada de lo que constituye un evento traumático, recientemente se ha abierto la puerta a la integración de las perspectivas dominantes sobre su conceptualización, siendo la interpretación subjetiva del recuerdo traumático una medida prometedora de la experiencia subjetiva

que, junto con los aspectos objetivos del evento, podría permitirnos llegar a una futura definición menos limitada y más coherente sobre el concepto de trauma.

1.2. Conceptualización del TEPT

Paralelamente a lo expuesto en relación con la definición del acontecimiento traumático, la conceptualización de los trastornos mentales entre los que se incluye el TEPT también ha estado mediatizada por una pugna entre las aproximaciones categoriales y dimensionales a la psicopatología. Ambas perspectivas, enraizadas en la tradición aristotélica (Carson, 1996; Lilienfeld & Treadway, 2016) y el modelo médico (Borsboom & Cramer, 2013; Compton & Guze, 1995), convergen en el recurso a entidades subyacentes a la sintomatología como causantes de su desarrollo y covariación (McNally, 2016, 2017; McNally et al., 2015). De manera que, desde estos modelos psicopatológicos, la coherencia del cuadro sindrómico residiría en la consideración de los síntomas como indicadores que reflejan un determinado proceso subyacente patológico que constituiría la causa común de la sintomatología (McNally, 2012; McNally et al., 2015).

1.2.1. Modelo Categorial

Desde el modelo categorial, dominante en el estudio de la psicopatología y la práctica clínica durante los últimos setenta años, se establece una taxonomía categórica, por la que los trastornos mentales que subyacen a la sintomatología son considerados como categorías discretas dicotómicas que difieren cualitativamente unas de otras, así como del funcionamiento psicológico normal (Lilienfeld & Treadway, 2016; Widiger & Samuel, 2005).

Esta aproximación categorial, denominada comúnmente como *neo-Kraepeliana* atendiendo a la influencia de la clasificación pionera de los trastornos mentales desarrollada por Kraepelin a finales del siglo XIX (Blashfield, 1984; Compton & Guze, 1995; Lilienfeld & Treadway, 2016), defiende una concepción de la psicopatología descriptiva basada en la evidencia e independiente de los modelos teóricos de la psicopatología, que pone el foco en los síntomas y el curso de los trastornos, como elementos suficientes para su diagnóstico diferencial (Compton & Guze, 1995; Lilienfeld & Treadway, 2016).

En este contexto, los sistemas de clasificación diagnóstica DSM y CIE se erigen como máximos exponentes de esta aproximación categorial. Así, la publicación del DSM-III (American Psychiatric Association – APA-, 1980) supone un cambio sustancial en la consideración diagnóstica del DSM, alejándose de taxonomías vagas, imprecisas y con connotaciones teóricas de las ediciones precedentes; y ofreciendo un sistema operativo de clasificación constituido por criterios disyuntivos, objetivables y específicos para cada trastorno, así como por algoritmos diagnósticos que definen la combinación de criterios necesaria para determinar la presencia de un cuadro clínico (Compton & Guze, 1995; Lilienfeld & Treadway, 2016; Vázquez, Sánchez-López, & Romero, 2014). Asimismo, la publicación del DSM-III (1980) también tiene una influencia determinante en la decima edición de la CIE (Organización Mundial de la Salud -OMS-, 1992), que experimenta un cambio análogo, si bien menos pronunciado, en su paradigma de clasificación hacia una concepción más estrictamente categorial de la psicopatología (Compton & Guze, 1995; Vázquez et al., 2014).

Historia de la conceptualización categorial del TEPT

En lo que al TEPT se refiere, la publicación DSM-III (1980) también constituye un hito destacado atendiendo a su inclusión como entidad diagnóstica independiente dentro de los “trastornos de ansiedad”, que deja atrás la categoría difusa, con claras influencias freudianas y nula base empírica que hacía referencia a una “Grave reacción

26 / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

al estrés” del DSM-I (APA, 1952), así como las “Reacciones de ajuste de la vida adulta” del DSM-II (APA, 1968), que solo describía escasos ejemplos de eventos que presumiblemente podían precipitar tales reacciones (Wilson, 1994).

Frente a estas descripciones inespecíficas de la sintomatología postraumática, el DSM-III (APA, 1980) ofrece una conceptualización operativa del TEPT que, además de definir someramente lo que constituye un evento traumático (i.e. estrés reconocible capaz de provocar síntomas significativos en casi todo el mundo; criterio A), establece una estructura factorial en la que sus 12 síntomas se distribuyen en torno a tres *clústeres*: reexperimentación del traumatismo (criterio B; recuerdos intrusivos [B1], sueños recurrentes [B2] y reexperimentación [B3]); embotamiento en la capacidad de respuesta (criterio C; anhedonia [C1], desapego [C2] y afecto restringido [C3]); y un último clúster sin denominación especificada (criterio D) que comprende los síntomas de hiperactivación o sobresalto [D1], alteraciones del sueño [D2], culpa [D3], afeción de la memoria o de la concentración [D4], evitación conductual [D5] e intensificación de síntomas [D6]. Además, el TEPT es uno de los primeros trastornos en adoptar una definición *politética*, es decir, ninguno de los síntomas individualmente resulta imprescindible para el diagnóstico, si bien éste exige del cumplimiento de al menos un síntoma del criterio B, un síntoma del criterio C y dos síntomas del criterio D.

Por otro lado, esta edición del DSM también recoge los subtipos del TEPT agudo, crónico y demorado que hacen referencia al inicio y duración del cuadro clínico, en función de si este aparece antes o después de que transcurran seis meses desde el acontecimiento y de si la sintomatología se prolonga por un plazo inferior o superior al mismo periodo temporal.

Siete años después de este primer sistema de clasificación propiamente categorial, se publica su versión revisada (DSM-III-R; APA, 1987), que mantiene la consideración del TEPT como “trastorno de ansiedad” y su estructura factorial en torno a tres clústeres, si bien supone cambios sustanciales en los criterios diagnósticos del trastorno. A este respecto, destaca en primer lugar el desarrollo de la definición de

acontecimiento traumático (criterio A) que da mayor énfasis a su naturaleza no normativa y al impacto emocional subjetivo (“marcadamente angustiante”) e incluye algunos ejemplos de eventos traumáticos que permitirían guiar su identificación. Además, se lleva a cabo una redistribución de varios de los síntomas contemplados en el DSM-III (APA, 1980; e.g. la evitación conductual pasa del criterio D al C) que, a su vez, conduce a la recalificación de los clústeres de síntomas, de manera que el criterio C de “embotamiento” pasa a denominarse como de “evitación”, mientras que los síntomas incluidos en el criterio D se consideran bajo el apelativo de “incremento en la activación”. Asimismo, esta revisión también supone la inclusión de nuevos síntomas en los criterios B (malestar psicológico [B4]), C (evitación cognitiva [C1] y sensación de acortamiento del futuro [C7]) y D (irritabilidad o explosiones de ira [D2]); la eliminación del síntoma referido a la culpa incluido en el criterio D del DSM-III (APA, 1980); y la redefinición y/o especificación de todos los criterios contemplados en la edición anterior (e.g. la intensificación de los síntomas pasa a denominarse reactividad fisiológica [D6]).

Así, los 17 síntomas finales que configuran el diagnóstico del TEPT del DSM-III-R (APA, 1987) estaban organizados en un clúster de reexperimentación (criterio B) que incluía los recuerdos intrusivos (B1), sueños recurrentes (B2), reexperimentación (B3) y malestar psicológico (B4); un clúster de evitación que comprendía la evitación cognitiva (C1), evitación conductual (C2), amnesia psicógena (C3), anhedonia (C4), desapego (C5), afecto restringido (C6) y sensación de acortamiento del futuro (C7); y un último clúster relativo al incremento de la activación que incluye las alteraciones del sueño (D1), irritabilidad o explosiones de ira (D2), dificultades de concentración (D3), hipervigilancia (D4), respuesta de sobresalto (D5) y reactividad fisiológica (D6).

Otro cambio destacable de esta revisión es la modificación del algoritmo diagnóstico que ahora exige del cumplimiento de 6 de los 17 síntomas (1B+3C+2D), incrementando considerablemente el umbral para el diagnóstico con respecto a su predecesor. Por último, también se incorpora un criterio referido a la duración de la sintomatología (criterio E) y se eliminan los subtipos, incluyendo solo una especificación

relativa al inicio demorado del trastorno (seis meses después del acontecimiento traumático), pero sin considerar ésta como un subtipo de la entidad diagnóstica.

Poco tiempo después, la CIE sigue los pasos del DSM con la incorporación de TEPT en su decima edición (CIE-10; OMS, 1992), si bien en el caso de la OMS, esta categoría se ubica desde su inclusión dentro del grupo de “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación”. Asimismo, la definición del evento traumático en este sistema de clasificación pone el énfasis en las características propias del evento.

En cuanto a la sintomatología, la CIE-10 (OMS, 1992) establece una descripción de la misma en torno a tres clústeres que comprenden 4 síntomas de reexperimentación prácticamente equivalentes a los incluidos en el DSM-III-R (*flashbacks*, recuerdos intrusivos, sueños recurrentes y malestar psicológico); un criterio que hace referencia exclusivamente a la evitación conductual; y un criterio sin denominación especificada que requiere de la presencia de amnesia psicógena o al menos dos de los 5 síntomas de hiperactivación especificados (alteraciones del sueño, irritabilidad, dificultades de concentración, facilidad para distraerse y sobresaltos o aprensión). Finalmente, esta edición de la CIE establece un criterio temporal, localizando la configuración del cuadro sintomatológico en los seis meses subsiguientes al evento, si bien esta guía temporal no es estricta, indicándose que, en el caso de que el inicio de la sintomatología se demore más de 6 meses, este hecho debe ser especificado en el diagnóstico.

Poco después, el DSM publica una nueva edición (DSM-IV; APA, 1994) en la se incorporan también una serie de modificaciones al diagnóstico de TEPT que tendrán continuidad en la revisión publicada seis años después (DSM-IV-TR; APA, 2000). Esta nueva propuesta diagnóstica, mantendrá los 17 síntomas contemplados en el DSM-III-R (APA, 1987), el algoritmo diagnóstico y la estructura factorial del trastorno en torno a tres clústeres, si bien el clúster B pasa a considerarse de “evitación y embotamiento”, combinando las denominaciones planteadas en el DSM-III (APA, 1980) y DSM-III-R (APA, 1987). Asimismo, esta conceptualización de la sintomatología plantea modificaciones fundamentales para el diagnóstico con respecto a las ediciones

precedentes del DSM, que afectan fundamentalmente a la definición del acontecimiento traumático y la significación clínica del trastorno. Así, como hemos comentado en el apartado anterior, el criterio A se desglosa en el criterio A1 (caracterización del evento) y el criterio A2 (reacciones emocionales peritraumáticas), y recoge tanto la exposición directa como la exposición indirecta (i.e. presencia o conocimiento del evento), al mismo tiempo que supone una mayor especificación del impacto emocional subjetivo del evento al explicitar que éste debe haber generado respuestas intensas de “temor, desesperanza y horror”. En cuanto a la sintomatología, el único cambio destacable es el relativo a la reactividad fisiológica contemplada en el criterio D en las ediciones previas del manual, que pasa a considerarse como un síntoma de reexperimentación incluyéndose, por tanto, en el criterio B (criterio B5). Asimismo, también resulta relevante la nueva incorporación del criterio F dirigido a evaluar la significación clínica del trastorno. Finalmente, se vuelve a considerar como tal el subtipo de inicio demorado y se incorporan los subtipos agudo y crónico en función de si el curso de la sintomatología es inferior o superior a tres meses, respectivamente.

Conceptualización categorial del TEPT en los sistemas de clasificación diagnóstica actuales

Las ediciones más recientes de los manuales diagnósticos de la APA (DSM-5; 2013) y la OMS (CIE-11; 2018) han incorporado cambios decisivos en la conceptualización del TEPT con claras implicaciones para el diagnóstico y la epidemiología de este cuadro clínico. No obstante, si bien hasta ahora ambos sistemas de clasificación habían seguido una línea más o menos común en sus conceptualizaciones del TEPT, esta convergencia se rompe en estas últimas revisiones del trastorno, adoptando, cada una de ellas, aproximaciones contrapuestas a la descripción categorial del TEPT. Este desencuentro se hace especialmente evidente en la literatura, suscitando tensos debates y acusaciones entre los defensores de las distintas posturas en las principales revistas especializadas (e.g. Brewin, 2013;

Friedman, Kilpatrick, Schnurr, & Weathers, 2016; Hoge et al., 2016) y, en cierta medida, es indicativo de la falta de certezas y las grandes incertidumbres que aún planean en torno a la conceptualización categorial de un trastorno tan relevante para la sociedad actual.

En lo que al *DSM-5* (APA, 2013) se refiere, la consideración del TEPT dentro de una categoría de nueva creación referida a los “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” supone un cambio decisivo en su consideración categorial, al subrayar el efecto precipitante de los eventos traumáticos en el desarrollo de la sintomatología.

De igual manera, la caracterización diagnóstica propuesta en esta última edición del DSM (véase Tabla 1.1) también contempla cambios sustanciales en la definición del evento traumático (criterio A) dirigidos a mejorar su especificidad diagnóstica. En este sentido, en lo que a la exposición directa se refiere, como se ha mencionado en el apartado anterior, el manual excluye explícitamente las enfermedades médicas debilitantes o potencialmente mortales que sí eran consideradas como traumáticas en virtud del DSM-IV (APA, 1994) y DSM-IV-TR (APA, 2000), mientras que, la exposición indirecta se limita a eventos con carácter violento o accidental experimentados por familiares o amigos íntimos. Además, la eliminación del criterio referido a las respuestas emocionales peritraumáticas (criterio A2 del DSM-IV y DSM-IV-TR) supone, como se ha comentado, que la definición de evento traumático vuelva a poner el foco únicamente en las características del evento y no en su impacto emocional subjetivo.

Con respecto a la sintomatología, el DSM-5 (APA, 2013) caracteriza el TEPT en virtud de 20 síntomas vinculados explícitamente al evento traumático y estructurados en torno a 4 clústeres: síntomas intrusivos (I; B1-B5); evitación (Ev; C1-C2); alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo (ACEA; D1-D7); y alteraciones en la activación y reactividad (AAR; E1-E6). En este sentido, cabe mencionar que, si bien el grupo de trabajo del DSM-5 contempla esta estructura del TEPT atendiendo a las evidencias de la literatura factorial del TEPT (Friedman, 2013; Friedman, Resick, Bryant,

& Brewin, 2011), estudios posteriores a la revisión del DSM (e.g. Soberón, Crespo, Gómez-Gutiérrez, Fernández-Lansac, & Armour, 2016) apuntan a que ciertos modelos alternativos como el modelo de Anhedonia de seis factores propuesto por Liu et al. (2014) y el modelo Híbrido de siete factores propuesto por Armour et al. (2015) ofrecerían un mejor ajuste que este modelo de cuatro factores.

Por otro lado, el DSM-5 (APA, 2013) incorpora 3 nuevos síntomas relativos a la culpa (D3), estados emocionales persistentes (D4) y el comportamiento imprudente y autodestructivo (E2), así como un nuevo subtipo de TEPT “con síntomas disociativos” de despersonalización y/o desrealización, al tiempo que, en relación al TEPT “de inicio demorado”, que pasa a ser denominado como TEPT “con expresión retardada”, se aclara que algunos de los síntomas pueden empezar a manifestarse desde los momentos inmediatamente posteriores al evento, aunque no pueda establecerse estrictamente el diagnóstico hasta pasados al menos seis meses desde la exposición al mismo.

Por otro lado, el algoritmo diagnóstico del TEPT requiere que el individuo diagnosticado, además de haberse visto expuesto a un evento traumático de acuerdo con la definición establecida en el criterio A, presente al menos un síntoma de cada uno de los criterios B y C y al menos dos síntomas de los criterios D y E, respectivamente. Tales síntomas, además, deben tener una duración superior a un mes (criterio F), producir un deterioro significativo en el funcionamiento del sujeto (criterio G) y no deben poder asociarse a los efectos del consumo de sustancias o enfermedades médicas (criterio H).

En conjunto, el DSM-5 (APA, 2013) adopta una aproximación amplia en la conceptualización del TEPT al ofrecer una descripción completa de los aspectos característicos del trastorno en la que la consideración de la sintomatología atiende más a su relevancia que a su especificidad en el cuadro clínico (Brewin, 2013), dando cabida así a distintas presentaciones del trastorno y, por tanto, favoreciendo la utilidad clínica del diagnóstico psicopatológico (Friedman, 2013). Sin embargo, tal y como advierte

Brewin (2013), esta visión amplia del TEPT también revierte en una excesiva complejidad del diagnóstico que podría dificultar su aplicación en la práctica clínica y favorecer niveles excesivos de heterogeneidad en la fenomenología de los individuos diagnosticados. Asimismo, la comorbilidad derivada de la consideración de síntomas comunes a otros trastornos (e.g. anhedonia), así como la posible inclusión de síntomas atribuidos a respuestas normales a la adversidad (e.g. estados emocionales negativos), podría poner en cuestión la validez del diagnóstico y explicar en gran medida las dificultades encontradas para la identificación de los mecanismos biológicos subyacentes a la sintomatología (Brewin et al., 2017).

Tabla 1.1. *Criterios diagnósticos del TEPT según el DSM-5 (APA, 2013).*

A.	Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las formas siguientes. <ol style="list-style-type: none">1. Experiencia directa del suceso(s) traumático(s)2. Presencia directa del suceso(s) ocurrido a otros.3. Conocimiento de que el suceso(s) traumático(s) ha ocurrido a un familiar próximo o a un amigo íntimo. En los casos de amenaza o realidad de muerte de un familiar o amigo, el suceso(s) ha de haber sido violento o accidental.4. Exposición repetida o extrema a detalles repulsivos del suceso(s) traumático(s)
B.	Presencia de uno (o más) de los síntomas de intrusión siguientes asociados al suceso traumático que comienzan después del suceso traumático: <ol style="list-style-type: none">1. Recuerdos angustiosos, recurrentes, involuntarios e intrusivos del suceso traumático2. Sueños angustiosos recurrentes en los que el contenido y/o el afecto del sueño está relacionado con el suceso traumático3. Reacciones disociativas (eg. flashbacks) en las que el sujeto siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático4. Malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.5. Reacciones fisiológicas intensas a factores internos o externos que simbolizan o se parecen a un aspecto del suceso traumático.
C.	Evitación persistente de estímulos asociados al suceso traumático, que comienza tras el suceso traumático, como se pone de manifiesto por una o las dos características siguientes: <ol style="list-style-type: none">1. Evitación o esfuerzos para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.2. Evitación o esfuerzos para evitar recordatorios externos que despiertan recuerdos, pensamientos o sentimientos angustiosos acerca o estrechamente asociados al suceso traumático.
D.	Alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes: <ol style="list-style-type: none">1. Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático (debido típicamente a amnesia disociativa).2. Creencias o expectativas negativas persistentes y exageradas sobre uno mismo, los demás o el mundo3. Percepción distorsionada persistente de la causa o las consecuencias del suceso traumático que hace que el individuo se acuse a sí mismo o a los demás.

-
4. Estado emocional negativo persistente (e.g. miedo, terror, enfado, culpa o vergüenza)
 5. Disminución importante del interés o la participación en actividades significativas.
 6. Sentimiento de desapego o extrañamiento de los demás.
 7. Incapacidad persistente de experimentar emociones positivas.
- E. Alteración importante de la activación y reactividad asociada al suceso traumático, que comienza o empeora después del suceso traumático, como se pone de manifiesto por dos (o más) de las características siguientes:
1. Comportamiento irritable y arrebatos de furia
 2. Comportamiento imprudente o autodestructivo.
 3. Hipervigilancia.
 4. Respuesta de sobresalto exagerada.
 5. Problemas de concentración.
 6. Alteraciones del sueño
- F. La duración de la alteración (criterios B, C, D y E) es superior a un mes.
- G. La alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes del funcionamiento.
- H. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o otra afección médica.

Especificar si:

Con síntomas disociativos

Con expresión retardada

Atendiendo a las limitaciones identificadas en el diagnóstico DSM-5 (APA, 2013) y a las propuestas planteadas por autores como Brewin et al. (2009), la CIE-11 (OMS, 2018) adopta un enfoque más restrictivo en su propuesta preliminar, centrando el diagnóstico en las características centrales del TEPT, al tiempo que, mediante la introducción de un nuevo diagnóstico “hermano” de TEPT Complejo (TEPTC), contemplan también síntomas menos centrales pero significativos para el abordaje clínico de ciertos pacientes expuestos a eventos traumáticos (Frost et al., 2019). De acuerdo con la taxonomía propuesta en la CIE-11, estos diagnósticos serían mutuamente excluyentes, pudiéndose establecer uno u otro, pero no ambos al mismo tiempo (Brewin et al., 2017). Así, en palabras de Hyland, Murphy et al. (2017), estas dos categorías “parten de dos marcos conceptuales distintos pero relacionados que organizan la sintomatología postraumática mediante un número limitado de síntomas”.

La propuesta preliminar de la CIE-11 (OMS, 2018) clasifica el TEPT y el TEPTC dentro de un nuevo grupo de “Trastornos específicamente asociados al estrés” que, al igual que el DSM-5 (APA, 2013), pretende subrayar el papel fundamental en este cuadro

clínico de la exposición a eventos o experiencias estresantes o adversas con un carácter “extremadamente amenazante u horrible” (Maercker et al., 2013; OMS, 2018).

En este contexto, el diagnóstico del TEPT desde la CIE-11 (OMS, 2018; véase tabla 1.2) se basa en 6 síntomas explícitamente asociados a la experiencia traumática estructurados en torno a tres clústeres: reexperimentación (Re), evitación (Ev) y sensación persistente de amenaza (SpA). Esta estructura factorial ha sido avalada por la gran mayoría de estudios dirigidos a su análisis confirmatorio (Brewin et al., 2017), mostrándose, incluso, en un estudio, superior al modelo DSM-5, que no llega a alcanzar si quiera niveles de ajuste aceptables (Hansen, Hyland, Armour, Shevlin, & Eklit, 2015).

Asimismo, el diagnóstico del TEPT en virtud de la propuesta de la CIE-11 (OMS, 2018) exige la manifestación “durante al menos varias semanas” de un síntoma de los dos incluidos en cada uno de los tres clústeres. Cabe destacar que la falta de especificidad en el criterio relativo a la duración resulta controvertida ya que deja en manos del juicio clínico subjetivo la valoración de este aspecto significativo, sobretodo si tenemos en cuenta que es común la aparición de correlatos psicológicos similares a los considerados en el TEPT en el contexto de las reacciones inmediatas adaptativas y congruentes con la naturaleza del evento traumático (Resick, 2001).

Por último, la CIE-11, en la línea de las últimas ediciones del DSM, incluye por primera vez un criterio relativo a las alteraciones en el funcionamiento derivadas de la sintomatología del TEPT.

Esta aproximación a la descripción del TEPT centrada en los síntomas que, atendiendo a la evidencia, se consideran esenciales para el diagnóstico, favorecería una mejor discriminación de este trastorno frente a otros desordenes psicopatológicos, reduciendo los niveles de comorbilidad (Brewin, 2013) y mejorando la sensibilidad y especificidad del diagnóstico y, en general, su utilidad clínica (Mitchell et al., 2017). Sin embargo, otros autores han puesto de manifiesto que una aproximación restrictiva a la psicopatología podría influir negativamente en la validez y utilidad clínica del diagnóstico (Adams, Luscher, & Bernat, 2002), ofreciendo una descripción parcial del cuadro clínico

que deja a un lado consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos que han demostrado repetidamente su importancia en la clínica de este trastorno (Friedman, 2013; Friedman et al., 2016).

Tabla 1.2. Criterios diagnósticos del TEPT según la CIE-11
(Propuesta, OMS, 2018).

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno que puede desarrollarse tras la exposición a un evento o una serie de eventos extremadamente amenazante(s) u horrible(s). Este se caracteriza por todos los síntomas siguientes:

1. Reexperimentación en el presente del evento o eventos traumáticos en forma de recuerdos intrusivos vívidos, flashbacks, o pesadillas. Estos se acompañan típicamente de emociones intensas o abrumadoras, particularmente miedo y horror, y fuertes sensaciones físicas.
2. Evitación de pensamientos y recuerdos del evento o eventos, o evitación de actividades, situaciones o personas que recuerden al evento o eventos.
3. Sensación persistente y excesiva de una amenaza actual, por ejemplo, como lo indica la hipervigilancia o una reacción de sobresalto incrementada ante estímulos como ruidos inesperados.

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

Por su parte, el TEPTC nace para dar cabida a aquellas alteraciones duraderas, persistentes y generalizadas en la auto-organización, que pueden darse en distintos contextos tras la exposición a eventos traumáticos y cuya presencia no está necesariamente vinculada a la exposición a estímulos relacionados con el trauma (Maercker et al., 2013). En concreto, la propuesta de la CIE-11 (OMS, 2018) sugiere que la sintomatología propia del TEPTC estaría típicamente asociada con eventos traumáticos prolongados o repetidos, si bien la naturaleza del trauma no determinaría el diagnóstico diferencial con respecto al TEPT, sino que éste dependería del perfil sintomatológico de los individuos (Cloitre, Garvert, Brewin, Bryant, Maercker, 2013; Kazlauskas, Gegieckaite, Hyland, Zelviene, & Cloitre, 2018). Por tanto, este sistema de clasificación entiende la naturaleza del evento traumático como un factor de riesgo y no como criterio necesario para el diagnóstico, reconociendo así el rol que desempeñan los factores genéticos, ambientales y de resiliencia como mediadores decisivos en la relación entre los eventos y sus los correlatos psicopatológicos (Cloitre et al., 2013; Hyland, Murphy et al., 2017).

En lo que respecta a la sintomatología, el diagnóstico de TEPTC requiere (véase Tabla 1.3), además del cumplimiento de los criterios necesarios para el diagnóstico de

TEPT, de la presencia de al menos uno de los dos síntomas incluidos en cada uno de los clústeres específicos relacionados con alteraciones en la auto-organización (AAO): alteraciones en la regulación emocional (AR; hiperactivación e hipoactivación), autoconcepto negativo (AN; fracaso y inutilidad) y problemas interpersonales (PI; aislamiento y evitación). En cuanto a la estructura factorial de esta categoría diagnóstica, la evidencia apunta a un modelo de dos factores de orden superior (TEPT y AAO) que, a su vez, estarían respaldados por tres factores de primer orden correspondientes a los clústeres de síntomas (Brewin et al., 2017).

Por otro lado, como también ocurría en el caso del TEPT, la significación diagnóstica de la sintomatología queda definida por el cumplimiento del criterio relativo a las alteraciones en el funcionamiento.

Cabe destacar que, a pesar de que los síntomas del TEPTC en principio parecen referirse a aspectos en gran medida alejados de los síntomas considerados para el diagnóstico del TEPT en el DSM-5 (APA, 2013), la descripción pormenorizada de los dominios y síntomas llevada a cabo por miembros del grupo de trabajo de la CIE-11 (Cloitre et al., 2013) nos hace percatarnos de que muchos de los criterios inespecíficos del diagnóstico DSM-5 que, a priori, parecen no contemplarse en la caracterización de este trastorno en la CIE-11 (OMS, 2018), podrían constituir de hecho manifestaciones de los dominios considerados en este sistema de clasificación. Así, dentro de las alteraciones en la regulación emocional se podrían incluir los estados emocionales negativos persistentes; la anhedonia; la incapacidad para experimentar emociones positivas; el comportamiento irritable y los arrebatos de furia; las conductas de riesgo o autodestructivas; e, incluso, las manifestaciones del subtipo disociativo. Por su parte, las creencias negativas sobre uno mismo y la culpa serían correlatos relevantes al factor de autoconcepto negativo, mientras que el sentimiento de desapego de los demás se entendería como un problema en la esfera de las relaciones interpersonales. Sin embargo, cabe destacar que la amplitud y falta de concreción en los criterios propuestos por la CIE-11 para el TEPTC trascendería estos síntomas concretos, pudiendo abarcar

una amplia variedad de manifestaciones asociadas a las alteraciones en la autoorganización. De hecho, entre los estudios dirigidos a validar el diagnóstico de TEPTC de la CIE-11 (Cloitre et al., 2013; Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson, & Bryant, 2014; Frost et al., 2019; Hyland, Murphy et al., 2017; Hyland, Shevlin et al., 2017; Kazlauskas et al., 2018), sorprende la disparidad en el número y contenido de los ítems empleados para valorar los dominios del TEPTC. Así, por ejemplo, los problemas en la regulación emocional se han evaluado con entre 2 y 9 ítems, considerándose una amplia variedad de síntomas como llorar con facilidad, explosiones de ira, desapego emocional, conductas de riesgo, sentirse herido fácilmente, reacciones intensas, etc. Esta falta de precisión en la definición de los síntomas específicos presumiblemente derivará en niveles excesivos de heterogeneidad clínica que podrían comprometer en gran medida la validez de esta categoría diagnóstica. Asimismo, las similitudes entre los síntomas propios TEPTC y los contemplados en otros diagnósticos psicopatológicos como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), podrían afectar también de manera importante a la validez discriminante de esta categoría.

Tabla 1.3. *Criterios diagnósticos del TEPT Complejo según la CIE-11 (Propuesta, OMS, 2018).*

El Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT Complejo) es un trastorno que puede desarrollarse tras la exposición a un evento o una serie de eventos extremadamente amenazante(s) u horrible(s), más comúnmente eventos prolongados o repetidos de los cuales es difícil o imposible escapar (e.g. tortura, esclavitud, genocidio, violencia doméstica continuada, abuso físico o sexual repetido en la infancia). Además de cumplirse todos los criterios diagnósticos del TEPT, el TEPT Complejo se caracteriza por severos y persistentes:

1. Problemas en la regulación afectiva
2. Creencias sobre uno mismo como alguien poco importante, fracasado o inútil, acompañadas de sentimientos de vergüenza, culpa y fracaso relacionados con el evento traumático
3. Dificultades para mantener relaciones o sentirse cercano a otros.

Estos síntomas causan un deterioro significativo personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Aportaciones del modelo categorial

La función principal de diagnóstico categorial recogido en los sistemas de clasificación es guiar la identificación de los trastornos psicopatológicos (Kraemer, 2007), funcionando a modo de esquema que permite organizar la información y orientar

la observación, al mismo tiempo que facilita el filtrado de la información no relevante (Hyman, 2010; Vázquez et al., 2014).

Además, atendiendo a su carácter atórico y descriptivo, las clasificaciones categóricas ofrecen una *lengua franca* que favorece la comunicación entre profesionales clínicos e investigadores independientemente de su orientación teórica y de su disciplina (Adams et al., 2002; Lilienfeld & Treadway, 2016; Hyman, 2010).

El uso de esta nomenclatura común, también tiene implicaciones en el ámbito científico, incentivando el avance de la investigación sobre aspectos clave de los trastornos mentales como son la etiología, la epidemiología y los factores asociados a la psicopatología (Kraemer, 2007; Lilienfeld & Treadway, 2016), al tiempo que permite organizar y aunar los datos empíricos obtenidos desde distintas disciplinas y aproximaciones teóricas, favoreciendo el desarrollo de modelos y principios científicos más integrales sobre los trastornos mentales (Adams et al., 2002).

Asimismo, las categorías diagnósticas también suponen una herramienta útil para la práctica clínica, ofreciendo de una forma breve, clara y precisa información relevante (Widiger & Samuel, 2005) que puede facilitar la evaluación y detección temprana de los trastornos, así como la identificación de tratamientos efectivos y eficaces indicados para las distintas categorías diagnósticas (Kraemer, 2007). A este respecto, destaca el caso de las guías de tratamientos empíricamente validados desarrolladas por distintos organismos oficiales como la *Society Of Clinical Psychology* - Division 12 de la Asociación Americana de Psicología, el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) del Departamento de Salud y Asuntos Sociales de Reino Unido y el Sistema Nacional de Salud (SNS) que integra todas las estructuras y servicios públicos sanitarios del Estado español. Estas guías, que se articulan precisamente en virtud de las entidades discretas contempladas en los sistemas de clasificación categorial dominantes, recogen las evidencias científicas sobre los tratamientos que han mostrado consistentemente su eficacia. De esta manera, el diagnóstico categorial

permitiría orientar la elección del tratamiento más indicado para un determinado paciente.

Limitaciones del modelo categorial

Aunque el modelo categorial sigue siendo el enfoque dominante tanto en la clínica como en la investigación, en los últimos años, esta concepción de la psicopatología en virtud de categorías discretas ha sido objeto de duras críticas que, atendiendo a la evidencia, atacan directamente los presupuestos fundamentales de esta aproximación y cuestionan su validez y utilidad clínica.

Centrándonos en la base misma del modelo categorial, desde distintos ámbitos se ha cuestionado la posibilidad de establecer una diferenciación cualitativa clara y objetiva entre la normalidad y la patología (Widiger & Clark, 2000), considerándose los límites establecidos en los sistemas de clasificación puntos de corte científicamente arbitrarios (Lilienfeld & Treadway, 2016; Tyrer, 2014). Con relación al TEPT, la controversia sobre la distinción entre reacciones normales y patológicas a los eventos traumáticos, también denominado *dilema del umbral* (Horowitz, Weiss, & Marmar, 1987), ha determinado en gran medida la definición de esta entidad diagnóstica. Así, autores como Horowitz et al. (1987), Kliem et al. (2016) o Ruscio, Ruscio & Keane (2002) han destacado que las evidencias consistentes sobre presentaciones parciales del TEPT en personas expuestas a eventos traumáticos y la presencia de sintomatología postraumática significativa en personas expuestas a eventos no traumáticos sugieren que tal distinción entre normalidad y patología en este caso podría no ser tan precisa o acertada como sería esperable.

En un intento por solventar este dilema, las últimas ediciones de los sistemas de clasificación diagnóstica (DSM-5 [APA, 2013] y CIE-11 [OMS, 2018]) han incrementado de manera significativa las exigencias para el diagnóstico del TEPT. Así, las mencionadas exclusiones del DSM-5 en relación con los eventos traumáticos susceptibles de precipitar TEPT (i.e. enfermedades médicas y el fallecimiento de

personas cercanas por causas naturales) y las exigencias relativas al cumplimiento de al menos un síntoma de evitación para el diagnóstico, resultan especialmente relevantes en este sentido. Sin embargo, este incremento en los umbrales diagnósticos tampoco ha estado exento de críticas, atendiendo, precisamente, a la posibilidad de que estas medidas comprometan la sensibilidad del diagnóstico psicopatológico, excluyendo del mismo a individuos que de hecho presenten reacciones patológicas, pero que no alcancen tales umbrales (Armour, Fried, Deserno, Tsai, & Piertzak, 2017).

Igualmente, la incorporación a los diagnósticos categoriales de un criterio general para determinar la significación clínica de la sintomatología también constituye una medida dirigida a favorecer la diferenciación entre normalidad y patología (Vázquez et al., 2014; Widiger & Clark, 2000). Si bien, la falta de criterios claros u orientaciones para la evaluación objetiva de este criterio (Widiger & Clark, 2000) y el hecho de que su aportación esté supeditada a la definición precisa de la sintomatología, hacen que la aportación de este criterio a tal diferenciación sea limitada.

Por su parte, la premisa fundamental de este modelo acerca de la naturaleza discreta de las categorías diagnósticas que implicaría necesariamente la posibilidad de establecer límites claros y precisos entre tales categorías, tampoco resulta congruente con las evidencias que apuntan a altos niveles de coocurrencia y covariación entre condiciones clínicas, en muchos casos, ostensiblemente independientes (Adam, 2013; Lilienfeld, Smith, & Watts, 2013; Lilienfeld & Treadway, 2016; Widiger & Clark, 2000). Así, atendiendo a que la comorbilidad parece ser más la norma que la excepción, algunos autores han cuestionado la validez e independencia etiológica de los diagnósticos categoriales (Lilienfeld & Treadway, 2016). En este sentido, el caso del TEPT es especialmente representativo en lo que al problema de la coocurrencia se refiere, habiéndose observado tasas muy altas de comorbilidad con depresión, trastornos de ansiedad y trastornos relacionados con el uso y abuso de sustancias (Fairbank, Ebert, & Caddell, 2001).

A este respecto, las sucesivas revisiones de los criterios en los sistemas de clasificación se han dirigido fundamentalmente a favorecer el diagnóstico diferencial y reducir la comorbilidad intentando subrayar las fronteras entre los trastornos (Adams et al., 2002). Así, la clasificación del TEPT dentro de los “Trastornos de ansiedad” en las ediciones precedentes, no hacía más que subrayar la importancia de los síntomas comunes a otros trastornos de ansiedad (e.g. evitación, respuesta de sobresalto, etc.), a pesar de que, como destacan Friedman, Resick, Bryant, Strain et al. (2011), la ansiedad no parecía constituir “un índice particularmente sensible y específico de las reacciones postraumáticas” (p. 739) y tal clasificación podía repercutir negativamente en el diagnóstico diferencial con otros trastornos de ansiedad. Así, como se ha comentado, las últimas ediciones de los sistemas de clasificación reubican al TEPT dentro de los nuevos grupos de “Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés” (DSM-5; APA, 2013) y “Trastornos específicamente asociados al estrés” (CIE-11; OMS, 2018); enfatizando el efecto precipitante de los eventos traumáticos en la sintomatología y diferenciándolo del efecto predisponente que éstos pueden tener en la psicopatología afectiva y ansiosa (Friedman, Resick, Bryant, Strain et al., 2011) y dando cabida a un rango más heterogéneo de síntomas incompatibles con la consideración del TEPT como un trastorno netamente ansioso (Marshall et. al., 2019; Miller, Wolf, & Keane, 2014). En esta misma línea, las últimas ediciones de la CIE (CIE-11; OMS, 2018) y el DSM (DSM-5; APA, 2013) establecen una relación explícita entre el evento y la sintomatología, que pretende subrayar las diferencias entre algunas manifestaciones clínicas del TEPT y las manifestadas en otros cuadros clínicos, atendiendo a la relación de éstas con el evento precipitante.

Asimismo, la incorporación en el DSM-5 (APA, 2013) de un criterio de exclusión relativo a los efectos fisiológicos de sustancias o enfermedades médicas también constituye una medida adicional dirigida a facilitar el diagnóstico diferencial del TEPT respecto a otras alteraciones psicológicas de naturaleza más fisiológica en las que

puede aparecer una sintomatología muy similar a la recogida en el diagnóstico de este cuadro clínico.

En lo que respecta a la sintomatología, atendiendo a que la comorbilidad psicopatológica podría deberse, al menos en parte, al solapamiento entre los criterios diagnósticos de distintas categorías, algunos autores defienden que ésta podría reducirse focalizando los diagnósticos en los signos y síntomas más específicos y definitorios de los cuadros clínicos (Adams et al., 2002; Brewin, 2013; Mitchell et al., 2017). Como ya se ha comentado, ésta es precisamente la estrategia adoptada en la propuesta diagnóstica del TEPT de la CIE-11 (OMS, 2018) que excluye de sus criterios aquellos síntomas cognitivos y afectivos que podrían asociarse a otros trastornos ansiosos y depresivos. Sin embargo, como se ha mencionado someramente en la exposición de la caracterización diagnóstica, si bien esta medida incrementaría la fiabilidad del diagnóstico, también podría afectar negativamente a su validez (Adams et al., 2002), en la medida que ofrece una visión parcial del cuadro clínico que no contempla síntomas importantes para la conceptualización del TEPT (Friedman, 2013; Friedman et al., 2016). Asimismo, esta aproximación restrictiva también afectaría a la utilidad clínica del diagnóstico (Adams et al., 2002), pudiendo propiciar que una proporción importante de los individuos con síntomas clínicamente significativos quedaran excluidos de los diagnósticos especificados, pasando a engrosar las cifras de prevalencia de las categorías residuales (Hyman, 2010) que, en el caso del TEPT, corresponderían con los “Trastornos relacionado con traumas y factores de estrés especificado/no especificado” del DSM-5 (APA, 2013) u “Otros trastornos específicamente asociados con el estrés” de la CIE-11 (OMS, 2018). Estas categorías residuales que, en ciertos contextos clínicos han llegado a ser las más populares (Widiger & Samuel, 2005), representarían casos intermedios que no serían congruentes con una visión estrictamente categorial de los trastornos mentales (Lilienfeld & Treadway, 2016) y su excesiva prevalencia también pondría en tela de juicio la validez

de los diagnósticos psicopatológicos (Lilienfeld & Treadway, 2016), así como su utilidad real en la práctica clínica (Widiger & Samuel, 2005).

Por otra parte, los niveles casi prohibitivos de heterogeneidad dentro de las categorías también atentarían directamente contra el modelo categorial, comprometiendo de manera importante la validez de las categorías diagnósticas (Galatzer-Levy & Bryant, 2013; Lilienfeld et al., 2013; Lilienfeld & Treadway, 2016; Nuijten, Deserno, & Borsboom, 2016; Widiger, Frances, Spitzer, & Williams, 1988). En este sentido, la definición politética de los cuadros clínicos, si bien es una estrategia conveniente para maximizar la fiabilidad diagnóstica (Lilienfeld et al., 2013; Widiger et al., 1988) y considerar la variabilidad fenomenológica de los individuos (Vázquez et al., 2014), precisamente también hace que la heterogeneidad sintomatológica sea tan alta que, en el caso del TEPT, se han llegado a identificar 636.120 posibles combinaciones de síntomas (Galatzer-Levy & Bryant, 2013) en virtud del algoritmo diagnóstico del DSM-5, frente a las 27 combinaciones posibles desde la caracterización diagnóstica más restrictiva de la CIE-11 (Brewin et al., 2017). Esta excesiva variabilidad en el perfil sintomatológico atendiendo a la descripción diagnóstica del DSM-5 (APA, 2013), se vería además incentivada por la ampliación de los criterios diagnósticos en esta edición del manual diagnóstico de la APA (Marshall et al., 2019). Así, si tenemos en cuenta que dos individuos diagnosticados del mismo cuadro clínico pueden no tener ningún síntoma en común, quizás no es sostenible pensar en un único proceso subyacente específico y común que explique manifestaciones clínicas tan dispares (Lilienfeld & Treadway, 2016).

Con el fin de dar cabida a tal diversidad fenomenológica sin comprometer la validez diagnóstica, las sucesivas ediciones de los sistemas de clasificación han ido incorporando nuevas categorías diagnósticas y subtipos (Adam, 2013; Widiger & Clark, 2000). En este contexto, se entienden precisamente las propuestas del TEPTC de la CIE-11 (OMS, 2018) y el subtipo disociativo del DSM-5 (APA, 2013) que, frente a la especificidad del diagnóstico de TEPT, abordan otros síntomas significativos menos

comunes pero relevantes desde el punto de vista clínico. Sin embargo, esta medida tampoco daría respuesta a los problemas del diagnóstico categorial ya que, la creación de nuevas categorías y subtipos incrementa la complejidad teórica y práctica de los sistemas de clasificación, haciéndolos menos parsimoniosos conceptualmente (Watson, 2003), al tiempo que genera nuevos problemas de heterogeneidad, límites y coocurrencia (Widiger & Clark, 2000). Así, el TEPTC y el subtipo disociativo, aunque suponen una aportación en la medida en la que toman en consideración la variabilidad fenomenológica, también generan ciertos problemas relativos a su diagnóstico diferencial atendiendo a la similitud de sus criterios con la sintomatología recogida en otros diagnósticos como el Trastorno Límite de Personalidad (TLP) o los Trastornos Disociativos (TD). Además, el caso del TEPTC resulta llamativo ya que, si bien su diferenciación respecto al TEPT viene motivada precisamente por la heterogeneidad observada en su diagnóstico “hermano”, la imprecisión en la definición de su sintomatología, como se ha comentado, derivará muy probablemente en nuevos problemas de heterogeneidad que pondrán en jaque a esta nueva etiqueta psicopatológica.

Por último, dado que los sistemas de clasificación categorial no nos permiten identificar empíricamente trastornos, sino que nos ofrecen representaciones de éstos (diagnósticos) a través de sus indicadores observables (los síntomas), la validez y fiabilidad de tales representaciones constituye también un asunto central en la valoración del modelo categorial (Borsboom & Cramer, 2013; Kraemer, 2007).

Como hemos podido observar al revisar las limitaciones de este modelo, los sistemas de clasificación, así como sus sucesivas revisiones, se han dirigido fundamentalmente a incrementar la precisión de sus criterios en aras de maximizar la fiabilidad de sus diagnósticos que, en psicopatología, comúnmente hace referencia a la fiabilidad *interjueces* (i.e. el grado en que dos observadores independientes están de acuerdo sobre la asignación o no asignación de un diagnóstico; Lilienfeld et al., 2013; Vázquez et al., 2014). Si bien la fiabilidad constituye un prerrequisito necesario para la

validez (Lilienfeld et al., 2013), un diagnóstico con criterios minuciosamente operativizados no equivale necesariamente a un diagnóstico válido (Compton & Guze, 1995). Y este es uno de los principales problemas de las clasificaciones categoriales: sacrifican la validez en beneficio de la fiabilidad (Adreasen, 2007).

Idealmente, la validez de los diagnósticos categoriales debería establecerse en virtud de un patrón de oro que permitiera determinar empíricamente la presencia del trastorno atendiendo a su etiología o fisiopatología (Hyman, 2010). Sin embargo, a pesar de los incansables esfuerzos de investigación dirigidos a identificar los determinantes biológicos y ambientales de los trastornos mentales, parece que aún estamos lejos de encontrar un aval empírico sólido para las categorías diagnósticas (Adam, 2013; Hyman, 2010). Además, en contra de la asunción del modelo categorial que mantiene que las distintas categorías diagnósticas presentarían mecanismos o procesos patógenos centrales y específicos, los datos disponibles parecen apuntar en realidad a bases biológicas y procesos patológicos comunes a distintos cuadros clínicos (Adam, 2013; Hudziak, Achenbach, Althoff, & Pine, 2007; Lilienfeld & Treadway, 2016; Widiger & Clark, 2000). En este sentido, las evidencias recogidas en estudios de neuroimagen revelan patrones de activación cerebral comunes en personas con TEPT, trastorno de ansiedad generalizada, fobia específica, trastorno de pánico y fobia social (Friedman, Resick, Bryant, Strain et al., 2011; Hyman, 2010). Por su parte, el abuso sexual en la infancia se ha identificado como un factor de riesgo no solo para TEPT, si para una amplia variedad de categorías diagnósticas (Molnar, Buka, & Kessler, 2001).

Por otro lado, aunque el diagnóstico categorial se presente como una descripción objetiva y aséptica de la sintomatología en virtud de la evidencia disponible, lo cierto es que su validez clínica está basada en la premisa básica de que el trastorno se corresponde con la visión que tienen de él los expertos encargados del desarrollo y revisión de los sistemas de clasificación (Kraemer, 2007). Así, la interpretación de la evidencia y la selección de los síntomas más relevantes de los trastornos, dependerán de estos expertos que, irremediabilmente, tendrán sus propias visiones subjetivas y

sesgadas sobre los trastornos (Kraemer, 2007; Widiger & Clark, 2000) y que, en muchos casos, pueden incluso presentar conflictos de intereses relacionados con las propuestas diagnósticas (Vázquez et al., 2014). En el caso del TEPT, la subjetividad se hace especialmente evidente si atendemos a los enfoques opuestos adoptados en las ediciones más recientes de los sistemas de clasificación. Ambas conceptualizaciones son propuestas en base a la evidencia, pero, obviamente, cada grupo de expertos ha interpretado esa evidencia desde su propio prisma.

Por último, si la conceptualización categorial de la psicopatología fuera en efecto válida, la asignación de un diagnóstico determinado permitiría predecir el curso y la respuesta al tratamiento de los individuos. Sin embargo, como destacan Widiger & Clark (2000), las propuestas categoriales prácticamente no han abordado las implicaciones del diagnóstico en el curso de la sintomatología. Asimismo, a pesar de la relevancia de las guías de tratamientos empíricamente validados, la relación entre diagnóstico y tratamiento en salud mental no parece ser tan estrecha como sería esperable (Lilienfeld & Treadway, 2016). Por el contrario, nos encontramos con intervenciones psicológicas y farmacológicas indicadas para cuadros clínicos muy diversos (Widiger & Samuel, 2005) y factores comunes a distintas intervenciones como grandes responsables de las variaciones en los resultados terapéuticos (Laska, Gurman, & Wampold, 2014).

En definitiva, aunque el modelo categorial ha guiado y sigue guiando la consideración de la psicopatología en distintos contextos y, sin duda, ha sido en el pasado una herramienta útil en la medida que ha apoyado el avance científico sobre las alteraciones psicopatológicas y ha dotado a los profesionales de heurísticos y conceptos comunes que han facilitado en cierta medida la práctica clínica diaria, hoy en día este modelo parece más un lastre que un apoyo y, a pesar de los repetidos esfuerzos de los sistemas de clasificación por poner parches, sus inconsistencias conceptuales parecen difíciles de solventar, pidiendo a gritos un cambio de paradigma en la conceptualización de la psicopatología.

1.2.2. Modelo Dimensional

Como el modelo categorial, el enfoque dimensional de la psicopatología también constituye una aproximación descriptiva que recurre a entidades subyacentes – los síndromes – para explicar la aparición y coherencia de la sintomatología (McNally, 2016). Sin embargo, esta perspectiva defiende la naturaleza continua de los trastornos, entendiéndolos como desviaciones cuantitativas del funcionamiento normal (Hyman, 2010). De manera que, desde esta aproximación, el diagnóstico implica la clasificación de los individuos en virtud de una o más dimensiones definidas mediante sus manifestaciones observables – los síntomas– (Borsboom, 2008). Si bien, atendiendo a esa continuidad entre la psicopatología y la normalidad psicológica, estas manifestaciones no se circunscribirían a la patología, sino que estarían representadas en mayor o menor medida en toda la población a lo largo de un continuo dimensional (Mellor Marsá & Aragona, 2009). Asimismo, las propuestas dimensionales adoptan generalmente también un enfoque transdiagnóstico, en tanto en cuanto consideran sus dimensiones como transversales a distintos cuadros psicopatológicos (Hyman, 2010). Así, por ejemplo, una dimensión relativa a la regulación emocional sería relevante en cuadros clínicos tan diversos como el TEPTC, el TLP, los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) o el Trastorno Antisocial de la Personalidad (TAP).

En relación a esta aproximación dimensional a la psicopatología, destaca el desarrollo del proyecto *Research Domain Criteria* (RDoC) por parte del *National Institute of Mental Health* (NIMH) de Estados Unidos que, atendiendo a las cuestiones y controversias planteadas por las aproximaciones descriptivas categoriales, plantea un nuevo paradigma conceptual para el estudio de la psicopatología en el que los síndromes psicopatológicos constituirían desviaciones de distinto tipo y gravedad en el funcionamiento normal de determinados sistemas neurales (Cuthbert & Insel, 2013). Así, este modelo pretende aunar los hallazgos conductuales y neurocientíficos relativos a un conjunto de constructos dimensionales de funcionamiento psicológico en un continuo

de la normalidad a la patología (Sanislow et al., 2010) que, a su vez, estarían agrupados jerárquicamente en torno a cinco dominios de funcionamiento (valencia negativa, valencia positiva, cognitivo, procesos sociales, alerta/modulación) y se analizarían en virtud de siete unidades de análisis (genes, moléculas, células, circuitos neurales, fisiología, conductas y autoinformes; Morris & Cuthbert, 2012). Así, esta aproximación conceptual tiene como objetivos prioritarios la identificación de nuevos dominios y constructos, así como el desarrollo de medidas fiables y validas para su evaluación atendiendo a las mencionadas unidades de análisis (Morris & Cuthbert, 2012). Además, si bien el RDoC no constituye un sistema diagnóstico en sí mismo, sí pretende sentar las bases de cara a futuras alternativas diagnósticas que integren los hallazgos derivados de este marco conceptual en una nosología traslacional e integradora de los trastornos mentales (Insel, 2014) que facilite la identificación de intervenciones óptimas maximizando sus resultados terapéuticos (Insel et al., 2010).

El TEPT desde el modelo dimensional

La aproximación dimensional más extendida a este trastorno considera el TEPT como un síndrome representado en el extremo de un continuo de respuestas de estrés asociadas a la exposición a sucesos traumáticos (Forbes, Haslam, Williams, & Creamer, 2005; Ruscio et al., 2002). Desde esta perspectiva, la evaluación del TEPT como constructo unidimensional implicaría la suma de las puntuaciones relativas a la severidad de los síntomas representativos del trastorno (Armour et al., 2017). Esta conceptualización dimensional resultaría congruente con las evidencias que apuntan a la presencia de sintomatología postraumática (e.g. van der Velden, Wong, Boshuizen, & Grievink, 2013) o presentaciones subsindrómicas del TEPT (e.g. McLaughlin et al., 2015) en las personas expuestas a eventos traumáticos que, en muchos casos, se asocian a alteraciones del funcionamiento comparables a las de los individuos diagnosticados de TEPT (Moreau & Zisook, 2002) y que, sin embargo, no casarían con

una visión del TEPT como una categoría cualitativamente distinta de las reacciones normales a este tipo de estresores. En este sentido, los estudios que han implementado procedimientos taxométricos a fin de determinar el modelo más adecuado a la estructura subyacente del TEPT a partir de la covariación entre sus indicadores, favorecen de forma consistente esta conceptualización unidimensional del trastorno frente a la conceptualización categorial propia de los sistemas de clasificación diagnóstica (Broman-Fulks et al., 2006; Broman-Fulks et al., 2009; Forbes et al., 2005; Kliem et al., 2016; Ruscio et al., 2002).

Otro acercamiento dimensional al TEPT implica la consideración de grupos o clústeres de síntomas como dimensiones del trastorno que se distribuirían en un continuo en función de la severidad de sus síntomas propia. A este respecto, resulta llamativo que la estructura del TEPT propuesta en el DSM-5 (APA, 2013) se fundamenta en las evidencias ofrecidas por los estudios con Análisis Factorial Confirmatorio (Friedman, 2013; Friedman, Resick, Bryant & Brewin, 2011) en los que, precisamente, se emplean medidas cuantitativas de severidad de la sintomatología contemplada en el sistema de clasificación para confirmar las dimensiones del TEPT como entidad clínica discreta. Es decir, los síntomas, como indicadores continuos del trastorno subyacente, se organizarían también en torno a variables latentes continuas, asumiéndose, por tanto, cierta dimensionalidad dentro de esta conceptualización que se presenta como eminentemente categorial.

Por su parte, desde otra perspectiva, destaca la Aproximación Dimensional al Espectro de los Trastornos Relacionados con el Estrés propuesta por Moreau & Zisook (2002) que plantea una conceptualización del TEPT en torno a tres dimensiones: (1) la naturaleza del estresor, (2) la respuesta al trauma y (3) la severidad de la sintomatología. Así, respecto a la primera dimensión, se propone una aproximación amplia a la naturaleza del estresor, considerando un extenso rango de eventos que potencialmente podrían precipitar la sintomatología postraumática en un continuo que va desde los traumas leves o de menor magnitud (e.g. despido o separación de pareja), pasando por

los moderados (e.g. pérdida de un ser querido o accidentes) y cerrando el espectro con los traumas más severos (e.g. abuso o combate). Asimismo, la dimensión referida a las respuestas al trauma haría referencia al efecto precipitante o intensificador de los eventos sobre una variedad de condiciones psicopatológicas relacionadas con el estrés que se distribuirían también en un continuo en el que el extremo más leve estaría representado por los trastornos de adaptación y el más severo por el TEPT. Finalmente, dentro del espectro de la severidad de la sintomatología se incluirían perfiles de síntomas postraumáticos subsindrómicos asociados a alteraciones significativas del funcionamiento; el TEPT no complicado; y el TEPT complicado por su comorbilidad con otros trastornos que se asocia a una mayor severidad en la sintomatología postraumática y mayores dificultades en el diagnóstico.

Por su parte, Schmidt & Vermetten (2017) integran las principales evidencias de investigación relativas a la vulnerabilidad y patogénesis del TEPT mediante el paradigma de dominios RDoC. Así, atendiendo a la flexibilidad de este paradigma conceptual, proponen dos nuevos dominios de funcionamiento (mantenimiento de la conciencia y estrés y regulación emocional) por considerarlos especialmente relevantes en el abordaje conceptual tanto del TEPT como de otros cuadros psicopatológicos asociados como los TD o el TLP. Asimismo, el análisis de los dominios dimensionales revela el papel central en la vulnerabilidad y patogénesis del Sistema Nervioso Simpático, así como las vías de procesamiento del miedo, la recompensa y la memoria explícita/implícita.

Aportaciones del modelo dimensional

El modelo dimensional muestra una clara inspiración psicométrica asociada a la Teoría de la Respuesta al Ítem (TRI), en tanto en cuanto asume que las manifestaciones psicopatológicas dependerán de las propiedades de los síntomas (sus umbrales) y el grado de variable latente presente en los individuos (Borsboom, 2008). En este sentido, los instrumentos de evaluación psicopatológica más comúnmente utilizados por los

psicólogos en la práctica se adscribirían precisamente a esta aproximación dimensional, recogiendo los datos clínicos y de investigación de una manera más eficaz e informativa y favoreciendo la correlación de las puntuaciones psicopatológicas con variables de validación externa (e.g. malestar, discapacidad; Hyman, 2010; Lilienfeld et al., 2013)

Por otro lado, la consideración de la psicopatología en el contexto de un continuo dimensional respecto del funcionamiento normal, resolvería, al menos en parte, los problemas inherentes a la concepción categorial referidos a la diferenciación entre normalidad y patología psicológica, facilitando una interpretación más ajustada del funcionamiento de los sujetos en virtud de sus diferencias cuantitativas (Hyman, 2010; Vázquez et al., 2014; Widiger & Samuel, 2005). A este respecto, desde un modelo dimensional, se plantea el establecimiento de puntos de corte que, frente a la arbitrariedad de los establecidos en virtud del consenso de expertos en los diagnósticos categoriales, se fundamentan en los resultados empíricos derivados de estudios exploratorios, siendo, por tanto, más objetivos, fiables y explícitos (Helzer, Kraemer, & Krueger, 2006; Widiger & Edmundson, 2014; Widiger & Samuel, 2005).

Además, este modelo dimensional destaca por su flexibilidad y utilidad práctica, proponiendo la definición de puntos de corte alternativos para las distintas decisiones clínicas, empíricas, sociales y profesionales (Widiger & Edmundson, 2014; Widiger & Samuel, 2005); y permitiendo la consideración de perfiles sintomatológicos significativos que, si bien no alcanzan las exigencias diagnósticas de los sistemas de clasificación, pueden resultar relevantes desde el punto de vista clínico e investigador (Hyman, 2010; Widiger & Samuel, 2005).

Asimismo, frente a los esfuerzos infructuosos de la aproximación categorial dirigidos a definir límites cada vez más estrictos entre categorías con el objetivo de solventar el problema de la comorbilidad, para el modelo dimensional la coocurrencia de trastornos no supone un problema, sino que sería un resultado lógico de la consideración de distintas dimensiones de orden superior transversales a las entidades diagnósticas identificadas desde el modelo categorial (Hudziak et al., 2007). Además,

las propuestas dimensionales que incluyen dimensiones transversales serían congruentes con las evidencias previamente citadas en las limitaciones del modelo categorial, que cuestionaban el carácter específico de las distintas manifestaciones clínica y biológicas de los trastornos mentales (Hyman, 2010). Evidencias que, en el contexto de esta aproximación dimensional, podrían servir además de base para la reagrupación de los síndromes clínicos identificados (Hyman, 2010).

Por su parte, la conceptualización de los síndromes psicopatológicos en virtud de una variedad de atributos que pueden presentarse en mayor o menor medida dentro de un continuo permitiría la discriminación en virtud de la gravedad y daría una explicación conveniente a los altos niveles de heterogeneidad fenomenológica observados en las categorías diagnósticas definidas desde el modelo categorial (Borsboom, 2008).

Esta aproximación dimensional también tendría claras implicaciones clínicas en la medida en la que permitiría combinar diversos atributos clínicos (Vázquez et al., 2014), estableciendo descripciones más específicas e individualizadas de la psicopatología de los individuos (Widiger & Samuel, 2005) y favoreciendo consecuentemente una mayor individualización de las intervenciones (Vázquez et al., 2014; Widiger & Samuel, 2005).

En la misma línea, los modelos dimensionales pueden tomar en consideración distintas fuentes de variación identificadas en la literatura (e.g. edad o género; Hudziak et al., 2007), así como incorporar aspectos biológicos y ambientales relevantes que permitirían ofrecer una conceptualización más comprensiva y coherente con la naturaleza multifactorial de las alteraciones psicopatológicas (Widiger & Samuel, 2005).

Como puede desprenderse de las aportaciones previamente mencionadas, frente a la fortaleza de los modelos categoriales en lo que a la fiabilidad del diagnóstico se refiere, los modelos dimensionales ponen el énfasis en la validez de sus conceptualizaciones psicopatológicas. Así, la validez de contenido se vería maximizada por la incorporación de un mayor número de variables clínicas, biológicas y ambientales,

así como de las fuentes de variación asociadas a los cuadros clínicos. Por su parte, la mayor congruencia de sus propuestas dimensionales con las evidencias clínicas y biológicas de los trastornos, unida a la facilidad en la correlación de éstas con variables de validación externa, también podría considerarse como un aval en lo que respecta a la validez de constructo de sus conceptualizaciones psicopatológicas.

Limitaciones del modelo dimensional

Aunque a priori el modelo dimensional parece solventar algunos de los principales problemas identificados en las conceptualizaciones categoriales de la psicopatología, sus fortalezas y limitaciones no son más que un reflejo invertido de las del modelo categorial (McNally, 2016).

Si bien las aproximaciones dimensionales ofrecen una mayor cantidad de información relevante maximizando la validez de sus conceptualizaciones psicopatológicas, esta riqueza informativa las hace irremediabilmente más complejas (Widiger & Samuel, 2005). Además, estas conceptualizaciones frecuentemente harían referencia a un perfil de puntuaciones continuas en una amplia variedad de dominios o dimensiones psicopatológicas (Helzer et al., 2006) sobre las cuales, además, se observa una falta de consenso en la literatura en lo que respecta a su número y definición (Avasthi, Sarkar, & Grover, 2014). Así, las aproximaciones dimensionales sacrificarían la fiabilidad en pro de la validez y harían más difícil la comunicación entre profesionales (Helzer et al., 2006; Okasha, 2009; Widiger & Samuel, 2005), así como la metodología diagnóstica (Vázquez et al., 2014; Widiger & Samuel, 2005) y la interpretación de los resultados (Vázquez et al., 2014).

Por otro lado, aunque los puntos de corte desde la perspectiva dimensional se han presentado como más objetivos atendiendo a su fundamentación empírica, éstos también estarían sujetos a variaciones asociadas a la población de referencia y los supuestos estadísticos adoptados por los investigadores (Helzer et al., 2006). Si a esto le sumamos la variabilidad relativa a la definición de las dimensiones (Avasthi et al.,

2014) y la consideración de diferentes puntos de corte en virtud del tipo de decisiones para los que éstos se establecen (Widiger & Edmundson, 2014; Widiger & Samuel, 2005), parece más difícil llegar a establecer desde esta perspectiva definiciones psicopatológicas sustentadas que permitan llegar a procesos psicopatológicos comunes subyacentes a las manifestaciones clínicas.

En este sentido, las aproximaciones dimensionales, aunque se muestran congruentes con ciertas evidencias, realmente no corren mucha mejor suerte que los categoriales en la búsqueda de los procesos psicobiológicos asociados a las entidades subyacentes, encontrándose una gran cantidad de problemas y lagunas que no permiten llegar a conclusiones realmente consistentes (Schmidt & Vermetten, 2017).

En definitiva, si bien el modelo dimensional supera ciertas limitaciones del modelo categorial, tampoco está exento de retos e incongruencias equivalentes aún por resolver que, unidos a su complejidad práctica, tampoco resuelven el dilema sobre la definición de los trastornos psicopatológicos.

Limitaciones comunes a los modelos de variables latentes

Como se ha comentado anteriormente, los modelos categoriales y dimensionales de la psicopatología convergen en el recurso a una variable latente, ya sea ésta continua o discreta, considerada como la causa común del desarrollo y covariación de su reflejo observable: la sintomatología (McNally et al., 2015, McNally, 2016).

Sin embargo, como hemos visto, a pesar de los hallazgos relevantes en lo que variables etiológicas sociales, psicológicas y neurobiológicas de los trastornos mentales se refiere, desde ninguna de las dos perspectivas se ha llegado a dar con una causa común que avale este supuesto (McNally et al., 2015). Por el contrario, los cuadros psicopatológicos parecen tener una naturaleza multifactorial, de manera que sus manifestaciones fenomenológicas serían el resultado de complejas interacciones entre

múltiples variables biológicas y ambientales (Widiger & Samuel, 2005) que difícilmente serían consistentes con estas aproximaciones a la psicopatología.

Por otro lado, estos modelos también presentarían limitaciones importantes en relación con la ontogénesis de la sintomatología (Borsboom, 2008). Asumir la existencia de una entidad latente como causa común de la sintomatología requiere que no se establezcan relaciones directas entre los indicadores observables, manteniendo éstos una *independencia local* (Cramer, Waldorp, van der Maas, & Borsboom, 2010; McNally, Heerena, & Robinaugh, 2017). Así, desde estos modelos, las relaciones observadas entre los síntomas serían espurias y responderían únicamente a su consideración como indicadores de un mismo atributo subyacente, siendo, por tanto, los síntomas receptores pasivos de la influencia causal de la variable latente (Borsboom, 2008; McNally et al., 2015). De forma similar, los modelos de variables latentes generalmente también consideran que otras variables externas como los eventos traumáticos serían *condicionalmente independientes* de los síntomas, asumiéndose una transferencia de su influencia a la sintomatología a través de la mediación de la variable latente (McNally et al., 2015). Es decir, desde esta perspectiva, el evento causaría el TEPT y éste, a su vez, causaría los síntomas. Sin embargo, tal y como destaca Borsboom (2008), la realidad clínica apunta de hecho a relaciones causales directas entre los síntomas psicopatológicos que entrarían en contradicción con los presupuestos fundamentales de los modelos de variables latentes. De hecho, en el caso del TEPT, las relaciones causales entre los síntomas se pueden vislumbrar incluso en la definición de los síntomas establecidas en los sistemas diagnósticos categoriales DSM-5 (APA, 2013) y CIE-11 (OMS, 2018), donde los síntomas intrusivos se identifican como determinantes de los síntomas de evitación y, en el caso del DSM-5 (APA, 2013), los sueños intrusivos y la activación generalizada se refieren como posibles causantes de las alteraciones del sueño. Asimismo, ambos sistemas diagnósticos también plantean una relación explícita entre el evento traumático y la sintomatología que tampoco sería del todo congruente con las propias asunciones del modelo a este respecto.

Finalmente, también cabe destacar que algunos autores han cuestionado que estos modelos de variables latentes basados en las diferencias interindividuales observadas en medidas transversales sean válidos para explicar el desarrollo de la sintomatología a un nivel intraindividual (Borsboom, 2008; McNally, 2016)

1.2.3. Modelo de Redes

Atendiendo a las limitaciones planteadas por las aproximaciones de las variables latentes, recientemente se ha propuesto un paradigma psicopatológico alternativo -el modelo de los sistemas causales o modelo de redes- que conceptualiza los trastornos en virtud de un conjunto de variables interconectadas en redes de interacciones causales y dinámicas (Borsboom, 2008).

Esta forma de conceptualizar la psicopatología, que guarda ciertas similitudes con el análisis funcional de la conducta propio del enfoque conductual (Vázquez, Roca, Poyato, & Pascual, 2017), ofrece una fundamentación matemática fruto de la implementación de métodos de análisis de redes y destaca, entre otras cosas, por la representación gráfica de las redes psicopatológicas (véase Figura 1.1) donde las variables, unidades de análisis de este modelo que hacen referencia a las características definitorias del trastorno, constituirían los *nodos*, mientras que sus conexiones funcionales estarían representadas por los *nexos* (Hofmann, Curtiss, & McNally, 2016).

Figura 1.1. Red de síntomas DSM-5 del TEPT.

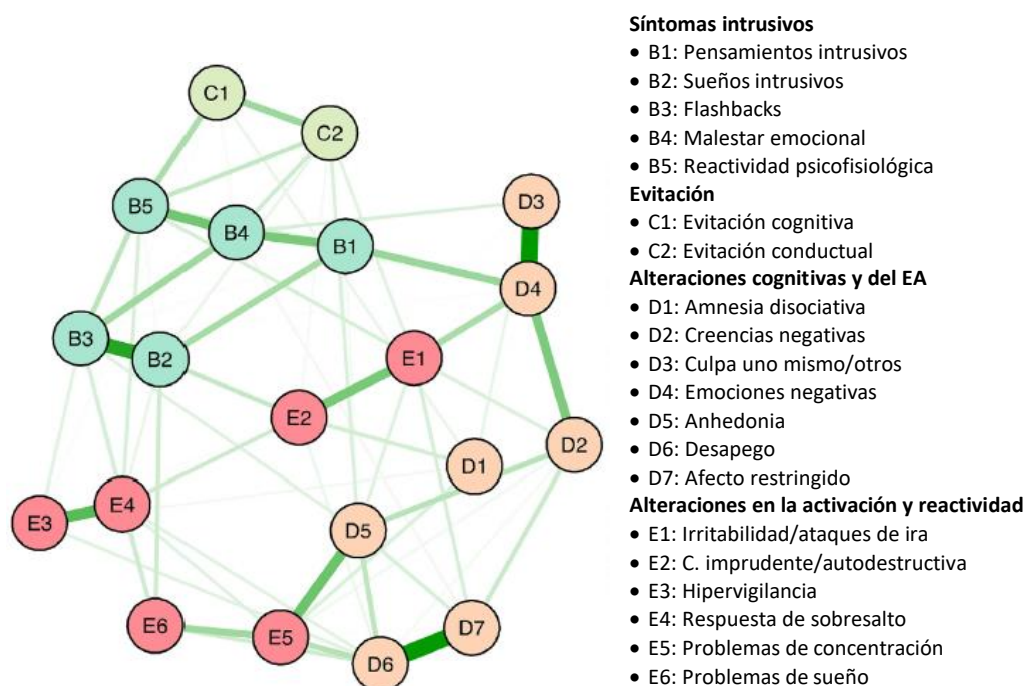


Figura 1.1. Red estructural de los síntomas DSM-5 del TEPT. Los círculos representan los nodos, mientras que las líneas hacen referencia a los nexos que, en esta red implicarían únicamente asociaciones positivas tal y como representa su color verde. El grosor de los nexos denota la fuerza de la asociación entre los nodos. Adaptado de "A network analysis of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms and correlates in U.S. military veterans", por Armour et al., 2017, *Journal of Anxiety Disorders*, 45, p. 50. Copyright 2016 por Elsevier Ltd.

Así, comúnmente las variables de los modelos de redes suelen hacer referencia a la sintomatología propia del cuadro psicopatológico. Si bien, en este caso, los síntomas no constituirían meros indicadores pasivos de un constructo subyacente, sino que se considerarían entidades causales autónomas que guardarían una relación meriológica con el trastorno, es decir, los síntomas sería partes constituyentes del trastorno (Cramer et al., 2010; McNally et al, 2015; McNally, 2016; Schmittmann et al, 2013).

Sin embargo, aunque buena parte de los estudios desarrollados en esta área se limitan a considerar exclusivamente los síntomas como las entidades causales de sus modelos de redes, en realidad éstos no serían las únicas variables susceptibles de ser analizadas (Vázquez et al., 2017), pudiéndose incluir también en las redes otras unidades de análisis identificadas en la literatura como pueden ser factores de riesgo

del trastorno o covariables (e.g. Armour et al., 2017; Glück, Knefel & Lueger-Schuster, 2017). En este sentido, Cramer et al. (2010) destacan la necesidad de incluir en los modelos de redes variables externas a la sintomatología, sin las que la trayectoria de los trastornos mentales como sistemas dinámicos no puede ser entendida, ya que desempeñan un papel fundamental en el estado de las redes psicopatológicas.

Asimismo, frente a las aproximaciones categoriales que buscan definir el perfil de síntomas específicos de los trastornos, el modelo de redes trata de determinar la centralidad o importancia de todos los elementos considerados relevantes al cuadro psicopatológico en función de una serie de índices que hacen referencia al número (grado) y magnitud (fuerza) de sus conexiones, así como a su influencia esperada, su distancia respecto a otros nodos (cercanía) y el número de veces que un nodo se encuentra en la ruta más corta entre otros dos nodos (intermediación; McNally, 2016).

Por su parte, las interacciones entre las variables definitorias del trastorno serían directas, es decir, la relación entre los síntomas es real y no espuria como ocurría en los modelos categoriales (Cramer et al., 2010), y responderían a patrones de desarrollo mutuamente dependientes, de manera que el cambio en una variable provocaría cambios en otra u otras variables de la red psicopatológica (Schmittmann et al., 2013).

Así, desde este modelo psicopatológico, cambios de suficiente magnitud en las condiciones externas a la red (e.g. eventos adversos, desequilibrios neuroquímicos) podrían activar elementos de la red que, atendiendo a su centralidad, propagarían en mayor o menor medida la activación entre el resto de los elementos hasta culminar en un estado estable de activación mutua suficiente que definiría la presencia de un trastorno psicopatológico (Borsboom, 2017), cuyo mantenimiento se explicaría en virtud de los bucles de retroalimentación mantenidos entre los síntomas (Cramer et al., 2010).

El TEPT desde el modelo de redes

Atendiendo a las influencias causales recíprocas observadas entre la sintomatología postraumática, el TEPT ha sido considerado como un candidato ideal

para su consideración conceptual desde el modelo de redes (Mitchell et al., 2017), siendo uno de los trastornos que más estudios ha motivado desde esta nueva aproximación a la psicopatología (Contreras, Nieto, Valiente, Espinosa, & Vázquez, 2019).

Estudios transversales

En vista del auge del análisis de redes en psicopatología en los últimos años, Contreras et al. (2019) llevan a cabo una revisión sistemática muy rigurosa y completa de los estudios publicados que implementan una metodología de redes para estudiar la estructura y dinámica de los síntomas en distintos cuadros psicopatológicos.

Así, con relación al TEPT, destacan las fuertes asociaciones observadas en los estudios transversales entre los síntomas de hipervigilancia y la respuesta de sobresalto, así como entre los síntomas de evitación cognitiva y conductual.

En lo que respecta a la centralidad de la sintomatología, sin embargo, ponen de manifiesto la falta de acuerdo entre los estudios, encontrándose resultados claramente convergentes solo en dos estudios con veteranos de guerra (Armour et al., 2017) y supervivientes de un terremoto (McNally et al., 2015) que apuntan a la centralidad de los síntomas de reactividad psicofisiológica y *flashbacks*. Si bien, dejando a un lado las conclusiones de la revisión, conviene añadir que la reactividad psicofisiológica también constituye uno de los síntomas con mayor centralidad en el estudio de McNally et al. (2017) con adultos supervivientes a abusos sexuales en la infancia. Asimismo, este síntoma también fue el único que se revelaba como central de manera consistente en virtud de los tres índices contemplados (intermediación, cercanía y fuerza) en el grupo de niños supervivientes a huracanes del estudio de Russell, Neill, Carrión & Weems (2017).

No obstante, la disparidad de resultados sobre los aspectos centrales del TEPT entre los estudios revisados sigue siendo notable, sugiriéndose desde la revisión que tales inconsistencias pueden deberse a las diferencias en el tamaño y tipo de las

muestras incluidas en los estudios, así como al presumible efecto diferencial de los distintos tipos de eventos traumáticos en el impacto relativo y las respuestas psicopatológicas de los supervivientes (Contreras et al., 2019).

Cambios en las redes con el tiempo

Si bien los estudios puramente transversales aportan información relevante para la conceptualización del TEPT, desde este modelo psicopatológico resultan especialmente interesantes los estudios dirigidos a analizar la dinámica de las redes a través de sus cambios a lo largo del tiempo (Vázquez et al., 2017).

A este respecto, hasta el momento disponemos solo de dos estudios que, desde dos planteamientos metodológicos diferentes, analizan la dinámica temporal de las redes relativas a la sintomatología postraumática.

En primer lugar, Bryant et al. (2017) llevan a cabo un estudio dirigido a evaluar las diferencias entre las redes del TEPT identificadas en los días inmediatamente posteriores a una lesión traumática y en el seguimiento a un año. Así, en la fase aguda, destaca la fuerza de las conexiones entre los síntomas de reexperimentación, que, tal y como destacan los autores, serían congruentes con los modelos de condicionamiento del miedo que hacen hincapié en la sobreconsolidación de los recuerdos traumáticos en los momentos iniciales de la exposición a un evento traumático. En concreto, en esta fase, los síntomas más centrales en la red psicopatológica serían los recuerdos intrusivos y la reactividad psicofisiológica. Además, también se observarían conexiones fuertes entre el embotamiento emocional y la sensación de desapego frente a los demás.

Asimismo, aunque las asociaciones observadas en la fase aguda se consolidarían con el tiempo, fortaleciéndose en el seguimiento a un año, pasado este lapso también se observan conexiones adicionales, siendo las más fuertes en este caso las observadas entre la reactividad psicofisiológica y la respuesta de sobresalto que, a su vez, presentaría asociaciones significativamente fuertes con la hipervigilancia. Estas

conexiones son interpretadas en términos de los llamados circuitos neurales del miedo y los modelos de sensibilización del TEPT que apuntan a un incremento progresivo en la sensibilidad a las amenazas tras la experiencia de un evento traumático. Además, la hipervigilancia y la respuesta de sobresalto se asociaban también de manera destacable con las alteraciones del sueño que, por su parte, también establecería conexiones significativas con la irritabilidad y las dificultades de concentración. Asimismo, en esta fase también se observan fuertes asociaciones entre el embotamiento emocional, la sensación de desapego y la anhedonia, siendo esta última afectada por la primera, tanto de forma directa, como con la intermediación del desapego.

Por su parte, Greene, Gelkopf, Epskamp & Fried (2018) utilizan un Método de Muestreo de Experiencias para evaluar, en el transcurso de la escalada de violencia de 2014 en la franja de Gaza, a una muestra de israelíes adultos expuestos a bombardeos, a fin de aplicar un modelo de redes multinivel que permitiera conceptualizar empíricamente la dinámica de los síntomas del TEPT. Así, centrándonos en la red que establece las relaciones temporales entre los síntomas, en primer lugar llama la atención como la culpa hacia uno mismo o hacia otros en un momento de medida precedía una reducción en la siguiente evaluación de los síntomas de evitación, emociones negativas, anhedonia, desapego, afecto restringido, respuestas de sobresalto, problemas de concentración y alteraciones del sueño. En este sentido, los autores sugieren que, partiendo de que en el contexto de guerra y conflicto puede ser más probable la atribución externa, tales relaciones podrían reflejar el papel de la externalización de la culpa como mecanismo de afrontamiento o factor de protección del TEPT.

Por otro lado, una de las aportaciones más relevantes de este estudio por sus implicaciones en las dinámicas de desarrollo del TEPT y en el diseño de tratamientos, haría referencia a los síntomas que, de una medida a otra, tienen un mayor impacto potencial sobre otros síntomas (*mayor out-strength*), así como los que en potencia pueden ser más afectados por otros síntomas (*mayor in-strength*). En este sentido, la respuesta de sobresalto constituye con diferencia el síntoma con mayor influencia de la

red, de manera que una persona que presenta un alto grado de respuesta de sobresalto en una medida es más probable que manifieste otros síntomas en la siguiente. Por su parte, las alteraciones del sueño y la anhedonia constituirían los síntomas más influidos por otras variables, mientras que la evitación cognitiva y el afecto restringido serían los que presenten al mismo tiempo niveles altos de *out-strenght* e *in-strenght*. A este respecto, se ha sugerido que estos síntomas que al mismo tiempo reciben y dirigen influencias en la red, podrían ser especialmente interesantes desde el punto de vista del tratamiento, erigiéndose como los síntomas objetivo de las intervenciones que facilitarían en mayor medida una reducción general de la sintomatología del trastorno.

Por último, entre los resultados de este estudio destaca también la identificación de ciertos sistemas de retroalimentación entre los síntomas. Así, las alteraciones del sueño predecirían los problemas de concentración que, a su vez, pronosticarían la aparición de restricciones en el afecto que, de nuevo, serían predictores de las alteraciones del sueño. Asimismo, las emociones negativas predecirían el desarrollo de creencias negativas que, además, promoverían la evitación cognitiva, y ésta, nuevamente, la experiencia de emociones negativas.

Comorbilidad con otros trastornos

Dado que desde esta perspectiva la comorbilidad no se ve como un problema sino como una consecuencia lógica de la naturaleza dinámica y transdiagnóstica de la sintomatología, los estudios que analizan los puentes entre las redes de distintos cuadros clínicos también ofrecen información muy relevante de cara a la conceptualización de los trastornos desde el modelo de redes.

En este sentido, el estudio de Boschloo et al. (2015) analiza, en una muestra comunitaria, la estructura de una red configurada en virtud de 120 síntomas psicopatológicos correspondientes a los 20 diagnósticos principales del DSM-IV (véase Figura 1.2.) Así, en general, los autores destacan cómo, en esta gran red psicopatológica, todos los síntomas se asociaban directa o indirectamente con otros

síntomas, así como el hecho de que todos los elementos de la red se distribuían en un gran número de clústeres altamente conectados que reflejaban en gran medida los diagnósticos psicopatológicos contemplados en el DSM-IV.

Asimismo, en lo respecta específicamente al TEPT, los síntomas con un carácter más afectivo (embotamiento e hiperactivación) parecían conformar un subclúster distinto respecto a las manifestaciones más directamente relacionadas con el evento traumático (síntomas de reexperimentación y evitación) y presentaban fuertes conexiones con los síntomas del TDM. Además, los resultados de este estudio revelan que los síntomas que se solapan en los diagnósticos de TEPT y TDM (i.e. alteraciones del sueño, dificultades de concentración y anhedonia) son precisamente los que presentan interconexiones mutuas más fuertes, erigiéndose como síntomas puente que justificarían los altos niveles de comorbilidad observados entre ambos diagnósticos psicopatológicos atendiendo a la propagación de la activación entre las dos redes de síntomas. De forma similar, el síntoma común al TEPT y al Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) relativo a las alteraciones del sueño, también es el que conecta más fuertemente ambos diagnósticos, mientras que el criterio del Trastorno de Angustia (TA) sin agorafobia que hace referencia a las crisis de angustia y que contempla casi exclusivamente síntomas somáticos, se asociaría fuertemente con el síntoma de reactividad psicofisiológica del TEPT.

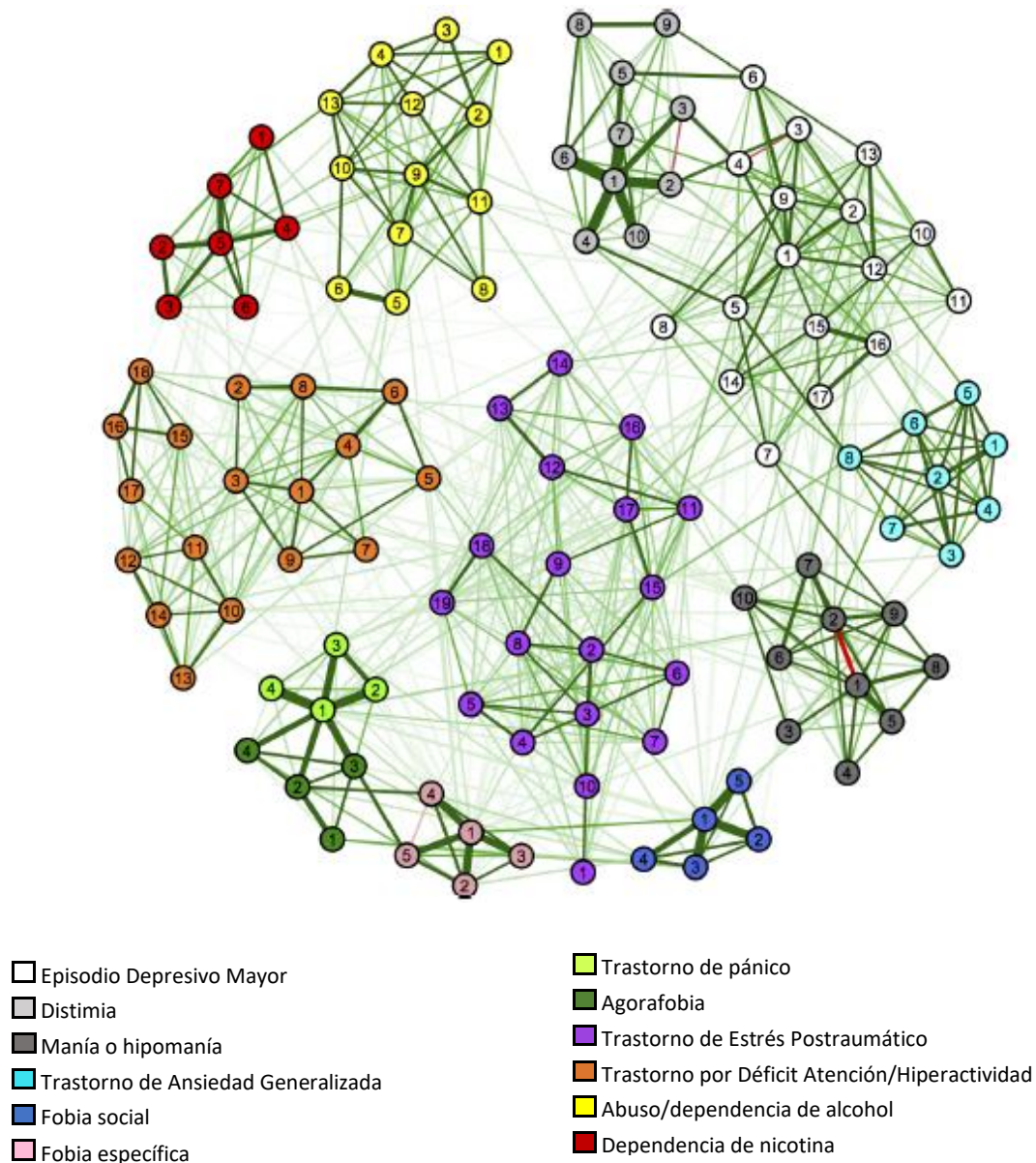
Figura 1.2. Red de síntomas de los 12 diagnósticos principales del DSM-IV.

Figura 1.2. Red estructural de los 120 síntomas correspondientes a 12 diagnósticos psicopatológicos principales del DSM-IV-TR. Los círculos representan los nodos que, en función del color, se refieren a los síntomas específicos de los distintos trastornos. Los nexos entre los nodos se representan con líneas que denotan asociaciones positivas o negativas en virtud de su color verde o rojo. El grosor de los nexos representa la fuerza de la asociación entre los nodos. Adaptado de "The Network Structure of Symptoms of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", por Boschloo et al., 2015, *PLoS One*, 10(9), p. 5. Copyright 2015 por Boschloo et al.

Por su parte, en dos estudios con análisis de redes específicamente dirigidos a caracterizar las interconexiones entre los síntomas DSM-IV de TEPT y TDM (Afzali, Sunderland, Teeson et al., 2017; Choi, Batchelder, Ehlinger, Safren & O'Cleirigh, 2017) las asociaciones más fuertes implicarían también a las alteraciones del sueño

contempladas en ambos diagnósticos psicopatológicos. Si bien, en el estudio de Afzali, Sunderland, Teeson et al., (2017) con una muestra comunitaria de adultos australianos, los siguientes síntomas más interconectados serían la irritabilidad y las dificultades de concentración presentes, mientras que en el Choi et al. (2017) con hombres víctimas de abuso sexual en la infancia, las dificultades de concentración ocuparían el segundo lugar, seguidas de la asociación entre los síntomas sensación de futuro desolador del TEPT y la incapacidad para disfrutar de la vida del TDM, que presentan un solapamiento menos claro, pero que los autores agrupan bajo la denominación “perspectivas de vida limitadas”.

Por último, Afzali, Sunderland, Batterham et al. (2017) llevan a cabo un estudio dirigido en este caso a determinar las asociaciones entre los síntomas DSM-5 de TEPT y Trastorno por Consumo de Alcohol (AUD, por sus siglas en inglés) en una muestra de adultos australianos con historia de trauma y consumo de alcohol en el último año. Así, los autores encuentran fuertes asociaciones entre el comportamiento imprudente o autodestructivo (criterio E2 del TEPT) y los criterios del AUD relativos al *craving* (criterio A4) y el mantenimiento del consumo a pesar de los problemas físicos o mentales derivados del mismo (criterio A9). Asimismo, también se encuentran fuertes asociaciones entre el síntoma de anhedonia (criterio D5 del TEPT) y el consumo de alcohol en situaciones de riesgo (criterio A8 del AUD). Además, la ocurrencia conjunta de los síntomas E2 (comportamiento imprudente), D5 (anhedonia) del TEPT y los síntomas A8 (consumo en situaciones de riesgo) y A9 (problemas físicos/mentales) del AUD, así como la fuerza de sus conexiones, constituía el principal predictor de la magnitud las relaciones entre ambos trastornos psicopatológicos. Así, estos resultados parecen sugerir que el vínculo entre ambos trastornos estaría relacionado con déficits la regulación emocional y el control de impulsos.

Más allá de la sintomatología

Dentro de la perspectiva amplia adoptada desde el modelo de redes para la conceptualización de los trastornos psicopatológicos, parece interesante revisar someramente algunas evidencias relativas al papel que desempeñan en el TEPT ciertas variables relevantes al trastorno que van más allá de la sintomatología.

En lo que se refiere a aspectos sociodemográficos, el sexo y la edad constituyen las principales variables analizadas en los estudios de redes. Así, con respecto al sexo, el estudio de Birkeland & Heir (2017) revela que ser mujer estaría asociado con una mayor reactividad psicofisiológica pero menor evitación cognitiva. Si bien estos resultados no encuentran confirmación en el estudio de Armour et al. (2017), en el que el sexo y la edad no parecen jugar un papel significativo en lo que a la sintomatología postraumática se refiere.

Sin embargo, el estudio de Russell et al. (2017) con niños y adolescentes estadounidenses expuestos a huracanes, sí encuentra diferencias relevantes entre las redes de síntomas de ambos grupos de edad. Así, en el grupo de niños se observan fuertes asociaciones entre síntomas de embotamiento y la amnesia disociativa, que no estarían presentes en la red de síntomas de los adolescentes. A este respecto, los autores sugieren que quizás el embotamiento y la amnesia pueden ser equivalentes en niños, no pudiéndose establecer realmente una diferenciación clara entre ambas manifestaciones psicopatológicas hasta la adolescencia. Además, en los niños, pero no en los adolescentes, se observan también interconexiones particularmente fuertes entre los síntomas intrusivos y de evitación que serían congruentes con la caracterización del TEPT como un síndrome de respuesta al estrés. Por otro lado, la reactividad psicofisiológica y los síntomas de evitación conductual ocupan un lugar central en la sintomatología de los niños, mientras que en los adolescentes adquieren un papel destacado síntomas más cognitivos y emocionales como el embotamiento de las emociones positivas y la sensación de un futuro desolador.

Por otro lado, los estudios de redes también han tratado de determinar el papel de las características o tipos de eventos en la sintomatología postraumática de las víctimas. Así, en lo que respecta a la severidad del evento, Birkeland & Heir (2017) incorporan a su red del TEPT este aspecto como covariable, revelándose asociaciones destacables entre esta variable y los síntomas de embotamiento emocional y anhedonia.

Asimismo, Glück et al. (2017), en un estudio con supervivientes adultos de abuso institucional en la infancia, observaron que todos los tipos de abuso contemplados (abuso físico, abuso sexual, abuso emocional, negligencia física, negligencia sexual y negligencia emocional) presentaban niveles de centralidad destacados, si bien el abuso emocional constituía, no solo el tipo experiencia traumática más central, sino también una de las variables más centrales de toda la red de del trastorno.

Por el contrario, en un estudio con supervivientes de la guerra civil en Sri Lanka, Jayawickreme et al. (2017) aplicaron análisis de redes con el objetivo de conceptualizar la dinámica de interacciones entre los eventos traumáticos, los eventos estresantes diarios y los síntomas psicopatológicos, encontrando que, si bien la naturaleza del evento traumático no era un elemento central de la red, sí lo eran, en cambio, los problemas sociales asociados a la guerra.

Finalmente, un reciente estudio de Benfer et al. (2018) que compara las configuraciones de síntomas postraumáticos de mujeres expuestas a accidentes de tráfico, agresiones sexuales y la muerte repentina o violenta de seres queridos, halla diferencias significativas en las redes en virtud del tipo de evento traumático experimentado. Así, las relaciones establecidas entre la sintomatología en las víctimas de agresiones sexuales parecen ser más consistentes con la propuesta del DSM-5, encontrándose asociaciones positivas entre los síntomas incluidos en los clústeres y pocas asociaciones negativas entre clústeres. En cambio, en los otros dos grupos, y muy especialmente en las personas expuestas a la muerte de un ser querido, se observan muchas asociaciones negativas, algunas de las cuales se establecen entre síntomas agrupados bajo un mismo clúster. Asimismo, se observan diferencias

estadísticamente significativas generales en la fuerza de las relaciones establecidas por los grupos de víctimas de accidentes de tráfico y agresiones sexuales. Específicamente, destaca la fuerte asociación positiva encontrada entre las creencias negativas y la anhedonia en el primer grupo, frente a la ausencia de tal asociación en el segundo grupo. Asimismo, el malestar psicológico ante estímulos que recuerdan el evento constituía el síntoma más central en las víctimas de agresiones sexuales, mientras que la irritabilidad era el síntoma más importante de la red de las víctimas de accidentes de tráfico. Finalmente, los síntomas que se mostraban centrales de manera más consistente en los tres grupos hacían referencia a las emociones negativas y la incapacidad para experimentar emociones positivas.

Aportaciones del modelo de redes

Esta aproximación a la psicopatología, al contrario que los modelos precedentes, considera el papel único de cada uno de los síntomas o elementos individuales del cuadro clínico (Boschloo et al., 2015) independientemente de su especificidad o prevalencia, permitiendo el abordaje de los sistemas causales que conforman los trastornos psicopatológicos en toda su complejidad (Borsboom & Cramer, 2013).

El modelo de redes abraza la naturaleza multifactorial de los trastornos, extendiendo su conceptualización más allá de los síntomas de los sistemas de clasificación diagnóstica y permitiendo la incorporación de factores genéticos, fisiopatológicos, conductuales, ambientales y psicológicos (Boschloo et al., 2015). Esta visión amplia de la psicopatología promovería la investigación sobre las vías psicobiológicas que tienen un efecto mediador en las manifestaciones psicopatológicas (McNally, 2012) y, en general, podría facilitar la hasta ahora frustrante búsqueda de los factores etiológicos específicos a la psicopatología (Boschloo et al., 2015).

Asimismo, su conceptualización de los trastornos como estados de activación variables en redes amplias de síntomas o elementos, supone la adopción de una visión dimensional de la psicopatología, considerando ésta en un continuo con la normalidad

psicológica y evitando, por tanto, los problemas relativos a la diferenciación entre normalidad y patología planteados por el modelo categorial (Vázquez et al., 2017).

Además, para este modelo la diferenciación entre entidades psicopatológicas tampoco supone un problema ya que, en este caso, el diagnóstico diferencial no obliga a identificar si un síntoma corresponde a una u otra categoría diagnóstica, sino que implica determinar qué otros elementos están activos y como éstos se relacionan entre sí (Hofmann et al., 2016).

Por su parte, la comorbilidad constituiría una característica intrínseca a la psicopatología, siendo el resultado de las conexiones establecidas entre los distintos trastornos a través de los denominados *síntomas puente* (Cramer et al., 2010). En general, tales síntomas hacen referencia a manifestaciones psicopatológicas que presentan solapamiento entre trastornos, es decir, síntomas presentes en las distintas redes de trastornos, conectándolas y propagando la activación (Cramer et al., 2010). Si bien, los síntomas puente no se limitarían únicamente los síntomas comunes a los distintos trastornos, si no que, al eliminar estos, otros síntomas no comunes mantienen también las conexiones entre las redes de síntomas de los distintos trastornos comorbiles erigiéndose de igual manera como síntomas puente (e.g. conexiones entre el sentimiento de culpa del Trastorno depresivo Mayor [TDM] y la amnesia disociativa y los flashbacks del TEPT; Afzali, Sunderland, Teesson et al., 2017).

