

# SÍNTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA Y ASOCIADA EN VÍCTIMAS DE DISTINTOS TIPOS DE ACONTECIMIENTOS TRAUMÁTICOS

## POSTTRAUMATIC AND ASSOCIATED SYMPTOMS IN VICTIMS OF DIFFERENT TYPES OF TRAUMATIC EVENTS

M. MAR GÓMEZ<sup>1</sup>

MARÍA CRESPO

Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología

<sup>1</sup>Universidad Complutense de Madrid. Dpto. Psicología Clínica. Facultad de Psicología.  
Campus de Somosaguas. 28223 Madrid. e-mail: margomez@psi.ucm.es. Telef. 91 394 28 32

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Gómez, M. M. y Crespo, M. (2012). Síntomatología postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos [Posttraumatic and associated symptoms in victims of different types of traumatic]. *Acción Psicológica*, 9(1), 71-86. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.438>

### Resumen

Este artículo recoge las repercusiones psicopatológicas, referentes a sintomatología postraumática y sintomatología asociada, de la exposición a tres tipos de acontecimientos: accidentes, violencia física y violencia psicológica. La muestra estuvo constituida por 138 participantes, de los cuales 41 habían sufrido algún tipo de accidente, 57 violencia física y 40 violencia psicológica. Los resultados pusieron de manifiesto

que existían diferencias significativas entre los tres grupos estudiados en las variables referentes a vivencia del acontecimiento e implicaciones que este tuvo para la persona. Sin embargo los resultados no arrojaron diferencias significativas en los tres grupos en ninguno de los síntomas referidos a sintomatología postraumática, ni en la sintomatología asociada (ansiedad, depresión, consumo de alcohol y deterioro de la autoestima). En consecuencia, los resultados parecen apoyar una concepción global de vícti-

**Agradecimientos:** Este estudio ha contado con la financiación de la Universidad Complutense de Madrid y de la Comunidad de Madrid. Los autores quieren agradecer la colaboración de los siguientes centros, asociaciones e instituciones, sin los que este estudio no habría sido posible: Hospital Nuestra Señora de América, Hospital Militar Gómez Ulla, Beccaria - Asociación de ayuda a las víctimas, Stop-Accidentes -Asociación de ayuda a víctimas de accidentes de tráfico, Asociación Nacional de víctimas de delitos violentos, ICAS - Atención en catástrofes, Comedor de Refugiados Políticos de la Comunidad de Madrid, Centro de la Mujer Rosa de Luxemburgo de Leganés, Centro de la Mujer de Collado-Villalba y Servicios Sociales de Entrevías, IPSE Intervención Psicológica Especializada y Asociación ACAL - Asociación contra el acoso Laboral.

Artículo recibido: 25/01/2012

Artículo aceptado: 20/03/2012

ma en la que se consideren personas que hayan sufrido acontecimientos traumáticos, con independencia del carácter de estos.

**Palabras Clave:** trastorno de estrés postraumático; acontecimiento traumático.

## Abstract

This paper analyzes the psychopathological consequences, including both posttraumatic and associated symptoms, of being exposed to three types of events: accidents, physical violence and psychological violence. The sample consisted of 138 participants: 41 had experienced some kind of accident, 57 some form of physical violence and 40 psychological violence. Results showed significant intergroup differences in the way they have experiences and the implications of the events. However, there were no significant inter-group differences in symptom, neither in posttraumatic symptoms, nor in associated symptoms (considering anxiety, depression, alcohol use and self-esteem). Consequently, results seem to support global conception of victims that include any kind of victim whatever the specific event type suffered.

**Key words:** posttraumatic stress disorder; traumatic events.

## Introducción

Desde que Erichsen (1866) describió las alteraciones que sufrían las personas tras sufrir un accidente de ferrocarril, han proliferado notablemente los estudios centrados en el análisis de los síntomas físicos y psicológicos que sufren las personas tras exponerse a un acontecimiento traumático. Este interés culminó en el siglo XX, tras la llegada de los veteranos americanos de la Guerra de Vietnam, con la inclusión en las clasificaciones diagnósticas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). En su clasificación más reciente, el DSM-IV-TR, la American Psychiatric Association recoge tres grandes grupos de síntomas definitorios de dicho trastorno: re-experimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación (APA, 2000).

No obstante, desde su inclusión en las clasificaciones diagnósticas, el TEPT ha resultado controvertido por diferentes razones. Especialmente por la propia descripción y limitación del concepto acontecimiento traumático y por la descripción clínica del trastorno. Con el fin de abordar estas dificultades diferentes estudios (Amdur y Liberzon, 2001; Asmundson et al., 2000; Brewin, Andrews, Rose y Kirk, 1999; Bryant y Harvey, 1998; Holeva et al., 2001; Meichenbaum, 1994; Schnyder, Moergeli, Klaghofer y Buddeberg, 2001; Staab, Grieger, Fullerton y Ursano, 1996) se han centrado, por un lado, en describir en profundidad el concepto de acontecimiento traumático y por otro lado en conocer la clínica del trastorno en función del acontecimiento vivido por la persona. Como resultado de los primeros estudios se encuentra que diferentes autores (Brewin, Andrews y Valentine, 2000; Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003) señalan la importancia de diferentes variables para que la persona considere el acontecimiento como traumático, o en otras palabras, para que tras la vivencia del acontecimiento la persona presente sintomatología postraumática, más allá de lo adaptativo. Entre estas variables cabe destacar: (a) historia vital de la persona, en la que se incluirían las vivencias de otros acontecimientos vividos, suponiendo un importante factor predisponente para el desarrollo del TEPT las conductas de evitación y negación presentadas previamente ante otros acontecimientos traumáticos; (b) nivel de salud física y mental premórbido. Siendo los antecedentes de enfermedades mentales el factor predictivo más importante para el TEPT; (c) apoyo social percibido durante el acontecimiento; y (d) recursos percibidos por la persona para enfrentarse a la situación vivida o también denominado «autoeficacia percibida».

Respecto a los estudios que analizan la descripción clínica del cuadro y por lo tanto la sintomatología presente en víctimas de diferentes acontecimientos, se encuentra que según el acontecimiento vivido prevalecen unos síntomas sobre otros e incluso aumenta la probabilidad de desarrollar un TEPT (Breslau, Peterson, Poisson, Scheltz y Lucia, 2004). Incluso Echeburúa y Corral (1995) señalan determinadas características propias del acontecimiento como facilitadores para el inicio del TEPT, como son: ele-

vada intensidad del acontecimiento, alta frecuencia del acontecimiento, exposición al acontecimiento en edades tempranas, o que el agente causante del acontecimiento sea el ser humano.

