

EVENTOS TRAUMÁTICOS EN UNIVERSITARIOS DE PSICOLOGÍA Y SINTOMATOLOGÍA POSTRAUMÁTICA, DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN LA ACTUALIDAD

Arturo Bados¹, Antonella Greco² y Lidia Toribio³

¹Universidad de Barcelona; ²Centro de Salud Mental de Adultos, Eivissa;

³Hospital d'Igualada, Consorci Sanitari de l'Anoia, Igualada (España)

Resumen

El objetivo de este trabajo fue estudiar en universitarios de Psicología la influencia de la historia de eventos traumáticos, el tipo y características de estos y factores personales en la sintomatología postraumática, de depresión, ansiedad y estrés en la actualidad. Cuatrocientos treinta y dos universitarios contestaron un cuestionario de acontecimientos traumáticos y escalas de depresión, ansiedad, estrés y sintomatología postraumática. La sintomatología actual estuvo asociada con tener una historia de experiencias traumáticas, haber padecido maltrato/abuso/forzamiento sexual o una experiencia traumática que no se quería contar, haber experimentado más de un tipo de evento traumático o más de un evento y haber percibido como altamente traumático el peor acontecimiento experimentado. Estas tres últimas variables fueron las más importantes. Los delitos violentos no sexuales y los eventos traumáticos deliberadamente causados por otros no estuvieron asociados con una mayor sintomatología. Los resultados sugieren que la mayoría de universitarios, al igual que otras personas, muestran una gran capacidad de resiliencia ante los eventos traumáticos, aunque esta capacidad se ve más fácilmente desbordada bajo ciertas características de los eventos y la persona.

Palabras clave: *evento traumático, trauma, sintomatología postraumática, depresión, ansiedad, trastorno por estrés postraumático*.

Abstract

The aim of this work was to study the influence of a history of traumatic events, their type and characteristics, and personal factors on current post-traumatic symptomatology, depression, anxiety and stress among college students of Psychology. Four hundred thirty-two college students completed a questionnaire of traumatic events and scales of depression, anxiety, stress and posttraumatic symptomatology. Current symptomatology was associated with the following variables: having a history of traumatic events, having suffered maltreatment/abuse/rape or a traumatic experience that the person refuses to tell, having experienced more than one type of traumatic event or more than one event, and having perceived the worst event as highly traumatic. The last three

were the most important variables. Non-sexual violent crimes and intentional traumatic events were not associated with increased symptomatology. Results suggest that most college students, like other people, show great resilience to traumatic events, although this ability is more easily overwhelmed given certain characteristics of the events and the person.

Key words: *traumatic event, trauma, posttraumatic psychopathology, depression, anxiety, posttraumatic stress disorder.*

Introducción

La ocurrencia pasada de eventos traumáticos, entendidos estos desde la óptica del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-TR; *American Psychiatric Association*, 2000), puede predisponer a una mayor sintomatología postraumática (reexperimentación, evitación, activación) y a mayores niveles de depresión, ansiedad y otros trastornos en la actualidad (Breslau, 2002; Creamer, McFarlane y Burgess, 2005). Aparte de otras poblaciones, este tema ha sido abordado en estudiantes universitarios, una población numerosa que experimenta en una elevada proporción dichos acontecimientos (Bados, Greco y Toribio, 2012a; Frazier et al., 2009; Lancaster, Melka y Rodríguez, 2009; Martín y de Paúl, 2005). El estudio de los efectos actuales de los sucesos traumáticos pasados y de las variables que influyen en los mismos tiene un indudable interés teórico, pero también un interés aplicado para los numerosos psicólogos clínicos que trabajan con población universitaria (y/u otras), tanto en servicios asistenciales de la universidad como fuera de ésta.

Hasta el momento, sólo tres estudios (Krupnick et al., 2004; Owens y Chard, 2006; Vrana y Lauterbach, 1994) han comparado en medidas de sintomatología actual a universitarios que presentaban o no una historia de eventos traumáticos. Estos dos grupos han diferido en medidas de depresión, ansiedad y sintomatología postraumática -referida esta última al peor suceso traumático o a la cosa más traumática experimentada en el caso de los que no habían sufrido ningún hecho traumático (Vrana y Lauterbach, 1994), en una medida de psicopatología general (Krupnick et al., 2004) y en cogniciones distorsionadas del tipo preocupación por el peligro y autoculpabilización (Owens y Chard, 2006).

La mayor o menor sintomatología actual asociada con una historia de acontecimientos traumáticos puede depender de variables como el tipo de acontecimientos, características de los mismos y variables personales. Así, unos pocos estudios han comparado en sintomatología actual diversos tipos de eventos traumáticos que los afectados habían seleccionado como el peor, esto es, como el más traumático de los que les habían ocurrido. No se han encontrado diferencias en depresión, ansiedad, estrés (Frazier et al., 2009) y cogniciones distorsionadas (Owens y Chard, 2006), pero sí una mayor sintomatología postraumática actual cuando el evento implica violencia física familiar, violencia sexual o abuso sexual infantil (Frazier et al., 2009; Lancaster et al., 2009; Owens y Chard, 2006; Vrana y Lauterbach, 1994). Asimismo, se ha hallado una mayor probabilidad de presentar trastorno de estrés postraumático (TEPT) en las personas que informaron haber padecido agresión sexual (Frazier et al., 2009) o violencia interpersonal en general (Lancaster et al., 2009) como su peor acontecimiento. Sin embargo, las diferencias

halladas por Lancaster *et al.* no se mantuvieron al controlar otras variables como depresión, afecto negativo y sexo. Según Vrana y Lauterbach (1994), pero no Frazier *et al.* (2009), también hubo más síntomas postraumáticos actuales en los casos de muerte inesperada o violenta de un allegado.

Un punto importante es que cuando las comparaciones en sintomatología se hacen con los peores sucesos traumáticos autoinformados, se pueden sobreestimar los efectos atribuibles a ciertos tipos de eventos traumáticos. La razón es que los peores acontecimientos de un determinado tipo pueden ser muy diferentes de los eventos característicos del mismo tipo; así, el peor accidente de tráfico puede no ser representativo de otros accidentes de circulación (Breslau *et al.*, 1998; Frazier *et al.*, 2009). Una forma de evitar este problema es comparar a las personas que han padecido un tipo de evento con aquellas que no lo han sufrido. Los resultados de los estudios realizados al respecto (Martín y de Paúl, 2004; Vrana y Lauterbach, 1994) coinciden con los del apartado anterior en que hay más sintomatología postraumática o TEPT cuando los sucesos traumáticos implican violencia física, violencia sexual o abuso sexual infantil. Además, Frazier *et al.* (2009) hallaron que haber experimentado estos tres tipos de acontecimientos estuvo asociado con mayores niveles actuales de depresión, ansiedad y estrés, cosa que no sucedió al considerar los peores hechos traumáticos autoinformados.