Estos puentes entre cuadros psicopatológicos en términos fenotípicos, además, podrían ayudarnos a comprender mejor las evidencias previamente mencionadas que, en contra de los supuestos del modelo categorial, apuntaban a bases biológicas y procesos patológicos comunes a distintos cuadros clínicos (Adam, 2013; Hudziak et al., 2007; Lilienfeld & Treadway, 2016; Widiger & Clark, 2000).

Además, la heterogeneidad de las presentaciones psicopatológicas de los trastornos tampoco supondría un problema, siendo atribuida a los diferentes vínculos causales entre la variedad de manifestaciones y elementos contemplados en la red considerada para un determinado trastorno (Hofmann et al., 2016).

Esta conceptualización de los trastornos también conlleva claros beneficios desde el punto de vista clínico, permitiendo la selección y planificación de tratamientos que, atendiendo a la estructura y dinámica de la red psicopatológica, contemplen estrategias de intervención centradas en la modificación de los factores desencadenantes, variables y/o conexiones funcionales que conduzcan más eficazmente a la desactivación de los síntomas y, en definitiva, a la transición a un estado saludable de la red (Borsboom, 2017).

Finalmente, a priori el enfoque de redes no plantearía problemas asociados a la validez de los indicadores del trastorno, ya que tales indicadores manifiestos constituyen un efecto del trastorno, no asumiéndose una relación causal que obligaría a determinar si tales elementos manifiestos miden de hecho un atributo subyacente (Schmittman et al., 2013).

Limitaciones del modelo de redes

Si bien el abordaje integral y dinámico que plantea el modelo de redes puede suponer un avance importante en la comprensión teórica y la intervención clínica sobre los trastornos mentales, también implica irremediablemente que la caracterización de los cuadros psicopatológicos resulte por naturaleza más compleja (Borsboom, 2017; Schmittman et al., 2013). Asimismo, si tenemos en cuenta la juventud de este modelo y las incógnitas teóricas y metodológicas que aún planean sobre él, existe el riesgo de que las ansias por capturar la complejidad multifactorial de los trastornos mentales en estas primeras incursiones a la conceptualización de las redes psicopatológicas, conduzcan a la propuesta inicial de modelos excesivamente complejos que, en lugar de favorecer una mejor comprensión de la psicopatología, frenen el avance de este enfoque poniendo en duda su utilidad y validez.

Por otro lado, aunque el modelo de sistemas causales nace de la motivación por desarrollar un enfoque psicopatológico que supere las limitaciones inherentes a los modelos de variables latentes, no está claro que ambas aproximaciones constituyan

perspectivas opuestas e irreconciliables (Bringmann & Eronen, 2018) o que el modelo de redes por el momento pueda considerarse en efecto como una alternativa teórica adecuada a los modelos y sistemas categoriales (e.g. Hofmann et al., 2016). Asimismo, el alcance de esta aproximación de redes como modelo explicativo de los trastornos psicopatológicos también estaría limitado por la difícil conceptualización desde esta perspectiva de determinados cuadros clínicos, especialmente aquellos con un patrón lento de evolución y cuya aparición resulta difícilmente identificable (e.g. Trastornos del Espectro Autista; Borsboom, 2017).

En este contexto, más que como una teoría psicopatológica al uso, el modelo de redes ha sido considerado como un conjunto de herramientas de análisis novedosas que permitirían un acercamiento distinto a los modelos preexistentes (Bringman & Eronen, 2018) o como un esquema organizativo y explicativo aplicable a una amplia variedad de dominios psicológicos (Borsboom, 2017) que permitiría una mejor comprensión de las relaciones entre trastornos y sus factores definitorios (Hofmann et al., 2016).

Además, también llama la atención que la inmensa mayoría de los estudios de redes llevados a cabo hasta el momento se basen precisamente en datos preexistentes recogidos mediante instrumentos de evaluación desarrollados en virtud de los sistemas de clasificación diagnósticos (Boschloo et al., 2015; Contreras et al., 2019; Vázquez et al., 2017). Así, tales estudios estarían por tanto limitados por las definiciones categoriales que, en muchos casos, ofrecen una descripción parcial de la psicopatología, reduciéndola a un número específico de síntomas y pueden suponer la exclusión de participantes con sintomatología significativa pero que no cumplen con los criterios establecidos para el diagnóstico (Vázquez et al., 2017).

Por otro lado, como ocurría con el enfoque dimensional, esta perspectiva también plantea problemas de fiabilidad que, en este caso, harían referencia fundamentalmente a la inestabilidad y falta de replicabilidad de las evidencias, en buena parte debido a la predominancia de errores de medición y al carácter eminentemente

transversal de los estudios de redes (Forbes, Wright, Markon, & Krueger, 2017a). Así, se hace necesario el desarrollo nuevos procedimientos de análisis rigurosos que permitan determinar la calidad y exactitud de los parámetros y medidas contemplados en los estudios de redes, así como la comparación entre distintos estudios y tipos de análisis (Contreras et al., 2019). Además, las mejoras en la estabilidad y replicabilidad de las redes psicopatológicas pasarían necesariamente por el desarrollo de estudios que permitan analizar los cambios en la sintomatología a lo largo del tiempo, favoreciendo la definición de las relaciones causales y la validez de las redes propuestas (Forbes et al., 2017a).

Relacionado con esto, el carácter transversal de la mayoría de los estudios de redes además limitaría en gran medida las conclusiones relativas a las dinámicas establecidas entre la sintomatología (Boschloo et al., 2015; Contreras et al., 2019; Forbes et al., 2017a) ya que éstos tendrían un carácter puramente exploratorio, ofreciendo únicamente redes unidireccionales que, si bien proporcionarían información relevante sobre las asociaciones entre las variables, no nos permitirían establecer la dirección de tales asociaciones y mucho menos hablar de causalidad (Fried & Cramer, 2017). Así, la conceptualización de los trastornos como sistemas causales, implicaría necesariamente el análisis de datos longitudinales que permitieran, además, el desarrollo de predicciones más ajustadas sobre el desarrollo de la sintomatología, la respuesta al tratamiento y las posibles recaídas (Fried & Cramer, 2017). Sin embargo, hasta el momento disponemos de muy pocos estudios con datos longitudinales (Contreras et al., 2019) que realmente nos permitan llegar a una conceptualización completa de los trastornos. En lo que respecta al TEPT, como hemos visto, solo dos estudios analizan los cambios en la sintomatología postraumática a lo largo del tiempo, si bien solo en de Greene et al. (2018) podrían establecerse conclusiones relativas a la dinámica de los síntomas y la causalidad, ya que, el estudio de Bryant et al. (2017), se limita a comparar dos redes transversales correspondientes a dos momentos temporales de medida diferentes, lo que, como señalan Forbes, Wright, Markon y

Krueger (2017b), tampoco constituiría un fiel reflejo de las dinámicas temporales de la sintomatología.

En conjunto, si bien el modelo de sistemas causales o de redes constituye una aproximación prometedora para el estudio de la psicopatología que de un tiempo a esta parte no para de generar evidencias relevantes para la conceptualización de los trastornos mentales, no hay que perder de vista que su juventud teórica y metodológica lleva asociados grandes retos e inconsistencias aún por resolver que obligan a mantener una posición cauta antes de presentarla como una alternativa teórica que pueda sustituir en efecto a los modelos precedentes.

CAPÍTULO 2.

EL TEPT: *¿Un trastorno de memoria?*

2.1. El TEPT y la memoria

El interés por la memoria en el estudio del trauma no constituye una novedad, sino que se remonta a finales del siglo XIX, con los trabajos pioneros de Janet (1889), Breuer y Freud (1893-1895/1955), en los que ya se destacaba el papel de los recuerdos traumáticos subconscientes o inconscientes en la clínica de los pacientes. Sin embargo, no ha sido hasta los últimos treinta años, tras la inclusión del TEPT como entidad diagnóstica en el DSM-III (APA, 1980) y los consiguientes avances en la conceptualización de este trastorno, cuando la memoria ha pasado a ocupar un lugar central en la literatura científica sobre el trauma. Así, el TEPT se ha llegado a considerar como un “trastorno del tiempo” caracterizado por traer el recuerdo pasado al presente a través de la sintomatología postraumática, a la vez que, el presente podría influir en cierta medida sobre el recuerdo del evento pasado (Young, 1995).

Asimismo, el énfasis en el papel de la memoria en la sintomatología postraumática ha alcanzado tales cotas en los últimos años, que algunos autores han llegado a aseverar que el TEPT constituiría un “trastorno de la memoria” (Brewin, 2013, p. 558; Elzinga & Bremner, 2002, p. 12; McNally, 1998, 2004, p. 9) en el que el recuerdo del trauma sería precisamente “el corazón del diagnóstico” (McNally, 2009, p. 599).

Si bien, como se ha comentado anteriormente, el carácter etiológico del evento traumático constituye un elemento diferencial del diagnóstico del TEPT que actuaría como precipitante de la sintomatología, desde el estudio de la memoria, se ha puesto de relieve que el mantenimiento del trastorno (Rubin, Berntsen et al., 2008) y su fenomenología (Creamer, McFarlane & Burgess, 2005) parecen asociarse más al recuerdo del evento que al evento en sí mismo. Así, aunque la definición de trauma incluida en los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013) hace referencia a variables objetivas, por lo general el clínico no tiene acceso a la evaluación directa e

independiente de tales variables, sino que las evidencias sobre la experiencia traumática en realidad provienen de la construcción retrospectiva de un evento experimentado al menos un mes antes del diagnóstico (Rubin, Boals et al., 2008) en la memoria autobiográfica del paciente. Es decir, de la memoria que recoge los recuerdos episódicos voluntarios e involuntarios relativos a eventos pasados (Rubin, 2005). Así, buena parte de las evidencias sobre el evento traumático en el TEPT provendrían de lo que Young (1995) denomina el *recuerdo encarnado*, haciendo referencia a cómo la sintomatología del TEPT sirve de espejo mnemónico, reflejando la naturaleza del evento traumático experimentado y adquiriendo significado postraumático precisamente en virtud de su asociación con el evento.

En lo que a la sintomatología se refiere, la conceptualización diagnóstica del TEPT en el DSM-5 (APA, 2013) parte ya de un reconocimiento general de la importancia de la memoria en relación con la psicopatología postraumática, al destacar que la recurrencia e intensificación de los síntomas contemplados en el diagnóstico puede darse en respuesta a recordatorios del trauma original.

Asimismo, una revisión de los criterios relativos a la sintomatología del TEPT incluidos en el DSM-5 (APA, 2013) nos permite confirmar que el diagnóstico de este trastorno se define en gran medida en virtud de los cambios producidos en la memoria autobiográfica (Rubin, Boals et al., 2008; Rubin et al., 2011). Así, los síntomas intrusivos, que para muchos autores constituirían la sintomatología central del TEPT (Brewin, 2013; Hackmann, Ehlers, Speckens & Clark, 2004; Michael, Ehlers, Halligan & Clark, 2005), se han considerado precisamente manifestaciones características de la naturaleza de la memoria autobiográfica en este trastorno o, incluso, como mecanismos, procesos o representaciones *a priori* adaptativas pero que, en última instancia pueden impedir el procesamiento del recuerdo traumático (e.g. Brewin, Dalgleish, & Joseph, 1996; Horowitz, 1976/2011; Janoff-Bulman, 1992/2010). Como se ha descrito en el capítulo anterior, estos síntomas comprenden la reexperimentación involuntaria del evento a través de recuerdos y sueños recurrentes y angustiosos, así como reacciones

disociativas o *flashbacks* que, tal y como destacan Brewin & Holmes (2003), y en la línea de la descripción de Young (1995), suponen tamaña distorsión temporal que el recuerdo del evento traumático parece suceder en el presente en lugar de en el pasado. Asimismo, dentro de este grupo de síntomas también se incluye el malestar psicológico y la reactividad fisiológica ante recordatorios internos o externos del suceso traumático, que, desde una perspectiva conductual, se han considerado como parte de la memoria implícita del evento y, concretamente, de procesos de condicionamiento clásico (Pitman, Shalev & Orr, 2000), mientras que, desde otras perspectivas constituirían representaciones de la memoria involuntaria del evento (Brewin et al., 1996; Ehlers & Clark, 2000).

Por otro lado, los síntomas incluidos en el clúster de evitación también hacen referencia directa a la memoria, en tanto en cuanto comprende la evitación de estímulos internos o externos que puedan elicitar recuerdos voluntarios o involuntarios asociados al suceso traumático (APA, 2013). Estos síntomas, además, desde un punto de vista conductual, también se han relacionado con la memoria implícita del trastorno, considerándose parte de los procesos de condicionamiento clásico a los estímulos relacionados con el evento y siendo en gran medida responsables de las dificultades observadas en las personas con TEPT para la extinción del miedo condicionado (Lissek & van Meurs, 2015; Pitman et al., 2000). Asimismo, los síntomas de evitación, junto con los relativos al embotamiento emocional considerados en el siguiente clúster de síntomas, también han sido conceptualizados a nivel teórico como mecanismos, procesos o estrategias, que en primera instancia resultaría funcionales en la medida en la que permitirían el afrontamiento de las respuestas de activación y reexperimentación, pero cuya severidad y mantenimiento en el tiempo, podrían terminar por afectar negativamente al procesamiento del recuerdo (Brewin et al., 1996; Ehlers & Clark, 2000; Foa et al., 1989; Horowitz 1976/2011; Janoff-Bulman, 1992/2010; Rubin et al., 2011)

Asimismo, entre las alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo, destaca fundamentalmente el criterio referido a la amnesia disociativa, que hace

referencia a la incapacidad para el recuerdo de aspectos importantes del evento traumático y que ha sido objeto de grandes debates en la literatura sobre este trastorno (e.g. McNally, 2004). Así, la disociación en términos generales ha sido considerada por muchos autores como un mecanismo especial de la memoria traumática dirigido a afrontar el evento y su recuerdo pero que, en última instancia, también podría interferir con su adecuado procesamiento (e.g. Brewin et al., 1996; Ehlers & Clark, 2000).

Asimismo, los síntomas relativos a creencias o expectativas negativas y culpa también podrían considerarse síntomas mnemónicos, entendiéndose en relación con los esquemas cognitivos definidos en las teorías del TEPT como estructuras de conocimiento abstracto almacenadas en la memoria que permiten anticipar el futuro y guiar nuestra conducta, atención y memoria (Ehlers & Clark, 2000; Horowitz, 1983; Janoff-Bulman, 1989). Así, como veremos más adelante, el evento traumático confrontaría a los individuos con información incongruente con sus esquemas previos, de manera que las creencias o expectativas negativas y la culpa constituirían dos estrategias dirigidas a asimilar la información incongruente con tales esquemas (Janoff-Bulman, 1989). Además, la incongruencia de la información derivada de la experiencia traumática y su integración, así como los recuerdos involuntarios contemplados entre los síntomas intrusivos, se han asociado también con la experiencia de emociones intensas (Horowitz, 1975, 1983; Janoff-Bulman, 1989) y cambios en el estado de ánimo (Rubin et al., 2011) compatibles con los síntomas afectivos incluidos en los criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013).

Finalmente, en el clúster relativo a las alteraciones de la activación y reactividad también encontramos referencias directas e indirectas a la memoria. Entre las directas, destaca la especificación establecida en la descripción de las características del trastorno del DSM-5 (APA, 2013), que destaca la consideración, dentro de los problemas de concentración, de las dificultades observadas en el recuerdo de eventos diarios (APA, 2013) que estaría en la línea de la afectación general de la memoria autobiográfica defendida por Rubin et al. (2001). Asimismo, la hipervigilancia se

caracteriza como un incremento en la sensibilidad ante amenazas potenciales relacionadas y no relacionadas con el evento, mientras que la respuesta de sobresalto implicaría una alta reactividad ante estímulos inesperados como ruidos fuertes o movimientos inesperados (APA, 2013). En este contexto, ambos síntomas de hiperactivación podrían entenderse como manifestaciones de la memoria implícita del evento, fruto del condicionamiento de estímulos asociados al mismo (Careaga, Girardi, & Suchecki, 2016; Elzinga & Bremner, 2002), así como, en el caso de estímulos no asociados al evento, de procesos de aprendizaje no asociativos y, específicamente, de un incremento en la sensibilización y una resistencia a la habituación de tales estímulos en personas diagnosticadas de TEPT (Lissek & van Meurs, 2015; Pitman et al., 2000). Por su parte, Rubin et al., (2011) consideran a los síntomas de activación como estrategias dirigidas a controlar y evitar situaciones y pensamientos que pudieran activar los recuerdos involuntarios asociados al evento traumático. Asimismo, desde otras perspectivas, los síntomas de activación y reactividad han sido considerados como formas desadaptativas de afrontamiento o correlatos del recuerdo involuntario que también afectarían negativamente al procesamiento (e.g. Brewin et al., 1996; Foa et al., 1989; Rubin et al., 2011)

Los restantes síntomas incluidos en el manual diagnóstico, si bien no guardan una relación directa con la memoria del trauma, se han asociado también a otros síntomas mnemónicos revisados previamente. Así, en la caracterización del trastorno, los problemas de conciliación y mantenimiento del sueño son considerados en relación con los síntomas intrusivos referidos a los sueños angustiosos, así como con las alteraciones en la activación anteriormente descritas (APA, 2013). Por su parte, en lo que respecta a los síntomas externalizantes relativos al comportamiento irritable y autodestructivo, se han encontrado fuertes asociaciones con la severidad de los síntomas de activación disfórica (dificultades de concentración y alteraciones del sueño), activación ansiosa (hipervigilancia y respuesta de sobresalto) e intrusivos (Contractor, Weiss, Dranger, Ruggero & Armour, 2017). De manera que, indirectamente

también se verían afectados por los correlatos asociados al procesamiento mnésico del trauma.

Por su parte, la propuesta de criterios del CIE-11 (OMS, 2018), como se ha comentado, focaliza el diagnóstico de TEPT en los síntomas de reexperimentación, evitación e hiperactivación. Así, Brewin (2013), miembro del grupo de trabajo de la CIE-11, destaca el papel de los síntomas intrusivos por su carácter mnemónico en el contexto de la consideración del TEPT como un trastorno de memoria, así como el probado valor predictivo de estos síntomas sobre el curso del trastorno. Asimismo, el grupo de trabajo también reconoce las evidencias (Brewin & Holmes, 2003; Schell, Marshall, & Jaycox, 2004) sobre el papel de los síntomas de evitación e hiperactivación en el diagnóstico y mantenimiento del TEPT. Sin embargo, esta propuesta diagnóstica no incluye el síntoma relativo a la amnesia disociativa que, según Brewin et al. (2017) podría entenderse mejor en relación con el malestar emocional asociado a los síntomas de reexperimentación.

Atendiendo a los factores incluidos en los criterios diagnósticos de la CIE-11 y a las consideraciones aportadas previamente sobre el carácter mnemónico de los síntomas equivalentes del DSM-5, parece claro que este sistema de clasificación aboga por una consideración del trastorno más centrado en la memoria del trauma, de acuerdo con las recientes consideraciones establecidas en la literatura y con los modelos teóricos de este trastorno que se abordarán más adelante.

Por su parte, desde una perspectiva dimensional, dentro de la integración de las evidencias sobre el TEPT en el paradigma RDoC presentada por Schmidt & Vermetten (2017), en lo que respecta a la memoria, como hemos visto, se destaca, entre otros, el papel central de las vías de la memoria explícita/implícita en la vulnerabilidad y patogénesis del TEPT.

Finalmente, desde el análisis de redes, sin perder de vista la falta de consenso apuntada por Contreras et al. (2019) en lo que respecta a los síntomas centrales del TEPT, los resultados convergentes sobre la centralidad de los *flashbacks* parecen

apoyar la importancia dada por la mayor parte de las propuestas teóricas a los recuerdos involuntarios en el trastorno, y específicamente el énfasis en este tipo específico de manifestaciones intrusivas, por autores como Brewin y colaboradores (Brewin et al., 1996; Brewin, 2001; Brewin, Gregory, Lipton, & Burgess, 2010). Por su parte, Sullivan, Smith, Lewis, & Jones (2018) subrayan la importancia de los pensamientos intrusivos al revelarse estos como los síntomas con mayor influencia sobre el resto de la sintomatología postraumática. Finalmente, atendiendo a los resultados del estudio de Rusell, Neill, Carrión, & Weems (2017), las relaciones entre los síntomas mnésicos parecen variar con la edad si tenemos en cuenta las fuertes asociaciones observadas en niños, pero no en adolescentes entre los síntomas de embotamiento y la amnesia, así como entre los clústeres de síntomas intrusivos y el de evitación.

2.2. Modelos y teorías de la memoria y el trauma

La importante proliferación de investigaciones sobre el TEPT, que ha ido en aumento tras su incorporación como entidad diagnóstica en el DSM-III (APA, 1980), ha impulsado el desarrollo de modelos y teorías del trastorno que tratan de explicar y predecir sus principales manifestaciones en virtud de las sucesivas evidencias empíricas (Brewin & Holmes, 2003).

En este sentido, y de acuerdo con la importancia del recuerdo para el mantenimiento y fenomenología del TEPT, así como con la naturaleza mnésica de gran parte de los síntomas postraumáticos recogidos en los sistemas de clasificación diagnóstica, no es de extrañar la proliferación de las teorías y modelos sobre este trastorno centradas en gran medida en este proceso cognitivo.

Entre las primeras explicaciones empíricas del TEPT, destacan las propuestas centradas en el recuerdo implícito del evento y, específicamente, en los procesos de condicionamiento subyacentes a la adquisición del miedo, las respuestas de ansiedad y la evitación (e.g. Becket, Skinner, Abel, Axelrod, & Clchon, 1984; Keane, Zimmerling, & Caddel, 1985). En líneas generales, tal y como recogen Foa & Rosenthbaum (1998) y Foa et al. (1989), estos modelos de aprendizaje adoptan la teoría bifactorial de Mowrer (1960), en base a la cual el desarrollo y mantenimiento del trastorno implicaría tanto una fase de condicionamiento clásico, como una fase subsiguiente de condicionamiento operante. Así, la exposición al evento traumático (estímulo incondicionado), que promueve de manera innata respuestas de miedo y ansiedad (respuestas incondicionadas), se asociaría a una amplia variedad de estímulos neutros presentes o temporalmente asociados a tal experiencia, de manera que éstos adquirirían propiedades aversivas, convirtiéndose en estímulos condicionados capaces de provocar respuestas emocionales equivalentes al estímulo incondicionado (respuestas condicionadas). Asimismo, la generalización a estímulos similares y procesos de condicionamiento de nivel superior, conllevarían un incremento en el número de estímulos condicionados a la experiencia traumática que favorecería el mantenimiento de las respuestas condicionadas. Asimismo, el mantenimiento del trastorno también vendría determinado por los procesos de condicionamiento operante que se pondrían en marcha en una segunda fase, en la que las respuestas de escape y evitación serían reforzadas negativamente gracias a la reducción de las respuestas emocionales condicionadas en la fase anterior. Si bien, en última instancia, estas respuestas impedirían la exposición a los estímulos condicionados y, por tanto, la extinción de sus respuestas correspondientes, promoviendo el mantenimiento de la sintomatología.

Aunque este enfoque conductual del TEPT se caracteriza por su sencillez y parsimonia (Foa et al., 1989) y permite explicar algunas de las características relevantes del trastorno como la reactividad psicofisiológica o la evitación (Brewin & Holmes, 2003), también presenta claras limitaciones en tanto en cuanto no establece una clara

diferenciación etiológica con respecto a otros trastornos de ansiedad (Brewin & Holmes, 2003) y no ofrece una explicación consistente acerca del desarrollo y mantenimiento de algunas de las manifestaciones consideradas definitorias del trastorno como los síntomas de reexperimentación (Brewin & Holmes, 2003; Foa et al., 1989) y los efectos en la atención y la memoria declarativa (Brewin & Holmes, 2003). Asimismo, estos modelos ignoran el papel de otras respuestas emocionales además del miedo y la ansiedad (e.g. culpa) y las estrategias de afrontamiento en el ajuste postraumático, y fundamentalmente, no incorporan en sus propuestas constructos cognitivos que, en virtud de las evidencias, parece decisivos para explicar algunas de las principales manifestaciones de este cuadro clínico (Brewin & Holmes, 2003).

Las limitaciones observadas en los modelos de condicionamiento han motivado el cambio hacia un enfoque cognitivo que ha dominado la consideración teórica del TEPT en los últimos años, promoviendo el desarrollo de gran cantidad de modelos y teorías cognitivos de este trastorno (Foa & Rothbaum, 1998). Estos modelos y teorías, que ponen el foco en el impacto de las experiencias traumáticas a nivel cognitivo (Park, Mills & Edmondson, 2012), incorporan distintas evidencias y presupuestos teóricos sobre cognición y emoción (Brewin & Holmes, 2003), tomando en consideración experiencias más propiamente humanas como pueden ser los informes verbales, los procesos emocionales y de pensamiento, así como las actitudes, valores y atribuciones (Foa et al., 1989). Destacando, asimismo, por su mayor poder predictivo y explicativo con respecto a las propuestas previas (Brewin, Dalgleish & Joseph, 1996), así como su mayor validez aparente y su impacto positivo en el desarrollo de investigaciones y tratamientos centrados en este trastorno (Park et al., 2012).

La mayoría de los teóricos cognitivos que han abordado la memoria en el TEPT se adscriben a lo que Kilhstrom (1996) denominaría inicialmente como el *argumento de la memoria traumática* que defiende la atribución de propiedades especiales a las representaciones y el procesamiento de los eventos traumáticos que se verían reflejadas en las características distintivas de los recuerdos de estos acontecimientos

frente a otros tipos de recuerdos. Esta perspectiva, asume que la activación emocional y ciertos mecanismos mentales especiales (e.g. disociación o represión) asociados a la experiencia traumática interferirían con la integración y la recuperación del recuerdo explícito del evento, preservándose, en cambio, el recuerdo implícito que se manifestaría a través de sensaciones, emociones e imágenes intrusivas (Shobe & Kihlstrom, 1997).

Frente a este argumento, Shobe y Kihlstrom (1997) se basan en las evidencias experimentales derivadas de los estudios en neurociencia, conducta y cognición, para defender el denominado posteriormente por Porter y Birt (2001) como *argumento de la equivalencia o superioridad del trauma* que, en contraposición al enfoque de la memoria traumática, mantiene que los altos niveles de estrés y emocionalidad asociados a las experiencias traumáticas harían más probable que se produjeran mejoras en el recuerdo explícito del evento, pudiendo ser estos incluso más distintivos, duraderos y fáciles de recordar que los recuerdos ordinarios, al menos en lo que a los detalles centrales del evento se refiere.

Paralelamente a estos argumentos enfrentados, en 2008 Rubin, Boals et al. clasifican las propuestas teóricas cognitivas sobre el trauma en dos grandes grupos en función de su visión de las memorias traumáticas. Así, en consonancia con el argumento de la memoria traumática, los modelos y teorías que se adscriben al *enfoque de los mecanismos especiales* conceptualizan el TEPT en virtud de mecanismos de memoria especiales (e.g. disociación peritraumática) que se activarían ante la exposición a experiencias traumáticas afectando negativamente a la codificación e integración del recuerdo. De manera que, de acuerdo con una concepción de los recuerdos voluntarios e involuntarios como el resultado de dos operaciones o sistemas de memoria distintos, los individuos expuestos a traumas en general, pero sobretudo aquellos con un diagnóstico de TEPT, tendrían dificultades para acceder al recuerdo voluntario del evento que contrastaría con un fácil acceso al recuerdo involuntario. Asimismo, en lo que respecta al recuerdo voluntario, estos modelos asumen que, en la medida en la que

se de una mayor desintegración del recuerdo voluntario con respecto a la memoria autobiográfica general del individuo, la sintomatología postraumática también irá en aumento. Por su parte, los recuerdos involuntarios tendrían un papel más relevante en relación con la información traumática negativa, experimentándose una mayor revivencia sensorial y emocional en la recuperación de recuerdos negativos frente a otro tipo de recuerdos.

En líneas generales, la gran mayoría de las teorías sobre el TEPT propuestas en el campo de la psicología constituirían modelos de los mecanismos especiales. Si bien, dentro de los modelos cognitivos tradicionales, también podemos distinguir dos abordajes diferentes del TEPT y la memoria.

Así, las primeras propuestas teóricas cognitivas sobre el TEPT, basadas en las teorías de la personalidad y la psicología social (Foa & Rothbaum, 1998), y denominados comúnmente como *modelos basados en esquemas* (Dalgeish, 2004; Gillihan, Cahill, & Foa, 2014), enfatizan el efecto del trauma y sus consecuencias en las estructuras de conocimiento abstracto preexistentes (esquemas) y consideran que el desajuste postraumático sería el resultado de la inadecuada integración de la información traumática con respecto a los esquemas pretraumáticos (Brewin et al., 1996; Dalgeish, 2004; Foa & Rothbaum, 1998). Entre estos modelos destacan fundamentalmente las propuestas de Horowitz (1973, 1975, 1976/2011, 1980, 1986), y Janoff-Bulman (Janoff-Bulman, 1989, 1992/2010; Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997; Janoff-Bulman & Frieze, 1983; Janoff-Bulman & Timko, 1987), que aún hoy siguen teniendo una influencia significativa en la conceptualización teórica y diagnóstica de este trastorno psicopatológico.

Por su parte, las *teorías del procesamiento de la información* buscan explicar cómo se representa y procesa la información del trauma en el sistema cognitivo (Brewin et al., 1996). Aunque estos modelos comparten con los modelos basados en esquemas la consideración del trastorno en virtud de un inadecuado procesamiento e integración de la información traumática en el sistema de memoria, atribuyen tales dificultades a las

características del evento y no al conflicto con las estructuras previas de conocimiento abstracto (Brewin & Holmes, 2003). Relacionado con esto, los modelos del procesamiento de la información han sido calificados como traumatocéntricos, en la medida en que limitan el contenido de sus representaciones casi exclusivamente al evento traumático, pudiendo incorporar algunas referencias a información abstracta o referencial, pero sin que estas propuestas teóricas ofrezcan un grado comparable de explicación acerca de tal información en comparación con la traumática (Dalgeish, 2004). Entre los modelos de procesamiento de la información, destacan la teoría del procesamiento emocional de Foa y colaboradores (Foa et al., 1989; Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998), la teoría de la representación dual de Brewin y colaboradores (Brewin, 2001; Brewin et al., 1996; Brewin et al., 2010) y el modelo cognitivo de Ehlers & Clark (2000).

Frente a la perspectiva de los mecanismos especiales y en consonancia con el argumento de la equivalencia o superioridad del recuerdo del trauma, Rubin, Boals et al. (2008) sitúan el *enfoque de los mecanismos básicos* que defienden que la sintomatología postraumática y el recuerdo del trauma no estarían determinados por mecanismos especiales de memoria, sino por los mismos mecanismos básicos que actuarían ante otro tipo de situaciones, pero con la particularidad que supone el carácter emocional (en ocasiones extremo) de las situaciones traumáticas. Además, también en la línea del argumento de la equivalencia o superioridad del trauma, la activación emocional no solo no interrumpiría la codificación, sino que la incrementaría, promoviendo la formación de recuerdos altamente accesibles a largo plazo. Así, el desarrollo y mantenimiento del TEPT dependería del recuerdo del evento, incrementándose la sintomatología en la medida en la que se incrementa la disponibilidad, es decir, la facilidad con la que vuelve a la mente el recuerdo traumático. A su vez, en tanto en cuanto no es el evento y sus características objetivas las que determinarán su recuerdo, cobran especial relevancia en los modelos adscritos a este enfoque determinados factores individuales (e.g. personalidad, rumiación) que influirán

de forma importante en la disponibilidad y mantenimiento de los recuerdos traumáticos y, por tanto, en la sintomatología postraumática.

Por otro lado, este enfoque descarta tanto la existencia de sistemas de memoria separados, como las diferencias en la disponibilidad y emocionalidad de los recuerdos voluntarios e involuntarios del evento, achacándose los resultados observados en otros estudios a diferencias relativas a su recuperación y no a su contenido. Así, en general las propuestas teóricas desde este enfoque defenderían que el carácter incontrolable y asociativo de la recuperación de los recuerdos involuntarios determinaría la mayor revivencia o impacto emocional observados en los recuerdos involuntarios en general, no solo de los recuerdos involuntarios asociados al trauma; mientras que los recuerdos voluntarios, cuya recuperación dependería de una búsqueda controlada basada en esquemas y en la narrativa del recuerdo, permitirían poner en marcha estrategias de regulación emocional que reducirían su impacto emocional en la recuperación.

Aunque un número considerable de autores defienden ideas congruentes con la visión de los mecanismos básicos, en términos formales las propuestas teóricas desde este enfoque en el campo de la psicología se limitarían a las publicadas por los equipos de investigación de David C. Rubin y Dorte Berntsen en virtud de las sucesivas evidencias recabadas en la investigación sobre el TEPT: *el enfoque del hito o punto de referencia (landmark view*, en inglés; Berntsen, Willert, & Rubin, 2003). el modelo mnemónico (Rubin, Berntsen et al., 2008) y la teoría de la memoria autobiográfica del TEPT (AMT; Rubin, 2015; Rubin et al., 2011).

2.2.1. Modelos de los mecanismos especiales

2.2.1.1. Modelo de los síndromes de respuesta al estrés

Si bien Horowitz se ve claramente influenciado por la tradición psicoanalítica freudiana (Horowitz, 1973, 1975, 1976/2011, 1980, 1986), su conceptualización teórica,

pionera en el estudio del TEPT (Brewin & Holmes, 2003), es considerada en efecto el primer modelo cognitivo del trastorno (Dalgleish, 2004), destacando el rol de la memoria en el ajuste postraumático y, específicamente, el procesamiento del recuerdo del trauma en virtud de los esquemas subconscientes preexistentes, definiendo éstos como “modelos mentales o mapas cognitivos de cómo el *self* se articula en relación al mundo” (Horowitz, 1986, p. 246).

Así, el autor parte del supuesto de que la mente humana presenta una *tendencia intrínseca a la finalización*, es decir, al procesamiento de la información novedosa por medio de la actualización de los esquemas preexistentes sobre uno mismo y el mundo (Horowitz, 1973, 1975, 1976/2011, 1980). Desde esta perspectiva, el procesamiento del recuerdo implicaría el ajuste entre la realidad del evento y los esquemas previos, mediante la evaluación de los significados, interpretaciones e implicaciones del evento, así como la evaluación y puesta en marcha de los recursos de afrontamiento del individuo (Horowitz, 1975). De esta manera, el recuerdo de un evento permanecería activo, siendo representado repetidamente en la memoria hasta que su procesamiento haya concluido y, consecuentemente, pase a un estado de inactivación (Horowitz, 1973, 1975).

En el caso de los eventos traumáticos (ver Figura 2.1.), la propia carga emocional de las reacciones inmediatas a tales eventos (*fase de outcry*), se sumaría a la generada por el importante grado de discrepancia entre la información derivada de la experiencia traumática y los esquemas preexistentes, llevando a los individuos a verse desbordados emocionalmente más allá de límites tolerables (Horowitz, 1983, 1976/2011, 1986). Estos niveles de emocionalidad promoverían a su vez la activación de mecanismos de control inhibitorio que conducirían a estados mentales de negación o evitación de estímulos internos y/o externos asociados al evento, así como al embotamiento afectivo y/o la inhibición (*fase de negación*; Horowitz, 1976/2011). Estos mecanismos de control inhibitorio afectarían directamente al procesamiento, pudiendo interrumpir la representación en la memoria del recuerdo y consecuentemente, la asimilación y

acomodación de la información derivada de la experiencia traumática, ralentizando su procesamiento efectivo (Horowitz, 1976/2011, 1986), si bien la reducción del malestar emocional también disminuiría la necesidad de control inhibitorio, reestableciendo la tendencia a la representación continuada del recuerdo activo (Horowitz, 1976/2011)

Un menor control inhibitorio, unido a las posibles variaciones en los estímulos internos y externos que pudieran fomentar el recuerdo traumático, por su parte, propiciaría la experiencia de estados intrusivos (*fase de intrusión*; Horowitz, 1975, 1976/2011) que responderían a la propia necesidad de los sujetos de procesar el trauma (Horowitz, 1980). Estos estados intrusivos supondrían la repetición involuntaria de aspectos asociados al recuerdo traumático a través *flashbacks*, pensamientos, emociones y conductas compulsivas, así como respuestas de hiperactivación, ansiedad anticipatoria y explosiones emocionales secundarias a tales recuerdos intrusivos (Horowitz, 1976/2011).

Desde este modelo, la negación e intrusión no serían disfuncionales por definición, sino que constituirían estados mentales comunes en la respuesta de estrés normal, adquiriendo un nivel psicopatológico solo en virtud de su intensidad y mantenimiento en el tiempo (Horowitz, 1976/2011). Asimismo, Horowitz (1976/2011, 1983) destaca el papel de la vulnerabilidad individual en el desarrollo de estados mentales patológicos asociados al TEPT, pudiendo tener, en muchos casos, aspectos relativos a los esquemas y a la personalidad premórbida de los sujetos mayor peso en el desarrollo del trastorno que la propia naturaleza del evento traumático.

Finalmente, cabe destacar que los estados mentales identificados en este modelo tampoco serían mutuamente excluyentes, sino que, cada aspecto del trauma podría estar asociado con diferentes estados mentales, siendo común las manifestaciones concurrentes de ambos tipos de estados (Horowitz, 1976/2011). Así, la respuesta óptima a un evento extremadamente estresante implicaría la representación consciente del recuerdo propia de los estados intrusivos, en conjunto con niveles óptimos de control inhibitorio, permitiendo la revisión conjunta de la información traumática y los esquemas

cognitivos previos sin que la emocionalidad sobrepase los recursos del sujeto, favoreciendo un procesamiento más gradual de la experiencia traumática que se consumaría con la integración del recuerdo en la narrativa vital de los individuos (Horowitz, 1976/2011, 1983, 1986).

Figura 2.1. Diagrama de Horowitz sobre la respuesta psicológica humana a los eventos traumáticos.

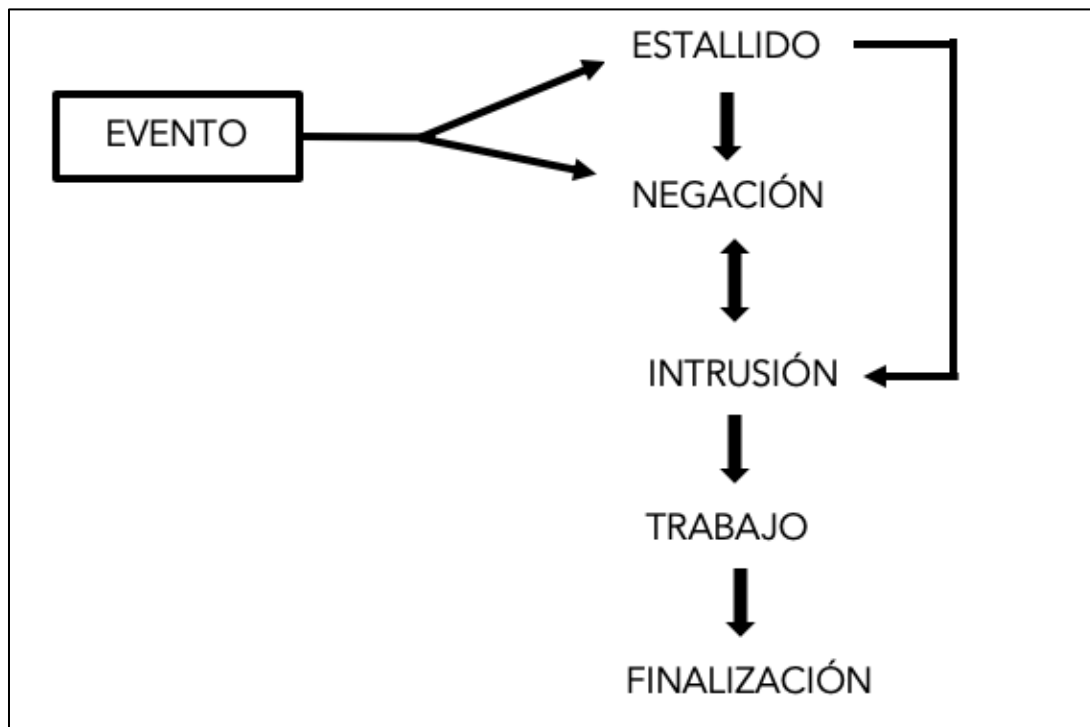


Figura 2.1. Diagrama esquemático que representa las fases de la respuesta humana a los eventos estresantes severos sobre las que se apoya el Modelo de los síndromes de respuesta al estrés. Adaptado de "Post-Traumatic Stress Disorders" de M. J. Horowitz, 1983, *Behavioral Sciences & The Law*, 3, p. 10. Copyright 1983 por Horowitz.

2.2.1.2. Teoría de las creencias básicas

Por su parte, Janoff-Bulman también plantea una teoría centrada en los esquemas, si bien, en este caso, se trata de una teoría socio-cognitiva (Brewin & Holmes, 2003) atendiendo a su fundamentación en las teorías y evidencias previas derivadas del estudio de la cognición social (Dalglish, 2004).

En su libro *Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma* (Janoff-Bulman, 1992/2010), Janoff-Bulman recoge el testigo de otras figuras influyentes en el campo de la cognición social (e.g. Fiske & Linville, 1980; Piaget, 1952), definiendo

los esquemas como estructuras mentales almacenadas en la memoria y construidas activamente por los individuos a lo largo de la vida que, en esencia, constituyen generalizaciones o abstracciones que facilitan la organización del conocimiento relativo a distintos aspectos de la realidad (e.g. estímulos, personas, relaciones, conductas, situaciones, etc.). Asimismo, centra su teoría del TEPT en las creencias básicas sobre el mundo, el *self* y la relación del *self* con el mundo, que se forman en virtud de las experiencias relacionales tempranas y constituyen los niveles más altos de abstracción, las estructuras de conocimiento más generalizadas que guían las percepciones, recuerdos, inferencias, objetivos y conductas de los individuos (Janoff-Bulman, 1983, 1992/2010).

En este contexto, la teoría se articula en torno a tres categorías centrales de creencias compartidas por la mayoría de las personas y que constituirían las representaciones internas del sistema conceptual (Janoff-Bulman, 1989, 1992/2010). En primer lugar, la creencia en la *benevolencia del mundo* supone la convicción generalizada acerca de la bondad, amabilidad, disposición y afectuosidad de las personas, así como la presunción acerca de la dominancia de los eventos positivos sobre los negativos (Janoff-Bulman, 1989, 1992/2010). Asimismo, la creencia de que *el mundo tiene sentido* hace referencia a la necesidad humana de buscar una causa a los eventos mediante la identificación de contingencias entre las personas y lo que les ocurre (Janoff-Bulman, 1992/2010). En este sentido, según la autora, tales contingencias responderían fundamentalmente a dos principios de distribución en función de si se refieren a los rasgos personales o de las conductas de los individuos (Janoff-Bulman, 1989, 1992/2010). Así, siguiendo el principio de justicia, los individuos tienden a asumir que las personas obtienen lo que se merecen en virtud de rasgos morales como la bondad o maldad, mientras que, de acuerdo con el principio de controlabilidad, se considera que las conductas de riesgo (e.g. salir y beber) o la ausencia de conductas de protección (e.g. volver sola a casa) determinarían la experiencia de eventos negativos (e.g. violación), mientras que las conductas

“apropiadas”, “seguras” y “positivas” (e.g. volver acompañada a casa) se asociarían a resultados positivos (e.g. estar a salvo). Por último, la tercera creencia básica hace referencia a la *propia valía* y, paralelamente a los principios de distribución, presentaría dos dimensiones principales relativas a la evaluación sobre la bondad y moralidad de uno mismo (autoestima) y la valoración de la propia inteligencia y eficacia en el control de las conductas manifiestas (autocontrol; Janoff-Bulman, 1989, 1992/2010).

Así, de acuerdo con esta teoría, en general las personas tienden a percibirse como individuos moralmente buenos y competentes que viven en un mundo benevolente y con sentido (Janoff-Bulman, 1992/2010; Janoff-Bulman & McPherson Franz, 1997). En conjunto, estas creencias básicas favorecen sensaciones de seguridad, confianza e invulnerabilidad (Janoff-Bulman, 1992/2010) y, fundamentalmente, proporcionan estabilidad y coherencia al sistema conceptual (Janoff-Bulman, 1989). De manera que su mantenimiento resulta primordial, mostrando altos niveles de resistencia al cambio, aun cuando las evidencias externas (e.g. noticias) frecuentemente puedan ponerlas en entredicho (Janoff-Bulman, 1992/2010).

Sin embargo, como destaca Janoff-Bulman (1992/2010), un suceso traumático supone una amenaza a la integridad física de los individuos, que pone en cuestión su invulnerabilidad y, en consecuencia, desafía profunda y abruptamente también su mundo psicológico, desintegrando estas creencias centrales. Así, en los momentos posteriores al evento traumático, predominan el miedo y la ansiedad, manifestados fundamentalmente en dos niveles de respuesta: psicológico y fisiológico. A un nivel psicológico, en primera instancia, estas emociones se asocian a la amenaza inherente al suceso traumático pudiendo, además, condicionarse aspectos relacionados con la situación que, posteriormente, serán evitados en una suerte de condicionamiento instrumental secundario. Seguidamente, estas emociones se relacionan fundamentalmente con la amenaza que supone el evento para el mundo interno, atendiendo a la potencial desintegración de las creencias. y la conciencia sobre la propia vulnerabilidad en un mundo temible, inseguro y arbitrario (Janoff-Bulman, 1992/2010;

Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997). Asimismo, y paralelamente a la experiencia de miedo y ansiedad, la teoría destaca el papel de la decepción y la desesperación derivada de la insostenibilidad de las creencias, que se asocian irremediabilmente con cierto pesimismo y tristeza que, a su vez, podrían desembocar en cuadros depresivos relevantes a la recuperación (Janoff-Bulman, 1992/2010). Por su parte, a un nivel fisiológico, el trauma genera una sobreactivación del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) que se manifiesta en estados de hiperactivación (e.g. hipervigilancia, respuestas de sobresalto, etc.) mantenidos en el tiempo que afectan también a la capacidad de regulación emocional de los individuos (Janoff-Bulman, 1992/2010).

A un nivel cognitivo, el afrontamiento del evento traumático desde este modelo guarda muchas semejanzas con la propuesta de Horowitz, al considerar que la recuperación pasa por la reconstrucción del sistema conceptual, integrando la experiencia traumática en relación con las creencias centrales sobre el mundo (Janoff-Bulman, 1989, 1992/2010; Janoff-Bulman & Frieze, 1983; Janoff-Bulman & Timko, 1987). Si bien, cabe destacar que, en este modelo, se da un peso comparable a los sistemas cognitivo y emocional atendiendo a la intensidad de las emociones asociadas a este proceso y su relevancia para la consecución del afrontamiento eficaz (Janoff-Bulman, 1992/2010).

Por otro lado, en la difícil tarea de reconstruir su mundo psicológico, desde este modelo, se proponen distintos tipos de procesos de afrontamiento que Janoff-Bulman (1992/2010) organiza en torno a tres categorías: 1) procesos automáticos (negación/embotamiento emocional y recuerdos intrusivos); 2) reinterpretación de la experiencia traumática; e 3) interacción con el mundo externo.

En lo que respecta a los procesos automáticos, se recogen nuevamente algunas de las ideas propuestas por Horowitz, definiéndose la negación y la intrusión como dos procesos complementarios mutuamente dependientes que operan conjuntamente en aras de facilitar la recuperación postraumática (Janoff-Bulman, 1989, 1992/2010). Desde esta perspectiva, la negación/embotamiento constituiría un proceso que opera

sin la participación consciente del sujeto para protegerse frente al total desmoronamiento psicológico derivado de la intensidad emocional asociada a la experiencia traumática y los recuerdos intrusivos (Janoff-Bulman, 1992/2010; Janoff-Bulman & Timko, 1987). Por su parte, los pensamientos, imágenes y recuerdos recurrentes e involuntarios, que estarían asociados a altos niveles de emocionalidad, son considerados nuevamente como fundamentales en la reconstrucción del sistema de creencias básicas, facilitando la asimilación de la información del evento traumático, así como la acomodación de las creencias previas hasta la integración del recuerdo traumático en el sistema conceptual (Janoff-Bulman, 1989, 1992/2010). Así, generalmente las manifestaciones intrusivas se alternarían con periodos de negación y embotamiento emocional que reducirán la emocionalidad, si bien, en ciertas circunstancias ambos procesos podrían operar conjuntamente (Janoff-Bulman, 1992/2010)

Por otro lado, en la reconstrucción de las creencias básicas de los individuos, la reinterpretación de la experiencia traumática o, lo que es lo mismo, la búsqueda de un sentido al trauma supone también un proceso central del afrontamiento (Janoff-Bulman, 1992/2010; Janoff-Bulman & Frieze, 1983). En este sentido, la autora recoge distintas estrategias cognitivas más comunes en la búsqueda de sentido. Así, en primer lugar, la comparación social permitiría al sujeto reevaluarse a sí mismo y su situación en relación con otras víctimas, pudiendo minimizar, de esta manera, sus percepciones negativas respecto a la propia victimización y su afrontamiento (Janoff-Bulman, 1992/2010; Janoff-Bulman & Frieze, 1983). Por otro lado, se plantea la culpa hacia uno mismo como mecanismo de afrontamiento, al considerar que la atribución de esta a las acciones de uno mismo (e.g. “no debería haber ido sola”), en ausencia de atribución de la responsabilidad a los rasgos propios (e.g. “me pasó porque soy tonta”), podría favorecer la percepción de control sobre los eventos, ayudando a las víctimas a reconstruir una visión más soportable del mundo (Janoff-Bulman, 1992/2010; Janoff-Bulman & Frieze, 1983; Janoff-Bulman & McPherson Franz, 1997). Por último, la autora destaca la

reinterpretación del evento en términos positivos que comúnmente se observa en relación con las evaluaciones del trauma en términos de los beneficios obtenidos en virtud de los aprendizajes adquiridos sobre uno mismo y sobre la vida, así como los beneficios derivados para otras personas que generalmente hacen referencia a actos altruistas relacionados con la experiencia traumática (e.g. creación de fundaciones).

Finalmente, teniendo en cuenta que este modelo defiende la construcción inicial de las creencias básicas en virtud de las experiencias relacionales tempranas, no sorprende que la interacción con otros también se plantee como un proceso relevante al afrontamiento, destacándose el papel de la socialización y, particularmente del apoyo social, como base fundamental del trabajo cognitivo-emocional que supone la reconstrucción del sistema de creencias (Janoff-Bulman, 1992/2010; Janoff-Bulman & Frieze, 1983).

2.2.1.3. Teoría del procesamiento emocional

En 1986, Foa y Kozak proponen una teoría general que trata de explicar los mecanismos por los que las terapias de exposición promueven la reducción del miedo en los trastornos de ansiedad, ofreciendo, asimismo, un marco novedoso desde el que conceptualizar las respuestas normales y patológicas de escape y evitación en virtud de ciertas estructuras de memoria del miedo formadas por representaciones sobre los estímulos temidos (e.g. un perro), las respuestas a tales estímulos (e.g. incremento de la tasa cardíaca) y el significado afectivo dado a tales estímulos y respuestas (e.g. peligroso, débil). De manera que, en función de las relaciones establecidas entre estas tres representaciones (i.e. su realismo o congruencia con la realidad), podría determinarse el carácter normativo o psicopatológico de una estructura mnésica. Así, la exposición a información relacionada con alguno de los contenidos representados en una estructura promovería la activación de ese elemento que, a su vez, propagaría la activación entre las distintas representaciones relacionadas.

En este contexto, los autores definen el *procesamiento emocional* como la incorporación de nueva información que promovería el incremento o decremento de la respuesta emocional -el miedo- en virtud de la congruencia o incongruencia de la nueva información con respecto a la almacenada previamente en tales estructuras. Así, la terapia de exposición permitiría activar la estructura, promoviendo la reducción de su correlato afectivo en virtud de la ausencia de las consecuencias negativas esperadas. Es decir, siguiendo un proceso de extinción, la intervención permitiría debilitar o eliminar las relaciones entre las situaciones estímulares y las respuestas al ofrecer información incongruente con tales relaciones. Asimismo, a nivel cognitivo, la exposición a la situación temida también proporcionaría nueva información acerca del significado de los estímulos (e.g. su peligrosidad o su falta de ella) y respuestas (e.g. consecuencias derivadas de la ansiedad) que facilitaría la habituación a largo plazo.

Tras la propuesta inicial de su teoría general de los trastornos de ansiedad, los autores llevan a cabo múltiples adaptaciones a las particularidades de distintos trastornos, así como a las nuevas evidencias de investigación. En este sentido, el TEPT constituye uno de los trastornos más ampliamente abordado desde esta aproximación, siendo su conceptualización teórica inicial (Foa et al., 1989), objeto de revisiones y ampliaciones (Foa & Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998) que han dado como resultado una teoría integradora del TEPT que pretende aunar los conocimientos derivados de las teorías del aprendizaje, cognitivas y de la personalidad (Foa & Rothbaum, 1998) y que servirá de base para el desarrollo de la terapia de exposición prolongada (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007).

Así, la propuesta inicial del modelo del procesamiento emocional adaptado a la respuesta postraumática parte de la premisa de que el mayor tamaño de la estructura del recuerdo del trauma con respecto a la de otros trastornos de ansiedad sería determinante en el desarrollo del TEPT, incluyendo una gran cantidad de estímulos que, en el caso de las respuestas patológicas, comprenderían también estímulos previamente considerados como seguros y cuya interpretación amenazante, aunque

resulte poco congruente con la realidad, hace que los individuos perciban el mundo en general como un lugar lleno de potenciales peligros

En la línea con lo propuesto por los defensores de la conceptualización subjetiva del trauma, Foa et al. (1989) mantienen que el desarrollo de la sintomatología propia del TEPT estaría determinada fundamentalmente por el significado dado al trauma (e.g. amenazantes) y a las respuestas asociadas a tales experiencias (e.g. debilidades), más que por la complejidad y/o severidad objetiva de los eventos traumáticos. Por su parte, los estímulos contenidos en la estructura del recuerdo del trauma se asociarían a intensas respuestas de activación y reexperimentación que dificultarían el procesamiento emocional y que, en consecuencia, los individuos tratarían de afrontar mediante respuestas de escape y evitación de los estímulos traumáticos, entre las que, como ocurría en las teorías anteriores, también se consideran los síntomas de embotamiento emocional. Sin embargo, atendiendo a la persistencia de los síntomas de activación y reexperimentación, estas respuestas de escape/evitación serían ineficaces, así como contraproducentes para el adecuado procesamiento emocional, impidiendo la exposición a información incongruente y, por tanto, promoviendo el mantenimiento de la estructura disfuncional del recuerdo traumático.

Las dos revisiones de esta teoría (Foa y Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998), si bien mantienen el recuerdo del trauma como uno factor decisivo en el desarrollo de la psicopatología, incorporan dos representaciones adicionales relativas a los esquemas pretraumáticos y los recuerdos sobre las reacciones de uno mismo u otros tras el evento. Asimismo, en lo que respecta a los recuerdos del trauma en general, Foa y Riggs (1993) destacan su naturaleza desorganizada e incoherente como resultado de los sesgos en el procesamiento asociados a la intensidad emocional experimentada durante el evento traumático.

En relación a la incorporación del factor relativo a los esquemas pretraumáticos, la propuesta de Foa y colaboradores (Foa y Riggs, 1993; Foa & Rothbaum, 1998) guarda ciertas similitudes con la de Janoff-Bulman, al considerar la influencia de las

creencias básicas sobre uno mismo y el mundo en el recuerdo traumático, así como en los esfuerzos necesarios para su procesamiento; aspectos que determinarían en gran medida el número de asociaciones establecidas entre los estímulos y las interpretaciones de peligro. Además, al contrario de lo establecido en la teoría anterior, esta propuesta no asume que las creencias deban ser necesariamente positivas, sino que serían su rigidez y carácter extremo, los que promoverían la respuesta patológica al evento traumático. Así, albergar creencias excesivamente positivas podría desembocar en una mayor afectación de la autoimagen y de la percepción de seguridad en el mundo. Mientras que, en el caso de que estas sean, por el contrario, excesivamente negativas, la información derivada del evento traumático serviría como reforzamiento y confirmación de las creencias negativas.

Finalmente, en lo que se refiere a las reacciones posteriores al trauma, los autores destacan el papel que juega en el procesamiento emocional la tendencia de las víctimas a interpretar negativamente sus propias reacciones iniciales al trauma (e.g. síntomas de reexperimentación) que, además, se considera que estarían determinadas a su vez por los esquemas previos y por aspectos relativos al recuerdo traumático (e.g. naturaleza interpersonal del trauma). Estas distorsiones en la interpretación, al igual que las posibles reacciones negativas de otros a la victimización (e.g. culpar a la víctima), afectarían negativamente al ajuste postraumático, ya sea directamente, en el caso de la interpretación negativa de los síntomas iniciales, ya sea indirectamente, al constituir evidencias adicionales acerca de la peligrosidad del mundo y la propia incompetencia.

En conjunto, tal y como destacan Foa & Rosenthbaum (1998) los tres factores del modelo integrador del procesamiento emocional estarían “interconectados en una infinidad de círculos viciosos” (p.83) que determinarían el desarrollo y mantenimiento del TEPT. Como puede observarse en la Figura 2.2, los esquemas pretraumáticos influirán en la interpretación del evento, mientras que el evento traumático tendría una influencia destacada en las experiencias posteriores al trauma. Asimismo, los esquemas

pretraumáticos y el propio recuerdo del evento, afectarían directa e indirectamente a la interpretación que se da a tales experiencias postraumáticas.

Figura 2.2. Diagrama de la Teoría del Procesamiento emocional.

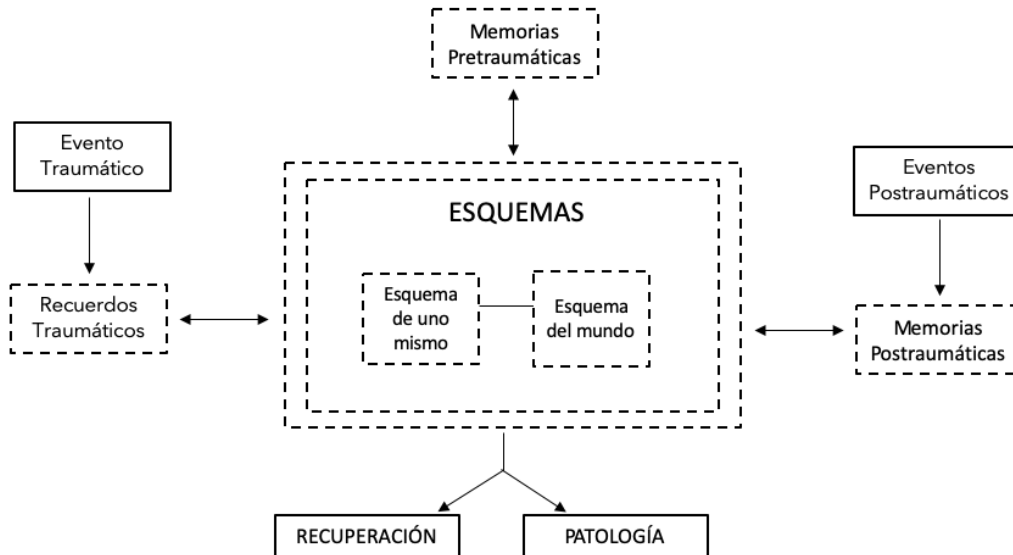


Figura 2.2. Diagrama esquemático que integra las sucesivas propuestas y modificaciones de la Teoría del Procesamiento emocional. Las líneas continuas en los rectángulos indican que estos hacen referencia a eventos externos, mientras que los rectángulos con líneas discontinuas constituyen representaciones. Adaptado de "Emotional Processing Theory" de E. B. Foa & B. O. Rothbaum, 1998, *Treating the Trauma of Rape: Cognitive Behavioral Therapy for PTSD*, p. 78. Copyright 1998 por Guilford Press.

2.2.1.4. Teoría de la representación dual del TEPT

El desarrollo del modelo de la representación dual sigue un proceso muy similar al del modelo anterior, partiendo de un primer trabajo (Brewin, 1989) dirigido a determinar los mecanismos de acción de las intervenciones cognitivo-conductuales y en el que se plantea una conceptualización de la respuesta del miedo en términos de procesamiento de la información. En este trabajo, se proponen y definen por vez primera los dos formatos de representación del *conocimiento verbalmente accesible* y *situacionalmente accesible* que servirán de base para la propuesta teórica del TEPT de Brewin et al. (1996). Esta propuesta, posiblemente la más influyente en el estudio de la memoria traumática en los últimos veinte años, integra aspectos recogidos en las teorías previas basadas en los esquemas cognitivos y del procesamiento de la información, en una conceptualización teórica del TEPT que asume la codificación en la memoria de los

eventos traumáticos en virtud de dos tipos de sistemas de memoria que operan en paralelo.

Así, en la primera descripción de la teoría de la representación dual del TEPT, la *memoria verbalmente accesible* (MVA) hace referencia a los recuerdos conscientes y verbalizables sobre el evento traumático que son integrados en la memoria autobiográfica y, por tanto, contextualizados en la historia presente, pasada y futura del individuo, así como en el contexto espacial en el que tiene lugar (Brewin 2001). Este tipo de representaciones, cuya recuperación puede ser tanto automática como voluntaria (Brewin 2001) y que son susceptibles de modificación (Brewin, 2001; Brewin et al., 1996), comprenderían información pre-, peri- y postraumática relativa a percepciones sensoriales, respuestas emocionales y respuestas psicofisiológicas, así como al significado y las interpretaciones dadas al evento (Brewin, 2001; Brewin et al., 1996). En lo que respecta a las respuestas emocionales, las representaciones de la MVA podrían asociarse tanto a emociones primarias experimentadas conscientemente durante el evento (e.g. miedo), como a emociones secundarias derivadas de las aproximaciones cognitivas de los individuos al evento (e.g. culpa; Brewin & Holmes, 2003).

Por otro lado, la información codificada y almacenada en este sistema de representación precisaría de un procesamiento consciente suficiente que permita su transferencia a la memoria a largo plazo (Brewin, 2001), estando, por tanto, supeditada a las limitaciones en la capacidad atencional que, en el caso de los sucesos traumáticos, serían mayores atendiendo a la selectividad de la atención hacia estímulos amenazantes (Brewin, 2001; Brewin et al., 1996).

Desde este modelo, la identificación del hipocampo como responsable de la integración, coherencia y localización temporo-espacial de los recuerdos verbalmente accesibles, permite explicar las evidencias recogidas sobre el carácter desorganizado, degradado e incompleto de este tipo de representaciones, atendiendo, además de a las

limitaciones en la capacidad atencional, a la acción inhibitoria sobre esta estructura que ejerce el cortisol liberado en situaciones de estrés (Brewin, 2001)

Por su parte, la *memorial situacionalmente accesible* (MSA), recoge aspectos sensoriales, psicofisiológicos y motores del evento registrados a un nivel perceptivo inferior e inconsciente y que son representados en códigos analógicos que hacen difícil su verbalización (Brewin, 2001; Brewin et al., 1996). Este tipo de representaciones implicarían fundamentalmente emociones primarias experimentadas durante el evento traumático (e.g. indefensión), si bien la duración de ciertos eventos podría dar lugar a emociones secundarias (e.g. vergüenza) derivadas de evaluaciones llevadas a cabo durante el evento traumático (Brewin, 2001; Brewin et al., 1996)

Por otro lado, este tipo de sistema, al contrario que el anterior, permitiría procesar grandes cantidades de información, al tiempo que sus representaciones no estarían asociadas a un contexto temporal o espacial, ni serían susceptibles de modificación o control voluntario, siendo accesibles solo de manera automática en virtud de la exposición a contextos internos (e.g. pensar en la violación) o externos (e.g. una calle solitaria) asociados al trauma (Brewin, 2001; Brewin et al., 1996).

En términos neurobiológicos, Brewin (2001) sugiere una vía de procesamiento independiente del hipocampo, por la que los aspectos perceptivos de nivel inferior alcanzarían la amígdala a través de sus distintas conexiones con otras estructuras cerebrales, entre las que destacarían las áreas visuales y auditivas. Así, la amígdala, cuya función central hace referencia a la interpretación emocional de la información, sería determinante en la respuesta de los individuos ante un evento amenazante atendiendo sus conexiones aferentes con el hipotálamo, responsable de la activación del SNA. En el contexto de una experiencia traumática, la activación de la amígdala, al contrario que la del hipocampo, se vería potenciada por el estrés experimentado, favoreciendo la puesta en marcha de respuestas defensivas ante la amenaza y permitiendo la codificación de representaciones perceptivas muy detalladas sobre el evento. Tras el evento traumático, la exposición a estímulos contextuales relacionados

con el evento provocaría la hiperactivación de la amígdala y, por tanto, la recuperación de recuerdos involuntarios que, atendiendo a su falta de contexto temporal, serán reexperimentados como una amenaza actual, promoviendo la puesta en marcha de respuestas defensivas acordes a la sensación de peligro.

Desde la teoría de la representación dual, el procesamiento emocional supone un “proceso en gran medida consciente por el cual las representaciones de los eventos futuros y pasados, así como la conciencia de los estados corporales asociados, entran repetidamente en la memoria de trabajo y son manipulados activamente” (Brewin et al., 1996, p. 677). Este procesamiento emocional implicaría, por un lado, inhibir la activación continuada de las representaciones automáticas (Brewin, 2001; Brewin et al., 1996), mediante la recodificación de la información sensorial de la MSA en la MVA, de manera que esta pueda ser contextualizada en el pasado, proporcionando a la persona representaciones conscientes más detalladas y estables que permitan al hipocampo ejercer control inhibitorio sobre la amígdala a través de sus conexiones con el córtex prefrontal (Brewin, 2001). En este sentido, el modelo destaca especialmente el papel adaptativo que pueden tener los *flashbacks*, en tanto la atención deliberada y repetida a sus contenidos favorecería la transferencia de información entre los sistemas de memoria, construyéndose representaciones conscientes suficientemente detalladas que permitan inhibir la activación de la amígdala (Brewin, 2001; Brewin et al., 1996). Asimismo, en la línea de los modelos anteriores, el procesamiento emocional también implicaría procesar y comparar repetidamente la información pre- y postraumática hasta lograr la integración de la información de la MVA con las creencias previas sobre el mundo, recuperando la sensación de control y seguridad y, en consecuencia, alcanzando el fin último de reducir las emociones secundarias asociadas a este tipo de representaciones (Brewin, 2001; Brewin et al., 1996).

En el caso de que este procesamiento emocional concluya exitosamente de manera que los estímulos traumáticos dejen de mediatizar el procesamiento mnésico y atencional, los individuos alcanzarían lo que en este modelo se denomina *finalización/*

integración (Brewin et al., 1996). Sin embargo, si la construcción de representaciones detalladas en la MVA falla, nos encontraríamos ante una experiencia dominada por la información de la MSA, cuyas manifestaciones involuntarias no podrían ser inhibidas por las estructuras prefrontales responsables (Brewin, 2001). Así, la activación involuntaria ante claves contextuales de este tipo de representaciones asociadas a altos niveles de emocionalidad, dificultarían cualquier esfuerzo adicional por transferir la información de la MVA a la MSA, llevando a los individuos a un *procesamiento emocional crónico* (Brewin, 2001; Brewin et al., 1996). Asimismo, este estado crónico de procesamiento del evento también podría darse como resultado de errores en el procesamiento y comparación de la información del evento con respecto a las creencias previas, pudiendo darse interferencias catastróficas que resulten en la *sobreacomodación* de la información del evento (e.g. identificar situaciones inocuas como amenazantes o a sí mismo como débil; Brewin, 2001).

Además del procesamiento emocional crónico, Brewin et al. (1996) también destacan otro resultado adverso que haría referencia a la *inhibición prematura del procesamiento* como consecuencia de la automatización de estrategias dirigidas a evitar la activación de los recuerdos almacenados en la MVA y la MSA (e.g. evitación, embotamiento, disociación) atendiendo al malestar que estos generan en los individuos. Esta inhibición prematura se asociaría con otra interferencia catastrófica denominada *sobreasimiliación*, que implicaría conservar las estructuras de conocimiento pretraumáticas, manteniendo una versión restringida, minimizada y/o distorsionada del evento traumático, que se integraría en cierta medida con el conocimiento previo y haría cada vez más difícil la recuperación de las representaciones originales de la MVA (Brewin, 2001). Sin embargo, a pesar de la inhibición y/o sobreasimilización de la información traumática, los recuerdos de la MSA podrían activarse ante estímulos contextuales que recuerden el evento, careciendo entonces los sujetos de representaciones correspondientes que permitan su inhibición y haciendo a los

individuos, por tanto, vulnerables al desarrollo de un TEPT de inicio retardado, así como a otros trastornos psicopatológicos (Brewin, 2001; Brewin et al., 1996).

El modelo de procesamiento dual se representa gráficamente en la Figura 2.3.

Figura 2.3. Diagrama de la Teoría de la representación dual del TEPT.

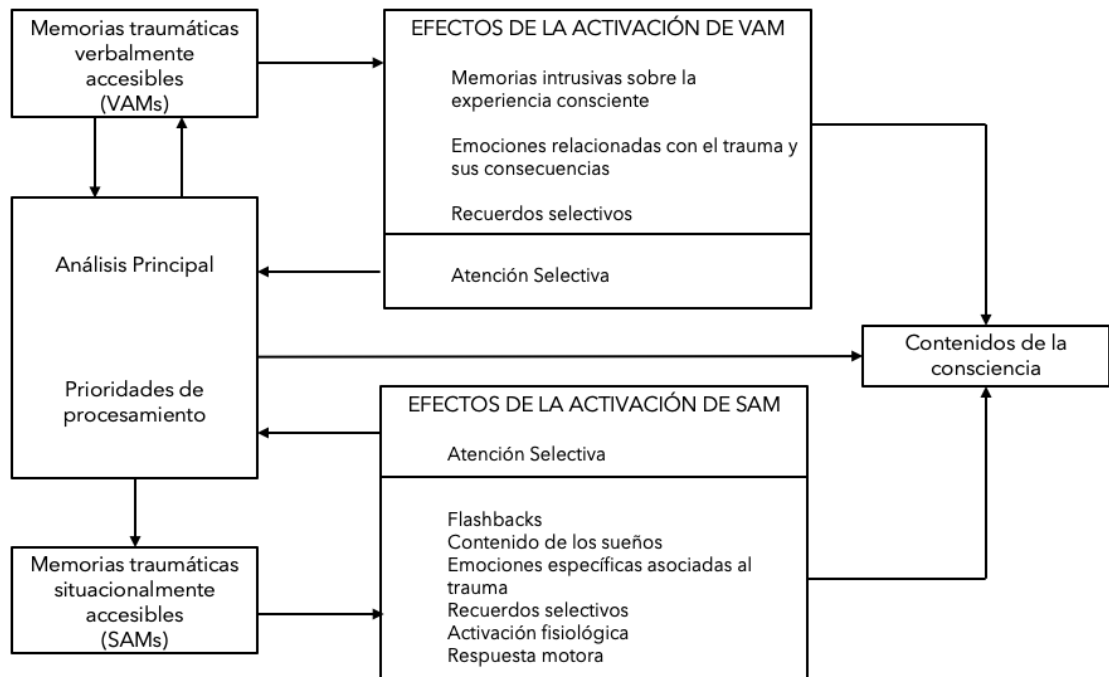


Figura 2.3. Diagrama esquemático que plasma la propuesta inicial de la Teoría de la representación dual del TEPT. Adaptado de "A Dual Representation Theory of Posttraumatic Stress Disorder" de C. R. Brewin, T. Dalgleish, & S. Joseph, 1996. *Psychological Review*, 103, p. 676. Copyright 1996 por la American Psychological Association.

Revisión del modelo de la representación dual

En 2010 Brewin, Gregory, Lipton y Burgess llevan a cabo una revisión de la teoría de la representación dual que trata de integrar las evidencias clínicas, neurocientíficas y psicológicas recientes en un modelo neurocognitivo de la memoria y la construcción de imágenes mentales sanas.

Esta actualización del modelo introduce importantes modificaciones en la denominación de los sistemas de memoria y sus representaciones en aras a evitar posibles confusiones derivadas del uso de una terminología común, así como para solventar algunas limitaciones asociadas a las denominaciones adoptadas previamente. Asimismo, se ofrece una descripción más específica y precisa de los mecanismos

neurales subyacentes a dichos sistemas y representaciones, basándose en gran medida en el modelo computacional propuesto inicialmente por Burgess, Becker, King y O'Keefe (2001) y desarrollado por Byrne, Becker y Burgess, (2007).

En este contexto, la sustitución del término MVA por el de *memoria contextual* o *memoria-C*, responde a la consideración de que, si bien la recuperación y manipulación voluntaria de sus representaciones facilitarían su verbalización, la característica definitoria de este sistema de memoria sería la naturaleza contextual de sus representaciones (*C-reps*), no su accesibilidad verbal. Así, este sistema procesaría la información sensorial objeto de la atención del individuo, recodificándola en un conjunto de representaciones abstractas ligadas al contexto y, consecuentemente, aloécnicas e independientes del punto de vista adoptado por el individuo en el evento. En líneas generales, estas representaciones sustentarían los recuerdos episódicos de los eventos y su verbalización, considerándose la base de la memoria narrativa.

A nivel neurobiológico, la información sensorial consciente sobre el evento alcanzaría el Lóbulo Temporal Medial (LTM), responsable de la memoria declarativa, a través de la vía ventral y las áreas de asociación sensorial. Así, en el LTM, el hipocampo y el parahipocampo codifican las representaciones del evento en relación a su localización espacio-temporal y la disposición de la escena, respectivamente. Por su parte, la recuperación del recuerdo contextual del evento implicaría la traducción de las representaciones aloécnicas procesadas en el hipocampo y parahipocampo a representaciones egocéntricas (i.e. con relación al individuo) en las cortezas retrosplenial, parietal posterior y, en el caso de las imágenes mentales, en el precuneus. Además, la información de las *C-reps*, podría integrarse con el tiempo en la memoria semántica de los individuos mediante las conexiones establecidas entre el hipocampo y el lóbulo temporal, permitiendo a los individuos, por ejemplo, llevar a cabo interpretaciones sobre el evento.

Por su parte, la revisión del modelo también abandona el término MSA, sustituyéndolo por el de *memoria basada en sensaciones de bajo nivel* o *memoria-S*, en

un intento por subrayar su papel, no solo en relación con las manifestaciones patológicas asociadas al TEPT (e.g. *flashbacks*), sino también en la memoria de las personas sin trastorno. Las representaciones *S-reps* incluirían una importante cantidad de detalles sensoriales y estados emocionales percibidos por los individuos durante el evento, siendo, por tanto, egocéntricas, además de inflexibles.

En un plano neurológico, los estímulos perceptivos relativos al evento llevarían a la activación de las cortezas sensoriales de nivel inferior que, a su vez, promoverían la formación de representaciones *S-reps* en el parietal y las cortezas asociativas del LTM. En este contexto, las representaciones *S-reps* interoceptivas del evento podrían asociarse a valoraciones afectivas (e.g. miedo) a través de las conexiones establecidas entre la amígdala y la ínsula. Asimismo, a diferencia de lo establecido en la propuesta inicial del modelo de representación dual, la reactivación de las *S-reps* no solo se daría como resultado de la exposición a estímulos asociados al evento (procesos abajo-arriba), sino que esta también podría responder a las asociaciones con imágenes mentales visuales egocéntricas generadas en el precuneus a partir de las *C-reps* (procesos arriba-abajo).

De acuerdo con la revisión del modelo de la representación dual, en un procesamiento mnésico no patológico de este tipo de eventos (véase Figura 2.4), existiría una correspondencia entre las *S-reps* y *C-reps*. Así, la construcción de imágenes egocéntricas en el precuneus a partir de las *C-reps*, permitiría la activación de las *S-reps* correspondientes, de manera que el recuerdo del evento pueda integrarse en la memoria semántica y autobiográfica, sin que se de la reexperimentación continuada de las *S-reps*. Asimismo, la correspondencia entre ambos tipos de representación permitiría un mayor control arriba-abajo (e.g. supresión deliberada del recuerdo) en virtud de las conexiones entre el prefrontal y áreas del LTM, así como mediante otras conexiones neurales relevantes para las *S-reps* (i.e. córtex visual-tálamo e hipocampo amígdala).

Figura 2.4. Diagrama de la codificación no patológica del recuerdo traumático desde la revisión del Modelo de la representación dual.

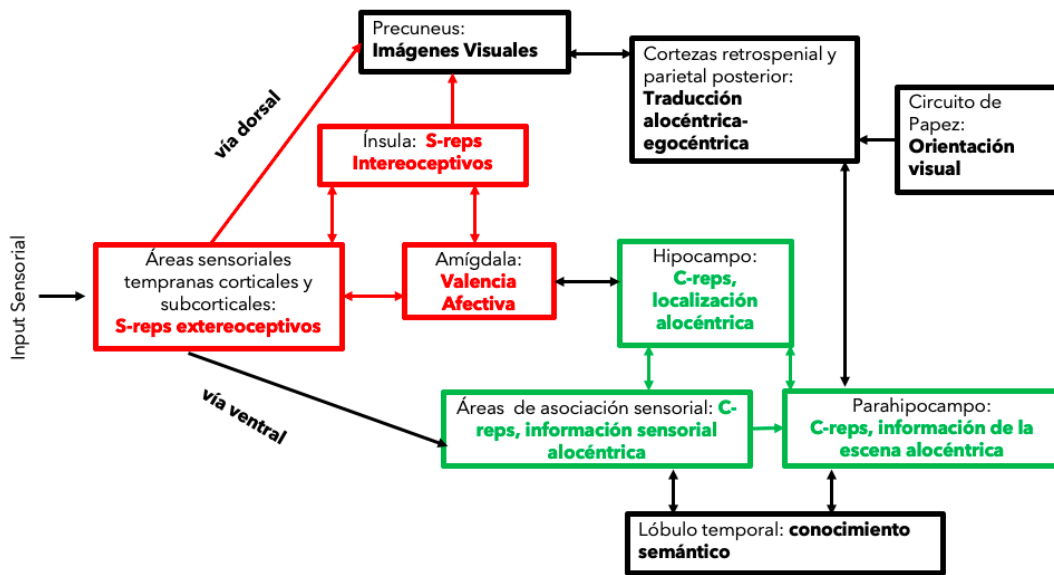


Figura 2.4. Diagrama esquemático de la codificación no patológica de la experiencia traumática en virtud de la revisión de la Teoría de la representación dual del TEPT. Se muestran las regiones y vías cerebrales de procesamiento involucradas y, específicamente, se representan en verde y rojo las relativas al procesamiento de las C-reps y S-reps, respectivamente. Adaptado de “Intrusive Images in Psychological Disorders: Characteristics, Neural Mechanisms, and Treatment Implications” de C. R. Brewin, J. D. Gregory, M. Lipton, & N. Burgess, 2010, *Psychological Review*, 117, p. 223. Copyright 2010 por la American Psychological Association.

Frente al rápido decaimiento y consecuente inaccesibilidad de las S-reps asociadas a la experiencia de acontecimientos emocionalmente neutros, los eventos estresantes o extremadamente emocionales *a priori* favorecerían la creación de C-reps y S-reps más duraderas. Si bien, en consonancia con lo defendido en el modelo inicial, la codificación del recuerdo del evento traumático en personas con TEPT supone la construcción de fuertes S-reps y C-reps débiles, así como una falta de correspondencia o conexión entre ambos tipos de representaciones (véase Figura 2.5). En este contexto, la reactivación de las S-reps, en ausencia de referencias al contexto de codificación o a la memoria autobiográfica, lleva a su reexperimentación vívida en el presente, sintiéndose más como una amenaza actual que como un recuerdo del pasado. Por su parte, los *flashbacks* constituirían imágenes visuales basadas en las S-reps que, atendiendo a la debilidad de las C-reps, apenas se ven influidas por procesos de control arriba-abajo. Así, su cronicidad se relacionaría con mecanismos que perpetúan su falta

de integración (e.g. evitación cognitiva y conductual) y que impedirían completar las C-reps del evento.

En relación con el TEPT de inicio demorado, esta propuesta teórica defiende que determinadas condiciones comunes a las experiencias traumáticas (e.g. estrés prolongado o depresión) afectarían a la capacidad de elaboración de C-reps por parte del hipocampo, dificultando en gran medida la contextualización en el pasado de las S-reps que, unidas a la presencia de bajo estado de ánimo y a los sesgos cognitivos derivados de la experiencia, podrían provocar reacciones negativas que se codificarían también como S-reps. Así, en ausencia de C-reps ligadas a tales representaciones sensoriales, se puede caer en una espiral en el que este proceso se repita, incrementándose progresivamente las S-reps hasta construir una representación del evento ligada a emociones negativas extremas.

Finalmente, con relación a la perspectiva adoptada en el recuerdo, se asume que las representaciones egocéntricas del precuneus generadas a partir de las S-reps serían la base para los recuerdos experimentados en primera persona, mientras que los recuerdos recuperados desde la perspectiva del observador responderían a la elaboración de imágenes en el precuneus a partir de las C-reps siguiendo un proceso arriba-abajo. A este respecto, los autores destacan que ciertos individuos pueden adoptar una perspectiva del observador durante y/o tras el evento a través de las C-reps como estrategia para neutralizar las imágenes intrusivas y los correlatos emocionales asociados a las S-reps, dado que estas no se corresponderían con la experiencia de un observador y se verían afectadas por la acción inhibitoria del hipocampo.

Figura 2.5. Diagrama del procesamiento patológico del recuerdo traumático desde la revisión del Modelo de la representación dual.

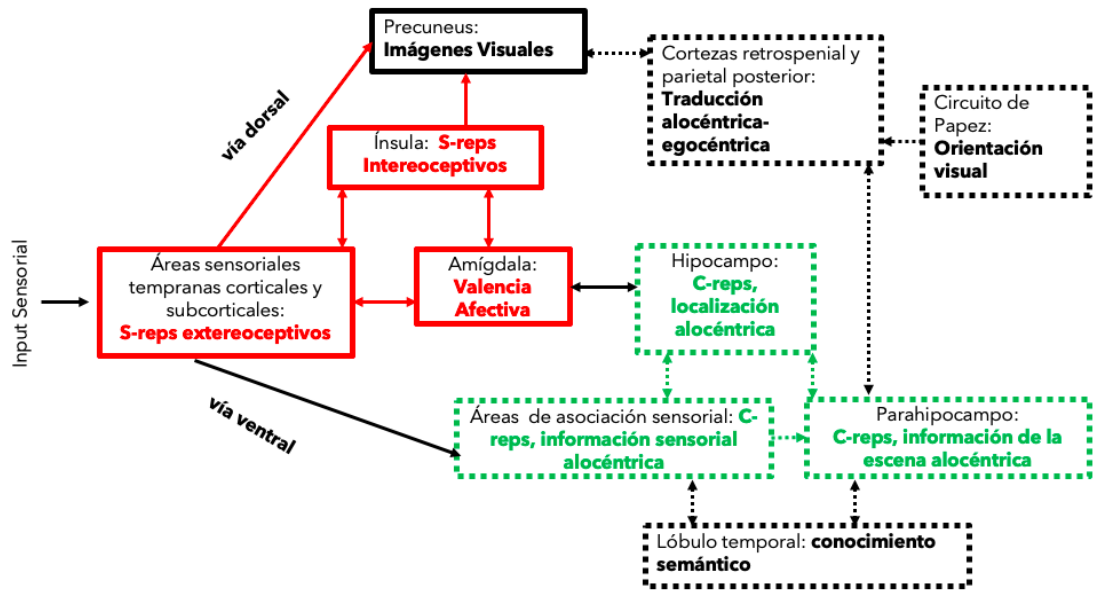


Figura 2.5. Diagrama esquemático de la codificación patológica de la experiencia traumática en virtud de la revisión de la Teoría de la representación dual del TEPT. Se muestran las regiones y vías cerebrales de procesamiento involucradas y, específicamente, se representan en verde y rojo las relativas al procesamiento de las C-reps y S-reps, respectivamente. Asimismo, las líneas continuas reflejan representaciones y vías de procesamiento más fuertes, mientras que las líneas discontinuas hacen referencia representaciones y vías de procesamiento más débiles. Adaptado de “Intrusive Images in Psychological Disorders: Characteristics, Neural Mechanisms, and Treatment Implications” de C. R. Brewin, J. D. Gregory, M. Lipton, & N. Burgess, 2010, *Psychological Review*, 117, p. 223. Copyright 2010 por la American Psychological Association.

2.2.1.5. Modelo cognitivo del TEPT

El modelo cognitivo incorpora muchas de las ideas recogidas en las teorías anteriores, si bien, se distingue precisamente por su carácter integrador (Ehlers & Clark, 2000), proporcionado la descripción más detallada hasta ese momento en lo que se refiere al mantenimiento y tratamiento del TEPT (Brewin & Holmes, 2003). Y es que, frente a otras teorías que se centran en el desarrollo inicial de este trastorno, la teoría cognitiva se formula con el objetivo específico de ofrecer un modelo teórico sobre los factores que contribuyen a su persistencia a lo largo del tiempo que, a su vez, sienta las bases para el desarrollo de un tratamiento cognitivo-conductual congruente (Ehlers y

Clark, 2000) que, posteriormente, será publicado (Ehlers, Clark, Hackmann, McManus, & Fennell, 2005) y puesto a prueba (e.g. Ehlers et al., 2003; Ehlers et al., 2014).

En este contexto, Ehlers y Clark (2000) defienden que el mantenimiento del trastorno respondería a un procesamiento de la información asociada al trauma que hace que los individuos, una vez concluido el evento, continúen sintiéndose expuestos a una grave amenaza. Esta sensación de amenaza persistente, que irá acompañada de respuestas emocionales, síntomas de reexperimentación, activación y ansiedad, será el resultado de dos mecanismos implicados en el procesamiento de la experiencia traumática: 1) las aproximaciones al trauma y/o sus secuelas y 2) la memoria del evento (véase Figura 2.6).

De acuerdo con los planteamientos de los modelos cognitivos de ansiedad, los autores proponen que la adopción de aproximaciones negativas al trauma, entendidas como interpretaciones cognitivas relativas al evento y sus secuelas, tendría un efecto decisivo, generando una sensación de amenaza externa o interna. Si bien el rango de aproximaciones contempladas desde este modelo es amplio, en la propuesta del modelo se ofrecen algunos de ejemplos más típicos, destacándose, en el caso del evento traumático, la generalización del miedo a otras situaciones inocuas (e.g. “ningún sitio es seguro”), interpretaciones relacionadas con el hecho de que el evento le ocurriera a la persona específicamente (e.g. “atraigo el desastre”) y relativas a sentimientos experimentados o conductas de uno mismo durante el evento (e.g. “soy culpable porque no me defendí”). Entre las aproximaciones recogidas en relación a las secuelas, destacan las interpretaciones negativas de los síntomas postraumáticos iniciales (e.g. “me estoy volviendo loca”) o las reacciones de otros en los momentos posteriores al evento (e.g. “no tengo a nadie”), así como las aproximaciones negativas a las consecuencias que ha tenido el trauma en distintas esferas de su vida del individuo que tienden a ser interpretadas como permanentes (e.g. “mi cuerpo ya no sirve para nada”, “perderé a mi hijo”).

A este respecto, los autores también destacan que, la naturaleza de las emociones experimentadas tras el trauma dependerán en gran medida de las interpretaciones que hagan los individuos (e.g. la vergüenza se asocia a aproximaciones relacionadas con la violación de estándares relevantes para la persona), pudiéndose observar un amplio rango de emociones diferentes tras el trauma en virtud de las posibles variaciones a lo largo del tiempo en la activación y grado de convicción de las distintas aproximaciones.

En lo que a la memoria traumática se refiere, este modelo establece un patrón de recuerdo muy similar a la contemplada en las teorías previas, de manera que las personas con TEPT presentarías dificultades para el recuerdo voluntario del evento, siendo los recuerdos fragmentados, desorganizados, poco detallados y difíciles de recuperar en el orden temporal en el que tiene lugar. En contraposición, la recuperación de los recuerdos involuntarios del evento sería frecuente e implicaría la reexperimentación de tales impresiones sensoriales en el presente de una forma vívida que dificultaría la consciencia de su naturaleza mnésica. Este tipo de recuerdos, que harían referencia fundamentalmente a impresiones sensoriales — en su mayoría visuales— y emociones, son elicítadas por un amplio rango de estímulos y situaciones que pueden no tener una relación semántica estrecha con el evento, pudiéndose estar asociados a este solo temporalmente. Asimismo, los autores consideran que este tipo de recuerdos seguirían reexperimentándose a pesar de que los individuos sepan que no son reales o se expongan a información que los contradiga y, en el caso de las emociones y sensaciones psicofisiológicas, se apunta que podrían darse aun en ausencia de un recuerdo voluntario asociado que permita identificar su relación con el evento traumático.

En este sentido, según los autores, este patrón de recuerdo responde a la forma en que el evento es codificado y fijado en la memoria. Destacándose, en primer lugar, la pobre elaboración de los recuerdos traumáticos, que no son contextualizados en tiempo y espacio y su falta de integración con otros recuerdos de la memoria

autobiográfica como responsables de los problemas observados en la memoria voluntaria del evento y de muchos de los aspectos asociados a los recuerdos involuntarios (i.e. reexperimentación en el presente, falta de asociación con la información posterior y fácil activación ante claves físicamente similares). Por otro lado, el modelo defiende que las personas con TEPT presentan fuertes asociaciones entre estímulos (E-E) y entre estímulos y respuestas (E-R) relativas a la experiencia traumática que harán más probable la activación de recuerdos involuntarios o respuestas emocionales pero que, además, promoverán que los individuos lleven a cabo predicciones relativas a un peligro inminente o futuro. Así, romper estas asociaciones y las consiguientes predicciones de peligro no será fácil teniendo en cuenta que la activación del recuerdo responde a claves que, frecuente, los individuos no identifican conscientemente. Además, los autores también mantienen que en el TEPT se daría un fuerte *priming perceptivo*, observándose un umbral perceptivo reducido para los estímulos temporalmente asociados al evento traumático, de manera que estímulos muy diferentes a los experimentados durante el evento podrían posteriormente activar muy fácilmente síntomas de reexperimentación

Considerando en conjunto ambos mecanismos, el modelo cognitivo del TEPT asume la existencia de relaciones recíprocas entre las aproximaciones cognitivas al trauma y las memorias traumáticas. En este sentido, los recuerdos recuperados estarían sesgados por las aproximaciones de los individuos, recuperándose selectivamente la información consistente con tales interpretaciones cognitivas. Asimismo, la incapacidad para recuperar ciertos detalles del trauma puede ser interpretada por los individuos de manera que se mantenga la sensación de amenaza (e.g. “sucedio algo peor”). Por su parte, la reexperimentación de estados emocionales como si el trauma estuviera sucediendo en el presente (e.g. soledad), también pueden contribuir a la adopción de aproximaciones negativas que dificultarían la recuperación (e.g. “nunca nadie me va a querer”). Finalmente, se apunta que, en los casos en los que el evento supone una amenaza seria para la visión de uno mismo, este puede alterar la organización general

de la memoria autobiográfica, haciendo que los individuos sean incapaces de reorganizar sus experiencias previas y posteriores de manera que tengan una visión de sí mismos y del contexto en el que viven, produciendo, además de la sensación de desorientación, una predominancia del recuerdo asociado a claves frente al filtrado por el contexto actual.

Además de las relaciones recíprocas entre las aproximaciones y los recuerdos, estos mecanismos también se ven influidos por el tipo de procesamiento cognitivo durante el evento traumático. Así, en el caso de las aproximaciones al trauma y sus secuelas, se identifica un proceso de pensamiento denominado *derrota mental* (*mental defeat*) que hace referencia a la percepción de pérdida de la autonomía psicológica y la sensación de no ser ya humano. Este proceso cognitivo se relaciona con interpretaciones del trauma asociadas con una visión negativa de uno mismo.

Por su parte, la naturaleza del recuerdo traumático también se ve claramente influida por distintos aspectos del procesamiento, entre los que destacan en primer lugar sus características durante la codificación. Así, la naturaleza del recuerdo y su accesibilidad voluntaria dependerán del grado de procesamiento conceptual que supone poner en contexto el evento traumático y asignarle significado. Una predominancia del procesamiento basado en los datos que implica únicamente impresiones sensoriales dificultará la recuperación voluntaria de la memoria traumática e incentivará el *priming* perceptivo de los estímulos temporalmente asociados, dificultando su discriminación respecto a estímulos realmente amenazantes.

Además, entre los procesos asociados a los patrones mnésicos postraumáticos, se identifica la disociación como posible factor explicativo de la fragmentación de los recuerdos traumáticos y la incapacidad para establecer una perspectiva referida a uno mismo y el embotamiento afectivo como determinantes de la desorganización observada en los recuerdos voluntarios de los individuos con TEPT.

Por otro lado, Ehlers y Clark (2000) también dan mucho peso en el modelo cognitivo a las estrategias conductuales desadaptativas y los estilos de procesamiento

cognitivo que los individuos ponen en marcha con el fin de controlar a corto plazo la sensación de amenaza y los síntomas pero que, a largo plazo, favorecerían el mantenimiento de la sintomatología postraumática. Así, se recogen en esta categoría estrategias que, en última instancia, promueven la manifestación de síntomas (e.g. supresión cognitiva, atención selectiva a claves amenazantes), otras que impiden la modificación de aproximaciones negativas al trauma y/o sus secuelas (e.g. conductas de seguridad) o no permiten modificar la naturaleza del recuerdo traumático (e.g. intentar no pensar en el evento, evitar emociones). Por su parte, tres aspectos definitorios del TEPT como son la evitación de recordatorios del trauma, el consumo de alcohol o medicación y el abandono o evitación de actividades significativas tendrán un doble efecto, impidiendo que puedan modificarse tanto las interpretaciones del evento como la naturaleza del recuerdo traumático. Finalmente, también se identifican como estilos de procesamiento cognitivo desadaptativos, la rumiación y la disociación, si bien los autores solo se permiten especular que la rumiación podría incrementar la sintomatología y dificultar el cambio en interpretaciones y recuerdos, mientras que la disociación presumiblemente impediría la elaboración e integración de la memoria traumática.

Asimismo, Ehlers y Clark (2000) también toman en consideración dentro de su modelo factores contextuales que pueden influir de manera importante sobre los tres principales elementos previamente mencionados. Así, el procesamiento cognitivo durante el evento puede verse influido por las características del trauma (e.g. duración, previsibilidad); las experiencias traumáticas previas y los consecuentes estilos de afrontamiento adoptados; la capacidad intelectual; las creencias previas; y el estado de los individuos (e.g. consumo de alcohol, grado de activación, miedo). Por su parte, las características del evento, las secuelas derivadas del trauma, las reacciones de otros, las creencias y los traumas previos pueden tener una influencia decisiva en las aproximaciones adoptadas por los individuos al trauma y sus secuelas. Asimismo, defienden que las experiencias y creencias previas es probable que tengan una

influencia importante en las estrategias cognitivas y conductuales dirigidas a controlar los síntomas de TEPT y la amenaza.

Finalmente, los autores tratan de explicar algunas de las manifestaciones más comunes del TEPT en virtud de las premisas del modelo cognitivo. Así, el TEPT de inicio retardado podría responder a una resignificación mucho más amenazante al evento o sus secuelas en virtud de un evento posterior (e.g. que un hijo alcance la edad en la que sufrió el abuso) o a que el sujeto no se vea expuesto a los estímulos que elicitan en mayor medida el recuerdo hasta pasado un tiempo desde la experiencia traumática (e.g. hasta que sale del hospital). Por su parte, las reacciones propias del aniversario del evento se explican en base a la exposición a una gran cantidad de recordatorios, ya sea por su mayor disponibilidad o por la de nuevos recordatorios internos, unido al hecho de que el aniversario es tomado como un punto de referencia para las aproximaciones negativas a los síntomas (e.g. “han pasado 7 años y todavía no lo he superado”) que, a su vez, promoverán la activación de estrategias desadaptativas. En lo que se refiere a la sensación de haberse quedado bloqueado en el pasado, los autores destacan, en primer lugar, el papel de las interpretaciones negativas asociadas al carácter permanente de los cambios (e.g. “nunca seré normal”) y a la irrelevancia de los objetivos previos atendiendo al evento o la amenaza de un nuevo evento futuros (e.g. “ya no tiene sentido acabar la carrera”, “¿para qué buscar una nueva pareja si también me hará daño”). Asimismo, también contribuirían a tal sensación, la desconexión de la realidad actual fruto de la reexperimentación continua y la renuncia a actividades previamente significativas. La sensación de fatalidad inminente se atribuye, por su parte, a la naturaleza de los recuerdos traumáticos. Así, los recuerdos traumáticos sensoriales y emocionales descontextualizados pueden considerarse señales de peligro o incentivar la percepción de una amenaza futura, mientras que los recuerdos voluntarios incompletos y desordenados, pueden interpretarse como indicadores de que algo peor de lo recordado tuvo lugar. Finalmente, que muchas personas con TEPT manifiesten que pensar o hablar sobre el evento realmente no les ayuda, se atribuye a un abordaje

rumiativo o no emocional de lo ocurrido que impide la atribución de significado del evento y la contextualización del recuerdo.