Posiblemente por ello se encuentran en la literatura científica porcentajes muy distantes de la incidencia del TEPT así como de la sintomatología postraumática presente, en función del acontecimiento vivido por la persona (Dutton, Kaltman, Goodman, Weinfurt y Vankos, 2005; Echeburúa, Corral y Amor, 2002; Galea et al., 2002; Gidron et al., 2001; Lopes Cardoso, Kaiser, Gotway y Agani, 2003; Marty y Carvajal, 2005). La mayoría de estos estudios concluye que las diferencias en cuanto a la prevalencia del TEPT y a la mayor presencia de una sintomatología postraumática frente a otra están relacionadas, principalmente con las características propias del acontecimiento traumático. Por ejemplo, determinados estudios (Alonso, 2007; Arinero, 2007; Echeburúa, Corral y Amor, 1998; Rincón, Labrador, Arinero y Crespo, 2004) realizados con víctimas de violencia doméstica, reflejan que la presencia de sintomatología referida a reexperimentación e hiperactivación está presente en mayor proporción que la sintomatología referida a evitación precisamente por la dificultad que las mujeres tienen a llevar a cabo conductas de evitación relacionadas con el acontecimiento. Estas diferencias en la sintomatología postraumática presentada tendría implicaciones clínicas importantes, mostrando la necesidad de ajustar la intervención a la sintomatología postraumática presente en cada caso.

Aunque actualmente existen numerosos estudios sobre la sintomatología postraumática que presentan las víctimas de diferentes acontecimientos, son pocos los que a nivel comparativo ofrecen datos sobre la prevalencia del TEPT y la sintomatología predominante en función del tipo de acontecimiento traumático. Además, la gran mayoría de estos estudios obvian analizar la presencia de otra sintomatología postraumática, al margen de la recogida en las clasificaciones diagnósticas, como los sentimientos de culpa o la sensación de vivir en un lugar peligroso, a pesar de que diferentes investigaciones (Cabrera, 2004; Foa, Tolin, Ehlers, Clark y Orsillo, 1999; Herrero y Garrido, 2002;

Labrador, Fernández-Velasco y Rincón, 2010) señalan la presencia importante de estos síntomas en personas que han vivido un acontecimiento traumático.

El presente estudio tiene como objetivo analizar las diferencias en la sintomatología asociada a distintos tipos de acontecimientos traumáticos, según sean provocados o no por un agente humano (i.e. accidentes vs. violencia), o impliquen o no daño físico (i.e. violencia física vs. psicológica). De manera más específica, el estudio pretende: (a) analizar las diferencias en la presencia e intensidad de sintomatología postraumática, referida en las clasificaciones diagnósticas actuales, en víctimas de diferentes acontecimientos traumáticos; (b) analizar las diferencias en la presencia e intensidad de otros síntomas postraumáticos, que en este trabajo se han denominado síntomas clínicos subjetivos (SCS), en víctimas de diferentes acontecimientos traumáticos; y (c) analizar las diferencias en la sintomatología asociada (síntomas de ansiedad y depresión, deterioro de la autoestima y consumo de alcohol) en víctimas de diferentes acontecimientos traumáticos.

## Método

### Participantes

La muestra estuvo constituida por víctimas de diferentes acontecimientos traumáticos que cumplían los siguientes *criterios de inclusión*: (a) haber vivido, presenciado o tener conocimiento de un acontecimiento traumático, al menos un mes antes de la evaluación (este criterio se estableció por ser éste el intervalo temporal mínimo para poder hacer un diagnóstico de TEPT); (b) ser mayor de 18 años; (c) aceptar por escrito el consentimiento informado para participar en el estudio; y (d) manejo del castellano escrito y hablado. Quedaron *excluidas* todas aquellas personas que presentaban condiciones que pudieran dificultar o imposibilitar la evaluación, en concreto, las que presentaban deterioro cognitivo, o sintomatología psicótica activa o intoxicación por sustancias en el momento de la evaluación. El acceso a los participantes se realizó a través de distintas asociaciones e instituciones que trabajan en la

atención directa a víctimas. Se evaluó a un total de 138 personas, de las cuales 23 completaron exclusivamente la parte de la evaluación correspondiente a los instrumentos autoaplicados.

En función del tipo de acontecimiento que más les afectaba en el momento de la evaluación, los participantes se clasificaron en tres grupos: (a) víctimas de accidentes: incluyendo accidentes de transporte, accidentes laborales y accidentes domésticos; (b) víctimas de violencia física (VF): incluyendo violación, abuso o ataque sexual, participación en combate o zona de guerra, actos terroristas o de tortura y otros tipos de ataques físicos; y (c) víctimas de violencia psicológica (VP): incluyendo situaciones de maltrato psicológico y acoso. De este modo, 41 participantes fueron asignados al grupo A, 57 al de VF y 40 al de VP.

## Instrumentos de evaluación

La evaluación de los participantes se realizó mediante una batería de instrumentos compuesta por dos partes: la primera de formato autoaplicado y la segunda de formato heteroaplicado. De forma más detallada, se describen a continuación los instrumentos que componían la *batería de instrumentos autoaplicados* presentados en el orden en el que aparecen en la misma.

- *Formulario de datos personales de diseño propio* (sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, situación laboral y nacionalidad).
- *Escala de evaluación Global de Estrés Posttraumático (EGEP)* (Crespo y Gómez, 2012). Esta escala autoaplicada permite evaluar los síntomas de estrés postraumático, otros síntomas postraumáticos asociados y establecer un diagnóstico de TEPT. Consta de 62 ítems, que evalúan las características del acontecimiento, implicaciones para la persona, sintomatología postraumática, funcionamiento del individuo y curso del trastorno. La consideración de la sintomatología postraumática incluye los 17 síntomas definitarios de los criterios de la clasificación DSM para el TEPT, así como nueve sín-

tomas adicionales (denominados Síntomas Clínicos Subjetivos –SCS-) en los que se recogen reacciones habituales a acontecimientos traumáticos no recogidas en los criterios diagnósticos actuales (e.g., sentimientos de culpa, vergüenza...), pero que están incluidos en las propuestas de revisión de los mismos (e.g. APA, 2011). Esta escala ha mostrado, en este estudio, un valor de sensibilidad del 91%, de especificidad del 75% y de fiabilidad de .92 (Crespo y Gómez, 2012).