Por lo que se refiere a las características de los acontecimientos, una mayor sintomatología actual se ha visto asociada con un mayor número de tipos diferentes de sucesos traumáticos (Bernat, Ronfeldt, Calhoun y Arias, 1998; Frazier *et al.*, 2009; Green *et al.*, 2000; Owens y Chard, 2006), con una mayor frecuencia total de eventos traumáticos, sean o no del mismo tipo, (Krupnick *et al.*, 2004; Vrana y Lauterbach, 1994) y con que estos acontecimientos sean intencionadamente causados por otras personas (Frazier *et al.*, 2009). Bedard-Gilligan y Zoellner (2008) hallaron que fue más probable desarrollar TEPT cuando los eventos traumáticos fueron directamente experimentados que cuando fueron observados o se tuvo conocimiento de los mismos, aunque este hallazgo no fue replicado por Frazier *et al.* (2009), considerando diversas medidas de psicopatología.

Respecto a las variables personales, ha sido más probable en algunos estudios que las mujeres presentasen sintomatología postraumática actual (Amir y Sol, 1999; Bernat *et al.*, 1998), TEPT (Frazier *et al.*, 2009; Martín y de Paúl, 2004) y problemas emocionales (Kirk y Dollar, 2002). Sin embargo, Lauterbach, Vrana, King y King (1997) no hallaron diferencias entre sexos y Owens y Chard (2006) no encontraron que el sexo predijera la gravedad de la sintomatología postraumática. No se ha estudiado la influencia ni de la edad a la que ocurrió el primer acontecimiento traumático ni de la percepción de lo traumático que fue éste. Las experiencias traumáticas en la niñez pueden dar lugar a cambios neurobiológicos y mecanismos de afrontamiento desadaptativos que pueden aumentar la vulnerabilidad a sucesos traumáticos posteriores. Igualmente, una mayor percepción negativa del evento traumático ha estado asociada con un mayor riesgo de TEPT (Irish *et al.*, 2008).

Hasta el momento, ninguno de los estudios anteriores ha considerado todas las variables mencionadas, muy pocos han contemplado la mayoría de ellas y

algunas han sido muy poco o nada estudiadas. Además, sólo hay un estudio realizado en España y sus datos pueden ser poco representativos, ya que se basaron sólo en universitarios víctimas de situaciones traumáticas graves (274 de los 1380 participantes que habían experimentado alguna experiencia traumática). En consecuencia, el presente trabajo se propuso arrojar un poco más de luz sobre la cuestión. Más específicamente, los objetivos fueron: a) estudiar las diferencias en sintomatología postraumática, diagnóstico de TEPT, depresión, ansiedad y estrés en la actualidad en función de haber experimentado o no eventos traumáticos; b) ver si hay diferencias en depresión, ansiedad y estrés en función de haber experimentado diversos tipos de sucesos traumáticos, independientemente de que estos fueran o no informados como el peor; c) examinar las diferencias en sintomatología y diagnóstico de TEPT, depresión, ansiedad y estrés en función del tipo de peor acontecimiento traumático experimentado; d) analizar las diferencias en sintomatología actual en función de determinadas características de las experiencias traumáticas: frecuencia de tipos de sucesos experimentados, si fueron intencionadamente causados y si fueron experimentados directamente y e) estudiar la asociación de la sintomatología actual con variables personales como el sexo, la edad de la primera vez del peor acontecimiento y la percepción subjetiva de lo traumático que fue este.

Método

Participantes

Los participantes fueron 432 universitarios de tercer curso de Psicología de la Universidad de Barcelona que cursaban la misma asignatura troncal y a los que se solicitó su participación durante el curso 2009-2010. Se trata pues de una muestra por conveniencia, constituida por un 84,3% de mujeres. El 93,3% de los participantes tenía entre 20 y 30 años y la edad media fue 23 años ($DT= 4,6$; rango= 20-52). El 84,7% de los participantes estaba soltero, el 12,5% vivía en pareja, el 2,3% estaba casado y el 0,5% era viudo o separado.

Instrumentos

- "Cuestionario de eventos traumáticos" modificado por Bados *et al.* (2012a) a partir del "Cuestionario de eventos traumáticos" (*Traumatic Events Questionnaire*, TEQ; Vrana y Lauterbach, 1994). El cuestionario evalúa las experiencias con 15 tipos específicos de acontecimientos traumáticos (p. ej., accidente grave de transporte, delito violento no sexual, maltrato físico grave en infancia/adolescencia, abuso sexual en infancia/adolescencia, maltrato grave en la adultez, forzamiento sexual en la adultez, noticias de la muerte violenta o inesperada de alguien cercano). Para cada suceso experimentado, la persona contesta el número de veces que ha ocurrido (una, dos, o tres o más), la edad cuándo ocurrió y, en escalas de 1 (nada) a 7 (extremadamente), si resultó herida, si percibió que su vida se vio amenazada, cuán traumático fue el evento y cuán traumático es ahora. En todos los ítems menos en uno (el que

corresponde a una experiencia traumática que no se desea contar) se pide además una descripción del evento o se ofrecen categorías para describirlo. Si la persona marca más de un acontecimiento, debe indicar cuál fue el más traumático para ella (este es considerado el peor evento traumático). Si alguien no señala ningún suceso, debe describir la cosa más traumática que le haya sucedido y responder para ella lo mismo que para el resto de los ítems. Por otra parte, para cada acontecimiento traumático se pregunta por la edad de la primera y última ocurrencia y se evalúa si cumple o no el criterio A2 del trastorno por estrés postraumático según el DSM-IV-TR. Una descripción más completa del TEQ modificado y de su proceso de adaptación puede verse en Bados *et al.* (2012a).

- "Escala de TEPT de Purdue -revisada" (*Purdue PTSD Scale-Revised*, PPTSD-R; Lauterbach y Vrana, 1996). Evalúa de 1 a 5 la frecuencia durante el último mes de los 17 síntomas del TEPT correspondientes a los criterios B, C y D del DSM-IV-TR. La escala fue contestada haciendo referencia al peor evento traumático experimentado o, para los que no habían sufrido ninguno, a la cosa más traumática experimentada. Se añadió un ítem para evaluar el criterio F del DSM-IV-TR y poder así realizar el diagnóstico de posible TEPT. Una descripción de este ítem y del proceso seguido en la adaptación de esta escala puede verse en Bados *et al.* (2012a). En un estudio piloto, la consistencia interna de la PPTSD-R fue 0,93. Asimismo, la puntuación total en la PPTSD-R correlacionó significativamente con las escalas de depresión (0,46), ansiedad (0,43) y estrés (0,44) de la DASS-21 y discriminó entre los grupos que tenían o no una historia traumática.
- "Escalas de depresión, ansiedad y estrés, versión de 21 ítems" (*Depression, Anxiety, Stress Scales*, DASS-21, Lovibond y Lovibond, 1995) validadas en España por Bados, Solanas y Andrés (2005). La persona valora de 0 a 3 con qué intensidad/frecuencia ha experimentado durante la semana anterior cada uno de 21 síntomas emocionales negativos. Existen tres escalas (Depresión, Ansiedad y Estrés) de 7 ítems cada una y moderadamente correlacionadas entre sí. Según los datos de Bados *et al.* (2005), estas escalas tienen una buena consistencia interna (α de Cronbach entre 0,70 y 0,84), una validez convergente satisfactoria y una validez divergente aceptable con otros cuestionarios de ansiedad, depresión y afecto positivo y negativo y discriminan significativamente entre estudiantes universitarios y pacientes con trastornos de ansiedad y/o depresión.