Figura 2.6. Diagrama del Modelo cognitivo del TEPT.

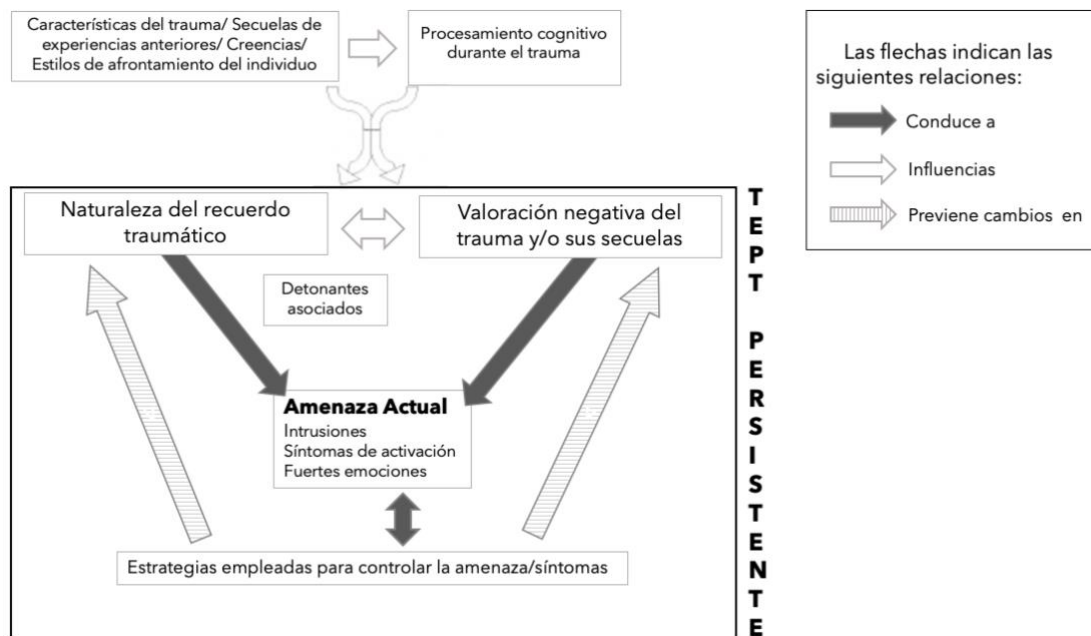


Figura 2.6. Diagrama esquemático de los procesos y variables claves implicados en el mantenimiento del TEPT según el Modelo cognitivo del TEPT. Adaptado de “A cognitive model of posttraumatic stress disorder” de A. Ehlers, & D. M. Clark, 2000, *Behaviour Research and Therapy*, 38, p. 321. Copyright 2000 Elsevier Science Ltd.

2.2.2. Modelos de los mecanismos básicos

2.2.2.1. Enfoque del hito o punto de referencia

Basándose en la literatura experimental sobre la memoria autobiográfica y las evidencias recabadas en estudios anteriores (e.g. Berntsen, 2001), Berntsen et al. (2003) proponen *el enfoque del hito o punto de referencia (landmark view, en inglés)* como primera tentativa teórica alternativa a la visión tradicional de la memoria traumática defendida en los modelos cognitivos del TEPT.

Desde esta propuesta se asume que, ante la exposición a eventos importantes tanto positivos como negativos que generan una alta activación emocional, el recuerdo de tales eventos mejorará, ocupando un lugar destacado en la memoria autobiográfica del

individuo en virtud a la gran cantidad de asociaciones establecidas con otros recuerdos, erigiéndose así como puntos de referencia desde los cuales atribuir significado autobiográfico a otras experiencias y construir expectativas relativas al futuro.

Sin embargo, aunque este mecanismo general de la memoria sea funcional en lo que a eventos positivos o no traumáticos se refiere, en el caso de los eventos traumáticos tendrá efectos negativos, en la medida en que puede sesgar dramáticamente las atribuciones y expectativas de los individuos.

En los individuos con TEPT el evento traumático será hasta tal punto un hito en su memoria autobiográfica que mediatizará continuamente las interpretaciones que estos hagan de sus experiencias, así como en sus expectativas de futuro. Este impacto continuado en las interpretaciones y expectativas podría explicar la sensación continuada de amenaza experimentada por los individuos con TEPT y, tal y como destaca Berntsen (2001), también ofrecería una base plausible para entender la sintomatología ansiosa y depresiva comúnmente observada en víctimas de eventos traumáticos.

Asimismo, Berntsen et al. (2003) destacan que la mayor accesibilidad al recuerdo del trauma derivada de que este se constituya como punto de referencia de la memoria autobiográfica de los individuos podría explicar también los recuerdos intrusivos y la rumiación experimentada en las personas expuestas a trauma, en la medida en la que implicarán repetir mentalmente el recuerdo traumático, incrementando su accesibilidad y prolongando su funcionamiento como hito en la memoria autobiográfica.

2.2.2.2. Modelo mnemónico

Como su propio nombre indica, el elemento central del modelo mnemónico de Rubin, Berntsen et al. (2008) es precisamente la memoria y, concretamente, el recuerdo traumático y su papel decisivo en el desarrollo del TEPT, si bien, esta propuesta teórica no invoca a mecanismos especiales, sino que mantiene que el procesamiento del recuerdo traumático implicaría a los mecanismos normales de la memoria funcionando

en una situación anormal altamente emocional y, en ocasiones, extrema. De manera que una explicación comprensiva de la naturaleza del recuerdo traumático y el desarrollo de la psicopatología podría articularse únicamente en virtud de los principios, conocimientos y evidencias generales sobre memoria y emoción.

Este modelo (véase Figura 2.7) pone en entredicho la idea básica defendida en las conceptualizaciones diagnósticas y teóricas tradicionales del trastorno por la que el evento traumático constituiría el factor etiológico principal del trastorno, proponiendo, en cambio, que el desarrollo y mantenimiento del TEPT dependería directamente del recuerdo explícito voluntario e involuntario tanto de la/s experiencia/s traumáticas, como de las emociones experimentadas durante la exposición a tales experiencias. Así, y en la línea de lo propuesto en el enfoque del punto de referencia, desde este modelo los síntomas de TEPT dependerían del grado de disponibilidad del recuerdo traumático. De forma que, la sintomatología postraumática se incrementará en la medida en que el recuerdo traumático sea más central para la identidad e historia vital del individuo y sirva como punto de referencia cognitiva para la organización de experiencias pasadas y futuras.

Asimismo, el modelo mnemónico hace hincapié en la naturaleza constructiva del recuerdo del evento y las emociones peritraumáticas. En este sentido, según los autores no puede hablarse de un recuerdo traumático fijo, indeleble y objetivo codificado y recuperado sin sesgos. El recuerdo traumático, como todos los recuerdos, sería selectivo y experimentaría cambios con el tiempo, siendo objeto de distintas fuentes de distorsión entre las que los autores destacan el recuerdo en túnel; la adopción de una perspectiva del observador en el recuerdo; y las actitudes, objetivos y preocupaciones de los individuos en el momento de la recuperación. En lo que respecta a la naturaleza constructiva del recuerdo, el modelo mnemónico también enfatiza la influencia de factores relativos a diferencias individuales que afectarían a la percepción del evento y su reconstrucción en la memoria, otorgando un papel activo a aspectos demográficos y de personalidad, entre los que se destaca la importancia del género y el neuroticismo.

Por otro lado, Rubin, Berntsen et al. (2008) ponen en entredicho la importancia atribuida por otras teorías al evento experimentado atendiendo a los niveles menores sintomatología postraumática observados en distintas investigaciones en personas expuestas a traumas severos que experimentan ciertas condiciones en las que no existe recuerdo explícito (amnesias orgánicas, farmacológicas e infantiles). Así, desde el modelo mnemónico se defiende que la mera exposición al trauma no constituiría una explicación suficiente para la sintomatología, sino que las repercusiones de estos eventos traumáticos en los individuos estarían mediadas por su recuerdo.

Además, partiendo de la premisa de que es el recuerdo y no el evento el que determina la sintomatología, los autores del modelo cuestionan la conceptualización categorial de los eventos traumáticos adoptada en los sistemas de clasificación. Este desafío a la definición categorial del trauma se sustenta en las evidencias sobre el cumplimiento de los síntomas diagnósticos en ausencia de un evento considerado como traumático de acuerdo con tal conceptualización, así como a la falta de evidencias concluyentes que permitan asumir que, frente a otros eventos no considerados en términos diagnósticos como traumáticos, los eventos categorizados como tales muestren invariablemente una probabilidad incrementada de TEPT. Además, en tanto en cuanto la evaluación del cumplimiento o no del criterio relativo al evento traumático se basa, en la inmensa mayoría de los casos, en el informe retrospectivo de los individuos, en realidad no estaríamos hablando del evento traumático como una realidad objetiva, sino que, de nuevo, nos estaríamos refiriendo al recuerdo del evento.

No obstante, a pesar de estas salvedades a la concepción categorial de los eventos traumáticos, los autores reconocen la influencia de la naturaleza y características del evento en el ajuste postraumático, en la medida en que las víctimas de ciertos tipos de eventos (e.g. eventos de naturaleza interpersonal o crónica) sí parecen mostrar un mayor riesgo de TEPT que las aquellas que se exponen a otras categorías de eventos (e.g. accidentes de tráfico). Así, aunque en conjunto el modelo mnemónico asume que el hecho de que se de o no el trastorno dependerá de la

interacción entre las características del evento y los procesos asociados al recuerdo, el mecanismo central para el desarrollo del trastorno no será el evento, sino la forma en la que este es procesado y representado en la memoria por los individuos.

Figura 2.7. Diagrama del Modelo mnemónico del TEPT.

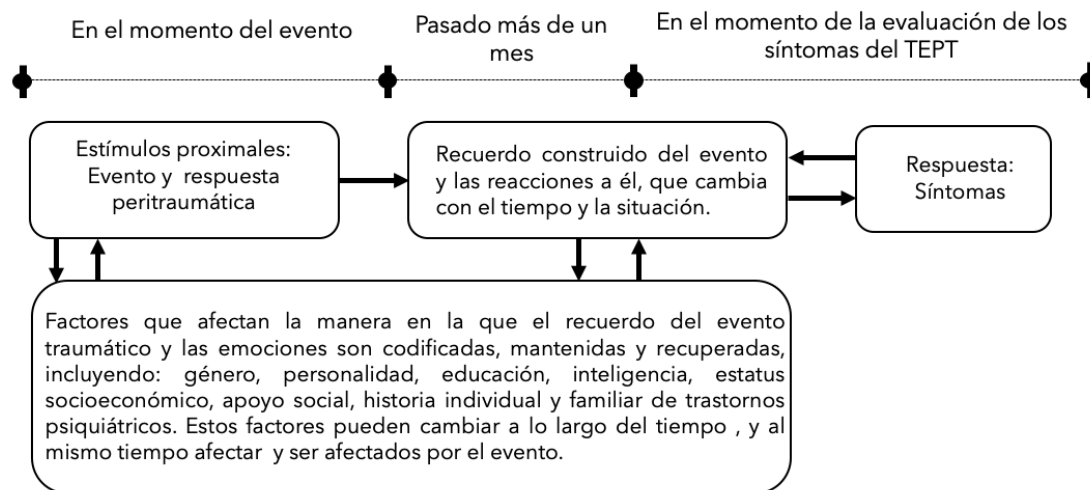


Figura 2.7. Diagrama esquemático del modelo mnemónico del TEPT que, si bien reconoce el papel de otras variables (características del evento, respuestas peritraumáticas y diferencias individuales), da un lugar central al recuerdo construido sobre el evento. Adaptado de "A Memory-Based Model of Posttraumatic Stress Disorder: Evaluating Basic Assumptions Underlying the PTSD Diagnosis" de D. Rubin, D. Berntsen, et al., 2008, *Psychological Review*, 115, p. 986. Copyright 2000 American Psychological Association.

2.2.2.3. Teoría de la memoria autobiográfica del TEPT (AMT)

La Teoría de la memoria autobiográfica del TEPT (AMT, por sus siglas en inglés; Rubin, 2015; Rubin et al., 2011) supone un paso adelante importante en la conceptualización del TEPT desde la perspectiva de los mecanismos básicos al incorporar los últimos avances en el conocimiento teórico general sobre cognición, emoción y memoria autobiográfica, poniéndolos en relación a la exposición a traumas en virtud de los estudios llevados a cabo por David Rubin y sus colaboradores con estudiantes expuestos a eventos estresantes o traumáticos con distintos niveles de sintomatología. Así, la teoría resultante ofrece una definición más detallada sobre las características de los recuerdos autobiográficos en general y de los recuerdos traumáticos en particular, considerando las variaciones asociadas a la exposición a

situaciones estresantes o traumáticas que permitirían dar cuenta de las reacciones psicopatológicas derivadas de tal exposición.

Amparándose en los datos teóricos y empíricos, esta teoría parte del supuesto de que la exposición a eventos estresantes o traumáticos afectaría a la memoria autobiográfica en general y no solo a la memoria traumática. De manera que, frente a la mayoría de las teorías previas sobre el TEPT, la AMT no pone el foco en las propiedades de los recuerdos traumáticos, sino que, adoptando los principios de la psicología cognitiva, trata de explicar los cambios en la memoria autobiográfica en general como consecuencia de la exposición a acontecimientos estresantes o traumáticos.

Así, esta teoría se articula en torno a tres factores que permitirían explicar y predecir las reacciones a eventos estresantes y la sintomatología postraumática y que representan tres comparaciones teóricas centrales en el estudio del TEPT (recuerdos traumáticos vs. no traumáticos, TEPT vs. no TEPT y recuerdos voluntarios vs. involuntarios).

El primer factor de la AMT hace referencia al recuerdo que se definiría por su disponibilidad o, lo que es lo mismo, por la facilidad con la que este viene a la mente del individuo. En este sentido, los autores proponen la existencia de tres mecanismos cognitivos y afectivos o propiedades del recuerdo que promueven su codificación y mantenimiento y que, por tanto, serían centrales a la hora de determinar su disponibilidad: la intensidad emocional del recuerdo; la repetición de la recuperación en el pasado (i.e. cuándo y con qué frecuencia se ha recordado el evento); y la centralidad del recuerdo para la identidad y la historia vital del individuo. En términos de comparación, las propiedades del recuerdo variarían en función de la naturaleza del evento, incrementándose en el caso de los eventos estresantes o traumáticos frente a los no traumáticos. Asimismo, además de la contribución individual de cada mecanismo a la disponibilidad del recuerdo, la teoría también asume que los tres mecanismos

interactuarían entre ellos incrementándose mutuamente y, en consecuencia, incrementando la disponibilidad general del recuerdo.

Por su parte, el segundo factor de la teoría comprendería las diferencias individuales relativas a los tres mecanismos contemplados en el factor anterior. En este sentido, se observan variaciones entre los individuos en la intensidad de las emociones experimentadas durante el recuerdo, así como en el grado en el que estos se consideran importantes o centrales en sus vidas. En virtud del efecto de estos dos mecanismos sobre el factor principal, también se observará variabilidad en la disponibilidad del recuerdo y, consecuentemente, en la frecuencia y circunstancias de su recuperación. Así, en el caso de eventos estresantes, atendiendo a la asociación entre el diagnóstico de TEPT y el incremento en los tres mecanismo cognitivos y afectivos propuestos, operacionalmente estas diferencias se corresponderían con las comparaciones en virtud del diagnóstico de TEPT. Por su parte, desde un punto de vista conceptual, las diferencias observadas en estos mecanismos se han relacionado con el neuroticismo, rasgo de personalidad que, como hemos visto, ya había sido considerado en el modelo mnemónico.

Finalmente, el último factor de la AMT hace referencia a la regulación de las emociones durante la recuperación del recuerdo que variaría en virtud de la naturaleza voluntaria o involuntaria del recuerdo. Así, la activación de los mecanismos de regulación emocional sería más difícil ante los recuerdos involuntarios atendiendo a su carácter espontáneo e inesperado. De manera que, la recuperación de estos recuerdos involuntarios traería asociadas reacciones emocionales y estados de ánimo más intensos. Además, en el caso de los eventos estresantes o traumáticos, los recuerdos involuntarios tendrían un carácter más intrusivo, generando más síntomas de reexperimentación que los recuerdos voluntarios y un mayor grado de malestar asociado a su naturaleza inesperada que, además, promueve que estos sean interpretados como una falta de control. En este contexto, la teoría AMT también plantea que los síntomas de activación y evitación propios del TEPT constituirían formas

desadaptativas de regulación emocional y, específicamente, intentos por controlar o inhibir situaciones y pensamientos que pudieran activar los recuerdos involuntarios del evento.

Los autores representan la teoría AMT en un cubo en tres dimensiones (Figura 2.8), cada una de las cuales se corresponderían con los tres factores propuestos. A saber, el eje vertical (y) haría referencia a las propiedades o mecanismos que incrementan la disponibilidad del recuerdo; el eje horizontal (x) representaría las diferencias individuales relativas a los tres mecanismos asociados a la disponibilidad del recuerdo; y la profundidad del cubo (eje z) se correspondería con la regulación emocional durante la recuperación. Por su parte, la claridad de los distintos cubos que componen la figura completa representaría las propiedades del recuerdo (intensidad, repetición y centralidad) en función de las combinaciones establecidas entre los factores del modelo, que irían incrementándose en la medida en la que nos situamos más a la derecha y arriba de la figura.

En tanto en cuanto la AMT sienta sus bases en el modelo mnemónico, en la AMT el TEPT es considerado de nuevo como una reacción normal ante estímulos extraordinarios, atribuyéndose de nuevo una relevancia comparable en el desarrollo de la sintomatología a la naturaleza del evento y a las características de los individuos. Así, el diagnóstico del TEPT resultaría del carácter traumático del evento definido en virtud de su disponibilidad, así como de la severidad y el mantenimiento de los síntomas de reexperimentación, estando ambos factores determinados por las diferencias observadas entre los individuos.

Figura 2.8. Diagrama de la teoría de la memoria autobiográfica del TEPT.

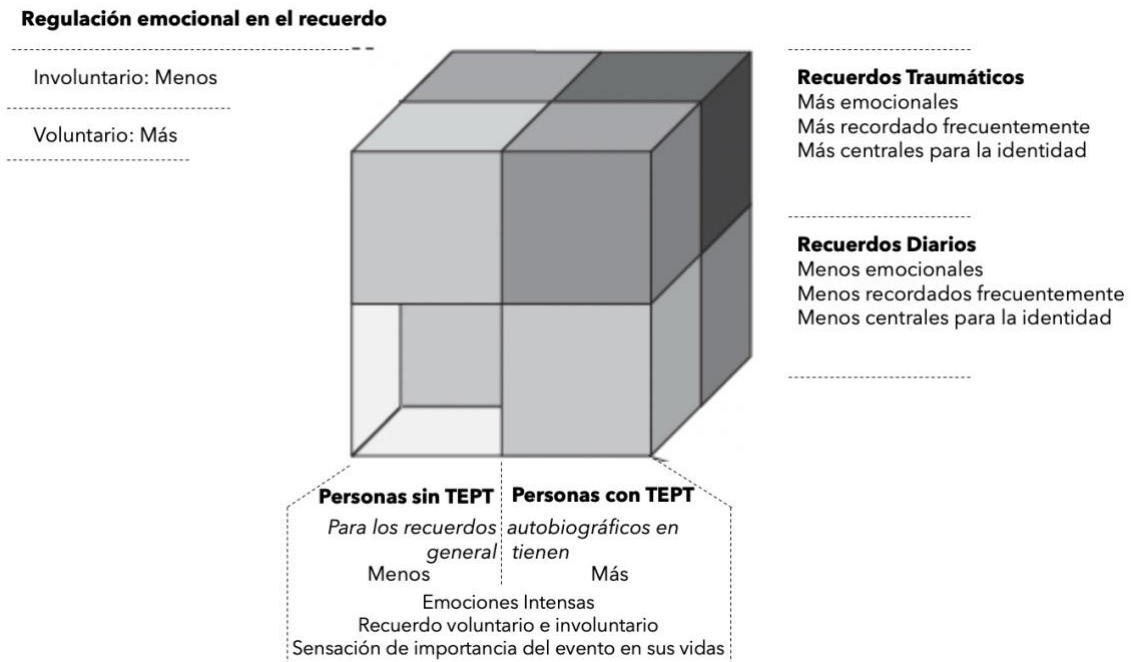


Figura 2.8. Diagrama esquemático de la teoría AMT que representa en las tres dimensiones de la figura los factores explicativos de las reacciones postraumáticas (disponibilidad, diferencias individuales y regulación emocional). Así como, en función de la claridad, las propiedades del recuerdo (intensidad, repetición y centralidad). Adaptado de “A basic systems account of trauma memories in PTSD: is more needed?” de D. Rubin, 2015, *Clinical Perspectives on Autobiographical Memory*, p. 51. Copyright 2015 por Cambridge University Press.

CAPÍTULO 3.

El estudio de la memoria traumática

3.1. *La memoria y el trauma desde la psicología básica y aplicada*

El funcionamiento de la memoria ha sido un área especialmente prolífica tanto a nivel teórico como empírico. Sin embargo, las divergencias entre las dos perspectivas que Rubin, Boals et al. (2008) enmarcan bajo la denominación de los enfoques de los mecanismos básicos y especiales, son el fiel reflejo de los distintos objetivos y métodos de investigación asociados a las dos principales vertientes de la psicología como ciencia: la psicología básica y la psicología aplicada.

Así, el enfoque de los mecanismos básicos se basa en el estudio teórico y empírico de la memoria y el trauma desde la psicología básica, cuyo objetivo es desarrollar el conocimiento sobre el funcionamiento general de la memoria y otros procesos psicológicos básicos (e.g. cognición, emoción, atención); estableciendo *macroteorías* que pretenden dar cuenta del amplio abanico de respuestas normales y patológicas a la exposición a experiencias estresantes o traumáticas y establecer predicciones únicas, robustas y refutables al respecto (Dalglish, 2004; Rubin et al., 2011; Rubin, Berntsen et al., 2008; Rubin, Boals et al., 2008).

Estas macroterías sobre el funcionamiento de la memoria en contextos traumáticos que se alinean con el argumento de la equivalencia o superioridad del trauma, se fundamentan esencialmente en estudios experimentales de simulación, sobre recuerdos *flashbulb* y naturalistas o de campo con sujetos, en la mayoría de los casos estudiantes, expuestos a eventos altamente estresantes, no limitando, por tanto las muestras objeto de estudio únicamente a individuos expuestos a trauma en sentido categorial o que, en conjunto, reciban un diagnóstico de TEPT (Rubin, Boals et al., 2008). Asimismo, en congruencia con la perspectiva general de esta vertiente de la psicología, tanto las teorías como los estudios desarrollados en este contexto, no se

limitarían a analizar la naturaleza de las memorias traumáticas, sino que centrarían su atención en todos los posibles cambios en la memoria autobiográfica derivados de las distintas experiencias, incluidas las estresante o traumáticas (Rubin et al., 2011).

Por su parte, las evidencias y teorías comprendidas en el enfoque de los mecanismos especiales provienen de la psicología aplicada y, más concretamente, de su rama clínica, que, frente a la perspectiva general adoptada por la psicología básica, sirve a un propósito práctico asociado a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos. Así, las teorías de la memoria y el trauma desde la psicología clínica constituyen aproximaciones *microteóricas* específicas al TEPT, tal y como este es conceptualizado en los sistemas clásicos de clasificación diagnóstica (Dagleish, 2004; Rubin, Berntsen et al., 2008). Así, estas microteorías pretenden ofrecer explicaciones consistentes acerca del desarrollo y mantenimiento de la sintomatología postraumática, así como de los mecanismos por los cuales resultan eficaces las intervenciones (Rubin, Boals et al., 2008), permitiendo establecer predicciones que apoyen la elección e implementación de los tratamientos y favoreciendo la comunicación entre profesionales y pacientes sobre el trastorno y su abordaje clínico (Dagleish, 2004). De hecho, como hemos visto en el capítulo anterior, algunas de las propuestas teóricas desde el enfoque de los mecanismos especiales parten precisamente de un afán por explicar los mecanismos de acción de intervenciones comúnmente utilizadas para el tratamiento de los trastornos asociados al miedo (Brewin, 1989; Foa y Kozak, 1986) o sirven de base para el desarrollo posterior de intervenciones congruentes a tales propuestas teóricas como es el caso de la terapia de exposición prologada (Foa et al., 2007) o de la terapia cognitiva para el TEPT (Ehlers et al., 2005) .

Atendiendo a su interés específico en el TEPT, las evidencias sobre las que se asientan las teorías propuestas desde esta vertiente de la psicología se derivan fundamentalmente de estudios clínicos (Rubin, Boals et al., 2008). Así, en estos estudios, por lo general se establecen comparaciones entre un grupo experimental

formado por individuos con un diagnóstico de TEPT de acuerdo con los sistemas de clasificación diagnóstica y un grupo control de sujetos que no se han visto expuestos a eventos traumáticos en virtud de la conceptualización categorial de los sistemas de clasificación y que tampoco cumplen los criterios relativos a los síntomas del trastorno, no tomándose en consideración desde esta perspectiva a los individuos que cumplen los criterios referidos a la sintomatología pero no han experimentado un suceso traumático de acuerdo con las clasificaciones categoriales (Rubin, Berntsen et al., 2008).

3.2. Aproximaciones metodológicas a la memoria traumática

Las controversias relativas a la naturaleza y fiabilidad de los recuerdos traumáticos han sido atribuidas en gran medida de las dificultades asociadas a su estudio empírico (Van der Kolk & Fisler, 1995, 1996). Para abordar tales dificultades, los investigadores han adoptado distintas aproximaciones empíricas con características altamente divergentes, así como con sus propias limitaciones y fortalezas, en función de las cuales podemos poner en perspectiva las inconsistencias observadas en la literatura sobre trauma y memoria. Así, siguiendo a McNally (2003), en el estudio de la memoria y el estrés emocional desde un punto de vista psicológico podemos distinguir tres aproximaciones metodológicas fundamentales: los estudios experimentales, los estudios con memorias *flashbulb* y los estudios naturalistas o de campo.

Desde un punto de vista metodológico, la investigación de las memorias traumáticas idealmente debería adoptar una aproximación experimental que permitiera conocer y controlar las características del evento traumático para determinar sus efectos en la memoria (Spinhoven, Nijenhuis, & Van Dyck, 1999). Sin embargo, dado que los

principios éticos que rigen la investigación con seres humanos hacen imposible la exposición de los sujetos a estímulos traumáticos comparables a los experimentados en la vida real (Christianson, 1992b; van der Kolk, Hooper, & Oterman, 2001; McNally, 2003; Sotgiu & Mormont, 2008), los acercamientos experimentales a las memorias traumáticas comprenden fundamentalmente estudios de simulación en el laboratorio en los que sujetos sanos, frecuentemente estudiantes, visualizan grabaciones, imágenes o escenas emocionalmente estresantes, comparándose sus efectos en la memoria con los derivados de la presentación de estímulos emocionalmente neutros (McNally, 2003; Sotgiu & Mormont, 2008).

Sin embargo, la generalización de las evidencias obtenidas desde esta aproximación metodológica a poblaciones expuestas a traumas reales resulta controvertida. Así, los estímulos estresantes análogos a los que los sujetos de investigación se exponen voluntariamente carecerían del grado de imprevisibilidad de los eventos traumáticos, así como de la complejidad asociada a su naturaleza multimodal, su significación a nivel personal y sus consecuencias a largo plazo; y, por extremos que sean, en ningún caso podrán generar respuestas emocionales comparables a las producidas por un trauma (Berntsen, 2002; Brewin, 2007; McNally, 2003; van der Kolk & Fisler, 1995, 1996; Rubin, 2005; Sotgiu & Mormont, 2008; Spinhoven et al., 1999). En este sentido, algunos autores han llegado a cuestionar la relevancia efectiva de estos estudios para la comprensión de las memorias traumáticas (Sotgiu & Mormont, 2008; van der Kolk & Fisler, 1995, 1996). Si bien, otros autores como Brewin (2007) plantean que, a pesar de que tales evidencias deben ser consideradas con cautela, pueden tener un valor significativo tomadas en conjunto con las evidencias derivadas de estudios con víctimas de eventos genuinamente traumáticos, permitiendo el contraste de predicciones teóricas en condiciones más controladas.

Una segunda aproximación metodológica a los recuerdos traumáticos hace referencia al estudio de recuerdos *flashbulb*, definidos por Brown y Kulik (1977) como

recuerdos vívidos y detallados de las circunstancias en las cuales se tiene conocimiento de un acontecimiento inesperado cargado emocionalmente. Así, este tipo de recuerdos no incluirían solo aspectos relativos al evento como tal, sino que también comprenderían aspectos contextuales asociados con el conocimiento del evento (Brown & Kulik, 1977; Christianson, 1992a). Además, estos recuerdos episódicos, se han caracterizado por la predominancia de detalles sensoriales y emocionales, así como por su, al menos aparente, resistencia al olvido y la confianza subjetiva de los individuos acerca de su precisión que no necesariamente lleva asociada una precisión objetiva (Christianson, 1992a; McNally, 2003).

Aunque Brown y Kulik (1977) consideran que este tipo de recuerdos podría hacer referencia también a eventos personales y privados (e.g. la comunicación del fallecimiento de un ser querido), la mayor parte de las evidencias sobre los *flashbulbs* provienen de estudios centrados en acontecimientos públicos significativos a nivel social (e.g. atentados del 11-M en Madrid) que analizan las principales características de estos recuerdos, así como su consistencia a lo largo del tiempo (McNally, 2003). Así, la significación emocional de los acontecimientos asociados a los *flashbulbs* se aproxima más a la de las experiencias traumáticas que los estímulos utilizados en los estudios experimentales con sujetos sanos, al mismo tiempo que el carácter público de tales acontecimientos permite cierto control sobre las características de éste, aunque dicho control no sería extensivo a las circunstancias específicas en las que los individuos reciben la noticia del acontecimiento, aspecto que resulta central en el estudio de este tipo de recuerdos (Christianson, 1992b; McNally, 2003). De manera que, esta aproximación a las memorias emocionales podría verse como un punto intermedio entre los estudios experimentales con población general y los estudios de campo con individuos expuestos a eventos traumáticos experimentados en primera persona. No obstante, atendiendo a las diferencias entre este tipo de recuerdos y los traumáticos, se ha puesto en entredicho también la validez externa de los resultados obtenidos en los estudios llevados a cabo desde esta aproximación (van der Kolk & Fisler, 1995, 1996;

McNally, 2003). En este sentido, van der Kolk y Fislser (1995, 1996), amparándose en las observaciones clínicas, mantienen que, a pesar de que tanto los *flashbulb* como los recuerdos intrusivos asociados al TEPT se caracterizarían por su contenido sensorial y emocional, también existirían diferencias notables entre ellos, especialmente en relación con las menores distorsiones observadas en los recuerdos intrusivos a lo largo del tiempo. Asimismo, McNally (2003) también destaca en este sentido un estudio de Neisser et al. (1996), en el que se encontraron mayores niveles de precisión y consistencia a lo largo del tiempo en el recuerdo de víctimas directas de un terremoto (recuerdo traumático) frente a personas que habían tenido conocimiento del suceso a través de los medios de comunicación (*flashbulb*).

Por último, la tercera aproximación metodológica a la memoria traumática hace referencia a los estudios de campo con víctimas directas o indirectas de eventos traumáticos (Christianson, Goodman, & Loftus, 1992; McNally, 2003; Sotgiu & Mormont, 2008). Este abordaje más naturalista de la memoria traumática, ha sido la piedra angular de la investigación en esta área, permitiendo el estudio de recuerdos genuinamente traumáticos generadores de niveles de estrés imposibles de lograr desde las aproximaciones previamente mencionadas (Christianson & Safer, 1996; McNally, 2003) y superando, por tanto, las limitaciones de las investigaciones experimentales en lo que a las características de la muestra y la naturaleza de los estímulos se refiere (McNally, 2003). Si bien, esta aproximación tampoco está exenta de limitaciones metodológicas, entre las que destacan la falta de certeza acerca de las circunstancias reales que rodearon al evento traumático (Christianson, 1992a; McNally, 2003), determinándose estas, por lo general, en virtud del informe retrospectivo de los individuos (Christianson, 1992a) que puede adolecer de falta de precisión y de los sesgos inherentes a este tipo de evaluación. Por otro lado, tal y como apunta McNally (2003), la falta de control sobre muchas variables relevantes de la exposición (e.g. proximidad o severidad) también puede afectar de manera importante a las evidencias derivadas de tales estudios. Asimismo, el autor también pone de relieve las importantes

dificultades a las que se enfrentan frecuentemente los investigadores a la hora de seleccionar recuerdos de control comunes a los participantes de los estudios, en función de los cuales establecer la naturaleza de los eventos traumáticos

De manera que, en conjunto, aunque los estudios de campo tienen mucho que decirnos acerca de la memoria en el trauma en la medida en el que constituyen el acercamiento más válido a las experiencias traumáticas y su recuerdo, tampoco resuelven las dificultades metodológicas asociadas a su estudio. Así, tal y como ya apuntaban Christianson (1992a) y Tulving (1991), la investigación de la memoria traumática no debería suponer un conflicto entre diferentes aproximaciones metodológicas, sino que estas deberían ser complementarias, aportando su granito de arena en el objetivo común: entender el funcionamiento de la memoria en situaciones traumáticas.

3.3. Métodos de investigación en el estudio de la memoria traumática

El énfasis dado a la memoria traumática en los últimos años ha promovido el desarrollo, tanto desde la investigación básica como desde la clínica, de innumerables trabajos empíricos que abordan una amplia variedad de aspectos cognitivos, psicofisiológicos, conductuales y emocionales relacionados con los recuerdos traumáticos, mediante la implementación de distintos métodos de estudio del recuerdo, cuyas particularidades también deben ser tomadas en consideración a la hora de establecer conclusiones en base a las evidencias.

A este respecto, desde la investigación básica, destacan los estudios dirigidos a analizar, fundamentalmente mediante tareas experimentales, los efectos del trauma y la sintomatología en la memoria como proceso cognitivo (McNally, 1998). Así, en lo que

la memoria voluntaria se refiere, destacan las investigaciones que, mediante la implementación de un paradigma de palabra-clave – el Test de Memoria Autobiográfica (AMT, por sus siglas en inglés; Williams & Broadbent, 1986) – han aportado evidencias más o menos consistentes relativas a la dificultad observada en los individuos expuestos a traumas en la recuperación voluntaria de recuerdos autobiográficos específicos (Barry et al., 2018). Por otro lado, también se han utilizado otras tareas cognitivas como el paradigma tipo Stroop emocional, con el objetivo de conocer los mecanismos subyacentes a los recuerdos involuntarios derivados de la exposición traumática, encontrándose mayores dificultades en los sujetos con TEPT para la inhibición de la información traumática una vez activada que podrían explicar la persistencia de los recuerdos intrusivos (McNally, 1998). Además, también en lo que respecta a los recuerdos involuntarios, resultan interesantes los estudios que parten de un paradigma de elicitación de recuerdos intrusivos mediante textos para el análisis las respuestas psicofisiológicas asociadas, con el objetivo de determinar los correlatos neurales de este tipo de memorias traumáticas y su relación con la sintomatología de los individuos (e.g. Hopper, Frewen, van der Kolk & Lanius, 2007; Pitman, Orr, Foa, de Jong & Clairborn, 1987).

Por su parte, la investigación clínica se ha centrado en mayor medida en el estudio de las características fenomenológicas de los recuerdos traumáticos a partir de la información facilitada por los sujetos acerca del recuerdo. Si bien este tipo de métodos de autoinforme no son exclusivos de la investigación clínica, siendo implementados también por algunos de los principales estudios desarrollados desde la perspectiva de la psicología básica.

En este sentido, conveniente establecer una diferenciación adicional relativa al procedimiento utilizado para determinar las características del recuerdo (*selección vs. producción*) atendiendo a su relevancia probada en relación con los objetivos y resultados de investigación (Koriat & Goldsmith, 1994).

En primer lugar, los procedimientos de selección harían referencia a instrumentos por los cuales los individuos eligen, de entre una serie de alternativas facilitadas por el evaluador, la opción más congruente con su recuerdo (Koriat & Goldsmith, 1994). Así, tal y como destacan Sotgiu & Mormot (2008) la mayoría de las evidencias sobre la memoria traumática provienen de valoraciones de los propios individuos a través de cuestionarios estandarizados (e.g. *Autobiographical Memory Questionnaire* [AMQ]; Rubin, Schrauf, & Greenberg, 2003) con los que es posible evaluar distintos aspectos relevantes de las memorias traumáticas como pueden ser sus características sensoriales, emocionales, metacognitivas y estructurales, así como variables asociadas a su disponibilidad, recuperación y centralidad. Este tipo de procedimientos de evaluación, permiten una evaluación fácil y rápida de los aspectos fenomenológicos de los recuerdos traumáticos, al tiempo que, su carácter estandarizado, facilita la comparación de las evidencias derivadas de distintos estudios, si bien, este tipo de procedimientos de autoinforme ha mostrado bajos niveles de convergencia con distintas medidas contempladas en los procedimientos de producción (Rubin et al., 2016).

Asimismo, a medio camino entre los procedimientos de selección y producción, destaca el desarrollo entrevistas estructuradas y semiestructuradas como el *Traumatic Memory Inventory* (TMI; Hooper & van der Kolk, 2001; van der Kolk & Fisler, 1995) que permiten la evaluación mediante autoinforme de los recuerdos traumáticos mediante preguntas directas que permitirían abarcar todos los aspectos relevantes a los objetivos de la investigación, al tiempo que fomentarían una mayor espontaneidad e individualidad del recuerdo. Aunque este tipo de instrumentos irían un paso más allá de los de selección, permitiendo una mayor variabilidad en las respuestas, tendrían en común con los cuestionarios limitaciones inherentes a las restricciones impuestas en mayor o menor medida a las repuestas y, por tanto a la caracterización del recuerdo, implicando ambas metodologías de evaluación una pérdida potencial de información relevante con respecto a otros procedimientos de evaluación del recuerdo con un

carácter más abierto y flexible (Desrochers et al., 2016). Asimismo, varios autores han destacado que el carácter estandarizado de las preguntas de cuestionarios y entrevistas también podría generar distorsiones en los recuerdos (Dekel y Bonanno, 2013; Koriat & Goldsmith, 1994), así como sesgos direccionales indeseados en las respuestas de los individuos (Dekel y Bonanno, 2013) que comprometerían las evidencias derivadas de los estudios con este tipo de metodologías de evaluación. Además, tal y como destacan O'Kearney & Perrott (2006), puede resultar ciertamente paradójico valorar el recuerdo a partir de los autoinformes sobre la naturaleza de este en participantes que, en teoría, se asume que presentan déficits en el recuerdo.

Atendiendo a estas limitaciones, en los últimos años se ha experimentado un importante auge de las investigaciones que utilizan las narrativas de las víctimas para la evaluación de las memorias traumáticas. Las tareas narrativas constituirían procedimientos de producción que, frente a los de selección, limitarían al mínimo las intervenciones del evaluador, permitiendo a los individuos elaborar más libremente su recuerdo (Koriat & Goldsmith, 1994).

3.4. Las narrativas: Una puerta para el estudio de la memoria traumática

Las narrativas implican esfuerzos por expresar a través del lenguaje las representaciones mentales de hechos que guardan coherencia temática o causal (Brewer, 1980). Si bien pueden servir a distintos fines, como puede ser la recopilación de evidencias en esta tesis doctoral, su función principal sería precisamente plasmar los recuerdos sobre las experiencias pasadas, llegando a ser considerada por diversos autores como la principal forma de organización de la memoria autobiográfica, que proporciona estructura temporal y causal a los recuerdos (Rubin, 2006), al tiempo que

permite la comunicación y la evaluación cognitiva y emocional retrospectiva de los eventos experimentados (Habermas, 2015). Así, si tenemos en cuenta que el único acceso al recuerdo de otros es a través de sus narraciones sobre lo vivido (Habermas, 2015) y que nuestros propios recuerdos están en gran medida determinados por cómo los relatamos a otros y a nosotros mismos (Rubin, 2006), las narrativas nos ofrecen la puerta de entrada metodológica más ecológica, informativa y cercana a la realidad de la memoria autobiográfica (Desrochers et al., 2016; Habermas, 2015; Ng, Ahishakiye, Miller & Meyorowitz, 2015).

En esta línea, el estudio de las narrativas traumáticas parte de su consideración como “indicadores indirectos de la naturaleza del recuerdo traumático” (Jaeger, Lindblom, Parker-Guilbert, & Zoellner, 2014, p. 478), asumiéndose que el análisis de los aspectos estructurales y de contenido de las narrativas nos permitirán entender cómo el recuerdo de este tipo de eventos es codificación, representado y recuperado (Desrochers et al., 2016; Sotgiu & Mormot, 2008). De este modo, el deterioro del recuerdo traumático o, por el contrario, su mayor disponibilidad y centralidad, se vería reflejado en la forma en la que los individuos narran el evento, proporcionando evidencias significativas para el debate entre los defensores de los mecanismos especiales en el procesamiento mnésico del trauma y los partidarios de las explicaciones basadas en mecanismos básicos de la memoria general.

En este contexto, y atendiendo al papel clave que se le atribuye desde ambas perspectivas a la naturaleza del recuerdo traumático en el desarrollo, mantenimiento y remisión del TEPT, la variabilidad en la estructura y el contenido de las narrativas guardarían una estrecha relación con la sintomatología postraumática, proporcionando información altamente relevante para su comprensión teórica; sirviendo de apoyo al proceso de evaluación (Desrochers et al., 2016); y, en última instancia, favoreciendo el desarrollo de procedimientos de intervención (e.g. terapia de exposición narrativa) específicamente dirigidos a aspectos narrativos que permitan maximizar los resultados terapéuticos.

Además, en virtud del contenido y la función evaluativa de las narrativas, su estudio da acceso a información inestimable acerca de los procesos cognitivos (e.g. interpretación del evento) y emocionales (e.g. culpa) subyacentes a la experiencia traumática y su recuerdo (Desrochers et al., 2016) que, como hemos visto, pueden resultar tan relevantes a la hora de entender el procesamiento y el ajuste postraumático.

Finalmente, frente a los autoinformes y las entrevistas, las narrativas brindan la oportunidad al investigador y al clínico de recoger aspectos más personales y específicos de la experiencia individual de los sujetos (Peace & Porter, 2004); y, en general, de capturar una mayor cantidad de información relevante sobre el evento traumático (Desrochers et al., 2016).

Sin embargo, a pesar de las muchas virtudes de las narrativas como acercamiento al funcionamiento de la memoria tras la exposición al trauma, la investigación empírica sobre narrativas traumáticas está aún dando sus primeros pasos. Si tenemos en cuenta que no han pasado ni veinticinco años desde el estudio pionero de Foa, Molnar, & Cashman (1995) que introdujo las narrativas como metodología de evaluación de la memoria traumática, no es de extrañar que aún hoy las evidencias en esta área de investigación no sean lo suficientemente consistentes como para confirmar o desmentir las principales hipótesis planteadas en los modelos teóricos expuestos en el capítulo anterior.

3.3.1. Revisiones previas de la literatura sobre narrativas traumáticas

En la investigación sobre narrativas traumáticas destacan dos revisiones fundamentales (O’Kearney & Perrott, 2006; Crespo & Fernández-Lansac, 2015) que tratan de aunar las evidencias publicadas en distintos periodos temporales sobre las

variables narrativas relevantes a los principales modelos teóricos del TEPT descritos en el capítulo anterior.

Así, la primera revisión de la literatura sobre narrativas traumáticas llevada a cabo por O'Kearney y Perrott (2006), recoge las evidencias de los primeros estudios que incorporan tareas de elicitación de narrativas del trauma orales y escritas publicados entre 1994 y 2004 a fin de unificar y evaluar críticamente los resultados empíricos relativos a su naturaleza; su relación con el ajuste y la psicopatología; y su relevancia para la comprensión teórica del TEPT. Así, organizan las evidencias en virtud de si los estudios plantean el análisis del recuerdo traumático mediante medidas de variables lingüísticas de narrativas o a través de técnicas de autoinforme, así como en función de los aspectos que consideran más relevantes del recuerdo según las teorías cognitivas. Es decir, sus aspectos sensoriales, perceptivos y emocionales; su desorganización o fragmentación; su contextualización temporal; y la adopción de una perspectiva autorreferencial en el recuerdo.

Por su parte, Crespo y Fernández-Lansac (2015) actualizan la revisión de O'Kearney y Perrott (2006) focalizándose, sin embargo, únicamente en los estudios publicados entre 2004 y 2013 que implementan procedimientos lingüísticos para el análisis de narrativas traumáticas orales y escritas, con el fin último de contrastar las principales hipótesis planteadas en las teorías cognitivas sobre el TEPT y determinar si las limitaciones metodológicas observadas en la revisión previa habían sido superadas en los estudios más recientes. Asimismo, aunque adoptan la misma organización de la evidencia que la revisión precedente, incorporan la longitud de la narrativa atendiendo a la relevancia manifestada en varios de los estudios que recogen este aspecto narrativo.

A este respecto, y centrándonos ya en los resultados de las revisiones, Crespo y Fernández-Lansac (2015) destacan la consistencia de los hallazgos que apuntan a una mayor extensión de las narrativas traumáticas frente a las relativas a otro tipo de eventos, así como las evidencias preliminares que ponen de relieve el decremento en

la longitud narrativa con el tiempo. Por su parte, si bien la disparidad relativa de los resultados revisados no permite a las autoras establecer conclusiones sólidas acerca de la relación entre la sintomatología postraumática y la longitud de la narrativa, sugieren que las narrativas más largas podrían favorecer el ajuste postraumático, siendo un reflejo de las necesidades de elaboración de los individuos sobre el evento, mientras que las narrativas más cortas podrían indicar la activación de mecanismos de evitación asociados al TEPT.

Por su parte, de acuerdo con las hipótesis planteadas desde los distintos modelos teóricos del TEPT, el aspecto más abordado desde la literatura sobre narrativas traumáticas hace referencia a la desorganización o fragmentación del recuerdo voluntario del evento. En este sentido, la inconsistencia de los resultados aportados por los distintos estudios hace que ninguna de las revisiones permita apoyar o refutar de forma consistente la hipótesis propuesta por la mayoría de los modelos teóricos formulados desde el enfoque de los mecanismos especiales acerca de la fragmentación del recuerdo voluntario y su asociación con la sintomatología postraumática. Así, ambas revisiones achacan la disparidad de los resultados fundamentalmente a la diversidad y validez de las medidas utilizadas en los distintos estudios, así como a la variabilidad observada en la literatura en relación a la conceptualización y operativización de los constructos. Además, los estudios que encuentran asociaciones entre la fragmentación del recuerdo y la sintomatología postraumática no permiten determinar si la fragmentación constituye una consecuencia de la sintomatología, un aspecto que contribuye a su etiología (O'Kearney & Perrott, 2006) o un aspecto independiente (*epifenómeno*) de esta (Jones, Harvey, & Brewin, 2007). Asimismo, en virtud de las observaciones de ciertos estudios, ambas revisiones ponen de relieve la posible influencia de otros factores relacionados con el contexto de producción, y fundamentalmente con la ansiedad experimentada durante el relato, en la fragmentación o desorganización de las narrativas traumáticas. Finalmente, Crespo y Fernández-Lansac (2015), atendiendo a las evidencias de dos estudios que apuntan a una relación

de la fragmentación, no solo con los síntomas y el diagnóstico de TEPT, si no también con los síntomas depresivos (Greenhoot, Sun, Bunnell, & Lindboe, 2013) y los recuerdos relativos a ataques de pánico en personas diagnosticadas de trastorno de pánico (Hagenaars, van Minnen, & Hoogduin, 2009), plantean la posibilidad de que quizás estas alteraciones podrían ser comunes a distintos trastornos y no propias del TEPT.

En contraposición, ambas revisiones sí que evidencian el acuerdo más o menos generalizado en relación con la mayor prevalencia de aspectos perceptivos y emocionales en las narrativas traumáticas de los individuos con un diagnóstico de TEPT. Aunque, tal y como destacan Crespo y Fernández-Lansac (2015), la dominancia de tales aspectos sería congruente tanto con una conceptualización teórica del TEPT en virtud de mecanismos especiales de memoria, como con las propuestas planteadas desde el enfoque de los mecanismos básicos.

Por contra, de nuevo ambas revisiones teóricas muestran acuerdo al destacar las claras inconsistencias en la literatura en lo que se refiere a los aspectos cognitivos de las narrativas que, al menos en teoría, se considerarían indicadores relevantes de algunas de las hipótesis planteadas en las diferentes propuestas teóricas. Tales inconsistencias, se refieren tanto a la escasez de términos asociados a procesos cognitivos en las narrativas traumáticas de individuos con TEPT (O'Kearney & Perrott, 2006), como a la asociación de este tipo de términos con la sintomatología postraumática o, por el contrario, con un mejor ajuste postraumático (Crespo & Fernández-Lansac, 2015).

Por otro lado, las revisiones de la investigación narrativa también tratan de abordar otra de las principales premisas de los modelos más recientes formulados desde el enfoque de los mecanismos especiales: la falta de contextualización temporal en el pasado de los recuerdos traumáticos. En este sentido, si bien el volumen de estudios que abordan este aspecto narrativo es claramente inferior al de otras variables narrativas y la heterogeneidad de su medición se hace patente, tanto O'Kearney y Perrott (2006) como Crespo y Fernández-Lansac (2015) se inclinan por apoyar la

asociación entre el TEPT y la perspectiva temporal adoptada en las narrativas traumáticas.

Finalmente, atendiendo a la relevancia otorgada por los modelos basados en esquemas (Horowitz, 1973, 1975, 1976/2011, 1980, 1986; Janoff-Bulman, 1989, 1992/2010; Janoff-Bulman & McPherson Frantz, 1997; Janoff-Bulman & Frieze, 1983; Janoff-Bulman & Timko, 1987) y el modelo cognitivo de Ehlers & Clark (2000) a la perspectiva adoptada en el recuerdo traumático con respecto a uno mismo, las revisiones también abordan este aspecto, viéndose en ambos casos sus conclusiones limitadas por la escasez de estudios que lo toman en consideración. Sin embargo, Crespo y Fernández-Lansac (2015), a pesar de tales limitaciones, así como a la variabilidad en las metodologías implementadas para su evaluación, destacan los avances en este sentido desde la publicación de la revisión previa de O'Kearney y Perrott (2006) que solo recogía un estudio empírico con medidas lingüísticas (Klein & Janoff-Bulman, 1996). De manera que, en virtud de las evidencias disponibles, las autoras consideran que determinantes culturales podrían modular la relación entre el TEPT y la orientación personal o colectiva del recuerdo y que esta última perspectiva, al menos en traumas colectivos, podría asociarse a un mayor apoyo social que, a su vez, se relacionaría con un menor impacto del evento en la salud mental de los individuos. Por el contrario, y en consonancia con los modelos previamente mencionados, enfatizan la mayor prevalencia observada en las narrativas traumáticas de expresiones relativas a las consecuencias del evento en la vida de los individuos, su autoimagen y su forma de entender el mundo, así como el impacto de la naturaleza del evento en el sistema de creencias del individuo.

En conjunto, si bien ambas revisiones tienen un valor incalculable en la medida en que llevan a cabo un análisis minucioso y sistemático de las evidencias recogidas en el campo de las narrativas traumáticas, la heterogeneidad de los resultados relativos a las variables narrativas más relevantes para el contraste de las teorías cognitivas parece ser más la tónica que la excepción. Tal disparidad en las evidencias, como distintos

autores han sugerido al respecto de ciertas variables, podría atribuirse a las grandes diferencias metodológicas entre los estudios recogidos que complicarían su comparación efectiva (Ayers, Radoš, & Balouch, 2015; Crespo & Fernández-Lansac, 2015; O’Kearney & Perrott, 2006). Así, en conjunto, estas diferencias podrían hacer referencia fundamentalmente a cuatro aspectos principales de los estudios narrativos: (1) las características de las muestras objeto de estudio; (2) las tareas narrativas; (3) la metodología de evaluación de las narrativas.; y (4) operativización de variables narrativas.

3.3.1.1. Diferencias metodológicas y heterogeneidad de las evidencias

Características de las muestras

Tal y como destacan Ayers et al. (2015) la naturaleza clínica o no clínica de las muestras de estudio limitaría en gran medida la comparación de los resultados. A este respecto, es interesante destacar que, en su revisión sobre memoria autobiográfica y trauma, Brewin (2007) apunta a la existencia de diferencias patentes entre ambos tipos de poblaciones en lo que al recuerdo traumático se refiere, atendiendo al apoyo más o menos contundente de los estudios clínicos a las hipótesis formuladas desde la perspectiva de los mecanismos especiales, que contrasta con las evidencias de los estudios con muestras no clínicas que, por el contrario, revelarían claras inconsistencias en relación al recuerdo voluntario, así como una menor prevalencia de recuerdos involuntarios sobre el evento. Si bien cabe destacar que en este caso Brewin (2007) se basa a la hora de establecer conclusiones en mayor medida en estudios que evalúan la memoria autobiográfica mediante medidas de autoinforme y, en menor medida, en evidencias derivadas de la implementación de procedimientos narrativos.

Asimismo, O’Kearney y Perrott (2006) subrayan el posible efecto sobre las narrativas de las diferencias observadas en las poblaciones clínicas en ciertas variables asociadas al evento como son la severidad, el tiempo transcurrido, la frecuencia o el

grado de peligro directo. E incluso, más allá de la población objeto de estudio, la naturaleza del acontecimiento traumático se ha propuesto como otra potencial fuente de heterogeneidad para los resultados de investigación, habiendo sido los efectos del tipo y características del evento sobre las narrativas raramente abordados y frecuentemente ignorados en la literatura científica (Crespo & Fernández-Lansac, 2015; O’Kearney & Perrott, 2006).

Si bien el volumen de investigación sobre narrativas traumáticas es considerable, la disparidad de eventos traumáticos analizados supone una limitación añadida de cara a la comparación y convergencia de las evidencias. Así, en la literatura sobre narrativas, nos encontramos con muchos estudios centrados en categorías específicas de traumas (e.g. agresiones, accidentes de tráfico), frente a otra cantidad nada desdeñable de investigaciones que recogen muestras heterogéneas de individuos expuestos a diferentes eventos traumáticos, sin tomar en consideración el potencial efecto de la naturaleza del evento. Así, por ejemplo, en el estudio de Rubin et al. (2016) se evalúan a individuos expuestos a traumas tan dispares como la exposición a combate, el abuso físico o sexual en la infancia, la muerte de un ser querido, los accidentes de tráfico o la violencia doméstica.

Entre los estudios centrados en categorías específicas de traumas, los primeros trabajos de Foa et al. (1995) y Amir, Stafford, Freshman, & Foa (1998) marcan la ruta de la investigación posterior, centrándose esta de forma mayoritaria en víctimas de violencia interpersonal y, fundamentalmente, de agresiones físicas o sexuales (e.g. Halligan, Michael, Clark, & Ehlers, 2003; Jaeger et al., 2014), si bien también se dispone de algunos estudios narrativos con víctimas de otros traumas de naturaleza interpersonal como atentados terroristas (e.g. Dekel & Bonanno, 2013) o genocidio (Ng, et al., 2015). Así, incluso en los estudios con muestras de personas expuestas a diferentes tipos de acontecimientos, una considerable proporción de los sujetos son víctimas de agresiones (e.g. 85,8% en Bedard-Gilligan, Zoelner, Feeny, 2017; 71,42%

en Römisch, Leban, Habermas, & Döll-Hentschker, 2014; 45% en Van Minnen, Wessel, Dijkstra, & Roelofs, 2002).

Respecto a las características más relevantes de los eventos, conviene diferenciar también dentro de los estudios centrados en ciertas categorías de eventos, aquellos con muestras de víctimas de eventos traumáticos de ocurrencia única como son los accidentes de tráfico (e.g. Harvey & Bryant, 1999; Jones et al., 2007), la muerte violenta de un ser querido (e.g. Bond et al., 2016); o actos terroristas (e.g. Dekel & Bonanno, 2013 Dekel, Hankin, Pratt, Hackler, & Lanman, 2016; Filkuková, Jensen, Hafstad, Minde, & Dyb, 2016), de los escasos estudios llevados a cabo con muestras de personas expuestas a traumas crónicos (Fernández-Lansac & Crespo, 2015, 2017b; Freer, Whitt-Woosley, & Sprang, 2010). De manera que, la comparación de las evidencias derivadas de los estudios centrados en eventos de ocurrencia única y crónica resulta controvertida, ya no solo por las características propias de ambos tipos de eventos que pudieran afectar a la narrativa del recuerdo, sino porque, mientras que los primeros se llevan a cabo predominantemente en muestras no clínicas, los segundos suelen emplear muestras de individuos que buscan o han buscado ayuda psicológica o psiquiátrica. Asimismo, la gran escasez de estudios narrativos que comparen víctimas de eventos crónicos con víctimas de eventos de ocurrencia única no facilita las tareas de comparación. Aún menos si tenemos en cuenta que, entre los pocos estudios que abordan tal diferenciación, encontramos casos como el de Freer et al. (2010), en el que la definición de la cronicidad del evento es cuanto menos controvertida en la medida en que hace referencia al número de eventos que el participante describe en la narrativa. Así, se consideran como crónicos tanto a aquellos que describen haber sido expuestos a más de un tipo de trauma a lo largo de sus vidas, como aquellos que refieren la exposición repetida a un mismo tipo de trauma. Sin embargo, quedarían fuera de esta categoría individuos que se centren voluntariamente en narrar un único episodio atendiendo a su severidad, su centralidad en la historia persona del individuo o, por el contrario, debido a mecanismos de evitación asociados a la experiencia traumática.

Asimismo, también en el área de las narrativas traumáticas se hace patente el eterno conflicto previamente abordado en esta tesis doctoral acerca de la definición del evento traumático. En primer lugar, los cambios en el criterio referido al evento introducidos en el DSM-5 (APA, 2013) inevitablemente han hecho que estudios diseñados con anterioridad a su publicación incluyan en sus muestras una proporción importante de los participantes que refieren como experiencia traumática el fallecimiento de un ser querido (e.g. 31,9% en O’Kearney, Hunt, & Wallace, 2011; 26,5% en Porter & Birt, 2001; 28,57% en Römisch et al., 2014) que, si tenemos en cuenta que se adhieren a la definición de trauma propuesta en el DSM-IV-TR (APA, 2000), incluirían aquellas muertes por causas naturales que, sin embargo, en la última edición del manual diagnóstico (DSM-5; APA, 2013) serían consideradas como eventos estresantes no traumáticos.

Además, algunos estudios adoptan consideraciones de lo que constituye un evento traumático quizás demasiado laxas como ocurre en el estudio de Porter y Birt (2001) donde para el 10,5% de la muestra el trauma hace referencia a una ruptura o divorcio, mientras que para el 4,9% y el 2% el evento traumático narrado se refiere a una evaluación externa negativa que genera vergüenza y a la mudanza familiar, respectivamente. Si bien, desde una definición subjetiva del trauma, este tipo de eventos pudieran ser experimentados por algunas personas como traumáticos, el estudio de su recuerdo y narrativa en conjunto con otros eventos como la violación o la violencia física podría sesgar en gran medida las conclusiones derivadas de este tipo de estudios.

También en la línea de una consideración más dimensional del trauma, cabe reseñar el estudio Römisch et al. (2014), en el que, si bien los procedimientos de reclutamiento de los participantes para los grupos de experimental (expuestos a trauma) y control (no expuestos) difieren (profesionales clínicos y “boca a boca”), nos encontramos con proporciones equivalentes de individuos en ambos grupos cuya situación traumática/negativa implica la pérdida o enfermedad grave de un ser querido,

así como con individuos del grupo control cuyas narrativas negativas hacen referencia a agresiones físicas.

Asimismo, en ocasiones, la laxitud en la definición del trauma roza la patologización de las experiencias vitales, como es el caso del estudio de Briddon, Slade, Isaac y Wrench (2011) en el que se evalúa a madres primerizas de niños sanos y sin complicaciones en el parto, partiendo de la base de que el alumbramiento normal constituiría un evento potencialmente traumático.

Por otro lado, hay estudios narrativos que ni siquiera identifican a qué tipo de evento se refiere específicamente el recuerdo evaluado. Este es el caso del estudio de Bennett y Wells (2010) con estudiantes de enfermería y obstetricia, en el que solo se indica que han sido expuestos a situaciones estresantes durante su formación práctica y que en el estudio son identificados como traumáticos. Y, en la misma línea, el estudio de Buck, Kindt, van den Hout, Steens y Liners (2006) con individuos admitidos en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), en lugar de identificar los eventos traumáticos experimentados, hace referencia a las causas de la admisión en la UCI que, en todos los casos, implican patologías físicas de diversa consideración (e.g. traumatismos, neumonía, sepsis, diverticulitis, hemorragia gástrica, disnea, etc.).

En definitiva, parece claro que la diversidad en lo que se refiere al tipo de población objeto de estudio, así como a las características del evento traumático, podrían tener un efecto determinante en la heterogeneidad de las evidencias encontradas en las revisiones teóricas precedentes y, por tanto, serían factores decisivos a tener en cuenta a la hora de exponer y establecer comparaciones entre los resultados de los distintos estudios en un intento por llegar a conclusiones tentativas acerca de las características de las narrativas en víctimas de eventos traumáticos.

Las tareas narrativas

En lo que respecta al procedimiento de elicitación de narrativas, buena parte de las investigaciones siguen la línea trazada por Foa et al. (1995) en su estudio pionero,

solicitando a los participantes que relaten sus recuerdos con la mayor viveza y detalle posible, incluyendo aspectos contextuales, conductas propias y de otros, pensamientos y sentimientos. Sin embargo, algunos estudios plantean instrucciones más generales al considerar que solicitar aspectos específicos (e.g. contextuales, sensoriales y cognitivos) podría influir en el contenido y la forma en la que los individuos construyen sus narrativas (Desrochers et al., 2016; Ng et al., 2015). Si bien, Foa et al. (2007) defienden que este tipo de claves promoverían una mayor implicación emocional y revivencia del recuerdo, facilitando, además, la incorporación a la narrativa de detalles que los participantes podrían evitar en un relato totalmente espontáneo. Asimismo, algunos estudios como el de Bennet y Wells (2010) requieren que el recuerdo sea narrado en presente, limitando, no solo el estudio de la contextualización temporal del recuerdo, sino también la comparación de sus evidencias acerca de otras variables narrativas con las derivadas de otros estudios que no establecen tal restricción.

Por otro lado, aunque buena parte de las investigaciones se centran en narrativas orales que, posteriormente son transcritas para su ulterior análisis, también se dispone de una importante cantidad de evidencias derivadas de estudios con tareas narrativas escritas (Crespo & Fernández-Lansac, 2015; O'Kearney & Perrott, 2006). En este sentido, atendiendo a las diferencias observadas en los resultados entre ambas modalidades narrativas, distintos autores han llamado a la cautela a la hora de comparar los resultados de estudios que adoptan formatos narrativos tan distintos (Desrochers et al., 2016; Mott, Galovski, Walsh, Elwood, 2015; Waters, Köber, Raby, Habermas, & Fivush, 2019). Así, por ejemplo, en un estudio con población general expuesta a un evento traumático reciente, en torno al año del evento, las narrativas de los participantes que realizaban la tarea en la modalidad escrita eran significativamente más coherentes que las de aquellos que realizaban la tarea oralmente (Peace & Porter, 2004)

Asimismo, también es importante destacar las variaciones observadas en las investigaciones narrativas en lo que a la intervención del evaluador durante la tarea narrativa se refiere. En este sentido, algunos estudios, en aras de maximizar la

espontaneidad del relato y evitar las distorsiones, implementan tareas que implican la narrativa elaboradas libremente por los sujetos sin ninguna intervención por parte del evaluador más allá de la instrucción inicial (e.g. Booker et al., 2018; Fernández-Lansac & Crespo, 2015, 2017b; Jelinek, et al., 2010). Si bien, quizás el recuerdo libre sin restricciones puede hacer que, atendiendo a la propia naturaleza traumática del evento y la posible sintomatología asociada, los individuos no incluyan en sus narrativas aspectos de contenido que puedan ser relevantes a los objetivos de investigación pero que sean evitados.

Por el contrario, siguiendo nuevamente a Foa et al. (1995), buena parte de las investigaciones contemplan en sus procedimientos la posibilidad de solicitar a los individuos, al final de la narrativa, que ofrezcan más detalles del evento en el caso de que el evaluador considere que el relato no está lo suficientemente detallado (eg. Bedard-Gilligan et al., 2017; Jaeger et al., 2014; Römisch et al., 2014). De esta manera, se introduce una variación en el procedimiento que no sería común a todos los participantes y que, además, respondería a la visión subjetiva evaluador, comprometiendo en cierta medida las evidencias derivadas de tales estudios. A este respecto, McKinnon, Brewer, Maiser-Stedman & Nixon (2017) optan, en cambio, por incluir invariablemente, al final de las narrativas de todos los sujetos, dos preguntas específicas dirigidas a ampliar el nivel de detalle, asegurando en este caso la uniformidad metodológica de la tarea narrativa en toda la muestra objeto de estudio, si bien esta determinación comprometería en cierta medida la espontaneidad del relato analizado.

Por otro lado, y relacionado también con el grado de intervención del evaluador y la espontaneidad del relato, llama la atención la inclusión en las revisiones de la literatura sobre narrativas traumáticas (Crespo & Fernández-Lansac, 2015; O'Kearney & Perrott, 2006) de investigaciones que se acercan al recuerdo del acontecimiento mediante cuestionarios, entrevistas semiestructuradas, entrevistas no estructuradas o preguntas abiertas muy concretas de diseño *ad hoc*. En este sentido, además de las

limitaciones inherentes a este tipo de instrumentos y las variaciones en la metodología, es importante tener en cuenta que las investigaciones que han establecido comparaciones entre los métodos de autoinforme y narrativos, revelan una falta de correspondencia entre las valoraciones subjetivas de los sujetos sobre las características de sus recuerdos y las características objetivas identificadas mediante el análisis puro de las narrativas (Greenhoot et al., 2013; Kindt & van den Hout, 2003). Así, la experiencia subjetiva del recuerdo por parte de los individuos se ha considerado más como un indicador de procesos de meta-memoria del evento que del recuerdo genuino y sus características definitorias (Kindt & van den Hout, 2003; McKinnon et al., 2017)

Al respecto de las tareas narrativas, también resulta relevante la gran variabilidad con relación a las limitaciones de tiempo establecidas para la elaboración de las narrativas en las distintas investigaciones, encontrándose estudios con rangos temporales tan diversos que van desde 5 minutos (e.g. Jaeger et al., 2014) a 45 minutos (e.g. Buck et al., 2006), así como estudios que no establecen ninguna limitación temporal (e.g. Römisch et al., 2014)

Además, aunque muchos estudios limitan la tarea narrativa al recuerdo traumático (e.g. Booker et al., 2018; Dekel & Bonanno, 2013), cada vez es más frecuente que las investigaciones incluyan narrativas de comparación con el doble objetivo de determinar las características diferenciales – si las hubiera- de los recuerdos traumáticos con respecto a otros recuerdos emocionales o recuerdos emocionalmente neutros y controlar aspectos no específicos como el estilo narrativo o el carácter emocional del evento (Bedard-Gilligan et al., 2017; Rubin et al., 2016). En este sentido, aunque atendiendo a su importancia y emocionalidad es frecuente la comparación entre los recuerdos traumáticos y los recuerdos más positivos en la vida de los participantes (e.g. Beaudreau, 2007; Bedard-Gilligan et al., 2017; Bond et al., 2016; Fernández-Lansac & Crespo, 2015, 2017b; Porter & Brit, 2001; Rubin et al., 2016; Römisch et al., 2014); también se han contemplado otro tipo de narrativas de control como las relativas a recuerdos neutros o cotidianos (Beaudreau, 2007; Fernández-Lansac & Crespo, 2015,

2017b; Jaeger et al., 2014) o de recuerdos de eventos emocionales no traumáticos, entre los que destacan las narrativas relativas a eventos negativos o desagradables (Bond et al., 2016; Fernández-Lansac & Crespo, 2015, 2017b; Jelinek, Randjbar, Seifert, Kellner, & Moritz, 2009; O’Kearney et al., 2011), si bien también se han utilizado para la comparación narrativas de recuerdos de eventos asociados a emociones de ira (Römisch et al., 2014) o de eventos importantes en la vida de los individuos cargados de una valencia tanto positiva como negativa (Rubin et al., 2016).

En lo que se refiere a las narrativas neutras de comparación o control, cabe destacar la dificultad que entraña la identificación de un recuerdo que no esté cargado emocionalmente en términos positivos o negativos. En este sentido, resulta paradigmática la elección de Beaudreau (2007) del recuerdo del examen de conducir como narrativa neutra si tenemos en cuenta que para muchas personas esta experiencia resulta altamente aversiva y puede estar asociada a la experiencia de altos niveles de ansiedad. Por el contrario, para otras muchas personas su examen de conducir puede tener una valencia claramente positiva, asociándose por ejemplo al logro y la autoeficacia. Y es que, como ya apuntaba McNally (2003), otro de los problemas planteados en la selección de los recuerdos de control en el estudio de la memoria traumática es precisamente que estos sean en gran medida comunes a todos los participantes de los estudios, lo cual a menudo resulta prácticamente imposible.

Otro dilema y fuente de heterogeneidad en la investigación narrativa al respecto de las narrativas de comparación cargadas emocionalmente hace referencia a la aleatorización o no aleatorización del orden en el que se recogen estas narrativas con respecto a las narrativas traumáticas. Así, algunos autores sí optan por la aleatorización con el objetivo de soslayar, en la medida de lo posible, los posibles sesgos asociados al orden de las narrativas (Bond et al., 2016; Fernández-Lansac & Crespo, 2015, 2017b; Jelinek et al., 2009; O’Kearney et al., 2011). Sin embargo, otros autores descartan la aleatorización atendiendo a razones muy diversas. Así, por ejemplo, en el estudio de Beaudreau (2007) a fin de evitar que las intensas emociones asociadas al recuerdo

traumático se transfieran a las narrativas de comparación, se comienza invariablemente con la narrativa neutra, seguida de la positiva y la traumática. Por su parte, en el estudio de Römisch et al. (2014), el orden fijado en la tarea persigue minimizar el malestar posterior de las participantes, comenzando con la narrativa traumática/negativa para, a continuación, pasar a la narrativa de un recuerdo asociado a sentimientos de ira y terminar con la narrativa que menos malestar genera, es decir, la del evento más feliz de sus vidas. Por su parte, Rubin et al. (2016), descartan la aleatorización atendiendo a que consideran el relato traumático como el eje central del estudio, mientras que las narrativas de comparación positivas e importantes que le siguen no tendrían interés por sí mismas más allá de su rol comparativo y, por tanto, optan por renunciar a las ventajas de la aleatorización en lo que se refiere a estos recuerdos comparativos, en pro de obtener narrativas traumáticas libres de la influencia emocional de los otros recuerdos.

También cabe mencionar al respecto de las narrativas de comparación, la restricción contemplada por algunos autores como Jelinek et al. (2009) en lo que se refiere al periodo temporal en el que se enmarca el recuerdo de comparación, exigiéndose, en este caso, que este se circunscriba a un tiempo ligeramente anterior al del evento traumático con el objetivo de estandarizar los periodos temporales y evitar que el recuerdo de comparación se relacione con el evento traumático o sus consecuencias.

Finalmente, también resultan relevantes las comparaciones establecidas por algunos estudios entre distintas partes de la narrativa traumática. Así, en el estudio Zoellner Alvarez-Conrad y Foa (2002) se establecen comparaciones entre tres secciones de las narrativas identificadas por los investigadores antes de la codificación en virtud de si lo expresado por los participantes hace referencia a eventos acaecidos antes de que estos fueran conscientes de la amenaza (sección de preamenaza), después de que la víctima exprese por primera vez consciencia de amenaza (sección de amenaza) o después de que la amenaza haya cesado (sección de postamenaza). Por su parte, Jelinek et al. (2010) establece también comparaciones entre los *hotspots*

o momentos relativos al evento que generan mayor malestar emocional en los individuos y el resto de la narrativa.

En definitiva, sin entrar a valorar variaciones más específicas introducidas en determinados estudios, la heterogeneidad en los procedimientos narrativos es más la norma que la excepción. Así, por desgracia, la falta de estándares metodológicos comunes dificulta en gran medida la comparación de las evidencias científicas y muy probablemente guarda una relación estrecha con la disparidad de resultados en la literatura sobre narrativas traumáticas. Si bien, atendiendo a lo comentado, quizás parece relevante centrar nuestra atención en las evidencias derivadas de los estudios con narrativas orales y espontáneas a fin de maximizar en la medida de lo posible la homogeneidad de los procedimientos narrativos de los estudios objeto de comparación.

Metodología de análisis de las narrativas traumáticas

En lo que respecta a la metodología de evaluación, cabe destacar en primer lugar la división que se observa en la literatura con respecto a la identificación o selección de la propia narrativa objeto de análisis. Así, si bien muchos estudios toman en consideración todo el relato facilitado por los participantes a partir de las instrucciones de la tarea narrativa (e.g. Amir et al., 1998; Beaudreau, 2007; Booker et al., 2018; Briddon et al., 2011; Buck et al., 2006; Jaeger 2014; Zoellner et al., 2002), otros muchos se adhieren a la metodología propuesta por Foa et al. (1995) y seleccionan, dentro del discurso de los participantes, la parte comprendida entre la primera referencia a la percepción o consciencia de amenaza y la primera indicación verbal de que la amenaza inmediata ha terminado (e.g. Bennett & Wells, 2010; Halligan et al., 2003; Harvey y Bryant 1999; Jones et al., 2007); no obstante, algunos estudios establecen variaciones en este criterio de selección, como es el caso del estudio de Hageraars et al. (2009), donde la narrativa también se considera desde la primera expresión de consciencia de peligro, pero el final se establece pasado 1 minuto de esta. Asimismo, en dos estudios con víctimas de los atentados terroristas del 11-S (Dekel & Bonanno, 2013) y Utøya

(Filkuková et al., 2016) el inicio de la narrativa también se sitúa en la primera toma de consciencia de la amenaza, pero el final de la narrativa se corresponde con el momento en el que los participantes abandonan las zonas próximas al *World Trade Center* o alcanzan tierra firme tras abandonar la isla de Utøya. De forma general, este tipo de selección de la narrativa persigue maximizar la homogeneidad de las narrativas recogidas atendiendo al hecho de que algunos participantes ofrecen información adicional acerca de los acontecimientos ocurridos antes y después del trauma en sí mismo, mientras que otros se limitan a la amenaza en sí misma (Foa et al., 1995), si bien presenta la desventaja de sacrificar la información pre y postraumática que, como han demostrado algunos estudios, puede resultar relevante para la investigación sobre la memoria traumática (Zoellner et al., 2002).

Por su parte, en lo que respecta a los tipos de medidas narrativas implementadas, en el análisis de las narrativas destacan fundamentalmente dos aproximaciones fundamentales: las técnicas basadas en la evaluación de jueces externos y las estrategias cuantitativas.

En primer lugar, el análisis de narrativas basado en la evaluación de jueces externos constituye una aproximación metodológica a caballo entre la investigación cualitativa y la cuantitativa, al ofrecer datos cuantitativos sobre los aspectos lingüísticos analizados en virtud de una serie de dimensiones definidas y evaluadas tomando en consideración generalmente el contexto natural en el que se da el lenguaje (Fernández-Lansac & Crespo, 2017a). Si bien desde el estudio de las narrativas traumáticas también se han adoptado estrategias de análisis del contenido temático (e.g. Dekel et al., 2016; Freer et al., 2010), la investigación desde esta aproximación ha estado dominada por la implementación de esquemas o sistemas de codificación de narrativas traumáticas. Así, el estudio de Foa et al. (1995) vuelve a ser paradigmático en este sentido, al proponer por vez primera un sistema de codificación —*The narrative content analysis system*— desarrollado específicamente para el análisis de narrativas traumáticas, que será aplicado entera o parcialmente en numerosos estudios narrativos posteriores (e.g.

Desrochers et al., 2016; Filkuková et al., 2016; Jaeger et al., 2014; Zoellner et al., 2002) y servirá de inspiración para la propuesta de otros esquemas de codificación (Buck et al., 2006; Halligan, et al., 2003). Por su parte Römisch et al. (2014) implementan un sistema codificación alternativo propuesto por Habermas & Berger (2011) que guarda claras diferencias con el sistema pionero de Foa et a. (1995).

Asimismo, con independencia del esquema de codificación aplicado, una proporción importante de los estudios narrativos siguen buena parte de los estándares establecidos en el sistema pionero (Bennet & Wells, 2010; Buck et al, 2006; Briddon et al., 2011; Filkuková et al., 2016; Halligan et al., 2003; Harvey & Bryant 1999; Jelinek et al., 2009; Jelinek et al., 2010; Jones et al., 2007; Zoellner et al., 2002), dividiendo la narrativa en unidades de expresión definidas como “clausulas que contienen solo un pensamiento, acción o expresión del discurso” (Foa et al., 1995, p 681), si bien, algunos autores proponen unidades alternativas como clausulas principales y subordinadas (Römisch et al., 2014) o expresiones que implican unidades de lenguaje que transmiten significado (O’Kearney et al., 2011). Así, todas estas propuestas implican la evaluación de cada unidad en virtud de las categorías propuestas en el sistema de codificación implementado en cada caso, obteniéndose generalmente una proporción de unidades de expresión relativas a cada categoría narrativa, si bien en algunos casos se plantea la evaluación de cada unidad de expresión en escalas tipo Likert (e.g. Buck et al., 2006). Por su parte, otra proporción nada desdeñable de los estudios incluyen medidas globales para la valoración de la narrativa en su conjunto en escalas tipo Likert como variables adicionales a las categorías o como medidas principales de las variables objeto de estudio (e.g. Buck et al., 2006; Fernández-Lansac & Crespo, 2015, 2017b; Freer et al., 2010; Hageaars et al., 2009; Halligan et al., 2003; Jelinek et al., 2009; Jones et al., 2007; O’Kearney et al., 2011; Rubin et al., 2016). Por último, también cabe destacar el recurso de algunos estudios (e.g. Harvey & Bryant, 1999; Jaeger et al., 2014) a programas informáticos como el *Unstructured Data Indexing Searching and Theorizing System* (NUD.IST; Richards & Richards, 1994) que permiten sistematizar en mayor

medida la codificación de las narrativas de acuerdo con los esquemas o sistemas de codificación adoptados.

Por su parte, desde un enfoque puramente cuantitativo, los métodos más utilizados en el análisis de narrativas implican estrategias de conteo de palabras o elementos lingüísticos que parten del supuesto fundamental de que los términos o elementos utilizados en los textos ofrecen información psicológica más allá de su significado literal y contexto semántico (Chung & Pennebaker, 2011). Así, la medida de conteo de palabras dominante en la literatura sobre narrativas traumáticas es el *Linguistic Inquiry and Word Count* (LIWC; Pennebaker et al., 2007), un programa informático de análisis de textos que permite calcular la proporción de palabras relativas a una serie de categorías y subcategorías anidadas referidas a aspectos gramaticales (e.g. pronombres), procesos psicológicos (e.g. emociones), preocupaciones personales (e.g. muerte) y al lenguaje hablado (e.g. palabras de relleno), así como 4 variables descriptivas sobre el texto (e.g. número de palabras, número de palabras por oración). Este software constituye, junto a los sistemas de codificación basados en jueces, el instrumento de evaluación de narrativas traumáticas más extendido, habiendo sido aplicado tanto a poblaciones clínicas (e.g. Alvarez-Conrad, Zoellner, & Foa, 2001) como a no clínicas (e.g. Beaudreau, 2007). Asimismo, en lo que respecta a la naturaleza del trauma, esta medida narrativa se ha implementado en estudios con muestras compuestas de víctimas de distintos eventos traumáticos (e.g. Beaudreau, 2007) y en investigaciones centradas en determinados tipos de traumas (e.g. agresiones; Jaeger et al., 2014), así como en eventos de ocurrencia única (e.g. accidentes; Jones et al., 2007) y crónica (e.g. violencia de género; Fernández-Lansac & Crespo, 2015, 2017b). De manera que el LIWC parece ofrecer claras ventajas a la hora de considerar la evidencia disponible, no solo por su extensa aplicación, sino también por su carácter objetivo y eminentemente cuantitativo. No obstante, la categorización de las palabras que lleva a cabo este software presenta una limitación importante en la medida en la que no tiene en cuenta el contexto narrativo y, por consiguiente, no permite discriminar

los distintos significados que un mismo término puede adoptar, provocando inevitablemente que este tipo de análisis tampoco esté exento de errores (Fernández-Lansac, 2017a).

Por otro lado, desde una perspectiva cuantitativa, también se han estudiado las narrativas mediante estrategias de análisis de patrones que implican explorar matemáticamente la covariación o superposición de las palabras empleadas (Chung & Pennebaker, 2011) y que, en el campo de las narrativas traumáticas, hacen referencia fundamentalmente al Análisis Semántico Latente. Sin embargo, su aplicación en narrativas orales se limita fundamentalmente a un estudio con 47 personas expuestas a distintos eventos traumáticos llevado a cabo por O'Kearney et al. (2011), en el que los autores pretenden identificar similitudes semánticas entre las distintas narrativas proporcionadas por los individuos (traumáticas, negativas y relacionadas con ambas) mediante la identificación de relaciones entre los términos utilizados entre pares de narrativas, hasta obtener un índice de la fuerza de la similitud que interpretan como medida del grado de integración de los recuerdos traumáticos en la memoria autobiográfica.

Finalmente, algunos estudios optan por la implementación tanto de sistemas de codificación como del LIWC (Fernández-Lansac & Crespo, 2017b; Jaeger et al., 2014; Jelinek et al., 2010; Jones et al., 2007; Römisch et al., 2014; Rubin et al., 2016) a fin de evitar sesgos y limitaciones asociadas al método de análisis y la definición de las variables (Jelinek et al., 2010; Rubin et al., 2016), capturar distintas facetas o perspectivas de los constructos (Jaeger et al., 2014; Jelinek et al., 2010; Römisch et al., 2014) o, atendiendo a las características de las variables objeto de análisis, utilizan el LIWC para variables de contenido (e.g. procesos afectivos y perceptivos) y los esquemas de codificación para la evaluación de aspectos más globales y/o estructurales de las narrativas (e.g. tono emocional, coherencia de la narrativa, etc.; Fernández-Lansac & Crespo, 2017b; Jones et al., 2007).

En suma, la literatura también presenta una variabilidad palpable en cuanto a los métodos de medición implementados para el análisis de narrativas, si bien se observan ciertos puntos de convergencia que pueden ser tomados en consideración a la hora de establecer comparaciones entre los resultados de los distintos estudios. Así, en virtud de su uso más generalizado, parece recomendable centrar la atención en los estudios con esquemas de codificación y sistemas de conteo de palabras, sin perder de vista las diferentes consideraciones señaladas en cuanto a su implementación.

Definición y operativización de las variables narrativas

Si bien es indiscutible la relevancia de los aspectos metodológicos previamente mencionados, las principales revisiones sobre narrativas traumáticas destacan la variabilidad en la definición y operativización de las variables narrativas como el principal factor que determinaría la heterogeneidad de las evidencias empíricas (Crespo & Fernández-Lansac, 2015; O'Kearney & Perrott, 2006). Así, tal variabilidad presenta ciertas particularidades en función de los distintos aspectos narrativos considerados que merecen una consideración independiente.

Longitud de las narrativas y otras variables asociadas

Aunque, frente a otras variables narrativas, la longitud de las narrativas constituye un aspecto mucho menos estudiado en este campo de investigación, su abordaje se ha ido incrementando considerablemente en los últimos años, contándose ya con hasta 15 estudios que analizan esta variable narrativa (Beaudreau, 2007; Booker et al., 2018; Dekel & Bonanno, 2013; Freer et al., 2010; Fernández-Lansac & Crespo, 2015; Filkuková et al., 2016; Halligan et al., 2003; Harvey & Bryant, 1999; Jaeger et al., 2014; Jelinek et al., 2009; Jelinek et al., 2010; Jones et al., 2007; O'Kearney et al., 2011; Römisch et al., 2014; Rubin et al., 2016; Zoellner et al., 2002).

En general la consideración de la longitud en los estudios narrativos responde a la búsqueda de posibles diferencias en función de la valencia narrativa y/o la

sinomatología asociada a la exposición a eventos traumáticos, si bien en algunos estudios el análisis de esta variable es meramente exploratorio, no planteándose hipótesis preliminares a este respecto (e.g. Harvey & Bryant, 1999; Jones et al., 2007) o simplemente tratando de contrastar los resultados de los estudios previos (Fernández-Lansac & Crespo, 2015; Filkuková et al., 2016). Asimismo, se observan diferencias significativas en la interpretación y definición conceptual de esta variable que, aunque estarían en consonancia con los distintos enfoques de la memoria traumática, podrían sesgar en cierta medida la revisión conjunta de los resultados. De manera que, en algunos casos, la longitud es considerada como un correlato de la fragmentación del recuerdo explícito del evento defendida por los modelos de los mecanismos especiales (e.g. Zoellner et al., 2002), mientras que, en otros, siguiendo los preceptos del enfoque de los mecanismos básicos se considera un indicador de la “superioridad” del recuerdo traumático en virtud de la activación experimentada durante el evento y su centralidad en la vida de los individuos. En este sentido, destaca el estudio de Römisch et al. (2014), en el que la mayor longitud narrativa se entiende como un indicador de inmersión (i.e. falta de distanciamiento de la experiencia pasada objeto de recuerdo). Por su parte, Beaudreau (2007) parte de la hipótesis de que narrativas muy largas indicarían una sobre-elaboración del recuerdo traumático, mientras que las narrativas muy cortas reflejarían la dificultad o incapacidad de los individuos para la expresión del recuerdo tomando en consideración, no solo las posibles características del recuerdo, sino también posibles mecanismos de evitación que pudieran determinar la extensión de la narrativa del evento.

Además, las divergencias generales destacadas al respecto de los procedimientos y las metodologías implementadas para la evaluación de las narrativas, pueden tener un efecto relevante en el estudio de la longitud narrativa. Así, obviamente las diferencias entre los estudios apuntadas al respecto de la selección de la narrativa, afectarán de forma determinante al estudio de la longitud, limitando en gran medida la comparación de los estudios que plantean el análisis de la narrativa completa con

aquellos que únicamente toman en consideración ciertos fragmentos del relato espontáneo de los individuos.

Por otro lado, aunque se observa una predominancia en el uso del recuento de palabras (*word count*) para la medición de la longitud narrativa (Beaudreau, 2007; Booker et al., 2018; Dekel & Bonanno, 2013; Freer et al., 2010; Fernández-Lansac & Crespo, 2015; Filkuková et al., 2016; Harvey & Bryant, 1999; Jaeger et al., 2014; Römisch et al., 2014), cinco estudios consideran esta variable en virtud del total de las unidades de expresión u otras unidades lingüísticas análogas (Halligan et al., 2003; Jelinek et al., 2009; Jelinek et al., 2010; Jones et al., 2007; O’Kearney et al., 2011) y un estudio (Rubin et al., 2016) recoge tanto el recuento de palabras como del total de expresiones. Por su parte, Zoellner et al. (2002) constituye una excepción a los métodos más utilizados para la evaluación de la longitud de la narrativa, al analizar esta variable en función del número de caracteres por palabra, número de palabras por oración y número de oraciones en la narrativa.

Finalmente, la velocidad de la narrativa constituye otra variable relevante asociada íntimamente a la longitud en tanto en cuanto supone la división de esta, ya sea medida en número de palabras o unidades de expresión, por el tiempo dedicado a la tarea narrativa. Este aspecto narrativo, si bien ha sido considerablemente menos abordado en la literatura que la longitud, puede, tal y como defienden Fernández-Lansac y Crespo (2015), ser incluso más informativo, sirviendo como indicador o reflejo de distintos procesos y aspectos relevantes al recuerdo como la fragmentación, el procesamiento emocional o las respuestas disociativas postraumáticas, y quizás solventando muchas de las salvedades metodológicas que presenta la longitud a la hora de establecer comparaciones entre narrativas de un mismo estudio e, incluso, entre estudios que implementan distintos procedimientos narrativos.

Fragmentación del recuerdo

En consonancia con su mayor abordaje en el estudio de las narrativas traumáticas, la falta de acuerdo en la conceptualización de las variables narrativas ha sido fundamentalmente puesta de relieve en lo que respecta a la fragmentación y/o desorganización del recuerdo (e.g. Fernández-Lansac & Crespo, 2015; Jelenik et al., 2009; O’Kearney et al., 2011; O’Kearney & Perrott, 2006; Rubin et al., 2016). De manera que, la investigación sobre este aspecto tan relevante para la conceptualización teórica de la memoria traumática y el TEPT, adolece de la alarmante ausencia de una terminología común, así como de la falta de consenso metodológico en la identificación, definición y medición de los constructos, dimensiones y componentes relevantes para el contraste de la hipótesis sobre la fragmentación del recuerdo traumático (Fernández-Lansac & Crespo, 2015; O’Kearney & Perrott, 2006).

Como ya apuntaban, O’Kearney y Perrott (2006), gran parte de las investigaciones utilizan los términos desorganización y fragmentación de forma intercambiable, mientras que son escasos los estudios que establecen una distinción entre ambos constructos (e.g. Filkuková et al 2016; Jaeger et al., 2014).

Asimismo, en el contexto de la correspondencia entre desorganización y fragmentación, la mayoría de las evidencias provienen de estudios que analizan distintas variables relativas a la desorganización en términos de unidades de expresión u otras unidades lingüísticas análogas. En este sentido, también resulta relevante destacar que muchos estudios que refieren adscribirse a la consideración de Foa et al. (1995) de la desorganización (i.e. proporción de unidades de expresión que constituyen repeticiones, fragmentos no consecutivos, pensamientos desorganizados y pensamientos inacabados) en virtud de la evaluación jueces expertos, plantean, sin embargo, variaciones considerables que deben ser tenidas en cuenta a la hora de establecer comparaciones. Así, en ciertos casos se analizan solo algunos de estos componentes (e.g. Bennet & Wells, 2010; repeticiones y fragmentos no consecutivos) o

ciertos aspectos incluidos en la definición inicial de estos (e.g. Harvey & Bryant, 1999; desconexión, confusión y repeticiones), mientras que en otras investigaciones se proponen nuevos componentes que los autores consideran más relevantes al constructo objeto de estudio, al tiempo que también se incluyen algunos elementos considerados en la propuesta inicial (e.g. Römisch et al., 2014; expresiones inacabadas, repeticiones y pausas o palabras de relleno). En este sentido, destaca la propuesta de Halligan et al. (2003), adoptada posteriormente por otros autores, que supone la transformación del número de cláusulas que contienen repeticiones, pensamientos organizados y pensamientos desorganizados en puntuaciones típicas y el cálculo de la puntuación total de desorganización en virtud de la fórmula $z(\text{repeticiones}) + z(\text{pensamientos desorganizados}) - z(\text{pensamientos organizados})$.

Por otro lado, entre los primeros estudios sobre narrativas traumáticas, también resultan relevantes aquellos que consideran la organización o fragmentación de los recuerdos como constructos equivalentes al grado de articulación o simplicidad/complejidad de las narrativas. Evaluándose la articulación o complejidad en virtud de índices de lectura - el *Flesch Reading Ease* (FREE), el *Flesch-Kincaid Grade Level* (FKGL) y el *Bormuth Grade Level* (BGL)- basados en el número medio de sílabas por palabras, palabras por oraciones y la longitud de las palabras y oraciones (Amir et al., 1998; Gray & Lobardo, 2001; Zoellner et al., 2002). No obstante, la consideración de la fragmentación en estos términos no ha tenido excesivo éxito en la investigación narrativa, habiendo sido puesta en cuestión la validez y apoyo empírico de estos índices como medidas de la desorganización (O’Kearney & Perrott, 2006) y limitándose su aplicación casi exclusivamente a los citados estudios de Amir et al. (1998) y Zoellner et al. (2002) con narrativas orales y al estudio de Gray y Lobardo (2001) con narrativas escritas.

Desde otra perspectiva, Halligan et al (2003) introducen la incoherencia narrativa como un término equivalente al de desorganización y, por tanto, un nuevo constructo para referirse a la fragmentación, que será utilizado por otros autores en estudios

posteriores (e.g. Jones, 2007). En este contexto, la incoherencia narrativa se corresponde con un índice dimensional global de la narrativa evaluado por jueces externos en virtud de la alternancia en el sujeto adoptado en la narrativa; la inclusión de palabras aisladas frente a oraciones; y de la organización temporal de los eventos incompleta o inexacta (Crespo & Fernández-Lansac, 2015).

Por su parte, O’Kearney y Perrott proponen ya en su revisión de 2006 que la fragmentación, como constructo equivalente a la desorganización narrativa, se reflejaría en dos dominios lingüísticos fundamentales -la cohesión y la coherencia- correspondientes a las diferentes vertientes sintácticas y semánticas de esta que, presumiblemente, tendrían distintas implicaciones para el estudio de la memoria y el TEPT. Además, como se plantea en el estudio de O’Kearney et al. (2011), la consideración de estos dos dominios permitiría al mismo tiempo una evaluación puramente objetiva y otra más subjetiva de las narrativas. Así, la cohesión ofrecería una medida lingüística directa de la organización narrativa centrándose en “estructuras lingüísticas objetivas” (p. 717) – los conectores aditivos, temporales y causales- cuya función y recuento sería evaluado por jueces externos teniendo en cuenta el contexto en el que se incluyen dentro de la narrativa. A pesar de la importancia dada por los autores a esta medida de la cohesión, son escasos los estudios narrativos que aplican este tipo de indicadores, destacando, en el ámbito de las narrativas orales, el estudio de Rubin et al (2016) en el que se comparan distintos tipos de medidas de desorganización. Si bien, cabe señalar que en este caso la identificación de los conectores se lleva a cabo con una herramienta informatizada automatizada - el *Coh-Matrix*- que no permite discriminar la función de estos en virtud del contexto narrativo.

Por su parte, desde la consideración de fragmentación en dos dominios lingüísticos, la coherencia haría referencia a la organización conceptual de la narrativa (O’Kearney & Perrott, 2006), relacionándose en mayor medida con la información que el individuo puede aportar sobre la situación narrada y su comprensión del evento en relación con sus objetivos, acciones, consecuencias o su relación con otros temas o eventos

(O’Kearney & Perrott, 2006; O’Kearney et al., 2011). O, en palabras de Crespo y Fernández-Lansac (2015) “el grado en el que la narrativa es articulada, comprensible para el [receptor] y proporciona información sobre la historia”. Desde esta perspectiva, la coherencia es concebida en general como un constructo multidimensional que, en el contexto de la investigación sobre narrativas ha sido evaluado en virtud de distintas dimensiones como las de desorientación, pobreza, orden cronológico, saltos y final en el punto álgido evaluadas por O’Kearney et al. (2011) o las de contexto, cronología y tema adoptadas del *Narrative Coherence Coding Scheme* (NaCCs; Reese et al., 2011) por Rubin et al. (2016). Así, estos estudios suelen ofrecer índices independientes en las distintas dimensiones, así como un índice global de coherencia de las narrativas traumáticas.

Por otro lado, una forma muy particular de evaluación de la coherencia narrativa es expuesta en el estudio de Freer et al. (2010) donde se plantean cuatro índices narrativos relativos a la orientación (i.e. especificación de condiciones en las que se dan las actividades, conductas y actitudes descritas), estructura (i.e. el grado en el que contiene elementos estructurales), tono emocional (i.e. el grado en el que se emplea la emoción para evaluar o dar significado a la situación) e integración (i.e. el grado en el que comunica información sobre el evento de una manera integrada). Además, se contempla un índice de construcción general que evaluaría la coherencia global en virtud de las transiciones del narrador a nuevas ideas, las conexiones en el transcurso de la elaboración de una idea, el uso de ideas claras y la fluidez general de la historia. Así, tales índices serían evaluados por jueces externos en virtud de escalas tipo Likert, obteniéndose puntuaciones en cada uno de los índices, así como una puntuación total de coherencia como resultado de la suma total de los distintos índices.