- *Inventario de Depresión de Beck II (Beck Depresión Inventory, BDI II)* (Beck, Steer, y Brown, 1996). Permite apreciar el nivel global de depresión, los cambios emocionales globales a lo largo del tiempo, y obtener una valoración precisa de las cuestiones que caracterizan típicamente a la depresión. Se utilizó la adaptación española de Sanz, Navarro y Vázquez (2003), que presenta unos índices psicométricos adecuados (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortín y Vázquez, 2005), con un coeficiente alfa de fiabilidad de .89. En este estudio el índice de fiabilidad fue de .92.
- *Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory, BAI)* (Beck, Brown, Epstein y Steer, 1988). Es un instrumento autoaplicado compuesto por 21 ítems, traducido y validado con población española que describe diversos síntomas de ansiedad. Las propiedades psicométricas de la versión en castellano (Sanz y Navarro, 2003) son adecuadas, con un coeficiente alfa de fiabilidad de .93, que igualmente encontramos en este estudio.
- *Escala de Autoestima (Rosenberg Self-Esteem Scale, RSE)* (Rosenberg, 1965). Evalúa el sentimiento de insatisfacción de la persona consigo misma. Se utilizó para el estudio la versión española de Echeburúa y Corral (1998). La consistencia interna de la escala, en castellano, es alta (Arinero, Crespo, López y Gomez, 2004). También en este estudio el coeficiente alfa de fiabilidad alcanzó este mismo valor.
- *CAGE (CAGE Questionnaire)* (Ewing, 1984). Este cuestionario autoaplicado de screening tiene como finalidad detectar

abuso de alcohol. Se utilizó para el estudio la versión española de Rodríguez-Martos, Navarro, Vecino y Pérez (1986). En función del punto de corte (que puede situarse en 1 o 2) la sensibilidad puede oscilar entre 100%, para el punto de corte 1, y 96%, para el punto de corte 2 y los valores de especificidad, estarían en 98% y 100% respectivamente (Rodríguez-Martos et al., 1986).

La segunda parte de la batería de evaluación, se aplicaba en *formato de entrevista* e incluía la siguiente prueba:

— *Sección TEPT de la Entrevista Diagnóstica Internacional (Composite International Diagnostic Interview. Versión 1.0, CIDI)* (OMS, 1990). El objetivo de la CIDI es evaluar los trastornos mentales de acuerdo con las definiciones y criterios diagnósticos de la CIE-10. En el presente estudio ha sido utilizada la versión española de la sección K de esta entrevista (la referida al TEPT). Esta sección consta de 37 ítems, que se refieren a; los posibles acontecimientos que la persona ha podido vivir, como se sintió la persona cuando vivió este acontecimiento, presencia de sintomatología postraumática, duración e inicio de sintomatología y nivel de funcionamiento del individuo. Posee una sensibilidad del 80%, una especificidad del 97%, un valor predictivo positivo del 71% y un valor predictivo negativo del 98% (Wacker, Mullejans y Klein, 1992).

El orden aplicación de los instrumentos descritos anteriormente fue tal y como se han presentado en este documento, ya que según Foa, Cashman, Jaycox y Perry (1997) este orden controla la posible influencia de las preguntas de la entrevista en las respuestas del instrumento autoaplicado.

## Análisis de datos

Las características de la muestra se establecieron mediante estadísticos descriptivos aplicando medias y desviaciones típicas para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables nominales.

Para la comparación de la sintomatología presente en estos tres grupos, se aplicaron pruebas de Chi-cuadrado para variables nominales. Para las variables cuantitativas, como paso previo a la realización de los análisis se comprobó si las variables se ajustaban a una distribución normal, mediante el estadístico Kolmogorov-Smirnov. En aquellas variables que se ajustaban a la distribución normal se aplicaron ANOVAs de un factor, y en aquellos casos en los que las diferencias intergrupo fueron significativas se aplicó como prueba *post hoc* Scheffé. En las variables que no se ajustaban a la distribución normal, se recurrió a pruebas no paramétricas, en concreto pruebas H de Kruskal-Wallis.

## Resultados

### Características de los participantes

Tal y como puede observarse en la Tabla 1, la muestra total está constituida por 138 personas que han vivido, presenciado o han tenido conocimiento de un acontecimiento traumático. La edad media de los participantes es de 38.83 Años ( $DT=12.37$ ), con un rango que oscila entre los 18 y los 65 años. Un 68.8% de los participantes son mujeres. En su mayoría (37.2%) los participantes han completado estudios elementales o EGB o de ESO/BUP/COU/FP (32.8%), si bien casi un cuarto (24.8%) tenían estudios universitarios. La mayoría son de nacionalidad española (93.9%), y el resto procede de diferentes países de Latinoamérica (Colombia, Perú, Bolivia, Cuba y Ecuador).

No hubo diferencias significativas entre los tres grupos ni en edad, ni en la distribución por sexos, ni en el nivel de estudios completado, ni en la nacionalidad. Sí que hubo, en cambio, diferencias en el estado civil o situación de convivencia y en la situación laboral. En concreto, respecto al estado civil, aunque en los tres grupos predominaban las personas casadas o conviviendo con su pareja (53.3% en el total), en el grupo de VF se observan mayores porcentajes tanto de solteros como de viudos que en los otros dos grupos. Además, el porcentaje de divorciados/separados es mayor en el grupo de VF que en el de A, y a su vez es

Tabla 1

*Características sociodemográficas de los participantes de los tres grupos (n = 138)*

	<b>Accidente (n = 41)</b>	<b>Violencia Física (n = 57)</b>	<b>Violencia Psicológica (n = 40)</b>	<b>Contraste Significación</b>
<b>Edad M(DT)</b>	40.56 (13.30)	36.95 (12.24)	39.77 (11.44)	K-W (2) = 2.011 p = .366
<b>Género % (n)</b>				
Mujer	58.5 (24)	66.7 (38)	82.5 (33)	$\chi^2(2) = 5.634$ p = .060
<b>Estado civil % (n)</b>				
Soltero/a	26.8 (11)	36.8 (21)	23.1 (9)	
Casado/a o conviviendo en pareja	65.9 (27)	43.9 (25)	53.8 (21)	$\chi^2 (6) = 14.716$ p = .023
Separado/a o divorciado/a	2.4 (1)	10.5 (6)	23.1 (9)	
Viudo/a	4.9 (2)	8.8 (5)	0 (0)	
<b>Estudios finalizados % (n)</b>				
Sin estudios	2.4 (1)	5.3 (3)	7.7 (3)	
Elemental / EGB	34.1 (14)	47.4 (27)	25.6 (10)	$\chi^2 (6) = 18.294$ p = .066
ESO/BUP/COU/FP	46.3 (19)	31.6 (18)	20.5 (8)	
Universitarios	17.1 (7)	15.8 (9)	46.2 (18)	
<b>Situación laboral % (n)</b>				
Estudiantes	9.8 (4)	8.8 (5)	5.1 (2)	
Trabajador activo	36.6 (15)	35.1 (20)	59 (23)	
Ama de casa	19.5 (8)	12.3 (7)	5.1 (2)	$\chi^2 (10) = 20.806$ p = .022
Parado	2.4 (1)	19.3 (11)	7.7 (3)	
Jubilado	9.8 (4)	0 (0)	0.7 (1)	
Baja/discapacidad	22 (9)	24.6 (14)	20.5 (8)	
<b>Nacionalidad % (n)</b>				
Española	97.6 (40)	89.3 (50)	95 (38)	$\chi^2 (2) = 2.868$ p = .238
Latinoamericana	2.4 (1)	10.7 (6)	5 (2)	