Para este trabajo se consideró que había ocurrido un suceso traumático si la persona contestó afirmativamente al mismo en el TEQ modificado e informó haber respondido con miedo intenso, impotencia u horror (criterios A1 y A2 del DSM-IV-TR) y se estableció el diagnóstico de posible TEPT cuando la persona cumplía los criterios del DSM-IV-TR, los cuales fueron obtenidos a partir del TEQ modificado (criterios A1 y A2) y de la PPTSD-R (criterios B, C, D, E y F). Las reglas para decidir si se cumplían estos criterios pueden consultarse en Bados, Greco y Toribio (2012b). Hablamos de posible TEPT y no de TEPT porque el diagnóstico se basó en un cuestionario.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados en clase, con una adecuada separación entre los alumnos y la tasa de respuesta fue 98% (432 de 440). Se explicó que se estaba llevando a cabo un estudio sobre algunas emociones que experimentamos normalmente, sobre acontecimientos que ocurren a lo largo de la vida, algunos de los cuales pueden resultar traumáticos, y sobre las reacciones ante los mismos. Se destacó la voluntariedad de las pruebas y el anonimato de la respuesta. Los estudiantes no recibieron ninguna compensación por participar. El orden de los cuestionarios fue DASS-21, TEQ modificado y PPTSD-R. La investigación fue aprobada por la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona con el número IRB00003099.

Análisis estadísticos

Para comparar distribuciones de frecuencias, se utilizó la prueba de chi-cuadrado y, en caso de frecuencias esperadas no mayores de 5, la prueba de probabilidad exacta de Fisher. Por otra parte, dado el incumplimiento de los supuestos de normalidad y homogeneidad de varianza en las variables continuas, optamos por aplicar pruebas no paramétricas como la prueba de Kruskal-Wallis y la U de Mann-Whitney. Dado el gran número de comparaciones, en cada bloque de estas se empleó un procedimiento de Bonferroni modificado (Jaccard y Wan, 1996), el cual minimiza la probabilidad de error Tipo I y Tipo II. Los niveles de significación observados son ordenados por tamaño y el valor más bajo debe exceder el nivel tradicional de Bonferroni (0,05/número de comparaciones), mientras que para cada valor subsecuente se divide 0,05 por un número de comparaciones que es inferior en uno al anterior.

Para calcular el tamaño del efecto (coeficiente r), en la prueba de Mann-Whitney se dividió el valor de z correspondiente a la U de Mann-Whitney por la raíz cuadrada de N (Field, 2009). En las pruebas de chi-cuadrado, se empleó el coeficiente *phi* (φ). Para ambos coeficientes, Cohen (1988) ha sugerido que valores de 0,1, 0,3 y 0,5 representan el límite inferior de un tamaño del efecto bajo, medio y alto respectivamente.

Resultados

Uno de los 432 participantes no proporcionó información sobre el criterio A2. De los 431 restantes, 261 (60,6%) habían experimentado algún evento traumático que cumplía los criterios A1 y A2 del DSM-IV-TR. De estos, 13 eligieron como peor acontecimiento uno que no cumplía el criterio A2, a pesar de haber experimentado otros que sí lo cumplían. Como la PPTSD-R estuvo referida al peor acontecimiento, estos participantes fueron eliminados en las comparaciones relativas a este cuestionario y al diagnóstico de TEPT. Asimismo, otros 27 participantes fueron excluidos de estos análisis: 14 que no contestaron la PPTSD-R y 13 que negaron haber padecido cualquier tipo de suceso o cosa traumática y que tampoco llenaron la PPTSD-R.

Por lo que se refiere a las medidas de sintomatología, su consistencia interna (alfa de Cronbach) fue satisfactoria en todos los casos: 0,85, 0,73 y 0,79 para las subescalas de Depresión, Ansiedad y Estrés de la DASS-21, respectivamente y 0,93 para la PPTSD-R. En las comparaciones realizadas a continuación se presentan la mediana y el percentil 75, ya que este último representa mejor en algún caso las diferencias entre las distribuciones. También se muestran la media y la desviación típica para posible comparaciones con otros estudios.

La tabla 1 presenta las puntuaciones en sintomatología de las personas que experimentaron eventos traumáticos y de las que no. Tras aplicar la corrección de Jaccard y Wan, los dos grupos difirieron significativamente en depresión, ansiedad y estrés y en los síntomas de estrés postraumático (referidos a la cosa más traumática experimentada en el caso de los que no habían sufrido sucesos traumáticos). El tamaño del efecto fue de magnitud baja en todos los casos (tabla 2). Los grupos no difirieron en la frecuencia de posible TEPT (8,6% vs. 4,7%), definido según los criterios B a F del DSM-IV, $\chi^2(1, N= 391)= 2,12; p= 0,146$.

Tabla 1

Medianas (percentil 75) y medias (desviaciones típicas) en medidas de sintomatología en función de la presencia de eventos traumáticos y de diversos tipos de estos

Variable	<i>n</i>	DASS-21: Depresión		DASS-21: Ansiedad		DASS-21: Estrés		PPTSD-R	
		<i>Me</i> (<i>P₇₅</i>)	<i>M</i> (<i>DT</i>)						
1. Presencia de eventos									
Sí	261 ^a	4 (10)	7,66 (7,64)	6 (10)	6,77 (6,35)	14 (20)	15,35 (7,74)	26 (37)	29,59 (12,65)
No	170 ^a	4 (8)	5,96 (6,42)	4 (6)	4,84 (5,36)	13 (18)	13,54 (8,14)	21 (30)	25,70 (11,35)
2. Delito violento no sexual									
Sí	56	4 (8)	6,71 (6,41)	6 (10)	6,14 (5,32)	12 (20)	14,07 (7,04)	--	--
No	376	4 (10)	7,02 (7,33)	4 (8)	5,98 (6,15)	14 (20)	14,70 (8,07)	--	--
3. Maltrato/abuso/forzamiento sexual									
Sí	49	8 (16)	9,84 (8,68)	6 (12)	8,20 (7,66)	16 (24)	17,84 (8,15)	--	--
No	383	4 (8)	6,62 (6,93)	4 (8)	5,72 (5,75)	14 (18)	14,21 (7,83)	--	--
4. Evento que no se desea contar									
Sí	25	14 (25)	14,80 (11,12)	8 (16)	10,88 (10,04)	20 (27)	20,28 (9,51)	--	--
No	407	4 (8)	6,50 (6,63)	4 (8)	5,70 (5,59)	14 (20)	14,27 (7,71)	--	--

Notas: DASS-21= Escalas de depresión, ansiedad y estrés, PPTSD-R= Escala de TEPT de Purdue - revisada. ^an= 243 y 148 respectivamente para la PPTSD-R.