Por último, también cabe destacar al respecto de la operativización de la fragmentación en la narrativa traumática que algunos estudios (e.g. Jaeger et al., 2014; Jelinek et al., 2010; Rubin et al., 2016) han implementado herramientas de conteo de palabras o elementos lingüísticos, y concretamente el LIWC, tomando distintas variables

(e.g. disfluencias, palabras de relleno, procesos cognitivos) como medidas de desorganización/fragmentación, ya sea entendiendo esta en términos de (des)organización (Jaeger et al., 2014; Jelinek et al., 2010) o, específicamente, de coherencia narrativa (Rubin et al., 2016).

Orientación temporal y espacial

En cuanto contextualización temporal y espacial del evento, algunos estudios plantean su evaluación también como medidas de desorganización. Este es caso del estudio de O’Kearney et al. (2011) donde los conectores temporales (e.g. antes, ahora) son identificados como indicadores de la cohesión narrativa. Por su parte, Rubin et al. (2016), además de contemplar el cálculo puramente cuantitativo de los conectores temporales simples y extendidos, plantea también la evaluación global de jueces externos en una escala tipo Likert de las dimensiones previamente mencionadas de cronología (i.e. grado en que el narrador tiende a proporcionar más información para situar el evento en una línea temporal) y contexto (i.e. grado en el que el narrador proporciona información necesaria para localizar el evento en espacio y tiempo). Algo similar ocurre en el estudio de Fernandez-Lansac y Crespo (2017b), considerando, en este caso, dos dimensiones independientes de orientación temporal y espacial, en virtud de las cuales jueces externos evaluarían las narrativas en una escala tipo Likert.

Aspectos emocionales

Las variables asociadas a procesos emociones constituye otro de los aspectos más estudiados en la investigación sobre narrativas traumáticas, siendo tal abordaje congruente con los principales planteamientos promulgados tanto desde el enfoque de los mecanismos especiales, como desde el enfoque de los mecanismos básicos. Así, si bien su análisis responde a las hipótesis coincidentes planteadas desde ambos enfoques (i.e. mayor emocionalidad en las narrativas de traumas y, especialmente entre aquellos individuos que presentan una mayor psicopatología postraumática), así como

a la heterogeneidad en los resultados obtenidos en los estudios previos (Beaudreau 2007; Booker et al., 2018; Fernández-Lansac & Crespo 2017b; Filkuková et al., 2016; Jaeger et al., 2014; Jelinek et al., 2010; Jones et al., 2007; Zoellner et al., 2002), algunos estudios plantean otros objetivos e hipótesis específicos, aunque relacionados. Así, centrándonos nuevamente en la investigación con narrativas orales, el estudio de Römisch et al. (2014), aunque en cierta medida también arrojar algo de luz a la heterogeneidad de los resultados previos en este sentido, evalúa los aspectos afectivos como un indicador de evaluación (i.e. la incorporación en la narrativa del punto de vista subjetivo del individuo). Por su parte, Bond et al. (2016), consideran estos aspectos en un intento por contrastar el *sesgo de desvanecimiento de afecto* (*Fading Affect Bias*, FAB) propuesto inicialmente por Walker, Skowronski y Thompson (2003) y que hace referencia a la disminución con el tiempo de la intensidad de la afectividad asociada a los recuerdos negativos, pero no de los positivos. Asimismo, de acuerdo con el objetivo fundamental ligado a la coherencia del estudio de Rubin et al. (2016), en lo que respecta a los aspectos emocionales, este estudio se centra en la medida de la coherencia emocional global de las narrativas, entendiendo esta como el grado en el que la narrativa lleva al juez externo a evocar una emoción o empatizar con el individuo evaluado. Por último, en el estudio de Freer et al. (2010) la evaluación del tono emocional cumple una doble función al considerarse, por un lado, como un índice de coherencia narrativa y, por el otro, como un indicador del procesamiento emocional del evento.

Respecto a la metodología de medición, destaca la utilización del LIWC como instrumento de evaluación en gran parte de los estudios (Beaudreau 2007; Bond et al., 2016; Booker et al., 2018; Jaeger et al., 2014; Jelinek et al., 2010; Jones et al., 2007). Si bien también se observan diferencias en la consideración de esta variable, encontrándose estudios en los que se analizan las referencias a procesos afectivos en general (Beaudreau 2007; Booker et al., 2018), otros que evalúan de forma independiente la proporción de referencias a emociones negativas y positivas (Bond et al., 2016; Jaeger et al., 2014), un estudio que se centra únicamente en las emociones

negativas (Jones et al., 2007) y otro que consideran tanto las referencias afectivas en general como las relativas a la ansiedad (Jelinek et al., 2010).

Por su parte, en los estudios de Zoellner et al. (2002) y Filkuková et al. (2016) el análisis de los aspectos emocionales de las narrativas se lleva a cabo a partir del sistema de codificación propuesto por Foa et al. (1995), considerándose en el primer caso únicamente la proporción de unidades de expresión referidas a emociones negativas, mientras que en el segundo estudio se establecen comparaciones en virtud tanto de las emociones en general como de las emociones positivas y negativas, así como específicamente de la proporción de referencias asociadas a la ira como emoción adaptativa en la exposición a eventos traumáticos.

Asimismo, la evaluación de aspectos emocionales en la investigación narrativa también se ha abordado a través de evaluaciones globales de jueces externos que, mediante escalas tipo Likert, se han centrado en la evaluación de la coherencia emocional en el caso de Rubin et al. (2016) y en el tono emocional en el de Freer et al. (2010).

Finalmente, los estudios de Römisch et al. (2014) y Fernández-Lansac y Crespo (2017b) incluyen tanto análisis cuantitativos de los procesos afectivos mediante el LIWC, como evaluaciones más contextuales a través de la codificación de jueces externos de la proporción de cláusulas que comprenden emociones específicas (Römisch et al., 2014) o la evaluación del tono emocional del relato con independencia de su contenido emocional (Fernández-Lansac & Crespo, 2017b).

Aspectos perceptivos y sensoriales

De forma paralela a lo comentado en relación a las variables narrativas que hacen referencia a procesos emocionales, atendiendo a las hipótesis coincidentes planteadas desde los dos enfoques principales propuestos en relación a la memoria y el TEPT, todos los estudios con narrativas orales pretenden contrastar la premisa general sobre la mayor proporción de palabras referidas a este tipo de procesos en las

narrativas traumáticas y, fundamentalmente, en las de aquellas víctimas que experimentan psicopatología postraumática.

En este contexto, una importante proporción de los estudios con narrativas orales analizan la proporción de palabras incluidas en las narrativas que hacen referencia a procesos perceptivos y sensoriales mediante el LIWC (Beaudreau, 2007; Booker et al, 2018; Fernández-Lansac & Crespo 2017b; Jones et al., 2007). Si bien en los estudios de Zoellner et al. (2002) y Filkuková et al. (2016), sin embargo, siguiendo el sistema de codificación desarrollado por Foa et al. (1995), se calcula número de unidades de expresión referidos a sensaciones asociadas a los cinco sentidos a través de la codificación de jueces externos.

Aspectos cognitivos

Tal y como se ha mencionado previamente, en consonancia con algunas de las teorías cognitivas dominantes, las referencias a procesos cognitivos en las narrativas se han considerado en algunos estudios como indicadores de la elaboración e integración del recuerdo en la memoria autobiográfica, hipotetizándose su relación con un mejor ajuste postraumático (Beaudreau, 2007; Jaeger et al., 2014; Römisch et al., 2014). Si bien, la heterogeneidad de las evidencias a este respecto lleva a algunos estudios a tratar de determinar si el paso del tiempo desde el evento pudiera afectar a tal relación (Booker et al., 2018; Dekel & Bonanno, 2013), o a partir de la hipótesis alternativa propuesta desde el enfoque de los mecanismos básicos por la que no serían esperables diferencias con relación a estos aspectos narrativos (Fernández-Lansac & Crespo, 2017b).

En cuanto a la evaluación de los aspectos cognitivos, de nuevo la metodología de análisis dominantes es LIWC, considerándose de forma conjunta la variable de procesos cognitivos que por norma general comprende las referencias a causa, *insight*, discrepancia, tentativa, certeza e inhibición (Beaudreau, 2007; Booker et al., 2018; Dekel & Bonanno, 2013; Fernández-Lansac & Crespo, 2017b; Jaeger et al., 2014). Por

su parte, en el caso de Römisch et al. (2014), los autores vuelven a combinar la evaluación de jueces externos y el LIWC para la medida de esta variable narrativa, si bien cabe destacar de cara a la comparación de las evidencias que, entre las expresiones mentales del sistema de codificación, se incluirían no solo términos cognitivos, sino también perceptivos y volitivos.

Por último, también cabe destacar a este respecto las evidencias derivadas de los estudios que toman en consideración variables de tipo cognitivo como indicadores de desorganización. Así, en los estudios de Jelinek et al. (2010) y Rubin et al. (2016) la proporción de referencias a procesos cognitivos obtenida a través del LIWC se concibe como una medida de desorganización. Específicamente, en el caso de Rubin et al. (2016) se analizan los procesos cognitivos asociados a causa e *insight* tanto individual como conjuntamente como medida de coherencia narrativa. Asimismo, aunque en los estudios de O'Kearney et al. (2011) y Rubin et al. (2016) también se considera la proporción de conectores causales (e.g. porque, por consiguiente) como índices de cohesión narrativa, resulta relevante su similitud con las referencias a causa incluidas en los procesos cognitivos del LIWC.

Aspectos perceptivos vs. conceptuales/cognitivos

En lo que se refiere a los aspectos perceptivos y cognitivos de las narrativas, también resulta interesante destacar los dos estudios que, en virtud los modelos teóricos dominantes, tratan de contrastar la hipotética predominancia de los primeros sobre los segundos en las narrativas traumáticas.

En este sentido, Buck et al. (2006), centran su estudio en el contraste de las principales hipótesis derivadas del modelo de Ehler y Clark (2000) en lo que se refiere a la predominancia del procesamiento sensorial sobre el conceptual que, según los autores, daría como resultado la sensación persistente de peligro en las víctimas. Así, tras dividir las narrativas en unidades de expresión, cada una de ellas es codificada por dos jueces externos en una escala Likert de 9 puntos que va desde 1 (*representaciones*

exclusivamente conceptuales de a memoria y/o contextualizaciones) a 9 (*representaciones exclusivamente perceptivas de la memoria*). Asimismo, cabe destacar que, entre las representaciones perceptivas, los autores incluirían descripciones de los eventos; el entorno; aspectos de los que se tiene conocimiento después; y explicaciones dadas por otros. Mientras que las representaciones conceptuales harían referencia a explicaciones posibles a lo sucedido o a los sentimientos experimentados durante la experiencia; comprensión; planes e intenciones durante la experiencia; explicaciones sobre por qué les ha sucedido a ellos y sus sentimientos. En conjunto, para cada participante, se calcula una puntuación media de las expresiones que refleja la prevalencia de representaciones perceptivas en relación con las conceptuales.

Por su parte, Römisch et al. (2014) también contemplan, entre los indicadores de la hipotética inmersión en el recuerdo traumático de los participantes, la dominancia de las representaciones perceptivas sobre las cognitivas, evaluándolas tanto mediante el sistema de codificación desarrollado por Habermas & Berger (2011), como a través de las variables relacionadas con esta hipótesis del LIWC. Así, en lo que a la codificación de jueces externos se refiere, al número de expresiones perceptivas codificadas, entre las que incluyen tanto percepciones ligadas a los cinco sentidos como sensaciones corporales, se le resta el número de expresiones cognitivas, dividiendo el resultado por el total de expresiones consideradas bajo ambas categorías lingüísticas y, ulteriormente, multiplicando esta cifra por 100. Por su parte, a la proporción de palabras referidas a procesos perceptivos/sensoriales que ofrece el LIWC se le sustrae las referidas a procesos cognitivos de *insight* y *causa*.

Si bien ambos procedimientos de comparación resultan interesantes y novedosos, no han sido replicados en estudios subsiguientes y, por tanto, su validez y aval empírico se ve limitado a los resultados de un único estudio.

Referencias a uno mismo

Aunque el punto de referencia desde el que se establece la narrativa constituye un aspecto destacado desde los modelos teóricos de TEPT y memoria, son pocos los estudios lo evalúan en narrativas orales.

Así, en el caso de Jaeger et al. (2014), aunque el objetivo es precisamente contrastar la hipótesis de la adopción de una menor perspectiva auto-referencial en personas con mayor severidad en la sintomatología postraumática y asociada, en la codificación de la narrativa por parte de jueces externos solo se contempla el uso de pronombres en general, considerando que la ausencia de ellos sería equivalente a la construcción de narrativas más impersonales y, por tanto, menos auto-referenciales.

Por su parte, Fernández-Lansac & Crespo (2017b) se centran en el uso de la primera persona del singular y, en consonancia con el enfoque de los mecanismos básicos, hipotetizan un mayor uso de este tipo de pronombres en virtud de la valencia emocional de la narrativa (traumática vs. positiva), el tipo de evento experimentado (violencia de género vs. eventos estresantes) y la sintomatología postraumática.

Asimismo, nos encontramos con algunos estudios que analizan este aspecto en virtud de las categorías del LIWC que recogen la proporción en la que los participantes emplean el presente y/o el pasado a lo largo de sus narrativas (Beaudreau, 2007; Booker et al., 2018; Fernández Lansac & Crespo, 2017b). Además, Römisch et al., (2014) evalúan este aspecto del recuerdo utilizando tanto un sistema de codificación implementado por jueces externos, como a través de distintas categorías del LIWC. Así, analizan específicamente lo que denominan *discurso dramático*, que haría referencia al “uso de presente histórico y el cambio de expresiones relativas al contexto temporal y espacial desde el aquí y el ahora del narrador al allí y entonces del protagonista” (p. 466). De manera que, en lo que se refiere al LIWC, analizan específicamente las diferencias entre la proporción del uso del pasado y el presente/futuro, mientras que, en términos contextuales, se obtendría un índice de discurso dramático como resultado de

la suma de la frecuencia relativa en la que los jueces externos valoran que se utiliza el presente histórico en el pasado y la frecuencia relativa en la que consideran que se da un cambio en el punto de referencia o expresiones temporales y espaciales del narrador al protagonista.

3.4. Conclusiones

Las controversias entre los dos enfoques contrapuestos de la memoria y el trauma – mecanismos básicos y especiales –, así como de las evidencias que los sostienen, se han atribuido en gran medida a que las vertientes de investigación en psicología de las que parten – básica y clínica – responden de a distintos objetivos y metodologías de investigación que no favorecerían la convergencia y que nos retrotraen también a los enfrentamientos mencionados en capítulos anteriores al respecto de la conceptualización del evento traumático y del propio TEPT.

Así, las teorías propuestas desde el enfoque de los mecanismos especiales, que provienen de la investigación clínica, buscan en general la aplicación práctica de los conocimientos empíricos a la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicopatológicos considerados en los sistemas de clasificación diagnóstica, centrando fundamentalmente las investigaciones en la evaluación de los individuos diagnosticados de TEPT (Dalgleish, 2004; Rubin, Berntsen et al., 2008; Rubin, Boals et al., 2008). Además, una proporción importante de los modelos que se alinean con esta perspectiva – los modelos del procesamiento de la información – han sido definidos como traumatocéntricos, en tanto en cuanto hacen hincapié en las características de los eventos traumáticos como principal factor causal de los déficits en el recuerdo voluntario, focalizándose, además, en las representaciones de estos, sin entrar a valorar su efecto en otro tipo de representaciones mnésicas (Dalgeish, 2004). En este sentido, los modelos de los mecanismos especiales asumen una conceptualización categorial

de los eventos traumáticos, considerándoles cualitativamente distintos de la adversidad normativa y ligando su definición también a una concepción categorial de la sintomatología postraumática (Rubin, Berntsen et al., 2008).

Por su parte, las propuestas teóricas adscritas al enfoque de los mecanismos básicos parten de la investigación en psicología básica, centrándose en este caso fundamentalmente en el funcionamiento general de la memoria y no solo en el recuerdo traumático, sin perder de vista las evidencias relativas a otros procesos básicos como la cognición, la emoción o la atención (Rubin et al., 2011; Rubin, Berntsen et al., 2008; Rubin, Boals et al., 2008). Asimismo, defienden una conceptualización dimensional de los eventos traumáticos y la sintomatología postraumática, reconociendo la amplia gama de respuestas posibles al trauma; destacando el rol que juegan en el procesamiento las diferencias individuales; e incluyendo en sus muestras objeto de estudio a individuos expuestos a eventos estresantes reciban o no un diagnóstico determinado (Rubin, Berntsen et al., 2008).

Entre las razones para justificar tamaña disparidad entre los dos enfoques, se han destacado las dificultades asociadas al estudio empírico de la memoria traumática (Van der Kolk & Fisler, 1995, 1996). En este contexto, aunque también se observa una cierta variabilidad al respecto de las aproximaciones metodológicas y los métodos de investigación implementados para el estudio de la memoria y el trauma, ambos convergen en el recurso dominante a los estudios de campo con víctimas de eventos genuinamente traumáticos y centrados, fundamentalmente, en el análisis de las características fenomenológicas de los recuerdos mediante procedimientos de autoinforme que permiten una evaluación fácil, rápida y estandarizada del recuerdo, pero que también se asocian a importantes limitaciones inherentes a las restricciones impuestas en mayor o menor medida a las respuestas que podrían desembocar en distorsiones (Dekel y Bonanno, 2013; Koriat & Goldsmith, 1994), sesgos direccionales (Dekel y Bonanno, 2013) y pérdida de información relevante (Derochers et al., 2016).

Y es precisamente en el contexto de estas limitaciones identificadas en los procedimientos de evaluación dominantes en el estudio de la memoria y el trauma, en el que las narrativas se han erigido en los últimos años como una nueva alternativa metodológica más ecológica, informativa y cercana a la realidad de la memoria (Desrochers et al., 2016; Habermas, 2015; Ng et al., 2015). Siendo el análisis de los aspectos estructurales y de contenido de las narrativas, así como su relación con la sintomatología, una alternativa prometedora que podría contribuir a una futura resolución del debate entre las distintas posturas enfrentadas en relación con la memoria y el trauma.

Sin embargo, la excesiva heterogeneidad de los resultados derivados de los estudios narrativos a veces parece acrecentar más las dudas que ofrecer certezas. Habiendo sido atribuida tal falta de consistencia en las evidencias fundamentalmente a que su carácter novedoso y rápido crecimiento habría fomentado una inabarcable disparidad metodológica que dificultaría considerablemente la comparación y convergencia de resultados.

Así, al respecto de las muestras objeto de estudio, destaca la gran variabilidad en la naturaleza de los eventos experimentados, así como la falta de consideración y abordaje empírico de aquellas características de estos que pudieran tener un efecto sobre el recuerdo (severidad, tiempo desde el evento, cronicidad; Crespo & Fernández-Lansac, 2015; O'Kearney & Perrott, 2006). Además, a pesar de la relevancia dada desde los modelos de los mecanismos básicos a la vivencia subjetiva del evento y su recuerdo, las evidencias a este respecto hacen referencia fundamentalmente a estudios de autoinforme, siendo escasamente abordado este tema en los estudios sobre memorias narrativas y trauma (e.g. Fernández-Lansac & Crespo, 2017a, 2017b). Área en la que, sin embargo, una revisión de las muestras analizadas en los estudios disponibles vuelve a traer a colación los problemas asociados a la definición categorial vs. dimensional del evento traumático.

Por otro lado, los estudios narrativos también adolecen de una flagrante ausencia de estándares en lo referente a las tareas narrativas, encontrándose una gran variabilidad en las instrucciones dadas a los participantes y el formato en el que se recogen las narrativas (oral vs. escrito), así como también en todo lo que respecta a las restricciones temporales y las narrativas de comparación.

Tampoco hay consenso al respecto de los métodos utilizados para el análisis de las narrativas, si bien el LIWC es el instrumento más ampliamente utilizado desde la perspectiva cuantitativa; esta dominancia, unida a su carácter estandarizado y objetivo, facilitaría las comparaciones entre estudios. Su uso en solitario también presenta importantes limitaciones, fundamentalmente relacionadas con la ausencia de consideración contextual de las narrativas. Por el contrario, entre los estudios que implementan métodos basados en la evaluación de jueces externos que sí tienen en cuenta el contexto natural en el que se da el lenguaje, nos encontramos con diversas propuestas de sistemas de codificación, variaciones entre los estudios que emplean los mismos sistemas, así como también en el tipo de evaluación que implican (unidades de expresión, proporciones y medidas globales).

A pesar de la relevancia de todo lo anterior, destaca sobremanera la importante variabilidad entre los estudios al respecto de la definición de los constructos narrativos objeto de estudio; sus dimensiones y medidas; así como la interpretación de estos de cara a establecer conclusiones. Pudiéndose encontrar en más de una ocasión que una misma variable evaluada con iguales o diferentes métodos de análisis es interpretada como indicador de constructos diametralmente opuestos en dos estudios narrativos.

En definitiva, a pesar del potencial innegable del enfoque narrativo, aún queda mucho camino por andar para que este ofrezca más certezas que incertidumbres al estudio sobre la memoria y el trauma. Así, parece necesario que la investigación subsiguiente no añada, en la medida de lo posible, más heterogeneidad y confusión a la literatura sobre narrativas traumáticas, sino que, por el contrario, se dirija

178 / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

específicamente a aportar algo de luz sobre las preguntas y limitaciones que rodean esta línea de investigación.

Estudio empírico

CAPÍTULO 4.

Planteamiento general, objetivos e hipótesis

4.1. Planteamiento general

La mayor parte de la población sufre al menos un evento traumático a lo largo de su vida (Benjet et al., 2016) que puede desembocar en distintas respuestas psicológicas de sumo interés desde el punto de vista teórico y clínico. Tanto los modelos psicopatológicos como los teóricos del trauma están de acuerdo en atribuir un papel central a la memoria en el procesamiento de tales experiencias, si bien no existe el mismo consenso entre las propuestas sobre cómo tales eventos afectarían a la memoria y cómo esta afectación se relacionaría con los correlatos psicopatológicos asociados a las vivencias traumáticas.

Hasta el momento, metodológicamente, el estudio de la memoria y el trauma ha estado dominado por los procedimientos de selección y, concretamente, por los instrumentos de autoinforme, que, si bien han contribuido en gran medida al desarrollo del conocimiento en esta área, también presentan una serie de limitaciones que, a su vez, afectan en cierta medida a las conclusiones derivadas de los estudios basados únicamente en este tipo de métodos. Es esta realidad precisamente la que ha llevado a la creciente proliferación en los últimos años del análisis de narrativas como una alternativa prometedora que podría ayudar a resolver las principales controversias que aún hoy planean en torno a esta área de estudio.

No obstante, la juventud de este método de investigación trae consigo inevitablemente ciertas debilidades, lagunas y retos aún por solventar. En este sentido, la excesiva heterogeneidad de las evidencias, atribuida en gran medida a las diferencias metodológicas entre los estudios (Ayers et al., 2015; Crespo & Fernández-Lansac, 2015; O'Kearney & Perrott, 2006) hace difícil su comparación efectiva y el establecimiento de conclusiones firmes sobre la relación entre la memoria y el trauma.

Así, entre las principales diferencias metodológicas observadas, destaca la gran variabilidad en la naturaleza de los eventos experimentados por las muestras objeto de

estudio que, sin embargo, no ha traído parejo el conveniente estudio del efecto del evento y sus características sobre las narrativas de los sujetos. En la investigación sobre narrativas orales, predominan las comparaciones entre grupos formados en virtud del cumplimiento de un diagnóstico psicopatológico (generalmente el TEPT), siendo excepcionales las comparaciones entre individuos expuestos y no expuestos a eventos considerados como traumáticos desde una perspectiva categorial (e.g. Bond et al., 2006) o dimensional (e.g. Römisch et al., 2014), a pesar de la relevancia que tienen tales comparaciones desde el punto de vista de los modelos teóricos. Y más allá de eso, poner el foco únicamente en el TEPT o en una categoría discreta de eventos, en la línea de lo mantenido por Rubin, Berntsen et al. (2008), nos limita a una visión excesivamente clínica del procesamiento traumático y de sus correlatos narrativos, impidiéndonos dar cuenta del amplio abanico de manifestaciones normales y patológicas asociadas a la exposición a distintas experiencias estresantes.

Asimismo, si partimos de la premisa de que ciertos tipos de eventos serían más proclives a precipitar determinados correlatos psicopatológicos (Rosen & Lilienfeld, 2008; Rubin, Berntsen et al., 2008), al tiempo que asumimos el papel central de la memoria en relación a tales correlatos, no parece comprensible establecer conclusiones generales a partir de estudios narrativos con muestras de individuos expuestos a eventos muy específicos o, por el contrario, a una amplia gama de eventos que varían considerablemente entre sí pero, entre los cuales, no se establecen comparaciones en relación a las variables narrativas objeto de estudio. Más aún cuando se trata de muestras no clínicas o de análogos.

En narrativas orales, el estudio más próximo a abordar el efecto del evento en las variables narrativas es el desarrollado por Freer et al. (2010), que, aunque se centra únicamente en eventos de naturaleza interpersonal, establece comparaciones en virtud de características objetivas de tales eventos: la edad en la que se experimentan y su cronicidad. Si bien la generalización de sus resultados y conclusiones queda condicionada, entre otras cosas, por las controversias que rodean a la definición de

estas variables. Asimismo, aunque algunos trabajos en los últimos años se han hecho eco del llamamiento de O'Kearney y Perrott (2006) acerca de la problemática asociada a la falta de consideración en la investigación narrativa de otras características objetivas y subjetivas de los eventos traumáticos tan relevantes como el tiempo transcurrido desde su ocurrencia o la valoración que hacen los sujetos sobre su severidad, aún es necesario recabar más evidencias a este respecto, tomando en consideración estas variables en todo estudio narrativo que se precie, máxime si nuestro objetivo es discriminar el efecto de las distintas características del evento sobre las narrativas autobiográficas

Dejando a un lado el evento en sí mismo, las explicaciones alternativas a los resultados de la investigación narrativa atendiendo a diferencias individuales en las capacidades verbales (Ehlers, Hackmann & Michael, 2004) o el estilo narrativo (Zoellner et al., 2002) y factores asociados al contexto de producción como la ansiedad durante la narrativa (O'Kearney & Perrott, 2006), así como al papel central que ocupan en algunos modelos teóricos de la memoria y el TEPT determinados aspectos relacionados con el propio recuerdo traumático como su centralidad (Berntsen et al., 2003; Rubin, 2015; Rubin, Berntsen et al., 2008; Rubin et al., 2011) y elaboración (Ehlers & Clark, 2000), ponen de manifiesto la necesidad de contemplar también estas variables en los estudios dirigidos a analizar las características de las narrativas traumáticas.

Por su parte, en la investigación narrativa también se han identificado problemas asociados a las distintas herramientas implementadas para su evaluación. Así, mientras que los métodos cuantitativos como el LIWC permiten una valoración más objetiva, estandarizada y generalizable de los aspectos narrativos, presentan la desventaja importante respecto a los sistemas de codificación a través de la evaluación de jueces externos, de ignorar el contexto en el que se produce el lenguaje (Fernández-Lansac & Crespo, 2017a), lo cual, en el caso de ciertas variables como la coherencia o la orientación temporal o espacial de la narrativa, puede resultar especialmente problemático. De manera que, quizás resulta recomendable, la combinación de los dos

tipos de herramientas de evaluación en función de las características de los constructos objeto de estudio, optando quizás, en la línea de los estudios de Jones et al. (2007) y Fernández-Lansac y Crespo (2017b), por el uso del LIWC para variables de contenido y de un sistema de codificación fiable para la evaluación a través de jueces externos de aspectos en los que el contexto puede jugar un papel más determinante.

Por último, cabe destacar que, aunque cada vez es más común que los estudios recojan, además de la narrativa traumática, una narrativa positiva con fines comparativos (e.g. Bedard-Gilligan et al., 2017; Bond et al., 2016; Rubin et al., 2016; Römisch et al., 2014), pocos estudios narrativos dan un paso más allá y, además de utilizar los recuerdos positivos para determinar las características diferenciales de las narrativas traumáticas, analizan también la relación entre las características de estas narrativas y el estado clínico de los individuos (Fernández-Lansac & Crespo, 2015). Esto nos permitiría contrastar la idea del enfoque de los mecanismos básicos por la cual, tras la experiencia, no solo se vería afectado el recuerdo traumático, sino la memoria autobiográfica en general. En este sentido, algunas evidencias recientes con medidas de autoinforme y tareas experimentales apuntan a que ciertos aspectos objetivos y subjetivos de los recuerdos positivos estarían relacionados con indicadores clínicos del ajuste postraumático (Contractor, Banducci, Dolan, Keegan & Weiss, 2019; Contractor, Greene, Dolan, Weiss, & Armour, 2020). Así, conocer las características de las narrativas positivas relacionadas con las principales manifestaciones psicopatológicas postraumáticas podría ayudarnos a identificar dianas terapéuticas para el desarrollo o mejora de intervenciones basadas en la narrativa de recuerdos positivos que, atendiendo a las evidencias preliminares más recientes (Contractor, Banducci, Jin, Keegan & Weiss, 2020), podrían constituir un complemento terapéutico prometedor en el tratamiento de las víctimas de eventos traumáticos.

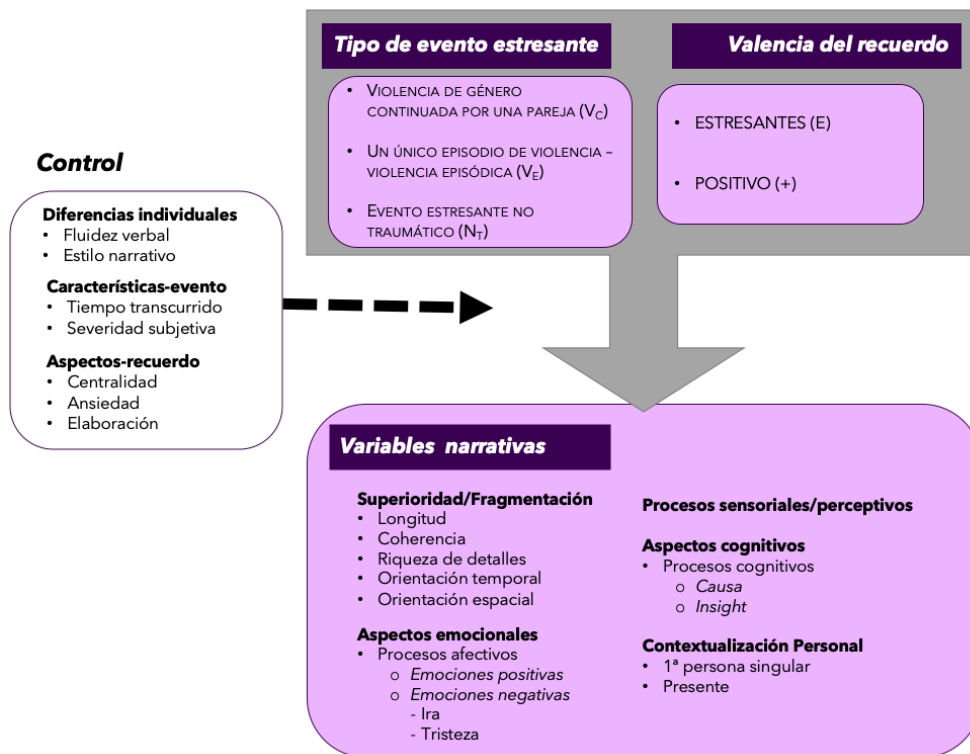
4.2. Objetivos

En este contexto, la presente tesis doctoral tiene como **objetivo general** contribuir al conocimiento sobre los correlatos mnésicos de la exposición a eventos estresantes, incrementando las escasas evidencias disponibles derivadas de estudios con narrativas orales que combinen métodos de evaluación contextuales y no contextuales y que enfatizan el control de posibles variables de confusión. De esta manera, se pretende profundizar en el papel que desempeñan el tipo de recuerdo y las características de los acontecimientos estresantes experimentados, así como sobre las potenciales relaciones existentes entre el estado clínico de las víctimas de violencia interpersonal y las características, no solo de las narrativas más traumáticas de sus vidas, si no también de las relativas a los recuerdos más felices.

Este objetivo general se desglosa en los siguientes **objetivos específicos**:

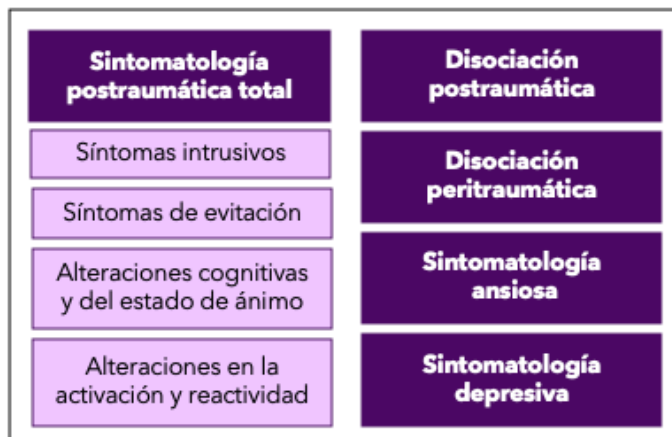
Objetivo 1. Explorar el **efecto** que tienen **sobre las características de las narrativas la valencia del recuerdo** (estresante vs. positiva), así como la **interacción entre esta y el tipo de evento estresante experimentado** (violencia de género crónica vs. violencia de género específica vs. eventos no traumático). **Controlando**, en su caso, el efecto de aquellas **variables** que, en virtud de lo sugerido en la literatura y de los análisis preliminares, pudieran afectar a las diferencias observadas (i.e. fluidez verbal, estilo narrativo, tiempo desde el evento, severidad, centralidad, ansiedad y elaboración). En este sentido, en la Figura 4.1 se incluye un diagrama de las comparaciones planteadas con el objetivo de determinar el efecto individual y combinado de la valencia y el tipo de evento sobre las narrativas de las participantes.

Figura 4.1. Diagrama de las comparaciones dirigidas a determinar el efecto del evento y la valencia en las variables narrativas.



Objetivo 2. Analizar las relaciones de las variables narrativas asociadas al procesamiento de los recuerdos traumáticos y positivos con la severidad de las principales manifestaciones clínicas en las víctimas de violencia (véase Figura 4.2.), controlando el posible efecto la centralidad del recuerdo traumático, así como el de las variables emocionales sobre la relación entre las variables asociadas con la codificación del recuerdo y el estado clínico de las víctimas de violencia.

Figura 4.2. Manifestaciones clínicas evaluadas en términos de severidad.



4.3. Hipótesis

Teniendo en cuenta los objetivos planteados y tomando como referencia las propuestas del Enfoque de los Mecanismos Básicos, así como las evidencias previas de la investigación narrativa, se postulan las siguientes **hipótesis**:

Hipótesis 1. En relación con el efecto sobre las variables narrativas de la valencia del recuerdo y la interacción entre esta y el tipo de evento estresante experimentado, se plantean dos sub-hipótesis principales:

H.1.1. Los recuerdos narrativos estresantes serán superiores (i.e. más largos, coherentes, detallados u orientadas en tiempo y espacio); implicarán una mayor revivencia emocional (i.e. mayor velocidad, más términos afectivos generales, más emociones negativas, ira, tristeza o un tono emocional más negativo), sensorial (i.e. más expresiones sensoriales) y general (i.e. más pronombres en primera persona del singular o verbos en presente) del evento; y reflejarán una mayor elaboración o integración cognitiva del recuerdo (i.e. más términos, cognitivos, causa o *insight*).

H.1.2. En lo referente a las diferencias relativas al tipo de evento y su interacción con la valencia del recuerdo, se espera que el carácter traumático, interpersonal y crónico del evento promueva que los recuerdos narrativos estresantes sean superiores (i.e. narrativas más largas, coherentes, detalladas u orientadas en tiempo y espacio); impliquen una mayor revivencia emocional (i.e. mayor velocidad, más términos afectivos generales, más emociones negativas, ira, tristeza o un tono emocional más negativo), sensorial (i.e. más expresiones sensoriales) y general (i.e. más pronombres en primera persona del singular o verbos en presente) del evento; y refleje una mayor elaboración o integración cognitiva del recuerdo (i.e. más términos, cognitivos, causa o *insight*).

Hipótesis 2. Relativa a las relaciones predictivas entre las características del recuerdo y el estado clínico de las víctimas de agresiones

- H.2.1. Las características de las narrativas de las víctimas de agresiones se relacionarán en gran medida con la centralidad del recuerdo traumático y esta, a su vez, se relacionará en gran medida con el estado clínico de las participantes.
- H.2.2. En lo relativo a las relaciones entre las **características narrativas del recuerdo traumático** y el **estado clínico**, una vez controlada la centralidad del recuerdo traumático, una mayor intensidad emocional (i.e. mayor velocidad, más procesos afectivos, más emociones negativas o un tono emocional más negativo) y codificación (i.e. mayor longitud narrativa, coherencia o grado de detalle) del recuerdo traumático predecirán un peor ajuste postraumático.
- H.2.3. Al respecto de las relaciones entre las **características del recuerdo positivo y el estado clínico**, atendiendo a la propuesta de la teoría AMT por la cual la vivencia del trauma afectará a toda la memoria autobiográfica, incluyendo los recuerdos positivos, una vez controlada la centralidad del recuerdo traumático, una menor emocionalidad o una emocionalidad más negativa (i.e. menor velocidad, menos procesos afectivos, menos emociones positivas o un tono emocional menos positivo), así como una codificación inferior (i.e. menor longitud narrativa, coherencia o grado de detalle) de los recuerdos positivos se asociará con un peor ajuste clínico de las participantes..

CAPÍTULO 5.

Método

5.1. Participantes

La muestra estuvo constituida por 150 mujeres distribuidas en 3 grupos en función del tipo de evento estresante al que habían estado expuestas, a saber, 50 víctimas de violencia de género continuada por parte de sus parejas o exparejas (grupo Vc), 50 víctimas de un único episodio de violencia interpersonal (grupo Ve), y 50 mujeres expuestas a situaciones estresantes no traumáticas en virtud de la definición categorial del DSM-5 (grupo Nt). Los tres grupos fueron apareados en edad de acuerdo con tres rangos (18-34, 35-54, y 55-74 años).

Las participantes del grupo Vc fueron reclutadas gracias a las derivaciones de la Federación de Mujeres Progresistas (FMP) y la Asociación Beccaría (Asociación para la Prevención del Delito y Tratamiento de la Víctima y el Delincuente). Por su parte, el grupo Ve fue reclutado a través de los siguientes procedimientos: (a) la derivación de profesionales de la Oficina de Atención a Víctimas de los Juzgados de Toledo (Ministerio de Justicia) y de la Asociación de Mujeres de Opañel; (b) anuncios segmentados dirigidos a mujeres residentes en la Comunidad de Madrid en la red social Facebook; (c) carteles y trípticos distribuidos en asociaciones de mujeres y centros de atención primaria, así como en las distintas facultades de la Universidad Complutense de Madrid; y (d) muestreo en bola de nieve a través de estudiantes de posgrado en psicología. Finalmente, las participantes expuestas a eventos Nt fueron reclutadas en su totalidad mediante el muestreo en bola de nieve con la colaboración de estudiantes posgraduados en psicología.

A continuación, se presentan los criterios de inclusión y exclusión comunes y propios de los distintos grupos para la participación en el estudio (Tabla 5.1.)

Tabla 5.1. Criterios de inclusión y exclusión para la participación.

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Comunes a los tres grupos	<ul style="list-style-type: none"> • Ser mujer • Ser mayor de edad • Que el castellano sea su lengua materna 	<ul style="list-style-type: none"> • Analfabetismo • Deterioro cognitivo • Sintomatología psicótica activa • Intoxicación por sustancias psicoactivas en el momento de la evaluación
Específicos del grupo Vc	<ul style="list-style-type: none"> • Ser o haber sido víctima de violencia de género continuada en el contexto de una relación de pareja. • Que haya transcurrido más de un mes desde el primer episodio de violencia en la pareja • Que haya transcurrido más de un mes desde la agresión objeto de evaluación 	-
-Específicos del grupo Ve	<ul style="list-style-type: none"> • Haber sido víctima de una agresión que no se prolonga en el tiempo • Que haya transcurrido más de un mes desde la agresión objeto de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Haber sido víctima de violencia género continuada en el contexto de una relación de pareja.
Específicos del grupo Nt	<ul style="list-style-type: none"> • Que haya transcurrido más de un mes desde el evento estresante objeto de evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • Haber sido víctima de violencia género continuada en el contexto de una relación de pareja o de una agresión puntual significativa para la persona.

5.2. Procedimiento

Previamente al inicio del estudio se obtuvo la aprobación del proyecto de investigación por parte de la Comisión Deontológica de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

Las evaluaciones se llevaron a cabo individualmente en una única sesión con una duración aproximada de entre una hora y media y dos horas. Al inicio de la sesión, las participantes, tras ser adecuadamente informadas acerca de los objetivos, métodos

y otras características del estudio, así como de sus derechos en materia de protección de datos de acuerdo con la normativa vigente en el momento en el que se desarrolla el proyecto (Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos de Carácter Personal), daban su consentimiento expreso por escrito. A continuación, se procedía a la aplicación de los instrumentos heteroaplicados, seguidos de la cumplimentación individual por parte de los participantes de las medidas de autoinforme, que serán descritos con detalle en el apartado correspondiente a los materiales e instrumentos.

Finalmente, la sesión culminaba con la implementación de la tarea narrativa de recuerdo libre en la que las participantes eran instruidas para narrar sus recuerdos con precisión; describiéndolos tal y como venían a su mente; con el mayor detalle posible; y sin interrupciones o restricciones en la duración de la narrativa. La tarea se inicia invariablemente con el relato del evento neutro en el que se pedía a las participantes que narraran un día normal en su vida con el doble objetivo de que las participantes se familiarizaran con la tarea y, al mismo tiempo, poder establecer el estilo narrativo de cara a su posible control estadístico posterior. A continuación, se pedía a las participantes que narrasen dos eventos específicos personales: (1) el evento más feliz de sus vidas (recuerdo positivo); y (2) el peor episodio de violencia en el contexto de una relación de pareja (grupo Vc), el episodio de la agresión específica (grupo Ve) o el evento más estresante de sus vidas (grupo Nt; estresante). El orden los recuerdos significativos cargados emocionalmente (positivo y estresante) fue contrabalanceado aleatoriamente en todas las participantes. Asimismo, las narrativas fueron grabadas en audio para su subsecuente transcripción literal y análisis.

Después de cada narrativa, las participantes informaban sobre su grado de ansiedad durante el relato mediante una escala analógica visual con un rango de 0 (malestar nulo) a 100 (extremo). Además, después del relato estresante, se preguntaba a las pacientes si habían hablado del evento previamente, así como las personas con las que lo habían hecho (i.e. familiares, pareja, amigos, profesionales, desconocidos y

otros) y la frecuencia en la que solían hablar sobre ello (0=casi nunca o en escasas ocasiones; 1=en algunas ocasiones; 2= a menudo o muy a menudo).

Dos psicólogas estudiantes de doctorado y con experiencia en victimología entrevistaron a las mujeres de los dos grupos de violencia, mientras que las mujeres expuestas a eventos estresantes no traumáticos fueron entrevistadas en su mayoría por estudiantes de posgrado con formación en victimología, siendo una minoría (18%) entrevistadas también por las estudiantes de doctorado a fin de alcanzar el tamaño de la muestra objetivo.

Por último, cabe mencionar que las participantes recibían al finalizar la entrevista como compensación por su participación una tarjeta regalo por valor de 15 euros.

5.3. Materiales e instrumentos

Los protocolos de evaluación constaron de diversos instrumentos de evaluación (véase Anexo I) dirigidos a la medición de las variables correspondientes expuestas en el apartado anterior, siendo dicha correspondencia resumida en la subsiguiente Tabla 5.2.

Tabla 5.2. Variables e instrumentos de evaluación.

	VARIABLES	INSTRUMENTOS
Variables sociodemográficas	Nacionalidad, estado civil, nivel de estudios y actividad laboral	Entrevista estructurada
	Superioridad/Fragmentación Coherencia, riqueza de detalles, orientación temporal y orientación espacial	CASNOT (Fernández-Lansac & Crespo, 2017)
Variables narrativas	Longitud – Conteo de palabras (CP)	LIWC (Pennebaker et al. 2007)
	Aspectos emocionales Valencia y tono emocional	CASNOT (Fernández-Lansac & Crespo, 2017)
	Velocidad (CP/min), procesos afectivos, emociones positivas, emociones negativas, ira y tristeza	
	Aspectos cognitivos Procesos cognitivos, <i>insight</i> y causa	LIWC (Pennebaker et al. 2007)
	Aspectos sensoriales Procesos sensoriales	

VARIABLES DEL EVENTO ESTRESANTE	Características objetivas	Entrevista estructurada
	Características subjetivas	Evaluación Global del Estrés Postraumático -5
	Historia de eventos estresantes	(EGEP-5; Crespo et al., 2017)
VARIABLES DEL RECUERDO ESTRESANTE	Centralidad	Escala de Centralidad de Eventos (CES; Berntsen & Rubin, 2006)
	Integración del recuerdo y estrategias de afrontamiento	Cuestionario de memoria del acontecimiento traumático (Berntsen, et al., 2003)
	Elaboración previa	Tratamientos previos y actuales – Entrevista estructurada
	Disociación peritraumática	Tarea narrativa (Fernández-Lansac & Crespo, 2017) Cuestionario de Experiencias Disociativas Peritraumáticas (Marmar et al., 2004)
VARIABLES CLÍNICAS	Sintomatología postraumática	Evaluación Global del Estrés Postraumático -5 (EGEP-5; Crespo et al., 2017)
	Sintomatología ansiosa	Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck et al., 1988)
	Sintomatología depresiva	Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck et al., 1996)
OTRAS POSIBLES VARIABLES INTERVINIENTES RELEVANTES	Fluidez verbal	Subtest de Vocabulario de la Escala de Inteligencia de Wechsler (WAIS-III-V; Wechsler, 1997)
	Ansiedad durante la narrativa estresante	Tarea narrativa (Fernández-Lansac & Crespo, 2017)
	Apoyo social	Entrevista estructurada
	Resiliencia	Escala de Resiliencia Connor-Davidson-2 (CD-RISC2; Vaishnavi et al., 2007).
	Consumo de alcohol, psicofármacos y otras sustancias psicotrópicas	Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT-C; Bush et al., 1998).
		Entrevista estructurada
	Estilo narrativo – variables narrativas del recuerdo neutro	CASNOT (Fernández-Lansac & Crespo, 2017) LIWC (Pennebaker et al. 2007)

A continuación, se describen pormenorizadamente los instrumentos incluidos en el protocolo de evaluación de acuerdo con su orden de aplicación.

5.3.1. Instrumentos heteroaplicados

Cuestionario de screening

Se confeccionó un cuestionario breve de *screening* para su aplicación previa a la sesión de evaluación con el fin de determinar el cumplimiento por parte de las

potenciales participantes de los criterios de inclusión y exclusión recogidos anteriormente en la Tabla 5.1. Además, en el caso de las víctimas de violencia (crónica o puntual), se incluía un ítem que pretendía determinar antes de la evaluación si las participantes estaban inmersas en un tratamiento psicológico, su naturaleza, extensión en el tiempo y número de sesiones.

Entrevista estructurada

Se diseñó una entrevista estructurada de aplicación individual para la caracterización de las participantes, así como del evento estresante experimentado. Asimismo, esta entrevista también pretendía evaluar otras variables relevantes para el estudio, pero no accesibles a través de los instrumentos estandarizados disponibles en la literatura.

La entrevista se estructuraba en torno a tres secciones diferenciadas. En la primera sección se recogían los datos sociodemográficos (i.e. edad, nacionalidad, estado civil, nivel educativo y situación laboral). La segunda sección se centraba en la caracterización preliminar del evento estresante (e.g. tiempo desde el evento, hospitalización, secuelas, etc.) objeto de la tarea narrativa previamente descrita. En este sentido, cabe destacar que la entrevista administrada a cada uno de los grupos presentaba pequeñas variaciones en esta sección, dirigidas a captar las particularidades específicas de cada grupo. Así, por ejemplo, las mujeres del grupo de violencia de género por parte de sus parejas o exparejas eran preguntadas por aspectos concretos de la historia de maltrato (e.g. duración, frecuencia, maltrato a los hijos, etc.). Además, tanto este grupo como el de víctimas de agresiones interpersonales de ocurrencia única tenían que identificar los tipos de agresiones sufridas (i.e. físicas, sexuales y/o psicológicas). Finalmente, la última sección de la entrevista se dirigía a recoger información sobre tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos pasados y actuales y evaluar el consumo y la frecuencia de consumo de psicofármacos y sustancias psicotrópicas.

En total, la entrevista de las víctimas de violencia crónica en el contexto de una relación de pareja constaba de 45 preguntas, mientras que las de los grupos de víctimas de agresiones específicas y eventos no traumáticos incluía un total de 33.

Subtest de Vocabulario de la Escala de Inteligencia de Wechsler (WAIS-III-V)

El sub-test de Vocabulario de la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos-III (WAIS-III-V; Wechsler, 1997), es utilizado en el presente estudio como indicador de la fluidez verbal de las participantes. Si bien cabe destacar que dicha prueba permite evaluar una amplia variedad de habilidades cognitivas además de la fluidez verbal, como son el vocabulario expresivo o la comprensión verbal, llegando a considerarse a este subtest como la mejor medida del factor *g* en virtud de sus altas cargas factoriales y correlaciones con otros sub-test (Tulsky, Saklofske, & Zhu, 2003). En concreto, la tarea consiste en que el sujeto defina oralmente 33 palabras presentadas verbalmente de acuerdo con su índice de dificultad. Las respuestas de las participantes, que siguen un formato libre, se puntúan con 0, 1 o 2 puntos en función a las directrices recogidas en el manual de aplicación y corrección de la prueba (rango 0-66). En esta muestra la consistencia interna del sub-test es más que satisfactoria, obteniéndose un α de Cronbach de .91.

Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT-C)

El AUDIT es un instrumento de *screening* diseñado para la identificación del consumo de riesgo y perjudicial de alcohol. Concretamente, en este estudio se aplicó el AUDIT-C (Bush, Kivlahan, MvDonell, Fihn, & Bradley, 1998; adaptación española de Gómez, Conde, Santa & Jorrín, 2005) que supone una forma abreviada del cuestionario original de 10 ítems (AUDIT; Saunders, Aasland, Babor, de la Fuente & Grant, 1993) a 3 ítems dirigidos a evaluar la frecuencia, cantidad y el consumo intensivo (*binge drinking*)

de alcohol en una escala tipo Likert de 5 puntos (0-4). La suma de los ítems ofrece una puntuación total (0-12) que puede ser interpretada en base a los puntos de corte establecidos para la población objetivo. Así, el estudio de la adaptación española de Gómez et al. (2005) en una muestra de atención primaria mostró niveles de especificidad del 74,9% y de sensibilidad del 100% con un punto de corte de 3, siendo las puntuaciones mayores o iguales a este valor indicativas de un consumo de riesgo o perjudicial. Con el fin de controlar la posible deseabilidad asociada al informe del consumo de alcohol, en este estudio se aplicaron 2 versiones del AUDIT-C, una versión heteroaplicada al final de la entrevista estructurada y una versión autoaplicada al final de la batería de instrumentos autoaplicados. En esta muestra el AUDIT-C mostró una buena consistencia interna tanto en el formato heteroaplicado ($\alpha=.73$), como en el autoaplicado ($\alpha=.72$).

5.3.2. Instrumentos autoaplicados

Evaluación Global del Estrés Posttraumático-5 (EGEP-5)

La escala de Evaluación Global del Estrés Posttraumático-5 (Crespo, Gómez-Gutiérrez & Soberón, 2017) constituye un instrumento de autoinforme que permite la evaluación de la presencia y severidad de la sintomatología posttraumática en adultos de acuerdo con los criterios del DSM-5 (APA, 2013).

Esta escala está compuesta de 58 ítems agrupados en tres secciones que comprenden la evaluación de 1) la historia de acontecimientos traumáticos experimentados; 2) la sintomatología posttraumática; y 3) las alteraciones en el funcionamiento del individuo derivadas de tal sintomatología.

La primera sección, que pretende cubrir el criterio A del DSM-5, incluye un inventario de 11 tipos de eventos potencialmente traumáticos en el que la persona evaluada debe indicar aquellos que, a lo largo de su vida, haya experimentado directamente, presenciado o hayan sido experimentados por alguien cercano. A

continuación, de entre los eventos señalados, se les pide que indiquen y describan brevemente aquél que más molestias o malestar les haya generado o les genere actualmente, si bien en el presente estudio la selección del evento era establecida con anterioridad a la administración de este instrumento en virtud de los criterios de inclusión establecidos. Asimismo, los siguientes 14 ítems pretenden caracterizar el evento traumático seleccionado en cuanto a su gravedad, aspectos temporales, emociones peri-traumáticas e implicaciones para el sujeto y para otras personas.

Por su parte, en la siguiente sección referida a la sintomatología postraumática (criterios B, C, D y E), se solicita a las participantes que informen sobre la presencia y, en su caso, el grado de molestia generado durante el último mes por cada uno de los 23 síntomas descritos mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, en la que 0 es *nada* y 4 es molestia *extrema*. Además de los 20 síntomas descritos en el DSM-5, se incluyen 3 ítems dirigidos a evaluar el subtipo disociativo incorporado en la nueva edición del sistema de clasificación diagnóstica. Por último, esta sección de la escala presenta 2 ítems relativos a la duración de la sintomatología (criterio F del DSM-5) y el lapso transcurrido desde el evento hasta su aparición (subtipo con expresión retardada del DSM-5, APA, 2013).

Finalmente, la última sección incluye 7 ítems que permiten evaluar las posibles alteraciones en el funcionamiento asociadas a la sintomatología referida en la sección anterior (criterio G del DSM-5).

La escala permite obtener puntuaciones sobre la presencia de sintomatología postraumática y las alteraciones en el funcionamiento asociadas para establecer un posible diagnóstico de TEPT en virtud de los criterios DSM-5, así como una puntuación total y puntuaciones en cada una de las subescalas (síntomas intrusivos, evitación, alteraciones cognitivas y en el estado de ánimo, y alteraciones en la activación y reactividad) de la intensidad de la sintomatología. En este estudio, la EGEP-5 mostró altos niveles de consistencia interna tanto en la escala total de severidad ($\alpha = .94$), como en todas las subescalas (α entre .78 y .86).

Escala de Centralidad del Evento (CES)

La Escala de Centralidad del Evento (CES; Berntsen & Rubin, 2006) fue diseñada para evaluar en qué medida el recuerdo de un evento traumático o estresante se considera un punto de referencia para la identidad de la persona, la comprensión sobre uno mismo y la atribución de significado a otras experiencias en la historia de vida. La versión corta utilizada en este estudio contiene 7 ítems con los cuales el sujeto debe valorar su grado de acuerdo en una escala Likert de 5 puntos desde 1 (*totalmente en desacuerdo*) a 5 (*totalmente de acuerdo*). Las puntuaciones totales pueden oscilar entre 7 y 35, donde puntuaciones más altas indican una mayor centralidad del recuerdo. En el presente estudio, la escala demostró buena consistencia interna ($\alpha = .90$).

Cuestionario de memoria del acontecimiento traumático

El cuestionario de memoria autobiográfica desarrollado por Berntsen et al. (2003) se diseñó inicialmente para evaluar la calidad, integración y coherencia del recuerdo traumático a través de 24 ítems en los que los individuos debían informar sobre su nivel de acuerdo en una escala de 5 puntos donde 1 equivale a *totalmente en desacuerdo* y 5 a *totalmente de acuerdo*. Para este estudio, se seleccionaron los 12 ítems referidos a las estrategias de afrontamiento (e.g. evitación cognitiva, elaboración) y a la integración del recuerdo en la historia de vida y la identidad de la persona (e.g. más extrovertida/introvertida tras el evento, influencia positiva/negativa). Siguiendo lo planteado en el estudio original en el que se propone el cuestionario, la valoración de los ítems se hace individualmente, no obteniéndose puntuaciones totales de esta escala.

Cuestionario de Experiencias Disociativas Peritraumáticas (PDEQ)

El Cuestionario de Experiencias Disociativas Peritraumáticas (PDEQ; Marmar, Metzler, & Otte, 2004; Marmar, Weiss, & Metzler, 1998) es el instrumento más utilizado

para la evaluación autoinformada en retrospectiva sobre el grado de disociación experimentada en el momento del evento y en los momentos inmediatamente posteriores. Se compone de 10 ítems en los que los individuos deben indicar en qué medida han experimentado las experiencias disociativas descritas en una escala tipo Likert que va desde 1 (*nada verdadero*) a 5 (*totalmente verdadero*). Así, las puntuaciones totales pueden oscilar entre 10 y 100 puntos, indicando una puntuación más alta mayor grado de disociación peritraumática. En este estudio, la consistencia interna fue buena, obteniéndose un α de Cronbach de .87.

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI; Beck & Steer, 1990) es una medida de autoinforme de 21 ítems dirigida a la evaluación de la severidad de los síntomas de ansiedad. En esta prueba, se pide a los sujetos que informen sobre el grado de molestia causada en la pasada semana por cada uno de los síntomas en una escala tipo Likert de 4 puntos que va desde 0 (*en absoluto*) a 3 (*gravemente*). El rango de puntuaciones totales va desde 0 a 63, donde puntuaciones más altas son sugestivas de mayores niveles de ansiedad. En este estudio se aplicó la adaptación española de Sanz (2011), estableciéndose el punto de corte para la detección de individuos con posibles trastornos de ansiedad en puntuaciones totales mayores o iguales a 14 (Sanz, 2014). En esta muestra, el BAI mostró altos niveles de consistencia interna ($\alpha = .95$).

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer, & Brown, 1996) es uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la sintomatología depresiva. La prueba consta de 21 ítems con 4 opciones de respuesta entre las que los individuos tienen que señalar dentro de una escala de 0 a 3 aquella que describa mejor cómo se han sentido en las últimas dos semanas incluyendo el día de la evaluación. La suma de las puntuaciones en los ítems ofrece una puntuación total que puede oscilar

entre 0 y 63 puntos, correspondiendo las puntuaciones más altas con una mayor severidad de los síntomas depresivos. Aunque el BDI-II no constituye un instrumento diagnóstico, un punto de corte por encima de 13 permite identificar a los sujetos con posible trastorno depresivo (Beck, Steer, & Brown, 1996). Asimismo, si bien el BDI-II se centra especialmente en los síntomas cognitivos, una variedad de estudios ha determinado un modelo factorial compuesto de dos factores que permitirían obtener puntuaciones para las correspondientes sub-escalas somática y cognitiva (Sanz et al., 2003). En este estudio el α de Cronbach fue de .94 para la escala total, así como de .88 y .86 para las sub-escalas somática y cognitiva, respectivamente.

Escala de Resiliencia Connor-Davidson-2 (CD-RISC2)

La Escala de Resiliencia Connor-Davidson (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003) es un cuestionario de autoinforme diseñado para evaluar la resiliencia y su modificabilidad en respuesta al tratamiento en población clínica. La escala original contiene 25 ítems con sus correspondientes afirmaciones sobre las que los sujetos deben valorar el grado de veracidad durante el último mes mediante una escala tipo Likert de 5 puntos, donde 0 implica que esa afirmación *no ha sido verdad en absoluto* y 4 implica que la afirmación *ha sido verdadera casi siempre*. En este estudio se aplicó la versión abreviada CD-RISC-2 (Vaishnavi, Connor & Davidson, 2007) compuesta por dos ítems seleccionados de la versión extendida. Estos ítems hacen referencia a la “adaptación al cambio” y “la recuperación tras una enfermedad o dificultad”. En este estudio, la CD-RISC-2 mostró buenos niveles de consistencia interna, obteniéndose un α de Cronbach .72.

5.3.3. Instrumentos de evaluación de VV narrativas

Atendiendo a las ventajas y limitaciones asociadas tanto a los métodos de análisis de narrativas puramente cuantitativos, como a los de evaluación por medio de

jueces externos, en este estudio se plantean ambas estrategias en virtud del tipo de variable objeto de estudio. Así, en el caso de las variables de contenido, se empleó el *software* de conteo de palabras y elementos lingüísticos de uso más extendido en la literatura sobre trauma y memoria (LIWC). Mientras que, en el caso de las variables estructurales y globales, se recurrió a un sistema de codificación específicamente diseñado para la evaluación de narrativas traumáticas (CASNOT).

Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC)

El *Linguistic Inquiry and Word Count* (LIWC; Pennebaker et al., 2007; adaptación española de Ramírez-Esparza, Pennebaker, García, & Suriá, 2007) es un programa de software ampliamente validado para el análisis cuantitativo de narrativas mediante una estrategia de conteo de palabras. El LIWC permite analizar textos escritos en una gran variedad de categorías no mutuamente excluyentes, entre las que se incluyen procesos lingüísticos y psicológicos. El programa calcula y ofrece porcentajes del total de palabras para cada categoría lingüística, así como 4 variables descriptivas sobre el texto (e.g. Conteo de Palabras). El diccionario en español tiene más de 7,515 palabras, capturando el programa aproximadamente un 66.3% (Ramírez-Esparza, Pennebaker, García & Suriá, 2007), si bien cabe destacar que en este estudio el LIWC detectó el 88.5% de las palabras de las narrativas analizadas. Para la presente investigación se consideró las variables descriptivas relativas al Conteo de Palabras (CP) o longitud narrativa y el Conteo de Palabras por minuto (CP/min) o velocidad narrativa, así como las siguientes categorías discretas: procesos afectivos (e.g. “feliz”, “amargado”), procesos perceptivos (“ver”, “tocar”), procesos cognitivos (e.g. “pensar”, “saber”), pronombres en primera persona del singular (e.g. “yo”, “mío”) y verbos en presente (e.g. “es”, “tengo”). Asimismo, también se analizaron las subcategorías comprendidas dentro de la categoría de procesos afectivos relativas las emociones positivas (e.g. “bonito”, “bueno”) y emociones negativas (e.g. “enemigo”, “feo”). A su vez, dentro de las emociones negativas, se analizaron específicamente la proporción de referencias a ira

(e.g. “odiar”, “enfado”) y tristeza (e.g. “llorar”, “tristeza”). Además, también se estudiaron las subcategorías de procesos cognitivos centradas en la prevalencia en las narrativas de referencias causales (“porque”, “efecto”) y referencias a *insight* (“averiguar”, “comprender”).

Sistema de Evaluación y Codificación de Narrativas Traumáticas (CASNOT)

El Sistema de Evaluación y Codificación de Narrativas Traumáticas (CASNOT) desarrollado por Fernández-Lansac y Crespo (2017a) es un instrumento diseñado para la evaluación de los aspectos lingüísticos de las narrativas autobiográficas y, muy especialmente, en las que se refieren a eventos traumáticos. Este sistema de codificación, al contrario que el software descrito previamente, analiza el lenguaje en su contexto, siguiendo una estrategia de evaluación de jueces externos que permite explorar distintos aspectos estructurales y de contenido de las narrativas que han mostrado su relevancia en la literatura científica previa sobre la memoria traumática. En concreto, el sistema de codificación comprende 18 categorías lingüísticas y 39 variables distribuidas en 3 bloques. En primer lugar, el Bloque I incluye 11 categorías nominales que comprenden, a su vez, 36 variables con un formato de codificación dicotómico (presencia/ausencia). Por su parte, el Bloque II incluye una única categoría nominal referida a la especificidad de la narrativa con tres variables dicotómicas (presencia/ausencia) correspondientes a las definiciones de especificidad ofrecidas por Williams (extendida, categórica y específica; 1996). Finalmente, el Bloque III está formado de 6 categorías continuas que requieren una valoración global de la narrativa en una escala analógica tipo Likert de 4 (0-3) o 5 (0-4) puntos, en función de la categoría.

Tras un entrenamiento intensivo en la aplicación del CASNOT, tres estudiantes de posgrado en psicología ciegos a los objetivos del estudio y a las valoraciones de los otros jueces, codificaron cada uno de los conjuntos de narrativas de las participantes (neutra, positiva y estresante), siendo éstos distribuidos aleatoriamente entre los codificadores. Para la evaluación de las narrativas con el CASNOT, cada uno de los

codificadores recibía la transcripción literal y la grabación en audio de las narrativas, así como un manual del CASNOT y un número de hojas de codificación y registro acorde a las narrativas asignadas. Asimismo, el orden de codificación de las narrativa positiva y estresante de cada participante también era aleatorizado por los propios codificadores siguiendo las indicaciones del manual.

En el Anexo II. se incluye el Manual completo de aplicación del CASNOT, así como las hojas de codificación cumplimentadas por los jueces externos.

Sin embargo, atendiendo a los objetivos de la presente tesis doctoral, centraremos nuestros análisis únicamente en las valoraciones dadas por los jueces en 5 de las 6 categorías continuas del Bloque III, a saber, coherencia, riqueza de detalles, orientación temporal, orientación espacial y tono emocional. La puntuación final en estas variables continuas estaba constituida por la media de las puntuaciones dadas por los tres codificadores. A fin de establecer la fiabilidad del CASNOT en la muestra objeto de este estudio, se calcularon los Coeficientes de Correlación Intraclase (CCI) de las variables continuas. A este respecto, considerando los puntos de corte establecidos por Cicchetti (1994) los CCI_s por debajo de .40 serían indicativos de un pobre acuerdo y, por tanto, de una pobre fiabilidad de las categorías; por su parte, valores entre .40 y .59 apuntarían a niveles de acuerdo razonables entre los jueces; valores entre .60 y .74 se considerarían indicadores de una buena fiabilidad de las categorías; y valores por encima de .75 serían sugestivos de una fiabilidad excelente. De manera que, atendiendo a los resultados expuestos en la Tabla 5.3., en términos generales las evaluaciones globales de los jueces de las narrativas en las distintas categorías para la narrativa positiva y estresante muestran en su mayoría niveles de acuerdo excelentes, buenos y, en menor medida solo razonables. Si bien, cabe señalar el pobre acuerdo observado en la evaluación de la coherencia en las narrativas positivas de las víctimas de una única agresión

Tabla 5.3. *Fiabilidad interjueces de las variables continuas del CASNOT.*

Categoría	Variable /Descripción	Coeficientes de Correlación Intraclase									
		Mt (n=150)		Vi (n=100)		Vc (n=50)		Ve (n=50)		Nt (n=50)	
		Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est	Pos	Est
Coherencia	Grado en el que la narrativa es expresada de un modo claro y comprensible (0=ausencia de coherencia; 3=muy coherente)	.73	.70	.72	.69	.56	.60	.45	.40	.70	.65
Riqueza de detalles	Grado en que se describen cualidades o características (0=ausencia de detalles; 3=muy detallado)	.52	.65	.40	.62	.61	.56	.35	.62	.71	.60
Orientación temporal	Grado en el que el suceso se enmarca en un contexto temporal determinado (0=ausencia de orientación; 3=muy orientado)	.76	.71	.75	.63	.76	.69	.79	.68	.80	.81
Orientación espacial	Grado en el que el suceso se enmarca en un contexto espacial determinado (0=ausencia de orientación; 3=muy orientado)	.82	.78	.82	.60	.85	.78	.77	.56	.80	.83
Tono emocional	Tono emocional de la voz (0=totalmente positivo; 4= totalmente negativo)	.75	.77	.73	.76	.70	.75	.73	.67	.79	.79

Nota: Mt=Muestra total; Vi=víctimas de violencia interpersonal; Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas; Pos = Narrativa positiva; Est = Narrativa estresante.

5.4. Análisis de datos

En primer lugar, la caracterización inicial de la muestra implicó el cálculo de estadísticos descriptivos implementándose, en el caso de las variables cuantitativas, medias y desviaciones típicas, y, en el de las variables categóricas, frecuencias. Asimismo, las diferencias de medias en las variables continuas entre los participantes de los distintos grupos fueron calculadas mediante Análisis de Varianza (ANOVA_s) unifactoriales (V_c vs. V_e vs. N_t) y, cuando tales diferencias resultaban significativas, se utilizó la prueba post-hoc de Turkey para las comparaciones múltiples entre los distintos grupos. Por su parte, las comparaciones relativas a las frecuencias de las variables categóricas se llevaron a cabo mediante pruebas chi-cuadrado de Pearson (χ^2). Además, en el caso de los ANOVA_s para todas las variables consideradas se calculó el tamaño del efecto mediante la eta-cuadrado (η^2), mientras que para las pruebas χ^2 se obtuvieron medidas de asociación y, específicamente, el coeficiente V de Cramér (ϕ_c) en las comparaciones entre los tres grupos y el coeficiente phi (ϕ) en el caso de las comparaciones relativas a aquellas variables evaluadas solo en dos de los grupos muestrales, así como al proceder a llevar a cabo las comparaciones 2 a 2 tras observarse diferencias significativas en las frecuencias entre los tres grupos. Para la interpretación de estas medidas de tamaño del efecto se utilizaron los criterios establecidos por Cohen (1988) reflejados en la Tabla 5.4.

Tabla 5.4. Criterios de interpretación de medidas del tamaño del efecto (Cohen, 1988).

η^2 y η^2_{parcial}		ϕ_c						ϕ	
		F-1 o C-1*=1		F-1 o C-1=2		F-1 o C-1=3			
.01	Pequeño	.10	Pequeño	.07	Pequeño	.06	Pequeño	.10	Pequeño
.06	Medio	.30	Medio	.21	Medio	.17	Medio	.30	Medio
.14	Grande	.50	Grande	.35	Grande	.29	Grande	.50	Grande

Nota: η^2 =Eta cuadrado; η^2_{parcial} =Eta cuadrado parcial; ϕ_c = V de Cramér; ϕ =phi; F=N ° de categorías de la variable en la fila de la tabla de contingencias; C= N ° de categorías de la variable en la columna de la tabla de contingencias; * Elegir de entre F y C el n° que sea menor.

Como paso previo a la determinación del efecto del tipo de evento y la valencia del recuerdo sobre las variables narrativas, se plantean análisis específicos dirigidos a

la correcta identificación de las posibles variables de confusión que pudieran afectar a los resultados, de manera que las diferencias observadas en las variables dependientes se deriven del efecto de las variables independientes objeto de estudio (Grupo y Valencia) y no de tales variables confusión. Así, en virtud de las evidencias previas de la literatura sobre memoria y narrativas traumáticas, se parte de las potenciales covariables relativas al tiempo transcurrido desde el evento estresante; la severidad de este; la centralidad del recuerdo del evento estresante; la elaboración previa del recuerdo en el contexto de una intervención psicológica; la fluidez verbal; el estilo narrativo; y la ansiedad durante la tarea narrativa.

Atendiendo a las limitaciones en relación con los procedimientos estadísticos de control de variables, de acuerdo con lo establecido por Tabachnick & Fidell (2013), resulta necesaria la identificación del mínimo número posible de covariables que permitan al mismo tiempo maximizar el ajuste y minimizar la pérdida de grados de libertad. En este contexto, y en la línea de lo planteado por Pardo & San Martín (2010, 2012), se calculan los coeficientes de correlación de Pearson (r_{xy}) y biseriales puntuales (r_{bp}) que confirmen la relación lineal entre las variables dependientes y las potenciales variables de confusión que en la caracterización hubieran mostrado heterogeneidad entre los grupos. Asimismo, atendiendo a la relevancia del control del estilo narrativo en estudios anteriores (e.g. Fernández-Lansac y Crespo, 2015, 2017b), el análisis de las correlaciones entre las variables narrativas dependientes y de la narrativa neutra implicó directamente a todas las variables de la narrativa neutra.

Además, en base a la norma general que establece que las covariables deben al mismo tiempo correlacionar con la variable dependiente y no correlacionar de manera sustancial entre ellas (Tabachnick & Fidell, 2013), el siguiente paso fue determinar también los coeficientes de correlación de Pearson (r_{xy}) y biseriales puntuales (r_{bp}) que descartase altos niveles la colinealidad entre las potenciales covariables. Siguiendo la estrategia propuesta por Tabachnick & Fidell (2013) se seleccionará, para cada variable narrativa, aquellas variables que muestren correlaciones significativas con esta, así

como con las otras potenciales covariables excluidas del modelo. Por el contrario, no se seleccionarían, en su caso, en un mismo modelo variables que presenten niveles altos de correlación mutua ($r_{xy} > .80$; Pardo & San Martín, 2010, 2012).

Como último paso previo para la selección de las variables de control, se llevaron a cabo los análisis pertinentes para determinar el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de las pendientes de regresión entre la variable dependiente y las covariables en cada nivel de la variable independiente Grupo. En el caso de que una o más potenciales covariables no cumplieran este supuesto, serían directamente descartadas como covariables.

A continuación, se implementa sobre cada una de las variables narrativas dependientes Análisis de la Covarianza (ANCOVA) 3x2 de medidas repetidas con el Grupo como factor intersujetos (Vc vs. Ve vs. Nt) y la Valencia del recuerdo como factor intrasujetos (positivo vs. estresante). Si bien en principio estos ANCOVAs contemplan todas las variables seleccionadas a partir de los análisis previos, cabe destacar que en algunos casos también en este punto se descarta la inclusión de ciertas covariables en virtud de su aportación a la calidad del ajuste ($-2LL$) del modelo, comparándolo, asimismo, con el modelo 0 (modelo nulo) de ANOVA 3x2 de medidas repetidas o con otros modelos de ANCOVA con menos pérdida de grados de libertad.

Además, al respecto de las ANCOVAs, debe subrayarse que, dado que las covariables no se miden repetidamente, tal y como destacan Tabachnick y Fidell (2013) no hay razones para pensar que la relación entre la variable dependiente narrativa y la covariable sea diferente en los distintos niveles del factor intrasujeto. De manera que la corrección basada en la covariable solo se aplicara a nivel intersujetos, siendo los resultados de los contrastes intrasujetos equivalentes a los observados en la ANOVA de medidas repetidas sin covariable (Pardo & San Martín, 2010, 2012; Tabachnick & Fidell, 2013)

Una vez establecido el modelo más conveniente en cada caso, se presentan las estimaciones sobre el tamaño de los efectos principales y de las interacciones sobre las

variables narrativas mediante la eta-cuadrado parcial (η^2_{parcial}) cuya interpretación se basa nuevamente en los criterios descritos en la Tabla 5.4. Asimismo, también se determina la potencia observada asociada al contraste de cada efecto ($1-\beta$) que, en virtud del acuerdo dominante, se consideraría aceptable al adoptar valores superiores a .80 (Pardo & San Martín, 2010, 2012). Asimismo, en el caso de que tales efectos principales resulten de hecho significativos, se llevarán a cabo las comparaciones correspondientes entre las medidas marginales, ajustando los niveles de significación y los intervalos de confianza mediante la corrección de Bonferroni.

A continuación, se procedió a la estudiar las relaciones de la centralidad del recuerdo traumático y variables narrativas con los distintos correlatos clínicos evaluados de las participantes expuestas a violencia, ya sea este crónico o episódica. Para ello, en primer lugar, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson (r_{xy}) entre las variables narrativas y clínicas que nos permitiera hacer una primera aproximación a la relación entre las características narrativas y el estado clínico de las participantes, así como establecer la base para la identificación de los potenciales predictores narrativos de los distintos tipos de síntomas, seleccionándose aquellas variables narrativas asociadas al procesamiento del recuerdo traumático que mostraron correlaciones significativas de mayor magnitud con los correlatos clínicos objeto de análisis.

El siguiente paso implicó la implementación de distintos Análisis de Regresión Lineales Múltiples siguiendo un método de selección Jerárquico de las variables para cada uno de los correlatos clínicos, así como, considerando, de forma independiente, las VIs relativas a las narrativas con distinta valencia emocional (negativas y positivas) de las mujeres víctimas de violencia. De esta manera se pretende contrastar las principales hipótesis sobre la memoria traumática, así como aclarar de qué forma se relacionarían los recuerdos positivos con la sintomatología. De manera que, de acuerdo con el rol fundamental de la centralidad en los modelos de los mecanismos básicos y la relación entre esta y la sintomatología, en el Paso 1 de todos los Análisis de Regresión Jerárquicos, se introdujo esta variable a fin de determinar su poder explicativo

independiente y controlar su efecto subsecuente sobre el resto de variables. A continuación, y atendiendo al papel atribuido a la emocionalidad del recuerdo desde las teorías de la memoria y su posible influencia en la superioridad vs. fragmentación del recuerdo, en el Paso 2 se introdujeron aquellas variables emocionales (i.e. velocidad, procesos afectivos, emociones positivas, emociones negativas, ira, tristeza o tono emocional) que correlacionaban en mayor medida con cada uno de los correlatos clínicos. Finalmente, y también en virtud de las correlaciones entre los aspectos narrativos y clínicos, en el Paso 3 se introducen las variables asociadas a la superioridad/fragmentación del recuerdo (i.e. longitud, coherencia o riqueza de detalles) para determinar su participación en los pronósticos una vez controladas las variables previamente mencionadas.

En virtud de las correlaciones con las distintas variables clínicas se seleccionó un máximo de 5 variables predictoras en cada modelo de acuerdo con los cálculos efectuados a priori con el software G*Power 3.1.9.6 (Faul, Erdfelder, Buchner, & Lang, 2009; Faul, Erdfelder, Lang, & Buchner, 2007) por los que un tamaño del efecto medio ($R^2=0.15$), una potencia del 85%, un $\alpha=.05$ requerían una muestra de 96 participantes.

Para cada modelo de regresión, se recogió el coeficiente de determinación ajustado ($R^2_{ajustado}$; i.e. proporción corregida de varianza de las VI_s asociada a la varianza en las VD_s), el estadístico F (i.e. cociente entre la varianza explicada y la varianza residual del modelo en función de cuyo nivel crítico asociado se determina la existencia de relación lineal entre las VI_s y las VD_s), los coeficientes de regresión parciales estandarizados (β ; i.e. peso estandarizado de cada VI en los pronósticos de una determinada VD) y los estadísticos t de Student con su correspondiente nivel de significación (i.e. pruebas de significación individuales para cada coeficiente de regresión que permiten determinar la contribución de la VD al ajuste del modelo). Asimismo, en cada paso se incluyó también el incremento en R^2 (ΔR^2 ; i.e. la aportación de cada bloque controlando lo ya explicado por las variables de los bloques anteriores).

214 / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

Por otro lado, a fin de evitar el posible efecto de las comparaciones múltiples (i.e. error de Tipo I), se aplicó la corrección de Bonferroni a los umbrales de significación de t que, de acuerdo con Mundfrom, Perrett, Schaffer, Piccone, & Roozeboom (2006), supuso dividir el nivel de significación de .05 por el número de predictores (i.e. p ajustada para 5 predictores=.01; p ajustada para 4 predictores=.012). Asimismo, para descartar posibles problemas de colinealidad entre los predictores se revisaron los niveles de tolerancia y los factores de inflación de la varianza (FIV), de manera que, valores de TOL menores de .010 y de FIV mayores de 10 serían sugestivos de problemas de estimación asociados a la colinealidad (Pardo & San Martín, 2010, 2012).

CAPÍTULO 6.

Resultados

6.1. Caracterización de la muestra

6.1.1. Características sociodemográficas

La muestra total (N=150) estaba compuesta mayoritariamente por mujeres españolas (87.3%), con una edad media de 38.21 años (DT=11.72, rango de edad 18-73 años), sin pareja (64%), con estudios secundarios o universitarios (77.3%) y en mayor medida activas a nivel laboral (59.3%).

En la Tabla 6.1. se presentan las características sociodemográficas de los distintos grupos, así como las comparaciones estadísticas efectuadas entre los mismos. Como era esperable atendiendo al reclutamiento apareado de las participantes por rangos de edad, no se observan diferencias significativas en función de la edad ($p=.16$). Tampoco se observaron diferencias en relación con la nacionalidad ($p=.32$) y la situación laboral ($p=.46$) entre las participantes de los distintos grupos. Sin embargo, sí se observaron diferencias grupales significativas en el estado civil, estando en mayor medida las participantes del grupo Vc sin pareja frente a las mujeres del grupo Ve [$\chi^2(1, 100) = 6.51, p=.011, \phi=.276$] y las del Nt [$\chi^2(1, 100) = 4.67, p=.031, \phi=.238$]. Este resultado podría relacionarse con las características específicas del grupo de violencia continuada, si bien, como puede observarse, el tamaño del efecto de tales diferencias es en ambos casos pequeño.

Por su parte, también se observan diferencias estadísticamente significativas en el nivel educativo que afectan específicamente a las comparaciones entre el grupo Vc y el grupo Ve [$\chi^2(1, 100) = 9.85, p=.002, \phi=.338$], siendo significativamente más frecuente un nivel de estudios secundario o universitario en Ve frente a Vc, lo que podría relacionarse con el sistema de captación utilizado.

Tabla 6.1. Características sociodemográficas de las participantes por grupos.

Variables	Grupos			Estadístico	p	TE
	Vc (n=50)	Ve (n=50)	Nt (n=50)			
Edad (años) M (DT)	40.46 (9.27)	36.00 (11.40)	38.18 (13.86)	$F(2, 147) = 1.83$	.164	$\eta^2 = .024$
Nacionalidad Española % (n)	82 (41)	92 (46)	88 (44)	$\chi^2(2, 150) = 2.29$	.318	$\phi_c = .124$
Estado civil Con pareja estable (vs. sin pareja) % (n)	20 (10)	46 (23)	42 (21)	$\chi^2(2, 150) = 8.51$	.014	$\phi_c = .238$
Nivel educativo Secundarios/universitarios (vs. obligatorios) % (n)	64 (32)	92 (46)	76 (38)	$\chi^2(2, 150) = 11.26$	.004	$\phi_c = .274$
Situación laboral En activo (vs. en paro) %(n)	54 (27)	66 (33)	58 (29)	$\chi^2(2, 150) = 1.55$	.461	$\phi_c = .102$

Nota: Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas; TE=Tamaño del efecto.

6.1.2. Características de los eventos estresantes

La descripción de los eventos estresantes se describirá en virtud de si las variables recogidas hacen referencia a aspectos más objetivos como el tiempo desde el evento o, por el contrario, recogen en mayor medida la experiencia subjetiva de las participantes acerca del mismo (e.g. emociones peritraumáticas).

Variables objetivas del evento

En conjunto las participantes refieren que el evento estresante experimentado tuvo lugar hace una media de 111.40 meses ($DT=116.65$), fundamentalmente en la edad adulta (75.3%) y para la mayoría no tuvo como consecuencia una lesión grave para sí mismas (84.7%) o para otros (76.7%), siendo escasos los casos en los que se precisó atención médica subsiguiente (13.3%). En lo que respecta a las participantes del grupo Vc cabe destacar que la media de cronicidad de la violencia a manos de sus parejas o exparejas era de 136.70 meses ($DT = 133.06$).

Tabla 6.2. Características objetivas de los eventos estresantes por grupos.

Variables	Grupos			Estadístico	p	TE
	Vc (n=50)	Ve (n=50)	Nt (n=50)			
Meses desde el evento <i>M</i> (<i>SD</i>)	69.18 (79.13)	164.8 (142.91)	100.71 (99.24)	$F(2, 146) = 9.57$	<.001	$\eta^2=.116$
Infancia/adolescenc. (vs. e. adulta) % (<i>n</i>)	0 (0)	42 (21)	32 (16)	$\chi^2(2, 150)=36.88$	<.001	$\phi_c=.416$
Lesión grave % (<i>n</i>)	22 (11)	8 (4)	16 (8)	$\chi^2(2, 150) = 3.80$	.150	$\phi_c=.159$
Lesión grave a otros % (<i>n</i>)	4 (2)	0 (0) ^a	66 (33)	$\chi^2(1, 100)=39.56$	<.001	$\phi =.650$
Atención médica % (<i>n</i>)	12 (6)	18 (9)	10 (5)	$\chi^2(2, 150) = 1.50$	.472	$\phi_c=.100$
Traición % (<i>n</i>)	100 (50)	26 (13)	NA	$\chi^2(1, 100)=55.60$	<.001	$\phi=.766$
Agresión sexual % (<i>n</i>)	12 (6)	78 (39)	NA	$\chi^2(1, 100)=41.37$	<.001	$\phi=.663$
Agresión física % (<i>n</i>)	62 (31)	52 (26)	NA	$\chi^2(1, 100)=0.653$	.419	$\phi=.101$
Agresión psicológica % (<i>n</i>)	100 (50)	60 (30)	NA	$\chi^2(1, 100)=22.56$	<.001	$\phi=.500$

Nota: Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas; TE=Tamaño del efecto; ^a Frecuencia mínima esperada por debajo de 5 por lo que solo se establecen comparaciones entre los grupos Vc y Nt.

En las comparaciones por grupos (ver Tabla 6.2.), se observan diferencias significativas entre los grupos en el tiempo transcurrido desde el evento ($p<.001$), la etapa de la vida en la que se experimenta el evento ($p<.001$) y las implicaciones graves para la salud o la vida de otras personas ($p<.001$). Así, en lo que respecta al tiempo transcurrido desde el evento, las comparaciones múltiples *post-hoc* revelaron que en el grupo Ve este lapso de tiempo era significativamente mayor en comparación con el transcurrido en los grupos Vc ($p<.001$) y Nt ($p=.014$). Asimismo, respecto a la etapa en la que se experimenta el evento, la frecuencia de los eventos en la infancia era significativamente mayor en los grupos Ve [$\chi^2(1, 100) = 24.11, p<.001, \phi=.516$] y Nt [$\chi^2(1, 100) = 16.74, p<.001, \phi=.436$] frente al grupo Vc, algo que también se relaciona con la propia naturaleza del acontecimiento en este grupo (i.e. violencia crónica de género en la relación de pareja). Por su parte, en las participantes del grupo Nt, la prevalencia de las lesiones o la muerte de otras personas era significativamente mayor a la de los grupos Vc [$\chi^2(1, 100) = 39.56, p<.001, \phi=.650$] y Ve [$\chi^2(1, 100) = 46.31, p<.001, \phi=.720$], lo que no sorprende en exceso si tenemos en cuenta que, en el grupo Nt, una amplia mayoría de los acontecimientos referidos como más estresantes estaban asociados a

220 / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

su entorno más cercano y, en concreto, con la muerte tras una enfermedad crónica (40%) u otras causas naturales (32%) de un ser querido, así como con la enfermedad, lesión o intervención médica (12%) padecida por personas de dicho entorno.

Por otro lado, entre las variables evaluadas únicamente en las víctimas de agresiones, destacan las diferencias significativas, que, además, ofrecen tamaños del efecto considerables, en lo que respecta al hecho de que la agresión haya sido perpetrada por una persona de confianza (*betrayal-trauma*), así como la experiencia de agresiones sexuales y psicológicas durante el evento. Estas diferencias, apuntan a que la agresión más severa ejercida sobre las mujeres del grupo Vc implica en mayor medida violencia psicológica ($p < .001$) y en menor medida violencia sexual ($p < .001$) que la agresión sufrida por las participantes del grupo Ve. Asimismo, mientras que el agresor en las mujeres del grupo Vc era siempre una figura de confianza, este tipo de agresiones eran significativamente menos frecuentes ($p < .001$) en las mujeres de Ve (26%).

Variables subjetivas del evento

En lo referente a la caracterización subjetiva del evento traumático, destaca la considerable gravedad subjetiva autoinformada por las participantes en su conjunto ($M=2.01$; $DT=0.72$) que, en la escala utilizada, correspondería con una valoración del evento como grave. Por su parte, en relación con las emociones peritraumáticas contempladas en el DSM-IV-TR (APA, 2000), destaca la vivencia del evento por parte de la mayoría de las participantes con miedo (79.3%) e indefensión (77.3%) y, en menor medida, con horror (57.3%). Por otro lado, si bien la mayoría de las participantes manifiestan sentir que el evento estresante había supuesto una amenaza para su dignidad personal o para su honor (64.7%) y casi la mitad para su integridad física (48.7%), una minoría afirma que el evento supuso una amenaza para la integridad física de otros (34%), así como para la vida propia (33.3%) o la de otros (34%).

En lo que respecta a las comparaciones entre los grupos (ver Tabla 6.3.), como era de esperar se constatan diferencias significativas en todas las variables relativas a

la visión subjetiva del evento, si bien en el caso de la gravedad del evento y la vivencia de este con miedo y horror, los tamaños de los efectos de tales diferencias son pequeños. Así, las comparaciones a posteriori indicaban que las agresiones referidas en el grupo Vc eran valoradas como más graves que los eventos experimentados por las participantes del grupo Ve ($p=.008$) y del grupo Nt ($p=.043$)

Por otro lado, las comparaciones entre los distintos grupos en relación con las emociones peritraumáticas y la percepción de distintos tipos de amenazas, revelaron que los grupos Vc y Ve solo diferían significativamente en la vivencia del evento con miedo [$\chi^2(1, 100) = 4.07, p=.044$] y en la percepción de amenaza para la integridad física de otros [$\chi^2(1, 100) = 7.31, p=.007$], siendo, en ambos casos más frecuentes en el grupo de Vc. Sin embargo, cabe subrayar que en ambos casos el tamaño del efecto era bastante limitado ($\varphi=.231$ y $\varphi=.293$, respectivamente).

Por el contrario, sí se observan diferencias significativas en la mayoría de las variables al comparar al grupo Nt con los dos grupos de víctimas de violencia interpersonal, siendo tales diferencias más acusadas en la comparación con el grupo Vc. A este respecto, se encuentra que las víctimas de Nt frente a las víctimas de Vc manifiestan haber experimentado el evento con significativamente menos miedo [$\chi^2(1, 100) = 10.56, p=.001, \varphi=.350$], indefensión [$\chi^2(1, 100) = 20.27, p<.001, \varphi=.472$] y horror [$\chi^2(1, 100) = 8.00, p=.005, \varphi=.303$], percibiendo, además, el evento como significativamente menos amenazante para su integridad física [$\chi^2(1, 100) = 40.79, p<.001, \varphi=.659$] y su vida [$\chi^2(1, 100) = 18.09, p<.001, \varphi=.447$], así como para su dignidad personal u honor [$\chi^2(1, 100) = 49.32, p<.001, \varphi=.722$]. Además, también informan con menor frecuencia de la exposición a escenas valoradas como desagradables durante el evento estresante [$\chi^2(1, 100) = 5.82, p=.016, \varphi=.270$]. En cambio, las participantes de este grupo refieren con mayor frecuencia sentir que el evento supuso una amenaza para la vida de otros [$\chi^2(1, 100) = 8.00, p=.005, \varphi=.303$].

Por último, la comparación entre el grupo Ve y el grupo Nt también arroja diferencias significativas dignas de mención que, de alguna manera, también pueden

reflejar la naturaleza de los eventos experimentados por ambos grupos. Así, las víctimas de Ve refieren con una frecuencia significativamente mayor la experiencia de indefensión durante el evento [$\chi^2(1, 100) = 27.97, p < .001, \phi = .551$], la percepción de amenaza para su propia integridad física [$\chi^2(1, 100) = 40.79, p < .001, \phi = .659$] y para su dignidad persona o su honor [$\chi^2(1, 100) = 43.63, p < .001, \phi = .681$], así como también la exposición en el transcurso del evento a escenas consideradas como desagradables [$\chi^2(1, 100) = 7.84, p = .005, \phi = .308$]. En cambio, el grupo de Nt manifiesta en mayor medida la percepción de amenaza para la integridad física [$\chi^2(1, 100) = 12.50, p < .001, \phi = .377$] y la vida de otros [$\chi^2(1, 100) = 17.16, p < .001, \phi = .435$].

Tabla 6.3. Características subjetivas de los eventos estresantes por grupos.

Variables	Grupos			Estadístico	p	TE
	Vc (n=50)	Ve (n=50)	Nt (n=50)			
Gravedad M(DT)	2.22 (0.654)	1.82 (0.595)	1.90 (0.735)	$F(2,146) = 5.13$	.007	$\eta^2 = .066$
Miedo % (n)	94 (47)	78 (39)	66 (33)	$\chi^2(2,150) = 12.04$	.002	$\phi_c = .283$
Indefensión % (n)	90 (45)	96 (48)	46 (23)	$\chi^2(2,150) = 42.52$	<.001	$\phi_c = .532$
Horror % (n)	72 (36)	58 (29)	42 (21)	$\chi^2(2,150) = 9.21$	.010	$\phi_c = .248$
A.integridad física %(n)	70 (35)	70 (35)	6 (3)	$\chi^2(2,150) = 54.65$	<.001	$\phi_c = .604$
A. integridad física otros % (n)	40 (20)	14 (7)	49 (24)	$\chi^2(2,149) = 14.56$	.001	$\phi_c = .313$
A. vida % (n)	54 (27)	34 (17)	12 (6)	$\chi^2(2,150) = 19.86$	<.001	$\phi_c = .364$
A. vida de otros % (n)	28 (14)	16 (8)	58 (29)	$\chi^2(2,150) = 20.86$	<.001	$\phi_c = .373$
A. dignidad personal % (n)	90 (45)	86 (43)	18 (9)	$\chi^2(2,150) = 71.66$	<.001	$\phi_c = .691$
E.desagradables %(n)	93.9(46)	96 (48)	74 (37)	$\chi^2(2,149) = 13.83$	.001	$\phi_c = .305$

Nota: Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas; TE=Tamaño del efecto.

6.1.3. Historia de eventos estresantes

Atendiendo al efecto acumulativo que pueden tener las experiencias estresantes sobre el ajuste postraumático y presumiblemente también sobre el recuerdo, conviene establecer una caracterización adicional sobre de los eventos que las participantes habían experimentado a lo largo de sus vidas además de los considerados como el foco de la evaluación narrativa.

Así se observaron niveles de prevalencia considerables en la muestra total en lo que se refiere a algunas experiencias comunes consideradas como traumáticas en términos categoriales como la experiencia directa e indirecta de accidentes de transporte (31.3% y 50.07%, respectivamente) u otro tipo de accidentes (18.7% y 34.7%). Por el contrario, se hallan frecuencias considerablemente inferiores en la exposición a otros eventos traumáticos como la experiencia directa o indirecta de desastres naturales (11.3% y 16%); encarcelamiento, detención o cautividad forzosa (3.3% y 26%); actos terroristas o tortura (2.7% y 12.7%); y el combate o exposición a zona de guerra (0.7% y 4.7%). Asimismo, destaca la vivencia de experiencias no consideradas ya como traumáticas en virtud del DSM-5 como la muerte de un ser querido por causas naturales (73.3% y 38%) o la enfermedad, lesión o intervención médica que supone una amenaza para a vida o la integridad física propia (26%) o de una persona cercana (50.7%).

En las comparaciones entre los tres grupos, como puede observarse en la Tabla 6.4., solo encontramos diferencias significativas con tamaños de los efectos medios en la exposición indirecta a tres tipos de eventos estresantes. Las comparaciones independientes entre los grupos revelan que las principales diferencias a este respecto se dan en las comparaciones del grupo Vc con los otros dos grupos. Así, las participantes de este grupo expuesto a violencia crónica, frente a las consideradas en los grupos Ve y Nt informan en menor medida de la exposición indirecta a accidentes en medios de transporte [$\chi^2(1, 100) = 9.06, p=.003, \varphi=.321$; $\chi^2(1, 100) = 7.92, p=.005, \varphi=.302$]; enfermedad, lesión o intervenciones médicas que suponen una amenaza para la integridad física y la vida propia y de otras personas [$\chi^2(1, 100) = 3.32, p=.042, \varphi=.2013$; $\chi^2(1, 100) = 11.56, p=.001, \varphi=.360$] y la muerte de un familiar o ser querido [$\chi^2(1, 100) = 8.61, p=.003, \varphi=.314$; $\chi^2(1, 100) = 5.56, p=.018, \varphi=.357$].

Finalmente, respecto al grupo Vc cabe subrayar que, además de los malos tratos recibidos por parte de sus parejas y exparejas, las participantes también informaban sobre la experiencia directa de violencia física (42%), acoso (28%) y violación, abuso o

ataque sexual (26%) fuera de ese contexto. De manera que, presumiblemente estas participantes no manifestarían solo los efectos la cronicidad de la violencia sufrida a manos de sus parejas y exparejas, sino también los derivados de otros tipos de experiencias violentas sufridas a lo largo de sus vidas.