mayor en el grupo de VP que en el de VF, lo que podría relacionarse, al menos parcialmente, con las propias características del acontecimiento (e.g., violencia en la pareja). Respecto a la situación laboral, en los tres grupos predominaban los trabajadores en activo (43.5%) aunque cabe destacar que un 22.3% se encontraban en situación de baja o reconocimiento de discapacidad, en muchos casos relacionados

con las consecuencias del acontecimiento traumático sufrido. Además se observaron porcentajes mayores de parados en el grupo de VF que en los otros dos grupos. También se encontró que el porcentaje de jubilados prácticamente era inexistente en los grupos de VF y VP, mientras que en el grupo de A representaban casi el 10%.

Tabla 2

*Características y vivencia del acontecimiento traumático en los tres grupos (n = 138)*

	Accidente (n = 41)	Violencia Física (n = 57)	Violencia Psicológica (n = 40)	Contraste Significación
<b>Gravedad % (n)</b>				
Moderada	7.3 (3)	5.3 (3)	17.5 (7)	
Grave	24.4 (10)	49.1 (28)	57.5 (23)	$\chi^2(4) = 17.758$ p = .001
Extrema	68.3 (28)	45.6 (26)	25 (10)	
<b>Inicio % (n)</b>				
En la infancia o adolescencia	4.9 (2)	14 (8)	7.5 (3)	
Más de 3 meses	80.5 (33)	77.2 (44)	87.5 (35)	$\chi^2(4) = 4.692$ p = .320
Entre 1 y 3 meses	14.6 (6)	8.8 (5)	5 (2)	
<b>Frecuencia % (n)</b>				
En una única ocasión	85.4 (35)	54.4 (31)	2.5 (1)	
En varias ocasiones	14.6 (6)	22.8 (13)	27.5 (11)	$\chi^2(4) = 65.68$ p = .000
De forma repetida o reiterada	0 (0)	22.8 (13)	70 (28)	
<b>Vivencia Miedo % (n)</b>	65 (26)	76.8 (43)	82.5 (33)	$\chi^2(2) = 3.429$ p = .180
<b>Vivencia Indefensión % (n)</b>	82.5 (33)	94.6 (53)	90 (36)	$\chi^2(2) = 3.731$ p = .155
<b>Vivencia Horror % (n)</b>	72.5 (29)	71.4 (40)	48.7 (19)	$\chi^2(2) = 6.565$ p = .038
<b>Lesión Grave % (n)</b>	51.2 (21)	55.4 (31)	35 (14)	$\chi^2(2) = 4.090$ p = .129
<b>Lesión Grave o muerte de otros % (n)</b>	73.2 (30)	56.4 (31)	2.5 (1)	$\chi^2(2) = 45.088$ p = .000
<b>Amenaza integridad física % (n)</b>	61 (25)	67.9 (38)	50 (20)	$\chi^2(2) = 3.120$ p = .210
<b>Amenaza integridad de otros % (n)</b>	68.3 (28)	62.5 (35)	25.6 (10)	$\chi^2(2) = 17.604$ p = .000
<b>Amenaza vida % (n)</b>	58.5 (24)	64.8 (35)	35 (14)	$\chi^2(2) = 8.697$ p = .013
<b>Amenaza vida de otros % (n)</b>	61 (25)	61.1 (33)	21.1 (8)	$\chi^2(2) = 17.373$ p = .000
<b>Escenas desagradables % (n)</b>	90.2 (37)	91.1 (51)	77.5 (31)	$\chi^2(2) = 4.352$ p = .113
<b>Amenaza dignidad u honor % (n)</b>	26.8 (11)	69.6 (39)	95 (38)	$\chi^2(2) = 42.162$ p = .000

## Características del acontecimiento traumático en función del tipo del mismo

En general los participantes en el estudio valoran el acontecimiento traumático como grave o de gravedad extrema, sin que ninguno de ellos lo considere de intensidad leve, siendo muy frecuentes las respuestas de miedo, y sobre todo indefensión, ante el mismo. También fue habitual, aunque en menor medida, la reacción de horror.

Como cabía esperar, hubo diferencias significativas entre los grupos, tanto en las características de los acontecimientos, como en su vivencia (véase Tabla 2). En concreto, se observan diferencias significativas en la gravedad percibida: los datos parecen indicar que los participantes del grupo A perciben el acontecimiento como más grave (el porcentaje de los que lo consideran de gravedad extrema es mayor que en VF y, sobre todo, que en VP), y los del grupo de VP como menos grave (el porcentaje de los que lo consideran de gravedad moderada es mayor que en los otros dos grupos).

Así mismo, hubo diferencias significativas entre los grupos en la frecuencia del acontecimiento: las víctimas de A habían vivido el acontecimiento, en un 85.4% de los casos en una única ocasión y ninguno de los participantes experimentó este acontecimiento de forma repetida o reiterada. Estos porcentajes, prácticamente se invierten en el grupo de personas que han sufrido VP, ya que el 70% lo ha vivido de forma repetida o reiterada y solamente el 2.5% en una única ocasión. En el grupo de personas que han sufrido VF la mayor frecuencia (54.4%) corresponde con la vivencia del acontecimiento en una única ocasión.

No hubo diferencias significativas entre los grupos en el momento de inicio del acontecimiento, que en todos los casos se dio, predominantemente, «hace más de tres meses».

Respecto a la respuesta emocional frente al acontecimiento, solo hubo diferencias significativas en la reacción de horror, que fue significativamente más frecuente en las víctimas de VP. No hubo diferencias significativas, en cam-

bio, en la frecuencia de las reacciones de miedo o indefensión.

Por último, al analizar las implicaciones que el acontecimiento tuvo para los participantes se encontró que, como cabía esperar dadas las características de los acontecimientos definitivos de cada grupo, algunas de ellas mostraban diferencias significativas entre los grupos. En concreto, se encontraron diferencias significativas en la presencia de: lesión grave o muerte de otras personas, amenaza para la integridad de otros, amenaza para la vida y amenaza para la vida de otros. En todas ellas, la frecuencia fue menor en el grupo de VP que en los otros dos grupos. Así mismo hubo diferencias en la presencia de amenazas para la dignidad personal o el honor, siendo en este caso más frecuentes en el grupo de VP que en otros dos, y también más frecuentes en el grupo de VF que en el de A.