Tabla 2

Valor z correspondiente a la U de Mann-Whitney y tamaño del efecto (*r*) obtenidos al comparar diversas variables dicotómicas en medidas de sintomatología

Variable	DASS-21: Depresión		DASS-21: Ansiedad		DASS-21: Estrés		PPTSD-R	
	z	<i>r</i>	z	<i>r</i>	z	<i>r</i>	z	<i>r</i>
1. Presencia de eventos traumáticos	2,33*	0,11	3,56**	0,17	2,47**	0,12	3,68**	0,19
2. Delito violento no sexual	0,22	0,01	0,54	0,03	0,29	0,01	--	--
3. Maltrato/abuso/forzamiento sexual	2,68**	0,13	2,53**	0,12	3,03**	0,15	--	--
4. Evento que no se desea contar	3,92**	0,19	2,90**	0,14	3,17**	0,15	--	--

Notas. DASS-21= Escalas de depresión, ansiedad y estrés; PPTSD-R= Escala de TEPT de Purdue - revisada. **p*<0,02; ***p*<0,014. Valores significativos tras aplicar la corrección de Jaccard y Wan.

El siguiente paso fue estudiar las diferencias en depresión, ansiedad y estrés en función de haber experimentado o no diversos tipos eventos, independientemente de que estos fueran o no informados como el peor. No se consideró la sintomatología postraumática, ya que esta fue evaluada únicamente en referencia a la peor experiencia traumática. En primer lugar consideramos los acontecimientos que otros estudios han hallado más frecuentemente asociados con sintomatología en la actualidad: delito violento no sexual, maltrato/abuso/forzamiento sexual (categoría que combinó los ítems 5, 6, 7 y 8 del TEQ modificado) y suceso que no se desea contar (tabla 1). Tras aplicar la corrección de Jaccard y Wan, se hallaron diferencias significativas en todas las medidas de la DASS-21 entre los que habían padecido o no maltrato/abuso/forzamiento sexual y entre los que habían sufrido o no hechos traumáticos que no se deseaba contar. Los tamaños del efecto fueron de magnitud baja (tabla 2). En segundo lugar, para reducir el número de comparaciones, en el resto de eventos se consideraron sólo los más comunes, tras combinar los ítems 1, 2 y 3 en la categoría "Sufrir accidente o desastre" y los ítems 12 y 13 en "Presenciar accidente". Los sucesos más frecuentes fueron noticias de mutilación o muerte de alguien cercano (*n*= 102), presenciar accidente (*n*= 58) y sufrir accidente o desastre (*n*= 51). No se halló ninguna diferencia significativa (*p*> 0,12), salvo para recibir noticias de mutilación o muerte (*p*_{depresión}= 0,027; *p*_{estrés}= 0,030); sin embargo, estas dos diferencias dejaron de ser significativas tras aplicar la corrección de Jaccard y Wan.

Para estudiar si había diferencias en las variables psicopatológicas en función del peor evento traumático experimentado, estos acontecimientos fueron agrupados de entrada en las mismas categorías que en el caso anterior. Luego, para reducir el número de comparaciones, se consideraron sólo los cinco peores sucesos más frecuentes: noticias de la mutilación, heridas graves o muerte violenta o inesperada de alguien cercano (*n*= 75), maltrato/abuso/forzamiento sexual (*n*= 37), sufrir accidente o desastre (*n*= 27), ver inesperadamente a alguien mutilado,

gravemente herido o muerto violentamente ($n= 22$) y delito violento no sexual ($n= 21$). En cada uno de los otros cuatro eventos hubo entre 12 y 19 personas. Tras aplicar la corrección de Jaccard y Wan, la prueba de Kruskal-Wallis mostró diferencias significativas entre los grupos en sintomatología postraumática ($\chi^2[4, N= 180]= 21,72; p= 0,0002$) (tabla 3), pero no en depresión ($\chi^2[4, N= 182]= 1,22; p= 0,874$), ansiedad ($\chi^2[4, N= 182]= 1,66; p= 0,798$) y estrés ($\chi^2[4, N= 182]= 6,42; p= 0,170$).

Tabla 3

Sintomatología postraumática y posible trastorno por estrés postraumático (TEPT) para los peores eventos traumáticos más frecuentes

Evento	<i>n</i>	%	PPTSD-R		Posible TEPT
			<i>Me</i> (P_{75})	<i>M</i> (<i>DT</i>)	
1. Noticias de muerte	75	73,5%	26 (39) ^{a*}	29,97 (11,96)	10,8%
2. Maltrato/abuso/forzamiento sexual	37	64,9%	35 (42) ^b	35,35 (12,54)	8,1%
3. Sufrir accidente grave	27	49,1%	21 (29) ^{a***}	26,11 (13,25)	7,4%
4. Ver inesperadamente a alguien mutilado o muerto	22	45,8%	21,5 (29) ^{a***}	25,73 (11,65)	4,5%
5. Delito violento no sexual	21	37,5%	22 (25,5) ^{a***}	24,15 (8,97)	0%

Notas. % = Porcentaje de los que calificaron el evento como su peor evento entre aquellos que lo habían experimentado; PPTSD-R = Escala de TEPT de Purdure - revisada. Las distribuciones con superíndices no compartidos difirieron significativamente. Posible TEPT = Porcentaje con posible trastorno por estrés postraumático entre los que consideraron cada evento como el peor. * $p< 0,025$; ** $p< 0,0009$. Valores significativos tras aplicar la corrección de Jaccard y Wan.

Con el fin de estudiar entre qué eventos había diferencias y para no hacer un excesivo número de análisis, comparamos sólo con el resto los dos acontecimientos (noticias de muerte y maltrato/abuso/forzamiento sexual) que un mayor porcentaje de participantes habían calificado como el peor entre aquellos que los habían experimentado (tabla 3). Tal como muestra esta tabla, la prueba de Mann-Whitney sólo puso de manifiesto diferencias significativas entre el maltrato/abuso/forzamiento sexual y los otros cuatro eventos. Al comparar las noticias de muerte con los otros sucesos, las *p* oscilaron entre 0,030 y 0,058, pero no fueron significativas tras aplicar la corrección de Jaccard y Wan. El tamaño del efecto fue bajo al comparar maltrato/abuso con noticias de muerte ($r= 0,22$) y moderado en el resto de comparaciones (r entre 0,42 y 0,47). Por lo que respecta al diagnóstico de posible TEPT, aunque los valores más altos se dieron en noticias de muerte y maltrato/abuso, no hubo diferencias significativas entre estas experiencias y el resto.