Tabla 6.4. Historia de eventos estresantes por grupos.

Eventos % (n)		Grupos			χ^2 (2, 150)	<i>p</i>	ϕ_c
		Vc (n=50)	Ve (n=50)	Nt (n=50)			
Desastres naturales	<i>D</i>	10 (5)	12 (6)	12 (6)	0.13	.936	.030
	<i>I.</i>	14 (7)	18 (9)	16 (8)	0.30	.862	.045
Accidentes transporte	<i>D</i>	32 (16)	28 (14)	34 (17)	0.43	.805	.054
	<i>I.</i>	30 (15)	62 (31)	60 (30)	12.85	.002	.293
Otros accidentes	<i>D</i>	18 (9)	20 (10)	18 (9)	0.09	.957	.024
	<i>I.</i>	34 (17)	34 (17)	36 (18)	0.06	.971	.020
Combate o guerra	<i>D</i>	2 (1)	0 (0) _a	0 (0) _a	-	-	-
	<i>I.</i>	2 (1)	4 (2)	8 (4)	2.10	.350	.118
Enfermedad. lesión. intervención	<i>D</i>	26 (13)	22 (11)	30 (15)	0.826	.660	.074
	<i>I.</i>	32 (16)	52 (26)	68 (34)	13.02	.001	.295
Muerte ser querido	<i>D</i>	70 (35)	66 (33)	84(42)	4.57	.102	.175
	<i>I.</i>	20 (10)	50 (25)	44 (22)	10.70	.005	.267
Otro	<i>D</i>	14 (7)	26 (13)	16 (8)	2.72	.256	.135
	<i>I.</i>	0 (0) _a	3 (2)	0 (0) _a	-	-	-

Nota: Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas; TE=Tamaño del efecto; D.=Exposición directa; I.= Exposición indirecta; _a Frecuencia mínima esperada por debajo de 5. No se pueden establecer comparaciones

6.1.4. Características de los eventos positivos

Una proporción importante de los eventos positivos narrados por las participantes hacían referencia a la maternidad, el embarazo y/o el nacimiento de un hijo (34%). En la Tabla 6.5 se presentan las comparaciones entre los grupos en relación con el tipo de evento relatado. Así, este tipo de experiencias positivas asociadas a la maternidad era significativamente más frecuentemente seleccionadas por las mujeres del grupo Vc frente al grupo Ve [$\chi^2(1, 100) = 7.33, p=.007, \phi=.292$]. No observándose, sin embargo, diferencias significativas entre los grupos Vc y Nt [$\chi^2(1, 100) = 3.37, p=.066, \phi=.204$], así como tampoco entre las participantes expuestas a Ve y eventos Nt [$\chi^2(1,$

100) = 0.47, $p=.494$, $\phi=.091$]. Por su parte, el nacimiento de un sobrino fue el evento más feliz de la vida de un 4.7% de las participantes. Sin embargo, este tipo de eventos solo fueron narrados por participantes incluidas en los grupos Ve y Nt, entre los que no se observan diferencias significativas a este respecto [$\chi^2(1, 100) = 0.61$, $p=.433$, $\phi=.118$].

En el ámbito relacional, cabe señalar también los eventos positivos que implican situaciones sociales con seres queridos (19%), la boda de las participantes (7%) y recuerdos asociados a las relaciones establecidas con animales de compañía (4%). Si bien no se observan diferencias significativas entre los grupos en la frecuencia con la que se relatan cada uno de estos eventos positivos.

Por su parte, en las participantes de los grupos Ve y Nt destaca la selección de recuerdos relacionados con logros profesionales o académicos en proporciones comparables [$\chi^2(1, 100) = .000$, $p=1.00$, $\phi=.024$]. Siendo esta, sin embargo, una categoría de eventos significativamente menos elegida por las mujeres del grupo Vc [Ve vs. Vc: $\chi^2(1, 100) = 7.67$, $p=.006$, $\phi=.308$, Nt vs. Vc: $\chi^2(1, 100) = 8.84$, $p=.003$, $\phi=.327$].

Resulta especialmente relevante que ciertas mujeres del grupo Vc y Ve opten por recuerdos relacionados con la superación del propio evento negativo y sus consecuencias, no observándose diferencias significativas en relación con la selección de esta categoría entre ambos grupos [$\chi^2(1, 100) = .000$, $p=1.00$, $\phi=.024$]. Por su parte, ninguna de las participantes del grupo Nt opta por un recuerdo de estas características.

Finalmente, aunque numéricamente se observan ciertas discrepancias, tampoco se hallan diferencias significativas entre los grupos en la frecuencia en la que la narrativa positiva comprende recuerdos de la infancia u otro tipo de eventos no considerados en las categorías anteriores.

Tabla 6.5. Tipos de eventos positivos por grupos.

Variables	Grupos			χ^2 (2, 150)	<i>p</i>	ϕ_c
	Vc (n=50)	Ve (n=50)	Nt (n=50)			
Embarazo/ nacimiento hijo	50(25)	22 (11)	30 (15)	9.27	.010	.249
Nacimiento sobrino	0 (0)	4 (2)	5 (10)	-	-	-
Situaciones sociales seres queridos	28 (14)	20 (10)	18 (9)	1.62	.442	.104
Boda	4 (2)	4 (2)	10 (5)	2.13	.345	.119
Relación mascota	2 (1)	6 (3)	2 (1)	1.65	.437	.105
Logros académicos/ profesionales	2 (1)	24 (12)	22 (11)	11.01	.004	.271
Superación evento	8 (4)	2 (1)	0 (0)	-	-	-
Recuerdo infancia	6 (3)	2 (1)	2 (1)	1.65	.437	.105
Otros	0 (0)	16 (8)	6 (3)	-	-	-

Nota: Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas.

6.1.5. Aspectos autoinformados relevantes de los recuerdos

estresantes

Centralidad del recuerdo

En lo que respecta a la centralidad (i.e. en qué medida el evento constituye un punto de referencia para la identidad, comprensión de uno mismo y la atribución de significado a otras experiencias), en términos de puntuaciones totales, la muestra completa presenta niveles medio-altos de centralidad en el recuerdo del evento estresante ($M=20.41$; $DT=8.58$). No obstante, las medias de las puntuaciones en cada uno de los ítems se sitúan en torno al rango medio-bajo de la escala de evaluación; oscilando entre 2.38 ($DT=1.50$), en el caso de la cuestión acerca de los posibles efectos del evento sobre el futuro de la persona, y 3.40 ($DT=1.41$) en el del ítem acerca de la influencia del evento en la forma de pensar y sentir otras experiencias.

Por su parte, como puede apreciarse en la Tabla 6.6., las comparaciones entre los grupos muestran diferencias significativas tanto en la puntuación total como en los

distintos ítems de la escala. Llevando tales diferencias asociados tamaños del efecto en la mayoría de los casos medios y grandes ($\eta^2 > .06$), a excepción del ítem relativo a la influencia del evento en la forma de pensar y sentir otras experiencias, en el que las diferencias significativas sin embargo tienen un tamaño del efecto limitado ($\eta^2 = .053$).

Las pruebas *post-hoc* muestran que estas diferencias significativas casi en la totalidad de las variables (puntuación total, punto de referencia, influencia en la forma de pensar y sentir, cambio en la vida, efectos sobre el futuro y punto de inflexión) hacían referencia a la mayor centralidad observada en el grupo Vc frente a los otros dos grupos de comparación ($p < .05$).

Sin embargo, en el caso del ítem que hace referencia al hecho de que el evento se haya convertido en parte de la identidad de la persona, estas diferencias significativas se circunscriben únicamente a la comparación del grupo Vc con el grupo Nt ($p = .003$).

Asimismo, en relación con el ítem que aborda si el evento se ha convertido en una parte central de la historia de la persona, el grupo Ve obtiene puntuaciones significativamente inferiores a las observadas en el grupo Vc ($p < .001$) y el grupo Nt ($p = .004$).

Tabla 6.6. Centralidad del evento estresante por grupos.

Variables M(DT)	Grupos			F (2,147)	p	η^2
	Vc (n=50)	Ve (n=50)	Nt (n=50)			
Centralidad- P. Total (CES)	25.22 (7.84)	17.86 (7.93)	18.18 (8.03)	13.74	<.001	.158
<i>Parte de la identidad</i>	3.71 (1.42)	2.98 (1.65)	2.68 (1.52)	5.96	.003	.075
<i>Punto de referencia</i>	3.46 (1.46)	2.56 (1.53)	2.62 (1.51)	5.63	.004	.071
<i>Parte central</i>	3.46 (1.46)	1.98 (1.32)	2.92 (1.56)	13.51	<.001	.155
<i>Influencia</i>	3.86 (1.23)	3.18 (1.48)	3.16 (1.45)	4.11	.018	.053
<i>Cambio vida</i>	3.44 (1.47)	2.50 (1.53)	2.34 (1.58)	7.55	.001	.093
<i>Efectos futuro</i>	3.42 (1.55)	1.79 (1.12)	1.92 (1.23)	23.59	<.001	.244
<i>P. de inflexión</i>	3.87 (1.38)	2.90 (1.55)	2.54 (1.53)	10.62	<.001	.126

Nota: Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas.

Integración del recuerdo y estrategias de afrontamiento

Como hemos comentado en el apartado de materiales, los ítems seleccionados para este estudio del Cuestionario de memoria Memoria del Acontecimiento Traumático (Berntsen, et al., 2003) abordan un aspecto cercano a la centralidad: la integración del recuerdo en la historia de vida y la identidad de la persona.

En la muestra total (ver Tabla 6.7.), la media de las puntuaciones en los distintos ítems se sitúa en el rango inferior-medio de la escala. Así el ítem con una puntuación media más baja ($M=1.91$; $DT=1.39$) hacía referencia al incremento de la extroversión tras el evento, mientras que los relativos a la evitación cognitiva y conductual ($M=3.29$; $DT=1.51$) y al carácter inesperado del evento ($M=3.95$; $DT=1.45$) constituían los ítems con mayores puntuaciones en la muestra total.

Como puede observarse en la Tabla 6.6, al comparar las puntuaciones en los distintos ítems en virtud de la naturaleza del evento, encontramos diferencias significativas con un tamaño del efecto elevado en el caso de los ítems relativos al incremento en la introversión tras el evento y la influencia negativa del mismo en el desarrollo personal, siendo, en ambos casos, de acuerdo con las pruebas *post-hoc*, las puntuaciones del grupo Vc significativamente superiores a las de los grupos Ve (introversión: $p<.001$; influencia negativa: $p=.001$) y Nt (introversión: $p<.001$; influencia negativa: $p<.001$). Curiosamente, también se observan diferencias significativas con un tamaño del efecto medio en el ítem relativo a la mayor extroversión tras el evento que, específicamente, implican a los grupos Vc y Ve ($p=.001$), siendo las puntuaciones del primer grupo mayores que las del segundo.

Asimismo, los resultados también revelan diferencias significativas con un tamaño del efecto medio en los elementos referidos a la evitación cognitiva y conductual del recuerdo; la evocación inesperada de recuerdos ante claves contextuales; y la valoración retrospectiva del evento como inesperado. Al respecto de la primera variable, las pruebas a posteriori indican que las participantes del grupo Vc refieren utilizar

estrategias de evitación cognitivas y conductuales del recuerdo significativamente más que las de Ve ($p=.013$) y las de Nt ($p=.027$). Además, las Vc también autoinforman en mayor medida de la evocación del recuerdo a partir de claves contextuales que las Ve ($p=.001$). Mientras que, en el caso de la consideración retrospectiva del evento como inesperado, las participantes de los dos grupos expuestos a violencia interpersonal considerarían el evento en retrospectiva como significativamente más inesperado que las participantes del grupo Nt (Vc vs. Nt: $p=.002$; Ve vs. Nt: $p=.018$). Lo cual de nuevo vuelve a tener sentido si tenemos en cuenta que en un 40% de las participantes de este último grupo el evento objeto de evaluación hacía referencia a la muerte de un ser querido tras una enfermedad crónica.

Finalmente, aunque se observan diferencias significativas que apuntan a puntuaciones mayores en Vc frente a las de Ve en el ítem relativo a la detección de inconsistencias entre el recuerdo del individuo y las descripciones de otras personas ($p=.017$), tales diferencias se asocian a un tamaño del efecto bajo a tenor de los criterios adoptados y, por tanto, la relevancia de este resultado es ciertamente limitada.

Tabla 6.7. Integración y estrategias de afrontamiento del recuerdo por grupos.

Variables <i>M (DT)</i>	Grupos			<i>F</i> (2,147)	<i>p</i>	η^2
	Vc (n=50)	Ve (n=50)	Nt (n=50)			
<i>Más extrovertida</i>	2.36 (1.56)	1.40 (0.92)	1.98 (1.45)	6.49	.002	.081
<i>Más introvertida</i>	3.24 (1.61)	2.18 (1.49)	1.26 (.78)	27.11	<.001	.269
<i>Impacto positivo</i>	2.76 (1.71)	2.02 (1.35)	2.54 (1.53)	3.06	.050	.040
<i>Impacto negativo</i>	3.04 (1.65)	2.04 (1.32)	1.50 (1.05)	16.36	<.001	.182
<i>Evitación</i>	3.84 (1.42)	2.98 (1.53)	3.06 (1.46)	5.19	.007	.066
<i>Elaboración</i>	3.14 (1.61)	2.98 (1.67)	2.46 (1.50)	2.48	.087	.033
<i>Conexiones</i>	2.56 (1.49)	2.02 (1.41)	2.06 (1.49)	2.12	.124	.028
<i>Evocación- claves</i>	3.08 (1.52)	2.06 (1.25)	2.44 (1.46)	6.62	.002	.083
<i>Inesperado</i>	4.34 (1.33)	4.14 (1.16)	3.36 (1.65)	6.87	.001	.086
<i>Inconsistencias</i>	1.98 (1.56)	1.28 (0.87)	1.57 (1.14)	3.99	.021	.053
<i>Nuevos recuerdos</i>	2.78 (1.67)	2.30 (1.39)	2.48 (1.68)	1.17	.031	.016
<i>Distanciamiento</i>	2.92 (1.65)	2.34 (1.44)	2.30 (1.50)	2.56	.081	.034

Nota: Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas.

Elaboración previa a la narrativa

Como hemos visto en el marco teórico, la elaboración del recuerdo después del evento es considerada como una variable especialmente relevante para su procesamiento funcional o disfuncional desde distintas propuestas teóricas, destacando quizás especialmente la importancia atribuida a esta variable en el modelo de Ehlers & Clark (2000).

Así, aunque un ítem del Cuestionario de Memoria del Acontecimiento Traumático (Berntsen, et al., 2003) está dirigido a evaluar la necesidad de las participantes de elaborar tras el evento lo ocurrido consigo mismas u otras personas cercanas, parecía necesario considerar otras variables vinculadas a la elaboración como son la asistencia a terapia psicológica y la frecuencia con la que se había hablado de lo ocurrido con anterioridad a la ejecución de la tarea narrativa.

A este respecto, se considera que el hecho de que las participantes se encuentren o se hayan encontrado inmersas en algún tipo de intervención psicoterapéutica hipotéticamente se asociaría con una mayor elaboración del recuerdo traumático, especialmente en el caso de las intervenciones individuales dirigidas específicamente a tratar las consecuencias del evento estresante. Así, la asistencia a terapia psicológica en la que evento estresante constituye el principal motivo de consulta se da en un 44% de las participantes, siendo el formato de la intervención más común la terapia individual (86.3%). Asimismo, un 47.3% de la muestra ha acudido a consulta motivos aparentemente no vinculados con el evento y un 62% continúa recibiendo ayuda psicológica en el momento de la evaluación.

Por otro lado, el 90% de la muestra habían hablado anteriormente con otras personas sobre el evento antes de la evaluación y, de hecho, un 51% manifiestan hablarlo con relativa frecuencia (“a veces” o a menudo”). Además, de las mujeres que habían tratado el tema con otras personas, el 69% lo habían hecho con familiares, el

66% con amigos, el 57% con profesionales, el 41% con parejas o exparejas, el 9% con desconocidos y el 5% con otro tipo de personas.

Al comparar las frecuencias entre los distintos grupos en estas variables asociadas a la elaboración del recuerdo (Tabla 6.8.), de nuevo encontramos diferencias significativas en todas las variables. En este sentido, tales diferencias se asocian a un tamaño del efecto elevado en lo que respecta a los ítems relativos al recurso a la atención psicológica motivado específicamente por la experiencia estresante ($\phi_c = .790$), el formato individual de la intervención ($\phi_c = .663$) y el mantenimiento del tratamiento psicológico en el momento de la evaluación ($\phi_c = .731$).

Así, los resultados de las comparaciones entre los distintos grupos revelan que una proporción mayor de las víctimas de Vc frente a Ve y Nt acuden a consulta refiriendo el evento descrito como uno de los principales motivos de consulta [Vc vs. Ve: $\chi^2(1, 100) = 49.59, p < .001$; Vc vs. CO: $\chi^2(1, 100) = 81.13, p < .001$]; asociándose tales diferencias a tamaños del efecto considerables ($\phi = .725$ y $\phi = .921$, respectivamente) . Por otro lado, aunque las diferencias en las frecuencias entre los grupos Nt y Ve muestran significación estadística [$\chi^2(1, 100) = 7.09, p = .008, \phi = .293$], su tamaño del efecto no alcanza el umbral de .30 que nos permitiría concluir que tales diferencias serían en efecto relevantes.

De las participantes que reciben tratamiento psicológico, se observa el mismo patrón de diferencias en aquellas en las que dicha intervención sigue un formato individual (vs. grupal), siendo la proporción significativamente mayor en Vc frente a Ve [$\chi^2(1, 100) = 29.35, p < .001, \phi = .562$] y Nt [$\chi^2(1, 100) = 55.56, p < .001, \phi = .766$]; mientras que, las diferencias significativas observadas entre los grupos Ve y Nt [$\chi^2(1, 100) = 6.03, p = .014$], aunque alcanzan la significación, presentan un tamaño del efecto limitado ($\phi = .273$).

Asimismo, una proporción significativamente mayor de las participantes Vc frente a las Ve y Nt se encontraban en el momento de la evaluación en tratamiento psicológico [Vc vs. Ve: $\chi^2(1, 100) = 44.20, p < .001, \phi = .685$; Vc vs. Nt: $\chi^2(1, 100) = 64.03, p < .001,$

$\phi=.820$], lo que probablemente se relacionaría con los procedimientos de captación utilizados en los distintos grupos.

Por su parte, aunque asociados en primera instancia a tamaños del efecto medios, también se observan diferencias significativas en los ítems que recogen el tratamiento psicológico que responde a otros motivos de consulta y la frecuencia en la que se habla del evento. En concreto, una proporción significativamente mayor de las mujeres del grupo Ve manifiestan acudir a consulta por otras motivaciones diferentes a la propia agresión en comparación con las mujeres de Vc [$\chi^2(1, 100) = 9.01, p=.003, \Phi=.320$] y Nt [$\chi^2(1, 100) = 7.87, p=.005, \Phi=.301$]. Asimismo, la proporción de mujeres de Ve que hablan a veces o a menudo del evento (vs. nunca o casi nunca) es significativamente menor que la de las mujeres del grupo Nt [$\chi^2(1, 100) = 7.87, p=.005, \Phi=.301$].

Además, asumiendo que el hecho de denunciar una agresión obliga a la víctima a hablar en varias ocasiones de evento traumático y, por tanto, a una cierta elaboración de su recuerdo, en el caso de las víctimas de violencia interpersonal se consideró esta variable como un indicador más de elaboración del recuerdo. Así, la proporción de víctimas de Ve que denunció la agresión objeto de evaluación era significativamente mayor a la de Vc, si bien, hay que tener en cuenta que tales diferencias se asocian a un tamaño del efecto reducido ($\phi=.228$).

Tabla 6.8. Variables asociadas a la elaboración del recuerdo por grupos.

Variables	Grupos			χ^2	p	TE
	Vc (n=50)	Ve (n=50)	Nt (n=50)			
Tratamiento por evento % (n)	98 (49)	28 (14)	6 (3)	$\chi^2(2,150) = 93.67$	<.001	$\phi_c = .790$
<i>Individual</i> % (n)	82 (41)	26 (13)	6 (3)	$\chi^2(2,150) = 65.87$	<.001	$\phi_c = .663$
Tratamiento otras % (n)	36 (18)	68 (34)	38 (19)	$\chi^2(2,150) = 12.89$	.002	$\phi_c = .293$
Tratamiento actual % (n)	90 (45)	22 (11)	8 (4)	$\chi^2(2,150) = 80.17$	<.001	$\phi_c = .731$
Hablar evento A menudo- a veces (vs. nunca-casi nunca) % (n)	40.8 (20)	32 (16)	62 (31)	$\chi^2(2,150) = 9.60$	.008	$\phi_c = .254$
Denunció % (n)	16 (8)	36 (18)	NA	$\chi^2(1,100) = 4.21$	.040	$\phi_c = .228$

Nota: Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas; TE=Tamaño del efecto.

6.1.6. Otras variables relacionadas con la narrativa de los recuerdos

Fluidez verbal

La evaluación de la fluidez verbal mediante el sub-test de vocabulario del WAIS-III responde a un intento por contrastar las explicaciones alternativas para las evidencias que aparentemente apoyan la hipótesis de la fragmentación pero que, sin embargo, podrían reflejar diferencias individuales en las capacidades verbales de los individuos (Ehlers et al., 2004)

Así, la muestra total obtiene puntuaciones relativamente altas en fluidez verbal de ($M=43$; $DT=10.59$), si bien se observan diferencias significativas entre los grupos, $F(2,147) = 12.10$, $p < .001$. Estas diferencias, que además tienen un tamaño del efecto grande ($\eta^2 = .141$), parecen indicar, en virtud de las comparaciones *post-hoc*, que las víctimas de Ve presentaban significativamente mayor fluidez verbal ($M=48.62$; $DT=7.59$) que las víctimas de Vc ($M=40.17$; $DT=11.34$; $p < .001$) y de Nt ($M=40.23$; $DT=10.33$; $p < .001$).

Ansiedad durante la tarea narrativa

La inclusión de esta variable en el presente estudio responde a las conclusiones de las dos revisiones principales de la literatura sobre narrativas traumáticas (Crespo & Fernández- Lansac, 2015; O’Kearney & Perrott, 2006) que apuntan a que el contexto de producción y, específicamente, la ansiedad durante el relato estresante podría tener una influencia decisiva en los hallazgos sobre fragmentación o desorganización narrativa.

Si bien en la muestra total observamos niveles de ansiedad intermedios ($M=56.28$; $DT=31.07$), solo ligeramente superiores al anclaje correspondiente a un “malestar neutro”, el análisis de esta variable por grupos arroja resultados muy distintos, hallándose diferencias significativas [$F(2,146) = 12.08$, $p<.001$] asociadas a un tamaño del efecto considerable ($\eta^2=.142$). Así, las pruebas *post-hoc* revelan que el grupo Vc presenta niveles significativamente más altos de ansiedad durante la narrativa ($M=72.45$; $DT=29.03$) que el grupo Ve ($M=51.80$; $DT=28.41$; $p=.002$) y el grupo Nt ($M=44.90$; $DT=29.49$; $p<.001$), respectivamente. Por su parte, aunque no se observan diferencias significativas entre Ve y Nt, cabe destacar que numéricamente la ansiedad durante la narrativa estresante era superior en el grupo Ve frente al Nt.

6.1.6. Variables clínicas

Sintomatología postraumática

Intensidad

De acuerdo con los baremos generales establecidos para la EGEP-5 (Crespo et al., 2017) en población española, las puntuaciones totales en la intensidad de la sintomatología postraumática en la muestra total ($M=19.52$; $DT=17.15$) se situarían en niveles bajos, siendo considerablemente inferiores a la media de las personas

expuestas a eventos traumáticos. Lo mismo ocurre con las puntuaciones en el *clúster* de síntomas intrusivos ($M=5.26$; $DT=4.77$) y en los ítems que valoran las alteraciones en el funcionamiento correspondientes al criterio G del DSM-5 (APA, 2013; $M=2.14$; $DT=2.26$). Por su parte, se observan puntuaciones medias en niveles medios-bajos en los *clústeres* de evitación ($M=2.39$; $DT=2.56$), alteraciones cognitivas y del estado de ánimo ($M=6.52$; $DT=5.55$); y alteraciones en la activación y reactividad ($M=5.34$; $DT=5.75$). Por otro lado, si bien no se dispone de baremos para la valoración de la sintomatología disociativa, atendiendo al rango de puntuaciones posibles en los ítems que los evalúan (0-12), las puntuaciones en la muestra total ($M=2.01$; $DT=3.18$) serían sugestivas de una baja intensidad de este tipo de sintomatología.

En lo referente a la comparación por grupos, como puede observarse en la Tabla 6.9. existían diferencias significativas asociadas a tamaños del efecto de considerable magnitud, tanto en la puntuación total y los distintos *clústeres* de síntomas, como en lo que respecta a los síntomas disociativos. En este sentido, las *pruebas post-hoc* revelan que tales diferencias estarían focalizadas en las comparaciones que se establecen entre el grupo de Vc y los otros dos grupos de comparación. Es decir, las mujeres víctimas de Vc mostrarían significativamente más sintomatología postraumática frente a las víctimas de Ve y Nt ($p<.001$ en todas las comparaciones), no observándose en efecto diferencias significativas entre los grupos Ve y Nt.

A nivel numérico, aunque las participantes del grupo Ve presentan puntuaciones medias superiores en la mayoría de los síntomas de TEPT que las participantes expuestas a eventos Nt, llama la atención que, en lo referente a los síntomas intrusivos y disociativos, sean las participantes de Nt las que obtienen puntuaciones ligeramente superiores.

Tabla 6.9. Intensidad de la sintomatología postraumática por grupos.

Variables M (DT)	Grupos			F (2, 147)	p	η^2
	Vc (n=50)	Ve (n=50)	Nt (n=50)			
TEPT	34.84 (15.90)	13.30 (11.62)	10.41 (11.94)	50.39	<.001	.407
I	8.43 (5.05)	3.54 (3.49)	3.82 (4.02)	21.01	<.001	.222
E	4.04 (2.81)	1.92 (2.05)	1.22 (1.86)	20.87	<.001	.221
ACEA	12.36 (6.19)	4.26 (4.84)	2.93 (3.91)	50.73	<.001	.408
AAR	12.36 (6.19)	4.26 (4.84)	2.44 (4.24)	37.42	<.001	.337
F	4.34 (1.82)	1.22 (1.68)	0.87 (1.42)	66.90	<.001	.476
D. Postr.	4.21 (3.85)	0.73 (1.74)	1.06 (4.21)	23.66	<.001	.245

Nota: Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas; TEPT= Síntomas de TEPT; I= Síntomas intrusivos; E= Síntomas de evitación; ACEA= Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo; AAR= Alteraciones en la activación y reactividad; F= Alteraciones en el funcionamiento; D. Postr.= Síntomas disociativos postraumáticos.

Criterios DSM-5 y posible diagnóstico de TEPT

De acuerdo con todos los criterios establecidos en el DSM-5 (APA, 2013), incluido el criterio A, un 31.33% de la muestra total recibiría un posible diagnóstico de TEPT. Atendiendo a que ninguna de las participantes expuestas a eventos no traumáticos podría recibir tal diagnóstico tentativo, a este respecto se llevan a cabo únicamente comparaciones entre los dos grupos de violencia interpersonal (ver Tabla 6.9.), hallándose diferencias significativas con un tamaño del efecto considerable que apuntan a su mayor prevalencia en el grupo de Vc frente al de las participantes del grupo Ve (74% vs. 20%).

Por clústeres, cabe destacar que la mayoría de las participantes cumple al menos uno de los criterios de TEPT, siendo el referido a los síntomas intrusivos el más prevalente (Criterio B; 84%), seguido por el de evitación (Criterio C; 64%) y las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo (Criterio D; 57%). Lo mismo ocurre, aunque en menor medida, con el criterio que engloba las alteraciones en la activación y reactividad (Criterio E), que se da en un 54% de la muestra total. El criterio F que hace

referencia a la duración de la sintomatología, por su parte, se cumple en el 88% de la muestra, mientras que el G, que contempla las alteraciones en el funcionamiento, a menudo olvidadas en la investigación sobre el TEPT, tan solo se cumple en una proporción ligeramente superior a la mitad de la muestra (50.7%).

Al comparar los grupos en relación con el cumplimiento de los criterios (ver Tabla 6.10.), se encuentran diferencias significativas en todos los criterios, si bien los tamaños del efecto varían, siendo bajos en el caso de los síntomas intrusivos y la duración de los síntomas; medios para la evitación y las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo; y altos en lo que respecta a las alteraciones en la activación y la reactividad, así como también en el caso de las alteraciones en el funcionamiento.

Por su parte, las comparaciones independientes entre los distintos grupos revelan que tales diferencias se circunscribirían únicamente a las comparaciones del grupo Vc con los dos grupos Ve y Nt. Así, las participantes del grupo Vc cumplían con una frecuencia significativamente mayor el criterio B de síntomas intrusivos que las víctimas de Ve [$\chi^2(1, 100) = 5.02, p=.025$], si bien el tamaño del efecto de tales diferencias era pequeño ($\Phi=.252$). Por el contrario, no se encontraron diferencias significativas en este criterio en el caso de la comparación entre los grupos Vc y Nt [$\chi^2(1, 100) = 2.37, p=.124, \Phi=.185$], así como tampoco al comparar las frecuencias en las que se cumple este criterio en el grupo Ve y el grupo Nt [$\chi^2(1, 100) = 2.41, p=.623, \Phi=.074$].

Asimismo, encontramos diferencias significativas al establecer comparaciones en relación al cumplimiento de la mayoría de los criterios diagnósticos que apuntan a una mayor sintomatología y deterioro en el funcionamiento en el grupo Vc frente al grupo Ve [Criterio C: $\chi^2(1, 100) = 7.68, p=.006, \phi=.300$; Criterio D: $\chi^2(1, 100) = 18.60, p<.001, \phi=.454$; Criterio E: $\chi^2(1, 100) = 30.57, p<.001, \phi=.574$; Criterio G $\chi^2(1, 100) = 31.64, p<.001, \phi=.583$] y el grupo Nt [Criterio C: $\chi^2(1, 100) = 21.27, p<.001, \phi=.482$; Criterio D: $\chi^2(1, 100) = 30.94, p<.001, \phi=.577$; Criterio E: $\chi^2(1, 100) = 43.04, p<.001, \phi=.689$; Criterio G: $\chi^2(1, 100) = 44.70, p<.001, \phi=.689$]. Si bien cabe subrayar que estas

diferencias eran mayores y, por lo general, con tamaños del efecto superiores, en el caso de las comparaciones entre Vc y Nt.

En lo que respecta al Criterio F, que hace referencia a la duración de la sintomatología, el 88% de la muestra total lo cumpliría al manifestar que la sintomatología previamente informada estaba presente desde hace por lo menos un mes. Asimismo, se observan diferencias significativas en las comparaciones establecidas en virtud de los grupos de Vc y Nt [$\chi^2(1, 100) = 6.73, p=.009, \phi=.288$], pero no en las comparaciones entre los dos grupos expuestos a violencia interpersonal [$\chi^2(1, 100) = 0.177, p=.674, \phi=.084$], ni tampoco al comparar las proporciones observadas en los grupos Ve y Nt [$\chi^2(1, 100) = 3.24, p=.072, \phi=.200$].

Tabla 6.10. Posible diagnóstico y cumplimiento de criterios del TEPT por grupos.

Variables % (n)	Grupos			χ^2	P	ϕ_c
	Vc (n=50)	Ve (n=50)	Nt (n=50)			
TEPT	74 (37)	20 (10)	-	$\chi^2(1,100) = 27.14$	<.001	.541
B - I	94 (47)	76 (38)	82 (41)	$\chi^2(2,150) = 6.25$	.044	.204
C - E	88 (44)	62 (31)	42 (21)	$\chi^2(2,150) = 23.09$	<.001	.392
D - ACEA	90 (45)	48 (24)	34 (17)	$\chi^2(2,150) = 34.72$	<.001	.481
E - AAR	94 (47)	40 (20)	28 (14)	$\chi^2(2,150) = 49.76$	<.001	.576
F - Duración	96 (48)	92 (46)	76 (38)	$\chi^2(2,150) = 10.60$	.005	.266
G - F	92 (46)	36 (18)	24 (12)	$\chi^2(2,150) = 52.70$	<.001	.593

Nota: Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas TEPT= Diagnóstico de TEPT; B-I=Criterio B-Síntomas intrusivos; Criterio C-E=Criterio C-Síntomas de evitación; ACEA= Criterio D-Alteraciones cognitivas y del estado de ánimo; AAR= Criterio E-Alteraciones en la activación y reactividad; F-Duración=Criterio F-Duración; G-F=Criterio G-Alteraciones en el funcionamiento.

Disociación peritraumática

Atendiendo a la relevancia de la disociación peritraumática en la literatura sobre memoria y trauma, especialmente en lo que a los modelos de los mecanismos especiales se refiere, su inclusión en este estudio resultaba primordial.

En general, las participantes no puntúan muy alto en disociación peritraumática

($M=27.51$; $DT=11.15$), así como tampoco en los dos factores identificados por Brooks et al. (2009) relativos a la alteración de la conciencia ($M=11.39$; $DT=5.27$) y la desrealización ($M=11.39$; $DT=4.80$).

Por su parte, como puede apreciarse en la Tabla 6.12, la comparación por grupos revela diferencias estadísticamente significativas en virtud del tipo de evento tanto en la puntuación total, como en la relativa a los dos factores previamente mencionados que, además, se asocian a tamaños de efecto considerablemente grandes. Concretamente, las *pruebas post-hoc* indican que las participantes del grupo Vc tendrían puntuaciones totales, así como en los factores relativos a la alteración de la conciencia y la desrealización, significativamente mayores ($p<.001$ para todas las comparaciones) que las de los grupos de Ve y Nt. No encontrándose, sin embargo, diferencias significativas entre estos dos últimos grupos.

Tabla 6.11. Disociación peritraumática por grupos.

Variables <i>M (DT)</i>	Grupos			<i>F</i> (2, 147)	<i>p</i>	η^2
	Vc (n=50)	Ve (n=50)	Nt (n=50)			
D. Peritraumática	35.18 (1.10)	24.88 (8.00)	22.46 (1.90)	24.03	<.001	.246
Alteración de la conciencia	14.70 (5.13)	10.60 (4.07)	8.88 (4.83)	20.56	<.001	.216
<i>Derealización</i>	14.44 (4.03)	10.30 (4.22)	9.44 (4.64)	19.29	<.001	.208

Nota: Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas; D. Peritraumática=Severidad de la disociación peritraumática.

Síntomas de ansiedad y depresión

Las puntuaciones medias de la muestra total en los inventarios de ansiedad y depresión eran de 16.79 ($DT=15.08$) y 15.07 ($DT=12.73$) superaban los umbrales establecidos para la identificación de los individuos con posibles trastornos ansiosos (14) y depresivos (13). En virtud de estos umbrales, la proporción en de los participantes que recibían un posible diagnóstico de trastorno de ansiedad era del 46.7%, mientras que, en el caso de un diagnóstico tentativo de depresión la prevalencia sería del 47.3%. Asimismo, en el caso de la sintomatología depresiva, las participantes también

mostraban puntuaciones medias dignas de consideración en la sub-escala somática ($M=8.18$; $DT=6.20$) y cognitiva ($M=5.35$; $DT=4.72$) del BDI-II (Beck et al., 1996).

Por su parte, en relación con las comparaciones entre los grupos (ver Tabla 6.12.), nos encontramos nuevamente con diferencias significativas en todas las variables relativas a la sintomatología ansiosa y depresiva. En virtud de las pruebas *post-hoc* podemos afirmar que las mujeres del grupo Vc de nuevo mostrarían significativamente más síntomas de ansiedad y depresión que las expuestas a Ve ($p<.001$) y acontecimientos Nt ($p<.001$), si bien no se observan diferencias entre los grupos Ve y Nt ($p=.993$; $p=.544$). El mismo patrón de resultados se observa al analizar individualmente los factores somático y cognitivo ($p<.001$ en todas las comparaciones).

Asimismo, las comparaciones independientes entre los grupos al respecto de los posibles diagnósticos psicopatológicos, revelaron que las diferencias en este sentido implicaban fundamentalmente la comparación del grupo Vc con los grupos Ve [$\chi^2(1,100)=17.90$, $p<.001$, $\phi=.443$; $\chi^2(1,100)=25.16$, $p<.001$, $\phi=.522$] y Nt [$\chi^2(1,100)=23.12$, $p<.001$, $\phi=.501$; $\chi^2(1,100) = 19.75$, $p<.001$, $\phi=.465$].

Finalmente, a nivel de tendencia, cabe destacar que las participantes del grupo Ve frente a las del Nt mostraban en mayor medida puntuaciones compatibles con un trastorno de ansiedad, pero alcanzaban en menor medida el umbral establecido para la consideración de un posible trastorno depresivo.

Tabla 6.12. Sintomatología de ansiedad y depresión por grupos.

Variables	Grupos			Estadístico	p	TE
	Vc (n=50)	Ve (n=50)	Nt (n=50)			
S. Ansiedad M(DT)	28.51 (13.34)	10.80 (9.83)	11.08 (10.87)	F(2,147)=32.04	<.001	$\eta^2=.303$
T. Ansiedad %(n)	78 (39)	34 (17)	28 (14)	$\chi^2(2,150) =29.95$	<.001	$\phi_c =.447$
S. Depresivos M(DT)	25.46 (12.46)	8.78 (8.05)	10.98 (10.26)	F(2,147)= 37.82	<.001	$\eta^2=.340$
Cognitivo M(DT)	7.96 (4.74)	2.46 (3.26)	2.74 (2.95)	F(2,147)= 34.39	<.001	$\eta^2=.319$
Somático M(DT)	11.00 (5.64)	4.12 (3.83)	5.36 (5.44)	F(2,147)= 26.52	<.001	$\eta^2=.650$
T. Depresivo % (n)	80 (40)	28(14)	34 (17)	$\chi^2(2,150)= 32.47$	<.001	$\phi_c =.465$

Nota: Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas; TE= Tamaño del efecto.

Consumo de alcohol, psicofármacos y otras sustancias

La media de las puntuaciones en la muestra total, tanto en la administración del AUDIT-C en formato heteroaplicado ($M= 2.10$; $DT= 2.24$) como autoaplicado ($M=2.18$; $DT=2.10$), apunta a una baja severidad del consumo de alcohol en el conjunto de las mujeres evaluadas. Asimismo, la proporción de mujeres con un consumo de riesgo en virtud del punto de corte establecido es minoritaria en ambos formatos de aplicación, si bien es ligeramente superior en el formato autoaplicado (34.9%) frente al heteroaplicado (30.9%). Tampoco el consumo de psicofármacos u otras sustancias psicotrópicas parece ser hábitos predominantes en la muestra, observándose solo en un 28% y un 10.7% de las participantes, respectivamente. Entre los psicofármacos consumidos, destacan los ansiolíticos (47.6%), los antidepresivos (14.3%) y la combinación de ambos (33.3%). Por su parte, la sustancia psicotrópica más consumida era el cannabis en cualquiera de sus formas de presentación (81.3%).

En las comparaciones por grupos, como puede observarse en la Tabla 6.13. solo se hallan diferencias significativas en la severidad del consumo en la versión autoaplicada del AUDIT-C y en el consumo de psicofármacos, si bien en ambos casos tales diferencias se asocian a un tamaño del efecto pequeño. En este sentido, las víctimas de V_e obtienen puntuaciones significativamente mayores que las víctimas de V_c en la evaluación autoinformada sobre el consumo de alcohol. Por su parte, las víctimas de V_c informaban con mayor frecuencia del consumo de psicofármacos que las participantes de grupo N_t , $\chi^2(1,100) = 4.86$, $p = .028$, $\phi = .242$

Tabla 6.13. Consumo de sustancias por grupos.

Variables	Grupos			Estadístico	p	TE
	Vc (n=50)	Ve (n=50)	Nt (n=50)			
Alcohol-H M (DT)	1.56 (2.45)	2.54 (2.19)	2.20 (2.01)	F(2, 147)=2.50	.086	$\eta^2=.086$
Alcohol-A M (DT)	1.59 (1.94)	2.74 (2.33)	2.20 (1.90)	F(2, 146)=3.81	.024	$\eta^2=.024$
C. Riesgo -H % (n)	18.4 (9)	38 (19)	36 (18)	$X^2(2,149)= 5.40$	.067	$\phi_c =.190$
C.Riesgo -A % (n)	24.5 (12)	44 (22)	12.1 (18)	$X^2(2,149)= 4.19$	.123	$\phi_c =.168$
Psicofármacos % (n)	40 (20)	26 (13)	18 (9)	$X^2(2,150)= 6.15$	.046	$\phi_c =.202$
Otras sustancias % (n)	8 (4)	18 (9)	6 (3)	$X^2(2,150)= 4.34$	.114	$\phi_c =.170$

Nota: Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas; TE= Tamaño del efecto; Alcohol-H=Severidad del consumo de alcohol en virtud de la evaluación heteroaplicada del mismo; Alcohol-A=Severidad del consumo de alcohol en virtud de la evaluación autoaplicada del mismo; C. Riesgo-H=Consumo de riesgo según la evaluación heteroaplicada del mismo; C. Riesgo-A= Consumo de riesgo según la evaluación autoaplicada del mismo.

6.1.7. Recursos personales

Apoyo social

El análisis del apoyo social en este estudio responde fundamentalmente al papel que se da en muchos de los modelos de memoria y trauma a la interacción con los otros, y especialmente el apoyo social recibido tras el evento, en la medida en que este incidiría positivamente en el procesamiento y favorecería la reconstrucción de los esquemas o sistemas de creencias afectados por tal experiencia (Ehlers & Clark, 2000; Foa y Riggs, 1993; Janoff-Bulman, 1992/2010)

En este sentido, si analizamos esta variable en la muestra completa observamos que antes de evento el 74% de la muestra total refería haber dispuesto de un apoyo social bueno, mientras que, el porcentaje de personas satisfechas con el apoyo social recibido tras el evento descendía ligeramente a un 68.7%. Sin embargo, si simplemente contemplamos estas frecuencias por grupos podemos ya hacernos una idea de las diferencias estadísticas que serán abordadas a continuación. Mientras que un 86% de

las mujeres del grupo Nt y un 78% de las mujeres expuestas a Ve refieren que su apoyo social antes del evento era bueno, solo un 60% de las mujeres que han sufrido Vc en el contexto de una relación de pareja dan esta valoración. Por su parte, después del evento, la proporción de mujeres del grupo Nt que valoran positivamente el apoyo recibido aparentemente se mantiene (84%), observándose, sin embargo, un descenso considerable en el caso del grupo Ve (66%) y, en menor medida, en el del Vc (56%)

A nivel de comparaciones estadísticas, observamos diferencias significativas tanto en el apoyo social percibido antes del evento objeto de evaluación, $\chi^2(2,150) = 9.37$, $p = .009$, $\phi_c = .25$, como en el que perciben tras la ocurrencia de este, $\chi^2(2,150) = 9.36$, $p = .009$, $\phi_c = .250$. Tales diferencias parecen responder a las diferencias observadas en el apoyo recibido tanto antes como después del evento entre las participantes de los grupos Vc y Nt [anterior: $\chi^2(1,100) = 7.31$, $p = .007$, $\phi = .293$; posterior: $\chi^2(1,100) = 8.05$, $p = .005$, $\phi = .306$], ya que, no se aprecian diferencias significativas entre los grupos Vc y Ve [anterior: $\chi^2(1,100) = 2.99$, $p = .084$, $\phi = .195$; posterior: $\chi^2(1,100) = .673$, $p = .412$, $\phi = .103$], así como entre Ve y Nt [anterior: $\chi^2(1,100) = .610$, $p = .435$, $\phi = .104$; posterior: $\chi^2(1,100) = 3.41$, $p = .065$, $\phi = .208$]. A este respecto, cabe destacar, sin embargo, que en el caso de la comparación entre los grupos Ve y Nt en lo que se refiere al apoyo social tras el evento, se observa una cierta tendencia hacia la significación en las diferencias.

Resiliencia

En general, atendiendo al rango de puntuaciones posibles, los niveles de resiliencia en la muestra total serían altos ($M=6.11$; $DT=2.01$) siendo, asimismo, ligeramente superiores en el caso del ítem referido a “la recuperación tras una enfermedad o dificultad” ($M=3.11$; $DT=1.08$) que en de “adaptación al cambio” ($M=2.92$; $DT=1.18$).

En cuanto a la comparación entre los grupos, se observan diferencias significativas [$F(2, 147) = 19.77$, $p < .001$, $\eta^2 = .212$] que, en virtud de las pruebas *post-hoc*, hacen referencia específicamente a menores niveles de resiliencia en el grupo Vc

($M=4.82$; $DT=2.20$) frente al Nt ($M=6.62$; $DT=1.59$; $p<.001$) y el Ve ($M=6.90$; $DT=1.51$; $p<.001$).

6.2. Variables narrativas, tipo de evento y valencia del recuerdo

6.2.1. Selección de las covariables

Correlaciones entre posibles VV de confusión y VVDD

El primer paso para la identificación de las covariables implicó la determinación de las relaciones significativas entre las variables narrativas dependientes y las posibles variables de confusión identificadas en la literatura que había mostraron diferencias significativas en la caracterización de la muestra (Tabla 6.14.).

Entre las variables dirigidas a evaluar la fragmentación del recuerdo, en el caso de la longitud de la narrativa estresante, destaca la correlación directa y significativa con la elaboración del recuerdo en un contexto terapéutico ($p<.01$). Asimismo, también se observan correlaciones directas y significativas entre la fluidez verbal y longitud de las narrativas estresantes y positivas ($p<.05$).

Por su parte, la coherencia de las narrativas estresantes y positivas correlaciona positivamente con la fluidez verbal ($p<.01$) y negativamente con la severidad del evento estresante ($p<.01$) y la elaboración del recuerdo ($p<.01$). Además, la coherencia en las narrativas estresantes y positivas también correlaciona positivamente con el tiempo pasado desde el evento estresante ($p<.05$), mientras que, solo en las narrativas estresantes, la coherencia correlaciona inversamente con la centralidad del recuerdo de tales eventos ($p<.05$). Por su parte, la riqueza de detalles en la narrativa estresante solo muestra una correlación positiva con la fluidez verbal ($p<.05$).

La orientación temporal de la narrativa positiva correlaciona significativa y directamente con la fluidez verbal ($p < .01$), mientras que la orientación espacial de las narrativas estresantes y positivas correlaciona positivamente con la fluidez verbal ($p < .01$). Asimismo, la orientación espacial en la narrativa positiva correlaciona inversamente con la severidad del evento ($p < .05$) y, en la narrativa estresante, positivamente con la elaboración del recuerdo ($p < .05$).

La velocidad de las narrativas estresantes y positivas, considerada una variable asociada al procesamiento emocional del recuerdo, también correlaciona positiva y significativamente con la fluidez verbal de las participantes ($p < .01$), mientras que solo esta variable evaluada en las narrativas estresantes lo hace inversamente con la severidad subjetiva del evento narrado ($p < .05$).

En cuanto los procesos afectivos en general y las emociones positivas en particular, solo la severidad subjetiva del evento y la fluidez verbal correlacionan significativamente con la proporción de expresiones referidas a este tipo de procesos en las narrativas positivas ($p < .01$), siendo tales correlaciones en el primer caso positivas y en el segundo caso negativas. Asimismo, en relación con las expresiones asociadas a emociones negativas, solo la fluidez verbal correlaciona inversa y significativamente con su frecuencia en las narrativas estresantes ($p < .05$). Entre las subcategorías de emociones negativas, la proporción de expresiones referidas a la ira de las narrativas estresantes correlaciona positivamente con la centralidad del recuerdo estresante ($p < .01$) y su elaboración ($p < .05$), mientras que la frecuencia de las expresiones relativas a la tristeza en las narrativas positivas correlaciona de manera directa y significativa con el tiempo pasado desde el evento ($p < .05$). Asimismo, el tono emocional de las narrativas estresantes y positivas correlacionaba positivamente con la elaboración ($p < .01$) y la centralidad del recuerdo estresante ($p < .01$ y $p < .05$, respectivamente). Además, el tono emocional de las narrativas estresantes muestra también una correlación directa con la ansiedad experimentada durante las mismas ($p < .01$), mientras que el tono emocional de la narrativa positiva correlaciona negativamente con la fluidez verbal ($p < .05$).

Por otro lado, la proporción de procesos perceptivos en las narrativas estresantes y positivas correlacionaba significativa y negativamente con el tiempo pasado desde el evento ($p < .01$ y $p < .05$, respectivamente), mientras que solo en las narrativas estresantes tal proporción se relacionaba de manera directa con la elaboración del recuerdo ($p < .01$).

En lo que respecta a los procesos cognitivos en general, la correlación significativa de mayor magnitud es la que apunta a una relación directa entre la proporción de expresiones relacionadas con estos y la ansiedad en la narrativa estresante ($p < .01$). Si bien, a un nivel de $p < .05$, la frecuencia de este tipo de expresiones en las narrativas estresantes y positivas también muestra correlaciones significativas y directas con el tiempo desde el evento y la elaboración del recuerdo, así como, en las narrativas estresantes, con la centralidad de este recuerdo. Por su parte, la proporción de expresiones incluidas en la subcategoría de causa en las narrativas positivas correlaciona directa y significativamente con la fluidez verbal y la elaboración del recuerdo del evento estresante ($p < .01$ y $p < .05$, respectivamente). Mientras que la proporción de referencias a *insight* en las narrativas estresantes correlaciona positiva y significativamente con la fluidez verbal ($p < .01$). Asimismo, a un nivel de $p < .05$, la proporción de este tipo de expresiones en los dos tipos de recuerdos correlaciona positivamente con la ansiedad narrativa y, solo en los recuerdos positivos, negativamente con el tiempo desde el evento.

Entre las variables dirigidas a evaluar la adopción de la perspectiva del narrador, la proporción de pronombres en primera persona del singular en las narrativas positivas y estresantes correlaciona significativa y negativamente con la fluidez verbal ($p < .01$ y $p < .05$, respectivamente). Asimismo, el uso de este tipo de pronombres en las narrativas estresantes correlaciona positivamente con la elaboración del recuerdo estresante ($p < .05$) y la ansiedad durante su narrativa ($p < .05$). Mientras que su proporción en las narrativas positivas correlaciona inversamente con el tiempo pasado desde el evento

estresante ($p<.05$). Por su parte, la proporción de verbos en presente en los dos tipos de recuerdos correlaciona positivamente con la ansiedad durante la narrativa ($p<.05$).

Tabla 6.14. Correlaciones entre potenciales covariables y las VVDD (N=150).

VV		Tiempo evento	Severidad Evento	Centralidad recuerdo	Elaboración recuerdo	Fluidez verbal	Ansiedad narrativa
1	—	-.018	-.046	.119	.298**	.195*	.066
	+	.068	-.122	.062	-.024	.186*	-.032
2	—	.164*	-.240**	-.166*	-.212**	.406**	-.073
	+	.204*	-.218**	-.131	-.272**	.404**	-.063
3	—	.081	-.059	-.036	.122	.194*	.063
	+	-.018	.022	.137	-.028	.082	.087
4	—	.028	.019	.086	.085	.025	.060
	+	-.041	-.129	-.004	-.087	.213**	-.032
5	—	.002	-.097	.019	.198*	.290**	.115
	+	-.053	-.235**	.025	.000	.238**	.059
6	—	-.005	-.189*	-.048	.092	.288**	-.042
	+	.015	-.077	-.021	.003	.305**	-.024
7	—	-.009	.076	.107	.045	-.055	.088
	+	.098	.215**	.087	-.010	-.407**	-.054
8	—	-.015	-.095	-.131	-.154	.049	-.077
	+	.085	.213**	.095	-.057	-.397**	.002
9	—	.010	.143	.158	.064	-.192*	.034
	+	-.014	.028	-.038	.079	-.049	-.051
10	—	-.065	.135	.241**	.193*	-.115	.069
	+	-.085	.082	-.086	-.025	-.033	-.136
11	—	-.056	.013	-.016	-.142	-.109	-.100
	+	.207*	.085	-.050	.117	-.102	-.061
12	—	-.148	.094	.395**	.292**	-.099	.395**
	+	-.078	.127	.184*	.287**	-.245**	.085
13.	—	-.228**	-.085	.150	.208*	.018	.114
	+	-.183*	-.015	.092	.148	-.030	.149
14	—	-.190*	.111	.171*	.167*	.128	.211**
	+	-.184*	.118	.078	.194*	.021	.145
15	—	-.075	.061	.001	.103	-.005	-.100
	+	-.051	.066	.098	.163*	.231**	.113
16	—	-.054	.088	.133	.144	.238**	.197*
	+	-.179*	.000	.136	.143	.071	.172*
17	—	-.039	.066	.129	.175*	-.187*	.187*
	+	-.180*	.109	.118	.118	-.296**	.038
18	—	.024	.068	.150	.047	.047	.190*
	+	-.047	.053	.099	.073	.028	.162*

Nota. * $p<.05$. ** $p<.01$; 1=Longitud; 2=Coherencia; 3=Riqueza de detalles; 4=Orientación temporal; 5=Orientación espacial; 6=Velocidad; 7=Procesos afectivos; 8=Emociones positivas; 9 =Emociones negativas; 10=Ira; 11.=Tristeza; 12 =Tono emocional; 13.=Procesos perceptivos; 14=Procesos cognitivos; 15=Causa; 16=Insight; 17 P=Primera persona del singular; 18=Verbos en presente; —=Narrativa estresante; +=Narrativa positiva.

A continuación, se determinaron también las relaciones lineales entre las variables de la narrativa neutra y las variables las narrativas cargadas emocionalmente (Tabla 6.15 y 6.16) a fin de facilitar la selección de las covariables que permitan controlar el estilo narrativo de las participantes. Así, en este caso, la selección para la evaluación

posterior de las covariables no solo atenderá a los niveles más altos de correlación observados, sino que en todos los casos tendrán prioridad las variables homónimas de la narrativa neutra.

A este respecto, cabe destacar la ausencia de asociaciones significativas entre ciertas variables narrativas de los recuerdos negativos y positivos con sus correspondientes variables del recuerdo neutro. En concreto, esto ocurre en las variables que recogen la proporción de expresiones que hacen referencia a procesos afectivos, emociones negativas, ira, tristeza e *insight*. Asimismo, solo se observan relaciones significativas entre las variables del recuerdo neutro y negativo en lo que respecta a la proporción de expresiones referidas a las emociones positivas y procesos perceptivos, así como en relación con la proporción de pronombres en primera persona del singular y la valoración general sobre la orientación temporal de la narrativa.

Tabla 6.15. Correlaciones entre variables narrativas del recuerdo negativo y neutro (N=150).

R (+)	R (0)																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	,298**	,201*	,158	,102	,158	,219**	,058	,016	,034	-,001	,030	-,047	,145	,073	-,014	,032	,043	-,238**
2	,081	,596**	,076	,060	,123	,225**	-,079	-,070	-,061	-,077	-,090	-,182*	,014	-,152	,016	-,058	-,212**	-,142
3	,258**	,261**	,327**	,145	,151	,193*	,050	-,027	,110	,050	-,005	-,081	,091	,113	,023	,082	-,104	-,190*
4	,217**	,178*	,128	,376**	,277**	,195*	,012	-,085	,172*	,120	,018	,036	,304**	,053	,086	,178*	-,005	-,111
5	,321**	,342**	,103	,193*	,257**	,287**	-,016	-,108	,105	,085	,043	-,021	,220**	,045	,093	,123	-,051	-,205*
6	,111	,361**	-,013	,042	,084	,503**	,005	-,027	-,010	,066	,012	-,180*	,046	-,058	,046	-,043	,089	-,217**
7	-,048	-,052	,066	,003	,042	-,041	,135	,142	-,006	-,113	-,033	,072	-,011	,077	-,004	,075	-,109	,022
8	,015	-,011	,073	,006	,081	-,029	,160*	,221**	-,042	-,072	-,099	,031	,081	,048	,007	,096	-,088	,070
9	-,099	-,075	,025	-,012	-,001	-,108	,008	,002	-,001	-,101	,012	,065	-,090	,059	-,042	,014	-,073	,036
10	-,068	-,137	-,029	-,049	-,021	-,010	,039	-,066	,190*	,033	,129	,157	,048	,171*	,001	,073	-,102	-,002
11	-,052	-,047	,093	,098	,052	-,078	-,106	-,059	-,095	-,061	-,146	,016	-,100	-,069	-,022	-,076	-,074	,153
12	,084	-,290**	,153	-,025	,016	-,078	,127	,101	,037	-,015	-,019	,257**	,086	,191*	,172*	,236**	,083	,064
13	,205*	,047	,058	-,021	,100	,235**	,132	,131	,052	,038	,124	-,015	,189*	,211**	,039	,005	,079	,025
14	,065	-,035	,127	-,124	-,019	,167*	,216**	,240**	,051	,061	,014	-,040	-,087	,354**	,131	,094	,062	,010
15	,027	-,005	-,006	,004	,081	,191*	-,102	-,098	,036	,041	-,024	,015	,009	-,003	,216**	-,044	,162*	,116
16	,081	,064	,073	-,005	,042	,106	,162*	,147	,141	,035	,039	-,063	-,089	,143	,148	,153	,018	-,039
17	,028	-,102	-,061	,020	-,038	,048	-,022	-,042	,016	,006	,167*	,094	,117	,127	,037	,112	,232**	,061
18	,127	,048	,139	-,012	-,035	,162*	,182*	,163*	,067	,044	,093	-,126	,045	-,047	,028	,003	,152	-,086

Nota. *p<.05. **p<.01; R(+)=Recuerdo positivo; R(0)=Recuerdo neutro; 1=Longitud; 2=Coherencia; 3=Riqueza de detalles; 4=Orientación temporal; 5=Orientación espacial; 6=Velocidad; 7=Procesos afectivos; 8=Emociones positivas; 9 =Emociones negativas; 10=Ira; 11.=Tristeza; 12 =Tono emocional; 13.=Procesos perceptivos; 14=Procesos cognitivos; 15=Causa; 16=Insight; 17 P=Primera persona del singular; 18=Verbos en presente.

Tabla 6.16. Correlaciones entre variables narrativas del recuerdo positivo y neutro (N=150).

R (+)	R (0)																	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	.480**	.232**	.364**	.189*	.291**	.335**	.102	.052	.067	.032	.032	-.156	.250**	.025	.043	.032	-.147	-.184*
2	.170*	.646**	.210*	.059	.078	.220**	.011	-.011	.023	.011	-.040	-.272**	-.020	-.128	.035	.002	-.130	-.099
3	.398**	.103	.500**	.060	.205*	.194*	.062	.030	-.003	-.040	-.009	-.231**	.227**	.059	.014	.075	-.115	-.045
4	.371**	.157	.264**	.130	.199*	.214**	.097	.006	.191*	.108	.048	-.220**	.167*	.035	.115	.067	-.063	-.017
5	.388**	.252**	.267**	.117	.268**	.170*	.064	.023	.087	.114	-.042	-.086	.294**	.012	-.035	.048	-.088	-.045
6	.141	.267**	.065	.011	.080	.539**	.052	.016	.022	.093	-.049	-.239**	.120	-.016	.092	-.009	-.052	-.255**
7	-.091	-.155	.004	.072	-.054	-.212**	-.076	.002	-.144	-.130	.021	.104	-.001	-.038	-.035	.089	.140	.106
8	-.101	-.190*	.001	.075	-.065	-.157	-.119	-.020	-.200*	-.132	-.013	.134	.025	-.036	-.006	.058	.151	.128
9	.077	.021	.047	.026	.090	-.078	.141	.091	.027	-.073	.095	-.103	-.081	.117	.022	.143	-.059	.072
10	.145	-.045	.063	.155	.169*	-.077	.139	.099	.037	.047	-.009	-.009	-.026	-.005	-.022	.119	.020	.001
11	-.007	.011	.057	.025	-.028	-.151	.075	.119	-.115	-.165*	.062	-.078	-.022	.116	.036	.095	-.081	-.002
12	-.257**	-.240**	-.195*	-.118	-.092	-.191*	-.002	.021	-.010	-.050	-.005	.395**	-.162*	.010	-.127	.034	.081	.112
13	.137	-.142	-.073	-.027	-.063	-.009	.179*	.151	.142	.075	.076	.097	.119	.143	.016	.087	.013	.078
14	-.001	-.057	.013	-.045	-.014	.098	.103	.035	.152	.062	.119	-.030	.007	.236**	.121	.080	.072	.063
15	.202*	-.049	.253**	-.093	-.047	.145	.194*	.135	.141	.150	-.104	-.137	.064	.300**	.185*	.236**	.019	.039
16	.113	.110	.146	.057	.128	.100	.071	-.010	.138	.011	-.004	.017	.078	-.023	.057	.073	.057	-.033
17	-.137	-.212**	-.089	-.042	-.076	-.115	-.012	.029	-.083	-.079	-.016	-.010	.057	-.082	.078	.057	.103	-.006
18	.237**	-.048	.222**	.166*	.157	.153	.111	.080	.057	.039	.069	.115	.214**	.089	.072	.116	-.036	.028

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$; R(+)=Recuerdo positivo; R(0)=Recuerdo neutro; 1=Longitud; 2=Coherencia; 3=Riqueza de detalles; 4=Orientación temporal; 5=Orientación espacial; 6=Velocidad; 7=Procesos afectivos; 8=Emociones positivas; 9 =Emociones negativas; 10=Ira; 11.=Tristeza; 12 =Tono emocional; 13.=Procesos perceptivos; 14=Procesos cognitivos; 15=Causa; 16=Insight; 17 P=Primera persona del singular; 18=Verbos en presente.

Relaciones entre las potenciales covariables

Por último, se analizaron las correlaciones entre las distintas variables susceptibles de control identificadas en los análisis previos a fin de descartar una posible multicolinealidad entre las covariables que pudiera comprometer los análisis.

Así, como puede observarse en la Tabla 6.17, aunque muchas de las variables correlacionan significativamente unas con otras, en ningún caso se alcanzan niveles de correlación problemáticos ($r_{xy} > .80$) que impidan la consideración conjunta de las distintas covariables en los modelos de ANCOVA (Pardo & San Martín, 2010).

Tabla 6.17. Correlaciones entre potenciales covariables (N=150).

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1	—																
2	.165*	—															
3	-.121	.328**	—														
4	-.236**	.205*	.379**	—													
5	-.032	-.228**	-.225**	-.092	—												
6	-.118	.243**	.464**	.385**	.024	—											
7	-.061	-.046	.078	.065	.097	.045	—										
8	.210*	-.202*	-.177*	-.334**	.325**	-.207*	.123	—									
9	.054	.009	.033	-.039	.113	.073	.530**	.199*	—								
10	.093	-.028	-.017	-.108	-.026	-.073	.391**	.237**	.351**	—							
11	.076	-.144	.045	.028	.024	-.056	.445**	.235**	.343**	.553**	—						
12	.052	.015	.069	.036	.190*	.149	.428**	.316**	.269**	.231**	.250**	—					
13	.083	.081	.084	.086	.057	.081	.033	-.068	.102	-.054	-.052	-.014	—				
14	-.086	.071	.173*	.312**	-.245**	.152	-.097	-.301**	-.202*	.047	-.088	-.263**	-.127	—			
15	-.144	-.186*	.067	.040	-.157	-.018	.451**	.009	.276**	.339**	.407**	.232**	-.068	.097	—		
16	-.060	.059	.172*	.177*	-.003	.254**	.260**	-.258**	.114	.020	-.026	.113	.293**	.146	.179*	—	
17	.015	.074	.038	-.087	.036	.107	.206*	-.031	.185*	.119	.079	.324**	.044	-.121	.189*	.381**	—
18	-.081	.101	.101	.132	-.270**	.113	-.074	-.086	-.133	-.125	-.137	.012	.040	-.029	-.024	-.194*	.025

Nota. *p<.05. **p<.01; 1=Tiempo desde el evento estresante; 2=Severidad subjetiva del evento estresante; 3=Centralidad del evento estresante; 4=Elaboración del evento estresante en un contexto terapéutico; 5=Fluidez verbal (WAIS-III); 6=Ansiedad durante la narrativa estresante; 7= Longitud neutra; 8=Coherencia neutra; 9=Riqueza de detalles neutra; 10=Orientación temporal neutra; 11=Orientación espacial neutra;12=Velocidad neutra; 13=Emociones positivas neutra; 14=Tono emocional neutra; 15=Procesos perceptivos neutra; 16=Procesos cognitivos neutra; 17=Causa neutra; 18=Primera persona del singular neutra.

6.2.2. Comparaciones en las variables narrativas en virtud de los grupos y la valencia de las narrativas

Los resultados generales de las ANCOVAs que determinan las diferencias en función de los grupos y la valencia de las narrativas se presentan en la Tabla 6.18. No obstante, se procede a continuación a revisar pormenorizadamente, de acuerdo con la clasificación de los aspectos narrativos establecida en la revisión teórica, los resultados de las comparaciones.

Superioridad/Fragmentación del recuerdo

Longitud

Tras controlar el estilo narrativo y la elaboración previa del recuerdo del evento estresante en un contexto terapéutico, a nivel intersujetos se observan efectos significativos grandes y potentes tanto del factor Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.295$; $1-\beta=1.00$), como de las covariables estilo narrativo [$F(1, 145)=36.01$, $p<.001$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.199$; $1-\beta=1.00$] y elaboración [$F(1, 145)=27.67$, $p<.001$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.160$; $1-\beta=.999$]. Asimismo, los contrastes intrasujetos muestran también efectos significativos de gran magnitud y potencia del factor Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.436$; $1-\beta=1.00$) y de la interacción Grupo x Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.155$; $1-\beta=.998$).

De acuerdo con las comparaciones *post-hoc*, estos resultados se traducen en narrativas estresantes significativamente más largas en el grupo Ve frente a los grupos Vc ($p=.004$) y Nt ($p<.001$), así como también en el grupo Nt frente al Vc ($p=.010$). Asimismo, en el caso de los recuerdos positivos, las narrativas de grupo Ve también resultaron significativamente más largas que las del grupo Nt ($p=.018$). Además, en los tres grupos, las narrativas estresantes eran significativamente más largas que las positivas (Vc: $p<.001$; Ve: $p<.001$; Nt: $p=.017$).

Coherencia

En el caso de la coherencia narrativa, tras controlar la fluidez y estilo narrativo, se observa un efecto significativo de tamaño medio y potencia aceptable del factor Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.132$; $1-\beta=.991$), así como también un efecto significativo, grande y potente del estilo narrativo [$F(1,145)=34.67$, $p<.001$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.193$; $1-\beta=1.00$] y un efecto medio y de potencia por encima del umbral aceptable de la fluidez verbal [$F(1,145)=9.95$, $p=.002$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.064$; $1-\beta=.880$]. De manera que el estilo narrativo superaría en capacidad explicativa (19%) al tipo de evento estresante experimentado que, sin embargo, solo sería responsable de un 13.2% de la varianza en la coherencia narrativa. Asimismo, los contrastes intrasujeto revelan un efecto significativo pero pequeño y poco potente de la Valencia narrativa ($\eta^2_{\text{parcial}}=.040$; $1-\beta=.693$) y una ausencia de significación estadística en relación con la interacción Grupo x Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.014$; $1-\beta=.235$).

En conjunto, las pruebas *post-hoc*, apuntan a que los niveles de coherencia serían significativamente superiores en las narrativas de las víctimas de Ve frente a las expuestas a Vc ($p<.001$) y eventos Nt ($p<.001$), así como en las narrativas estresantes frente a las positivas ($p=.014$).

Riqueza de detalles

Por su parte, una vez controlado el estilo narrativo, los contrastes intersujetos sobre la riqueza de detalles revelan un efecto significativo, grande y potente del Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.154$; $1-\beta=.997$), así como del propio estilo narrativo [$F(1, 146)=56.96$, $p<.001$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.281$; $1-\beta=1.00$] que se revela de nuevo como el responsable de una proporción considerablemente superior de la varianza (28.1%) a la explicada por el tipo de evento experimentado (15.4%). Asimismo, a nivel intrasujetos, nos encontramos con un efecto significativo, grande y potente de la Valencia narrativa ($\eta^2_{\text{parcial}}=.291$; $1-\beta=1.00$), así como también con un efecto significativo, de tamaño medio y potencia por encima del umbral de lo aceptable de la interacción Grupo x Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.114$; $1-\beta=.978$). Específicamente, tal efecto se concreta, en base a las pruebas *post-hoc*, en un nivel

significativamente mayor de detalle en las narrativas estresantes frente a las positivas en los grupos Ve ($p<.001$) y Vc ($p<.001$), pero no en el Nt ($p=.056$). Asimismo, las narrativas estresantes del grupo Ve eran significativamente más ricas en detalles que las de las participantes de los grupos Vc ($p=.002$) y Nt ($p<.001$).

Orientación temporal y espacial

Las pruebas intersujetos sobre la orientación temporal que implican el control del estilo narrativo revelan efectos significativos medios y con potencias por encima del umbral de lo aceptable tanto en el caso del Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.078$; $1-\beta=.886$), como de la covariable [$F(1,146)=18.76$, $p<.001$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.114$, $1-\beta=.990$]. De hecho, el estilo narrativo explica una proporción mayor de la varianza entre los sujetos en la orientación temporal (11.4%) que el tipo de evento experimentado (7.8%).

Por su parte, los contrastes intrasujetos apuntan a un efecto grande y potente de la Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.196$; $1-\beta=1.00$), pero a una ausencia de significación estadística en el caso del efecto de la interacción entre el Grupo y la Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.008$; $1-\beta=.150$).

En conjunto, los efectos significativos del Grupo y la Valencia se concretarían, atendiendo a las pruebas *post hoc*, en una mayor orientación temporal en las narrativas del grupo Ve frente a las del Nt ($p=.002$) y en las narrativas estresantes frente a las positivas ($p<.001$).

En cuanto a la orientación espacial de las narrativas, una vez consideradas como covariables la fluidez verbal y la severidad del evento, se halla un efecto significativo grande y potente del Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.154$; $1-\beta=.997$), así como efectos pequeños y poco potentes pero significativos de las variables de control [fluidez verbal: $F(1,144)=5.08$, $p=.026$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.034$, $1-\beta=.610$; severidad del evento: $F(1,144)=4.83$, $p=.030$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.032$, $1-\beta=.588$]. De manera que cada una de estas variables sería responsable de un 15.4%, un 3.4% y un 3.2% de la varianza en la orientación espacial. Por su parte, los contrastes intrasujetos revelan un efecto significativo, grande y potente de la Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.429$; $1-\beta=1.00$) y un efecto significativo, medio y potente de la

interacción Grupo x Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.078$; $1-\beta=.890$) que se traduce, según las pruebas *post-hoc*, en una mayor orientación espacial en las narrativas estresantes frente a las positivas en los tres grupos (Vc: $p<.001$; Ve: $p<.001$; Nt: $p=.001$), así como también en las narrativas estresantes del grupo Ve frente a las de los grupos Vc ($p=.012$) y Nt ($p<.001$) y del grupo Vc frente al Nt ($p<.001$). Asimismo, las narrativas positivas del grupo Ve también resultaron estar más orientadas espacialmente que las de grupo Nt ($p=.044$).

Aspectos emocionales

Velocidad narrativa

Al respecto de la velocidad narrativa, una vez controlada la fluidez verbal de las participantes, se da un efecto significativo, grande y potente del Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.183$; $1-\beta=1.00$), así como también un efecto significativo, pero de pequeña magnitud y potencia, de la fluidez verbal [$F(1,144) =5.20$, $p=.024$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.034$; $1-\beta=.620$]. Por su parte, los contrastes intrasujetos muestran solo un efecto significativo pequeño y poco potente de la Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.012$; $1-\beta=.721$), no resultando significativo, por el contrario, el efecto de la interacción Grupo x Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.029$; $1-\beta=.448$).

A la vista de estos resultados, las comparaciones a posteriori revelaron que las mujeres expuestas a Ve mostraban una velocidad significativamente mayor que las participantes de los grupos Vc ($p=.006$) y Nt ($p<.001$), al tiempo que las narrativas de las participantes expuestas a Vc también eran relatadas significativamente más rápido que las del grupo Nt ($p=.024$). Asimismo, en general, la velocidad de las participantes era significativamente superior en las narrativas estresantes frente a las positivas ($p=.012$).

Procesos afectivos

En el caso de la categoría general relativa a los procesos afectivos, una vez controladas la fluidez verbal y la valoración subjetiva de las participantes acerca de la severidad del evento, si bien el factor Grupo no muestra un efecto significativo sobre las diferencias entre los sujetos ($\eta^2_{\text{parcial}}=.037$; $1-\beta=.541$), sí se hallan efectos significativos tanto en el caso de la fluidez verbal [$F(1,144) = 12.05$, $p=.001$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.077$, $1-\beta=.932$], como de la severidad subjetiva del evento, [$F(1,144)=4.04$, $p=.046$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.027$, $1-\beta=.515$], explicando estas covariables un 7.7% y un 2.7% de la varianza en la proporción de procesos afectivos entre los individuos.

Por su parte, a nivel intrasujetos, se observa un efecto significativo, grande y potente de la Valencia del recuerdo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.212$; $1-\beta=1.00$), pero no de la interacción Grupo x Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.030$; $1-\beta=.455$). De manera que, atendiendo a los resultados de las comparaciones a posteriori, las participantes utilizarían una proporción significativamente mayor de este tipo de expresiones en las narrativas positivas frente a las estresantes ($p<.001$).

Emociones positivas

Con respecto a las expresiones asociadas a emociones positivas, controlando la severidad del evento, se observan efectos significativos tanto del Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.086$; $1-\beta=.916$) como de la covariable [$F(1,144) = 4.60$, $p=.034$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.031$, $1-\beta=.568$], explicando respectivamente un 8.6% y un 3.4% de la varianza entre las participantes. Por su parte, los contrastes intrasujetos revelan un efecto significativo, grande y potente de la Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.453$; $1-\beta=1.00$) y un efecto significativo pero pequeño y con una potencia por debajo del umbral de lo aceptable de la interacción Grupo x Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.044$; $1-\beta=.628$). En este sentido, las pruebas *post-hoc* muestran que, como era esperable, en los tres grupos la proporción de referencias a emociones positivas era superior en las narrativas positivas frente a las estresantes (Vc: $p<.001$; Ve: $p<.001$; Nt: $p<.001$) y que, las participantes del grupo Nt, incluían significativamente más

expresiones de este tipo que el grupo Ve en las narrativas positivas ($p=.005$) y que el grupo Vc en las estresantes ($p=.047$).

Emociones negativas

En referencia a la categoría que recoge la proporción de expresiones asociadas a emociones negativas, tras considerar como variable de control la fluidez verbal, no se observa un efecto significativo del Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.02$; $1-\beta=.332$), aunque tampoco de la propia fluidez verbal [$F(1,146)= 1.67$, $p=.198$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.011$, $1-\beta=.250$]. No obstante, a este respecto, hay que considerar que en modelo 0 de ANOVA que no controla esta covariable, el efecto del Grupo roza la significación estadística y supera tanto en magnitud como en potencia [$F(2,147) =4.23$, $p=.056$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.038$, $1-\beta=.564$] al de la ANCOVA. De manera que parece que la fluidez verbal sí determinaría en cierta medida las diferencias entre los sujetos en esta variable.

Por otro lado, los contrastes intrasujetos revelan diferencias significativas en función de la Valencia, así como de la interacción Grupo x Valencia. Si bien, en el primer caso el efecto del factor sería grande y potente ($\eta^2_{\text{parcial}}=.376$ $1-\beta=1.00$), mientras que el efecto de la interacción sería pequeño y con una potencia por debajo del umbral de lo aceptable ($\eta^2_{\text{parcial}}=.049$ $1-\beta=.682$). Asimismo, de acuerdo con las pruebas a posteriori, el efecto de tal interacción implicaría una proporción significativamente mayor de este tipo de expresiones en las narrativas estresantes de los tres grupos (Vc: $p<.001$; Ve: $p=.001$; Nt: $p<.001$), así como también en las narrativas estresantes de los grupos Vc y Nt frente a las del grupo Ve ($p=.021$ y $p=.020$, respectivamente).

En relación a la ira como subcategoría lingüística dentro de las emociones negativas, una vez controlada la centralidad del evento estresante en los contrastes intersujetos, no se observa un efecto significativo del Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.030$, $1-\beta=.459$), si bien tampoco de la covariable [$F(1,146)=0.445$, $p=.506$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.003$, $1-\beta=.102$], a pesar de que su control parece ser determinante de cara a los resultados si comparamos el

efecto del Grupo de la ANCOVA con el observado en el modelo 0 de ANOVA que no contempla su control [$F(2,147) = 7.42$ $p < .001$, $\eta^2_{\text{parcial}} = .335$ $1-\beta = 1.00$].

Por su parte, las comparaciones intrasujetos revelan un efecto significativo, grande y potente de la Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}} = .335$, $1-\beta = 1.00$) y un efecto de la interacción Grupo x Valencia significativo, medio y rozando el umbral de potencia aceptable ($\eta^2_{\text{parcial}} = .062$, $1-\beta = .792$). Así, en los tres grupos, las narrativas estresantes contienen significativamente más expresiones de ira que las narrativas positivas (Vc: $p < .001$; Ve: $p < .001$; Nt: $p = .001$). Además, las mujeres del grupo Vc expresan en sus narrativas estresantes significativamente más ira que las participantes de los grupos Ve ($p = .012$) y Nt ($p = .004$).

En cuanto a la tristeza, tras el control del tiempo desde el evento estresante, se da un efecto significativo, grande y potente del Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}} = .147$, $1-\beta = .996$), pero no de la covariable [$F(1,145) = 3.25$, $p = .073$, $\eta^2_{\text{parcial}} = .022$, $1-\beta = .433$]. Si bien los cambios en el efecto del Grupo con respecto a la ANOVA que no contempla esta variable de control [$F(2,147) = 10.40$, $p < .001$, $\eta^2_{\text{parcial}} = .124$, $1-\beta = .987$], ponen de manifiesto su influencia atendiendo al tamaño del efecto que crece ostensiblemente situándose, como hemos dicho, en un rango superior.

A nivel intrasujetos, la Valencia del recuerdo tiene un efecto significativo, grande y potente ($\eta^2_{\text{parcial}} = .472$, $1-\beta = 1.00$), al mismo tiempo que la interacción Grupo x Valencia muestra un efecto significativo, de tamaño medio y potencia adecuados ($\eta^2_{\text{parcial}} = .124$, $1-\beta = .987$). En este contexto, las pruebas *post-hoc* revelan que las participantes del grupo Nt incluyen en sus narrativas estresantes una proporción significativamente mayor de expresiones asociadas a la tristeza que las participantes de los grupos Vc ($p < .001$) y Ve ($p < .011$). Asimismo, solo en el Grupo Nt, las narrativas estresantes frente a las positivas contenían significativamente más expresiones asociadas a la tristeza ($p < .001$), no observándose tales diferencias en los otros dos grupos.

Tono emocional

Por último, si bien como hemos visto el efecto de la Valencia sobre las variables narrativas afectivas es como era de esperar la tónica, destaca sobremanera por su tamaño y potencia el efecto sobre el tono emocional ($\eta^2_{\text{parcial}}=.739$, $1-\beta=1.00$). Una vez controlado el estilo narrativo y la ansiedad durante la narrativa estresante, se observan también un efecto del Grupo significativo, de tamaño medio y potente ($\eta^2_{\text{parcial}}=.113$ $1-\beta=.975$). Asimismo, se da también a nivel intersujetos un efecto significativo del estilo narrativo [$F(1,144)=18.21$, $p<.001$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.112$, $1-\beta=.989$] y la ansiedad durante la narrativa estresante [$F(1,144)=6.93$ $p=.009$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.046$, $1-\beta=.743$], explicando, respectivamente un 11.2% y un 4.6% de la varianza en el tono emocional. Por el contrario, no se observa un efecto significativo de la interacción Grupo x Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.006$, $1-\beta=.117$) que sustenten la existencia de un efecto combinado de los factores.

En conjunto, de acuerdo con los contrastes a posteriori, las narrativas estresantes tendrían un tono significativamente más negativo que las positivas ($p<.001$) y el tono emocional sería significativamente más negativo en los grupos Vc y Nt frente al Ve ($p<.001$ y $p=.005$, respectivamente).

Aspectos perceptivos y sensoriales

En relación con la proporción de expresiones que hacen referencia a procesos perceptivos y sensoriales de las narrativas, tras controlar el tiempo desde el evento y la elaboración previa del recuerdo, no se observa un efecto significativo del Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.039$; $1-\beta=.558$), pero sí del tiempo pasado desde el evento estresante [$F(1,144)=8.12$, $p=.005$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.053$, $1-\beta=.808$]. Por su parte, aunque la elaboración no muestra un efecto significativo a este respecto [$F(1,144)=0.169$, $p=.682$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.001$, $1-\beta=.069$], atendiendo al contraste de estos resultados con los de otro modelo de ANCOVA que solo incorpora como covariable el tiempo desde el evento y que muestra

diferencias significativas en virtud del Grupo [$F(2,145)=5.31$, $p=.006$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.068$, $1-\beta=.831$], parece relevante su control estadístico.

Finalmente, en lo que a los contrastes intrasujetos se refiere, también se observa una ausencia de diferencias significativas en virtud del factor Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.008$; $1-\beta=.191$) y la interacción Grupo x Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.029$; $1-\beta=.445$).

Aspectos cognitivos

En la categoría general de procesos cognitivos, a nivel intersujetos una vez controlada la ansiedad durante la narrativa estresante, no se observa un efecto significativo del Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.023$; $1-\beta=.357$), aunque tampoco de la covariable [$F(1,145)=3.57$, $p=.061$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.024$, $1-\beta=.467$]. Si bien su control parece que promueve que, el pequeño pero significativo efecto de Grupo observado en el modelo 0 de ANOVA [$F(2,147)=3.57$, $p=.031$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.046$, $1-\beta=.656$], deje en efecto de ser significativo en la ANCOVA e, incluso, que el tamaño de tal efecto sea inferior al de la propia covariable.

Tampoco se observa en los contrastes intrasujetos un efecto significativo de la Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.012$, $1-\beta=.267$) o de la interacción Grupo x Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.005$, $1-\beta=.111$) sobre la proporción de expresiones relacionadas con procesos cognitivos.

En el caso de la subcategoría lingüística que comprende las expresiones de causa, tras controlar la fluidez verbal, el estilo narrativo y la elaboración previa, no se observa un efecto significativo del Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.007$; $1-\beta=.138$), pero sí de la fluidez verbal [$F(1,144)=5.34$, $p=.022$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.036$, $1-\beta=.631$] y, sobretodo, del estilo narrativo [$F(1,144)=12.33$, $p=.001$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.079$, $1-\beta=.937$]. Covariables que frente al tipo de evento llegan a explicar respectivamente un 3.6% y un 7.9% de la varianza entre las participantes en esta variable. Además, aunque la covariable relativa a la elaboración no muestra un efecto significativo [$F(1,144)=1.04$, $p=.309$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.007$, $1-\beta=.174$], su inclusión en el modelo parece ser relevante si atendemos a que, en un modelo de ANCOVA alternativo en el que solo se contemplan la fluidez verbal y el estilo narrativo

como covariables, el efecto del Grupo sí resultaría significativo [$F(2,145)=4.21$, $p=.017$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.055$, $1-\beta=.732$].

Asimismo, los contrastes intrasujetos, revelan un efecto significativo, medio y potente de la Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.066$, $1-\beta=.0894$) que, en virtud de las pruebas *post-hoc*, se concretaría en una mayor proporción de expresiones de causa en las narrativas estresantes frente a las positivas ($p=.002$). Por contra, no se da en este caso un efecto significativo de la interacción Grupo x Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.008$, $1-\beta=.152$) que apunten a un posible efecto combinado entre ambos factores.

Finalmente, en lo referente a las expresiones relacionadas con experiencias de *insight*, una vez controladas a nivel intersujetos las variables relativas al tiempo desde el evento y la ansiedad durante la narrativa estresante, no se observan diferencias significativas del Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.030$; $1-\beta=.442$), pero sí un efecto significativo de las covariables [tiempo desde el evento: $F(1,143)=4.77$, $p=.031$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.032$, $1-\beta=.583$; ansiedad narrativa: $F(1,142)=6.52$, $p=.012$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.044$, $1-\beta=.718$] que alcanzan a explicar un 3.1% y un 4.4% de la varianza en las expresiones de *insight*, respectivamente.

Por otro lado, en lo referente a los contrastes intrasujetos, tampoco se observa un efecto significativo de la Valencia del recuerdo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.003$, $1-\beta=.103$) o de la interacción Grupo x Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.012$, $1-\beta=.207$).

Perspectiva del narrador

Al respecto de la proporción de pronombres en primera persona del singular que serían sugestivos de la adopción de una perspectiva del narrador, tras controlar la fluidez verbal, se observa un efecto del Grupo significativo, de tamaño medio y con una potencia aceptable ($\eta^2_{\text{parcial}}=.064$; $1-\beta=.808$), así como un efecto significativo, grande y potente de la covariable [$F(1,146)=11.23$, $p=.001$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.071$, $1-\beta=.915$], que sería responsable de una proporción de la varianza entre los sujetos (7.1%) superior a la explicada por la agrupación de los sujetos en virtud al tipo de evento (6.4%). Por su

parte, los contrastes intrasujetos apuntaban a que, mientras el efecto de la Valencia no sería en sí mismo significativo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.005$; $1-\beta=.138$), sí lo sería el efecto de su interacción con el Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.048$, $1-\beta=.671$). Si bien no debe pasar desapercibido el pequeño tamaño y potencia de tal efecto, traduciéndose, en virtud de las pruebas *post-hoc*, únicamente en una proporción mayor de este tipo de pronombres en las narrativas positivas de las mujeres expuestas a Vc frente a las expuestas a Ve ($p<.001$).

Finalmente, en lo referente a la proporción de verbos en presente, tras controlar la ansiedad durante la narrativa estresante a nivel intersujetos, no se da un efecto significativo del Grupo ($\eta^2_{\text{parcial}}=.023$; $1-\beta=.359$), pero sí de la covariable [$F(1,145)=5.18$, $p=.024$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.035$, $1-\beta=.619$] que explicaría un 2.4% de la varianza entre las participantes en el uso del presente. Asimismo, los contrastes intrasujetos muestran efectos pequeños y poco potentes de la Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.038$; $1-\beta=.673$) y de la interacción Grupo x Valencia ($\eta^2_{\text{parcial}}=.052$; $1-\beta=.712$), que, de acuerdo con las pruebas *post-hoc*, implicarían un mayor uso del presente en las narrativas estresantes de las víctimas de Ve frente a las de las participantes expuestas a eventos Nt ($p=.001$), así como también un mayor uso de este tiempo verbal en las narrativas positivas frente a las negativas en los grupos Vc ($p=.005$) y Nt ($p=.026$).

Tabla 6.18. Comparaciones en las variables narrativas en virtud de los grupos y la valencia de las narrativas.

ASPECTOS NARRATIVOS	GRUPOS						Grupo	F	
	Vc (n=50)		Ve (n=50)		Nt (n=50)			Valencia	G x V
	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)			
Superioridad/Fragmentación									
<i>CP</i>	235.10 (267.12)	854.78 (631.13)	365.84 (313.69)	1334.54 (935.58)	204.94 (283.78)	445.30 (594.95)	30.29 p<.001	113.46 p<.001	13.51 p<.001
<i>Coherencia</i>	1.79 (0.362)	1.94 (0.424)	2.49 (0.382)	2.54 (0.356)	1.92 (0.407)	1.97 (0.382)	11.06 p<.001	6.15 p=.014	1.07 p=.346
<i>R. Detalles</i>	0.647 (0.549)	1.01 (0.663)	0.700 (0.544)	1.49 (0.717)	0.587 (0.615)	0.780 (0.658)	13.29 p<.001	60.41 p<.001	9.44 p<.001
<i>Orientación temporal</i>	0.773 (0.704)	1.19 (0.687)	0.987 (0.722)	1.52 (0.664)	0.773 (0.663)	1.07 (0.825)	6.19 p=.003	35.86 p<.001	0.607 p=.546
<i>Orientación espacial</i>	0.793 (0.770)	1.59 (0.532)	1.00 (0.680)	1.97 (0.555)	0.647 (0.691)	1.04 (0.843)	13.15 p<.001	110.28 p<.001	6.25 p=.002
Aspectos emocionales									
<i>CP/min</i>	141.36 (32.41)	145.81 (32.37)	160.68 (29.66)	171.24 (27.43)	129.02 (28.96)	129.27 (28.05)	16.34 p<.001	6.43 p=.012	2.23 p=.112
<i>Procesos afectivos</i>	5.15 (2.93)	3.90 (1.11)	4.50 (1.99)	2.40 (0.98)	6.18 (3.16)	3.91 (2.39)	2.78 p=.065	39.63 p<.001	2.27 p=.107
Emociones positivas	4.23 (2.77)	1.53 (0.887)	3.59 (2.08)	1.82 (0.763)	5.35 (3.21)	2.12 (1.71)	6.84 p=.001	121.64 p<.001	3.37 p=.037
Emociones negativas	0.972 (0.996)	2.22 (0.954)	0.887 (0.918)	1.54 (0.650)	0.822 (0.956)	2.22 (1.81)	1.59 p=.208	88.90 p<.001	3.78 p=.025
Ira	0.295 (0.627)	1.22 (0.813)	0.282 (0.378)	0.785 (0.590)	0.315 (0.687)	0.731 (0.808)	2.29 p=.105	74.17 p<.001	4.82 p=.009
Tristeza	0.257 (0.497)	0.378 (0.401)	0.198 (0.365)	0.197 (0.193)	0.212 (0.438)	0.854 (0.964)	12.51 p<.001	131.54 p<.001	10.40 p<.001
<i>Tono emocional</i>	1.41 (0.806)	3.07 (0.688)	0.847 (0.707)	2.34 (0.668)	1.13 (0.749)	2.70 (0.717)	9.20 p<.001	416.34 p<.001	0.420 p=.658

ASPECTOS NARRATIVOS	GRUPOS						F		
	Vc (n=50)		Ve (n=50)		Nt (n=50)		Grupo	Valencia	G x V
	(+)	(-)	(+)	(-)	(+)	(-)			
Aspectos sensoriales y perceptivos									
P. perceptivos	3.69 (2.21)	3.81 (1.28)	2.74 (1.29)	3.43 (1.00)	3.02 (2.08)	2.79 (1.60)	2.89 p=.059	1.18 p=.279	2.31 p=.114
Aspectos cognitivos									
P. cognitivos	27.12 (6.02)	26.19 (4.73)	24.79 (4.39)	24.73 (2.67)	25.41 (6.22)	24.34 (5.44)	1.72 p=.182	1.81 p=.180	0.384 p=.682
Causa	2.17 (1.30)	2.54 (1.05)	1.91 (1.03)	2.19 (0.799)	1.64 (1.44)	2.27 (1.40)	0.539 p=.584	10.43 p=.002	0.619 p=.540
Insight	3.17 (1.90)	3.21 (1.29)	3.04 (1.52)	3.21 (0.937)	2.89 (1.61)	2.52 (1.58)	2.19 p=.115	0.456 p=.500	0.921 p=.400
Perspectiva del narrador									
1ª persona singular	7.66 (2.67)	6.87 (2.11)	5.30 (2.69)	6.14 (1.77)	6.59 (3.35)	5.82 (2.85)	5.01 p=.008	0.752 p=.387	3.69 p=.027
Presente	7.53 (4.20)	5.92 (2.71)	6.58 (3.18)	7.08 (2.36)	6.35 (4.16)	5.07 (3.12)	1.73 p=.181	5.87 p=.017	4.03 p=.020

Nota. Vc= víctimas de violencia de género continuada; Ve= víctimas de una única agresión interpersonal; Nt= víctimas de situaciones estresantes no traumáticas; CP=Longitud; CP/min=Velocidad.

6.4. Relaciones entre los aspectos narrativos y la sintomatología

6.4.1. Correlaciones entre las VV narrativas, la centralidad del recuerdo y las VV clínicas

En la Tabla 6.19 se presentan las correlaciones observadas entre la centralidad, las variables narrativas analizadas y los distintos correlatos clínicos evaluados.

Así, la centralidad del recuerdo traumático muestra altas y significativas correlaciones a un nivel de $p < .01$ con todos y cada uno de los síntomas y clústeres de síntomas analizados, destacando especialmente las establecidas con la severidad total de la sintomatología postraumática, así como la severidad de los síntomas intrusivos; los síntomas disociativos peritraumáticos; las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo; y las alteraciones en la activación y reactividad. Por otro lado, con respecto a las variables narrativas, la centralidad se relaciona inversamente con la coherencia de las narrativas positivas ($p < .05$) y traumáticas ($p < .01$), así como con la riqueza de detalles ($p < .01$), la orientación espacial ($p < .05$) y la velocidad de la narrativa traumática ($p < .05$). Además, se observan correlaciones directas entre esta variable y la proporción de procesos afectivos ($p < .01$), emociones negativas ($p < .01$), expresiones de ira ($p < .01$) y pronombres en primera persona del singular de las narrativas traumáticas ($p < .01$); el tono emocional de las narrativas traumáticas ($p < .01$) y positivas ($p < .05$); y la proporción de expresiones asociadas a procesos perceptivos incluidos en las narrativas positivas.

En lo que respecta a las variables asociadas a la codificación del recuerdo, la longitud de las narrativas traumáticas y positivas se relaciona negativamente con la severidad de la sintomatología postraumática general ($p < .01$); los síntomas intrusivos ($p < .05$); los síntomas de evitación ($p < .05$); las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo ($p < .01$); las alteraciones en la activación y reactividad ($p < .05$ y $p < .01$); los

síntomas de ansiedad ($p < .01$); y los síntomas de depresión ($p < .01$). Asimismo, también se observa una correlación negativa entre la longitud de la narrativa positiva y los síntomas disociativos postraumáticos ($p < .01$).

Por su parte, la coherencia de la narrativa traumática y positiva correlaciona negativa y significativamente a un nivel de $p < .01$ con la severidad de todos los síntomas clínicos contemplados (i.e. sintomatología del TEPT los distintos clústeres de síntomas del TEPT, disociación peritraumática, disociación postraumática, ansiedad y depresión). Asimismo, la riqueza de detalles en la narrativa traumática correlaciona significativa y negativamente con la severidad de la sintomatología postraumática; los síntomas intrusivos; los síntomas de evitación; las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo; las alteraciones en la activación y reactividad; la disociación peritraumática; y la sintomatología depresiva ($p < .01$).

Además, mientras que solo se observa una correlación significativa y negativa entre la orientación temporal de las narrativas positivas y los síntomas depresivos ($p < .05$), la orientación espacial de la narrativa traumática, sí muestra correlaciones significativas y negativas con la severidad de los síntomas de TEPT ($p < .01$), los síntomas intrusivos ($p < .01$); las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo ($p < .01$); las alteraciones en la activación y reactividad ($p < .05$); los síntomas disociativos peritraumáticos ($p < .01$), los síntomas disociativos postraumáticos ($p < .05$); los síntomas de ansiedad ($p < .01$) y los síntomas de depresión ($p < .05$). Asimismo, también se observan correlaciones significativas y negativas entre la orientación espacial de la narrativa positiva y la sintomatología depresiva ($p < .05$).

En lo que respecta a los aspectos emocionales de las narrativas, la velocidad de las narrativas positivas y traumáticas correlaciona negativamente a un nivel de $p < .01$ con la severidad de los síntomas de TEPT; los síntomas intrusivos; las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo; las alteraciones en la activación y reactividad; la disociación peritraumática; la disociación postraumática; los síntomas de ansiedad; y los síntomas de depresión. Además, la velocidad de la narrativa traumática, pero no de la

positiva, correlacionaría inversa y significativamente con la severidad de los síntomas de evitación ($p < .01$).

Asimismo, nos encontramos con correlaciones significativas y positivas entre la proporción de procesos afectivos en la narrativa traumática y la severidad de todos los síntomas evaluados, siendo en todos los casos la p menor a $.01$, a excepción de en las alteraciones en la activación y reactividad en la que esta sería inferior a $.05$. Además, la proporción de procesos afectivos en la narrativa positiva también correlacionaría positiva y significativamente con la severidad de la sintomatología intrusiva y disociativa postraumática ($p < .05$).

Por su parte, curiosamente, la proporción de expresiones asociadas a emociones positivas en la narrativa del recuerdo más feliz en la vida de las participantes correlacionaría positiva y significativamente con la severidad de los síntomas postraumáticos ($p < .01$); la sintomatología intrusiva ($p < .01$), las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo ($p < .05$); las alteraciones en la activación y reactividad ($p < .01$); la disociación postraumática ($p < .01$); y la sintomatología ansiosa.