## Sintomatología postraumática en función del tipo de acontecimiento sufrido

Como puede observarse en la Tabla 3 los participantes mostraron importantes niveles de presencia de sintomatología postraumática y por lo tanto diagnóstico de TEPT, no encontrándose ninguna diferencia significativa entre los grupos en ninguna de las variables referidas al cumplimiento de cada uno de los criterios diagnósticos para el TEPT, ni tampoco en el diagnóstico propiamente.

Aunque todos los criterios diagnósticos para el TEPT se presentaron con porcentajes superiores al 62% en todos los grupos, es el criterio B referido a sintomatología de reexperimentación el que se presentó como más frecuente en la evaluación realizada con la entrevista CIDI. Sin embargo en la evaluación con la EGEP, el grupo de VF presentó con más frecuencia el criterio referido a hiperactivación. También se encontró que con ambos instrumentos de evaluación el segundo criterio que cumplían con más frecuencia los participantes era el D (hiperactivación), salvo en el grupo de VF que fue el criterio predominante en la evaluación con la EGEP, seguido del criterio C (evitación y em-

**Tabla 3**  
*Cumplimiento de criterios diagnósticos para el TEPT, diagnóstico TEPT y subespecificaciones diagnósticas, según EGEP (n=138) y CIDI (n= 115)*

	EGEP Presencia			CIDI Presencia				
	Accidente (n = 41)	Violencia física (n = 57)	Violencia Psicológica (n = 40)	Contraste Significación	Accidente (n = 27)	Violencia física (n = 53)	Violencia Psicológica (n = 35)	Contraste Significación
<b>Criterio B</b> (reexperimentación) % (n)	97.60 (40)	94.75 (54)	100 (40)	$\chi^2(2) = 2.357$ p = .308	96.6 (25)	96.2 (51)	100 (35)	$\chi^2(2) = 2.517$ p = .284
<b>Criterio C (evitación y embotamiento) % (n)</b>	68.3 (28)	82.5 (47)	62.5 (25)	$\chi^2(2) = 5.200$ p = .074	70.4 (19)	79.2 (42)	60 (21)	$\chi^2(2) = 3.831$ p = .147
<b>Criterio D (hiperactivación) % (n)</b>	92.7 (38)	96.5 (55)	87.5 (35)	$\chi^2(2) = 2.828$ p = .243	92.6 (25)	94.3 (50)	85.7 (30)	$\chi^2(2) = 2.049$ p = .359
<b>Criterio F (funcionamiento) % (n)</b>	92.7 (38)	96.5 (55)	95 (38)	$\chi^2(2) = 0.719$ p = .698	92.6 (25)	94.3 (50)	100 (35)	$\chi^2(2) = 2.418$ p = .298
<b>Diagnóstico TEPT % (n)</b>	65.9 (27)	73.7 (42)	57.5 (23)	$\chi^2(2) = 2.788$ p = .248	59.3 (16)	73.6 (39)	60 (21)	$\chi^2(2) = 2.470$ p = .291
<b>Duración sintomatología % (n)</b>								
Menos de 1 mes	0 (0)	7.1 (4)	5.1 (2)	—	—	—	—	—
Entre 1 y 3 meses	14.6 (6)	12.5 (7)	10.3 (4)	$\chi^2(4) = 3.194$ p = .526	—	—	—	—
Más de 3 meses	85.4 (35)	80.4 (45)	84.6 (33)	—	—	—	—	—
<b>Inicio sintomatología % (n)</b>								
Inmediato	63.4 (26)	69.1 (38)	56.4 (22)	$\chi^2(4) = 2.291$ p = .682	—	—	—	—
En los 6 primeros meses	26.8 (11)	18.2 (10)	28 (11)	—	—	—	—	—

botamiento afectivo).

Por otro lado, el diagnóstico de TEPT, se estableció en más de 57% de los participantes, tanto en la evaluación con la EGEP como con la CIDI. Además, en ambas evaluaciones el grupo de participantes que presentaba mayor porcentaje de diagnóstico TEPT (73.7% según EGEP y 73.6% según CIDI) fue el grupo de VF.

Esta sintomatología estuvo presente en los 3 grupos inmediatamente tras sufrir el acontecimiento en gran parte de los casos y su duración ha sido superior a 3 meses, en al menos el 80% de los participantes de cada grupo. Por último, señalar que más del 92% de cada grupo del estudio vio afectado su funcionamiento tras la presencia de esta sintomatología.

En el estudio referido a la intensidad de esta sintomatología postraumática encontramos, como puede verse en la Tabla 4, que tampoco aparecieron diferencias significativas entre los tres grupos en ninguna de las variables.

El grupo de síntomas que se presentó con mayor intensidad en todos los grupos también fue el referido al criterio B (reexperimentación), salvo en el grupo de VF, como ocurrió en el análisis anterior. Sin embargo, en este análisis de la intensidad de la sintomatología de cada grupo de síntomas, fue el grupo de síntomas referido a evitación y embotamiento afectivo (criterio C) el que en los tres grupos obtuvo puntuaciones por encima del grupo de síntomas referido a sintomatología de hiperactivación (criterio D).

El análisis de la intensidad de los SCS, 17 síntomas postraumáticos y ambos conjuntamente reflejó que aunque sin diferencias significativas era superior, como puede verse en la Tabla 4, en los tres casos en el grupo de personas que habían vivido, presenciado o tenían conocimiento de VF. Además, cabe destacar que los resultados obtenidos en el análisis de los SCS indicaron que en los tres grupos, especialmente en el grupo de VF, estaban presentes y con una intensidad igual o superior a la sinto-

Tabla 4

*Intensidad de sintomatología postraumática según EGEP para los tres grupos (n = 138)*

	Accidente (n = 41)	Violencia Física (n = 57)	Violencia Psicológica (n = 40)	Contraste Significación
<b>Criterio B (reexperimentación)</b> M (DT) (rango 0-20)	11.59 (5.42)	11.93 (5.96)	9.83 (5.72)	F (2,135) = 1.704 p = .186
<b>Criterio C (evitación y embotamiento)</b> M (DT) (rango 0-28)	10.41 (7.10)	12.16 (7.07)	9.88 (7.52)	F (2,135) = 1.356 p = .261
<b>Criterio D (hiperactivación)</b> M (DT) (rango 0-20)	9.54 (5.46)	10.60 (5.23)	8.28 (5.25)	F (2,135) = 2.257 p = .109
<b>SCS M (DT) (rango 0-36)</b>	11.15 (9.12)	12.65 (7.61)	9.43 (7.41)	F (2,135) = 1.900 p = .154
<b>17 síntomas postraumáticos M (DT) (rango 0-68)</b>	31.54 (15.25)	34.68 (15.62)	27.28 (16.78)	F (2,135) = 2.111 p = .125
<b>17 síntomas postraumáticos y SCS M (DT) (rango 0-104)</b>	42.68 (22.79)	47.33 (20.75)	37.40 (22.95)	F (2,135) = 2.402 p = .094

Nota. SCS = Síntomas Clínicos Subjetivos.

matología reexperimentación, evitación-embotamiento afectivo e hiperactivación.