Es posible que aparte del tipo de sucesos, algunas características de estos influyan también en la sintomatología actual. En concreto, el número del tipo de eventos (haber experimentado cero, uno o más de uno) y si los peores acontecimientos fueron intencionadamente causados o no, o directamente experimentados o no. Se consideraron eventos intencionadamente causados los números 4 a 8 del TEQ modificado y no intencionados, el 1, 2, 3, 12 y 13. Los ítems 9, 10, 11 y 14 fueron asignados a una u otra categoría por dos calificadores en función de la descripción de los mismos que hicieron los participantes. Por

ejemplo, la muerte de un allegado se consideró intencionadamente causada si fue por suicidio y no intencionada si fue por enfermedad. Se consideraron eventos directamente experimentados los números 1 a 8 y 10, y no directamente experimentados, el 9, 11, 12 y 13. El ítem 14 fue asignado a una u otra categoría en función de su descripción. El ítem 15 no pudo ser considerado en estas clasificaciones, ya que, por definición, no fue descrito por los participantes.

Tras aplicar la corrección de Jaccard y Wan a las 12 comparaciones, sólo resultó significativo el número de tipo de eventos ($p > 0,13$ en el resto de los casos). La prueba de Kruskal-Wallis mostró diferencias significativas entre los grupos en sintomatología postraumática ($\chi^2[2, N= 391] = 27,93; p < 0,0001$), ansiedad ($\chi^2[2, N= 431] = 12,97; p = 0,0015$) y estrés ($\chi^2[2, N= 431] = 12,72; p = 0,0017$), pero no en depresión ($\chi^2[2, N= 431] = 5,73; p = 0,057$). Tras aplicar la prueba de Mann-Whitney (tabla 4), el grupo sin historia traumática y el grupo con un solo tipo de acontecimientos traumáticos sólo difirieron significativamente en ansiedad, mientras que el grupo que sólo había padecido un tipo de eventos y el que había sufrido más de uno se diferenciaron en sintomatología postraumática y estrés. El tamaño del efecto fue bajo en los tres casos. El porcentaje de personas con posible TEPT no difirió entre los que habían tenido un tipo de sucesos traumáticos o más de uno (7,7% vs. 9,7%). Los resultados de estos análisis fueron similares al considerar la variable número de eventos.

Tabla 4

Medianas (percentil 75) y medias (desviaciones típicas) de las medidas de sintomatología en función del número de tipos de eventos traumáticos y valor z de Mann-Whitney y tamaño del efecto (r) obtenidos al comparar subgrupos de la variable anterior

Nº de tipos de eventos	n_d	DASS-21: Depresión		DASS-21: Ansiedad		DASS-21: Estrés		n_p	PPTSD-R	
		Me (P_{75})	M (DT)	Me (P_{75})	M (DT)	Me (P_{75})	M (DT)		Me (P_{75})	M (DT)
0	170	4 (8)	5,96 (6,42)	4 (6)	4,84 (5,36)	13 (18)	13,54 (8,14)	148	21 (30)	25,70 (11,35)
1	141	4 (10)	7,22 (6,92)	4 (10)	6,49 (5,98)	14 (20)	14,10 (7,48)	130	22,5 (33)	27,15 (11,38)
> 1	120	6 (12)	8,18 (8,39)	6 (10)	7,10 (6,77)	16 (22)	16,82 (7,81)	113	28 (40)	32,40 (13,48)
Comparaciones estadísticas										
0 vs. 1		$z = 1,76$ $r = 0,10$	$z = 2,79^{***}$ $r = 0,16$		$z = 0,87$ $r = 0,05$				$z = 1,30$ $r = 0,08$	
1 vs. > 1		$z = 0,56$ $r = 0,03$	$z = 0,56$ $r = 0,03$		$z = 2,62^{***}$ $r = 0,16$				$z = 3,78^{***}$ $r = 0,24$	

Notas. DASS-21= Escalas de depresión, ansiedad y estrés, n_d = para los grupos en la DASS-21, n_p = para los grupos en la PPTSD-R, PPTSD-R= Escala de TEPT de Purdue – revisada. *** $p < 0,009$. Valores significativos tras aplicar la corrección de Jaccard y Wan.

Finalmente, estudiamos la asociación de la sintomatología actual con tres variables personales: sexo, edad la primera vez que ocurrió la peor experiencia traumática (antes de los 14 años, de los 14 a los 18 o a los 18 o más tarde) y la percepción de lo traumático que fue el peor acontecimiento según el TEQ modificado (baja, definida como 4 o menos en la escala de 1 a 7; o alta, definida como 5 o más). Tras la corrección de Jaccard y Wan, se halló únicamente una diferencia significativa. Las personas que percibieron como altamente traumático el peor evento experimentado puntuaron significativamente más alto en sintomatología postraumática ($Me= 28$, $M [DT]= 31,33 [13,17]$ vs. $Me= 20$, $M [DT]= 23,02 [7,49]$) (z correspondiente a la U de Mann-Whitney= 4,59; $p< 0,0001$; $r= 0,29$) y presentaron más frecuentemente posible TEPT (10,9% vs. 0%) ($p= 0,01$ según la prueba exacta de Fisher, $\varphi= 0,159$). En el resto de las comparaciones, el nivel de significación fue mayor que 0,17, excepto al comparar en estrés a hombres y mujeres ($p= 0,015$) por una parte, y a las condiciones de intensidad percibida alta y baja del peor acontecimiento traumático ($p= 0,042$) por otra.

Discusión

Los resultados más importantes pueden resumirse del siguiente modo: a) las personas con una historia de eventos traumáticos presentaron mayores niveles actuales de depresión, ansiedad, estrés y sintomatología postraumática que las personas sin dicha historia; b) las personas que habían sufrido maltrato/abuso/forzamiento sexual o sucesos traumáticos que no deseaban contar presentaron más síntomas actuales de depresión, ansiedad y estrés que las personas que no los habían padecido, lo cual no fue el caso en los otros tipos de eventos, incluido el delito violento no sexual; c) hubo una mayor sintomatología postraumática cuando los peores acontecimientos implicaron maltrato/abuso/forzamiento sexual en comparación con otros informados también como el peor; d) hubo una asociación entre sintomatología actual (ansiedad, estrés, sintomatología postraumática) y número de tipo de sucesos traumáticos (y también número de sucesos), pero no hubo una mayor sintomatología cuando los eventos traumáticos fueron intencionadamente causados y e) cuanto mayor fue la percepción de lo traumático que fue el peor acontecimiento, mayor fue la sintomatología postraumática y la probabilidad de presentar posible TEPT. En cambio el sexo y la edad a la que ocurrió la peor experiencia traumática por vez primera no fueron variables significativas. A continuación discutimos estos hallazgos.