En contraposición, la proporción de referencias a emociones negativas en las narrativas traumáticas correlaciona directa y significativamente con la severidad de todos los síntomas evaluados, a saber, la sintomatología del TEPT en general ($p < .01$); los síntomas intrusivos ($p < .01$); los síntomas de evitación ($p < .01$); las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo ($p < .01$); las alteraciones en la activación y reactividad ($p < .01$); la disociación peritraumática ($p < .05$); la disociación postraumática ($p < .01$); los síntomas de ansiedad ($p < .01$); y los síntomas de depresión ($p < .01$).

Asimismo, la proporción de expresiones asociadas a la ira en la narrativa traumática también correlacionan directa y significativamente con la severidad de todos los síntomas contemplados a excepción, curiosamente, de las alteraciones en la activación y reactividad ($p = .097$), precisamente el clúster que incluiría el criterio relacionado con esta emoción (i.e. Criterio C1: Comportamiento irritable y ataques de ira). Específicamente, la frecuencia con la que se emplean este tipo de expresiones en

la narrativa del evento estresante correlaciona significativamente la severidad de la sintomatología postraumática ($p < .01$), los síntomas intrusivos ($p < .05$); los síntomas de evitación ($p < .01$); las alteraciones cognitivas y el estado de ánimo ($p < .05$); la disociación peritraumática ($p < .05$); la disociación postraumática ($p < .05$); la sintomatología ansiosa ($p < .01$); y la sintomatología depresiva ($p < .01$).

En lo referente a las expresiones que denotan tristeza, su proporción en las narrativas traumáticas de las víctimas de violencia correlacionaría directa y significativamente con la severidad de la sintomatología postraumática en general ($p < .05$); las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo ($p < .05$); las alteraciones en la activación y reactividad ($p < .01$), los síntomas disociativos postraumáticos ($p < .05$); y la sintomatología depresiva ($p < .05$).

Por su parte, destaca especialmente como el tono emocional de las narrativas traumáticas y positivas correlaciona significativa ($p < .01$) y positivamente con la severidad de todos los correlatos psicopatológicos evaluados (i.e. sintomatología postraumática, síntomas intrusivos, síntomas de evitación, alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, alteraciones en la activación y reactividad, disociación peritraumática, disociación postraumática, síntomas de ansiedad y síntomas de depresión).

En cuanto a los procesos perceptivos, la proporción de expresiones relativas a este tipo de procesos en las narrativas positivas correlaciona significativa y positivamente a un nivel de p inferior a .05 con la severidad total de la sintomatología postraumática y la disociación peritraumática.

Asimismo, llama la atención no encontrar ninguna correlación significativa entre la severidad de los síntomas clínicos evaluados y la prevalencia en las narrativas positivas y/o negativas de expresiones referidas a procesos cognitivos, causa o *insight*.

Finalmente, aunque el uso del presente en las narrativas no correlaciona con ninguna de las variables consideradas, la proporción de pronombres en primera persona de la narrativa traumáticas sí lo hace positivamente con la severidad de la sintomatología postraumática ($p < .05$) y la disociación peritraumática ($p < .01$). Mientras

que, curiosamente, la frecuencia con la que se incluyen este tipo de pronombres en la narrativa positiva correlaciona positiva y significativamente con la severidad de la sintomatología postraumática ($p<.01$); los síntomas de evitación ($p<.05$); las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo ($p<.01$); las alteraciones en la activación y reactividad ($p<.05$); los síntomas disociativos postraumáticos ($p<.01$); los síntomas de ansiedad ($p<.05$) y los síntomas de depresión ($p<.05$).

Tabla 6.19. Correlaciones entre las VV narrativas, la centralidad y la sintomatología en víctimas de violencia (n=100).

		CES	TEPT	I	E	ACEA	AAR	D. Peri	D. Post.	Ans.	Depre.
Centralidad											
CES		1	.627**	.591**	.476**	.546**	.521**	.557**	.420**	.498**	.469**
Codificación											
<i>Longitud</i>	—	-.040	-.308**	-.197*	-.242*	-.341**	-.249*	-.177	-.196	-.314**	-.315**
	+	-.094	-.323**	-.203*	-.226*	-.290**	-.353**	-.070	-.294**	-.319**	-.297**
<i>Coherencia</i>	—	-.303**	-.436**	-.353**	-.289**	-.394**	-.415**	-.467**	-.354**	-.362**	-.362**
	+	-.212*	-.436**	-.367**	-.285**	-.392**	-.408**	-.405**	-.348**	-.421**	-.396**
<i>R. Detalles</i>	—	-.229*	-.345**	-.320**	-.334**	-.315**	-.241*	-.205*	-.189	-.300**	-.241*
	+	.040	-.149	-.082	-.107	-.126	-.180	.003	-.180	.026	.056
<i>Orientación temporal</i>	—	-.006	-.154	-.125	-.022	-.164	-.154	.050	-.210*	-0.250	-0.157
	+	.019	-.171	-.103	-.126	-.168	-.171	-.072	-.227*	-.114	-.201*
<i>Orientación Espacial</i>	—	-.235*	-.278**	-.270**	-.122	-.262**	-.243*	-.268**	-.210*	-.307**	-.244*
	+	-.053	-.119	-.032	-.058	-.116	-.167	.027	-.159	-.161	-.206*
Aspectos emocionales											
<i>Velocidad</i>	—	-.243*	-.448**	-.366**	-.302**	-.475**	-.339**	-.431**	-.345**	-.395**	-.432**
	+	-.158	-.332**	-.262**	-.187	-.320**	-.311**	-.265**	-.299**	-.350**	-.386**
<i>P. Afectivos</i>	—	.262**	.423**	.320**	.327**	.403**	.375**	.254*	.423**	.425**	.391**
	+	.111	.180	.223*	.087	.112	.179	.113	.206*	.150	.122
<i>E. Positivas</i>	—	.014	.015	-.101	-.053	.036	.112	-.008	.173	.097	.111
	+	.143	.269**	.273**	.146	.203*	.270**	.104	.261**	.203*	.168
<i>E. Negativas</i>	—	.253*	.373**	.395**	.351**	.298**	.276**	.248*	.301**	.336**	.298**
	+	-.025	-.101	-.025	-.096	-.109	-.109	.077	-.051	-.053	-.037
<i>Ira</i>	—	.233*	.259**	.251*	.322**	.213*	.167	.240*	.244*	.333**	.280**
	+	-.063	-.127	-.040	-.117	-.149	-.118	-.004	-.008	-.086	-.005

272 / Memoria y narrativa del trauma en víctimas de actos violentos

		CES	TEPT	I	E	ACEA	AAR	D. Peri	D. Post.	Ans.	Depre.
<i>Tristeza</i>	—	.143	.248*	.161	.145	.241*	.259**	.147	.223*	.174	.235*
	+	-.066	-.016	-.023	-.068	.003	-.001	.000	-.033	.002	-.020
<i>Tono emocional</i>	—	.401**	.501**	.434**	.388**	.455**	.424**	.421**	.376**	.507**	.508**
	+	.240*	.378**	.370**	.264**	.308**	.337**	.282**	.313**	.355**	.485**
Aspectos perceptivos y sensoriales											
<i>P. Perceptivos</i>	—	.108	.025	.052	.038	.019	-.008	.195	.115	-.068	.046
	+	.203*	.208*	.116	.115	.250*	.179	.246*	.161	.164	.178
Aspectos cognitivos											
<i>P. Cognitivos</i>	—	.144	.122	.038	.144	.187	.051	.064	.127	.025	.029
	+	.131	.152	.098	.206*	.138	.118	.064	.174	.012	.119
<i>Causa</i>	—	-.028	.079	-.029	.143	.075	.109	.080	.036	.022	.047
	+	.141	.119	.121	.193	.132	.011	-.061	.027	-.085	.013
<i>Insight</i>	—	.080	-.034	-.073	.098	.023	-.111	-.040	-.022	.045	.019
	+	.150	.080	.068	.166	.052	.044	.013	.058	.021	.145
Perspectiva del narrador											
<i>1ª persona del singular</i>	—	.242*	.200*	.194	.105	.179	.177	.311**	.145	.076	.047
	+	.149	.261**	.169	.209*	.288**	.207*	.137	.290**	.205*	.197*
<i>Presente</i>	—	.084	-.005	.151	.021	-.050	-.092	-.001	-.012	-.108	-.065
	+	.085	.090	.059	.015	.103	.091	.070	-.016	-.098	.087

Nota. * $p < .05$. ** $p < .01$; TEPT=Gravedad de la sintomatología postraumática; I=Gravedad de los síntomas intrusivos; E=Gravedad de los síntomas de evitación; ACEA=Gravedad de las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo; AAR=Gravedad de las alteraciones en la activación y reactividad; D. Peri=Gravedad de la sintomatología disociativa peritraumática; D. Post=Gravedad de la sintomatología disociativa postraumática; Ans.=Gravedad de los síntomas ansiosos; Depre. =Gravedad de los síntomas depresivos; —=Narrativa estresante; +=Narrativa positiva.

6.4.2. Las VV del recuerdo y el estado clínico: modelos y predictores

Se llevaron a cabo distintos Análisis de Regresión Jerárquicos que permitieran determinar el carácter predictivo conjunto e individual de las variables evaluadas en las narrativas traumáticas y positivas asociadas al procesamiento emocional y la fragmentación/superioridad de los recuerdos sobre el estado clínico de las participantes, controlando las variaciones atribuibles al efecto de la centralidad del recuerdo traumático. Esta variable, era introducida en el Paso 1 en todos y cada uno de los Análisis de Regresión implementados para cada síntoma específico. Asimismo, en el Paso 2 se introducían aquellas variables asociadas al procesamiento emocional que, en cada caso, habían mostrado mayores niveles de correlación con la sintomatología específica. Y, por último, en el Paso 3 se hacía lo propio con las variables relacionadas con la fragmentación/superioridad del recuerdo. Así, además de controlar el efecto de la centralidad del evento traumático sobre las características emocionales de las narrativas y la fragmentación/superioridad del recuerdo, esta metodología estadística nos permitía controlar el efecto de los aspectos asociados al procesamiento emocional sobre la fragmentación/superioridad del recuerdo narrativo. De esta manera podremos confirmar o refutar los principales evidencias y supuestos teóricos previamente observados en la literatura sobre memoria y experiencias traumáticas.

6.4.2.1. Recuerdos traumáticos y estado clínico en víctimas de violencia

En primer lugar, en la Tabla 6.20. se muestran los resultados del Análisis de Regresión Jerárquico sobre *la intensidad de la sintomatología de TEPT en general*, cuyos predictores consiguen explicar un 54.9% de la varianza.

Sin embargo, como muestran los resultados del Paso 1, la centralidad por sí misma ya constituiría un predictor significativo de tal sintomatología ($p < .001$) que

explicaría un 39.3% de esa varianza. Por su parte, la inclusión de variables narrativas asociadas a la intensidad emocional del recuerdo (i.e. tono emocional, la velocidad y la proporción de referencias a procesos afectivos) en el Paso 2, explicarían un significativo (F del cambio= 10.03, $p<.001$) 14.6% adicional de la varianza. En este caso, aunque solo la centralidad y la proporción de referencias a procesos afectivos debutan como predictores significativos ($p<.001$ y $p=.011$), conviene destacar que el nivel de significación de la velocidad narrativa ($p=.019$) se aproximaría en gran medida al umbral de significación ajustado de acuerdo con la corrección de Bonferroni (p ajustada=.012).

Sin embargo, en el Paso 3, en el que la inclusión en el modelo de la coherencia narrativa supone un incremento significativo del 3.3% con respecto al modelo anterior (F del cambio=7.35, $p=.008$), esta tendencia observada con relación a la velocidad desaparece. De manera que, parece que, cuando se tiene en cuenta la coherencia de la narrativa, la velocidad de esta sirve en menor medida como indicador de la sintomatología postraumática.

En conjunto, de los cinco potenciales predictores, solo una mayor centralidad del recuerdo traumático, una proporción superior de expresiones afectivas y una menor coherencia pronosticaban de manera significativa ($p<.001$; $p=.005$; $p=.008$) una mayor sintomatología postraumática. Siendo el peso sobre los pronósticos muy superior en el caso de la centralidad frente a las expresiones afectivas y la coherencia que prácticamente estarían a la par a este respecto.

Finalmente, cabe descartar cualquier problema asociado a la colinealidad entre las variables introducidas en el Análisis de Regresión de acuerdo con los valores de TOL (centralidad=.784; tono emocional=.623; velocidad=.681; procesos afectivos=.853; coherencia=.829) y los FIV (centralidad=1.28; tono emocional=1.60; velocidad=1.47; procesos afectivos=1.17; coherencia=1.21).

Tabla 6.20. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre la sintomatología del TEPT en víctimas de violencia (n=100).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.627	7.96	<.001
R^2 corregida= .386			
$\Delta R^2=.393$			
$F(1,98) = 63.35, p <.001$			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.468	6.07	<.001
Tono emocional	1.49	1.71	.091
Velocidad	-.198	-2.38	.019
Procesos afectivos	.195	2.59	.011
R^2 corregida= .519			
$\Delta R^2=.146$			
$F(4,95) = 27.74, p <.001$			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.425	5.58	<.001
Tono emocional	.118	1.38	.170
Velocidad	-.157	-1.92	.058
Procesos afectivos	.210	2.87	.005
Coherencia	-.201	-2.71	.008
R^2 corregida= .549			
$\Delta R^2=.033$			
$F(5,94) = 25.14, p <.001$			

Como se refleja en la Tabla 6.21, el modelo conjunto que contempla la centralidad, el tono emocional, las emociones negativas, la velocidad y la coherencia narrativa como potenciales predictores de los *síntomas intrusivos* resulta también significativo, explicando un 43.5% de su varianza.

Los resultados estadísticos relativos al Paso 1 revelan un importante papel de la centralidad del recuerdo traumático como predictor significativo de estos síntomas que alcanzaría a explicar en solitario un 34.3% de su varianza. Por su parte, la inclusión de las variables emocionales en el Paso 2 implican un incremento significativo del 10.3% en la R^2 (F del cambio=5.93, $p=.001$). Si bien dicho incremento no supone que ninguna de las variables narrativas contempladas constituya un predictor significativo de la sintomatología intrusiva de acuerdo con el umbral de significación ajustado ($p=.012$). Aunque en el caso de las emociones negativas el nivel de significación resulta muy

próximo al mencionado umbral ($p=.016$) y su peso sobre los pronósticos resulta destacable ($\beta=.204$), asociándose a nivel de tendencia una mayor proporción de este tipo de expresiones con una intensidad mayor de los síntomas intrusivos.

Por su parte, en la inclusión de la coherencia en el Paso 3 no supone un incremento de R^2 significativo (F del cambio=2.04, $p=.156$) que garantice un beneficio adicional de este modelo, así como tampoco muestra que esta variable constituya un predictor significativo de la sintomatología intrusiva.

En definitiva, si bien las variables narrativas emocionales muestran una cierta contribución a la hora de explicar los síntomas intrusivos, cosa que no ocurre con la coherencia, solo la centralidad del recuerdo constituiría en efecto un predictor significativo de dicha sintomatología.

Finalmente, la existencia de niveles prohibitivos de colinealidad entre las variables queda descartada atendiendo a los valores de TOL (centralidad=.790; tono emocional=.628; emociones negativas=.863; velocidad=.681 coherencia=.833) y los FIV (centralidad=1.27; tono=1.59; emociones negativas=1.16; velocidad=1.47; coherencia=1.20).

Tabla 6.21. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre los síntomas intrusivos en víctimas de violencia ($n=100$).

	β	t	p
Paso 1			
Centralidad	.591	7.25	<.001
R^2 corregida= .343			
$\Delta R^2=.349$			
$F(1,98) = 52.61, p <.001$			
Paso 2			
Centralidad	.459	5.47	<.001
Tono emocional	.123	1.30	.198
Emociones negativas	.204	2.49	.014
Velocidad	-.128	-1.41	.162
R^2 corregida= .429			
$\Delta R^2=.103$			
$F(4,95) = 19.59, p <.001$			

	β	t	p
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.436	5.13	<.001
Tono emocional	.107	1.12	.266
Emociones negativas	.200	2.46	.016
Velocidad	-.106	-1.16	.248
Coherencia	-.118	.1.43	.156
R^2 corregida= .435			
$\Delta R^2=.012$			
$F(5,94) = 16.25, p <.001$			

En el caso de los *síntomas de evitación* (véase Tabla 6.22.) el modelo conjunto que considera la centralidad, las variables emocionales y la riqueza de detalles resulta significativo y alcanza a explicar un 31% de la varianza. Una cifra considerablemente inferior a la observada en relación con el resto de los síntomas evaluados, pero que, en consonancia con los resultados previamente revisados, se atribuye en gran medida a la centralidad del recuerdo traumático. Así, esta variable por sí misma explica un 21.8% de esa varianza tal y como queda evidenciado en el Paso 1.

Asimismo, aunque la inclusión de las variables emocionales (i.e. tono emocional, emociones negativas y procesos afectivos) en el Paso 2 promueve un incremento significativo del 8.8% en la varianza explicada (F del cambio=4.08, $p=.009$), ninguna de estas variables se erige como predictor significativo de los síntomas incluidos en el clúster de evitación, siendo la variable que más se acerca al umbral de significación ajustado ($p=.012$) el tono emocional de la narrativa ($p=.063$) que, además, muestra un cierto peso sobre los pronósticos ($\beta=.180$). Así, a nivel de tendencia, un tono emocional más negativo durante la narrativa se relacionaría con una mayor intensidad en los síntomas de evitación.

De forma similar, la inclusión de la riqueza de detalles como medida de fragmentación/superioridad del recuerdo traumático en el Paso 3 también supone un incremento en la varianza explicada significativo, aunque considerablemente inferior (3%; F del cambio=4.31, $p=.041$). Y, nuevamente, ninguna de las variables incluidas en el modelo resultante predice significativamente los síntomas de evitación en virtud del

umbral de significación ajustado de acuerdo con la corrección de Bonferroni ($p < .01$). De manera que, una vez consideradas todas las variables, solo la centralidad del recuerdo traumático parece pronosticar en efecto los síntomas de evitación.

Por último, una vez más, los niveles de *TOL* (centralidad=.798; tono emocional=.784; emociones negativas=.555; procesos afectivos=.550; riqueza de detalles=.904) y los *FIV* (centralidad=1.25; tono emocional=1.27; emociones negativas=1.80; procesos afectivos=1.82; riqueza de detalles=1.11) nos permiten descartar la existencia de niveles prohibitivos de colinealidad entre los potenciales predictores introducidos en el modelo.

Tabla 6.22. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre los síntomas de evitación en víctimas de violencia ($n=100$).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.476	5.35	<.001
R^2 corregida= .218			
$\Delta R^2=.226$			
$F(1,98) = 28.67, p < .001$			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.343	3.64	<.001
Tono emocional	.180	1.87	.063
Emociones negativas	.163	1.44	.154
Procesos afectivos	.075	.658	.512
R^2 corregida= .286			
$\Delta R^2=.088$			
$F(4,95) = 10.91, p < .001$			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.316	3.38	.001
Tono emocional	.167	1.77	.081
Emociones negativas	.141	1.26	.211
Procesos afectivos	.059	.525	.601
Riqueza de detalles	-.182	-2.08	.041
R^2 corregida= .310			
$\Delta R^2=.030$			
$F(5,94) = 9.90, p < .001$			

En lo que se refiere a las *alteraciones cognitivas y del estado de ánimo* (véase Tabla 6.23.), también resulta significativo el modelo conjunto que implica a la

centralidad, la velocidad narrativa, el tono emocional, permitiéndonos explicar un 46% de la varianza.

Así, la centralidad del recuerdo vuelve a constituir un predictor significativo que explica individualmente una proporción de la varianza considerable en el Paso 1 (29.1%). En este sentido, aunque esta proporción supera a la varianza explicada en relación con los síntomas de evitación, no alcanza las cotas observadas en el caso de la sintomatología postraumática general y los síntomas intrusivos.

Por su parte, el incremento significativo en la varianza explicada tras la inclusión de las variables afectivas (i.e. velocidad, tono emocional y procesos afectivos) en el Paso 2 (16.5%, F del cambio=9.75, $p<.001$) también es superior en el caso de la intensidad de las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo frente al resto de sintomatología postraumática y disociativa. No obstante, en este Paso 2, solo una menor velocidad narrativa predeciría significativamente ($p=.003$) este tipo de sintomatología atendiendo a la p ajustada=.012. Si bien, una mayor proporción de procesos afectivos, aunque no alcanza estrictamente el umbral de significación establecido, la proximidad de su nivel de significación ($p=.022$) y su peso sobre los pronósticos ($\beta=.189$), apuntarían a una tendencia a la asociación de esta variable con una mayor intensidad de dichas alteraciones

Por último, en el Paso 3, la consideración de la coherencia narrativa en el modelo también promueve un incremento significativo en la varianza explicada (2.4%; F del cambio=4.42, $p=.038$). De forma que, en conjunto, la mayor centralidad del recuerdo y la menor velocidad de la narrativa constituirían los únicos predictores significativos de las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo ($p<.001$ y $p=.009$, respectivamente). Asimismo, la incorporación al modelo de la coherencia también afecta a la capacidad predictiva de la proporción de las expresiones afectivas tal y como pone en evidencia el incremento de su peso sobre los pronósticos ($\beta=.202$) y la proximidad del nivel de significación asociado al estadístico t ($p=.013$) al umbral de significación ($p=.01$). Observándose una clara tendencia a que una mayor proporción de procesos afectivos

en la narrativa negativa se relacione con una mayor intensidad de la sintomatología cognitiva y afectiva.

En cuanto a la colinealidad entre las variables, se descartan valores prohibitivos atendiendo a los niveles de *TOL* (centralidad=.784; velocidad=.681; tono emocional=.623; procesos afectivos=.853; coherencia=.829) y los *FIV* (centralidad=1.28; velocidad=1.47; tono emocional=1.60; procesos afectivos=1.17; coherencia=1.21).

Tabla 6.23. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo en víctimas de violencia (n=100).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.546	6.46	<.001
<i>R² corregida= .291</i>			
<i>ΔR²=.298</i>			
<i>F(1,98) = 41.68, p <.001</i>			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.392	4.71	<.001
Velocidad	-.273	-3.04	.003
Tono emocional	.096	1.02	.310
Procesos afectivos	.189	2.33	.022
<i>R² corregida= .441</i>			
<i>ΔR²=.165</i>			
<i>F(4,95) = 20.52, p <.001</i>			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.356	4.26	<.001
Velocidad	-.238	-2.66	.009
Tono emocional	.070	.747	.457
Procesos afectivos	.202	2.52	.013
Coherencia	-.170	-2.10	.038
<i>R² corregida= .460</i>			
<i>ΔR²=.024</i>			
<i>F(5,94) = 17.89, p <.001</i>			

En la Tabla 6.24 se presentan los resultados del Análisis de Regresión Jerárquico relativo al último clúster de síntomas del TEPT-las *alteraciones de la activación y reactividad*-. Así, el modelo conjunto que contempla la centralidad, las variables emocionales relevantes en este caso y la coherencia narrativa un 39% de la varianza en este tipo de sintomatología.

Nuevamente, tal como evidencia el Paso 1, la centralidad del recuerdo traumático explica por sí misma una proporción considerable y significativa de la varianza de este tipo de síntomas (26.4%). Aunque dicha proporción muestra un incremento significativo y considerable (10.2%; F del cambio=5.18, $p=.002$) al incluirse en el Paso 2 las variables emocionales (i.e. tono emocional, procesos afectivos y velocidad narrativa), ninguna de estas variables emocionales se erige en este modelo como predictora significativa de la intensidad de esta sintomatología, siendo únicamente la mayor centralidad del recuerdo la que muestra niveles de significación por debajo del umbral establecido (p ajustada=.012).

Por su parte, en el Paso 3, que supone la inclusión de la coherencia en el modelo, también implica un incremento significativo en la varianza explicada (4.7%; F del cambio=7.70, $p=.007$) Además, este modelo supone la identificación de la nueva variable incluida como predictor significativo de la sintomatología contemplada en este grupo de síntomas ($p=.007$). Así, una menor coherencia en la narrativa traumática pronosticaría una mayor intensidad en la activación y reactividad de las víctimas de agresiones. Además, en este modelo final, la mayor proporción de procesos afectivos, además de mostrar un peso sobre los pronósticos digno de consideración ($\beta=.213$), su nivel de significación ($p=.014$) roza el umbral de significación ajustado ($p=.01$). De manera que se observaría una cierta tendencia a que la mayor proporción de este tipo de expresiones en la narrativa pronostique una intensidad mayor en las alteraciones en la activación y reactividad.

Finalmente, tampoco en este caso no se observaron indicios de colinealidad en la revisión de los niveles de TOL (centralidad=.784; tono emocional=.623; procesos afectivos=.853; velocidad=.681; coherencia=.829) y los FIV (centralidad=1.28; tono emocional=1.60; procesos afectivos=1.17; velocidad=.1.47; coherencia=1.21).

Tabla 6.24. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre las alteraciones en la activación y reactividad en víctimas de violencia (n=100).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.521	6.04	<.001
R^2 corregida= .264			
$\Delta R^2=.271$			
$F(1,98) = 36.49, p <.001$			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.382	4.25	<.001
Tono emocional	.155	1.52	.133
Procesos afectivos	.195	2.22	.028
Velocidad	-.106	-1.10	.275
R^2 corregida= .347			
$\Delta R^2=.102$			
$F(4,95) = 14.18, p <.001$			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.331	3.74	<.001
Tono emocional	.117	1.18	2.41
Procesos afectivos	.213	2.50	.014
Velocidad	-.058	-.611	.543
Coherencia	-.239	-2.78	.007
R^2 corregida= .390			
$\Delta R^2=.047$			
$F(5,94) = 13.68, p <.001$			

En lo que respecta a los *síntomas disociativos peritraumáticos* (véase Tabla 6.25.), nos encontramos con un considerable 44.2% de la varianza en la sintomatología disociativa explicada por el modelo conjunto que contempla todos los potenciales predictores incluidos en los análisis.

Sin embargo, si nos detenemos de nuevo el Paso 1, este apunta a la gran capacidad predictiva de la centralidad del recuerdo sobre la sintomatología disociativa peritraumática, que llega a explicar individualmente un 30.3% de la varianza de esta variable criterio. Por su parte, la inclusión de las variables narrativas emocionales (i.e. tono emocional y velocidad) promueven un incremento significativo en la varianza explicada (9.9%; F del cambio=8.07; $p=.001$), si bien solo una mayor centralidad del recuerdo y una menor velocidad de la narrativa pronosticarían el incremento de la

sintomatología disociativa. Siendo el peso de la centralidad sobre los pronósticos nuevamente casi el doble que el de la velocidad de la narrativa.

Finalmente, la consideración en el Paso 3 de la coherencia de la narrativa, supone también incremento significativo en la varianza explicada (5.5%; F del cambio= 0.73, $p=.002$), Así, en este caso, una mayor centralidad del recuerdo y una menor coherencia de la narrativa traumática pronosticarían un incremento de este tipo de sintomatología en las víctimas de violencia interpersonal. Además, aunque en este modelo el ajuste del umbral en base al número de predictores ($p<.01$) no permite que la velocidad narrativa constituya en efecto un predictor de los síntomas disociativos peritraumáticos, su cercanía a tal umbral de significación ($p=.015$) y su peso sobre los pronósticos ($\beta=-.222$) revelan una clara tendencia en este sentido. Asimismo, a este respecto resulta interesante como, aparentemente, la introducción en el modelo de la coherencia narrativa influye en la consideración como predictor de la velocidad narrativa.

En conjunto, podemos afirmar que una mayor centralidad del evento, una menor coherencia y, al menos a nivel de tendencia, una menor velocidad a la hora de narrar el recuerdo serviría como indicadores de pronóstico para la intensidad de los síntomas disociativos peritraumáticos.

Finalmente, también que en este caso no habría problemas de colinealidad de acuerdo con los niveles de TOL (centralidad=.806; tono emocional=.645; velocidad=.702; coherencia=.834) y los FIV (centralidad=1.24; tono emocional=1.57; velocidad= 1.42; coherencia=1.20).

Tabla 6.25. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre los síntomas disociativos peritraumáticos en víctimas de violencia ($n=100$).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.557	6.64	<.001
R^2 corregida= .303			
$\Delta R^2=.310$			
$F(1,98) = 44.05, p <.001$			

	β	t	p
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.452	5.27	<.001
Tono emocional	.099	1.01	.315
Velocidad	-.270	-2.92	.004
R^2 corregida= .391			
ΔR^2 =.099			
$F(2,97) = 22.18, p <.001$			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.401	4.79	<.001
Tono emocional	.061	.652	.516
Velocidad	-.222	-2.47	.015
Coherencia	-.257	-3.12	.002
R^2 corregida= .442			
ΔR^2 =.055			
$F(4,95) = 20.58, p <.001$			

Por su parte, en la Tabla 6.26 se presentan los resultados del Análisis de Regresión Jerárquico de las variables del recuerdo traumático sobre los *síntomas disociativos postraumáticos*. La consideración en un modelo de la centralidad junto con las variables emocionales y las asociadas a la fragmentación consiguen explicar en conjunto un 25,6% de la varianza en este tipo de síntomas.

Como novedad, destaca que, aunque la centralidad del recuerdo constituye por sí mismo un predictor significativo de este tipo de sintomatología ($p <.001$), la varianza explicada por esta variable individualmente en el Paso 1 es considerablemente inferior (16.8%) a la hallada en el caso del resto de correlatos clínicos evaluados.

Por el contrario, la inclusión de las variables narrativas emocionales (i.e. procesos afectivos, tono emocional y velocidad) implica una mejora considerable en el poder predictivo del modelo que sufre un incremento significativo en la varianza explicada (14.1%; F del cambio=6.48, $p <.001$). En este contexto, la mayor proporción de procesos afectivos y la centralidad del recuerdo constituirían predictores significativos ($p = .003$ y $p = .006$) de los síntomas disociativos postraumáticos, con pesos sobre los pronósticos muy similares ($\beta = .277$ y $\beta = .264$) pero que, por primera vez,

resultan mayores en el caso de una variable narrativa frente a la centralidad autoinformada del recuerdo.

La inclusión de la coherencia en el Paso 3 produce un ligero pero significativo incremento en la varianza explicada (3.3%; F del cambio=4.77, $p=.031$), si bien no se observan cambios sustanciales en las variables que se erigen como predictoras de la sintomatología postraumática. De hecho, esta inclusión no hace si no acentuar las diferencias en los pesos de los procesos afectivos y la centralidad, a favor de la primera variable sobre la segunda ($\beta=.289$ y $\beta=.224$). Por su parte, en lo que respecta a la coherencia, cabe destacar que, aunque no alcanza el umbral de significación corregido ($p<.01$), se acerca en cierta medida ($p=.031$) y su peso sobre los pronósticos ($\beta=-.201$) apunta a una muy ligera tendencia a que una menor coherencia se relacione con una mayor intensidad en la sintomatología disociativa postraumática.

En cuanto a la colinealidad entre las variables de acuerdo con los niveles de TOL (centralidad=.785; procesos afectivos=.854; tono emocional=.623; velocidad=.672 coherencia=.826) y los FIV (centralidad=1.27; procesos afectivos=1.17; tono emocional= 1.61; velocidad=1.49; coherencia=1.21) también en este caso se descarta la presencia de niveles prohibitivos de esta.

Tabla 6.26. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre los síntomas disociativos postraumáticos en víctimas de violencia ($n=100$).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.420	4.55	<.001
R^2 corregida= .168			
$\Delta R^2=.176$			
$F(1,98) = 20.75, p <.001$			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.264	2.80	.006
Procesos afectivos	.277	3.01	.003
Tono emocional	.112	1.04	.300
Velocidad	-.137	-1.35	.181
R^2 corregida= .288			
$\Delta R^2=.141$			
$F(4,95) = 10.93, p <.001$			

	β	t	p
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.226	2.40	.019
Procesos afectivos	.289	3.20	.002
Tono emocional	.082	.771	.443
Velocidad	-.092	-.898	.371
Coherencia	-.201	-2.18	.031
R^2 corregida= .316			
$\Delta R^2=.033$			
$F(5,94) = 10.05, p <.001$			

En relación con la *sintomatología ansiosa* (véase Tabla 6.26.), como puede observarse en la Tabla 6.27., de nuevo la centralidad parece explicar individualmente una proporción destacable de la varianza (24%) presentada por las víctimas de violencia en este tipo de sintomatología.

Por su parte, la consideración de las variables narrativas afectivas (i.e. tono emocional, procesos afectivos y velocidad) en el Paso 2 supone un incremento significativo y considerable de la varianza explicada (17.8%; F del cambio=9.78, $p<.001$), alcanzando este segundo modelo a explicar un 40.1% de la varianza en la sintomatología ansiosa. De manera que, una mayor centralidad, un incremento en la proporción de referencias a procesos afectivos en las narrativas y un tono emocional más negativo se erigen en este caso como predictores significativos de la sintomatología ansiosa en víctimas de violencia atendiendo a sus niveles de significación ($p=.001$, $p=.007$ y $p=.012$) y al umbral establecido en virtud del número de predictores introducidos en el modelo ($p=.012$).

Sin embargo, al respecto de la sintomatología ansiosa, la coherencia de la narrativa no aportaría nada en términos predictivos tal y como evidencia el incremento no significativo en la varianza explicada por el modelo del Paso 3 que introduce esta variable narrativa (2%, F del cambio=3.40, $p=.068$).

Finalmente, los índices de *TOL* (centralidad=.784; tono emocional=.623; procesos afectivos=.853; velocidad=.681; coherencia=.829) y los *FIV* (centralidad=1.28; tono emocional=1.60; procesos afectivos=1.17; velocidad=1.47; coherencia=1.21), nos

llevan a descartar una vez más problemas de colinealidad entre variables incluidas en el modelo del Paso 2.

Tabla 6.27. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre la sintomatología ansiosa en víctimas de violencia (n=100).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.498	5.68	<.001
<i>R² corregida= .240</i>			
<i>ΔR²=.248</i>			
<i>F(1,98) = 32.30, p <.001</i>			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.308	3.58	.001
Tono emocional	.249	2.55	.012
Procesos afectivos	.231	2.74	.007
Velocidad	-1.20	-1.30	.198
<i>R² corregida= .401</i>			
<i>ΔR²=.178</i>			
<i>F(4,95) = 17.58, p <.001</i>			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.275	3.17	.002
Tono emocional	.225	2.31	.023
Procesos afectivos	.242	2.91	.005
Velocidad	-.089	-.955	.342
Coherencia	-.156	-1.84	.068
<i>R² corregida= .416</i>			
<i>ΔR²=.020</i>			
<i>F(5,94) = 15.10, p <.001</i>			

Finalmente, en lo referente a los *síntomas de depresión*, como puede apreciarse en la Tabla 6.28., al ser considerada en el Paso 1 de manera individual la centralidad del recuerdo, esta constituye un predictor significativo de la sintomatología depresiva, explicando un 21.2% de su varianza.

Asimismo, la consideración de las variables narrativas afectivas (i.e. tono emocional, velocidad y procesos afectivos) en el Paso 2 supone un incremento significativo de la varianza explicada (18.6%; *F del cambio*=9.91, *p*<.001). Si bien solo la centralidad del recuerdo se erige como predictor significativo de la sintomatología depresiva, las variables afectivas, y especialmente el tono emocional, presentan pesos

sobre los pronósticos y niveles de significación relativamente cercanos al umbral establecido en virtud del número de predictores.

En contraposición, la incorporación de la coherencia en el Paso 3 al modelo de predicción no provoca un incremento significativo en la varianza explicada (1.9%; F del cambio=3.08, $p=.083$), descartándose el papel de esta variable de cara a establecer pronósticos sobre este tipo de sintomatología afectiva.

Por último, como ya ocurría en todos los casos anteriores, los índices de TOL (centralidad=.784; tono emocional=.623 velocidad=.681; procesos afectivos=.853; coherencia=.829) y los FIV (centralidad=1.28; tono emocional=1.60; velocidad=1.47; procesos afectivos=1.17; coherencia=1.21) no indican niveles prohibitivos de colinealidad entre los potenciales predictores.

Tabla 6.28. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo traumático sobre los síntomas de depresión en víctimas de violencia ($n=100$).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.469	5.26	<.001
R^2 corregida= .212			
$\Delta R^2=.220$			
$F(1,98) = 27.63, p <.001$			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.278	3.18	.002
Tono emocional	.243	2.45	.016
Velocidad	-.181	-1.91	.059
Procesos afectivos	.189	2.21	.029
R^2 corregida= .381			
$\Delta R^2=.186$			
$F(4,95) = 16.22, p <.001$			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.246	2.79	.006
Tono emocional	.220	2.22	.029
Velocidad	-.150	-1.58	.117
Procesos afectivos	.200	2.36	.020
Coherencia	-.151	-1.75	.083
R^2 corregida= .394			
$\Delta R^2=.019$			
$F(5,94) = 13.88, p <.001$			

6.4.2.2. Recuerdos positivos y estado clínico en víctimas de violencia

En las siguientes Tablas (6.30-6.38). se recogen los resultados de los Análisis de Regresión Lineal Jerárquicos de las variables del recuerdo positivo sobre las distintas variables clínicas evaluadas. En este caso, atendiendo a que la centralidad del recuerdo haría referencia al traumático y, por tanto, los resultados del Paso 1 serían equivalentes a los de los análisis llevados cabo en relación con el recuerdo traumático, estos solo se comentarán en virtud de sus implicaciones para los resultados relativos a las variables de las narrativas positivas.

Así, la tabla 6.29, presenta los resultados del Análisis de Regresión Jerárquico de las variables del recuerdo positivo sobre la *postraumática general*, controlando el efecto que pudiera tener la centralidad del recuerdo traumático sobre los pronósticos. En este sentido, la inclusión en el modelo del Paso 2 de las variables narrativas afectivas (i.e. tono emocional y velocidad) supone un incremento significativo en la varianza explicada por el modelo (7.7%; F del cambio=6.94, $p=.002$) con respecto al modelo del Paso 1 que únicamente con la centralidad explicaba un 38.6% de la varianza. De manera que al incluir las varianzas emocionales de la narrativa positiva el modelo alcanza a explicar 45.3%, si bien la centralidad del recuerdo traumático se mantiene como único predictor significativo de la sintomatología postraumática, mientras que ninguna de las variables afectivas individualmente contribuye significativamente a los pronósticos de acuerdo con sus niveles de significación y el umbral ajustado al número de variables introducidas ($p=.017$).

Por su parte, en el Paso 3, además de observarse también un incremento significativo en la varianza explicada con la inclusión de las variables coherencia y longitud asociadas a la disponibilidad del recuerdo positivo (6.7%; F del cambio=6.85, $p=.002$), llegando el modelo a explicar un notable 51.2% de la varianza, también nos encontramos con que la coherencia se suma a la centralidad como predictor significativo de la sintomatología postraumática general ($p=.006$). Si bien el peso sobre los

pronósticos de la centralidad es más del doble que el de la coherencia. Por su parte, ninguna de las otras variables consideradas constituye predictores significativos de la sintomatología postraumática, si bien cabe destacar que sería la longitud de la narrativa la única que se acercaría en cierta medida a superar el umbral de significación ajustado ($p=.01$)

Asimismo, cabe destacar que los niveles de *TOL* (centralidad=.925; tono emocional=.698; velocidad=.700 coherencia=.783; longitud=.819) y los *FIV* (centralidad=1.08; tono emocional=1.43; velocidad=1.43; coherencia=1.28; longitud=1.23) nos permiten descartar cualquier problema asociado a la colinealidad entre los predictores que pudieran comprometer nuestros hallazgos.

Tabla 6.29. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre la sintomatología postraumática en víctimas de violencia (n=100).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.627	7.96	<.001
R^2 corregida= .386			
$\Delta R^2=.393$			
$F(1,98) = 63.35, p <.001$			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.560	7.30	<.001
Tono emocional	.167	1.96	.053
Velocidad	-.167	-1.99	.049
R^2 corregida= .453			
$\Delta R^2=.077$			
$F(3,96) = 28.30, p <.001$			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.534	7.32	.000
Tono emocional	.079	.936	.352
Velocidad	.072	.861	.391
Coherencia	-.223	-2.81	.006
Longitud	-.158	-2.03	.045
R^2 corregida= .512			
$\Delta R^2=.067$			
$F(5,94) = 21.79, p <.001$			

Con respecto a los *síntomas intrusivos* (véase Tabla 6.30.), al incorporar en el Paso 2 además de la centralidad del recuerdo traumático, aquellas variables afectivas

de la narrativa positiva que muestran mayores niveles de correlación con dicha sintomatología, observamos un incremento significativo en la varianza explicada (7.7%) que pasa del 34.3% de la centralidad en solitario al 40.8% (F del cambio=5.42, $p=.002$). Asimismo, un tono emocional más negativo en la narrativa positiva y una mayor centralidad del evento traumático constituirían predictores significativos de los síntomas intrusivos en virtud del umbral de significación ajustado ($p=.016$). Si bien el peso sobre los pronósticos de la centralidad superaría con creces el del tono emocional.

En cambio, la inclusión de las variables de la narrativa positiva asociadas a la codificación o disponibilidad del recuerdo en el Paso 3 no suponen un incremento significativo en la varianza explicada con respecto al paso anterior (2.3%; F del cambio=3.9, $p=.051$). De manera que estas variables de la narrativa positiva no parecen aportar nada de cara a la predicción de este tipo de sintomatología postraumática.

Finalmente, se descarta cualquier indicio de colinealidad entre las variables incluidas en el modelo de acuerdo con los índices de TOL (centralidad=.921; tono emocional=.800; emociones positivas=.917; coherencia=.803) y FIV (centralidad=1.08; tono emocional=1.25; emociones positivas=1.09; coherencia=1.24).

Tabla 6.30. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre los síntomas intrusivos en víctimas de violencia ($n=100$).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.591	7.25	<.001
R^2 corregida= .343			
$\Delta R^2=.349$			
$F(1,98) = 52.61, p <.001$			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.519	6.48	<.001
Tono emocional	.212	2.60	.011
Emociones positivas	.151	1.89	.061
R^2 corregida= .408			
$\Delta R^2=.077$			
$F(3,96) = 23.75, p <.001$			

	β	t	p
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.500	6.305	<.001
Tono emocional	.154	1.81	.073
Emociones positivas	.126	1.58	.118
Coherencia	-.169	-1.98	.050
R^2 corregida= .426			
ΔR^2 =.023			
$F(4,95) = 19.35, p <.001$			

En la Tabla 6.31 se presentan los resultados relativos a los *síntomas de evitación*. En este sentido, si bien como hemos visto en el apartado anterior la coherencia, el tono emocional y la longitud de la narrativa positiva correlacionaban de manera significativa con este tipo de síntomas, los resultados de los Análisis de Regresión Jerárquica revelan que no se dan incrementos en la varianza explicada de este tipo de sintomatología ni al incorporar a la centralidad del recuerdo traumático el tono emocional (F del cambio=3.10, p =.082), ni al introducir a este modelo también la coherencia y la longitud narrativa como medidas de fragmentación vs. superioridad del recuerdo (F del cambio=2.28, p =.108). De manera que ninguna de las variables analizadas de la narrativa positiva podrían pronosticar en efecto los síntomas de evitación.

Estos resultados no pueden atribuirse a problemas de colinealidad entre las variables si atendemos a los índices de *TOL* (centralidad=.926; tono emocional=.776; coherencia=.799; longitud=.879) y los *FIV* (centralidad=1.08; tono emocional=1.29; coherencia=1.25; longitud=1.14).

Tabla 6.31. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre los síntomas de evitación en víctimas de violencia ($n=100$).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.476	5.35	<.001
R^2 corregida= .218			
ΔR^2 =.226			
$F(1,98) = 28.67, p <.001$			

	β	t	p
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.430	4.85	<.001
Tono emocional	.159	1.76	.082
R^2 corregida= .235			
$\Delta R^2=.024$			
$F(2,97) = 16.19, p <.001$			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.418	4.64	<.001
Tono emocional	.072	.732	.466
Coherencia	-.131	-1.35	.179
Longitud	-.129	-1.39	.168
R^2 corregida= .254			
$\Delta R^2=.034$			
$F(4,95) = 9.45, p <.001$			

En lo que respecta a las *alteraciones cognitivas y del estado de ánimo* (véase Tabla 6.32.), partiendo de la contribución individual de la centralidad del recuerdo a la explicación de la varianza (29.1%) del Paso 1, la inclusión de las variables afectivas velocidad y tono emocional (Paso 2) promueven un incremento significativo en la explicación de tal variabilidad en la sintomatología (6.4%; F del cambio=4.80, $p=.010$), llegando a explicar el modelo conjunto un 34.2% de tal varianza sintomatológica. Sin embargo, en este modelo solo la centralidad constituye individualmente un predictor significativo con un peso destacable sobre los pronósticos de las alteraciones cognitivas y afectivas. Si bien se observa una tendencia en este sentido también en el caso de la velocidad narrativa ($p=.034$) que, sin embargo, no llega a alcanzar el umbral de significación ajustado (p ajustada=.016) pero que muestra un peso sobre los pronósticos destacable ($\beta=-.197$).

De forma similar, aunque la inclusión de la coherencia y la longitud como variables relacionadas con la disponibilidad del recuerdo en el Paso 3 también supone un incremento significativo en la varianza explicada (5.6%; F del cambio=4.55, $p=.013$), una vez más solo la centralidad predeciría significativamente las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo. Aunque se observa una tendencia a la consideración de la coherencia como predictor atendiendo a la cercanía de su nivel de significación ($p=.021$)

con el umbral ajustado ($p=.01$), así como en virtud de su peso sobre los pronósticos ($\beta=-.209$).

Asimismo, tampoco en este caso se incumpliría el supuesto de no colinealidad entre las VVII atendiendo a los niveles de *TOL* (coherencia=.920; p. perceptivos=.979; longitud=.904) y a los *FIV* (coherencia=1.09; p. perceptivos=1.02; longitud=1.11) de los distintos predictores.

Tabla 6.32. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo en víctimas de violencia ($n=100$).

	β	<i>t</i>	<i>p</i>
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.546	6.46	<.001
<i>R² corregida= .291</i>			
<i>ΔR²=.298</i>			
<i>F(1,98) = 41.68, p <.001</i>			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.491	5.84	<.001
Velocidad	-.197	-2.15	.034
Tono emocional	.100	1.07	.289
<i>R² corregida= .342</i>			
<i>ΔR²=.064</i>			
<i>F(3,96) = 18.18, p <.001</i>			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.467	5.71	<.001
Velocidad	.112	-1.19	.237
Tono emocional	.019	.199	.843
Coherencia	-.209	-2.35	.021
Longitud	-.138	-1.58	.117
<i>R² corregida= .388</i>			
<i>ΔR²=.056</i>			
<i>F(5,94) = 13.53, p <.001</i>			

La Tabla 6.33. recoge los resultados del Análisis de Regresión Jerárquico relativo a las variables del recuerdo positivo sobre la intensidad de los síntomas que implican *alteraciones en la activación y reactividad*. Así, la incorporación de las variables afectivas de la narrativa positiva (i.e. tono emocional y velocidad) en el Paso 2, supone un incremento significativo en la varianza explicada (7.1%; *F del cambio*=5.15, $p=.007$) con respecto al Paso 1, alcanzando a explicar un 32.1% de la varianza (vs. el 27.1% del

Paso 1). Sin embargo, en el paso 2 una vez más la centralidad constituye la única variable predictora de la sintomatología objeto de análisis.

Por su parte, el Paso 3, en el que se incorporan al modelo las variables dirigidas a evaluar la disponibilidad del recuerdo (i.e. coherencia y longitud) implican incluso un incremento superior en la varianza explicada (8.3%, F del cambio=6.83, $p=.002$). Asimismo, aunque tales variables no se erigen en efecto como predictores significativos de las alteraciones en la activación y reactividad, sus niveles de significación sí se acercarían al umbral establecido (p ajustada=.01) y sus pesos en los pronósticos serían destacados.

Finalmente, cabe descartar posibles problemas de colinealidad entre las variables en virtud de los índices de TOL (centralidad=.925; tono emocional=.698; velocidad=.700; coherencia=.783; longitud=.810) y los FIV (centralidad=1.08; tono emocional=1.43; velocidad=1.43; coherencia=1.28; longitud=1.23).

Tabla 6.33. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre las alteraciones en la activación y reactividad en víctimas de violencia ($n=100$).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.521	6.04	<.001
R^2 corregida= .264			
$\Delta R^2=.271$			
$F(1,98) = 36.49, p <.001$			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.458	5.36	<.001
Tono emocional	.149	1.57	.119
Velocidad	.017	-.171	.071
R^2 corregida= .321			
$\Delta R^2=.071$			
$F(3,96) = 16.63, p <.001$			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.432	5.32	<.001
Tono emocional	.055	.587	.559
Velocidad	-.060	-.639	.524
Coherencia	-.215	-2.44	.017
Longitud	-.213	-2.45	.016
R^2 corregida= .395			
$\Delta R^2=.083$			
$F(5,94) = 13.92, p <.001$			

En cuanto a los síntomas disociativos peritraumáticos, cuyos modelos de predicción están representados en la Tabla 3.35, nos encontramos con que las variables emocionales de la narrativa positiva (i.e. tono emocional y velocidad) promueven un incremento de solo el 3.9% en la varianza explicada. Incremento que no resulta significativo (F del cambio=2.87, $p=.062$), al ser comparado con la varianza explicada por el modelo del Paso 1 que contempla la centralidad del recuerdo traumático en solitario (30.3% de la varianza explicada).

Sin embargo, la inclusión de la coherencia en el modelo del Paso 3 sí que implica un incremento significativo de la varianza explicada (5.6%; F del cambio=8.88, $p=.004$), constituyendo, asimismo, esta variable un predictor significativo de la sintomatología disociativa peritraumática ($p=.004$).

Asimismo, una vez cabe señalar los datos acerca de los niveles de TOL (centralidad=.925; tono emocional=.706; velocidad=.760; coherencia=.795) y los FIV (centralidad=1.081; tono emocional=1.42; velocidad=1.32; coherencia=1.26) que, nuevamente, permiten descartar cualquier problema asociado a la colinealidad entre los potenciales predictores.

Tabla 6.34. Análisis de Regresión Lineal Jerárquicos de las VV de la narrativa positiva sobre los síntomas disociativos peritraumáticos en víctimas de violencia ($n=100$).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.557	6.64	<.001
R^2 corregida= .303			
$\Delta R^2=.310$			
$F(1,98) = 44.05, p <.001$			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.512	6.03	<.001
Tono emocional	.094	.994	.323
Velocidad	-.141	-1.152	.131
R^2 corregida= .329			
$\Delta R^2=.039$			
$F(3,96) = 17.15, p <.001$			

	β	t	p
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.482	5.86	<.001
Tono emocional	.018	.193	.847
Velocidad	-.090	-.994	.323
Coherencia	-.265	-2.98	.004
R^2 corregida= .380			
ΔR^2 =.056			
$F(4,95) = 16.14, p <.001$			

En lo referente a la *sintomatología disociativa postraumática* (véase Tabla 6.35.), la incorporación en el Paso 2 del tono emocional y la velocidad de la narrativa promueve un incremento del 6.8% en la varianza explicada significativo en relación con el modelo del Paso 1 que solo contempla la centralidad del recuerdo traumático (16.8%). Sin embargo, ninguna de estas variables afectivas se erige en este modelo como predictor significativo de la sintomatología disociativa postraumática, identificándose en este modelo como único predictor significativo la centralidad del recuerdo traumático.

Por su parte, en el modelo del Paso 3 en el que también se incluyen las variables coherencia y longitud narrativa, si bien también se observa un incremento significativo en la varianza explicada por el modelo del 5% (F del cambio=3.28, p =.042), tampoco en este caso ninguna de las variables, además de la centralidad del evento traumático, constituyen predictores significativos de la gravedad de tal sintomatología.

Asimismo, una vez más descartamos niveles prohibitivos de colinealidad que pudieran afectar a los resultados de estos análisis en virtud de los niveles de TOL (centralidad=.919; tono emocional=.698; velocidad=.705; coherencia=.760; longitud=.814) y los FIV (centralidad= 1.09; tono emocional=1.43; velocidad=1.42; coherencia=1.32; longitud=1.23).

Tabla 6.35 Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre los síntomas disociativos postraumáticos en víctimas de violencia (n=100).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.521	6.04	<.001
R^2 corregida= .168			
ΔR^2 =.176			
$F(1,98) = 20.75, p <.001$			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.382	4.25	<.001
Tono emocional	.146	1.44	.153
Velocidad	-.171	-1.71	.090
R^2 corregida= .220			
ΔR^2 =.068			
$F(3,96) = 10.22, p <.001$			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.335	3.69	<.001
Tono emocional	.069	.657	.513
Velocidad	-.081	-.782	.436
Coherencia	-.176	-1.76	.082
Longitud	-.157	-1.63	.107
R^2 corregida= .256			
ΔR^2 =.050			
$F(5,94) = 7.74, p <.001$			

En la Tabla 6.36. se presentan los resultados del Análisis de Regresión Jerárquico relativo a la *sintomatología ansiosa*. En este caso, el modelo del Paso 2 explica un 32.3% de la varianza en este tipo de síntomas, lo que supone un incremento considerable que, además difiere significativamente (F del cambio=6.88, p =.002) con el observado en el modelo del Paso 1 que incluye solo la centralidad del evento traumático (24%). Sin embargo, ninguna de las variables afectivas consideradas en este paso (i.e. tono emocional y velocidad) se erigen como predictoras de dicha sintomatología, manteniéndose como único predictor significativo la centralidad del evento traumático. No obstante, quizás cabe destacar en este sentido el alto peso sobre los pronósticos y el nivel de significación de la velocidad narrativa en este modelo, acercándose en cierta medida al umbral de significación ajustado (p =.012).

Asimismo, aunque la incorporación de las variables asociadas a la disponibilidad del recuerdo (i.e. coherencia y longitud) suponen también un incremento significativo en

la varianza explicada (6.6%; F del cambio=5.28, $p=.007$) siendo estrictos, tampoco en este caso ninguna de las variables narrativas constituiría predictoras de la sintomatología ansiosa. Si bien, en el caso de la coherencia, ciertamente el nivel de significación asociado al estadístico t no puede estar más próximo al umbral de significación ajustado en virtud de las variables introducidas en el modelo ($p=.01$).

Finalmente, se descarta la violación del supuesto de colinealidad entre los potenciales predictores en base a los niveles de TOL (centralidad=.925; tono emocional=.698; velocidad=.700; coherencia=.783; longitud=.810) y los FIV (centralidad=1.08; tono emocional=1.43; velocidad=1.43; coherencia=1.28; longitud=1.23).

Tabla 6.36. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre la sintomatología ansiosa en víctimas de violencia ($n=100$).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.498	5.68	<.001
R^2 corregida= .240			
$\Delta R^2=.248$			
$F(1,98) = 32.30, p <.001$			
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.427	5.00	<.001
Tono emocional	.155	1.64	.105
Velocidad	-.212	-2.27	.025
R^2 corregida= .322			
$\Delta R^2=.094$			
$F(3,96) = 16.64, p <.001$			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.401	4.86	<.001
Tono emocional	.068	.712	.478
Velocidad	-.119	-1,26	.212
Coherencia	-.226	-2.52	.013
Longitud	-.151	-1.72	.089
R^2 corregida= .377			
$\Delta R^2=.066$			
$F(5,94) = 12.99, p <.001$			

Para cerrar, en la Tabla 6.37. se recogen los resultados del Análisis de Regresión Jerárquico de las variables de la narrativa positiva sobre la *sintomatología depresiva*,

una vez controlado el efecto de la centralidad del recuerdo traumático. En este contexto, la incorporación en el Paso 2 de las variables afectivas tono emocional y velocidad suponen un incremento significativo del 17.4% en la varianza explicada (F del cambio=13.80, $p<.001$) con respecto al modelo de base del Paso 1, pasando de un 21.2% a un 37.5%. De hecho, en este modelo el tono emocional de la narrativa positiva se revela como un predictor significativo de la sintomatología depresiva, apuntando a que un tono emocional más negativo en la misma pronosticaría una mayor gravedad en tal sintomatología. Asimismo, aunque la velocidad narrativa no alcanza el umbral de significación ajustado en base al número de potenciales predictores ($p=.041$ vs. p ajustada= .016), se observa una tendencia hacia la significación y un peso sobre los pronósticos relevante que sugeriría que una menor velocidad en la narrativa positiva se vincularía a una mayor severidad de los síntomas de depresión.

Por su parte, la incorporación de las variables ligadas a la fragmentación vs. superioridad del recuerdo traumático (i.e. coherencia y longitud), si bien suponen un incremento significativo en la varianza explicada (F del cambio=5.28,) con respecto al modelo establecido en el paso anterior, no se erigen ninguna de las dos como predictoras significativas de la sintomatología. Manteniéndose, en el modelo del Paso 3 el tono emocional de la narrativa como principal predictor de la sintomatología depresiva. Asimismo, parece que las dos nuevas variables incluidas en este Paso afectan de alguna manera a la relación predictiva entre la velocidad y la sintomatología depresiva, ya que se reduce su peso en los pronósticos y se da un incremento en la p asociada al estadístico t .

Tabla 6.37. Análisis de Regresión Lineal Jerárquico de las VV del recuerdo positivo sobre los síntomas de depresión en víctimas de violencia ($n=100$).

	β	t	p
<i>Paso 1</i>			
Centralidad	.469	5.26	<.001
R^2 corregida= .212			
$\Delta R^2=.220$			
$F(1,98) = 27.63, p <.001$			

	β	t	p
<i>Paso 2</i>			
Centralidad	.365	4.49	<.001
Tono emocional	.312	3.43	.001
Velocidad	-.186	-2.08	.041
R^2 corregida= .375			
$\Delta R^2=.174$			
$F(3,96) = 20.81, p <.001$			
<i>Paso 3</i>			
Centralidad	.331	3.74	<.001
Tono emocional	.254	2.71	.008
Velocidad	-.126	-1.34	.183
Longitud	-.151	-1.71	.091
Coherencia	-.095	-1.09	.277
R^2 corregida= .392			
$\Delta R^2=.029$			
$F(5,94) = 13.77, p <.001$			

CAPÍTULO 7.

Contraste de hipótesis

A continuación, se lleva a cabo el contraste de las distintas hipótesis preliminares planteadas a la luz de los resultados obtenidos en la presente tesis doctoral:

HIPÓTESIS 1. Sobre el efecto de la valencia del recuerdo y el tipo de evento estresante

En relación con las comparaciones establecidas únicamente en virtud de la **valencia del recuerdo**:

Hipótesis 1.1. Los recuerdos narrativos estresantes serán superiores (i.e. más largos, coherentes, detallados u orientados en tiempo y espacio); implicarán una mayor revivencia emocional (i.e. mayor velocidad, más términos afectivos generales, más emociones negativas, ira, tristeza o un tono emocional más negativo), sensorial (i.e. más expresiones sensoriales) y general (i.e. más pronombres en primera persona del singular o verbos en presente) del evento; y reflejarán una mayor elaboración o integración cognitiva del recuerdo (i.e. más términos, cognitivos, causa o insight).



Se confirma

De acuerdo con la hipótesis de la superioridad del recuerdo traumático, las narrativas estresantes, frente a las positivas, eran en general significativamente superiores en términos de longitud, coherencia, riqueza de detalles, orientación espacial y orientación temporal.

Asimismo, en conjunto, los recuerdos estresantes parecen ser más emocionales en virtud de las diferencias significativas observadas que apuntan a una mayor velocidad en la narración de este tipo de recuerdos; una mayor inclusión de emociones negativas, entre las que destaca la ira; y el tono emocional más negativo de las mismas. Si bien, en el caso de la tristeza, la mayor prevalencia de estas se circunscribe únicamente a las narrativas estresantes de las víctimas de

eventos Nt, no siendo significativas las diferencias en función de la valencia en solitario. También resulta en cierta medida incongruente con la hipótesis de la revivencia emocional de las narrativas estresantes la mayor prevalencia de las expresiones recogidas dentro de la categoría general de procesos afectivos en las narrativas positivas frente a las estresantes.

En lo que respecta a nuestras expectativas acerca de la posible adopción de la perspectiva del narrador en las narrativas estresantes sugestiva de una mayor revivencia del recuerdo, esta no parece confirmarse de acuerdo con la ausencia de diferencias significativas en función de la valencia en las variables que recogen la proporción de pronombres en primera persona de singular y verbos en presente.

Finalmente, la ausencia de diferencias significativas entre las dos valencias narrativas en lo que respecta a las categorías generales de procesos sensoriales y cognitivos no avalaría las hipótesis de la predominancia la revivencia sensorial y el procesamiento cognitivo en la recuperación del recuerdo estresante. Si bien, los resultados relativos a la subcategoría de causa sí apuntarían a un mayor procesamiento a nivel cognitivo de tales recuerdos, aunque no ocurriría lo mismo en el caso de la subcategoría de *insight*.

En cuanto a las comparaciones que toman en consideración tanto la **valencia del recuerdo** como el **tipo de evento experimentado**:

H 1.2. Se espera que el carácter traumático, interpersonal y crónico del evento promuevan que los recuerdos narrativos estresantes sean superiores (i.e. narrativas más largas, coherentes, detalladas u orientadas en tiempo y espacio); impliquen una mayor revivencia emocional (i.e. mayor velocidad, más términos afectivos generales, más emociones negativas, ira, tristeza o un tono emocional más negativo), sensorial (i.e. más expresiones sensoriales) y general (i.e. más pronombres en primera persona del singular o verbos en presente) del evento; y refleje una mayor elaboración o integración cognitiva del recuerdo (i.e. más términos, cognitivos, causa o insight).

  Se confirma parcialmente

En consonancia con el efecto del carácter traumático e interpersonal del evento sobre la superioridad de su recuerdo tanto las víctimas de Ve como las de Vc construyen narrativas estresantes significativamente más largas y orientadas especialmente que las participantes del grupo Nt. Asimismo, el grupo Ve facilita narrativas más ricas en detalles frente al grupo Nt. Sin embargo, en lo que respecta al resto de variables y comparaciones, los datos no confirmarían tal efecto.

Por su parte, en lo que respecta a la cronicidad, en contra de lo esperado, las narrativas estresantes del grupo Ve frente al Vc eran significativamente superiores en términos de longitud, riqueza de detalles y orientación espacial. Mientras que, el resto de las variables dirigidas a analizar este aspecto no arrojan diferencias significativas en lo referente a la narrativa estresante.

Sobre la revivencia emocional del recuerdo, en general los resultados no confirman la hipótesis acerca de la influencia del carácter interpersonal del evento. Las evidencias a favor de esta premisa se limitarían a los efectos individuales de la Valencia y el Grupo en lo referente a la velocidad narrativa que apuntan a que en general las participantes narran a mayor velocidad los recuerdos estresantes y que las mujeres de los grupos Vc y Ve relatan sus recuerdos a una velocidad significativamente superior a la del grupo Nt.

Asimismo, el efecto de la cronicidad del evento sobre la revivencia emocional, quedaría respaldado por el uso por parte del grupo Vc frente a Ve de una mayor de emociones negativas y de ira, así como un tono emocional más negativo.

Tampoco parece confirmarse la hipótesis acerca de la influencia del carácter interpersonal o traumático del evento en la revivencia general del recuerdo estresante en términos de la adopción de una perspectiva del narrador. Siendo la única evidencia a favor de una posible influencia del carácter interpersonal del

evento, la mayor proporción de verbos en presente en las narrativas estresantes del grupo Ve frente al Nt.

Por su parte, y en contra de lo esperado, no se observan ningún tipo de diferencias significativas entre las narrativas estresantes de los distintos grupos en lo que respecta a las categorías generales de expresiones sensoriales y cognitivas, así como tampoco en las categorías específicas relativas a las expresiones lingüísticas asociadas a causa e *insight*.

HIPÓTESIS 2. Sobre el papel de las características del recuerdo como predictoras del estado clínico de las víctimas de agresiones

H.2.1. Las características de las narrativas de las víctimas de agresiones se relacionarán en gran medida con la centralidad del recuerdo traumático y esta, a su vez, se relacionará en gran medida con el estado clínico de las participantes.



Se confirma parcialmente

La centralidad del recuerdo traumático correlaciona con al menos una de las variables de la narrativa traumática dirigidas a evaluar la codificación, emocionalidad, y la adopción de una perspectiva del narrador. Sin embargo, en contra de la propuesta ligada a la teoría AMT, las correlaciones con las variables que evalúan la codificación o superioridad del recuerdo traumático serían inversas. En contraposición, las correlaciones con las variables asociadas a la emocionalidad del recuerdo traumático son congruentes con los postulados de dicho modelo teórico, destacando especialmente la alta relación observada con el tono emocional, variable que, frente a las de contenido, es probablemente la que mejor representa la intensidad de las emociones asociadas al recuerdo

Por su parte, en el caso del recuerdo positivo, la correlación significativa de su coherencia y tono emocional con la centralidad del recuerdo traumático también

sería congruente con la propuesta planteada en virtud de la teoría AMT. Si bien tales planteamientos no se verían confirmados por la ausencia de relaciones entre el resto de las variables asociadas a la codificación y emocionalidad del recuerdo positivo y la centralidad.

Finalmente, los Análisis de Regresión Jerárquica confirman sin lugar a duda el papel de la centralidad como predictor principal de la sintomatología postraumática general; los síntomas intrusivos; los síntomas de evitación las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo; las alteraciones en la activación y reactividad; los síntomas disociativos peri y postraumáticos; los síntomas de ansiedad; y los síntomas de depresión.

A la vista de estos hallazgos queda más que justificada la consideración de la centralidad como variable de control a la hora de dilucidar el potencial papel de las variables narrativas como predictoras del estado clínico de las víctimas de violencia.

En lo relativo a las relaciones entre las **características narrativas del recuerdo traumático** y el **estado clínico**:

H.2.2. Una vez controlada la centralidad del recuerdo traumático, una mayor intensidad emocional (i.e. mayor velocidad, más procesos afectivos, más emociones negativas o un tono emocional más negativo) y codificación (i.e. mayor longitud narrativa, coherencia o grado de detalle) del recuerdo traumático predecirán un peor ajuste postraumático.



Se confirma parcialmente

En efecto, además de la centralidad del recuerdo del episodio de violencia narrado, la coherencia y la proporción de procesos afectivos en la narrativa negativa predecía significativamente la sintomatología postraumática. Sin embargo, en contra de lo propuesto desde los enfoques de los mecanismos básicos era

precisamente una menor coherencia del recuerdo traumático la que predecía el incremento en la sintomatología postraumática.

Al respecto de las relaciones entre las características del **recuerdo traumático** y el estado clínico:

H.2.3. Una vez controlada la centralidad del recuerdo traumático, una menor emocionalidad o una emocionalidad más negativa (i.e. menor velocidad, menos procesos afectivos, menos emociones positivas o un tono emocional menos positivo), así como una codificación inferior (i.e. menor longitud narrativa, coherencia o grado de detalle) de los recuerdos positivos se asociará con un peor ajuste clínico de las participantes.



Se confirma

La consideración de las variables asociadas a la mayor emocionalidad y codificación de los recuerdos positivos en general contribuyen de forma significativa a explicar los diferentes síntomas clínicos. De manera que, de acuerdo con nuestra hipótesis, parece que una menor emocionalidad o una emocionalidad más negativa y una menor codificación del recuerdo positivo se asociaría a el incremento en los correlatos clínicos ligados a la experiencia traumática. Asimismo, individualmente el tono emocional más negativo se identifica como predictor significativo de los síntomas intrusivos y la depresión, mientras que la menor coherencia de la narrativa positiva constituiría un predictor significativo de la sintomatología postraumática general y los síntomas disociativos peritraumáticos.

CAPÍTULO 8.

Discusión

El presente estudio es el primero en analizar rigurosamente mediante métodos narrativos contextuales y no contextuales las características de los recuerdos autobiográficos en víctimas de distintos eventos estresantes, así como en explorar las posibles relaciones de la sintomatología postraumática en víctimas de violencia interpersonal, no solo con las variables narrativas de los recuerdos de tales eventos estresantes, sino también con las referidas a los recuerdos positivos.

En este contexto, se pasa a discutir las principales evidencias aportadas por el estudio, así como sus implicaciones desde el punto de vista teórico, clínico e investigador. Para ofrecer una visión individual de las evidencias, se abordarán en primera instancia e independientemente las características de los recuerdos estresantes, las diferencias entre los grupos expuestos a distintos tipos de eventos y las relaciones predictivas entre las características de los recuerdos traumáticos y el estado clínico de las víctimas de violencia. A continuación, se analizarán los resultados relativos a los recuerdos positivos, haciendo hincapié en aquellas características de las narrativas positivas que podrían predecir el ajuste postraumático de las participantes expuestas a violencia. Finalmente, y para cerrar la discusión, se abordarán las aportaciones e implicaciones del estudio, así como las limitaciones de este.

7.1. Características de las narrativas estresantes

Atendiendo a la importancia fundamental desde el punto de vista teórico del hecho de que el recuerdo del evento estresante sea superior o, por el contrario, esté fragmentado, una de las principales fortalezas de este estudio fue precisamente el análisis de distintas variables dirigidas evaluar y establecer conclusiones más robustas sobre este aspecto del recuerdo. En este contexto, nuestros resultados apoyan de

manera consistente la superioridad del recuerdo voluntario del evento estresante propuesta desde el enfoque de los mecanismos básicos en la medida en la que este, en comparación con el recuerdo emocional positivo, es en general más largo, coherente y orientado en tiempo y espacio. En este mismo sentido, al menos en el caso de las víctimas de violencia, los recuerdos estresantes también eran más ricos en detalles, o lo que es lo mismo, más descriptivos acerca de las características del escenario, objetos o personas implicados en el recuerdo.

La *coherencia* es sin duda la variable más extendida entre los estudios narrativos para la evaluación de la superioridad o fragmentación del recuerdo. De hecho, como se comentó en la introducción teórica, la incoherencia narrativa se ha considerado como un constructo equivalente al de fragmentación (Halligan et al., 2003) que, frente al acuerdo observado en relación a la mayor *longitud* de las narrativas estresantes (Breudreau, 2007; Jaeger et al., 2014; Fernández-Lansac & Crespo, 2015; O’Kearney et al., 2011; Römisch et al., 2014), ofrece resultados menos consistentes, atribuidos en gran medida a las diferencias metodológicas entre los distintos estudios. En este sentido apunta el estudio de Rubin et al. (2016) en el que, tras utilizar una amplia variedad de medidas de coherencia narrativa, aporta evidencias tanto de la mayor coherencia de los recuerdos traumáticos, como de su menor coherencia. Así de las siete medidas que, como las nuestras, implican la valoración por parte de jueces externos de dimensiones de la coherencia en escalas tipo Likert, cuatro estarían en la línea de la mayor coherencia de los recuerdos estresantes observada en nuestro estudio; una apuntaría a una menor coherencia de estas y otra no arrojaría diferencias significativas en virtud de la valencia narrativa. Si bien, cabe destacar que es precisamente esta última – la valoración global de la coherencia— la que presenta más similitudes en su definición con nuestra medida de coherencia. Lo mismo ocurre en el caso de los otros dos estudios con narrativas orales Jelinek et al. (2009) y O’Kearney et al. (2011) que plantean medidas globales de coherencia, entendiendo esta en términos de organización conceptual, así como en el estudio de Fernández-Lansac y Crespo (2017b) con parte

de nuestra muestra de este estudio y que utiliza exactamente la misma medida de coherencia que la del presente estudio. Así pues, parece que la inclusión de víctimas de Ve en la muestra resulta determinante, lo que podría sugerir que las diferencias en función de la valencia del recuerdo serían más evidentes en virtud de la naturaleza traumática en términos categoriales del evento estresante, de su carácter interpersonal o de la especificidad del estresor.

En lo que respecta a la mayor *riqueza de detalles* en las narrativas estresantes frente a las positivas, nuestros resultados también contrastan con los observados en el estudio previo de Fernández-Lansac y Crespo (2017b). Sin embargo, si atendemos al efecto de la interacción entre el Grupo y la Valencia de la narrativa, observamos que la mayor riqueza de detalles de las narrativas estresantes se hace más patente en las víctimas de Vc y Ve, lo que podría explicar las diferencias en este sentido con el estudio precedente. Por otro lado, nuestros resultados estarían en consonancia con los hallazgos observados por McKinnon et al. (2015) en un estudio con narrativas orales recogidas a partir de una entrevista autobiográfica. Así, a pesar de las diferencias relativas a la tarea narrativa, estos autores observan también que las víctimas de un accidente de aviación facilitaban más detalles episódicos de tal recuerdo traumático que de un neutro y de un recuerdo *flashbulb* (i.e. atentados del 11 de septiembre de 2001). Así pues, atendiendo a nuestras evidencias y las de McKinnon et al. (2015), la mayor riqueza de detalles en la narrativa estresante podría estar asociada a la gravedad objetiva del evento. Hipótesis que se vería reforzada por las correlaciones que encontramos entre la riqueza de detalles y el hecho de que el evento suponga una amenaza para la integridad física ($r_s=.244$, $p<.01$) y la vida ($r_s=.219$, $p<.01$) de las participantes.

Por último, el hecho de que las narrativas estresantes muestren una mayor orientación temporo-espacial que las positivas choca frontalmente con lo defendido por los partidarios del enfoque de los mecanismos especiales sobre la pobre contextualización en tiempo y espacio de los recuerdos traumáticos (e.g. Brewin et al.,

1996; Brewin et al., 2010; Ehlers & Clark, 2000). Asimismo, al comparar nuestros resultados con las evidencias aportadas por otros estudios con narrativas orales nos encontramos con diferentes escenarios. Mientras que se confirman los hallazgos del estudio previo de Fernández-Lansac y Crespo (2017b) acerca de la mayor *orientación espacial* de la narrativa, en lo que respecta a la *orientación temporal*, las incongruencias entre nuestros resultados y los de tal estudio una vez más parecen llamar nuestra atención acerca de la relevancia de la consideración de más participantes expuestas a eventos traumáticos objetivos en términos categoriales o interpersonales. Sin embargo, al respecto de esta variable, nuestros resultados sí serían congruentes con la mayor cronología de las narrativas traumáticas observada por Rubin et al. (2016), correspondiéndose esta dimensión con el grado de información proporcionada por el narrador para localizar el evento en un marco cronológico. En cambio, cuando los estudios utilizan los conectores temporales como indicadores de la contextualización en el tiempo del recuerdo, no se observan diferencias significativas en virtud de la valencia (O’Kearney et al., 2011; Rubin et al., 2016), lo cual vendría a subrayar, como ya sugería Rubin et al. (2016), la relevancia de la metodología de evaluación de las características del recuerdo.

Más difícil es establecer comparaciones con los resultados de los estudios en narrativas orales que plantean variables que combinan de alguna manera la contextualización temporal y espacial de la narrativa. Un ejemplo de ello es la consideración por parte de Rubin et al. (2016) de una dimensión denominada contexto en la que se recogería el grado en el que el narrador ofrece información necesaria para localizar el evento en el espacio y tiempo. Así, en la línea de nuestros hallazgos relativos a las dos variables de orientación, los resultados de este estudio revelan que el grado de contexto narrativo sería mayor en las narrativas traumáticas frente a las positivas e importantes.

En conjunto, aunque a priori nuestros resultados avalan la superioridad de los recuerdos estresantes, sería conveniente que en futuros análisis de nuestros datos

vayamos un paso más allá, implementado, por ejemplo, un análisis multivariante de la varianza (MANOVA, por sus siglas en inglés) que nos permita combinar las distintas medidas consideradas para el análisis de la superioridad del recuerdo estresante reduciendo la probabilidad de errores de Tipo I que pudieran sesgar nuestros hallazgos a este respecto.

Además, conviene interpretar los resultados acerca de la superioridad del recuerdo con cautela si tenemos en cuenta el potencial sesgo asociado a que, tanto en nuestro estudio como en los precedentes, el foco de atención de las investigaciones en la narrativa del recuerdo estresante era obvio para los participantes atendiendo a que la selección de las muestras se basaba en la vivencia de tales experiencias. Así, es posible que si los participantes saben que el investigador está especialmente interesado en el relato del evento estresante traten de facilitar una narrativa más extensa, coherente, rica en detalles y orientada del mismo con respecto a el positivo, importante o cotidiano.

Por otro lado, y utilizando también un amplio conjunto de variables emocionales, en términos generales se observa una mayor emocionalidad en los recuerdos estresantes congruente con lo propuesto desde los dos enfoques principales de la memoria traumática. Sin embargo, resulta relevante destacar las diferencias encontradas con respecto a las distintas variables emocionales analizadas y ponerlas en relación con la evidencia disponible.

Atendiendo a la importancia atribuida en los modelos de los mecanismos básicos a la intensidad emocional del recuerdo, conviene que nos detengamos en primer lugar en los hallazgos relativos a *tono emocional* de las narrativas. Así, en consonancia con tales propuestas teóricas y con los hallazgos de Fernández-Lansac y Crespo (2017b), el tono emocional era mayor y más negativo en las narrativas estresantes frente a las positivas. Este resultado también estaría en la línea de lo observado por Rubin et al. (2016) al respecto de la variable *emoción* evaluada por jueces externos y que hacía referencia al “grado en que las narrativas evocaban reacciones emocionales o empatía con el narrador”. Así, si bien la construcción de nuestra variable en un formato tipo Likert

de 0 (*totalmente positivo*) a 4 (*totalmente negativo*), no permitiría un análisis independiente de la intensidad emocional con respecto a la valencia, en líneas generales apoyaría las propuestas planteadas desde las distintas perspectivas acerca de la mayor intensidad de los recuerdos estresantes y la revivencia/inmersión emocional durante la recuperación de este tipo de recuerdos.

En lo referente a la mayor *velocidad* narrativa de los recuerdos estresantes frente a los positivos, nuestros resultados contrastan con los del estudio de Fernández-Lansac y Crespo (2015). Así, si bien en dicho estudio a un nivel numérico la narración de los recuerdos estresantes era más rápida que la de los recuerdos positivos, tales diferencias no resultaron significativas. Aunque no hay que perder de vista que el efecto de la valencia en nuestro caso era pequeño y poco potente, sería congruente con una consideración de la velocidad como indicador narrativo asociado al procesamiento emocional del evento y el estado emocional de las participantes, en la línea de la premisa de la que parte el análisis de esta variable en el estudio de Fernández-Lansac y Crespo (2015). Asimismo, las diferencias en los resultados relativos a esta variable entre ambos estudios probablemente atiendan a las características de las muestras, siendo presumiblemente la inclusión del grupo de Ve determinante a este respecto. De hecho, si establecemos las comparaciones sobre esta variable únicamente considerando a las víctimas de violencia, podemos observar que el efecto de la valencia se incrementa considerablemente [$F(1,98)=8.31$, $p=.005$, $\eta^2_{\text{parcial}}=.078$; $1-\beta=.814$], alcanzando un tamaño del efecto medio y una potencia por encima de lo aceptable. En definitiva, parece que la velocidad de las narrativas estresantes constituiría un factor diferencial especialmente relevante cuando hablamos de víctimas de violencia o eventos traumáticos y, no tanto, en el caso de eventos vitales estresante. En aras de determinar si estas diferencias se deben a la naturaleza interpersonal o traumática del evento, serían precisos futuros estudios que comparen este aspecto en víctimas de violencia frente a víctimas de eventos traumáticos de naturaleza no interpersonal.

Por su parte, en la línea de las evidencias previas en narrativas orales que analizan la variable del LIWC *procesos afectivos* (Beaudreau, 2007; Fernández-Lansac y Crespo, 2017b; Römisch et al., 2014), las narrativas estresantes incluían significativamente menos términos recogidos dentro de esta categoría que las narrativas positivas. Este resultado probablemente se relacione con la generalidad de esta variable al incluir tanto emociones positivas como negativas. Así, dado que, de acuerdo con lo observado por Jaeger et al. (2014), se incluían significativamente más *emociones negativas* en las narrativas estresantes, mientras que la proporción de *emociones positivas* era mayor en las narrativas positivas, observándose en ambos casos tamaños del efecto de la Valencia grandes y potentes, no es de extrañar la ausencia de diferencias en la categoría general. Asimismo, al considerar las emociones negativas específicas, destaca especialmente la expresión de la *ira* en las narrativas estresantes, lo que sería congruente con el papel relevante de esta emoción en los correlatos asociados a la experiencia de eventos traumáticos que se comentará más adelante.

Frente a la mayor coherencia y emocionalidad observada en el caso de los recuerdos estresantes, nuestros resultados no parecen confirmar, por el contrario, la premisa defendida desde los dos enfoques mnésicos del trauma acerca del carácter perceptivo de tales recuerdos que denotaría una cierta revivencia sensorial del evento.

Así, la ausencia de diferencias en función de la valencia en lo que respecta a los términos que hacen referencia a *procesos sensoriales y perceptivos*, si bien es consistente con lo observado en el estudio previo de Fernández-Lansac y Crespo (2017b), choca con los resultados del único estudio en narrativas orales que emplea el LIWC para la evaluación de este aspecto en solitario en población general expuesta a eventos traumáticos (Beaudreau, 2007). Además, si con fines comparativos calculamos la variable *inmersión sensorial* propuesta Römisch et al. (2014) que, como se mencionó en la introducción, implica la sustracción de la proporción de términos relativos a *insight* y causa a la proporción de los referidos a procesos perceptivos, de acuerdo con lo encontrado en el citado estudio, tampoco en nuestro caso se observan diferencias

significativas entre las narrativas de comparación [$F(1,147) = .242, p = .624, \eta^2_{\text{parcial}} = .002; 1 - \beta = .078$].

Por su parte, y en la línea de la mayoría de las evidencias disponibles en narrativas orales (Fernández-Lansac & Crespo, 2017b; O'Kearney et al., 2011; Römisch et al., 2014; Rubin et al., 2016) y de lo propuesto desde el enfoque de los mecanismos básicos, tampoco se encuentran diferencias significativas entre las narrativas estresantes y positivas en la categoría general de *procesos cognitivos*, así como en la subcategoría de *insight*.

Por el contrario, sí encontramos una proporción significativamente superior de expresiones relacionadas con la *causa* que, sin embargo, contrastaría con la ausencia de diferencias en el número de conectores causales observada en los estudios de O'Kearney et al. (2011) y Rubin et al. (2016). Así, nuestros resultados podrían reflejar un proceso o necesidad de elaboración por parte de los participantes del recuerdo estresante o sus implicaciones cuya consecución, más cercana al *insight*, no se vería tan reflejada en las narrativas estresantes.

Finalmente, la ausencia de un efecto de la valencia del recuerdo en lo que respecta a la proporción de *pronombres en primera persona del singular* y verbos en *presente* sería consistente con los resultados previos de Fernández-Lansac y Crespo (2017b), si bien contrastaría con las evidencias presentadas por otros autores con relación al uso del presente (Beaudreau, 2007; Römisch). Así, nuestros resultados no apoyarían la revivencia del acontecimiento estresante en primera persona y en el momento presente, así como tampoco la adopción de una perspectiva del observador que implicaría una menor proporción de este tipo de pronombres y verbos en las narrativas estresantes y que, según autores como Brewin et al (2010), constituiría una estrategia dirigida a neutralizar las imágenes intrusivas y los altos niveles de emocionalidad asociada a tales experiencias.

7.2. *Diferencias en las narrativas estresantes en virtud del tipo de evento*

Dado que este estudio es pionero en el análisis contextual y no contextual de las narrativas estresantes facilitadas oralmente por víctimas de distintos tipos de eventos, no es de extrañar que, a este respecto, las evidencias sean dispares y, en muchos casos no se hayan confirmado nuestras hipótesis preliminares. Sin embargo, resulta preciso un análisis crítico individual de las distintas evidencias que nos permita sentar las bases para futuras investigaciones que profundicen en las diferencias vinculadas al recuerdo de distintas experiencias traumáticas.

La ausencia de diferencias en la coherencia y orientación temporal de las narrativas estresantes entre los grupos, que sería consistente con los hallazgos del único estudio precedente que analiza el efecto de distintos tipos de agresiones en narrativas orales (Freer et al., 2010), parece apuntar a que, independientemente de su carácter traumático en términos categoriales, su carácter interpersonal y su cronicidad, la naturaleza estresante del evento promueve una superioridad del recuerdo en términos de coherencia y orientación temporal. En primera instancia, estos resultados podría parecer que avalan el papel de estas variables como indicadores transversales de la superioridad del recuerdo estresante que, a su vez, favorecerían la comparación entre estudios llevados a cabo en muestras expuestas a diferentes eventos estresantes. Si bien, los resultados que se revisarán más adelante acerca de la relación entre estas variables y el estado clínico de las participantes podrían cuestionar, al menos en parte, tal afirmación.

Por otro lado, la influencia de la naturaleza interpersonal o traumática sobre la superioridad del evento estresante aparentemente sería avalada por los resultados de las comparaciones entre los dos grupos expuestos a violencia y el grupo Nt en lo que respecta a las variables relativas a la longitud y la orientación espacial de las narrativas estresantes. Así, las mujeres expuestas a eventos Nt construían narrativas significativamente más cortas y menos orientadas en el espacio que las víctimas de Vc y Ve. Si bien no habría que subestimar tampoco la potencial influencia de las características subjetivas del evento no tenidas en consideración en las comparaciones relativas a tales variables. En general, las víctimas de violencia referían en mayor medida emociones peritraumáticas y la percepción de distintos tipos de amenaza hacia uno mismo que, independientemente del tipo de evento experimentado desde una perspectiva categorial, podrían promover la superioridad del recuerdo en estos términos.

En lo que al efecto de la cronicidad del evento sobre la superioridad recuerdo estresante se refiere, a priori este no parece confirmarse si atendemos a la mayor longitud, riqueza de detalles y orientación espacial de las narrativas relativas a tales recuerdos en el grupo Ve frente al grupo Vc. Sin embargo, si tenemos en cuenta que estas variables también se daban en mayor medida en el grupo Ve frente al Nt y que en el grupo Nt más de la mitad de los eventos estresantes narrados se correspondían con situaciones crónicas (40% muerte de un ser querido tras una enfermedad crónica y 12% enfermedad o lesión crónica de un ser querido), parece que la cronicidad del evento sí podría favorecer una menor longitud, riqueza de detalles y orientación espacial. Aunque se instruye a las participantes para que la narración comprenda un único evento estresante, no es descabellado pensar que el hecho de haber experimentado un estresor crónico afecte a la cantidad de detalles específicos y aspectos espaciales que los participantes se ven capaces de ofrecer sobre tal evento, así como a la longitud de las narrativas. Así, es posible que dificultades asociadas a la recuperación de un único evento estresante en el contexto de una sucesión de ellos puedan afectar a la capacidad

de los individuos para facilitar una narración más extensa, detallada y orientada sobre lo ocurrido en un momento puntual.

Al respecto de las comparaciones por grupos en relación con la emocionalidad de las narrativas, nos encontramos con evidencias mixtas en virtud acerca de la influencia del tipo de evento que también conviene analizar de manera individual a fin de establecer conclusiones o futuras líneas de trabajo que favorezcan una mayor comprensión sobre estos aspectos del recuerdo.

En primer lugar, como hemos mencionado anteriormente, la intensidad emocional de los recuerdos estresantes constituiría un elemento central para el enfoque de los mecanismos básicos y, muy especialmente, para la teoría AMT propuesta por Rubin et al. (2011). Así, si consideramos el tono emocional como una medida de intensidad emocional, si bien en nuestro estudio no se halla una interacción significativa entre el Grupo y la Valencia, sí que se observa un efecto principal del Grupo que apunta a que las participantes de los grupos Vc y Nt construían narrativas estresantes con un tono emocional significativamente más intenso y negativo que las participantes del grupo Ve. Así, el tono emocional más intenso y negativo de las narrativas de las víctimas de Vc frente a las de Ve sería consistente con lo observado en el único estudio que plantea comparaciones entre víctimas de violencia interpersonal crónica y específica (Freer et al., 2010). Por el contrario, no avalaría los hallazgos del estudio previo de Fernández-Lansac & Crespo (2017b) en lo que respecta a las diferencias entre las víctimas de Vc y eventos Nt. Si bien, las modificaciones en el grupo Nt y el control de la variable relativa a la ansiedad durante la narrativa estresante presumiblemente serían las responsables de tal disparidad. No en vano, la ansiedad durante la narrativa del evento alcanza a explicar un 4,6% en la varianza del tono emocional entre los grupos.

Por otro lado, si tenemos en cuenta que el tono emocional no solo implica la evaluación de la intensidad, si no también de la valencia, los resultados de las comparaciones podrían estar determinadas en gran medida por el estado emocional de las participantes. De hecho, en paralelo a las diferencias observadas en el tono

emocional, la sintomatología depresiva era significativamente mayor en Vc que en Ve y, a nivel de tendencia, en Nt frente a Ve. Así, en futuros estudios sería conveniente llevar a cabo una nueva codificación de las narrativas de este estudio con una variable que analice la intensidad emocional independientemente de la valencia, con el objetivo de contrastar las diferencias observadas y confirmar las hipótesis planteadas desde la teoría AMT.

En lo que respecta a la velocidad de la narrativa, nos encontramos con un efecto grande y potente del grupo, que se concreta en un mayor número de palabras por minuto en la narrativa en las participantes del grupo Ve frente a las de los grupos Vc y Nt, así como en las del grupo Vc en comparación con el grupo Nt. Puede parecer sorprendente este resultado si tenemos en cuenta que en el estudio de Fernández-Lansac y Crespo (2015), cuya muestra es muy similar a la del presente estudio, no se observa un efecto del grupo. Sin embargo, no resulta tan desconcertante si tenemos en cuenta que, en este caso, la covariable contemplada fue la fluidez verbal y no el estilo narrativo.

Por otro lado, atendiendo a la consideración de la velocidad como indicador narrativo asociado al procesamiento y el estado emocional de las participantes, es posible que nuestros resultados a este respecto estén reflejando diferentes correlatos emocionales en las víctimas de distintos eventos estresantes. En este sentido, no es de extrañar que la mayor severidad de la sintomatología depresiva en las víctimas de Vc y Nt implique un enlentecimiento de las narrativas estresantes. Al mismo tiempo, las alteraciones en la activación, más severas y frecuentes en las víctimas de violencia, podrían promover una mayor velocidad de la narrativa que, en el caso de las víctimas de Vc, podría sumarse el de los síntomas depresivos, promoviendo que la velocidad de sus narrativas se sitúe en un punto intermedio entre los otros dos grupos experimentales.

Si nos centramos en el contenido emocional, una vez más la ausencia de diferencias significativas en la proporción de procesos afectivos podría atribuirse al carácter general de esta variable al comprender tanto emociones positivas como

negativas. De hecho, nuestros resultados con respecto a esta categoría lingüística del LIWC son consistentes con los observados en los estudios de Römisch et al. (2014) y Fernández-Lansac y Crespo (2017b) con narrativas orales

Más informativo resulta el análisis individual de las categorías lingüísticas que recogen de manera independiente las emociones negativas en las narrativas estresantes. En primer lugar, llama poderosamente la atención que los grupos Vc y Nt muestren exactamente la misma proporción media de términos relativos a este tipo de emociones en las narrativas estresantes, siendo dicha proporción significativamente superior a la del grupo Ve. Una posible explicación surge al analizar las comparaciones relativas las categorías que recogen emociones negativas específicas. Mientras que la ira se daba significativamente más en las narrativas estresantes de las víctimas de Vc frente a las de Ve y Nt, la tristeza era más frecuente en las narrativas estresantes de Nt en comparación con las de los grupos Vc y Ve. Además, aunque en ambos casos no existen diferencias significativas entre los otros dos grupos (i.e. Ve-Nt y Vc-Ve), la proporción media de expresiones de ira era numéricamente superior en el grupo Ve frente al Nt, mientras que, en el caso de las expresiones asociadas a la tristeza, su proporción media era superior en las víctimas de Vc frente a las de Ve. Estos resultados podrían sugerir que el contenido emocional de los recuerdos se ve en cierta medida determinado por las características de los eventos y los procesos emocionales subyacentes. Así, el hecho de que las víctimas de violencia interpersonal, y en mayor medida las víctimas agresiones crónicas, manifiestan en mayor medida ira asociada al recuerdo traumático estaría en la línea de los resultados de Badour, Resnick & Kilpatrick (2017) que evidencian una mayor ira autoinformada en víctimas expuestas a agresiones físicas y sexuales. En este sentido, de acuerdo con nuestros resultados, estos autores sugieren que es posible que ciertos traumas interpersonales con un carácter crónico, coercitivo y perpetrados por una figura de confianza promuevan en mayor medida la experiencia de altos niveles de ira. Esta hipótesis sería consistente con los déficits en la regulación emocional planteados en el TEPTC de la CIE-11, que, como recogíamos en

la introducción, se propone como una entidad diagnóstica típicamente asociada a eventos traumáticos prologados o repetidos, y que, entre otros, incluiría tanto el comportamiento irritable y los arrebatos de ira, como estados emocionales negativos persistentes, entre los que se incluiría la ira.

Además, al respecto de esta categoría lingüística, cabe destacar que los resultados obtenidos son consistentes con las diferencias observadas entre los grupos en los síntomas del TEPT que recogen las experiencias emocionales [$F(2, 147)=38.55, p<.001$] y conductas asociadas a la ira [$F(2, 146) =21.06, p<.001$], siendo su severidad, en ambos casos, significativamente superior en el caso de las víctimas Vc frente a las de Ve ($p<.01$) y eventos Nt ($p<.01$). Esta congruencia entre las medidas autoinformadas y narrativas, supondría un aval para la evaluación de este correlato emocional a través del análisis narrativo, al mismo tiempo que podría sugerir que, en el caso de la ira, la evitación no sería patente.

Por otro lado, sorprende en cierta medida la menor tristeza expresada por las víctimas de violencia si tenemos en cuenta que, al menos en el caso de las participantes expuestas a violencia crónica, la sintomatología depresiva era significativamente mayor que la del grupo de participantes que habían sufrido eventos no traumáticos. De hecho, atendiendo específicamente a la medida de la tristeza como síntoma autoinformado a través del BDI (BDI-II; Beck et al., 1996), observamos diferencias significativas entre los grupos [$F(2, 149) =11.63, p<.001$] que, en virtud de las pruebas post-hoc se concretan en puntuaciones significativamente superiores en el grupo Vc frente a los grupos Nt ($p<.001$) y Ve ($p<.001$), no observándose, por el contrario, diferencias entre los grupos Nt y Ve. Así, la menor manifestación en la narrativa de esta emoción específica en las víctimas de Vc a pesar de su experiencia manifiesta, podría responder a la evitación de esta emoción por parte de las víctimas en la recuperación y expresión verbal del recuerdo. Así, es posible que, en conjunto, y de acuerdo con la propuesta de la teoría AMT (Rubin, 2015; Rubin et al., 2011), en las víctimas de violencia crónica esta evitación, unida a los síntomas de activación, entre los que se incluiría la ira, constituyan

estrategias desadaptativas dirigidas a controlar o inhibir la activación de recuerdos involuntarios del evento. En este sentido, si tenemos en cuenta que las víctimas de Vc presentan una prevalencia y una severidad significativamente superior del TEPT en general y de la sintomatología intrusiva en particular, no es de extrañar que, al menos a nivel narrativo, estas implementen en mayor medida tales estrategias.

En lo que a la revivencia sensorial del recuerdo se refiere, la ausencia de un efecto de la interacción Grupo x Valencia o del grupo en solitario en la proporción de procesos perceptivos no nos permite confirmar que existan diferencias en términos de procesamiento o revivencia sensorial en función del evento experimentado. En este sentido, el control de las variables relativas al tiempo desde el evento y la elaboración del recuerdo en un contexto terapéutico presumiblemente explicarían la ausencia de diferencias entre los grupos Vc Y Nt que habían sido puestas de manifiesto por Fernández-Lansac y Crespo (2017b).

Sin embargo, frente a la falta de relevancia estadística del tipo de evento experimentado, destaca el efecto del tiempo pasado desde el evento como covariable introducida en las comparaciones, alcanzando a explicar un significativo 5.3% de la varianza entre las participantes en la proporción de procesos perceptivos. Así, teniendo en cuenta que la proporción de procesos perceptivos en las narrativas estresantes correlacionaba inversamente con el tiempo pasado desde el evento, parece que las características sensoriales de los recuerdos experimentarían un desvanecimiento con el paso del tiempo, que sería congruente con la visión constructiva del recuerdo traumático defendida desde el modelo mnémico de Rubin, Berntsen et al. (2008).