### Sintomatología asociada y comorbilidad en función del tipo de acontecimiento

Por último, este estudio supuso el análisis de la sintomatología asociada habitualmente con el TEPT, no encontrando diferencias significativas entre los grupos, en ninguna de las áreas exploradas (ansiedad, depresión, consumo de alcohol y autoestima). Así, como puede verse en la Tabla 5, las medias encontradas en cada

grupo para la sintomatología relacionada con ansiedad, depresión y autoestima se situaron entorno al 25.

También se obtuvieron los porcentajes de participantes que superaban los puntos de corte establecidos por los autores de los diferentes instrumentos de evaluación utilizados, encontrándose, por un lado, que más de 17% superaba el punto de corte 1 para alcoholismo, situación que disminuía notablemente, en los tres grupos, cuando el punto de corte se situaba en 2. Por otro lado, los resultados, pusieron de manifiesto que más del 53% de los participantes presentaba dificultades de autoestima e importantes niveles de ansiedad, especialmente esto

Tabla 5

*Sintomatología asociada y comorbilidad para los tres grupos (n = 138)*

	Accidente (n = 41)	Violencia Física (n = 57)	Violencia Psicológica (n = 40)	Contraste Significación
<b>Depresión (BDI) M(DT)</b>	25.37 (15.68)	25.19 (13.47)	24.35 (14.20)	F (2,135) = 0.059 p = .942
<b>Depresión (BDI =&gt;20) % (n)</b>	61 (25)	64.9 (37)	62.5 (25)	$\chi^2(2) = 0.166$ p = .920
<b>Ansiedad (BAI) M(DT)</b>	25.98 (15.92)	28.77 (15.04)	23.49 (15.05)	F (2,135) = 1.405 p = .249
<b>Anisedad (BAI =&gt;19) % (n)</b>	63.4 (26)	78.9 (45)	59 (23)	$\chi^2(2) = 5.024$ p = .081
<b>Autoestima (Rosenberg) M(DT)</b>	27.29 (5.76)	27.49 (5.35)	28.23 (5.04)	F (2,135) = .342 p = .711
<b>Autoestima (Rosenberg &lt;29) % (n)</b>	53.7 (22)	56.15 (32)	55 (22)	$\chi^2(2) = 0.059$ p = .971
<b>CAGE &gt; 1 % (n)</b>	17.1 (7)	21.1 (12)	20 (8)	$\chi^2(2) = 0.247$ p = .884
<b>CAGE &gt; 2 % (n)</b>	12.2 (5)	12.3 (7)	10 (4)	$\chi^2(2) = 0.140$ p = .932
<b>TEPT + Depresión % (n)</b>	56.1 (23)	59 (29)	50 (20)	$\chi^2(2) = 0.367$ p = .832
<b>TEPT + Ansiedad % (n)</b>	51.2 (21)	64.9 (37)	46.2 (18)	$\chi^2(2) = 3.728$ p = .155
<b>Ansiedad + Depresión % (n)</b>	51.2 (.21)	56.1 (32)	53.8 (21)	$\chi^2(2) = 0.233$ p = .890
<b>TEPT + Depresión + Ansiedad % (n)</b>	48.8 (20)	47.4 (27)	43.6 (17)	$\chi^2(2) = 2.33$ p = .890

último en el grupo de VF (78.9%). Igualmente se encontraron porcentajes elevados de sintomatología depresiva, mayores incluso que los encontrados en sintomatología ansiosa, en los tres grupos. Siendo en este caso, también, el grupo de VF el que obtuvo porcentajes mayores. No obstante, y como se ha indicado, las diferencias no alcanzaron en ningún caso la significación estadística.

Dada la frecuencia comorbilidad del TEPT con los problemas asociados evaluados, se decidió hacer un análisis conjunto, considerando aquellos sujetos que cumplían criterios TEPT y superaban los puntos de corte establecidos para las pruebas utilizadas en la evaluación de los síntomas de ansiedad y depresión (véase Tabla 5). Los resultados pusieron de manifiesto que ninguno de los análisis realizados, considerando presencia de TEPT y sintomatología depresiva indicativa de problemas, presencia de TEPT y sintomatología de ansiedad indicativa de problemas, presencia de TEPT y problemas tanto de ansiedad como de depresión, y presencia de problemas de ansiedad y depresión, ofrecía diferencias significativas entre los grupos. No obstante, se encontró como puede verse en la Tabla 5 que la comorbilidad del TEPT con depresión, de TEPT con ansiedad, y la presencia conjunta de problemas de ansiedad y depresión, eran más habituales en el grupo VF. Sin embargo la comorbilidad TEPT-ansiedad-depresión fue más frecuente en el grupo de A.

Por último cabe destacar que la comorbilidad del TEPT con sintomatología ansiosa y depresiva ha estado presente en más del 43% de los participantes, independientemente del acontecimiento vivido, llegando a porcentajes del 64%.

## Discusión y Conclusiones

En primer lugar, los resultados comentados anteriormente ponen de manifiesto que la vivencia de un acontecimiento y las implicaciones que este tuvo para la persona son significativamente diferentes entre los distintos grupos. Posiblemente la mayoría de estas diferencias estén relacionadas con las características propias del acontecimiento. Así, el grupo de VP refirió con más

frecuencia implicaciones relacionadas con amenazas sobre la dignidad personal y el honor, lo cual parece más esperable en personas expuestas a violencia psicológica que a otros acontecimientos, como los accidentes. También en esta línea, se encontró que las implicaciones relacionadas con lesiones graves y muerte fueron significativamente superiores en los acontecimientos que por sus características las podrían facilitar, como son los accidentes y la violencia física. Respecto a la vivencia del acontecimiento es importante destacar que, en contra de lo esperado, el grupo A percibió significativamente como más grave el acontecimiento respecto al grupo de VF y VP. Así mismo se observan diferencias en la reiteración del acontecimiento, que se produce con frecuencia en los grupos que sufren alguna forma de violencia, y es muy rara en los que han padecido un accidente. Tal vez esta reiteración pueda dar cuenta de las diferencias encontradas en la gravedad, ya que la reiteración del acontecimiento puede llevar a un proceso de habituación paulatino al mismo que lleve a «normalizar» situaciones que en un primer momento, o en una experiencia inicial, pueden considerarse de gran gravedad.