Los resultados sobre el impacto de la historia de eventos traumáticos en la sintomatología actual coinciden con los de Vrana y Lauterbach (1994) y Krupnick *et al.* (2004). Sin embargo, a pesar de que el grupo que experimentó sucesos traumáticos puntuó más alto que el que no en depresión, ansiedad y estrés en la DASS-21, las medias observadas están en la banda de las puntuaciones consideradas normales (Lovibond y Lovibond, 1995) y lejos de las medias obtenidas por pacientes ansiosos en depresión, ansiedad y estrés (Bados *et al.*, 2005). Igualmente, la media en la PPTSD-R fue bastante más baja que la observada en una muestra clínica de universitarios estadounidenses (Lauterbach y Vrana, 1996).

Por otro lado, sólo el 8,6% de las personas con una historia traumática presentó posible TEPT según la PPTSD-R. Todo esto indica que la inmensa mayoría de los universitarios que padecen acontecimientos traumáticos muestran una gran capacidad de resiliencia y son capaces de sobreponerse a los mismos. Esta conclusión coincide con los datos provenientes de población comunitaria (p. ej., Darves-Bornoz *et al.*, 2008), en la cual el riesgo condicional del TEPT ha sido aún más bajo al estar basado en el empleo de una entrevista diagnóstica en vez de un cuestionario.

Ya fuera en general o considerado como el peor evento, el maltrato/abuso/forzamiento sexual en la infancia, adolescencia o adultez estuvo más asociado con la sintomatología actual en comparación tanto con la ausencia del mismo como con la ocurrencia de otro tipo de experiencias traumáticas. La puntuación media en la PPTSD-R del grupo que había padecido maltrato/abuso/forzamiento sexual fue bastante alta y próxima a la de la muestra clínica de universitarios estadounidenses antes citada. Estos datos confirman el impacto especialmente negativo de los eventos traumáticos que implican abuso o violencia sexual o violencia proveniente de personas allegadas y que ha sido observado tanto en muestras universitarias (Bados, Toribio y García-Grau, 2008; Frazier *et al.*, 2009; Lancaster *et al.*, 2009; Martín y de Paúl, 2004; Owens y Chard, 2006; Vrana y Lauterbach, 1994) como en otras poblaciones (Darves-Bornoz *et al.*, 2008; Schumm, Briggs-Phillips y Hobfoll, 2006; van Hoof, McFarlane, Baur, Abraham y Barnes, 2009). El mayor impacto negativo de este tipo de experiencias podría ser explicado por la mayor percepción de incontrolabilidad y pérdida de confianza interpersonal que producen en interacción con recursos de afrontamiento menos adecuados (p. ej., evitación, falta de apoyo social percibido) en las personas afectadas (Schumm *et al.*, 2006).

Junto al maltrato/abuso/forzamiento sexual, la historia de sucesos traumáticos que no se desea contar estuvo también asociada a mayores niveles actuales de depresión, ansiedad y estrés. Algunos datos presentados en Bados *et al.* (2012a) hacen sospechar que este tipo de acontecimientos pueda esconder experiencias de abuso y forzamiento sexual y maltrato físico. En efecto, dicho tipo de experiencias traumáticas fue calificado como el peor por el 68% de los que lo habían sufrido, tendió a ocurrir repetidamente y presentó una elevada percepción subjetiva de lo traumático que fue, similar a la de los eventos de violencia física o sexual. Por otra parte, a diferencia de Vrana y Lauterbach (1994), no hallamos más sintomatología depresiva actual entre los que habían sufrido un delito violento no sexual, por lo que serán necesarios más estudios para clarificar la cuestión.

Entre las características de los eventos traumáticos, el haber sufrido más de un tipo o más de un suceso (fuera del mismo tipo o no) estuvo asociado a una mayor sintomatología actual, lo cual concuerda con datos obtenidos en población universitaria (Frazier *et al.*, 2009; Krupnick *et al.*, 2004; Owens y Chard, 2006) y otras (Anders, Frazier y Frankfurt, 2011; Kolassa *et al.*, 2010). Es más probable que la repetición de acontecimientos traumáticos desborde los recursos de afrontamiento de las personas, aunque, según algunos autores, es posible que lo importante no sea el número de ocurrencias, sino la existencia de una susceptibilidad a responder patológicamente a los sucesos estresantes o

traumáticos. Así, Breslau, Peterson y Schultz (2008) y Breslau y Peterson (2010) hallaron en personas con una historia traumática previa que el riesgo relativo para el TEPT tras la exposición subsecuente a nuevos eventos traumáticos fue significativamente más alto en aquellos que ya habían presentado TEPT en el periodo anterior, pero no entre los que no lo habían hecho. En el lado contrario, Cougle, Resnick y Kilpatrick (2009) hallaron que la agresión física o sexual en la infancia en ausencia de TEPT aumentó el riesgo de presentar TEPT tras un suceso violento posterior. Y los datos de Sledjeski, Speisman y Dierker (2010) indican que el número de acontecimientos traumáticos tiene un efecto en la salud física y que su impacto es independiente del TEPT.

A diferencia de los resultados de Frazier *et al.* (2009), los universitarios que habían sufrido eventos traumáticos intencionadamente causados no presentaron más sintomatología actual. Una posible explicación, sugerida por los resultados del presente estudio, es que no todos los acontecimientos intencionadamente causados tienen el mismo impacto (p. ej., el maltrato/abuso/forzamiento sexual es más nocivo que los delitos violentos no sexuales), mientras que algunos sucesos no intencionados (noticias de muerte inesperada de alguien cercano) pueden tener efectos similares a los de muchos eventos intencionados. De hecho, las noticias de muerte inesperada de un allegado es una de las experiencias traumáticas calificadas más frecuentemente como la peor (Bados *et al.*, 2012a; Boals y Hathaway, 2010; Frazier *et al.*, 2009). En este estudio las noticias de muerte inesperada constituyeron el 45% de las peores ocurrencias traumáticas no intencionadas, mientras que el 44% de los peores eventos intencionados fueron diferentes del maltrato/abuso/forzamiento sexual (el 32%, delitos violentos no sexuales). La explicación ofrecida se aplica igualmente a la ausencia de diferencias en función de que los acontecimientos traumáticos hubieran sido o no directamente experimentados. Naturalmente, esto no significa que a igualdad de suceso traumático (p.ej., accidente grave, desastre natural) no tengan un impacto más fuerte los directamente experimentados.