Tampoco en el caso de los procesos cognitivos se observa una influencia del carácter traumático, interpersonal o crónico del evento experimentado. Así, la ausencia de diferencias en virtud del tipo de evento experimentado o la interacción entre el tipo de evento y la valencia, estaría en consonancia con los resultados de Fernández-Lansac y Crespo (2017b) al respecto de las comparaciones entre las víctimas de violencia

crónica y eventos estresantes, así como con la ausencia de diferencias esperable desde el marco de los modelos de los mecanismos básicos.

Por otro lado, aunque tampoco observamos diferencias vinculadas al tipo de evento en lo que respecta a las categorías específicas de causa e *insight*, las comparaciones intersujeto ponen de relieve el papel fundamental de ciertos aspectos que tendrían un peso muy superior al evento experimentado a la hora de explicar la variabilidad entre los individuos en tales categorías lingüísticas. Así, en consonancia con lo propuesto por ciertos autores en lo que respecta a los aspectos cognitivos (Booker et al., 2018; Dekel & Bonanno, 2013), destaca especialmente en el caso del *insight* el papel de la covariable relativa al tiempo pasado desde el evento (3.1% de la varianza) que, de acuerdo con las correlaciones establecidas, guardarían una relación inversa con la proporción de términos considerados en esa categoría cognitiva. De manera que tales expresiones, paralelamente a lo ocurrido con los aspectos sensoriales, irían reduciéndose con el paso del tiempo desde la ocurrencia del acontecimiento estresante. Así parece que, cuando el evento estresante es más reciente, las participantes se ven en mayor medida en la necesidad de verbalizar sus interpretaciones cognitivas, quizás en un esfuerzo por integrarlo en la memoria autobiográfica o en sus esquemas previos o, por el contrario, como un reflejo de las interpretaciones o aproximaciones negativas a lo ocurrido.

Por otro lado, la ansiedad durante la narrativa estresante también explicaría un 4.4% de la varianza en la proporción de expresiones asociadas al *insight*, con la que además guardaría una relación directa. Es decir, en la medida en la que las participantes manifestaban mayores niveles de ansiedad durante la narrativa estresante, se observaba un incremento en la proporción de tales expresiones. Dicha relación sorprende en cierta medida si, como hemos planteado en el apartado anterior, el *insight* fuera considerado como un indicador de una mayor integración del recuerdo en la memoria autobiográfica. Sin embargo, sí sería congruente con su consideración como un reflejo de las interpretaciones o aproximaciones negativas a lo ocurrido que estaría

en la línea con lo planteado en varios modelos teóricos. No obstante, sería conveniente que futuras investigaciones plantearan métodos de análisis contextuales que permitieran discriminar el carácter funcional o disfuncional de las manifestaciones en las narrativas que impliquen en cierta medida procesos cognitivos de elaboración de lo ocurrido. De esta manera, podríamos contratar con mayor precisión ciertas premisas planteadas por los modelos de esquemas y del procesamiento de la información.

Sobre la influencia del evento en la adopción de una perspectiva del narrador en el aquí y ahora en las narrativas estresantes, los resultados son dispares en función de si esta es analizada en virtud de el uso de la primera persona del singular o la narración en presente. Así, se descarta la influencia del evento en la adopción de una perspectiva auto-referencial en las narrativas estresantes que, en lo que respecta a las comparaciones entre víctimas de violencia crónica y eventos estresantes, estaría en la línea de lo observado por Fernández-Lansac y Crespo (2017b). Si bien, la ausencia de un papel determinante del evento contrasta con el efecto grande y potente de la covariable considerada – la fluidez verbal – que, frente al 6.4% de la variabilidad interindividual explicada por el Grupo, alcanza a explicar un 7.1% de la varianza. La influencia de esta variable de control, que en mayor o menor medida también se observa en el análisis de otros aspectos narrativos, subraya la relevancia ya manifestada por algunos autores como Ehlers et al. (2004) de las habilidades verbales en los resultados observados en los estudios narrativos que debería ser tomada en cuenta a la hora de diseñar futuros estudios.

Finalmente, el hecho de que, a nivel significativo o de tendencia las víctimas de violencia narren en mayor medida el evento como si estuviera ocurriendo en el presente sugeriría que el carácter interpersonal sí podrían influir en la revivencia general del recuerdo durante la recuperación. Asimismo, el carácter específico y generalmente sexual del evento experimentado por las víctimas de Ve parece que también puede tener un papel determinante en este sentido. De manera que, atendiendo al posible papel de

otras variables y la falta de evidencias que confirmen estos resultados en narrativas orales, futuras investigaciones deberán confirmar tales hipótesis.

7.3. Las variables de las narrativas estresantes y el estado clínico

La centralidad del recuerdo se ha definido como el grado en el que este constituye un elemento nuclear para la identidad e historia vital del individuo, sirviendo como punto de referencia cognitivo para la organización de experiencias presentes, pasadas y futuras (Berntsen & Rubin, 2006). Desde la teoría AMT (Rubin, 2015; Rubin et al., 2011), la centralidad se propone como un mecanismo que, junto con la intensidad emocional y la recuperación del recuerdo, promovería una mayor codificación y mantenimiento de este. En este sentido, si bien las correlaciones entre la centralidad del recuerdo y las variables dirigidas a evaluar su intensidad emocional confirman el incremento mutuo entre ambos mecanismos, no ocurre lo mismo en lo que a las medidas dirigidas a analizar la codificación del recuerdo se refiere. De hecho, una mayor centralidad del recuerdo traumático se asociaba a una menor coherencia, riqueza de detalles y orientación espacial de la narrativa. Aunque esto podría interpretarse como una evidencia en contra de la teoría AMT y las propuestas previas del enfoque de los mecanismos básicos, también es posible que tales variables no constituyan medidas válidas de la codificación o disponibilidad del recuerdo, sino que quizás representen en mayor medida el efecto de otras variables sobre el desempeño en la tarea narrativa. Así, Gehrt, Berntsen, Hoyle & Rubin (2018) plantean que las correlaciones positivas de la centralidad con la intensidad emocional, las reacciones físicas y la revivencia sensorial del recuerdo en sí mismas vendrían a confirmar la relación de esta variable con la accesibilidad al recuerdo. En este sentido, aunque en nuestro estudio no se

observan correlaciones entre la centralidad y la proporción de términos relativos a procesos perceptivos, la mayor accesibilidad o disponibilidad del recuerdo, sí parece confirmarse tanto en lo que respecta a la intensidad emocional, como en virtud de la correlación entre la frecuencia con la que las participantes hablan del recuerdo (a menudo-a veces vs. nunca-casi nunca) y su centralidad ($r_s=.984$, $p<.01$).

Asimismo, de acuerdo con la teoría AMT, la centralidad como mecanismos que promueve la disponibilidad del recuerdo no solo experimentaría un incremento asociado a la naturaleza traumática del evento, si no también en función de la presencia de sintomatología postraumática. En este sentido, los resultados de nuestras correlaciones confirman que una mayor centralidad del recuerdo traumático se relacionaba con el incremento de todos y cada uno de los correlatos clínicos evaluados. Así, de acuerdo con lo observado por Gehrt et al. (2018), entre las correlaciones de la centralidad con los distintos clústeres de síntomas del TEPT, destacan por su mayor fortaleza las establecidas con los síntomas intrusivos. Lo que, como destacan estos autores, vendría a subrayar el carácter mnésico de la centralidad y la consideración del TEPT como un trastorno de memoria.

Atendiendo a las fuertes relaciones que mantiene la centralidad con las variables narrativas y psicopatológicas, a diferencia de otros estudios previos, la presente investigación plantea el control de esta variable en los modelos predictivos del ajuste postraumático a fin de discriminar el papel de esta del desempeñado por las características del recuerdo narrativo de la agresión.

En este contexto, los resultados revelan que la mayor centralidad del evento constituye invariablemente el predictor con mayor peso en los pronósticos de todos los síntomas, destacando las altas proporciones de varianza en la sintomatología explicada en solitario por la centralidad que, de acuerdo con su relevancia teórica en el estudio del TEPT, era considerablemente superior en los síntomas postraumáticos. De nuevo, estos resultados no hacen más que avalar la relevancia de la centralidad para el estudio de los correlatos psicopatológicos asociados al ajuste postraumático.

Además, la centralidad constituía el único predictor significativo de los síntomas intrusivos, los síntomas de evitación, y la sintomatología depresiva. Si bien, en estos casos, los modelos de predicción también contemplaban otras variables que, aunque no alcanzan la significación como predictores individuales, contribuirían conjuntamente a la explicación de tales correlatos. En el caso de los síntomas intrusivos y depresivos tales variables eran equivalentes y hacían referencia a aspectos emocionales (i.e. tono emocional más negativo, menor velocidad y mayor proporción de emociones negativas), mientras que, el modelo predictivo de los síntomas de evitación, además de esas variables, también incluía la menor riqueza de detalles de la narrativa. Así, en lo que respecta específicamente a los síntomas intrusivos, la relación con las variables ligadas a la intensidad emocional del recuerdo sería congruente con los mayores déficits en la regulación emocional asociados a los recuerdos involuntarios que propone la teoría AMT. En la medida en la que el recuerdo voluntario recogido en la tarea narrativa constituiría una clave especialmente potente para la activación de los recuerdos involuntarios representados en el clúster de síntomas intrusivos, es comprensible que estos, a su vez, se asocien a una mayor emocionalidad representada a través de la narrativa del recuerdo traumático. Por otro lado, los individuos que presentan una mayor evitación de los recuerdos del trauma, es lógico que escatimen en detalles en un intento por evitar la activación de los recuerdos intrusivos que desborden las capacidades de regulación emocional de los sujetos. No obstante, y a pesar de tales esfuerzos, una mayor evitación de los estímulos asociados al recuerdo del trauma promoverá irremediabilmente que tales recuerdos presenten una mayor intensidad emocional.

En el caso de las alteraciones cognitivas y del estado de ánimo, además de la centralidad, el único predictor significativo hacía referencia al enlentecimiento en la velocidad de la narrativa. Si bien, otras variables emocionales que no alcanzan el umbral de significación (i.e. el tono emocional negativo, la mayor proporción de procesos afectivos y la menor coherencia) también contribuían a la varianza explicada por el modelo conjunto. La implicación únicamente de variables vinculadas a la intensidad

emocional del recuerdo tanto en este caso como en el de los síntomas depresivos, sería congruente con la naturaleza afectiva de este tipo de síntomas, así como con la vinculación de las características del recuerdo al estado afectivo defendida desde el modelo AMT.

Por su parte, si bien el modelo de predicción de las alteraciones en la activación y reactividad también incluiría variables emocionales (i.e. tono emocional, procesos afectivos y velocidad narrativa), el único predictor narrativo haría referencia a una menor coherencia. La identificación de la menor coherencia como predictor significativo de la sintomatología también se observa en el caso de la escala total de síntomas del TEPT y la escala de disociación peritraumática. Aunque a priori estos resultados parecen contradecir las propuestas del enfoque de los mecanismos básicos y, específicamente, de la teoría AMT, también podrían responder a otra realidad muy diferente. Si bien, como hemos comentado anteriormente, la coherencia se plantea inicialmente como una medida de la codificación o disponibilidad del recuerdo voluntario, a la luz de los resultados es factible pensar que, por el contrario, tales correlatos sean los que promuevan una menor coherencia. Es decir, si las participantes experimentan en el momento de la narrativa, y probablemente a consecuencia de ella, estados de activación elevados o una severidad mayor de la sintomatología postraumática en general, es lógico que la coherencia de la narrativa se vea alterada, no tanto porque el recuerdo voluntario no este preservado, si no por problemas vinculados a la regulación de emociones y los propios correlatos psicopatológicos.

En lo que respecta específicamente a la sintomatología disociativa peritraumática, en primera instancia la menor coherencia narrativa parece confirmar la consideración de esta manifestación psicopatológica como un mecanismo especial de la memoria vinculado a la fragmentación del recuerdo. Sin embargo, la evaluación de tales manifestaciones disociativas ha sido ampliamente cuestionada por su carácter retrospectivo, planteándose la posibilidad de que, frente a la consideración tradicional de este tipo de experiencias disociativas como causantes o promotoras de la

sintomatología postraumática, sean precisamente los correlatos postraumáticos los que lleven a los sujetos a sobreestimar la experiencia de tales manifestaciones disociativas (Candel & Merckelbach, 2004). En este mismo sentido, aunque el estudio de Jones, Badour, Brake, Hood y Feldner (2018) trata de confirmar el papel de la disociación peritraumática como mediador indirecto de las relaciones entre los déficits en la regulación emocional y los síntomas postraumáticos, los autores reconocen que el carácter retrospectivo de la evaluación de los síntomas disociativos peritraumáticos deja abierta la posibilidad de que el autoinforme de la disociación peritraumática se vea en realidad determinado por los déficits en la regulación emocional y la sintomatología del TEPT. De forma similar, en nuestro estudio, el hecho de que la menor coherencia prediga un mayor autoinforme retrospectivo de la sintomatología disociativa peritraumática podría atender a las dificultades de los sujetos para regular los altos niveles de intensidad emocional asociados a los recuerdos involuntarios que dificultarían la elaboración de una narrativa coherente. Así, en la línea de esta hipótesis, el modelo predictivo que explica una mayor proporción de la varianza contempla también variables vinculadas a la intensidad emocional del recuerdo, siendo el papel de la velocidad narrativa especialmente relevante en la medida en la que roza la significación estadística.

En conjunto, los resultados relativos a los análisis predictivos de la sintomatología a partir de las variables del recuerdo traumático apuntan a una dominancia de la centralidad sobre las variables del recuerdo narrativo. Asimismo, frente a las variables dirigidas a analizar la disponibilidad del recuerdo, la mayor intensidad emocional de las narrativas traumáticas parece guardar una relación más estrecha con la sintomatología evaluada tanto en términos de varianza explicada, como en el número de predictores significativos relacionados con las distintas manifestaciones psicopatológicas. Por su parte, los resultados relativos a las variables planteadas a priori como indicadores de la disponibilidad del recuerdo del evento traumático parecen contradecir las hipótesis acerca su mayor disponibilidad en virtud de la sintomatología

postraumática. Si bien, cabe la posibilidad de que los resultados relativos a tales variables no sean un reflejo de la codificación deficitaria del recuerdo, sino que en efecto este puede estar disponible pero su articulación verbal puede verse afectada por los problemas de regulación emocional y la exacerbación de la sintomatología asociada a la tarea narrativa.

Aunque la teoría AMT no establece relaciones causales explícitas entre las variables, sería interesante poner a prueba las distintas hipótesis planteadas en la discusión de los resultados mediante la implementación de modelos de ecuaciones estructurales que permitan establecer un marco teórico más firme sobre el que plantear hipótesis de trabajo. No obstante, no hay que olvidar que el establecimiento de la causalidad real en este contexto no llegará hasta que no se diseñen convenientemente estudios prospectivos que permitan en efecto determinar con mayor exactitud la vinculación entre los correlatos clínicos y las variables del recuerdo narrativo, así como entre las distintas características de los recuerdos traumáticos.

7.4. Las variables de las narrativas positivas y el estado clínico

Desde el enfoque de los mecanismos básicos, y en especial desde la teoría AMT, se defiende que la exposición a un evento traumático afectará a toda la memoria autobiográfica. Así, tal y como destacan Rubin et al. (2011), los síntomas postraumáticos se vincularán, no solo a los recuerdos directamente relacionados con el trauma, sino también a otros recuerdos que pueden guardar una relación muy tangencial con tal evento. Sin embargo, aunque defienden la necesidad de mirar a la memoria en un sentido amplio, en su teoría centran fundamentalmente su atención en los recuerdos traumáticos.

En este sentido, recientes investigaciones han comenzado a atender en mayor medida a los posibles efectos de las experiencias en otro tipo de recuerdos emocionales: los recuerdos positivos. Sin embargo, los pocos estudios disponibles que abordan esta cuestión hacen referencia a las relaciones entre las características fenomenológicas autoinformadas de los recuerdos positivos y la sintomatología postraumática, limitándose las evidencias derivadas de los estudios narrativos a las aportaciones del estudio de Fernández-Lansac y Crespo (2015) acerca de las relaciones de la longitud y la velocidad narrativa con la sintomatología. En este contexto, el presente estudio supone una novedad sin precedentes, en la medida en la que ofrece evidencias sobre las relaciones observadas entre un conjunto amplio de variables narrativas del recuerdo positivo y los correlatos clínicos evaluados en víctimas de violencia, tomando en consideración el posible efecto indirecto de la centralidad del recuerdo traumático sobre tales relaciones.

A nivel correlacional, cabe destacar la identificación de relaciones significativas de la sintomatología con un amplio conjunto de variables y, muy especialmente, con aquellas dirigidas a analizar la codificación e intensidad emocional del recuerdo. Así, en lo que respecta a la codificación de los recuerdos positivos, destacan especialmente las relaciones estrechas e inversas entre todos los correlatos clínicos evaluados y la coherencia, así como también las relaciones negativas de la longitud con todas las variables clínicas a excepción de la disociación peritraumática. De manera que, un peor ajuste postraumático se relacionaba con la elaboración de narrativas positivas menos coherentes y más cortas, lo que podría avalar la existencia de un efecto de la sintomatología postraumática y asociada sobre la calidad de los recuerdos positivos. Si bien, a la inversa, también existe la posibilidad que las dificultades asociadas a la elaboración de narrativas positivas extensas y coherentes pudiera promover la exacerbación de la sintomatología analizada.

Por otro lado, un tono emocional más negativo en la narrativa positiva se relacionaba también en gran medida con una mayor severidad de todos los correlatos

clínicos, mientras que un enlentecimiento en la velocidad en la que las participantes relataban el recuerdo positivo estaba relacionado con mayores niveles en todos los correlatos clínicos a excepción de los síntomas de evitación. Así, la afectación a nivel emocional de los recuerdos positivos como consecuencia de la experiencia traumática podría favorecer el peor ajuste de las participantes. Si bien, también existe la posibilidad de que la propia sintomatología emocional asociada a la victimización sea la que favorezca que las participantes experimenten más emociones negativas y menos positivas al recordar los eventos positivos. Esto sería congruente con los síntomas del TEPT recogidos en el DSM-5 (APA, 2013) que hacen referencia a los estados emocionales negativos persistentes y la capacidad disminuida para experimentar emociones positivas.

Por su parte, los resultados de los modelos predictivos también apoyan la vinculación que establecen algunos autores (e.g. Contractor et al., 2018) entre las características de los recuerdos positivos y el ajuste postraumático. En lo que a la disponibilidad, codificación o calidad del recuerdo se refiere, destaca especialmente el papel de la coherencia de la narrativa positiva como predictor de la sintomatología postraumática total y los síntomas disociativos peritraumáticos. Asimismo, en el caso de las alteraciones en la alteración y la reactividad, la coherencia roza la significación estadística para su consideración como predictor de tales alteraciones. Este último resultado estaría en consonancia con los hallazgos del estudio de Contractor, Greene et al. (2020) en el cual, a partir de la implementación de análisis de redes, se observa una fuerte correlación parcial inversa entre las alteraciones en la activación y la coherencia del recuerdo positivo. Sin embargo, ninguna de las otras relaciones identificadas por ese estudio encuentra confirmación en nuestros resultados.

Una vez más, la transversalidad de nuestro estudio no nos permite determinar la dirección de tales relaciones. De manera que, también en este caso, cabe la posibilidad de que la sintomatología postraumática y, en especial los estados de activación alterados, dificulten la elaboración por parte de los sujetos de relatos coherentes sobre

sus experiencias positivas, a mismo tiempo que pueden promover la sobreestimación de la experiencia pasada de síntomas disociativos vinculados también a la menor coherencia de las narrativas positivas.

El hecho de que las participantes con mayores niveles de sintomatología encuentren dificultades a la hora de recuperar recuerdos positivos coherentes, tendrá implicaciones clínicas obvias para las víctimas de eventos traumáticos en la medida en la que, de acuerdo con lo planteado por Contractor et al. (2018) la recuperación de este tipo de recuerdos puede suponer una estrategia de regulación emocional especialmente efectiva que favorezca un funcionamiento psicológico más óptimo. Así, a la luz de los resultados y en la línea de lo planteado por el grupo de investigación de Ateka Contractor, resultarían especialmente conveniente la implementación de intervenciones centradas en la coherencia de este tipo de recuerdos que permitan incrementar el afecto positivo de las víctimas de eventos traumáticos, al mismo tiempo que favorecen la regulación de los estados emocionales negativos que, como hemos visto previamente, tendrían tanta relevancia en las víctimas de eventos traumáticos.

Por otro lado, el tono emocional más negativo de las narrativas positivas predecía un incremento significativo en la sintomatología depresiva e intrusiva. Así, la relación predictiva entre la sintomatología depresiva y el tono emocional resulta comprensible atendiendo a que, entre las características fundamentales de la depresión destacan fundamentalmente de niveles altos de afecto negativo y bajos niveles de afecto positivo. Asimismo, la relación entre el tono emocional más negativo en el recuerdo positivo y los síntomas intrusivos podría atender a la vinculación que los individuos pueden establecer entre tales recuerdos y los del trauma, en la medida en la que estos pueden relacionarse, ya sea por contraste o por otro tipo de aspectos menos evidentes (e.g. relaciones temporales, contexto, etc.). De esta manera, la tarea narrativa positiva podría promover la activación de los recuerdos involuntarios del trauma, así como la revivencia de emociones congruentes con tales recuerdos.

En definitiva, si bien resulta evidente que, a la luz de nuestros resultados, las características de las narrativas positivas no establecen tantos vínculos con el estado clínico de las víctimas de violencia como lo hacían las traumáticas, nuestro estudio aporta evidencias relevantes desde el punto de vista clínico e investigador que podrían orientar el desarrollo de futuras investigaciones, modelos teóricos y tratamientos centrados en los recuerdos positivos de las víctimas de eventos traumáticos. En este sentido, sería conveniente el diseño de estudios longitudinales que permitan establecer relaciones causales entre las características de estos recuerdos y la sintomatología a fin de profundizar en el conocimiento sobre el efecto de las experiencias traumáticas sobre los recuerdos positivos. Asimismo, atendiendo a las diferentes relaciones observadas en nuestro estudio con respecto a otros estudios previos que analizan las características de los recuerdos positivos mediante instrumentos de autoinforme (e.g. Contractor, Greene et al., 2020), sería conveniente también el planteamiento de investigaciones que contemplen la implementación de distintas metodologías de análisis del recuerdo para determinar en qué medida los resultados podrían estar sesgados por las limitaciones inherentes a cada una de las aproximaciones metodológicas.

7.5. Aportaciones e implicaciones

Si partimos de que los dos enfoques teóricos contrapuestos sobre la memoria y el trauma—mecanismos especiales y mecanismos básicos—se alinean con una consideración categorial vs. dimensional de los eventos traumáticos, asumiendo respectivamente que el evento en sí mismo o la reacción subjetiva a este tendrán un papel destacado en su procesamiento y recuerdo, resulta controvertido que la inmensa mayoría de los estudios en narrativas traumáticas orales se centren en establecer comparaciones en las variables objetivo únicamente en virtud del diagnóstico de TEPT. Hasta el presente estudio, solo se contaba con una investigación (Bond et al., 2006)

específicamente dirigida a abordar las diferencias en las narrativas orales entre eventos considerados como traumáticos en términos categoriales y otros eventos estresantes que, aunque no pueden ser definidos como traumáticos en virtud de los sistemas de clasificación actuales, sí son, de acuerdo con ciertas evidencias, susceptibles de generar altos niveles de malestar, así como correlatos psicopatológicos comunes a los experimentados tras la exposición a eventos estrictamente traumáticos (Larsen & Berenbaum, 2017; Laurel Franklin, 2018).

Asimismo, la mayoría de las evidencias narrativas que provienen de los estudios con muestras heterogéneas de individuos expuestos a distintos tipos de eventos traumáticos se alinearían con la definición de trauma del DSM-IV-TR (APA, 2000), considerando como traumáticos ciertos eventos (e.g. muerte natural de un ser querido) que desde la definición más restrictiva del DSM-5 (APA, 2013) no ostentarían tal consideración. Así, una de las principales aportaciones de la presente tesis doctoral hace referencia precisamente al estudio de las diferencias narrativas entre los individuos expuestos a eventos altamente estresantes que actualmente no se consideran como traumáticos en virtud de los criterios establecidos en el manual diagnóstico DSM-5 (APA, 2013) y otros dos tipos de acontecimientos traumáticos de naturaleza interpersonal que sí que cumplirían con tal definición diagnóstica.

En lo que se refiere específicamente a los eventos estrictamente traumáticos, este estudio también supone un claro avance en el conocimiento acerca de la influencia de las características de los eventos traumáticos sobre los recuerdos narrativos. En la investigación con narrativas orales se observa una clara predominancia de investigaciones centradas en traumas de naturaleza interpersonal (e.g. Dekel & Bonanno, 2013; Dekel et al, 2016; Filkuková et al., 2016) y especialmente en agresiones de diversa naturaleza (e.g. Amir et al., 1998; Halligan et al., 2003; Jaeger et al., 2014; Zoellner et al., 2002). Incluso en los estudios que analizan muestras de individuos expuestos a distintos tipos de traumas, una proporción importante de los participantes son víctimas de agresiones diversas (e.g. Hagenaars et al., 2009; Jelinek et al., 2009;

Jelinek et al., 2010; Römisch et al., 2014). Sin embargo, a pesar de que, como ocurre con la sintomatología, las características de los eventos pueden tener un impacto relevante sobre los correlatos mnésicos observados, solo el estudio de Freer et al. (2010) se ha dirigido específicamente a estudiar el efecto sobre las narrativas de las variables del evento y, específicamente, de la edad en la que se da por primera vez violencia interpersonal y su cronicidad. Si bien su definición de la cronicidad mezcla dos aspectos que en realidad no serían equivalentes: la exposición continuada o crónica a un tipo de trauma interpersonal y la exposición repetida a distintos traumas interpersonales a lo largo de la vida. Además, la clasificación de los individuos en términos de cronicidad en base al número de eventos que el participante describe en la narrativa podría fomentar errores en la agrupación de los participantes si tenemos en cuenta que, debido a diversos factores (e.g. evitación), es posible que algunos individuos narren un único episodio a pesar de haberse visto expuestos a violencia de forma crónica y/o acumulativa. Esto, unido al pequeño tamaño de la muestra (N=28) y a las limitaciones relativas al método de evaluación de las variables narrativas y la simplicidad del análisis cuantitativo de los datos, hace que la trascendencia y generalización de sus resultados y conclusiones resulte cuanto menos cuestionable.

Además, el control de las posibles variables de confusión relevantes a cada una de las distintas variables narrativas en las comparaciones en función del tipo de evento y la valencia del recuerdo también supone una importante aportación del presente estudio. Hasta el momento, la mayoría de las investigaciones tienden a establecer las mismas covariables en las comparaciones relativas a todas las variables narrativas, lo que no parece apropiado si tenemos en cuenta que es poco probable que las variables que afecten a unas categorías lingüísticas, como por ejemplo los aspectos afectivos, sean las mismas variables que afecten a otras como las asociadas a aspectos cognitivos.

Por su parte, este estudio también constituye una importante aportación al estudio de la relación entre la sintomatología y las características de los recuerdos

autobiográficos. En primer lugar, atendiendo a la escasez de estudios con narrativas orales en víctimas de violencia interpersonal que analicen la relación entre las variables asociadas al recuerdo traumático y el estado clínico de las participantes (Amir et al., 1998; Fernández-Lansac & Crespo, 2015, 2017; Halligan et al., 2003; Jaeger et al., 2014; Zoellner et al., 2002), así como a las discrepancias en muchos casos de sus hallazgos y conclusiones, nuestra investigación ofrece evidencias adicionales que, sumadas a las previas, arrojarían algo más de luz sobre este aspecto tan relevante para la investigación narrativa.

Pero, aún más importante y novedoso si cabe resulta el estudio de la relación entre las características de las narrativas positivas y la sintomatología postraumática, máxime si tenemos en cuenta las evidencias que apuntan a la relevancia de las características de los recuerdos positivos en el ajuste postraumático (Contractor et al., 2019; Contractor, Greene et al., 2020; Fernández-Lansac & Crespo, 2015), así como los últimos modelos de intervención propuestos para el TEPT que se centran específicamente en este tipo de recuerdos (Contractor et al., 2019) y que ya han empezado a arrojar resultados preliminares que, al menos aparentemente, resultan prometedores (Contractor, Banducci et al., 2020).

7.6. Limitaciones

A pesar de todas las aportaciones previamente mencionadas, como todo estudio de investigación, la presente tesis doctoral muestra claras limitaciones que deberán ser tenidas en cuenta en futuras investigaciones que traten de abordar el estudio de las narrativas autobiográficas en mujeres víctimas de distintos eventos estresantes

Entre las limitaciones del presente estudio destaca en primer lugar su carácter transversal. Así, aunque tenemos en cuenta el tiempo pasado desde que las participantes sufrieron el evento estresante, resultaría interesante poder llevar a cabo

un seguimiento longitudinal desde la ocurrencia del evento estresante, o incluso antes, que nos permitiera conocer realmente las posibles variaciones en las distintas características de los recuerdos narrativos estresantes y positivos, así como establecer conclusiones causales.

Por otro lado, trabajar con una muestra de conveniencia de mujeres que voluntariamente se han prestado a ser evaluadas y, sobretodo, a narrar el evento estresante, puede limitar en gran medida la generalización de nuestros datos. De hecho, no fueron pocas las mujeres que, tras ser contactadas y habiendo accedido a participar, acabaron viéndose incapaces de acudir a la cita. De manera que, de alguna manera quizás este estudio habla más de las víctimas de eventos estresantes, ya sean tales eventos agresiones o eventos no traumáticos en términos categoriales, que se sienten capaces de hablar de lo ocurrido que de las víctimas de eventos estresantes en general.

Relacionado con esto, destacar también las limitaciones inherentes a la heterogeneidad en los procedimientos de captación de los tres grupos analizados que, como mencionamos en el apartado de método, fue a través de los psicólogos que trabajaban en distintas asociaciones y oficinas de atención a víctimas en el caso del grupo Vc; siguiendo el mismo procedimiento anterior y mediante anuncios difundidos en papel y a través de redes sociales en el caso de Ve; y mediante un procedimiento de bola de nieve en el caso de Nt. Aunque la pretensión inicial era que tanto el grupo Vc como el Ve fueran enteramente clínicos, nos topamos con la realidad de que, además de que muchas de las participantes derivadas no acudían a las citas programadas, los recursos contactados manifestaban que las víctimas de eventos episódicos que acudían a servicios de atención psicológica eran una minoría. Por ello, finalmente se optó por sacrificar la rigurosidad metodológica en pro de lograr llevar a cabo el estudio.

Asimismo, aunque la mayoría de las participantes de los grupos Ve y Nt muestran claras similitudes en el tipo de eventos objeto de evaluación, siendo las más comunes las agresiones de tipo sexual en el grupo Ve y la muerte o enfermedad propia o de un

ser querido en el grupo Nt, quizás el hecho de que no sean equivalentes pueda también limitar en cierta medida la generalización de nuestros resultados.

Por otro lado, hay que destacar las limitaciones asociadas al análisis narrativo como metodología de evaluación de los recuerdos autobiográficos. Así, si bien como hemos dicho repetidamente este tipo de evaluación presenta ciertas potencialidades y fortalezas, la falta de homogeneidad entre las tareas y sistemas de codificación utilizados hace difícil una valoración realmente ajustada de nuestras evidencias, así como su comparación con las evidencias previas. Además, también hay que tomar en consideración las limitaciones asociadas a los distintos métodos de evaluación. A veces, en este campo parece difícil encontrar el equilibrio entre la objetividad asociada a los métodos de conteo de palabras y la subjetividad a la que están sujetos los sistemas de codificación en pro de la valoración del contexto. De manera que, aunque optamos por aplicar los dos tipos de procedimientos, esto no ha implicado que las distintas variables fueran medidas por uno y otro maximizando su validez. Así, nuestros resultados estarían irremediablemente sujetos a las limitaciones de cada uno de los procedimientos utilizados en cada caso. También hubiera sido interesante incluir medidas de autoinforme sobre las características del recuerdo que evaluaran aspectos similares o equivalentes a las variables narrativas, de manera que pudiéramos contrastar las diferencias entre la valoración de las participantes sobre su recuerdo y las variables narrativas del recuerdo producido verbalmente.

Por su parte, el efecto del evaluador también puede limitar en gran medida nuestros resultados. Las muestras Vc y Ve fueron evaluadas en su totalidad por sendas estudiantes de doctorado, mientras que la muestra Nt fue evaluada por lo general por estudiantes de un Máster en Victimología formadas a tal efecto. Así, aunque se estableció un protocolo estandarizado para la evaluación de las participantes, no pueden descartarse efectos asociados a las características propias del evaluador como sus habilidades, personalidad o sesgos.

General conclusions

Despite its limitations, the present research offers novel evidence that could have implications from theoretical, clinical and research points of view.

As we have seen, the narratives of stressful memories are longer; are reported more rapidly; are more coherent; have a more negative emotional tone; and are more spatially and temporally oriented than are positive narratives. In addition, while these characteristics were common to all evaluated women exposed to stressful events, only in victims of violence were stress narratives, in addition, more detailed than positive narratives. With regard to content, the narratives of stressful events stand out for including fewer references to affective processes in general and positive emotions in particular as well as more expressions associated with negative emotions, irritability and cause.

The variables of stressful narratives of the victims of violence considered in this study explained a significant proportion of the variance in post-traumatic symptoms as a whole and by symptom clusters as well as peri- and post-traumatic dissociative symptoms and depressive and anxious affective symptoms. In this sense, two narrative variables stand out as predictors of a greater number of psychopathological correlates: affective content and coherence. Thus, the higher affective content of stressful narratives, the greater is the severity predicted for all clinical variables evaluated except for intrusive, avoidance and post-traumatic dissociative symptoms. Furthermore, less coherent stressful narratives predict an increase in the severity of symptoms of PTSD in general, alterations in activation and reactivity and peri-traumatic dissociative symptoms

These results, while consistent with those observed in some studies that involve oral narratives, given that they do not strongly support any of the proposed approaches, unfortunately do not help us, as we aspired, to shed more light on the controversies surrounding the study of memory and trauma. Thus, while the differences regarding valence could be closer to supporting a conception of traumatic memory from the perspective of basic mechanisms, the fact that less coherence is a significant predictor of some psychopathological correlates evaluated is more in line with the models of

special mechanisms. Although a not far-fetched possibility is that the defenders of both approaches are partly right in their theoretical approaches and that the “truth” lies somewhere in the middle, narrative research is still in its infancy, with more studies being needed to further develop knowledge about memory and trauma without resorting solely to self-reporting instruments, considering the intervening variables that have been shown to be relevant in studies such as this one (i.e., different linguistic skills) and solving the limitations of this and other precedents of research in this field.

In this sense, a promising methodology of analysis that has not yet been implemented in the context of narrative research is network analysis. Thus, as the study by Contractor, Greene, et al. (2020) shows, in relation to the self-reported characteristics of positive memories and PTSD, this technique would allow us to go further, deepening to a greater extent the mutual relations between symptoms and characteristics of autobiographical memories, determining the most central aspects of the networks of interrelations between them, approaching, in a more global way, the possible associations with other relevant variables (e.g., type of events or verbal differences) and -why not dream- addressing the temporal dynamics that it is possible to establish between these factors.

Additionally, from the clinical point of view, the identification of narrative predictors common to different types of psychopathological correlates associated with traumatic experiences would facilitate the development and improvement of intervention procedures that pay special attention to those variables of the narrative memory of the stressful event with greater influence on the different variables relevant to post-traumatic adjustment. Thus, these can become ideal therapeutic targets that, according to the consideration of symptoms as a network of interrelated elements, maximize the effectiveness of the interventions based on their influence on other factors.

With respect to the differences between the groups in the narrative variables, we find that victims of violence, especially those exposed to a single episode of violence, show greater narrative speed in general and construct significantly longer and spatially

oriented stressful narratives than do victims of non-traumatic events. With regard to the chronicity of violence, victims of episodic violence, as opposed to those of chronic violence, develop more coherent narratives and, in the case of stressful narratives, with a greater wealth of details. For their part, victims of chronic violence, in comparison to victims of specific violence and non-traumatic events, use the first person singular more and, in stressful narratives, a greater proportion of expressions associated with anger. In addition, participants exposed to non-traumatic events and chronic violence showed a more negative emotional tone in general and included a greater proportion of negative emotions in their stressful narratives. Finally, it should also be emphasized that in the face of victims of chronic and episodic violence, women exposed to non-traumatic events stand out for a greater verbal manifestation of sadness.

Considering the important differences between the victims of different types of events in the narrative variables analyzed, it seems to be confirmed that it is not appropriate to start from the evidence obtained in heterogeneous samples of victims exposed to different types of traumatic events or, on the contrary, to very specific events and extrapolate them to the reality of all trauma victims. Thus, objective characteristics such as chronicity or subjective characteristics, such as self-reported severity by victims of stressful events, apparently play determining roles in how victims narrate their memories; therefore, in future studies, their influence on autobiographical memories should be further explored.

Additionally, from a clinical point of view, in line with discussions on the development of interventions focused on the variables that predict symptomatology, perhaps this evidence, together with that yielded by future studies, would also allow the development of different intervention modalities adjusted to memory variables most relevant to the victims of one or other types of events and the relationships that such variables establish with the symptomatology. Thus, for example, if victims of stressful non-traumatic events, in categorical terms, show a lower narrative speed - these variable constituting, in turn, significant predictor of PTSD's cognition and mood alterations -

perhaps in their case, it would be advisable to highlight these memory variables in narrative interventions. In fact, with respect to narrative speed, there are already precedents in experimental research on procedures aimed at modifying the speed of the narrative of emotional events that point to the consequent reduction in levels of cardiovascular activation and subjective affectivity (Siegman & Boyle, 1993) that could serve as a basis for the development of interventions in populations with characteristics similar to our study sample.

Because we are talking about non-traumatic events from the categorical point of view, the role of subjective experience and memory in maintaining post-traumatic symptomatology, although occupying an important place at the theoretical level, remains a pending issue in memory and trauma research. Thus, according to our results, although, in many ways, people exposed to non-traumatic events differ from victims of violence, there are certain narrative variables, such as coherence and richness of detail, in which there are no differences between these people and the victims of chronic violence. In view of these findings and the persistent controversies at the conceptual and theoretical levels, it seems that perhaps we must go back to this basic aspect before addressing more complex ones, elucidating first whether the traumatic nature of an event is in fact determined by its memory and not so much by its objective reality, so that we can lay the foundation to ensure that future of research on trauma and memory does not continue to be a chaos of studies that cannot be compared to each other according to their different approaches.

Finally, the present study provides novel contributions on the relationship between the characteristics of positive narratives and the post-traumatic symptomatology in victims of violence. In this sense, reduced coherence and negative emotional tone in positive narratives emerges as main predictors of post-traumatic fit.

These results are particularly important in these times in which Positive Psychology is not only booming but has also established itself as a consolidated aspect within Clinical Psychology. Additionally, when not only researchers in this area but also

the clinicians who face patients every day clamor repeatedly about the potential of emotions, experiences and positive memories as resources for intervention in clinical practice, the development of new techniques and empirically validated intervention models that take advantage of these potentialities and that, most likely, would be well received by patients seem especially relevant. This is particularly important in a field such as trauma, in which the deficits associated with the experience of positive emotions are a fact, while the vast majority of the techniques proposed from the various reference guides are essentially focused on the processing of these aversive experiences, which although they represent a milestone in the lives of individuals and should not be forgotten in the face of intervention, should not be the only focus of therapy. It is perhaps convenient to reinforce them with more positive cutting procedures that, according to the results of our study, could perhaps involve work on the aspects of positive narrative memories that show relationships with a greater number of symptoms, as are in this case coherence, emotional tone and the proportion of perceptive processes.

However, no self-respecting intervention should start blindly, and our study is only a first step in the investigation of positive narrative memories and their relationship with the symptomatology derived from exposure to traumatic events from a narrative perspective. Thus, it should serve as an impetus for other researchers to develop future studies that attempt to confirm our results with samples exposed to different types of traumas of diverse nature (e.g., traffic accidents, war or combat zones, terrorism, torture, forced displacement, etc.) and, again, overcome our previously mentioned limitations.

Likewise, and reflecting on the application of network analysis to the relationship between autobiographical memories and post-traumatic psychopathology, from a research point of view, it would also be interesting to carry out a study that applies this methodology and, in addition to the claims previously discussed in relation to stressful memories and that could also be applied in the case of positive memories, tries to replicate the results of Contractor, Greene, et al. (2020) from a narrative perspective and with the present sample of women exposed to violence and non-traumatic events.

Referencias bibliográficas

Adam, D. (2013). Mental health: On the spectrum. *Nature*, 496, 416-418.
doi:10.1038/496416a

Adams, H. E., Luscher, K. A., & Bernat, J. A. (2002). The classification of abnormal behavior: An overview. En P. B. Sutker, & H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (3^a ed., pp. 3-28). Nueva York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.

Afzali, M. H., Sunderland, M., Batterham, P. J., Carragher, N., Caley, A., & Slade, T. (2017). Network approach to the symptom-level association between alcohol use disorder and posttraumatic stress disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(3), 329-339. doi:10.1007/s00127-016-1331-3

Afzali, M. H., Sunderland, M., Teesson, M., Carragher, N., Mills, K., & Slade, T. (2017). A network approach to the comorbidity between posttraumatic stress disorder and major depressive disorder: The role of overlapping symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 208, 490-496. doi: 10.1016/j.jad.2016.10.037

Alvarez-Conrad, J., Zoellner, L. A., & Foa, E. B. (2001). Linguistic predictors of trauma pathology and physical health. *Applied Cognitive Psychology*, 15, S159–S170.
doi:10.1002/acp.839

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3^a ed. rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^a ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4^a ed. rev.). Washington, DC: American Psychiatric Association
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5^a ed.). Arlington, Va.: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association. (2017). Clinical practice guideline for treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) in adults. Recuperado de <https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf>
- Amir, N., Stafford, J., Freshman, M. S., & Foa, E. B. (1998). Relationship between trauma narratives and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress*, 11(2), 385-392. doi: 10.1023/A:1024415523495
- Andreasen, N. C. (2007). DSM and the Death of Phenomenology in America: An Example of Unintended Consequences. *Schizophrenia Bulletin*, 33(1), 108-12. doi:10.1093/schbul/sbl054
- Armour, C., Fried, E. I., Deserno, M. K., Tsai, J., & Pietrzak, R. H. (2017). A network analysis of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms and correlates in U.S. military veterans. *Journal of Anxiety Disorders*, 45, 49-59. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.11.008

- Armour, C., Tsai, J., Durham, T. A., Charak, R., Biehn, T. L., Elhai, J. D., & Pietrzak, R. H. (2015). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms: Support for a hybrid anhedonia and externalizing behaviors model. *Journal of Psychiatric Research*, 61, 106-113. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.10.012
- Avasthi, A., Sarkar, S., & Grover, S. (2014). Approaches to psychiatric nosology: A viewpoint. *Indian Journal of Psychiatry*, 56(3), 301-304. doi:10.4103/0019-5545.120560
- Ayers, S., Radoš, S. N., & Balouch, S. (2015). Narratives of traumatic birth: Quality and changes over time. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 234-242. doi:10.1037/a0039044
- Badour, C. L., Resnick, H. S., & Kilpatrick, D. G. (2017). Associations between specific negative emotions and DSM-5 PTSD among a national sample of interpersonal trauma survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(11), 1620-1641. doi:10.1177/0886260515589930
- Barry, T. J., Lenaert, B., Hermans, D., Raes, F., & Griffith, J. W. (2018). Meta-analysis of the association between autobiographical memory specificity and exposure to trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 31(1), 35–46. doi: 10.1002/jts.22263.
- Beaudreau, S. A. (2007). Are trauma narratives unique and do they predict psychological adjustment? *Journal of Traumatic Stress*, 20(3), 353-357. doi:10.1002/jts
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897. doi:10.1037/0022-006X.56.6.893
- Beck, A. & Steer, R. (1990). *Beck Anxiety Inventory manual*. San Antonio, United States: The Psychological Corporation.

- 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.
- Becker JV, Skinner LJ, Abel GG, & Cichon J (1986). Level of postassault sexual functioning in rape and incest victims. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 37–49. doi:0004-00:12/86/0200-0037\$05.00/0
- Bedard-Gilligan, M., Zoellner, L. A., & Feeny, N. C. (2017). Is trauma memory special? Trauma narrative fragmentation in PTSD: Effects of treatment and response. *Clinical Psychological Science*, 5(2), 212-225. doi: 10.1177/2167702616676581.
- Benfer, N., Bardeen, J. R., Cero, I., Kramer, L. B., Whiteman, S. E., Rogers, T. A., . . . Weathers, F. W. (2018). Network models of posttraumatic stress symptoms across trauma types. *Journal of Anxiety Disorders*, 58, 70-77. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.07.004
- Benjet, C., Bromet, E., Karam, E. G., Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Ruscio, A. M., . . . Koenen, K. C. (2016). The epidemiology of traumatic event exposure worldwide: Results from the world mental health survey consortium. *Psychological Medicine*, 46(2), 327-343. doi:10.1017/S0033291715001981
- Bennett, H., & Wells, A. (2010). Metacognition, memory disorganization and rumination in posttraumatic stress symptoms. *Journal of anxiety Disorders*, 24(3), 318-325. doi: 10.1016/j.janxdis.2010.01.004
- Berntsen, D. (2001). Involuntary memories of emotional events: Do memories of traumas and extremely happy events differ? *Applied Cognitive Psychology*, 15(7), S135–S158. doi:10.1002/acp.838

- Berntsen, D. (2002). Tunnel memories for autobiographical events: Central details are remembered more frequently from shocking than from happy experiences. *Memory & cognition*, 30(7), 1010-1020. doi:10.3758/BF03194319
- Berntsen, D., & Rubin, D. C. (2006). The centrality of event scale: A measure of integrating a trauma into one's identity and its relation to post-traumatic stress disorder symptoms. *Behaviour research and therapy*, 44(2), 219-231. doi: 10.1016/j.brat.2005.01.009
- Berntsen, D., Willert, M., & Rubin, D. C. (2003). Splintered memories or vivid landmarks? Qualities and organization of traumatic memories with and without PTSD. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, 17(6), 675-693. doi:10.1002/acp.894
- Birkeland, M. S., & Heir, T. (2017). Making connections: Exploring the centrality of posttraumatic stress symptoms and covariates after a terrorist attack. *European Journal of Psychotraumatology*, 8 Supl. 3, 1333387. doi:10.1080/20008198.2017.1333387
- Blashfield, R. K. (1984). *The classification of psychopathology: Neo-kraepelinian and quantitative approaches*. Nueva York, NY: Plenum Press.
- Boals, A. (2018). Trauma in the eye of the beholder: Objective and subjective definitions of trauma. *Journal of Psychotherapy Integration*, 28(1), 77-89. doi: 10.1037/int0000050
- Bond, G. D., Walker, W. R., Bargo, A. J., Bansag, M. J., Self, E. A., Henderson, D. X., ... & Alderson, C. J. (2016). Fading affect bias in the Philippines: Confirmation of the FAB in positive and negative memories but not for death memories. *Applied Cognitive Psychology*, 30(1), 51-60. doi: 10.1002/acp.3166

- Booker, J. A., Graci, M. E., Hudak, L. A., Jovanovic, T., Rothbaum, B. O., Ressler, K. J., ... & Stevens, J. (2018). Narratives in the immediate aftermath of traumatic injury: Markers of ongoing depressive and posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of traumatic stress*, 31(2), 273-285. doi:10.1002/jts.22271
- Borsboom, D. (2008). Psychometric perspectives on diagnostic systems. *Journal of Clinical Psychology*, 64(9), 1089-108. doi:10.1002/jclp.20503
- Borsboom, D. (2017). A network theory of mental disorders. *World Psychiatry*, 16(1), 5-13. doi:10.1002/wps.20375
- Borsboom, D., & Cramer, A. O. J. (2013). Network analysis: An integrative approach to the structure of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 91-121. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185608
- Boschloo, L., van Borkulo, C. D., Rhemtulla, M., Keyes, K. M., Borsboom, D., & Schoevers, R. A. (2015). The network structure of symptoms of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. *PLoS One*, 10(9), e0137621. doi:10.1371/journal.pone.0137621
- Bowman, M. L., & Yehuda, R. (2004). Risk factors and the adversity-stress model. En G. M. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies* (pp. 15-38). Nueva York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470713570.ch2
- Breslau, N., & Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV posttraumatic stress disorder: An empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50(9), 699-704. doi:10.1016/S0006-3223(01)01167-2
- Brewer, W.F. (1980). Literary theory, rhetoric, stylistics: Implications for psychology. In R.J. Spiro, B.C. Bruce, & W.F. Brewer (Eds.), *Theoretical issues in reading comprehension* (pp. 221-239). Hillsdale, NJ: Erlbaum

Breuer, J., & Freud, S. (1893-1895/1955). Studies on Hysteria. En J. Strachey (Ed.) *The standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud* (Vol.2). London: Hogarth Press.

Brewin, C. R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 96(3), 379-394. doi:10.1037/0033-295X.96.3.379

Brewin, C. R. (2001). Memory processes in post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13(3), 159–163. doi:10.1080/09540260120074019

Brewin, C. R. (2007). Autobiographical memory for trauma: Update on four controversies. *Memory*, 15(3), 227-248. doi:10.1080/09658210701256423

Brewin, C. R. (2013). “I wouldn't start from here”—An alternative perspective on PTSD from the ICD-11: Comment on Friedman (2013). *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 557-559. doi:10.1002/jts.21843

Brewin, C. R., Cloitre, M., Hyland, P., Shevlin, M., Maercker, A., Bryant, R. A., . . . Reed, G. M. (2017). A review of current evidence regarding the ICD-11 proposals for diagnosing PTSD and complex PTSD. *Clinical Psychology Review*, 58, 1-15. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.001

Brewin, C. R., Dalgleish, T., & Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670-686. doi: 10.1037/0033-295X.103.4.670

Brewin, C. R., Gregory, J. D., Lipton, M., & Burgess, N. (2010). Intrusive images in psychological disorders: Characteristics, neural mechanisms, and treatment implications. *Psychological Review*, 117(1), 210-232. doi:10.1037/a0018113

- Brewin, C. R., & Holmes, E. A. (2003). Psychological theories of posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review, 23*(3), 339-376. doi:10.1016/S0272-7358(03)00033-3
- Brewin, C. R., Lanius, R. A., Novac, A., Schnyder, U., & Galea, S. (2009). Reformulating PTSD for DSM-V: Life after criterion A. *Journal of Traumatic Stress, 22*(5), 366-373. doi:10.1002/jts.20443
- Briddon, E., Slade, P., Isaac, C., & Wrench, I. (2011). How do memory processes relate to the development of posttraumatic stress symptoms following childbirth? *Journal of anxiety disorders, 25*(8), 1001-1007. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.06.008
- Bringmann, L. F., & Eronen, M. I. (2018). Don't blame the model: Reconsidering the network approach to psychopathology. *Psychological Review, 125*(4), 606-615. doi:10.1037/rev0000108
- Broman-Fulks, J. J., Ruggiero, K. J., Green, B. A., Kilpatrick, D. G., Danielson, C. K., Resnick, H. S., & Saunders, B. E. (2006). Taxometric investigation of PTSD: Data from two nationally representative samples. *Behavior Therapy, 37*(4), 364-380. doi: 10.1016/j.beth.2006.02.006
- Broman-Fulks, J. J., Ruggiero, K. J., Green, B. A., Smith, D. W., Hanson, R. F., Kilpatrick, D. G., & Saunders, B. E. (2009). The latent structure of posttraumatic stress disorder among adolescents. *Journal of Traumatic Stress, 22*(2), 146-152. doi:10.1002/jts.20399
- Brown, R., & Kulik, J. (1977). Flashbulb memories. *Cognition, 5*(1), 73-99. doi: 10.1016/0010-0277(77)90018-X

- Byrne, P., Becker, S., & Burgess, N. (2007). Remembering the past and imagining the future: A neural model of spatial memory and imagery. *Psychological Review*, 114(2), 340–375. doi: 10.1037/0033-295X.114.2.340
- Bryant, R. A., Creamer, M. C., O'Donnell, M. L., Forbes, D., McFarlane, A. C., Silove, D. M., & Hadzi-Pavlovic, D. (2017). Acute and chronic posttraumatic stress symptoms in the emergence of posttraumatic stress disorder: A network analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 135-142. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3470
- Buck, N., Kindt, M., Van Den Hout, M., Steens, L., & Linders, C. (2006). Perceptual memory representations and memory fragmentation as predictors of post-trauma symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35(3), 259-272. doi: 10.1017/S1352465806003468
- Burgess, N., Becker, S., King, J. A., & O'Keefe, J. (2001). Memory for events and their spatial context: Models and experiments. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London Series B: Biological Sciences*, 356 (1413), 1493–1503. doi: 10.1098/rstb.2001.0948
- Bush, K., Kivlahan, D. R., McDonnell, M. B., Fihn, S. D., & Bradley, K. A. (1998). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Archives of internal medicine*, 158(16), 1789-1795. doi: 10.1001/archinte.158.16.1789
- Candel, I., & Merckelbach, H. (2004). Peritraumatic dissociation as a predictor of post-traumatic stress disorder: A critical review. *Comprehensive Psychiatry*, 45(1), 44-50. doi:10.1016/j.comppsy.2003.09.012

- Careaga, M. B. L., Girardi, C. E. N., & Suchecki, D. (2016). Understanding posttraumatic stress disorder through fear conditioning, extinction and reconsolidation. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 71, 48-57. doi: 10.1016/j.neubiorev.2016.08.023
- Carson, R. C. (1996). Aristotle, Galileo, and the DSM taxonomy: The case of schizophrenia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1133-1139. doi:10.1037/0022-006X.64.6.1133
- Choi, K. W., Batchelder, A. W., Ehlinger, P. P., Safren, S. A., & O'Cleirigh, C. (2017). Applying network analysis to psychological comorbidity and health behavior: Depression, PTSD, and sexual risk in sexual minority men with trauma histories. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(12), 1158-1170. doi:10.1037/ccp0000241
- Christianson, S.-Å. (1992a). Emotional stress and eyewitness memory: a critical review. *Psychological bulletin*, 112(2), 284-309. doi:10.1037/0033-2909.112.2.284
- Christianson, S.-Å (1992b). Do flashbulb memories differ from other types of emotional memories? En E. Winograd & U. Neisser (Eds.), *Emory symposia in cognition*, 4. *Affect and accuracy in recall: Studies of "flashbulb" memories* (p. 191–211). Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511664069.010
- Christianson, S.-Å., Goodman, J., & Loftus, E. F. (1992). Eyewitness memory for stressful events: Methodological quandaries and ethical dilemmas. En Christianson, S.-Å (Ed.), *The handbook of emotion and memory: Research and theory*, (pp. 217–244). Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Christianson, S.-Å., & Safer, M. A. (1996). Emotional events and emotions in autobiographical memories. En D. C. Rubin (Ed.), *Remembering our past: Studies in autobiographical memory* (pp.218–243). Cambridge University Press. doi:10.1017/CBO9780511527913.009

Chung C., & Pennebaker J. W. (2011). Using computerized text analysis to assess threatening communications and behavior. En C. Chauvin (Ed.), *Threatening communications and behavior: Perspectives on the pursuit of public figures* (pp. 3–32). Washington, DC: National Academies Press.

Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological assessment*, 6(4), 284-290. doi:10.1037/1040-3590.6.4.284

Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 4(1), 20706. doi:10.3402/ejpt.v4i0.20706

Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B., & Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5, 25097. doi:10.3402/ejpt.v5.25097

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

Compton, W. M., & Guze, S. B. (1995). The neo-kraepelinian revolution in psychiatric diagnosis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 245(4-5), 196-201. doi:10.1007/BF02191797

- Connor, K. & Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. doi: 10.1002/da.10113
- Contractor, A. A., Banducci, A. N., Dolan, M., Keegan, F., & Weiss, N. H. (2019). Relation of positive memory recall count and accessibility with posttrauma mental health. *Memory*, 27, 1130–1143. doi:10.1080/09658211.2019.1628994.
- Contractor, A. A., Banducci, A. N., Jin, L., Keegan, F. S., & Weiss, N. H. (2020). Effects of processing positive memories on posttrauma mental health: A preliminary study in a non-clinical student sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 66, 13. doi: 10.1016/j.jbtep.2019.101516
- Contractor, A. A., Brown, L.A., Caldas, S. V., Banducci, A. N., Taylor, D. J., Armour, C., & Shea, M. T. (2018). Posttraumatic stress disorder and positive memories: Clinical considerations. *Journal of Anxiety Disorders*, 28, 23-32. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.06.007
- Contractor, A. A., Greene, T., Dolan, M., Weiss, N. H., & Armour, C. (2020). Relation between PTSD symptom clusters and positive memory characteristics: A network perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 69, 102157. doi: 10.1016/j.janxdis.2019.102157
- Contractor, A. A., Weiss, N. H., Dranger, P., Ruggero, C. J., & Armour, C. (2017). PTSD's risky behavior criterion: Relation with DSM-5 PTSD symptom clusters and psychopathology. *Psychiatry Research*, 252, 215-222. doi:10.1016/j.psychres.2017.03.008

- Contreras, A., Nieto, I., Valiente, C., Espinosa, R., & Vázquez, C. (2019). The study of psychopathology from the network analysis perspective: A Systematic review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 88(2), 71-83. doi:10.1159/000497425
- Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., van der Maas, H. L. J., & Borsboom, D. (2010). Comorbidity: A network perspective. *Behavioral and Brain Sciences*, 33(2-3), 137-150. doi:10.1017/S0140525X09991567
- Creamer, M. C., McFarlane, A. C., & Burgess, P. M. (2005). Psychopathology following trauma: The role of subjective experience. *Journal of Affective Disorders*, 86(2/3), 175-182. doi: 10.1016/j.jad.2005.01.015
- Crespo, M., & Fernández-Lansac, V. (2015). Memory and narrative of traumatic events: A literature review. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 8(2), 149-156. doi:10.1037/tra0000041
- Crespo, M., Gómez-Gutiérrez, M. M., & Soberón, C. (2017). *EGEP-5: Adaptación al DSM-5 de la escala de evaluación Global del Estrés Postraumático*. Madrid, Spain: TEA Ediciones.
- Cuthbert, B. N., & Insel, T. R. (2013). Toward the future of psychiatric diagnosis: The seven pillars of RDoC. *BMC Medicine*, 11, 126. doi:10.1186/1741-7015-11-126
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130(2), 228-260. doi:10.1037/0033-2909.130.2.228
- Davidson, J. R., & Foa, E. B. (1991). Refining criteria for posttraumatic stress disorder. *Hospital & Community Psychiatry*, 42(3), 259-261. doi:10.1176/ps.42.3.259

- Dekel, S., & Bonanno, G. A. (2013). Changes in trauma memory and patterns of posttraumatic stress. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(1), 26-34. doi: 10.1037/a0022750
- Dekel, S., Hankin, I. T., Pratt, J. A., Hackler, D. R., & Lanman, O. N. (2016). Posttraumatic growth in trauma recollections of 9/11 survivors: A narrative approach. *Journal of loss and trauma*, 21(4), 315-324. doi: 10.1080/15325024.2015.1108791
- Desrochers, A. B., Beaulieu-Prévost, D., Desautels, J., Békés, V., Belleville, G., Guay, S., & Marchand, A. (2016). Gender and changes in trauma narrative following CBT for PTSD. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25(9), 974-990. doi: 10.1080/10926771.2016.1231147
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour research and therapy*, 38(4), 319-345. doi:10.1016/S0005-7967(99)00123-0
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., & Fennell, M. J. V. (2005). Cognitive therapy for post-traumatic stress disorder: Development and evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 43(4), 413-431. doi: 10.1016/j.brat.2004.03.006
- Ehlers, A., Clark, D. M., Hackmann, A., McManus, F., Fennell, M., Herbert, C., & Mayou, R. (2003). A randomized controlled trial of cognitive therapy, a self-help booklet, and repeated assessments as early interventions for posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60(10), 1024–1032. doi: 10.1001/archpsyc.60.10.1024

- Ehlers, A., Hackmann, A., Grey, N., Wild, J., Liness, s. Albert, I,...Clark, D. M. (2014). A randomized controlled trial of 7-day intensive and standard weekly cognitive therapy for PTSD and emotion-focused supportive therapy. *American Journal of Psychiatry*, 171(3), 294-304. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.13040552
- Ehlers, A., Hackmann, A., & Michael, T. (2004). Intrusive re-experiencing in post-traumatic stress disorder: Phenomenology, theory, and therapy. *Memory*, 12(4), 403–415. doi: 10.1080/09658210444000025
- Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2002). Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? *Journal of Affective Disorders*, 70(1), 1-17.
- Fairbank, J. A., Ebert, L., & Caddell, J. M. (2001). Posttraumatic stress disorder. En P. B. Sutker & H. E. Adams (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (3^a ed., pp. 183-209). Nueva York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Fernández-Lansac, V., & Crespo, M. (2015). Narrative length and speech rate in battered women. *PloS one*, 10(11), e0142651. doi: 10.1371/journal.pone.0142651
- Fernández-Lansac, V., & Crespo, M. (2017a). Presentation of the Coding and Assessment System for Narratives of Trauma (CASNOT): Application in Spanish battered women and preliminary analyses. *The Spanish journal of psychology*, 20, 1-12. doi: 10.1017/sjp.2017.31
- Fernández-Lansac, V., & Crespo, M. (2017b). Quality of memories in women abused by their intimate partner: Analysis of traumatic and nontraumatic narratives. *Journal of traumatic stress*, 30(1), 80-87. doi: 10.1002/jts.22154

- Filkuková, P., Jensen, T. K., Sofie Hafstad, G., Torvund Minde, H., & Dyb, G. (2016). The relationship between posttraumatic stress symptoms and narrative structure among adolescent terrorist-attack survivors. *European journal of psychotraumatology*, 7(1), 29551. doi: 10.3402/ejpt.v7.29551
- Fiske, S. T., & Linville, P. W. (1980). What does the schema concept buy us? *Personality and Social Psychology Bulletin*, 6(4), 543–557. doi: 10.1177/014616728064006
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Treatments that work. Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. New York, NY: Oxford University Press. doi: 10.1093/med:psych/9780195308501.001.0001
- Foa, E. B., & Kozak, M. J. (1986). Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. *Psychological Bulletin*, 99(1), 20-35. doi:10.1037/0033-2909.99.1.20
- Foa, E. B., Molnar, C., & Cashman, L. (1995). Change in rape narratives during exposure therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 8(4), 675-690. doi:10.1007/BF02102894
- Foa, E. B., & Riggs, D. S. (1993). Posttraumatic stress disorder in rape victims. In J. M. Oldham, M. B. Riba , & A. Tasman (Eds.), *American psychiatric press review of psychiatry*, 12, (vol. 12, pp. 273-303). Volume 12. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive behavioral therapy for PTSD*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20(2), 155–176. doi:10.1016/S0005-7894(89)80067-X

Forbes, D., Haslam, N., Williams, B. J., & Creamer, M. (2005). Testing the latent structure of posttraumatic stress disorder: A taxometric study of combat veterans. *Journal of Traumatic Stress, 18*(6), 647-656. doi:10.1002/jts.20073

Forbes, M. K., Wright, A. G. C., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017a). Evidence that psychopathology symptom networks have limited replicability. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(7), 969-988. doi:10.1037/abn0000276

Forbes, M. K., Wright, A. G. C., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017b). Further evidence that psychopathology networks have limited replicability and utility: Response to Borsboom et al. (2017) and Steinley et al. (2017). *Journal of Abnormal Psychology, 126*(7), 1011-1016. doi:10.1037/abn0000313

Freer, B. D., Whitt-Woosley, A. & Sprang, G. (2010). Narrative coherence and the trauma experience: An exploratory mixed-method analysis. *Violence and victims, 25*(6), 742-754. doi: 10.1891/0886-6708.25.6.742

Fried, E. I., & Cramer, A. O. J. (2017). Moving forward: Challenges and directions for psychopathological network theory and methodology. *Perspectives on Psychological Science, 12*(6), 999-1020. doi:10.1177/1745691617705892

Friedman, M. J. (2013). Finalizing PTSD in DSM-5: Getting here from there and where to go next. *Journal of Traumatic Stress, 26*(5), 548-556. doi:10.1002/jts.21840

Friedman, M. J., Kilpatrick, D. G., Schnurr, P. P., & Weathers, F. W. (2016). Correcting misconceptions about the diagnostic criteria for posttraumatic stress disorder in DSM-5. *JAMA Psychiatry, 73*(7), 753-754. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0745

Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., & Brewin, C. R. (2011). Considering PTSD for DSM-5. *Depression and Anxiety, 28*(9), 750-769. doi:10.1002/da.20767

- Friedman, M. J., Resick, P. A., Bryant, R. A., Strain, J. J., Horowitz, M. J., & Spiegel, D. (2011). Classification of trauma and stressor-related disorders in DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 737-749. doi:10.1002/da.20845
- Frost, R., Hyland, P., McCarthy, A., Halpin, R., Shevlin, M., & Murphy, J. (2019). The complexity of trauma exposure and response: Profiling PTSD and CPTSD among a refugee sample. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 11(2), 165-175. doi:10.1037/tra0000408
- Galatzer-Levy, I. R., & Bryant, R. A. (2013). 636,120 ways to have posttraumatic stress disorder. *Perspectives on Psychological Science*, 8(6), 651-662. doi:10.1177/1745691613504115
- Gehrt, T. B., Berntsen, D., Hoyle, R. H., & Rubin, D. C. (2018). Psychological and clinical correlates of the centrality of event scale: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 65, 57-80. doi:10.1016/j.cpr.2018.07.006
- Glück, T. M., Knefel, M., & Lueger-Schuster, B. (2017). A network analysis of anger, shame, proposed ICD-11 post-traumatic stress disorder, and different types of childhood trauma in foster care settings in a sample of adult survivors. *European Journal of Psychotraumatology*, 8 Supl. 3, 1372543. doi:10.1080/20008198.2017.1372543
- Gómez, A., Conde, A., Santana, J. M., & Jorrín, A. (2005). Diagnostic usefulness of brief versions of Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) for detecting hazardous drinkers in primary care settings. *Journal of studies on alcohol*, 66(2), 305-308. doi:10.15288/jsa.2005.66.305

Gray, M. J., & Lombardo, T. W. (2001). Complexity of trauma narratives as an index of fragmented memory in PTSD: A critical analysis. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, 15(7), S171-S186. doi:10.1002/acp.840

Greene, T., Gelkopf, M., Epskamp, S., & Fried, E. (2018). Dynamic networks of PTSD symptoms during conflict. *Psychological Medicine*, 48(14), 2409-2417. doi:10.1017/S0033291718000351

Greenhoot, A. F., Sun, S., Bunnell, S. L., & Lindboe, K. (2013). Making sense of traumatic memories: Memory qualities and psychological symptoms in emerging adults with and without abuse histories. *Memory*, 21(1), 125-142. doi:10.1080/09658211.2012.712975

Gillihan, S. J., Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2014). Psychological theories of PTSD. En M. J. Friedman, T. M. Keane, & P. A. Resick (Eds.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (p. 166–184). Nueva York: Guilford Press.

Habermas, T. (2015). A model of psychopathological distortions of autobiographical memory narratives: An emotion narrative view. En L. A. Watson & D. Bernstein (Eds.), *Clinical perspectives on autobiographical memory* (pp. 267–290). Cambridge, UK: Cambridge University Press

Habermas, T., & Berger, N. (2011). Retelling everyday emotional events: Condensation, distancing, and closure. *Cognition and Emotion*, 25(2), 206-219. doi:10.1080/02699931003783568

Hackmann, A., Ehlers, A., Speckens, A., & Clark, D. M. (2004). Characteristics and content of intrusive memories in PTSD and their changes with treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 231-240. doi:10.1023/B:JOTS.0000029266.88369.fd

- Hagenaars, M. A., van Minnen, A., & Hoogduin, K. A. (2009). Reliving and disorganization in posttraumatic stress disorder and panic disorder memories. *The Journal of nervous and mental disease*, 197(8), 627-630. doi: 0.1097/NMD.0b013e3181b08bdf
- Halligan, S. L., Michael, T., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2003). Posttraumatic stress disorder following assault: The role of cognitive processing, trauma memory, and appraisals. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71(3), 419-431. doi: 10.1037/0022-006X.71.3.419
- Hansen, M., Hyland, P., Armour, C., Shevlin, M., & Elklit, A. (2015). Less is more? assessing the validity of the ICD-11 model of PTSD across multiple trauma samples. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 28766-28777. doi:10.3402/ejpt.v6.28766
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1999). A qualitative investigation of the organization of traumatic memories. *British Journal of Clinical Psychology*, 38(4), 401-405. doi: 10.1348/014466599162999
- Helzer, J. E., Kraemer, H. C., & Krueger, R. F. (2006). The feasibility and need for dimensional psychiatric diagnoses. *Psychological Medicine*, 36(12), 1671-1680. doi:10.1017/S003329170600821X
- Hofmann, S. G., Curtiss, J., & McNally, R. J. (2016). A complex network perspective on clinical science. *Perspectives on Psychological Science*, 11(5), 597-605. doi:10.1177/1745691616639283

Hoge, C. W., Yehuda, R., Castro, C. A., McFarlane, A. C., Vermetten, E., Jetly, R., . . .

Rothbaum, B. O. (2016). Unintended consequences of changing the definition of posttraumatic stress disorder in DSM-5: Critique and call for action. *JAMA Psychiatry*, 73(7), 750-752. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.0647

Hopper, J. W., Frewen, P. A., Van der Kolk, B. A., & Lanius, R. A. (2007). Neural correlates of reexperiencing, avoidance, and dissociation in PTSD: Symptom dimensions and emotion dysregulation in responses to script-driven trauma imagery. *Journal of traumatic stress*, 20(5), 713-725. doi:10.1002/jts.20284

Hopper, J. W., & Van der Kolk, B. A. (2001). Retrieving, Assessing, and Classifying Traumatic Memories, *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 4:2, 33-71. doi: 10.1300/J146v04n02_03

Horowitz, M. J. (1973). Phase oriented treatment of stress response syndromes. *American Journal of Psychotherapy*, 27(4), 506-515. doi: 10.1176/appi.psychotherapy.1973.27.4.506

Horowitz, M. J. (1975). Intrusive and repetitive thoughts after experimental stress. *Archives of General Psychiatry*, 32(11), 1457-1463. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760290125015

Horowitz, M. J. (1976/2011). *Stress response syndromes: PTSD, grief, adjustment, and dissociative disorders* (5th ed. ed.). Lanham, MD, US: Jason Aronson.

Horowitz, M. J. (1983). Post-traumatic stress disorders. *Behavioral Sciences and the Law*, 1(3), 9-23. doi:10.1002/bsl.2370010305

Horowitz, M. J. (1986). Stress-response syndromes: A review of posttraumatic and adjustment disorders. *Psychiatric Services*, 37(3), 241-249. doi:10.1176/ps.37.3.241

- Horowitz, M. J., Weiss, D. S., & Marmar, C. (1987). Diagnosis of posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(5), 267–268. doi: 10.1097/00005053-198705000-00003
- Horowitz, M. J., Wilner, N., Kaltreider, N., & Alvarez, W. (1980). Signs and symptoms of posttraumatic stress disorder. *Archives of General Psychiatry*, 37(1), 85–92. doi: 10.1001/archpsyc.1980.01780140087010
- Hudziak, J. J., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., & Pine, D. S. (2007). A dimensional approach to developmental psychopathology. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16 Supl. 1, S16-S23. doi:10.1002/mpr.217
- Hyland, P., Murphy, J., Shevlin, M., Vallières, F., McElroy, E., Elklit, A., . . . Cloitre, M. (2017). Variation in post-traumatic response: The role of trauma type in predicting ICD-11 PTSD and CPTSD symptoms. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(6), 727-736. doi:10.1007/s00127-017-1350-8
- Hyland, P., Shevlin, M., Elklit, A., Murphy, J., Vallières, F., Garvert, D. W., & Cloitre, M. (2017). An assessment of the construct validity of the ICD-11 proposal for complex posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma-Theory Research Practice and Policy*, 9, 1-9. doi: 10.1037/tra0000114
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: The problem of reification. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 155-179. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091532
- Insel, T. (2014). The NIMH research domain criteria (RDoC) project: Precision medicine for psychiatry. *The American Journal of Psychiatry*, 171(4), 395-397. doi: 10.1176/appi.ajp.2014.14020138

Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D. S., Quinn, K., . . . Wang, P. (2010). Research domain criteria (RDoC): Toward a new classification framework for research on mental disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 167(7), 748-51. doi: 10.1176/appi.ajp.2010.09091379

Jaeger, J., Lindblom, K. M., Parker-Guilbert, K., & Zoellner, L. A. (2014). Trauma narratives: It's what you say, not how you say it. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 473-481. doi:10.1037/a0035239

Janet, P. (1889). *L'automatisme psychologique*. Paris: Alcan.

Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7(2), 113-136. doi:10.1521/soco.1989.7.2.113

Janoff-Bulman, R. (1992/2010). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.

Janoff-Bulman, R., & Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of social issues*, 39(2), 1-17. doi:10.1111/j.1540-4560.1983.tb00138.x

Janoff-Bulman, R., & McPherson Frantz, C. (1997). The impact of trauma on meaning: From meaningless world to meaningful life. En M. J. Power & C. R. Brewin (Eds.), *The transformation of meaning in psychological therapies: Integrating theory and practice* (p. 91–106). John Wiley & Sons Inc.

- Janoff-Bulman, R., & Timko, C. (1987). Coping with traumatic life events: The role of denial in light of people's assumptive worlds. En C. R. Snyder & C. E. Ford (Eds.), *The Plenum series on stress and coping. Coping with negative life events: Clinical and social psychological perspectives* (p. 135–159). Plenum Press. doi: 10.1007/978-1-4757-9865-4_6
- Jayawickreme, N., Mootoo, C., Fountain, C., Rasmussen, A., Jayawickreme, E., & Bertuccio, R. F. (2017). Post-conflict struggles as networks of problems: A network analysis of trauma, daily stressors and psychological distress among Sri Lankan war survivors. *Social Science & Medicine*, 190, 119-132. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.08.027
- Jelinek, L., Randjbar, S., Seifert, D., Kellner, M., & Moritz, S. (2009). The organization of autobiographical and nonautobiographical memory in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Abnormal Psychology*, 118(2), 288-298. doi: 10.1037/a0015633
- Jelinek, L., Stockbauer, C., Randjbar, S., Kellner, M., Ehring, T., & Moritz, S. (2010). Characteristics and organization of the worst moment of trauma memories in posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(7), 680-685. doi: 10.1016/j.brat.2010.03.014
- Jones, A. C., Badour, C. L., Brake, C. A., Hood, C. O., & Feldner, M. T. (2018). Facets of emotion regulation and posttraumatic stress: An indirect effect via peritraumatic dissociation. *Cognitive Therapy and Research*, 42(4), 497-509. doi:10.1007/s10608-018-9899-4
- Jones, C., Harvey, A. G., & Brewin, C. R. (2007). The organisation and content of trauma memories in survivors of road traffic accidents. *Behaviour research and therapy*, 45(1), 151-162. doi: 10.1016/j.brat.2006.02.004

- Karam, E. G., Andrews, G., Bromet, E., Petukhova, M., Ruscio, A. M., Salamoun, M., . . . Kessler, R. C. (2010). The role of criterion A2 in the DSM-IV diagnosis of posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 68(5), 465-473. doi: 10.1016/j.biopsych.2010.04.032
- Kazlauskas, E., Gegieckaite, G., Hyland, P., Zelviene, P., & Cloitre, M. (2018). The structure of ICD-11 PTSD and complex PTSD in Lithuanian mental health services. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1414559. doi:10.1080/20008198.2017.1414559
- Keane, T.M., Zimmerling, R.T., & Caddel, J.M. (1985). A behavioral formulation of post-traumatic stress disorder in Vietnam veterans. *Behavior Therapist*, 8, 9-12.
- Kihlstrom, J. F. (1996). The trauma-memory argument and recovered memory therapy. En K. Pezdek & W. P. Banks (Eds.), *The recovered memory/false memory debate* (p. 297–311). San Diego: Academic Press.
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., & Acierno, R. (2009). Should PTSD criterion A be retained? *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 374-383. doi:10.1002/jts.20436
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M., & Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using DSM-IV and DSM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537-547. doi:10.1002/jts.21848
- Kindt, M., & van den Hout, M. (2003). Dissociation and memory fragmentation: Experimental effects on meta-memory but not on actual memory performance. *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), 167-178. doi: 10.1016/S0005-7967(01)00135-8

- Klein, I., & Janoff-Bulman, R. (1996). Trauma history and personal narratives: Some clues to coping among survivors of child abuse. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 45-54. doi:10.1016/0145-2134(95)00114-X
- Kliem, S., Kröger, C., Foran, H. M., Mößle, T., Glaesmer, H., Zenger, M., & Brähler, E. (2016). Dimensional latent structure of PTSD-symptoms reporting: Is it adding by subtracting? *Psychological Assessment*, 28(12), 1663-1673. doi:10.1037/pas0000287
- Koenen, K. C., Ratanatharathorn, A., Ng, L., McLaughlin, K. A., Bromet, E. J., Stein, D. J., . . . Kessler, R. C. (2017). Posttraumatic stress disorder in the world mental health surveys. *Psychological Medicine*, 47(13), 2260-2274. doi:10.1017/S0033291717000708
- Koriat, A., & Goldsmith, M. (1994). Memory in naturalistic and laboratory contexts: Distinguishing the accuracy-oriented and quantity-oriented approaches to memory assessment. *Journal of Experimental Psychology: General*, 123(3), 297-315. doi:10.1037/0096-3445.123.3.297
- Kraemer, H. C. (2007). DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 16 Supl. 1, S8-S15. doi:10.1002/mpr.211
- Krupnik, V. (2019). Trauma or adversity? *Traumatology*, 25(4), 256-261. doi:10.1037/trm0000169
- Larsen, S. E., & Berenbaum, H. (2017). Did the DSM-5 improve the traumatic stressor criterion? Association of DSM-IV and DSM-5 criterion a with posttraumatic stress disorder symptoms. *Psychopathology*, 50(6), 373-378. doi:10.1159/000481950

Laska, K. M., Gurman, A. S., & Wampold, B. E. (2014). Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective. *Psychotherapy*, 51(4), 467-481. doi:10.1037/a0034332

Laurel Franklin, C., Raines, A. M., & Hurlocker, M. C. (2018). No trauma, no problem: Symptoms of posttraumatic stress in the absence of a criterion a stressor. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(1), 107-111. doi:10.1007/s10862-018-9692-4

Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial del Estado*, 298, de 14 de diciembre de 1999, 43088 a 43099. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>

Lilienfeld, S. O., Smith, S. F., & Watt, A. L. (2013). Issues in diagnosis: Conceptual issues and controversies. En Craighead, E., Miklowitz, J., & Craighead, L. W. (Eds.), *Psychopathology: History, diagnosis, and empirical foundations* (pp. 1-35). Nueva York: Wiley.

Lilienfeld, S. O., & Treadway, M. T. (2016). Clashing diagnostic approaches: DSM-ICD versus RDoC. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 435-463. doi:10.1146/annurev-clinpsy-021815-093122

Lissek, S. & van Meurs, B. (2015). Learning models of PTSD: Theoretical accounts and psychobiological evidence. *International Journal of Psychophysiology*, 98, 594–605. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2014.11.006

- Liu, P., Wang, L., Cao, C., Wang, R., Zhang, J., Zhang, B., . . . Elhai, J. D. (2014). The underlying dimensions of DSM-5 posttraumatic stress disorder symptoms in an epidemiological sample of Chinese earthquake survivors. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(4), 345-351. doi: 10.1016/j.janxdis.2014.03.008
- Maercker, A., Brewin, C. R., Bryant, R. A., Cloitre, M., van Ommeren, M. H., Jones, L. M., . . . Reed, G. M. (2013). Diagnosis and classification of disorders specifically associated with stress: Proposals for ICD-11. *World Psychiatry*, 12(3), 198-206. doi:10.1002/wps.20057
- Marmar, C. R., Metzler, T. J., & Otte, C. (2004). The Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire. En J. P. Wilson & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (2nd ed.). (pp. 144–167). New York, NY: Guilford.
- Marshall, G. N., Jaycox, L. H., Engel, C. C., Richardson, A. S., Dutra, S. J., Keane, T. M., . . . Marx, B. P. (2019). PTSD symptoms are differentially associated with general distress and physiological arousal: Implications for the conceptualization and measurement of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 62, 26-34. doi: 10.1016/j.janxdis.2018.10.003
- McKinnon, A., Brewer, N., Meiser-Stedman, R., & Nixon, R. D. V. (2017). Trauma memory characteristics and the development of acute stress disorder and post-traumatic stress disorder in youth. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 54, 112-119. doi:10.1016/j.jbtep.2016.07.009
- McLaughlin, K. A., Koenen, K. C., Friedman, M. J., Ruscio, A. M., Karam, É. G., Shahly, V., . . . Kessler, R. C. (2015). Subthreshold posttraumatic stress disorder in the world health organization world mental health surveys. *Biological Psychiatry*, 15(4), 375-384. doi: 10.1016/j.biopsych.2014.03.028

McNally, R. J. (1998). Experimental approaches to cognitive abnormality in posttraumatic stress disorder. *Clinical psychology review*, 18(8), 971-982. doi: 10.1016/S0272-7358(98)00036-1

McNally, R. J. (2003). *Remembering trauma*. Cambridge, MA, US, US: Belknap Press/Harvard University Press, Cambridge, MA.

McNally, R. J. (2009). Can we fix PTSD in DSM-V? *Depression and Anxiety*, 26(7), 597-600. doi:10.1002/da.20586

McNally, R. J. (2012). The ontology of posttraumatic stress disorder: Natural kind, social construction, or causal system? *Clinical Psychology: Science and Practice*, 19(3), 220-228. doi:10.1111/cpsp.12001

McNally, R. J. (2016). Can network analysis transform psychopathology? *Behaviour Research and Therapy*, 86, 95-104. doi: 10.1016/j.brat.2016.06.006

McNally, R. J. (2017). Networks and nosology in posttraumatic stress disorder. *JAMA Psychiatry*, 74(2), 124-125. doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.3344

McNally, R. J., Heerena, A., & Robinaugh, D. J. (2017). A bayesian network analysis of posttraumatic stress disorder symptoms in adults reporting childhood sexual abuse. *European Journal of Psychotraumatology*, 8, 1-10. doi:10.1080/20008198.2017.1341276

McNally, R. J., Robinaugh, D. J., Wu, G. W. Y., Wang, L., Deserno, M. K., & Borsboom, D. (2015). Mental disorders as causal systems: A network approach to posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Science*, 3(6), 836-849. doi:10.1177/2167702614553230

- Mellor Marsá, B., & Aragona, M. (2009). De la categoría a la dimensión: Una mirada crítica a la evolución de la nosografía psiquiátrica. *Revista De La Asociación Española De Neuropsiquiatría*, 29(1), 217-228.
- Michael, T., Ehlers, A., Halligan, S. L., & Clark, D. M. (2005). Unwanted memories of assault: What intrusion characteristics are associated with PTSD? *Behaviour Research and Therapy*, 43(5), 613-628. doi: 10.1016/j.brat.2004.04.006
- Miller, M. W., Wolf, E. J., & Keane, T. M. (2014). Posttraumatic stress disorder in DSM-5: New criteria and controversies. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(3), 208-220. doi:10.1111/cpsp.12070
- Mitchell, K. S., Wolf, E. J., Bovin, M. J., Lee, L. O., Green, J. D., Rosen, R. C., . . . Marx, B. P. (2017). Network models of DSM–5 posttraumatic stress disorder: Implications for ICD–11. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(3), 355-366. doi:10.1037/abn0000252
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the national comorbidity survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-60. doi:10.2105/AJPH.91.5.753
- Moreau, C., & Zisook, S. (2002). Rationale for a posttraumatic stress spectrum disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(4), 775-790. doi:10.1016/S0193-953X(02)00019-9
- Morris, S. E., & Cuthbert, B. N. (2012). Research Domain Criteria: Cognitive systems, neural circuits, and dimensions of behavior. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(1), 29-37.

Mott, J. M., Galovski, T. E., Walsh, R. M., & Elwood, L. S. (2015). Change in trauma narratives and perceived recall ability over a course of cognitive processing therapy for PTSD. *Traumatology*, 21(1), 47-54. doi:10.1037/trm0000012

Mowrer, O.H. (1960). *Learning theory and behavior*. New York: Wiley.

Mundfrom D.J., Perrett J.P., Schaffer J., Piccone A., & Roozeboom M. (2006) Bonferroni adjustments in tests for regression coefficients. *Multiple Linear Regression Viewpoints*, 32(1), 1–6.

Neisser, U., Winograd, E., Bergman, E.T., Schreiber, C.A., Palmer, S.E., & Weldon, M.S. (1996). Remembering the earthquake: Direct experience vs. hearing the news. *Memory*, 4(4), 337-358. doi:10.1080/096582196388898

Ng, L. C., Ahishakiye, N., Miller, D. E., & Meyerowitz, B. E. (2015). Narrative characteristics of genocide testimonies predict posttraumatic stress disorder symptoms years later. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 303-311. doi:10.1037/tra0000024

Nilssonne, Å. (1988). Speech characteristics as indicators of depressive illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77(3), 253-263. doi: 10.1111/j.1600-0447.1988.tb05118.x

Nuijten, M. B., Deserno, M. K., Cramer, A. O. J., & Borsboom, D. (2016). Mental disorders as complex networks: An introduction and overview of a network approach to psychopathology. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 13(4-5), 68-76.

Okasha, A. (2009). Would the use of dimensions instead of categories remove problems related to subthreshold disorders? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259, 129-33. doi:10.1007/s00406-009-0052-y

- O'Kearney, R., Hunt, A., & Wallace, N. (2011). Integration and organization of trauma memories and posttraumatic symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 24(6), 716-725. doi: 10.1002/jts.20690
- O'Kearney, R., & Perrott, K. (2006). Trauma narratives in posttraumatic stress disorder: A review. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 81–93. doi:10.1002/jts .20099
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *International statistical classification of diseases and related health problems* (10ª Revisión). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11ª Revisión). Recuperado de <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Pardo, A. & San Martín (2010) *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Pardo, A. & San Martín (2012) *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud III*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Park, C. L., Mills, M. A., & Edmondson, D. (2012). PTSD as meaning violation: Testing a cognitive worldview perspective. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 4(1), 66–73. doi:10.1037/a0018792
- Peace, K. A., & Porter, S. (2004). A longitudinal investigation of the reliability of memories for trauma and other emotional experiences. *Applied Cognitive Psychology*, 18(9), 1143-1159. doi:10.1002/acp.1046

- Pennebaker, J. W., Chung, C. K., Ireland, M., Gonzales, A., & Booth, R. J. (2007). LIWC2007 Manual: *The development and psychometric properties of LIWC2007: Austin, Texas, LIWC.net. <https://www.liwc.net/LIWC2007LanguageManual.pdf>*
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York: Routledge & Kegan Paul.
- Pitman, R. K., Orr, S. P., Foa, D. B., de Jong, J. B., & Claiborn, J. M. (1987). Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry*, 44(11), 970-975. doi: 10.1001/archpsyc.1987.01800230050009
- Pitman, R. K., Shalev, A. Y., & Orr, S. P. (2000). Posttraumatic stress disorder: Emotion, conditioning, and memory. En Gazzaniga, M. S. (Ed.), *The new cognitive neurosciences* (2^a ed., pp. 1133-1147). Cambridge, MA: MIT Press.
- Porter, S., & Birt, A. R. (2001). Is traumatic memory special? A comparison of traumatic memory characteristics with memory for other emotional life experiences. *Applied Cognitive Psychology: The Official Journal of the Society for Applied Research in Memory and Cognition*, 15(7), S101-S117. doi: 10.1002/acp.766
- Ramírez-Esparza, N., Pennebaker, J. W., García, A. F., & Suria', R. (2007). La psicología del uso de las palabras: Un programa de computadora que analiza textos en español. *Revista Mexicana de Psicología*, 24, 85-99.
- Reese, E., Haden, C. A., Baker-Ward, L., Bauer, P., Fivush, R., & Ornstein, P. A. (2011). Coherence of personal narratives across the lifespan: A multidimensional model and coding method. *Journal of Cognition and Development*, 12(4), 424-462. doi: 10.1080/15248372.2011.587854
- Resick, P. A. (2001). *Stress and Trauma*. Nueva York, NY: Psychology Press.

- Richards, L., & Richards, T. (1994). Using computers in qualitative analysis. En N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 445–462). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Römisch, S., Leban, E., Habermas, T., & Döll-Hentschker, S. (2014). Evaluation, immersion, and fragmentation in emotion narratives from traumatized and nontraumatized women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(5), 465-472. doi: 10.1037/a0035169
- Rosen, G. M. (2004). Traumatic events, criterion creep, and the creation of pretraumatic stress disorder. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 3(2), 39-42.
- Rosen, G. M., & Lilienfeld, S. O. (2008). Posttraumatic stress disorder: An empirical evaluation of core assumptions. *Clinical Psychology Review*, 28(5), 837-868. doi:10.1016/j.cpr.2007.12.002
- Rubin, D. C. (2005). A basic-systems approach to autobiographical memory. *Current Directions in Psychological Science*, 14(2), 79-83. doi:10.1111/j.0963-7214.2005.00339.x
- Rubin, D. C. (2006). The basic-systems model of episodic memory. *Perspectives on psychological science*, 1(4), 277-311. doi:10.1111/j.1745-6916.2006.00017.x
- Rubin, D. C. (2015). A basic systems account of trauma memories in PTSD: is more needed? En Watson, L. A. & Berntsen, D (Eds.), *Clinical Perspectives on Autobiographical Memory* (pp. 41-64). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Rubin, D. C., Berntsen, D., & Bohni, M. K. (2008). A memory-based model of posttraumatic stress disorder: Evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115(4), 985-1011. doi:10.1037/a0013397

Rubin, D. C., Boals, A., & Berntsen, D. (2008). Memory in posttraumatic stress disorder: Properties of voluntary and involuntary, traumatic and nontraumatic autobiographical memories in people with and without posttraumatic stress disorder symptoms. *Journal of Experimental Psychology: General*, 137(4), 591-614. doi: 10.1037/a0013165

Rubin, D. C., Deffler, S. A., Ogle, C. M., Dowell, N. M., Graesser, A. C., & Beckham, J. C. (2016). Participant, rater, and computer measures of coherence in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(1), 11-25. doi: 10.1037/abn0000126

Rubin, D. C., Dennis, M. F., & Beckham, J. C. (2011). Autobiographical memory for stressful events: The role of autobiographical memory in posttraumatic stress disorder. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 20(3), 840-856. doi:10.1016/j.concog.2011.03.015

Rubin, D. C., Schrauf, R. W., & Greenberg, D. L. (2003). Belief and recollection of autobiographical memories. *Memory & cognition*, 31(6), 887-901. doi: 10.3758/BF03196443

Ruscio, A. M., Ruscio, J., & Keane, T. M. (2002). The latent structure of posttraumatic stress disorder: A taxometric investigation of reactions to extreme stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(2), 290-301. doi:10.1037/0021-843X.111.2.290

Russell, J. D., Neill, E. L., Carrión, V. G., & Weems, C. F. (2017). The network structure of posttraumatic stress symptoms in children and adolescents exposed to disasters. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(8), 669-677.e5. doi: 10.1016/j.jaac.2017.05.021

- Sanislow, C. A., Pine, D. S., Quinn, K. J., Kozak, M. J., Garvey, M. A., Heinssen, R. K., . . . Cuthbert, B. N. (2010). Developing constructs for psychopathology research: Research domain criteria. *Journal of Abnormal Psychology, 119*(4), 631-639. doi:10.1037/a0020909
- Sanz (2011). *Adaptación Española del Inventario de Ansiedad de Beck*. Madrid: Pearson
- Sanz, J. (2014). Recomendaciones para la utilización de la adaptación española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en la práctica clínica. *Clínica y Salud, 25*(1), 39-48. doi:10.5093/cl2014a3
- Sanz, J., Perdigón, A. L., & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*(3), 249-280.
- Saunders, J. B., Aasland, O. G., Babor, T. F., De la Fuente, J. R., & Grant, M. (1993). Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction, 88*(6), 791-804. doi:10.1111/j.1360-0443.1993.tb02093.x
- Schell, T. L., Marshall, G. N., & Jaycox, L. H. (2004). All symptoms are not created equal: The prominent role of hyperarousal in the natural course of posttraumatic psychological distress. *Journal of Abnormal Psychology, 113*(2), 189-197. doi:10.1037/0021-843X.113.2.189
- Schmidt, U., & Vermetten, E. (2017). Integrating NIMH research domain criteria (RDoC) into PTSD research. *Current Topics in Behavioral Neuroscience, 38*, 69-91. doi:10.1007/7854_2017_1

Schmittmann, V. D., Cramer, A. O. J., Waldorp, L. J., Epskamp, S., Kievit, R. A., & Borsboom, D. (2013). Deconstructing the construct: A network perspective on psychological phenomena. *New Ideas in Psychology*, 31(1), 43-53. doi: 10.1016/j.newideapsych.2011.02.007

Shapiro, F. (2017). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy: Basic Principles, Protocols, and Procedures* (3^a ed.). Nueva York, NY: Guilford Press.

Shephard, B. (2004). Risk Factors and PTSD: A Historian's Perspective. In Posttraumatic Stress Disorder. En G. M. Rosen (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: Issues and controversies* (pp. 39-61). Nueva York, NY, US: John Wiley & Sons Ltd. doi: 10.1002/9780470713570.ch3

Shobe, K. K., & Kihlstrom, J. F. (1997). Is traumatic memory special? *Current Directions in Psychological Science*, 6(3), 70–74. doi: 10.1111/1467-8721.ep11512658

Soberón, C., Crespo, M., Gómez-Gutiérrez, M. d. M., Fernández-Lansac, V., & Armour, C. (2016). Dimensional structure of DSM-5 posttraumatic stress symptoms in Spanish trauma victims. *European Journal of Psychotraumatology*, 7(1), 1-9. doi:10.3402/ejpt.v7.32078

Sotgiu, I., & Mormont, C. (2008). Similarities and differences between traumatic and emotional memories: Review and directions for future research. *The Journal of Psychology*, 142(5), 449-470. doi:10.3200/JRLP.142.5.449-470

Spinhoven, P., Nijenhuis, E. R., & Van Dyck, R. (1999). Can experimental memory research adequately explain memory for trauma? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36(3), 257-267. doi:10.1037/h0087693

- Steinberg, M. (1994). Systematizing dissociation: Symptomatology and diagnostic assessment. En D. Spiegel (Ed.) *Dissociation— culture, mind, and body* (pp. 59–88). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Sullivan, C. P., Smith, A. J., Lewis, M., & Jones, R. T. (2018). Network analysis of PTSD symptoms following mass violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 10(1), 58–66. doi: 10.1037/tra0000237
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6a ed). Boston. Ma: Pearson.
- Tulsky, D. S., Saklofske, D. H., & Zhu, J. (2003). Revising a standard: An evaluation of the origin and development of the WAIS–III. En D. S. Tulsky, D. H. Saklofske, G. J. Chelune, R. K. Heaton, R. J. Ivnik, R. Bornstein, et al. (Eds.), *Clinical interpretation of the WAIS–III and WMS–III* (pp. 43–91). San Diego, CA: Academic Press.
- Tulving, E. (1991). Memory research is not a zero-sum game. *American Psychologist*, 46(1), 41–42. doi:10.1037/0003-066X.46.1.41
- Tyrer, P. (2014). A comparison of DSM and ICD classifications of mental disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*, 20(4), 280-285. doi:10.1192/apt.bp.113.011296
- Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson, J. R. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry research*, 152(2-3), 293-297. doi: 10.1016/j.psychres.2007.01.006

van den Broek E.L., van der Sluis F., & Dijkstra T. (2010) Telling the Story and Re-Living the Past: How Speech Analysis Can Reveal Emotions in Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) Patients. En Westerink J., Krans M., & Ouwerkerk M. (Eds.) *Sensing Emotions: The impact of context on experience measurements* (pp. 153-180). Dordrecht, Holanda: Springer.

van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of traumatic stress*, 8(4), 505-525. doi:10.1007/BF02102887

van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1996). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview. *British Journal of Psychotherapy*, 12(3), 352-361. doi:10.1111/j.1752-0118.1996

van der Kolk, B. A., Hopper, J. W., & Osterman, J. E. (2001). Exploring the nature of traumatic memory: Combining clinical knowledge with laboratory methods. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 4(2), 9-31. doi:10.1300/J146v04n02_02

Van der Velden, P. G., Wong, A., Boshuizen, H. C., & Grievink, L. (2013). Persistent mental health disturbances during the 10 years after a disaster: Four-wave longitudinal comparative study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 67(2), 110-118. doi:10.1111/pcn.12022

Van Minnen, A., Wessel, I., Dijkstra, T., & Roelofs, K. (2002). Changes in PTSD patients' narratives during prolonged exposure therapy: A replication and extension. *Journal of traumatic stress*, 15(3), 255-258. doi: 10.1023/A:1015263513654

- Vázquez, C., Roca, P., Poyato, N., y Pascual, T. (2017). Teoría de redes en psicopatología: Una alternativa radical a los sistemas diagnósticos. En R. Fernández-Ballesteros (Ed.), *Progresos y crisis en Psicología clínica: Tratamientos basados en la evidencia y crisis del diagnóstico* (pp. 59-83). Madrid: Pirámide.
- Vázquez, C., Sánchez-López, A., & Romero, N. (2014) Clasificación y diagnóstico de los trastornos psicológicos: Usos y limitaciones del DSM-IV-TR/DSM-5 y la CIE-10. En Caballo, V., Salazar, I., & Carrobes, J. (Eds.), *Manual de psicopatología y trastornos psicológicos* (2ª ed., pp. 93-116). Madrid: Pirámide.
- Walker, W. R., Skowronski, J. J., & Thompson, C. P. (2003). Life is pleasant—and memory helps to keep it that way! *Review of General Psychology*, 7(2), 203-210. doi:10.1037/1089-2680.7.2.203
- Waters, T. E., Köber, C., Raby, K. L., Habermas, T., & Fivush, R. (2019). Consistency and stability of narrative coherence: An examination of personal narrative as a domain of adult personality. *Journal of personality*, 87(2), 151-162. doi: 10.1111/jopy.12377
- Watson, D. (2003). Subtypes, specifiers, epicycles, and eccentrics: Toward a more parsimonious taxonomy of psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 233. doi:10.1093/clipsy.bpg013
- Weathers, F. W., & Keane, T. M. (2007). The criterion A problem revisited: Controversies and challenges in defining and measuring psychological trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 20(2), 107-121. doi:10.1002/jts.20210
- Wechsler, D. (1997). *Wechsler Adult Intelligence Scale* (3rd ed.). San Antonio, TX: Psychological Corp.