En segundo lugar, los resultados ponen de manifiesto que a pesar de las diferencias encontradas en los tres grupos en cuanto a la vivencia del acontecimiento e implicaciones de este, no aparecen diferencias significativas en cuanto a la sintomatología referida por los participantes, tanto en la sintomatología referida a síntomas postraumáticos ni asociados como en el propio diagnóstico de TEPT.

Estos resultados suponen una contradicción con estudios previos (Breslau, 2001; Chalfant, Bryant y Fulcher , 2004; Hidalgo y Davidson, 2000; Kang, Natelson, Mahan, Lee y Murphy, 2003; Levendosky y Grahan - Bermann, 2000; Mayou y Bryant, 2002; Miguel-Tobal, Cano-Vin-del, Iruarrizaga, González y Galea, 2004; Norris, Watson, Byrne, Diaz y Kaniasty, 2002) que señalan que en función del acontecimiento existe cierta variabilidad en cuanto a la presencia e intensidad de sintomatología postraumática presente En concreto, parece que los acontecimientos causados por el hombre facilitarán la presencia de sintomatología postraumática, que además sería más duradera en el individuo. Sin embargo, en este estudio, como se ha comen-

tado con anterioridad, no se han encontrado diferencias significativas entre el grupo de acontecimientos causados por el hombre (VF y VP) y los que no (A). Posiblemente esta situación esté relacionada con que los participantes del estudio que han vivido un accidente lo han considerado de una gravedad importante, incluso superior a la percibida por los participantes del grupo VF y VP. Además, es posible que la variable referida a frecuencia del acontecimiento interfiera en la respuesta emocional frente a este, ya que la mayoría de los participantes del grupo A, a diferencia de los otros dos grupos, vivieron el acontecimiento en una única ocasión, lo cual no facilitaría un posible proceso de adaptación. Además, en este estudio tampoco se ha podido constatar diferencias significativas en sintomatología postraumática entre los grupos de VF y VP. Por lo que parece, tal y como se ha encontrado en otros estudios (Amor y Bohórquez, 2006; Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2001; O'Leary, 1999), que la VP produce efectos tan perniciosos como la VF.

Posiblemente, esta falta de concordancia con estudios que reflejan diferencias significativas en cuanto a sintomatología en función del tipo de acontecimiento vivido, este relacionada con la dificultad de categorizar determinados acontecimientos, ya que en última instancia es la propia persona la que atribuye determinadas características de este. Y aunque parezca evidente, por ejemplo, concluir si un acontecimiento es causado por el hombre o no, en determinados acontecimientos puede resultar complejo. De hecho, en este mismo estudio se han encontrado personas que habiendo vivido

accidentes similares, en algunos casos lo atribuían a la acción humana y en otros lo desvinculaban de ella.

No obstante, el hecho de que no haya diferencias en la sintomatología postraumática y asociada en los tres grupos estudiados, parece ir en consonancia con las concepciones victimológicas que abogan por un concepto extenso de víctima que incluya tanto las víctimas de delitos causados por el hombre (victimización criminal) como las que lo son por acciones del medio o por actos causados indirectamente por el hombre (victimización natural), basándose en la presencia de elementos comunes sustanciales entre ambas clases de víctimas y en la no existencia de criterios que permitan una diferenciación automática entre víctimas de delitos y de otros acontecimientos traumáticos (síntomas, experiencia subjetiva, reacción social,...). Así la Sociedad Española de Victimología entiende por víctima (Tamarit, 2006) a toda persona que haya sufrido personalmente, de modo directo o indirecto, las consecuencias de un hecho delictivo, haya sido declarada formalmente o no como tal la existencia del mismo por parte de un órgano jurisdiccional. En un sentido más extenso también son consideradas como víctimas las personas que hayan sufrido los efectos de la guerra, enfrentamiento armado, catástrofe natural o accidente.

Por todo ello, parece pertinente encaminar futuras líneas de investigación a estudios que supongan analizar las respuestas de las personas expuestas a un acontecimiento traumático de una forma más global, al margen de las particularidades de cada acontecimiento.

## Referencias

- Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático, validación empírica de un programa de tratamiento.* (Tesis doctoral) [Women victims of domestic violence with posttraumatic stress disorder, empirical validation of a treatment program (Thesis)]. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/29877>.
- Admur, R. y Liberzon, I. (2001). The structure of posttraumatic stress disorder symptoms in combat veterans: A confirmatory factor analysis of the impact of event scale. *Journal of Anxiety Disorders*, 15(4), 345-357.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4<sup>a</sup> Ed. rev.). Washington.
- Amor, P. J. y Bohórquez, I. A (2006, junio). *Mujeres víctimas de maltrato doméstico [Women victims of Domestic Violence]*. En Curso: los procesos de victimización y su abordaje en medios no especializados (2<sup>a</sup> Ed.). Recuperado de <http://www.institutodevictimologia.com/Noticias14e.pdf>.
- Arinero, M. (2007). *Análisis de la eficacia de una intervención psicológica para mujeres víctimas de violencia doméstica.* (Tesis doctoral) [Effectiveness analysis of psychological intervention for women victims of domestic violence (Thesis)]. Universidad Complutense de Madrid. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/29611>.
- Arinero, M., Crespo, M., López y Gómez, M. (2004, abril). *Analysis of Rosenberg self-esteem Scale: reliability and validity of items.* Comunicación presentada en el VII European Conference on Psychological Assessment, Málaga.
- Asmundson, G., Frombach, I., Mc Quaid, J., Pedrelli, P., Lenox, R. y Stein, M. B. (2000). Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: a confirmatory factor analysis of DSM- IV symptom clusters and other symptom models. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 203-214. doi: 10.1016/S0005-7967(99)00061-3.
- Beck, A. T., Brown, G. K., Epstein, N. y 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. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extend of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(17), 16-22.
- Breslau, N., Peterson E. L., Poisson, L. M., Schultz, L. R. y Lucia., V. C. (2004). Estimating post-traumatic stress disorder in the community: lifetime perspective and the impact of typical traumatic events. *Psychological Medicine*, 34, 889-98. doi:10.1017/S0033291703001612.
- Brewin, C., Andrews, B. y Valentine, J. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766. doi:10.1037//0022-006X.68.5.748.
- Brewin, C. R., Andrews, B., Rose., S. y Kirk, M. (1999). Acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in victims of violent crime. *American Journal of Psychiatry*, 156, 360-366.
- Bryant, R. A. y Harvey A.G. (1998). Relationship of acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 115, 215-220.
- Cabrera, L (2004). *El impacto de la masacre y juicio de Xamán.* [The impact of the massacre and judgment of Xamán]. Guatemala: Fundación Soros.
- Chalfant, A. M., Bryant, R. A. y Fulcher, G. (2004). Posttraumatic stress disorder following diagnosis of multiple sclerosis. *Journal of Traumatic Stress*, 17 (5), 423-428. doi: 10.1023/B:JOTS.0000048955. 65891.4c.
- Crespo, M. y Gómez, M. M. (2012). EGEP, *Evaluación Global del estrés postraumático*. Madrid, España: TEA.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas [Differential profiles of posttraumatic stress disorder in different types of victims]. *Análisis y modificación de Conducta*, 24 (96), 527-555.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de