Respecto a las variables personales, no encontramos diferencias en función del sexo, lo cual se añade a los resultados inconsistentes encontrados en universitarios, aunque nuestra muestra masculina fue pequeña. En población general, ser mujer ha sido un factor de riesgo para el TEPT y la sintomatología postraumática (Brewin, Andrews y Valentine, 2000; Connor y Butterfield, 2003/2005). Por lo que respecta a la edad del primer peor evento, tampoco hallamos diferencias. No hay estudios al respecto con universitarios y los datos con otras poblaciones han sido inconsistentes. Así, Breslau y Peterson (2010) e Irish *et al.* (2008) no hallaron que la edad del primer incidente traumático estuviera asociada con sintomatología postraumática y/o TEPT. Resultados contrarios fueron obtenidos por Koenen *et al.* (2002), tanto en análisis univariantes como multivariantes, mientras que Gnanadesikam, Nobvins y Beals (2005) sólo hallaron una asociación significativa en el análisis univariante. Esta asociación desapareció en la regresión logística múltiple al ser explicada por la mayor probabilidad que tuvieron las personas con eventos traumáticos más tempranos de haber sufrido una experiencia sexual traumática o un mayor número de sucesos traumáticos.

A diferencia de las variables personales anteriores, la mayor percepción subjetiva de lo traumático que fue el peor evento estuvo asociada con una mayor sintomatología postraumática actual y una mayor frecuencia de posible TEPT. Esto concuerda con los resultados obtenidos por Frans, Rimmö, Åberg y Fredrikson (2005) en población general e Irish *et al.* (2008) en víctimas de accidentes de tráfico, y avala la importancia que tiene la reacción inicial al acontecimiento en el desarrollo de la sintomatología posterior. Esta reacción inicial no se limita al criterio A2 del DSM-IV-TR, sino que puede incluir otras reacciones emocionales tales como ira, vergüenza, culpa y asco (Bados *et al.*, 2012b; O'Donnell, Creamer, McFarlane, Silove y Bryant, 2010). Ahora bien, no hay que olvidar que el presente estudio es retrospectivo y que una interpretación alternativa es que las personas con mayor sintomatología postraumática y/o posible TEPT actual recuerdan como más traumáticos los eventos experimentados.

La percepción de lo traumático que fue un suceso puede ser fruto de una interacción entre las características del mismo y ciertas variables personales no consideradas en el presente estudio, tales como neuroticismo, sensación de falta de control personal, falta de apoyo social percibido y antecedentes psiquiátricos (Connor y Butterfield, 2005). Estas variables, fruto de una vulnerabilidad biológica y de experiencias evolutivas tempranas (Barlow, 2002), pueden ser factores de riesgo para el TEPT y la sintomatología actual (véanse los metaanálisis de Brewin *et al.*, 2000 y Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003). Algunos autores (p. ej., Brewin *et al.*, 2000; Rubin, Berntsen y Bohni, 2008) han señalado que la contribución de las variables de tipo personal consideradas conjuntamente sobrepasa claramente a la de los acontecimientos.

Este trabajo presenta varias limitaciones. Primero, el estudio fue retrospectivo, con los sesgos de memoria inherentes. Hay estudios citados en Breslau y Kessler (2001) que indican que el informe retrospectivo de eventos traumáticos está sesgado por las experiencias posteriores, incluyendo las memorias traumáticas y los síntomas del TEPT. Segundo, la evaluación del TEPT se basó en cuestionarios y no en una entrevista clínica estructurada. Tercero, como los datos son correlacionales, no puede concluirse que los sucesos traumáticos experimentados sean causa de los síntomas actuales. Por una parte puede haber otras variables que expliquen la relación entre eventos traumáticos y síntomas; por otra, el malestar emocional actual puede influir en la percepción de los acontecimientos pasados. Cuarto, la muestra estuvo constituida por estudiantes de Psicología, los cuales pueden no ser representativos de toda la población universitaria ni de otras poblaciones. De todos modos, como ya se ha expuesto antes, los principales resultados obtenidos en este trabajo son congruentes con los de otros estudios realizados con universitarios (de psicología y de otras facultades) y con población general. Finalmente, aunque estudiamos la influencia de una historia de sucesos traumáticos en depresión, ansiedad, estrés y TEPT, no consideramos otros trastornos (depresión mayor, trastorno de ansiedad generalizada, pánico/agorafobia, abuso de sustancias) que también se han encontrado asociados con dicha historia (Creamer *et al.*, 2005).

A pesar de estas limitaciones, los resultados obtenidos sugieren que en población universitaria de psicología el efecto de la historia de acontecimientos traumáticos en los niveles actuales de depresión, ansiedad, estrés y sintomatología

postraumática es pequeño en general. Las excepciones son haber sufrido maltrato/abuso/forzamiento sexual, haber experimentado más de un tipo de eventos traumáticos (o más de un evento, del mismo tipo o no) y haber percibido el peor acontecimiento como altamente traumático cuando ocurrió. Esto indica la importancia de potenciar la aplicación de programas de prevención e intervención en el campo de la violencia interpersonal con el fin de intentar reducir la ocurrencia de experiencias traumáticas y/o el impacto de estas, y aumentar los recursos de afrontamiento de las personas afectadas (Bryant, Moulds, Guthrie y Nixon, 2005; Cukor, Spitalnick, Difede, Rizzo y Rothbaum, 2009).

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual for mental disorders, DSM-IV-TR* (4^a ed., texto rev.). Washington, DC: Autor.
- Amir, M. y Sol, O. (1999). Psychological impact and prevalence of traumatic events in a student sample in Israel: the effect of multiple traumatic events and physical injury. *Journal of Traumatic Stress*, 12, 139-154.
- Anders, S. L., Frazier, P. A. y Frankfurt, S. B. (2011). Variations in criterion A and PTSD rates in a community sample of women. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 176-184.
- Bados, A., Greco, A. y Toribio, L. (2012a). Experiencias traumáticas y trastorno por estrés postraumático en universitarios españoles. *Anales de Psicología*, 28, 387-396.
- Bados, A., Greco, A. y Toribio, L. (2012b). La utilidad del criterio A en el trastorno por estrés postraumático. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 20, 663-680.
- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales. *Psicothema*, 17, 679-683.
- Bados, A., Toribio, L. y García-Grau, E. (2008). Traumatic events and tonic immobility. *Spanish Journal of Psychology*, 11, 516-521.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders: the nature and treatment of anxiety and panic* (2^a ed.). Nueva York: Guilford.
- Bedard-Gilligan, M. y Zoellner, L. A. (2008). The utility of the A1 and A2 criteria in the diagnosis of PTSD. *Behavior Research and Therapy*, 46, 1062-1069.
- Bernat, J. A. , Ronfeldt, H. M., Calhoun, K. S. y Arias, I. (1998). Prevalence of traumatic events and peritraumatic predictors of posttraumatic stress symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 645-664.
- Boals, A. y Hathaway, L. M. (2010). The importance of the DSM-IV E and F criteria in self-report assessments of PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 24, 161-166.
- Breslau, N. (2002). Epidemiologic studies of trauma, posttraumatic stress disorder, and other psychiatric disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 923-929.
- Breslau, N. y Kessler, R. C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV-TR posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biological Psychiatry*, 50, 699-704.
- Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C. y Andreski, P. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Breslau, N. y Peterson, E. L. (2010). Assaultive violence and the risk of posttraumatic stress disorder following a subsequent trauma. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 1063-1066.
- Breslau, N., Peterson, E. L. y Schultz, L. R. (2008). A second look at prior trauma and the posttraumatic stress disorder effects of subsequent trauma: a prospective epidemiological study. *Archives of General Psychiatry*, 65, 431-437.