Widiger, T. A., & Clark, L. A. (2000). Toward DSM-V and the classification of psychopathology. *Psychological Bulletin*, 126(6), 946-963. doi:10.1037/0033-2909.126.6.946

Widiger, T. A. & Edmundson, M. (2014). Diagnoses, Dimensions, and DSM-5. En D. Barlow (Ed.). *The Oxford Handbook of Clinical Psychology*. Oxford: Oxford University Press.

Widiger, T. A., Frances, A., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (1988). The DSM-III-R personality disorders: An overview. *The American Journal of Psychiatry*, 145(7), 786-795. doi:10.1176/ajp.145.7.786

Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the diagnostic and statistical manual of mental disorders-fifth edition. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(4), 494-504. doi:10.1037/0021-843X.114.4.494

Williams, J. M. G., & Broadbent, K. (1986). Autobiographical memory in suicide attempters. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 144-149. doi: 10.1037/0021-843X.95.2.144

Wilson, J. P. (1994). The historical evolution of PTSD diagnostic criteria: From Freud to DSM-IV. *Journal of Traumatic Stress*, 7(4), 681-698. doi:10.1002/jts.2490070413

Young, A. (1995). *The harmony of illusions: Inventing post-traumatic stress disorder*. Princeton (N.J): Princeton University Press.

Zoellner, L. A., Alvarez-Conrad, J., & Foa, E. B. (2002). Peritraumatic dissociative experiences, trauma narratives, and trauma pathology. *Journal of Traumatic Stress*, 15(1), 49-57. doi:10.1023/A:10143832

Anexos

ANEXO I. PROTOCOLO DE EVALUACIÓN

I.I Protocolo de evaluación del grupo de violencia continuada (V_c)

- a. Hoja informativa y consentimiento informado
- b. Screening (O)
- c. Instrumentos de evaluación heteroaplicados (A)
- d. Instrumentos de evaluación autoaplicados (B)
- e. Instrumentos de evaluación post-narrativas (C)

I.II Protocolo de evaluación del grupo de violencia episódica (V_e)

- a. Hoja informativa y consentimiento informado
- b. Screening (O)
- c. Instrumentos de evaluación heteroaplicados (A)

*El resto del protocolo (instrumentos B y C) es idéntico al utilizado para la evaluación del grupo de trauma (V_c)

I.III Protocolo de evaluación del grupo de situaciones estresantes no traumáticas (N_t)

- a. Hoja informativa y consentimiento informado
- b. Screening (O)
- c. Instrumentos de evaluación heteroaplicados (A)

*El resto del protocolo (instrumentos B y C) es idéntico al utilizado para la evaluación del grupo de trauma (V_c)

ANEXO II. CASNOT

II.I Manual de aplicación del CASNOT

II.II Hojas de codificación

Anexo I. Protocolo de evaluación

I.I Protocolo de evaluación del grupo de violencia
continuada (Vc)

HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Complutense de Madrid, en colaboración con distintas asociaciones de mujeres, está efectuando un estudio titulado **“memoria autobiográfica en víctimas de violencia de género”**, cuyo objetivo es valorar el modo en que las mujeres que han sufrido violencia por parte de su pareja recuerdan lo sucedido, y analizar las consecuencias psicológicas que se derivan de esta experiencia. El objetivo final de este proyecto es el de proponer pautas para la adecuada atención a las víctimas, tanto a nivel individual como a nivel social e institucional, a fin de amortiguar el impacto emocional que tiene sobre ellas la difícil situación que han vivido.

Para la realización de este estudio estamos evaluando a mujeres víctimas de malos tratos y recogiendo sus vivencias personales en relación con los hechos. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si decide participar le realizaremos una serie de preguntas de carácter absolutamente confidencial y que no le comprometerán a nada. Asimismo, grabaremos en audio su relato de los hechos. Aunque escriba su nombre y su teléfono, sus datos no serán divulgados de manera que se pueda reconocer a quien pertenecen. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas o intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. La grabación realizada, tras ser analizada por el personal del equipo investigador, será destruida, no estando a disposición de ninguna persona ajena a este estudio.

Si en cualquier momento desea abandonar la evaluación puede hacerlo, sin que ello le perjudique de forma alguna y sin que tenga que dar ningún tipo de explicación. Igualmente, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto puedo contactar a María Crespo López (psicóloga del Dpto. de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid) en la siguiente dirección: mcrespo@psi.ucm.es

Yo,.....(nombre y apellidos),

- He sido informado por la psicóloga:.....
- He leído la Hoja de Información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el Proyecto de Investigación: “*Memoria autobiográfica en víctimas de violencia de género*”.
- He recibido suficiente información sobre dicho Proyecto.
- Comprendo que mi participación es **voluntaria**.
- Comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cuanto quiera y sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación.

Fecha: _____ de _____ de _____ Firma: _____

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, de Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal, el interviniente queda informado y expresamente consiente la incorporación de sus datos a los ficheros de carácter personal de los que sea responsable la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

La Universidad Complutense de Madrid garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en la LOPD y demás normativa aplicable.

El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee. Para ello debe dirigirse por escrito bien por correo al Dpto. de Psicología Clínica de la UCM – Facultad de Psicología- Campus de Somosaguas- 28223 Madrid o bien por e-mail a mcrespo@psi.ucm.es.

SCREENING (O)

CÓDIGO: (Vc)

FECHA: _____

TELÉFONO DE
CONTACTO: _____

CENTRO DE
REFERENCIA: _____

ENTREVISTADOR/A: _____

A COMPLETAR CON LOS DATOS PROPORCIONADOS POR LA PERSONA DE
CONTACTO
(PREFERENTEMENTE POR EL PSICÓLOGO/A)

1. Edad: _____

2. El castellano es su lengua materna

- 0. No
- 1. Sí

3. Ha sido víctima de algún tipo de violencia por parte de su pareja o expareja

- 0. No
- 1. Sí

4. Meses transcurridos desde el primer episodio de violencia: _____

5. Está en tratamiento psicológico en la actualidad

- 0. No
- 1. Sí (indicar: número de meses que lleva en tratamiento: _____)
número de sesiones que lleva de tratamiento: _____)
tipo de tratamiento: _____)

6. Posee algún tipo de impedimento o limitación (enfermedad física o mental, analfabetismo, discapacidad, etc.) que dificulte su participación

- 0. No
- 1. Sí

***Criterios de inclusión:**

-Se debe marcar "1" en las preguntas 2 y 3

-Se debe marcar "0" en la pregunta 6

-La edad (pregunta 1) debe ser **superior a los 18 años**

-El tiempo transcurrido desde el primer episodio (pregunta 4) debe ser **superior a 1 mes**

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN (A)

CÓDIGO: (Vc)

FECHA: _____

SECUENCIA:

+/-	-/+
-----	-----

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CENTRO DE REFERENCIA: _____

ENTREVISTADOR/A: _____

En primer lugar, voy a formularle una serie de preguntas a fin conocer algunos datos suyos personales. Sus respuestas son absolutamente confidenciales y no le comprometen a nada. Si en algún momento se siente incómoda no dude en comunicármelo.

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. ¿Cuál es su nacionalidad?

- 0. Española
- 1. Otra (indicar cuál: _____)

3. ¿Cuál es su lengua materna?

- 0. Castellano
- 1. Otra (indicar cuál: _____)

4. ¿Cuál es su estado civil?

- 0. Soltera
- 1. Casada o conviviendo en pareja
- 2. Divorciada o Separada
- 3. Viuda

5. ¿Tiene hijos?

- 0. No (SALTAR ÍTEMS 24, 25 Y 26)
- 1. Sí

6. ¿Qué estudios ha completado?

- 0. Sin estudios (no sabe leer y/o escribir. Sabe leer y escribir, pero fue menos de tres años a la escuela)
- 1. Primarios (hasta 11-12 años. Antes del bachiller elemental, hasta ingreso; 1º a 6º de EGB; Educación primaria de la LOGSE)
- 2. Educación Secundaria de Primer grado (12 a 16 años. Bachiller Elemental; 7º y 8º de EGB; 1º y 2º de BUP; 1º a 4ª ESO; FPI, Maestría industrial; Graduado escolar, certificado escolar)
- 3. Educación Secundaria de Segundo Grado (16 a 18 años. Bachiller Superior; 3º BUP y COU; FPI I y FPI II; 1º y 2º de Bachillerato)
- 4. Estudios Universitarios (Diplomaturas en Escuelas Universitarias, Licenciaturas en facultades, Doctorados, etc.)

7. ¿Cuál es su actividad laboral en la actualidad?

0. Trabajadora a tiempo completo (por cuenta ajena o autónoma)
1. Trabajadora a tiempo parcial (por cuenta ajena o autónoma)
2. Parada
3. Ama de casa
4. Jubilada
5. Estudiante
6. Discapacidad o incapacitación reconocida
7. Otra (indicar cuál: _____)

Ahora voy a realizarle algunas preguntas en relación a los malos tratos que ha sufrido y algunas de las consecuencias que ha tenido para usted. Se trata de preguntas muy concretas. Más adelante analizaremos con mayor profundidad su experiencia.

8. ¿Durante cuánto tiempo ha sufrido malos tratos por parte de su pareja? (indicar número de meses: _____)

9. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que sufrió la última agresión por parte de su pareja? (indicar número de meses: _____)

10. ¿Mantiene en la actualidad contacto con la pareja que la maltrató?

0. No
1. Sí, pero no mantiene una relación de pareja
2. Sí, mantiene la relación de pareja actualmente

11. Por parte de su (ex)pareja, ¿ha sufrido...?

a.	Agresiones físicas	SI	NO
b.	Agresiones psicológicas	SI	NO
c.	Agresiones sexuales	SI	NO

12. ¿Con qué frecuencia se daban los malos tratos? Si la frecuencia de los malos tratos varió en el tiempo, piense únicamente en el último año de relación

0. Un solo episodio (SALTAR ITEMS 27-34)
1. Ocasionalmente (contados episodios)
2. Menos de una vez al mes
3. Mensualmente
4. Semanalmente
5. A diario o casi a diario

13. ¿Requirió en algún momento atención médica por estas agresiones?

0. No (IR AL ÍTEM 15)
1. Sí

14. *¿Estuvo en algún momento hospitalizada debido a esas agresiones?

0. No
1. Sí (indicar número de días de hospitalización: _____)

15. ¿Le queda algún tipo de secuela física en la actualidad como consecuencia de estas agresiones?

- 0. No
- 1. Sí (indicar cuál/es: _____)

16. ¿Denunció a su (ex) pareja por malos tratos?

- 0. No (IR AL ÍTEM 19)
- 1. Sí (indicar número de denuncias: _____)

17. *¿Su (ex) pareja fue declarada culpable?

- 0. No
- 1. Sí

18. *¿Está de acuerdo con la sentencia?

- 0. No
- 1. Sí

19. Antes de sufrir malos tratos, ¿cómo valoraba el apoyo que recibía por parte de su entorno social (familiares, amigos...)?

- 0. Malo
- 1. Regular
- 2. Bueno

20. Y después de sufrir malos tratos, ¿diría que el apoyo social que recibió era...?

- 0. Malo
- 1. Regular
- 2. Bueno

21. En alguna ocasión ¿ha sufrido malos tratos por parte de otra pareja diferente a la que se refiere?

- 0. No
- 1. Sí (indicar número: _____)

22. En alguna ocasión ¿ha sufrido malos tratos por parte de una persona que no fuese su pareja?

- 0. No
- 1. Sí (indicar número: _____, y relación con el agresor/es: _____)

23. En su familia de origen, ¿ha habido experiencias de maltrato, por ejemplo, entre sus padres u otros familiares?

- 0. No
- 1. Sí (especificar: agresor/víctima: _____ / _____
agresor/víctima: _____ / _____)

24. *En caso de que tenga hijos, ¿éstos son hijos también de la pareja que la maltrató?

- 0. No
- 1. Sí, pero no todos
- 2. Sí, todos

25. *Sus hijos, ¿han sufrido alguna vez malos tratos por parte de su (ex) pareja?

- 0. No
- 1. Sí

26. *Sus hijos, ¿han presenciado alguna vez malos tratos por parte de su (ex) pareja hacia usted?

- 0. No
- 1. Sí

Ahora quiero que me describa muy brevemente (en una frase) el peor episodio de malos tratos por parte de su (ex) pareja que recuerde, ya se produjesen agresiones físicas, sexuales o psicológicas. Más adelante le pediré una descripción detallada de lo que pasó.
(Anotar _____ descripción: _____)

Conteste por favor a las siguientes preguntas únicamente en relación con ese episodio (NO SI SOLO HA HABIDO UN EPISODIO).

27. *¿Hace cuanto tiempo sucedió ese episodio (peor episodio de malos tratos)? (indicar número de meses: _____)

28. *En este episodio, ¿sufrió...?

a.	Agresiones físicas	SI	NO
b.	Agresiones psicológicas	SI	NO
c.	Agresiones sexuales	SI	NO

29. *¿Cuánto tiempo duró este episodio? _____ días, _____ horas, _____ minutos

30. *¿Durante el episodio perdió en algún momento el conocimiento?

- 0. No
- 1. Sí (indicar duración en minutos de la pérdida de consciencia: _____)

31. *¿Requirió atención médica como consecuencia de este episodio?

- 0. No (IR AL ITEM 33)
- 1. Sí

32. *En ese caso, ¿estuvo hospitalizada como consecuencia de estas agresiones?

- 0. No
- 1. Sí (indicar número de días de hospitalización: _____)

33. *¿Le queda algún tipo de secuela física como consecuencia de este episodio?

- 0. No
- 1. Sí (indicar cuál/es: _____)

34. *¿Denunció, tras este episodio, a su (ex) pareja por malos tratos?

- 0. No
- 1. Sí

Para finalizar la entrevista, conteste por favor a las siguientes preguntas.

35. En el último año, ¿ha utilizado algún tipo de psicofármaco (tranquilizantes, pastillas para dormir, barbitúricos, Valium, ansiolíticos...)?

0. No (IR AL ITEM 37)
1. Sí (indicar nombre de fármaco/s: _____)

36. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado este/alguno de estos psicofármaco/s?

0. Una o menos veces al mes
1. 2-4 veces al mes
2. 2-3 veces por semana
3. 4 ó más veces por semana

37. A causa de los malos tratos sufridos, ¿ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico?

0. No
1. Sí (indicar tipo de tratamiento: _____)

38. ¿Ha recibido en alguna ocasión tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por otras causas distintas a los malos tratos que ha sufrido?

0. No
1. Sí

39. ¿Se encuentra en tratamiento psicológico en la actualidad?

0. No
1. Sí (indicar tipo de tratamiento: _____)

40. En este último año, ¿con qué frecuencia ha tomado alguna “bebida” que contenga alcohol?

0. Nunca (IR AL ITEM 43)
1. Una o menos veces al mes
2. 2-4 veces al mes
3. 2-3 veces por semana
4. 4 ó más veces por semana

41. *En el último año, ¿cuántas “bebidas alcohólicas” ha tomado durante un día típico en el que había bebido?

0. 1 ó 2
1. 3 ó 4
2. 5 ó 6
3. 7 a 9
4. 10 ó más

42. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado seis “bebidas” o más en una sola ocasión?

0. Nunca
1. Menos de una vez al mes
2. Mensualmente
3. Semanalmente
4. A diario o casi a diario

43. En el último año, ¿ha utilizado alguna otra sustancia (cannabis, cocaína, drogas de síntesis...)? (NO SE INCLUYEN PSICOFÁRMACOS)

0. No (TERMINAR LA ENTREVISTA)
1. Sí (indicar nombre de sustancia/s: _____)

44. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado esta/alguna de estas sustancia/s?

0. Una o menos veces al mes
1. 2-4 veces al mes
2. 2-3 veces por semana
3. 4 ó más veces por semana

WAIS-III (V)

Ahora vamos a hacer algo diferente. Quiero que me diga el significado de algunas palabras. Escuche atentamente y dígame qué significan las palabras que voy a decirle. ¿Está preparada? (IR MOSTRANDO TARJETAS CON PALABRAS)

RETORNO: Con 0 ó 1 en elementos 4 ó 5, aplicar elementos 1 a 3 en orden descendente hasta obtener dos aciertos consecutivos

TERMINACIÓN: 6 puntuaciones consecutivas de 0

Elemento		Respuestas	Punt.		
1	Cama		0	1	2
16	Fortaleza		0	1	2
33	Ominoso		0	1	2

A fin de preservar los derechos de autor del WAIS-III sólo se reproducen algunos de sus ítems a modo de muestra. Para acceder al instrumento completo, véase Wechsler, 1997. (Adaptación española, 1999, TEA Ediciones).

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN (B)

CÓDIGO: (Vc)

A. EGEP

Conteste a las siguientes preguntas en relación con el PEOR EPISODIO de malos tratos que ha descrito anteriormente.

1. Valore la intensidad del episodio en la siguiente escala:

- Leve
 Moderada
 Grave
 Extrema

2. ¿Cuándo sufrió ese episodio?

- En la infancia o adolescencia
 Hace más de 1 mes, pero menos de 3 meses
 Hace más de 3 meses
 En el último mes

Durante ese episodio ¿se sintió usted...?

4. Indefensa	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
--------------	-----------------------------	-----------------------------

Ese episodio implicó...

8. Amenaza para su integridad física	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
--------------------------------------	-----------------------------	-----------------------------

A continuación, se presenta un listado de síntomas o problemas que algunas personas experimentan después de sufrir acontecimientos como el que usted ha sufrido. Por favor, lea atentamente cada una de las frases e indique si ha experimentado cada uno de ellos durante **EL ÚLTIMO MES** en relación con el **episodio de malos tratos** que ha descrito. En caso afirmativo indique el grado de molestia que le han producido usando la escala 0-4, en la que 0 es Nada y 4 es Extrema.

Grado de molestia

Nada Leve Moderada Grave Extrema

14. Tiene recuerdos desagradables y repetitivos del episodio (imágenes o pensamientos)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	0	1	2	3	4
41. Tiene constantemente sentimientos negativos (como miedo, horror, ira, culpa, vergüenza,...)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	0	1	2	3	4

42. ¿Desde cuándo experimenta estos problemas?

- Hace menos de 1 mes
 Hace más de 1 mes y menos de 3 meses
 Hace más de 3 meses

Conteste **SÍ** o **NO** a las siguientes preguntas con referencia a los síntomas que acaba de describir. Indique si durante el **ÚLTIMO MES**...

49. ¿Han afectado negativamente esos problemas en sus relaciones familiares o de pareja?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

Señale, poniendo una cruz (X) en la casilla correspondiente, si, **además de los malos tratos**, ha experimentado alguno de estos acontecimientos **A LO LARGO DE SU VIDA**. Indique si lo ha sufrido, si lo ha presenciado directamente en alguna ocasión, o si tuvo conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted...

ACONTECIMIENTO	ME SUCEDIÓ	LO PRESENCIÉ, PERO NO ME SUCEDIÓ	LE SUCEDIÓ A ALGUIEN CERCANO
2. Accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco...)			
12. Cualquier otro acontecimiento o experiencia estresante DESCRÍBALO BREVEMENTE:			

A fin de preservar los derechos de autor de la EGEP sólo se reproducen algunos de sus ítems a modo de muestra. Para acceder al instrumento completo, véase Crespo, Gómez y Soberón, 2017.

B. CES Y BERNTSEN

Responda sinceramente a las siguientes preguntas en relación con el **EPISODIO DE MALOS TRATOS** que ha indicado. Rodee un número de 1 a 5, siendo:

1= Totalmente en desacuerdo

5= Totalmente de acuerdo

	Totalmente en desacuerdo					Totalmente de acuerdo				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. Siento que este episodio se ha convertido en parte de mi identidad personal	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. Este episodio se ha convertido en un punto de referencia en la manera en que me entiendo a mí misma y al mundo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. Siento que este episodio se ha convertido en una parte central de mi historia personal	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. Este episodio ha influido en mi forma de pensar y sentir acerca de otras experiencias	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. Este episodio ha cambiado mi vida de forma permanente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. A menudo pienso en los efectos que este episodio tendrá sobre mi futuro	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
7. Este episodio ha supuesto un punto de inflexión en mi vida	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
8. Después del episodio me volví más extrovertida y me interesé más por profundizar en mi relación con los demás	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
9. Después del episodio me volví más introvertida y me interesé menos por profundizar en mis relaciones con otras personas	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
10. Viendo la persona que soy hoy en día, siento que el episodio ha tenido predominantemente una influencia positiva en mi desarrollo personal	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
11. Viendo la persona que soy hoy en día, siento que el episodio ha tenido predominantemente una influencia negativa en mi desarrollo personal	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12. Siento que lo que tenía que hacer después del episodio era pensar lo menos posible en ello y, en su lugar, intentar vivir buenas experiencias	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13. Siento que lo que tenía que hacer después del episodio era elaborar lo sucedido conmigo misma y otras personas cercanas a mí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14. Automáticamente veo conexiones y similitudes entre el episodio y experiencias de mi vida actual	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15. Las cosas que están ocurriendo en mi vida actual pueden inesperadamente evocar mi recuerdo del episodio o de partes del mismo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16. Antes del episodio nunca me habría imaginado que algo así podía ocurrirme a mí	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17. He experimentado inconsistencias entre mi recuerdo del episodio y las descripciones de otras personas (por ejemplo, testigos) de lo que realmente ocurrió	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18. Al comentar el episodio con otros, me han venido a la mente nuevos aspectos del mismo	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19. Al comentar el episodio con otros, he conseguido distanciarme del mismo y verlo de manera diferente	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

C. PDEQ

Por favor, conteste las siguientes preguntas rodeando con un círculo la opción que mejor describa sus experiencias y reacciones **DURANTE EL EPISODIO DE MALOS TRATOS e INMEDIATAMENTE DESPUÉS**. Si una pregunta no es aplicable a su experiencia, por favor rodee: “Nada verdadero”.

- 1 = Nada verdadero**
2 = Algo verdadero
3 = Verdadero a veces
4 = Muy verdadero
5 = Totalmente verdadero

	Nada verdadero	Algo verdadero	Verdadero a veces	Muy verdadero	Totalmente
1. Hubo momentos en los que perdí el hilo de lo que estaba pasando – “me quedé en blanco” o “salí de la escena”, o de alguna manera sentí que no era parte de lo que estaba pasando	1	2	3	4	5
2. Me di cuenta de que estaba en “piloto automático”- terminé haciendo cosas que más tarde me di cuenta que no había decidido de forma activa hacer	1	2	3	4	5
3. Mi sentido del tiempo cambió - las cosas parecían estar pasando a cámara lenta	1	2	3	4	5
4. Lo que sucedía no me parecía real, como si estuviese en un sueño, viendo una película o en un juego	1	2	3	4	5
5. Me sentí como si yo fuese una espectadora de lo que estaba sucediendo, como si estuviese flotando por encima de la escena, u observándola como una extraña	1	2	3	4	5
6. Hubo momentos en los que las sensaciones acerca de mi propio cuerpo se distorsionaron o cambiaron. Me sentí desconectada de mi propio cuerpo, o sentí mi cuerpo inusualmente grande o pequeño	1	2	3	4	5
7. Sentí como si las cosas que le estaban sucediendo a otros me estuviesen sucediendo a mí, como si estuviese atrapada cuando realmente no lo estaba	1	2	3	4	5
8. Me sorprendí al descubrir que habían sucedido un montón de cosas de las que yo no había sido consciente, especialmente cosas de las que normalmente me habría dado cuenta	1	2	3	4	5
9. Me sentí confusa, es decir, hubo momentos en los que me resultaba difícil dar sentido a lo que estaba sucediendo	1	2	3	4	5
10. Me sentí desorientada, es decir, hubo momentos en los que no sabía con certeza dónde estaba o qué hora era	1	2	3	4	5

A PARTIR DE AHORA RESPONDA POR FAVOR EN RELACIÓN CON SU **SITUACIÓN ACTUAL**, SIN CONSIDERAR EL EPISODIO DE MALOS TRATOS DESCRITO. LEA ATENTAMENTE LAS INSTRUCCIONES DE CADA CUESTIONARIO, YA QUE SE REFIEREN A **MOMENTOS TEMPORALES DISTINTOS**

D. BAI

A continuación, hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectada por cada uno de ellos durante la **ÚLTIMA SEMANA**, rodeando con un círculo el número correspondiente.

0 = En absoluto

1 = Levemente, no me molesta mucho

2 = Moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo

3 = Gravemente, casi no podía soportarlo

	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Gravemente
1. Hormigueo o entumecimiento	0	1	2	3
10. Nerviosismo	0	1	2	3
21. Sudoración (no debida al calor)	0	1	2	3

A fin de preservar los derechos de autor del BAI sólo se reproducen algunos de sus ítems a modo de muestra. Para acceder al instrumento completo, véase Beck y Steer, 1990.

(Adaptación española, Sanz, J., 2011, Madrid: Pearson).

E. BDI-II

Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en que se ha sentido durante las **DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.

1. Tristeza

- 0 No me siento triste habitualmente
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste continuamente
- 3 Me siento tan triste o desgraciada que no puedo soportarlo

5. Sentimientos de culpa

- 0 No me siento especialmente culpable
- 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable constantemente

21. Pérdida de interés en el sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
- 1 Estoy menos interesada por el sexo de lo que solía estar
- 2 Estoy mucho menos interesada por el sexo ahora
- 3 He perdido completamente mi interés por el sexo

A fin de preservar los derechos de autor del BDI-II sólo se reproducen algunos de sus ítems a modo de muestra. Para acceder al instrumento completo, véase Beck, Steer y Brown, 1996). (Adaptación española, Sanz, J., Vázquez, C., 2011, Madrid: Pearson).

F. CD-RISC2

Hasta qué punto las siguientes afirmaciones han sido verdaderas para usted **DURANTE EL ÚLTIMO MES**:

0 = No ha sido verdadera en absoluto

1 = Verdadera ocasionalmente

2 = Verdadera a veces

3 = Verdadera frecuentemente

4 = Verdadera casi siempre

	No ha sido verdadera en	Verdadera ocasionalmente	Verdadera a veces	Verdadera frecuentemente	Verdadera casi siempre
1. Soy capaz de adaptarme a los cambios	0	1	2	3	4

A fin de preservar los derechos de autor de la CD-RISC2 sólo se reproducen algunos de sus ítems a modo de muestra. Para acceder al instrumento completo, véase www.cd-risc.com

G. AUDIT-C

Conteste a las siguientes cuestiones, haciendo referencia al **ÚLTIMO AÑO**.

1. ¿Con qué frecuencia toma alguna “bebida” que contenga alcohol?

- Nunca
- Una o menos veces al mes
- 2-4 veces al mes
- 2-3 veces por semana
- 4 ó más veces por semana

2. ¿Cuántas “bebidas alcohólicas” toma durante un día típico en el que ha bebido?

- 1 ó 2
- 3 ó 4
- 5 ó 6
- 7 a 9
- 10 ó más

3. ¿Con qué frecuencia toma seis “bebidas” o más en una sola ocasión?

- Nunca
- Menos de una vez al mes
- Mensualmente
- Semanalmente
- A diario o casi a diario

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN (C)

CÓDIGO: (Vc)

-APLICAR INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL RELATO DEL ACONTECIMIENTO
NEUTRO-

1. DESCRIPCIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL ACTUAL

Ahora que ha terminado su relato, dígame como se ha sentido **MIENTRAS LO CONTABA**. Intente expresar su estado emocional actual en *una sola palabra*.

Anotar palabra empleada: _____

2. ESCALA ANÁLOGICA VISUAL DE MALESTAR

Por favor indique en esta escala de 0 a 100 el grado de malestar que ha experimentado **DURANTE EL RELATO**. Observe que 0 indica la *ausencia absoluta de malestar*. Es decir, un estado emocional positivo, sin ningún tipo de tensión ni preocupación. En 50 se sitúa el *estado de malestar neutro*, lo cual significa que se ha encontrado en un estado emocional en el que no predominaban ni las emociones negativas ni las positivas; y 100 un *estado de malestar extremo*, sintiendo emociones muy negativas (e.g. tristeza, ansiedad, ira...). Tenga en cuenta que entre unos y otros hay distintos valores intermedios.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Malestar nulo					Malestar neutro					Malestar extremo

**-APLICAR INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL RELATO DEL
ACONTECIMIENTO POSITIVO-**

1. DESCRIPCIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL ACTUAL

Ahora que ha terminado su relato, dígame como se ha sentido **MIENTRAS LO CONTABA**. Intente expresar su estado emocional actual en *una sola palabra*.

Anotar palabra empleada: _____

2. ESCALA ANÁLOGICA VISUAL DE MALESTAR

Por favor indique en esta escala de 0 a 100 el grado de malestar que ha experimentado **DURANTE EL RELATO**. Observe que 0 indica la *ausencia absoluta de malestar*. Es decir, un estado emocional positivo, sin ningún tipo de tensión ni preocupación. En 50 se sitúa el *estado de malestar neutro*, lo cual significa que se ha encontrado en un estado emocional en el que no predominaban ni las emociones negativas ni las positivas; y 100 un *estado de malestar extremo*, sintiendo emociones muy negativas (e.g. tristeza, ansiedad, ira...). Tenga en cuenta que entre unos y otros hay distintos valores intermedios.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Malestar nulo					Malestar neutro					Malestar extremo

**-APLICAR INMEDIATAMENTE DESPUÉS DEL RELATO DEL EPISODIO DE
MALOS TRATOS-**

1. DESCRIPCIÓN DEL ESTADO EMOCIONAL ACTUAL

Ahora que ha terminado de contarme lo que le sucedió, dígame como se ha sentido **DURANTE EL RELATO**. Intente expresar su estado emocional actual en *una sola palabra*.

Anotar palabra empleada: _____

2. ESCALA ANÁLOGICA VISUAL DE MALESTAR

Por favor indique en esta escala de 0 a 100 el grado de malestar que ha experimentado **DURANTE EL RELATO**. Observe que 0 indica la *ausencia absoluta de malestar*. Es decir, un estado emocional positivo, sin ningún tipo de tensión ni preocupación. En 50 se sitúa el *estado de malestar neutro*, lo cual significa que se ha encontrado en un estado emocional en el que no predominaban ni las emociones negativas ni las positivas; y 100 un *estado de malestar extremo*, sintiendo emociones muy negativas (e.g. tristeza, ansiedad, ira...). Tenga en cuenta que entre unos y otros hay distintos valores intermedios.

0	10	20	30	40	50	60	70	80	90	100
Malestar nulo					Malestar neutro					Malestar extremo

3. PREGUNTAS POSTNARRATIVA

Imagino que hablar sobre lo que le sucedió no le habrá resultado fácil. Por favor, dígame...

1. ¿Había hablado antes de lo que le sucedió con alguna otra persona?

- 0. No (SE FINALIZA LA ENTREVISTA)
- 1. Sí

2. *En ese caso, ¿ha hablado de ello con...?

a.	Familiares	SI	NO
b.	Pareja	SI	NO
c.	Amigos	SI	NO
d.	Profesionales (médicos, psicólogos, policías, abogados...)	SI	NO
e.	Desconocidos	SI	NO
f.	Otro (indicar cuál: _____)	SI	NO

3. *¿Con qué frecuencia habla o ha hablado de lo que le sucedió con otra/s persona/s?

- 0. Casi nunca o en escasas ocasiones
- 1. En algunas ocasiones
- 2. A menudo o muy a menudo

Anexo I. Protocolo de evaluación

I.II Protocolo de evaluación del grupo de violencia específica
(Ve)

HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Complutense de Madrid, está efectuando un estudio titulado **“memoria y narrativa del trauma en mujeres víctimas de agresiones”**, cuyo objetivo es valorar el modo en que las mujeres que han sufrido violencia recuerdan lo sucedido, y analizar las consecuencias psicológicas que se derivan de esta experiencia. El objetivo final de este proyecto es el de proponer pautas para la adecuada atención a las víctimas, tanto a nivel individual como a nivel social e institucional, a fin de amortiguar el impacto emocional que tiene sobre ellas la difícil situación que han vivido.

Para la realización de este estudio estamos evaluando a mujeres víctimas de agresiones y recogiendo sus vivencias personales en relación con los hechos. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si decide participar le realizaremos una serie de preguntas de carácter absolutamente confidencial y que no le comprometerán a nada. Asimismo, grabaremos en audio su relato de los hechos. Aunque escriba su nombre y su teléfono, sus datos no serán divulgados de manera que se pueda reconocer a quien pertenecen. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas o intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. La grabación realizada, tras ser analizada por el personal del equipo investigador, será destruida, no estando a disposición de ninguna persona ajena a este estudio.

Si en cualquier momento desea abandonar la evaluación puede hacerlo, sin que ello le perjudique de forma alguna y sin que tenga que dar ningún tipo de explicación. Igualmente, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto puedo contactar a María Crespo López (psicóloga del Dpto. de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid) en la siguiente dirección: mcrespo@psi.ucm.es

Yo,.....(nombre y apellidos),

- He sido informado por la psicóloga:.....
- He leído la Hoja de Información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el Proyecto de Investigación: **“Memoria y narrativa del trauma en mujeres víctimas de agresiones”**.
- He recibido suficiente información sobre dicho Proyecto.
- Comprendo que mi participación es **voluntaria**.
- Comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cuanto quiera y sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación.

Fecha: _____ de _____ de _____ Firma: _____

_____ A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, de Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal, el interviniente queda informado y expresamente consiente la incorporación de sus datos a los ficheros de carácter personal de los que sea responsable la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid.

La Universidad Complutense de Madrid garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en la LOPD y demás normativa aplicable.

El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee. Para ello debe dirigirse por escrito bien por correo al Dpto de Psicología Clínica de la UCM – Facultad de Psicología- Campus de Somosaguas- 28223 Madrid o bien por e-mail a mcrespo@psi.ucm.es

SCREENING (O)

CÓDIGO: (Ve)

FECHA: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CENTRO DE REFERENCIA: _____

ENTREVISTADOR/A: _____

A COMPLETAR CON LOS DATOS PROPORCIONADOS POR LA PERSONA DE CONTACTO
(PREFERENTEMENTE POR EL PSICÓLOGO/A)

1. Edad: _____
2. El castellano es su lengua materna
 0. No
 1. Sí
3. Ha sido víctima de algún episodio de violencia
 0. No
 1. Sí
4. Ese episodio sólo se produjo en una sola ocasión
 0. No
 1. Sí
5. Meses transcurridos desde la agresión: _____
6. Ha sido víctima de algún tipo de violencia por parte de su pareja o expareja.
 0. No
 1. Sí
7. Está en tratamiento psicológico en la actualidad
 0. No
 1. Sí (indicar: número de meses que lleva en tratamiento: _____)
número de sesiones que lleva de tratamiento: _____)
tipo de tratamiento: _____)
8. Posee algún tipo de impedimento o limitación (enfermedad física o mental, analfabetismo, discapacidad, etc.) que dificulte su participación
 0. No
 1. Sí

***Criterios de inclusión:**

- Se debe marcar "1" en las preguntas 2, 3 y 4
- Se debe marcar "0" en la pregunta 6 y 8
- La edad (pregunta 1) debe ser **superior a los 18 años**
- El tiempo transcurrido desde el episodio (pregunta 5) debe ser **superior a 1 mes**

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN (A)

CÓDIGO: (Ve)

FECHA: _____

SECUENCIA:

+/-	-/+
-----	-----

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CENTRO DE REFERENCIA: _____

ENTREVISTADOR/A: _____

En primer lugar, voy a formularle una serie de preguntas a fin conocer algunos datos suyos personales. Sus respuestas son absolutamente confidenciales y no le comprometen a nada. Si en algún momento se siente incómoda no dude en comunicármelo.

1. ¿Cuántos años tiene? _____

2. ¿Cuál es su nacionalidad?

- 0. Española
- 1. Otra (indicar cuál: _____)

3. ¿Cuál es su lengua materna?

- 0. Castellano
- 1. Otra (indicar cuál: _____)

4. ¿Cuál es su estado civil?

- 0. Soltera
- 1. Casada o conviviendo en pareja
- 2. Divorciada o Separada
- 3. Viuda

5. ¿Qué estudios ha completado?

- 0. Sin estudios (no sabe leer y/o escribir. Sabe leer y escribir, pero fue menos de tres años a la escuela)
- 1. Primarios (hasta 11-12 años. Antes del bachiller elemental, hasta ingreso; 1º a 6º de EGB; Educación primaria de la LOGSE)
- 2. Educación Secundaria de Primer grado (12 a 16 años. Bachiller Elemental; 7º y 8º de EGB; 1º y 2º de BUP; 1º a 4ª ESO; FPI, Maestría industrial; Graduado escolar, certificado escolar)
- 3. Educación Secundaria de Segundo Grado (16 a 18 años. Bachiller Superior; 3º BUP y COU; FPI I y FPI II; 1º y 2º de Bachillerato)
- 4. Estudios Universitarios (Diplomaturas en Escuelas Universitarias, Licenciaturas en facultades, Doctorados, etc.)

6. ¿Cuál es su actividad laboral en la actualidad?

0. Trabajadora a tiempo completo (por cuenta ajena o autónoma)
1. Trabajadora a tiempo parcial (por cuenta ajena o autónoma)
2. Parada
3. Ama de casa
4. Jubilada
5. Estudiante
6. Discapacidad o incapacitación reconocida
7. Otra (indicar cuál: _____)

Ahora voy a realizarle algunas preguntas en relación con la agresión que ha sufrido y algunas de las consecuencias que ha tenido para usted. Se trata de preguntas muy concretas. Más adelante analizaremos con mayor profundidad su experiencia.

7. ¿Hace cuanto tiempo sucedió este episodio? (indicar número de meses: _____)**8. En este episodio, ¿sufrió...?**

a. Agresiones físicas	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
b. Agresiones psicológicas	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
c. Agresiones sexuales	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

9. La agresión sexual comprendió....

a. Actos abusivos sin contacto físico (exhibicionismo, masturbación en su presencia, etc.).	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
b. Tocamientos.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
c. Masturbación por parte del agresor hacia usted.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
d. Masturbación por parte de usted hacia el agresor.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
e. Sexo oral por parte del agresor hacia usted.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
f. Sexo oral por parte de usted hacia el agresor.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
g. Penetración vaginal.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
h. Penetración anal.	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
i. Otros (indicar cuál: _____)	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

10. ¿Hubo una sola persona implicada, o intervino más de un agresor/a?

0. Un solo agresor/a
1. Más de un agresor/a (indicar número: _____)

11. ¿Conocía a su agresor/es?

0. No
1. Sí (indicar relación con el agresor/es: _____)

12. ¿Presenció alguna persona lo sucedido?

0. No
1. Sí (indicar: número de personas: _____
relación con el/los testigo/s: _____)

13. **¿Cuánto tiempo duró este episodio?** ____ días, ____ horas, ____ minutos
14. **¿Durante el episodio perdió en algún momento el conocimiento?**
0. No
1. Sí (indicar duración en minutos de la pérdida de consciencia: _____)
15. **¿Requirió atención médica como consecuencia de este episodio?**
0. No (IR AL ITEM 17)
1. Sí
16. ***En ese caso, ¿estuvo hospitalizada como consecuencia de estas agresiones?**
0. No
1. Sí (indicar número de días de hospitalización: _____)
17. **¿Le queda algún tipo de secuela física como consecuencia de este episodio?**
0. No
1. Sí (indicar cuál/es: _____)
18. **¿Denunció, tras este episodio, a su agresor/a?**
0. No (IR AL ITEM 21)
1. Sí
19. ***¿Su agresor/a fue declarado/a culpable?**
0. No
1. Sí
20. ***¿Está de acuerdo con la sentencia?**
0. No
1. Sí
21. **Antes del episodio sufrido, ¿cómo valoraba el apoyo que recibía por parte de su entorno social (familiares, amigos...)?**
0. Malo
1. Regular
2. Bueno
22. **Y después de sufrir ese episodio de violencia, ¿diría que el apoyo social que recibió era...?**
0. Malo
1. Regular
2. Bueno
23. **¿Ha sufrido alguna otra agresión en el pasado?**
0. No
1. Sí (indicar número: _____ indicar tipo: _____)
-
-

Para finalizar la entrevista, conteste por favor a las siguientes preguntas.

24. **En el último año, ¿ha utilizado algún tipo de psicofármaco (tranquilizantes, pastillas para dormir, barbitúricos, Valium, ansiolíticos...)?**
0. No (IR AL ITEM 26)
1. Sí (indicar nombre de fármaco/s: _____)

25. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado este/alguno de estos psicofármaco/s?

0. Una o menos veces al mes
1. 2-4 veces al mes
2. 2-3 veces por semana
3. 4 ó más veces por semana

26. A causa del episodio sufrido, ¿ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico?

0. No
1. Sí (indicar tipo de tratamiento: _____)

27. ¿Ha recibido en alguna ocasión tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por otras causas distintas a este episodio?

0. No
1. Sí

28. ¿Se encuentra en tratamiento psicológico en la actualidad?

0. No
1. Sí (indicar tipo de tratamiento: _____)

29. En este último año, ¿con qué frecuencia ha tomado alguna “bebida” que contenga alcohol?

0. Nunca (IR AL ITEM 32)
1. Una o menos veces al mes
2. 2-4 veces al mes
3. 2-3 veces por semana
4. 4 ó más veces por semana

30. *En el último año, ¿cuántas “bebidas alcohólicas” ha tomado durante un día típico en el que había bebido?

0. 1 ó 2
1. 3 ó 4
2. 5 ó 6
3. 7 a 9
4. 10 ó más

31. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado seis “bebidas” o más en una sola ocasión?

0. Nunca
1. Menos de una vez al mes
2. Mensualmente
3. Semanalmente
4. A diario o casi a diario

32. En el último año, ¿ha utilizado alguna otra sustancia (cannabis, cocaína, drogas de síntesis...)? (NO SE INCLUYEN PSICOFÁRMACOS)

0. No (TERMINAR LA ENTREVISTA)
1. Sí (indicar nombre de sustancia/s: _____)

33. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado esta/alguna de estas sustancia/s?

0. Una o menos veces al mes
1. 2-4 veces al mes
2. 2-3 veces por semana
3. 4 ó más veces por semana

Anexo I. Protocolo de evaluación

I.III Protocolo de evaluación del grupo de situaciones estresantes no traumáticas (Nt)

HOJA INFORMATIVA Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Universidad Complutense de Madrid está efectuando un estudio titulado **“memoria autobiográfica de acontecimientos vitales estresantes”**, cuyo objetivo es valorar el modo en que las víctimas de un suceso negativo recuerdan lo sucedido, y analizar las consecuencias psicológicas que se derivan de su experiencia. El objetivo final de este proyecto es el de proponer pautas para la adecuada atención a las víctimas de acontecimientos traumáticos, tanto a nivel individual como a nivel social e institucional, a fin de amortiguar el impacto emocional que tiene sobre ellas distintas situaciones de riesgo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Si decide participar le realizaremos una serie de preguntas de carácter absolutamente confidencial y que no le comprometerán a nada. Asimismo, grabaremos en audio su relato de distintos acontecimientos de su vida. Aunque escriba su nombre y su teléfono, sus datos no serán divulgados de manera que se pueda reconocer a quien pertenecen. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas o intervenciones serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. La grabación realizada, tras ser analizada por el personal del equipo investigador, será destruida, no estando a disposición de ninguna persona ajena a este estudio.

Si en cualquier momento desea abandonar la evaluación puede hacerlo, sin que ello le perjudique de forma alguna y sin que tenga que dar ningún tipo de explicación. Igualmente, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto puedo contactar a María Crespo López (psicóloga del Dpto. de Psicología Clínica de la Universidad Complutense de Madrid) en la siguiente dirección: mcrespo@psi.ucm.es

Yo,.....(nombre y apellidos),

- He sido informado por la psicóloga.....
- He leído la Hoja de Información que se me ha entregado.
- He podido hacer preguntas sobre el Proyecto de Investigación: *“Memoria autobiográfica de acontecimientos vitales estresantes”*.
- He recibido suficiente información sobre dicho Proyecto.
- Comprendo que mi participación es **voluntaria**.
- Comprendo que puedo retirar mi consentimiento en cuanto quiera y sin tener que dar explicaciones.

Presto libremente mi conformidad para participar en el Proyecto de Investigación.

Fecha: _____ de _____ de _____

A los efectos de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante LOPD), y el Real Decreto 994/1999, de 11 de junio, de Reglamento de Medidas de Seguridad de los Ficheros Automatizados que contengan Datos de Carácter Personal, el interviniente queda informado y expresamente consiente la incorporación de sus datos a los ficheros de carácter personal de los que sea responsable la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. La Universidad Complutense de Madrid garantiza que todos los datos personales y/o de sus familiares representados facilitados por el titular serán tratados con la mayor confidencialidad y en la forma y con las limitaciones previstas en la LOPD y demás normativa aplicable. El presente consentimiento se otorga sin perjuicio de todos los derechos que le asisten en virtud de la normativa antes citada y especialmente de la posibilidad de ejercer gratuitamente los derechos de acceso a la información que nos haya facilitado y de la rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento que lo desee. Para ello debe dirigirse por escrito bien por correo al Dpto. de Psicología Clínica de la UCM – Facultad de Psicología- Campus de Somosaguas- 28223 Madrid o bien por e-mail a mcrespo@psi.ucm.es

SCREENING (O)

CÓDIGO: (Nt)

FECHA: _____

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CENTRO DE REFERENCIA: _____

ENTREVISTADOR/A: _____

1. Edad: _____

2. El castellano es su lengua materna

0. No

1. Sí

3. Está en tratamiento psicológico en la actualidad

0. No

1. Sí (indicar: número de meses que lleva en tratamiento: _____)
número de sesiones que lleva de tratamiento: _____)
tipo de tratamiento: _____)

4. Posee algún tipo de impedimento o limitación (enfermedad física o mental, analfabetismo, discapacidad, etc.) que dificulte su participación

0. No

1. Sí

Indicar nombre de la persona que ha contactado con la participante:

y relación de la participante con la misma:

***Criterios de inclusión:**

-Se debe marcar "1" en la pregunta 2

-Se debe marcar "0" en la pregunta 4

-La edad (pregunta 1) debe ser **superior a los 18 años**

INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN (A)

CÓDIGO: (Nt)

FECHA: _____

SECUENCIA:

+/-	-/+
-----	-----

TELÉFONO DE CONTACTO: _____

CENTRO DE REFERENCIA: _____

ENTREVISTADOR/A: _____

En primer lugar, voy a formularle una serie de preguntas a fin conocer algunos datos suyos personales. Sus respuestas son absolutamente confidenciales y no le comprometen a nada. Si en algún momento se siente incómoda no dude en comunicármelo.

1. **¿Cuántos años tiene?** _____2. **¿Cuál es su nacionalidad?**

0. Española

1. Otra (indicar cuál: _____)

3. **¿Cuál es su lengua materna?**

0. Castellano

1. Otra (indicar cuál: _____)

4. **¿Cuál es su estado civil?**

0. Soltera

1. Casada o conviviendo en pareja

2. Divorciada o Separada

3. Viuda

5. **¿Tiene hijos?**

0. No

1. Sí

6. **¿Qué estudios ha completado?**

0. Sin estudios (no sabe leer y/o escribir. Sabe leer y escribir, pero fue menos de tres años a la escuela)

1. Primarios (hasta 11-12 años. Antes del bachiller elemental, hasta ingreso; 1º a 6º de EGB; Educación primaria de la LOGSE)

2. Educación Secundaria de Primer grado (12 a 16 años. Bachiller Elemental; 7º y 8º de EGB; 1º y 2º de BUP; 1º a 4ª ESO; FPI, Maestría industrial; Graduado escolar, certificado escolar)

3. Educación Secundaria de Segundo Grado (16 a 18 años. Bachiller Superior; 3º BUP y COU; FPI I y FPI II; 1º y 2º de Bachillerato)

4. Estudios Universitarios (Diplomaturas en Escuelas Universitarias, Licenciaturas en facultades, Doctorados, etc.)

7. ¿Cuál es su actividad laboral en la actualidad?

0. Trabajadora a tiempo completo (por cuenta ajena o autónoma)
1. Trabajadora a tiempo parcial (por cuenta ajena o autónoma)
2. Parada
3. Ama de casa
4. Jubilada
5. Estudiante
6. Discapacidad o incapacitación reconocida
7. Otra (indicar cuál: _____)

A continuación, voy a enumerar distintas situaciones difíciles o estresantes que a veces ocurren a las personas, con el objetivo de conocer todos los acontecimientos traumáticos que usted ha presenciado directamente o ha experimentado A LO LARGO DE SU VIDA. En cada uno indique si lo ha sufrido, si lo ha presenciado directamente en alguna ocasión, o si tuvo conocimiento de que le sucedió a alguien cercano a usted.

ACONTECIMIENTO	ME SUCEDIÓ	LO PRESENCIÉ, PERO NO ME SUCEDIÓ	LE SUCEDIÓ A ALGUIEN CERCANO
a. Desastres naturales (p.e. inundaciones, huracán, tornado, terremoto)			
b. Accidentes de medios de transporte (coche, tren, avión, barco...)			
c. Otro tipo de accidentes (laborales, industriales, domésticos, actividades de ocio)			
d. Combate o exposición a zona de guerra (en el ejército o como civil)			
e. Violación, abuso o ataque sexual			
f. Acoso (sexual, en el trabajo, por parte de antiguas relaciones...)			
g. Violencia física (ataques, asaltos, maltrato...)			
h. Actos terroristas o tortura			
i. Encarcelamiento, detención o cautividad forzosa			
j. Enfermedad, lesión o intervenciones médicas que supone una amenaza a la vida o la integridad física, propias o de una persona cercana			
k. Muerte de una persona cercana o ser querido			
l. Cualquier otro acontecimiento o experiencia estresante DESCRÍBALO BREVEMENTE:			

De todos estos acontecimientos, identifique aquel que le haya causado o le cause en la actualidad más molestias o malestar. Si no ha señalado ninguno, voy a pedirle que identifique el episodio negativo que haya tenido una mayor significación o relevancia en su vida. Describa muy brevemente (en una frase) este episodio. Más adelante le pediré una descripción detallada de lo que pasó.

(Anotar descripción: _____

 _____)

A continuación, voy a hacerle algunas preguntas en relación con el episodio descrito y algunas de las consecuencias que ha tenido para usted. Se trata de preguntas muy concretas. Más adelante analizaremos con mayor profundidad su experiencia

8. ¿Hace cuanto tiempo sucedió este episodio?

Indicar número de meses: _____

9. ¿Fue víctima de algún tipo de agresión?

- 0. No (IR AL ITEM 17)
- 1. Sí

10. *En ese caso, ¿Qué tipo de agresiones sufrió?

a.	Agresiones físicas	SI	NO
b.	Agresiones psicológicas	SI	NO
c.	Agresiones sexuales	SI	NO

11. *¿Hubo una sola persona implicada, o intervino más de un agresor/a?

- 0. Un solo agresor/a
- 1. Más de un agresor/a (indicar número: _____)

12. *¿Conocía a su agresor/es?

- 0. No
- 1. Sí (indicar relación con el agresor/es: _____)

13. *¿Presenció alguna persona lo sucedido?

- 2. No
- 3. Sí (indicar: número de personas: _____
 relación con el/los testigo/s: _____)

14. *¿Denunció, tras este episodio, a su agresor/a?

- 0. No (IR AL ITEM 17)
- 1. Sí

15. *¿Su agresor/a fue declarado/a culpable?

- 0. No
- 1. Sí

16. *¿Está de acuerdo con la sentencia?

- 0. No
- 1. Sí

17. ¿Cuánto tiempo duró este episodio? _____ días, _____ horas, _____ minutos

18. ¿Durante el episodio perdió en algún momento el conocimiento?

- 2. No
- 3. Sí (indicar duración en minutos de la pérdida de consciencia: _____)

19. ¿Requirió atención médica como consecuencia de este episodio?

- 2. No (IR AL ITEM 21)
- 3. Sí

20. *En ese caso, ¿estuvo hospitalizada como consecuencia de este episodio?

- 0. No
- 1. Sí (indicar número de días de hospitalización: _____)

21. ¿Le queda algún tipo de secuela física como consecuencia de este episodio?

- 0. No
- 1. Sí (indicar cuál/es: _____)

22. Antes del episodio sufrido, ¿cómo valoraba el apoyo que recibía por parte de su entorno social (familiares, amigos...)?

- 0. Malo
- 1. Regular
- 2. Bueno

23. Y después de sufrir ese episodio, ¿diría que el apoyo social que recibió era...?

- 0. Malo
- 1. Regular
- 2. Bueno

24. ¿Ha sufrido algún otro episodio similar en el pasado?

- 2. No
- 3. Sí (indicar número: _____)

Para finalizar la entrevista, conteste por favor a las siguientes preguntas.

25. En el último año, ¿ha utilizado algún tipo de psicofármaco (tranquilizantes, pastillas para dormir, barbitúricos, Valium, ansiolíticos...)?

0. No (IR AL ITEM 27)
1. Sí (indicar nombre de fármaco/s: _____)

26. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado este/alguno de estos psicofármaco/s?

0. Una o menos veces al mes
1. 2-4 veces al mes
2. 2-3 veces por semana
3. 4 ó más veces por semana

27. A causa del episodio indicado, ¿ha recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico?

0. No
1. Sí (indicar tipo de tratamiento: _____)

28. ¿Ha recibido en alguna ocasión tratamiento psicológico y/o psiquiátrico por otras causas distintas al episodio indicado?

0. No
1. Sí

29. ¿Se encuentra en tratamiento psicológico en la actualidad?

0. No
1. Sí (indicar tipo de tratamiento: _____)

30. En este último año, ¿con qué frecuencia ha tomado alguna “bebida” que contenga alcohol?

0. Nunca (IR AL ITEM 32)
1. Una o menos veces al mes
2. 2-4 veces al mes
3. 2-3 veces por semana
4. 4 ó más veces por semana

31. *En el último año, ¿cuántas “bebidas alcohólicas” ha tomado durante un día típico en el que había bebido?

0. 1 ó 2
1. 3 ó 4
2. 5 ó 6
3. 7 a 9
4. 10 ó más

32. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado seis “bebidas” o más en una sola ocasión?

0. Nunca
1. Menos de una vez al mes
2. Mensualmente
3. Semanalmente
4. A diario o casi a diario

33. En el último año, ¿ha utilizado alguna otra sustancia (cannabis, cocaína, drogas de síntesis...)? (NO SE INCLUYEN PSICOFÁRMACOS)

0. No (TERMINAR LA ENTREVISTA)
1. Sí (indicar nombre de sustancia/s: _____)

34. *En el último año, ¿con qué frecuencia ha tomado esta/alguna de estas sustancia/s?

0. Una o menos veces al mes
1. 2-4 veces al mes
2. 2-3 veces por semana
3. 4 ó más veces por semana

Anexo II. CASNOT

II.I. Manual de aplicación del CASNOT

Manual del Sistema de Evaluación y Codificación de Narrativas Traumáticas CASNOT

Violeta Fernández-Lansac
María Crespo López

INSTRUCCIONES PARA CODIFICADORES

En las siguientes páginas se presentarán los distintos aspectos, tanto a nivel estructural como de contenido, que debe valorar para el análisis de las narrativas que se le han facilitado. Para el proceso de codificación deberá contar con las tres narrativas (neutra, positiva y negativa) de cada participante, tanto en audio como en su versión transcrita.

1. Se comenzará siempre procediendo a la codificación de la narrativa neutra. El orden en que se codificarán las narrativas positiva y negativa se establecerá previamente de manera aleatoria (se lanzará una moneda: si sale cara se comenzará por la positiva, cruz indicará que se evaluará la negativa en primer lugar).
2. Haciendo uso de la versión transcrita de cada narrativa, se aplicará en el orden establecido el protocolo de evaluación. Cada aspecto evaluado deberá quedar registrado en las "hojas de codificación" que se adjuntan, siempre indicando en el encabezado el código correspondiente a la participante (ej. VP-001), el nombre del codificador/a, y el orden de secuencia de codificación (ej. si se codifica la narrativa positiva antes que la negativa se indicará: +/-). Asegúrese de emplear la hoja adecuada al tipo de narrativa que está evaluando (neutra, positiva o negativa).
3. La codificación del aspecto "tono emocional" que se recoge en el manual, requerirá escuchar atentamente la narrativa en audio correspondiente. Hasta ese momento sólo se hará uso de la narrativa transcrita. La codificación del aspecto "coherencia" podría requerir volver a escuchar la narrativa.

Dos tipos de codificación serán requeridas a lo largo de este manual:

- A. **Bloque I. Codificación binaria** (1ª página para cada relato en las "hojas de codificación"): Se identifica la presencia/ausencia de cada aspecto (ej. emoción de ira) a lo largo de la narrativa. Se considera que un determinado aspecto está presente cuando se incluye dentro de la narrativa al menos una palabra o expresión que cumple con los criterios que en el manual se emplean para definir el mismo (ej. se considerará que la emoción de ira está presente cuando se identifique al menos una palabra o expresión que la refleje: ej. "*estaba enfadada por lo sucedido*", "*sentí una ira muy intensa cuando me tocó*", "*lloré de rabia*"). El uso de una misma expresión puede indicar la presencia de distintos aspectos

(ej. “estaba tan triste que me enfadé conmigo misma” indicará la presencia de ira pero también de otras emociones negativas, en este caso tristeza).

- B. Bloque II. Codificación numérica** (2ª página/reverso para cada relato en las “hojas de codificación”): Para aquellos aspectos que así lo requieran, se otorgará una puntuación en una escala tipo Likert, donde se evaluará el grado en que éste está presente en la narrativa. La puntuación para cada aspecto deberá ser otorgada atendiendo a los criterios que se especifican para cada escala.

Asegúrese de evaluar cada aspecto narrativo de la manera más objetiva posible, de acuerdo con los criterios que se especifican en este manual. La evaluación debe efectuarse atendiendo exclusivamente al contenido de la narrativa: en ningún caso se realizarán inferencias, interpretaciones o apreciaciones subjetivas acerca de lo expresado por la participante (ej. “no puedo dormir aún” NO se codificará dentro de la categoría ansiedad, sino en la de estados corporales, a no ser que la persona vincule la falta de sueño a un estado de ansiedad o nerviosismo ej. “estoy tan nerviosa que no puedo dormir aún”). Del mismo modo, expresiones que, aunque puedan reflejar la presencia de un determinado aspecto, no aludan a él explícitamente no serán consideradas (ej. “él es un bastardo” NO se codificará dentro de la categoría de ira). Sólo se codificarán expresiones figuradas o frases hechas que se considere que tienen un significado culturalmente compartido e inequívoco (ej. “la procesión la llevo por dentro” se codificará en la categoría de tristeza).

Para considerar que un aspecto está presente en la narrativa debe hacer alusión a un aspecto experimentado por la participante y no por otra persona (ej. “él tenía miedo”, NO indicará la presencia de miedo, aunque sí la de empatía).

Codifique todos los aspectos que se recogen el manual. Si tiene serias dudas sobre si se presenta o no un determinado aspecto, opte por codificarlo como “ausente”. Si a medida que avanza en el manual descubre que un aspecto lo ha codificado antes erróneamente, puede corregirlo sobre su hoja de respuestas. Asegúrese de marcar una casilla (0 o 1 para cada aspecto narrativo).

Importante

El proceso de codificación es absolutamente privado y confidencial. En ningún caso deberá consultar las decisiones que adopte ni compartir el material que le ha sido proporcionado.

BLOQUE I: VARIABLES DE CODIFICACIÓN BINARIA

Identificación de la **presencia/ausencia** de expresiones que reflejan que la participante ha experimentado las emociones, sensaciones y procesos que se definen a continuación.

CATEGORÍA I.I. PROCESOS EMOCIONALES

□ TRISTEZA

Emociones de tristeza (melancolía, pena, aflicción, pesadumbre, malestar, abatimiento, dolor psicológico, desdicha, amargura, depresión,...). Se incluyen expresiones de autocompasión.

Ej. *“me siento muy desdichada”, “estoy abatida”, “me duele pensar en ello”, “no puedo parar de llorar”, “estuve muy deprimida”, “me compadezco de mí misma”.*

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar tristeza y referirse a otros aspectos (ej. *“me duele que las cosas no sean como antes”* indica la presencia de tristeza y de otras emociones negativas, en este caso nostalgia, debiendo codificarse la presencia de ambas).

***NO** se incluyen expresiones que reflejen sentimientos de indefensión o desesperanza (ej. *“hiciese lo que hiciese, sentía que todo daba igual”* indica indefensión, NO tristeza).

□ MIEDO

Emociones de miedo (temor, terror, horror, pavor, pánico, espanto, sobresalto, susto,...).

Ej. *“estaba aterrada”, “sentí un miedo muy intenso”, “me asusté mucho cuando le vi llegar”.*

***NOTA:** NO se incluyen expresiones relacionadas con síntomas de ansiedad (ej. SÍ se incluyen expresiones de pánico como emoción general tales como *“sentí pánico”* pero NO expresiones que indican la experimentación de un ataque de pánico, como *“mi tasa cardíaca se disparó”*).

□ CULPA

Emociones de culpa o arrepentimiento respecto a una actuación, sentimientos o pensamientos.

Ej. *“creo que debería haber hecho más de lo que hice”, “me sentía culpable por lo que le hizo a mi hijo”, “me siento fatal por no poder dejar de pensar en él”.*

***NOTA:** Se incluyen expresiones que reflejan un arrepentimiento por una mala actuación, pero NO aquellas que indiquen que se ha obrado de manera inadecuada sin que exista un malestar por ello o una evaluación de la conducta (ej. *“aunque no se lo merecía, le quería”* NO indica la presencia de este aspecto, aunque SÍ lo indicaría *“no puedo creer que le quisiera con lo mal que me trataba”* o *“me siento fatal pensando en lo que le quería con lo mal que me trataba”*).

□ HUMILLACIÓN O VERGÜENZA

Emociones de humillación o vergüenza respecto a una actuación (propia o ajena), sentimientos o pensamientos. Incluye el menoscabo de la dignidad y el orgullo, sonrojo, timidez y pudor.

Ej. *“él conseguía humillarme”, “si lo contaba pensarían que soy una tonta”, “cuando llegó borracho me sentí muy abochornada ante mi familia”, “me dolió en el orgullo”, “me dio corte hablar con mis padres después”.*

***NOTA:** NO se incluyen expresiones que no indiquen explícitamente que la persona se ha sentido humillada (ej. *“me insultó”* NO indica la presencia de este aspecto, aunque SÍ lo indicaría *“me insultó y me hizo sentir muy pequeña”*).

□ IRA HACIA UNA MISMA

Emociones de ira (enfado, enojo, furia, irritación, cólera, rabia,...) respecto a las propias emociones, pensamientos o conductas.

Ej. *“lo que más rabia me daba era no ser capaz de poner fin a la situación”, “aún estoy enfadada conmigo misma”, “me irrita pensar de esta manera”.*

□ IRA HACIA EL EXTERIOR

Emociones de ira (enfado, enojo, furia, irritación, cólera, rabia,...) hacia otra/s persona/s o la situación.

Ej. *“estaba furiosa con él”, “me daba rabia que las cosas sucediesen de esa manera”.*

***NOTA:** Se incluye cualquier expresión de ira que la participante no dirija explícitamente hacia sí misma (ej. *“estoy cabreadísima”* se incluirá en esta categoría).

□ OTRAS EMOCIONES NEGATIVAS

Emociones negativas (ej. nostalgia, envidia, celos, asco, preocupación, incredulidad, estado de shock,...) que no se recogen en los casos anteriores.

Ej. *“me ponía enferma pensar que estaba con otra”, “le echo de menos”, “siempre he tenido celos de mi hermano”, “me daba asco”.*

□ EMOCIONES POSITIVAS

Emociones positivas primarias (ej. alegría) y secundarias (ej. felicidad, amor).

Ej. *“estoy feliz”, “me siento realizada”, “me alegra ver que todo ha salido bien”, “lloré de alegría”.*

***NOTA:** NO se incluyen expresiones que reflejen expectativas optimistas de futuro (ej. *“espero que todo salga bien”*, indica superación/esperanza, NO emociones positivas).

□ ASOMBRO/SORPRESA

Emociones de sorpresa respecto a una misma, los demás o la situación (puede tener una valencia positiva, negativa o neutra).

Ej. *“me sorprendió verle así”, “me pareció todo tan inesperado”, “fue imprevisto”.*

***NOTA:** NO se incluyen expresiones que reflejen elementos de integración (ej. *“nunca imaginé que algo así podría sucederme a mí”*, indica impacto, NO sorpresa).

□ EMPATÍA/PREOCUPACIÓN HACIA EL AGRESOR

[① Este aspecto SÓLO se codificará para NARRATIVAS NEGATIVAS en VP, o para NARRATIVAS NEGATIVAS EN CO SI LA PERSONA HA SIDO VÍCTIMA DE UNA AGRESIÓN]

Expresiones que denotan un entendimiento o conocimiento de las emociones del agresor o una preocupación por su bienestar.

Ej. *“él estaba muy nervioso”, “se sentía muy culpable”, “bebe porque está mal”, “nunca dije nada por miedo a que le diesen de lado”, “no quería hacerle daño”.*

□ EMPATÍA/PREOCUPACIÓN HACIA OTRO/S

Expresiones que denotan un entendimiento o conocimiento de las emociones de otra/s persona/s o animal/es, o una preocupación por su bienestar.

Ej. *“mi hijo lloraba porque no soportaba verme así”, “ella estaba molesta”, “temía que despertase a mi hijo”, “yo sólo quería que mi hijo no sufriese”, “nunca lo he contado por no herir a mis padres”.*

CATEGORÍA I.II. ESTADOS CORPORALES Y SÍNTOMAS

□ ANSIEDAD

Síntomas de ansiedad, pánico, nerviosismo, hipervigilancia, o activación psicológica y/o física.

Ej. *“estaba nerviosa”, “el corazón me latía muy deprisa”, “me dolía mucho la tripa de la ansiedad”, “temblaba”, “no podía respirar”, “estaba alerta”, “me hice pis de los nervios”.*

□ ESTADOS CORPORALES

Sensaciones físicas o somatosensoriales que la persona no vincula a la experimentación de síntomas de ansiedad.

Ej. *“me dolía la cabeza”, “llevaba todo el día con el estómago revuelto”, “se me durmió el brazo” “perdí el equilibrio”, “me hice pis”.*

□ EXPERIENCIAS DISOCIATIVAS

Experiencias de tipo disociativo (despersonalización, desrealización,...) peritraumáticas y postraumáticas.

Ej. *“sentí que salía de mi cuerpo”, “me vi desde arriba”, “no creía que yo pudiese estar haciendo eso”, “no sé cómo pude llegar hasta allí”, “era como si mi cuerpo no me perteneciese”, “parece que soy dos personas distintas”.*

CATEGORÍA I.III. PROCESOS SENSORIALES/PERCEPTUALES

□ PERCEPCIÓN VISUAL

Sensaciones visuales o atributos claramente percibidos a través de la vista.

Ej. *“vi cómo lo hacía”, “le miré mientras caminaba”, “observé atentamente lo que pasaba”, “los colores de su blusa eran muy chillones”, “había mucha luz”.*

***NOTA:** NO se incluyen expresiones figuradas que no impliquen estrictamente una percepción visual (ej. *“veo mi futuro ante mí”, “no veo a qué se refiere”*).

***NO** se incluyen expresiones que indiquen que la participante no ha experimentado en primera persona la sensación (ej. *“ordené el cuarto para que se viera bonito”, “me miró fijamente”* NO se incluyen).

□ PERCEPCIÓN AUDITIVA

Sensaciones auditivas o atributos claramente percibidos a través del oído.

Ej. *“oí ruidos”, “sonaba una melodía en la radio”, “crujió el suelo”, “aún escucho el sonido de su voz”.*

□ OTRAS SENSACIONES

Sensaciones olfativas, táctiles o gustativas, o atributos claramente percibidos a través de estos sentidos.

Ej. *“olía a lejía”, “olí su camisa”, “había un olor raro”, “llevaba su perfume habitual”, “sus manos eran ásperas”, “me rozó la rodilla”, “me tocó”, “las sábanas estaban muy suaves”, “sabía a rayos”, “sentí el sabor de la sangre”, “la comida estaba sosa”, “comí un caramelo muy amargo”.*

CATEGORÍA I.IV. PROCESOS COGNITIVOS

□ FALTA DE CONTROL/INDEFENSIÓN

Sentimientos de falta de control respecto a una misma, otra persona o la situación. Se incluye la atribución de la causa de un acontecimiento o conducta al azar o al destino, y la percepción de ausencia de estrategias de afrontamiento y/o derrota (sentirse superada).

Ej. *“no había nada que yo pudiese hacer”, “no sabía qué hacer”, “daba igual si llegaba o no tarde, se iba a enfadar de cualquier manera”, “cerré los ojos esperando que terminase todo”, “siento que no controlo mi vida”, “siempre me tocan hombres violentos”, “sucedió así porque el destino lo quiso”, “no puedo hacer nada para superarlo”, “me obligó a hacerlo”, “no fui capaz de ir”.*

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar falta de control/indefensión y referirse a otros aspectos (ej. *“sucedió así porque el destino lo quiso”* indicará indefensión y dotación de significado).

□ CONTROL/PLANIFICACIÓN

Sentimientos de control respecto a una misma, otra persona o la situación (sobre todo expresiones relacionadas con “controlar”, “poder” o “ser capaz de...”), y/o expresiones que indican la elaboración de un plan de acción (sobre todo relacionadas con expresiones condicionales: “si... entonces”, y expresión de objetivos: “lo hice para/porque...”).

Ej. “sabía qué podía hacer que parase”, “si me iba él no podría encontrarme”, “me relajé para poder pensar mejor”, “controlé el miedo que sentía”, “hice la cama para que estuviese todo perfecto”, “pude salir de allí”, “fui capaz de detenerle”.

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar control o planificación y referirse a otros aspectos (ej. “controlé el miedo que sentía” indicará control y la presencia de miedo).

□ INSIGHT

Procesos que reflejan un entendimiento o comprensión de una misma, otra persona o la situación (sobre todo relacionados con “saber”, “entender”, “comprender”, “conocer” y “darse cuenta”).

Ej. “sé que ya no volverá a ocurrir”, “entiendo que mi madre no me escuchase antes”, “conozco mis emociones”, “ahora lo veo claro”, “me di cuenta en ese momento”.

***NOTA:** La “intención” de entender o saber NO se codificará en esta categoría (ej. “hablar de ello me ayuda a entender qué pasó” indica racionalización, pero “al hablar de ello he entendido qué pasó” indica insight).

□ RACIONALIZACIÓN/ELABORACIÓN

Procesos que reflejan un esfuerzo consciente por elaborar y explicar lo sucedido y/o las emociones o pensamientos posteriores al acontecimiento (indican cómo la persona aborda el recuerdo y las emociones asociadas posteriormente a los hechos).

Ej. “pienso continuamente en qué hubiese pasado si no hubiese ido a allí”, “hablar de ello me ayuda a entender qué pasó”, “como sus padres le pegaban, cómo no iba a ser violento”, “intento bloquear esos sentimientos que me molestan”.

CATEGORÍA I.V. REFERENCIAS A OTROS

□ APOYO SOCIAL

Percepción de haber obtenido apoyo social (afectivo o instrumental) de otra/s persona/s o animal/es.

Ej. “cuando se lo conté a mi madre, ella lo entendió todo”, “me quedé en casa de un amigo esa noche”, “un vecino llamó a la policía”, “me dio dinero para un taxi”.

□ FALTA DE APOYO SOCIAL

Percepción de no haber obtenido apoyo social (afectivo o instrumental) de otra/s persona/s o animal/es.

Ej. “nadie hizo nada”, “llamé a mi mejor amiga pero le quitó importancia”, “no tenía a dónde ir”, “vi lo sola que estaba”.

CATEGORÍA I.VI. AUTOEVALUACIÓN

□ AUTOEVALUACIÓN NEGATIVA

Valoración claramente negativa de una misma.

Ej. “tenía la autoestima baja”, “siempre me he sentido una fracasada”, “sé que soy débil”.

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar la presencia de autoevaluación negativa y referirse a otros aspectos (ej. “sé que soy débil” indicará una autoevaluación negativa e insight).

***NO** se incluyen aspectos que no tengan una valencia marcadamente negativa (ej. “soy muy impuntual”, “soy muy meona” NO se incluyen en esta categoría).

□ AUTOEVALUACIÓN POSITIVA

Valoración claramente positiva de una misma y de las propias acciones.

Ej. “soy fuerte”, “actué de la manera adecuada”, “creo que valgo la pena”.

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar la presencia de autoevaluación positiva y referirse a otros aspectos (ej. *“estoy contenta conmigo misma”* indicará una autoevaluación positiva y la presencia de una emoción positiva).

CATEGORÍA I.VII. SIGNIFICADO

ESPIRITUALIDAD

Prácticas o experiencias de contenido religioso, transcendental o espiritual.

Ej. *“recé porque no pasase nada”, “desde entonces voy a la iglesia”, “sé que dios lo quiso así”, “debe existir algo por encima de nosotros”.*

***NOTA:** No se considerarán expresiones que, aunque incluyan palabras religiosas, tengan otra connotación (ej. *“¡Dios mío!”*).

SIGNIFICADO

Dotación o búsqueda de un significado o sentido a la situación.

Ej. *“lo que sucedió será por algo”, “Dios quiso que él y yo estuviésemos juntos”, “así es la vida”.*

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar la presencia de espiritualidad, significado y otros aspectos (ej. *“dios lo quiso así”* indicará la presencia de espiritualidad, significado y atribución externa).

CATEGORÍA I.VIII. INTEGRACIÓN

IMPACTO

Expresiones que reflejan que el acontecimiento ha tenido un impacto (ya sea positivo o negativo) en la vida de la persona y/o en la visión que tiene de sí misma, los demás o el mundo. Se incluye la percepción de haber extraído un aprendizaje de la experiencia.

Ej. *“antes pensaba que algo así no me podía suceder a mí”, “antes era más alegre”, “me he vuelto una desconfiada”, “mi vida cambió”, “fue un punto de inflexión”, “aprendí la lección”.*

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar impacto y referirse a otros aspectos (ej. *“me he dado cuenta de que no soy tan fuerte como pensaba”* indicará impacto e *insight*).

CATEGORÍA I.IX. SUPERACIÓN

[**ⓘ** SOLO PARA NARRATIVAS NEGATIVAS]

SUPERACIÓN/ESPERANZA

Expresiones que reflejan haber superado o intentos o deseos por superar el acontecimiento y las repercusiones emocionales del mismo. Se incluyen expectativas optimistas de futuro.

Ej. *“ya lo tengo más que superado”, “estuve fatal pero lo superé con el tiempo”, “ya no me duele”, “hoy he conseguido controlar esos pensamientos que me molestaban” “al fin puedo vivir sin miedo”, “espero que todo salga bien”.*

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar superación y referirse a otros aspectos (ej. *“ya no me duele”* indicará superación y tristeza).

PERDÓN

Expresiones que reflejan sentimientos o intentos o deseos de perdón (misericordia o indulgencia) respecto al agresor, otra/s persona/s o una misma.

Ej. *“a día de hoy le he perdonado”, “hago lo posible por perdonarle”, “he podido perdonar a Dios”, “me he perdonado al fin”.*

***NOTA:** Una misma expresión puede indicar perdón y referirse a otros aspectos (ej. *“hago lo posible por perdonarle”* indicará perdón y racionalización).

CATEGORÍA I.X. CONSISTENCIA DEL RECUERDO

INCERTIDUMBRE

Expresiones que reflejan inseguridad o confusión en el recuerdo del acontecimiento o algún aspecto del mismo.

Ej. “no recuerdo”, “no sé qué pasó”, “no estoy segura de qué hizo entonces”, “tengo lagunas”.

□ CERTIDUMBRE

Expresiones que reflejan seguridad en el recuerdo.

Ej. “sé que...”, “recuerdo que...”, “estoy segura de que eso fue lo que sucedió”.

***NOTA:** Una expresión puede indicar incertidumbre e ir ligada a otra que indique certidumbre, debiéndose codificar la presencia de ambas (ej. “no sé que día era... ah, sí, era martes, ahora recuerdo” indicará incertidumbre y certidumbre).

CATEGORÍA I.XI. OTROS ASPECTOS

□ AMENAZAS PARA LA INTEGRIDAD FÍSICA O LA VIDA

Expresiones que reflejan que la participante ha sentido peligrar su propia vida o su cuerpo. Se incluyen expresiones que indican riesgo de lesión o muerte, amenazas físicas, deseo o ideación suicida.

Ej. “pensé que iba a matarme”, “dijo que iba a dejar de existir”, “vi mi cadáver”, “me dolió muchísimo”, “pensé que me había roto el oído”, “quería morirme”, “pensé que podía morir”.

□ OTRAS REFERENCIAS A LA MUERTE

Referencias a la muerte que no se recogen en el apartado anterior. Se incluye preocupación, deseo o temor por la muerte de otra/s persona/s.

Ej. “deseé que muriese”, “estuve con ella hasta el final”, “pensé que no llegaría a viejo”, “ojala todos estuviesen bajo tierra”, “murió”.

□ ESCAPES/EVITACIÓN

Expresiones no relacionadas con el acontecimiento que desvían la atención a la entrevistadora o al momento o situación de la entrevista, y expresiones que indican el deseo de omitir un determinado aspecto del relato.

Ej. “me parece que va a llover”, “creo que te estoy aburriendo”, “me estoy enrollando”, “¿te cuento esto?”, “prefiero no contarte esto”, “es que no quiero pensar en ello”, “intento hablar lo que pasó lo menos posible”, “no te voy a decir lo que me dijo”.

□ ALUSIONES AL ACONTECIMIENTO NEGATIVO

[① Este aspecto **SÓLO** se codificará para **NARRATIVAS NEUTRAS Y POSITIVAS**]

Expresiones que hacen referencia a la experiencia negativa y/ o sus consecuencias (situación de malos tratos en VP, otra experiencia negativa en CO) y/o a los sentimientos provocados por su recuerdo

Ej. “llevo todo el día pensando en cómo me sentiré cuando recuerde lo que pasó”, “ese día fue muy feliz aunque ya por entonces me pegaba”, “en ese momento mi madre estaba aunque, como te he contado, murió poco después”, “hoy ha sido un día terrible porque estoy pendiente del juicio y no quiero volver a verle”.

***NOTA:** NO se incluyen expresiones que reflejen una preocupación/nerviosismo por la tarea de evaluación en general (ej. “no sabía cómo me iba a sentir contándote mis cosas” NO se incluirá en esta categoría, aunque SÍ se incluirá “no sabía cómo me iba a sentir hablándote del maltrato/de lo que me pasó”).

BLOQUE II. VARIABLES DE CODIFICACIÓN NUMÉRICA

Se establecerán puntuaciones, dentro de una **escala de tipo Likert**, para valorar las categorías que se presentan a continuación.

CATEGORÍA II.I. TONO EMOCIONAL

[🔊 REQUIERE ESCUCHAR LA NARRATIVA EN AUDIO]

Valoración general del modo en que se percibe el tono de voz a lo largo del relato, independientemente del contenido del mismo.

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

- *Totalmente positivo*: El tono expresa casi la totalidad o la totalidad del tiempo emociones positivas, tales como alegría o entusiasmo. Pueden aparecer risas.
- *Predominantemente positivo*: El tono emocional varía a lo largo del relato, aunque expresa más de la mitad del tiempo emociones positivas, o el tono es predominantemente neutral pero con una ligera tendencia hacia la transmisión de emociones positivas.
- *Neutro*: El tono que adopta la persona no refleja ninguna emoción perceptible de manera evidente. La narrativa se verbaliza de manera mecánica, muestra apatía o distanciamiento.
- *Predominantemente negativo*: El tono emocional varía a lo largo del relato, aunque expresa más de la mitad del tiempo emociones negativas, o el tono es predominantemente neutral pero con una ligera tendencia hacia la transmisión de emociones negativas.
- *Totalmente negativo*: El tono expresa casi la totalidad o la totalidad del tiempo emociones negativas, tales como tristeza, abatimiento o ira. Pueden aparecer llantos o sollozos.

CATEGORÍA II.II. VALENCIA EMOCIONAL

Valoración general de la valencia (positiva o negativa) del relato.

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

- *Totalmente positivo*: El relato contiene únicamente expresiones que reflejan la experimentación de emociones positivas. No se refiere ninguna emoción negativa.
- *Predominantemente positivo*: Aunque se incluyen expresiones que reflejan la experimentación de emociones negativas, la mayor parte de las expresiones emocionales (más de la mitad) aluden a emociones positivas.
- *Neutro*: El relato carece de contenido emocional (no contiene ninguna expresión que refiera emociones ni positivas o negativas) o contiene igual número de emociones positivas y negativas.
- *Predominantemente negativo*: Aunque se incluyen expresiones que reflejan la experimentación de emociones positivas, la mayor parte de las expresiones emocionales (más de la mitad) aluden a emociones negativas.
- *Totalmente negativo*: El relato contiene únicamente expresiones que reflejan la experimentación de emociones negativas. No se refiere ninguna emoción positiva.

CATEGORÍA II.III. RIQUEZA DE DETALLES

Valoración general del grado en que se describen las cualidades o características del escenario, objetos o personas. Se incluyen fundamentalmente adjetivos calificativos, marcas, materiales...

0	1	2	3
Ausencia de detalles	Ligeramente detallado	Con detalles	Muy detallado

- *Ausencia de detalles*: No se introduce ningún detalle. La persona no refiere ninguna característica específica del contexto, objetos o personas.
- *Ligeramente detallado*: Se introducen un elemento descriptivo, aunque muy general (Ej. "el día era frío").
- *Con detalles*: Se introducen dos o más elementos descriptivos generales (Ej. "el día era frío", "él es muy alto", "cayó sobre la mesa de madera"), o al menos un elemento descriptivo muy específico (Ej. "sus manos eran grandes y ásperas" "llevaba unas zapatillas Adidas", "tenía un collar de cuentas azules", "la sala tenía algunos azulejos rotos").
- *Muy detallado*: Abundan los elementos descriptivos, generales y específicos.

***NOTA:** Esta categoría se refiere fundamentalmente al uso de adjetivos para describir cualidades. NO se consideran en esta categoría descripciones detalladas de hechos (ej. "me lavé los dientes, hice la cama, desayuné..." NO indican la presencia de detalles).

CATEGORÍA II.IV. ORIENTACIÓN ESPACIAL

Valoración del grado en que el suceso relatado se enmarca en un contexto espacial determinado.

0	1	2	3
Ausencia de orientación espacial	Ligeramente orientado	Orientado espacialmente	Muy orientado

- **Ausencia de orientación espacial:** No se introduce ningún elemento que aluda al espacio. La persona no refiere en ningún momento el lugar donde se encontraba.
- **Ligeramente orientado:** Se introduce un elemento de orientación, aunque muy general (Ej. “estaba en la calle”).
- **Orientado espacialmente:** Se introducen dos o más elementos de orientación, aunque poco precisos (Ej. “estaba en la calle”, “cuando llegué a casa”) o uno muy específico (Ej. “estaba en el bar que lleva mi cuñado”).
- **Muy orientado:** Se introducen al menos dos elementos de orientación muy específicos (Ej. “en la calle Alcalá”, “en un parque pequeño que hay justo detrás de mi casa”).

CATEGORÍA II.V. ORIENTACIÓN TEMPORAL

Valoración del grado en que el suceso relatado se enmarca en un contexto temporal determinado.

0	1	2	3
Ausencia de orientación temporal	Ligeramente orientado	Orientado temporalmente	Muy orientado

- *Ausencia de orientación temporal*: No se introduce ningún elemento que aluda al momento en que acontecieron los hechos.
- *Ligeramente orientado*: Se introduce un elemento de orientación, aunque muy general (Ej. "hace 3 años").
- *Orientado temporalmente*: Se introducen dos o más elementos de orientación, aunque poco precisos (Ej. "hace 3 años", "era martes") o uno muy específico (Ej. "el despertador sonó a las 8:30").
- *Muy orientado*: Se introducen al menos dos elementos de orientación muy específicos (Ej. "fue el 18 de Marzo del año pasado", "llegué a las 2:15 de la madrugada").

CATEGORÍA II.VI. COHERENCIA

[**i** GUIARSE FUNDAMENTALMENTE POR LA NARRATIVA EN AUDIO; EN CASO DE QUE LO REQUIERA SE VOLVERÁ A ESCUCHAR LA NARRATIVA]

Valoración del grado en que la persona relata los hechos de un modo claro, articulado y comprensible, conectando adecuadamente las distintas proposiciones.

0	1	2	3
Ausencia de coherencia	Ligeramente coherente	Coherente	Muy coherente

- *Ausencia de coherencia*: El relato es absolutamente ininteligible o todas o casi todas las proposiciones aparecen desordenadas. La persona mezcla elementos, de manera que es difícil saber qué sucede primero y qué sucede después.
- *Ligeramente coherente*: Una gran parte del relato es ininteligible o inconexo, pero hay partes claras y fluidas. Se introducen saltos en el tiempo sin una intención narrativa y/o abundan expresiones sin finalizar.
- *Coherente*: El relato está adecuadamente expresado. La persona expone sus pensamientos de una manera ordenada y relata los hechos de manera secuencial, aunque en ocasiones salta de una idea a otra sin conectarlas o deja expresiones sin finalizar.
- *Muy coherente*: El relato está perfectamente expresado y es fluido. Se delimita claramente el inicio, clímax y desenlace. Las proposiciones están conectadas, de manera que no se produce ninguna o prácticamente ninguna expresión inconexa u oración inacabada.

CATEGORÍA II.VII. ESPECIFICIDAD

Valoración del grado en que el relato se refiere a uno o varios episodios concretos o a un periodo vital más a amplio.

0	1	2	3
Extendido	Catégorico	Distintos específicos	Uno específico

- *Extendido*: La persona refiere un periodo extenso, que dura más de un día (ej. situación general de malos tratos, enfermedad crónica de un familiar, la infancia,...), sin centrarse en ninguna situación concreta.
- *Catégorico*: Se relatan acciones que se repiten o categorías de eventos similares, sin hacer referencia a ninguna situación concreta (ej. las vacaciones de verano, el nacimiento de los hijos, sacar a pasear al perro, situaciones repetidas de malos tratos,...).
- *Distintos específicos*: Se detallan dos o más episodios específicos (*ver definición de específico) (ej. se relata el nacimiento de cada uno de los hijos, se relatan dos o más situaciones concretas de malos tratos).
- *Uno específico*: Se relata un único episodio concreto, que se enmarca en un contexto delimitado y que puede durar de unos segundos a unas horas, pero siempre menos de un día (ej. un examen, una celebración, un parto, una discusión...). La persona puede referir lo sucedido en otro momento siempre y cuando sirva de utilidad para explicar el contexto en el que se produjo el episodio relatado, o puede referirse a las consecuencias del mismo (ej. puede relatar cómo se siente en la actualidad en relación a lo sucedido o cómo está elaborando o afrontando su situación).

Anexo II. CASNOT

II.II. Hojas de codificación

HOJAS DE CODIFICACIÓN

CODIFICADOR/A: _____

SECUENCIA:

+/-	-/+
-----	-----

CÓDIGO DE LA PARTICIPANTE: _____

FECHA: _____

RELATO NEUTRO (0)

-BLOQUE 1-

CATEGORIA	ASPECTO	PRESENTE	AUSENTE
I.I.	Tristeza	1	0
	Miedo	1	0
	Culpa	1	0
	Humillación o vergüenza	1	0
	Ira hacia una misma	1	0
	Ira hacia el exterior	1	0
	Otras emociones negativas	1	0
	Emociones positivas	1	0
	Asombro/sorpresa	1	0
	Empatía/preocupación hacia otro/s	1	0
I.II.	Ansiedad	1	0
	Estados corporales	1	0
	Experiencias disociativas	1	0
I.III.	Percepción visual	1	0
	Percepción auditiva	1	0
	Otras sensaciones	1	0
I.IV.	Falta de control/Indefensión	1	0
	Control/Planificación	1	0
	Insight	1	0
	Racionalización/Elaboración	1	0
I.V.	Apoyo social	1	0
	Falta de apoyo social	1	0
I.VI.	Autoevaluación negativa	1	0
	Autoevaluación positiva	1	0
I.VII.	Espiritualidad	1	0
	Significado	1	0
I.VIII.	Impacto	1	0
I.X.	Incertidumbre	1	0
	Certidumbre	1	0
I.XI.	Amenazas para la integridad física o la vida	1	0
	Otras referencias a la muerte	1	0
	Escapes/evitación	1	0
	Alusiones al acontecimiento negativo	1	0

RELATO NEUTRO (0)

-BLOQUE 2-

II.I. Tono emocional

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

II.II. Valencia emocional

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

II.III. Riqueza de detalles

0	1	2	3
Ausencia de detalles	Ligeramente detallado	Con detalles	Muy detallado

II.IV. Orientación espacial

0	1	2	3
Ausencia de orientación espacial	Ligeramente orientado	Orientado espacialmente	Muy orientado

II.V. Orientación temporal

0	1	2	3
Ausencia de orientación temporal	Ligeramente orientado	Orientado temporalmente	Muy orientado

II.VI. Coherencia

0	1	2	3
Ausencia de coherencia	Ligeramente coherente	Coherente	Muy coherente

II.VII. Especificidad

0	1	2	3
Extendido	Catagórico	Distintos específicos	Uno específico

Asegúrese de que ha marcado una casilla para cada aspecto codificado

RELATO POSITIVO (+)*-BLOQUE 1-*

CATEGORIA	ASPECTO	PRESENTE	AUSENTE
I.I.	Tristeza	1	0
	Miedo	1	0
	Culpa	1	0
	Humillación o vergüenza	1	0
	Ira hacia una misma	1	0
	Ira hacia el exterior	1	0
	Otras emociones negativas	1	0
	Emociones positivas	1	0
	Asombro/sorpresa	1	0
	Empatía/preocupación hacia otro/s	1	0
I.II.	Ansiedad	1	0
	Estados corporales	1	0
	Experiencias disociativas	1	0
I.III.	Percepción visual	1	0
	Percepción auditiva	1	0
	Otras sensaciones	1	0
I.IV.	Falta de control/Indefensión	1	0
	Control/Planificación	1	0
	Insight	1	0
	Racionalización/Elaboración	1	0
I.V.	Apoyo social	1	0
	Falta de apoyo social	1	0
I.VI.	Autoevaluación negativa	1	0
	Autoevaluación positiva	1	0
I.VII.	Espiritualidad	1	0
	Significado	1	0
I.VIII.	Impacto	1	0
I.X.	Incertidumbre	1	0
	Certidumbre	1	0
I.XI.	Amenazas para la integridad física o la vida	1	0
	Otras referencias a la muerte	1	0
	Escapes/evitación	1	0
	Alusiones al acontecimiento negativo	1	0

RELATO POSITIVO (+)

-BLOQUE 2-

II.I. Tono emocional

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

II.II. Valencia emocional

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

II.III. Riqueza de detalles

0	1	2	3
Ausencia de detalles	Ligeramente detallado	Con detalles	Muy detallado

II.IV. Orientación espacial

0	1	2	3
Ausencia de orientación espacial	Ligeramente orientado	Orientado espacialmente	Muy orientado

II.V. Orientación temporal

0	1	2	3
Ausencia de orientación temporal	Ligeramente orientado	Orientado temporalmente	Muy orientado

II.VI. Coherencia

0	1	2	3
Ausencia de coherencia	Ligeramente coherente	Coherente	Muy coherente

II.VII. Especificidad

0	1	2	3
Extendido	Catagórico	Distintos específicos	Uno específico

Asegúrese de que ha marcado una casilla para cada aspecto codificado

RELATO NEGATIVO (-)*-BLOQUE 1-*

CATEGORIA	ASPECTO	PRESENTE	AUSENTE
I.I.	Tristeza	1	0
	Miedo	1	0
	Culpa	1	0
	Humillación o vergüenza	1	0
	Ira hacia una misma	1	0
	Ira hacia el exterior	1	0
	Otras emociones negativas	1	0
	Emociones positivas	1	0
	Asombro/sorpresa	1	0
	Empatía/preocupación hacia el agresor		
	Empatía/preocupación hacia otro/s	1	0
I.II.	Ansiedad	1	0
	Estados corporales	1	0
	Experiencias disociativas	1	0
I.III.	Percepción visual	1	0
	Percepción auditiva	1	0
	Otras sensaciones	1	0
I.IV.	Falta de control/Indefensión	1	0
	Control/Planificación	1	0
	Insight	1	0
	Racionalización/Elaboración	1	0
I.V.	Apoyo social	1	0
	Falta de apoyo social	1	0
I.VI.	Autoevaluación negativa	1	0
	Autoevaluación positiva	1	0
I.VII.	Espiritualidad	1	0
	Significado	1	0
I.VIII.	Impacto	1	0
I.IX.	Superación/Esperanza	1	0
	Perdón	1	0
I.X.	Incertidumbre	1	0
	Certidumbre	1	0
I.XI.	Amenazas para la integridad física o la vida	1	0
	Otras referencias a la muerte	1	0
	Escapes/evitación	1	0

RELATO NEGATIVO (-)

-BLOQUE 2-

II.I. Tono emocional

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

II.II. Valencia emocional

0	1	2	3	4
Totalmente positivo	Predominantemente positivo	Neutro	Predominantemente negativo	Totalmente negativo

II.III. Riqueza de detalles

0	1	2	3
Ausencia de detalles	Ligeramente detallado	Con detalles	Muy detallado

II.IV. Orientación espacial

0	1	2	3
Ausencia de orientación espacial	Ligeramente orientado	Orientado espacialmente	Muy orientado

II.V. Orientación temporal

0	1	2	3
Ausencia de orientación temporal	Ligeramente orientado	Orientado temporalmente	Muy orientado

II.VI. Coherencia

0	1	2	3
Ausencia de coherencia	Ligeramente coherente	Coherente	Muy coherente

II.VII. Especificidad

0	1	2	3
Extendido	Catagórico	Distintos específicos	Uno específico

Asegúrese de que ha marcado una casilla para cada aspecto codificado