- delitos violentos [Assessment of psychological harm in violent crime victims]. *Psicothema*, 14 (supl.), 139-146.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático [Posttraumatic Stress Disorder]. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología* (Vol.2). Madrid, España: Mc Graw-Hill.
- Erichsen, J. (1866). *On Railway and other Injuries of the Nervous System*. Londres, Reino Unido: Maberly & Walton.
- Foa, E. B., Tollin, D. F., Ehlers, A., Clark, D. M. y Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and Validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314. doi: 10.1037//1040-3590.11.3.303.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L. y Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9, 445-451. doi:10.1037//1040-3590.9.4.445
- Galea, S., Ahern, J., Resnick, H., Kilpatrick, D., Bucuvalas, M., Gold, J. y Vlahov, D. (2002). Psychological Sequelae of the September 11th Attacks in Manhattan, New York City. *New England Journal of Medicine*, 346, 982-987.
- Gidron, Y., Gal, R., Freedman, S., Twiser, I., Lauden, A., Snir, Y. y Benjamin, J. (2001). Translating research findings to PTSD prevention: Results of a randomized-controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 773-780. doi:10.1023/A:1013046322993.
- Herrero, C. y Garrido, E. (2002). Los efectos de la violencia sobre sus víctimas [The effects of violence upon its victims]. *Psicothema*, 14, 109-117.
- Hidalgo, R. y Davidson, J. (2000). Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and healthrelated considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (suppl 7), 5-13.
- Holeva, V., Tarrier, N. y Wells, A. (2001). Prevalence and predictors of acute stress disorder and PTSD following road traffic accidents: Thought control strategies and social support. *Behavior Therapy*, 32, 65-83. doi: 10.1016/S0005-7894(01)80044-7.
- Kang, H. K., Natelson, B. H., Mahan, C. M., Lee, K. Y. y Murphy, F. M. (2003). Post-traumatic stress disorder and chronic fatigue syndrome-like illness among Gulf War veterans: A population based survey of 30,000 veterans. *American Journal of Epidemiology*, 57, 141-148. doi:10.1093/aje/kwf 187.
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, M. R. y Rincón. P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja [Psychopathological characteristics of female victims of intimate partner violence]. *Psicothema*, 22(1), 99-105.
- Levendosky, A. A. y Graham-Bermann, S. A. (2000). Parenting in battered women: A trauma theory approach. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 3(1), 25-36.
- Lopes Cardozo, B., Kaiser, R., Gotway, C. A. y Again, F. (2003). Mental health, social functioning, and feelings of hatred and revenge of Kosovar Albanians one year after the war in Kosovo. *Journal of Traumatic Stress*, 16(4), 351-60.
- Marty, C., y Carvajal, C. (2005). Maltrato infantil como factor de riesgo de trastorno por estrés postraumático en la adultez [Child Abuse as a Risk Factor for Posttraumatic Stress Disorder in Adulthood]. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 43, 180-187.
- Mayou, R. y Bryant, B. (2002). Psychiatry of whiplash neck injury. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 180, 441-448. doi:10.1192/bjp.180.5.441.
- Meichenbaum, D. (1994). *A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with post-traumatic stress disorder*. Ontario, Canadá: Institute Press.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H. y Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados terroristas del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general [Psychological Consequences of the March 11, 2004, Terrorist Attack in Madrid. General Overview of the Studies and Results in General Population]. *Ansiiedad y Estrés*, 10, 163-179.
- Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P.J., Byrne, C. M., Diaz, E. y Kaniasty, K. (2002). 60.000 Disaster victims speak: Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 65(3), 207-239. doi:10.1521/psyc.65.3.207.20173.

- Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico [Mental and Behavioral Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines]*. Madrid, España: Meditor.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. y Weiss, D. S. (2003). Predictors of Posttraumatic Stress Disorder and Symptoms in Adults: A Meta-Analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73. doi:10.1037/0033-2909.129.1.52.
- Pastor, A., Navarro, E., Tomás., J. M. y Oliver, A. (1997). Efecto de método en escalas de personalidad: la escala de autoestima de Rosenberg [Method effects on personality scales: The Rosenberg Self-Esteem Scale]. *Psicológica*, 18, 269-283.
- Rincón, P. P., Labrador, F. J., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico [Psychopathological effects of domestic violence]. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.
- Rodríguez-Martos, A., Navarro, R. M., Vecino, C. y Pérez, R. (1986). Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo [Validation of the questionnaires KFA (CBA) and CAGE for the diagnosis of alcoholism]. *Drogalcohol*, 11, 132-139.
- Rosenberg, A. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. New Jersey: Princeton.
- Sanz, J., García Vera, M. P., Espinosa, R., Fortin, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck- II (BDI-II):2. Propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos [Spanish adaptation of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): 3. Psychometric features in patients with psychological disorders]. *Clínica y Salud*, 16, 121-142.
- Sanz, J., Navarro., M. E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del inventario para la depresión de Beck II (BDI-II). Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios [Spanish adaptation of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): 1. Psychometric properties with university students]. *Ánálisis y modificación de conducta*, 29(124), 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación Española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general [The Spanish adaptation of Beck's Depression Inventory-II (BDI-II): 2. Psychometric properties in the general population]. *Clínica y Salud*, 14, 249-280.
- Schnyder, U., Moergeli, H., Klaghofer, R. y Buddeberg, C. (2001). Incidence and prediction of post-traumatic stress disorder symptoms in severely injured accident victims. *American Journal of Psychiatry*, 158, 549-599.
- Staab, J. P., Grieger, T.A., Fullerton, C. S. y Ursano, R. J. (1996). Acute stress disorder, subsequent posttraumatic stress disorder and depresión after a series of typhoons. *Anxiety*, 2, 219-225. doi: 10.1176/appi.ajp.158.4.594.
- Tamarit, J. M. (2006). La victimología: Cuestiones conceptuales y metodológicas [The victimology: Conceptual and methodological issues]. En E. Baca, E. Echeburúa y J. M Tamarit (Eds.), *Manual de Victimología* (pp. 17-47). Valencia, España: Tirant Lo Blanch.
- Wacker, H. R., Mullejans, R. y Klein, K. H. (1992). Identification of cases of anxiety disorders and affective disorders in the community according to ICD-10 and DSM-III-R by using the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 2(2), 91-100.