- Brewin, C. R., Andrews, B. y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Bryant, R. A., Moulds, M. L., Guthrie, R. M. y Nixon, R. D. (2005). The additive benefit of hypnosis and cognitive-behavioral therapy in treating acute stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 334-340.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Connor, K. M. y Butterfield, M. I. (2005). Trastorno por estrés postraumático. En J. R. T. Davidson (dir.), *Trastorno por estrés postraumático* (pp. 15-31). Barcelona: Medical Trends. (Orig. 2003.)
- Cougle, J. R., Resnick, H. y Kilpatrick, D. G. (2009). Does prior exposure to interpersonal violence increase risk of PTSD following subsequent exposure? *Behaviour Research and Therapy*, 47, 1012-1017.
- Creamer, M., McFarlane, A. C. y Burgess, P. (2005). Psychopathology following trauma: the role of subjective experience. *Journal of Anxiety Disorders*, 86, 175-182.
- Cukor, J., Spitalnick, J., Difede, J., Rizzo, A. y Rothbaum, B. (2009). Emerging treatments for PTSD. *Clinical Psychology Review*, 29, 715-726.
- Darves-Bornoz, J., Alonso, J., de Girolamo, G., de Graaf, R., Haro, J., Kovess-Masfety, V., Lepine, J-P., Nachbaur, G., Negre-Pages, L., Vilagut, G. y Gasquet, I. (2008). Main traumatic events in Europe: PTSD in the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders Survey. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 455-462.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3^a ed.). Londres: SAGE.
- Frans, Ö., Rimmö, P. -A., Åberg, L. y Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291-299.
- Frazier, P., Anders, S., Perera, S., Tomich, P., Tennen, H., Park, C. y Tashiro, T. (2009). Traumatic events among undergraduate students: prevalence and associated symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 450-460.
- Gnanadesikan, M., Novins, D. K. y Beals, J. (2005). The relationship of gender and trauma characteristics to posttraumatic stress disorder in a community sample of traumatized northern plains American Indian adolescents and young adults. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 1176-1183.
- Green, B. L., Goodman, L. A., Krupnick, J. L., Corcoran, C. B., Petty, R. M., Stockton, P. y Stern, N. M. (2000). Outcomes of single versus multiple trauma exposure in a screening sample. *Journal of Traumatic Stress*, 13, 271-286.
- Irish, L., Ostrowski, S. A., Fallon, W., Spoonster, E., van Dulmen, M., Sledjeski, E. M. y Delahanty, D. L. (2008). Trauma history characteristics and subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 377-384.
- Jaccard, J. y Wan, C. K. (1996). *LISREL approaches to interaction effects in multiple regression*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Kirk, A. y Dollar, S. C. (2002). Prevalence of traumatic events and PTSD symptomatology among a selected sample of undergraduate students. *Journal of Social Work in Disability & Rehabilitation*, 1, 53-65.
- Koenen, K. C., Harley, R., Lyons, M. J., Wolfe, J., Simpson, J. C., Goldberg, J., Eisen, S. A. y Tsuang, M. (2002). A twin registry study of familial and individual risk factors for trauma exposure and posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 209-218.
- Kolassa, I., Ertl, V., Eckart, C., Kolassa, S., Onyut, L. P. y Elbert, T. (2010). Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2, 169-174.

- Krupnick, J. L., Green, B. L., Stockton, P., Goodman, L., Corcoran, C. y Petty, R. (2004). Mental health effects of adolescent trauma exposure in a female college sample: exploring differential outcomes based on experiences of unique trauma types and dimensions. *Psychiatry*, 67, 264-279.
- Lancaster, S. L., Melka, S. E. y Rodriguez, B. F. (2009). An examination of the differential effects of the experience of DSM-IV defined traumatic events and life stressors. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 711-717.
- Lauterbach, D. y Vrana, S. (1996). Three studies on the reliability and validity of a self-report measure of posttraumatic stress disorder. *Assessment*, 3, 17-25.
- Lauterbach, D., Vrana, S., King, D. W. y King, L. A. (1997). Psychometric properties of the civilian version of the Mississippi PTSD Scale. *Journal of Traumatic Stress*, 10, 499-513.
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales*. Sidney: Psychology Foundation of Australia.
- Martín, J. L. y de Paúl, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16, 45-49.
- Martín, J. L. y de Paúl, J. (2005). Situaciones traumáticas: un estudio sobre su prevalencia en población universitaria. *Psicología Conductual*, 13, 79-96.
- O'Donnell, M. L., Creamer, M., McFarlane, A. C., Silove, D. y Bryant, R. A. (2010). Should A2 be a diagnostic requirement for posttraumatic stress disorder in DSM-V? *Psychiatry Research*, 176, 257-260.
- Owens, G. P. y Chard, K. M. (2006). PTSD severity and cognitive reactions to trauma among a college sample: an exploratory study. *Journal of Aggression, Maltreatment, & Trauma*, 13, 23-36.
- 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.
- Rubin, D. C., Berntsen, D. y Bohni, M. K. (2008). A memory-based model of posttraumatic stress disorder: evaluating basic assumptions underlying the PTSD diagnosis. *Psychological Review*, 115, 985-1011.
- Schumm, J. A., Briggs-Phillips, M. y Hobfoll, S. E. (2006). Cumulative interpersonal traumas and social support as risk and resiliency factors in predicting PTSD and depression among inner-city women. *Journal of Traumatic Stress*, 19, 825-836.
- Sledjeski, E. M., Speisman, B. y Dierker, L. C. (2010). Does number of lifetime traumas explain the relationship between PTSD and chronic medical conditions? Answers from the National Comorbidity Survey-Replication (NCS-R). *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 341-349.
- Van Hoof, M., McFarlane, A. C., Baur, J., Abraham, M. y Barnes, D. J. (2009). The stressor Criterion-A1 and PTSD: a matter of opinion? *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 77-86.
- Vrana, S. y Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and post-traumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289-302.

RECIBIDO: 10 de enero de 2012

ACEPTADO: 19 de marzo de 2012