

## Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas

Juan Luis Martín Ayala y Joaquín de Paúl Ochotorena  
Universidad del País Vasco

En la presente investigación se obtuvieron datos sobre la frecuencia de los síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), género de las víctimas, edad, tipo de trauma sufrido y otros diagnósticos psicopatológicos asociados en una muestra de 274 sujetos (77 varones y 197 mujeres), que fueron víctimas de una situación traumática grave. Se utilizó el *Listado de situaciones traumáticas y estresantes*, la *Evaluación de Trauma para Adultos (TAA) Revisada*, la *Entrevista Estructurada para TEPT (SIP)*, el *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* y el *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)*. Los resultados indicaron que el 28.8% de los sujetos evaluados cumplió los criterios del TEPT y las mujeres fueron diagnosticadas de TEPT en una proporción mayor que los varones. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el cumplimiento de los criterios de diagnóstico del TEPT con relación al tipo de trauma sufrido y a la sintomatología en depresión y ansiedad.

*Posttraumatic Stress Disorder in traumatic events victims.* The present study obtained data on frequency of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) symptoms, victims gender, age, type of trauma and diagnostic comorbidity in a sample of 274 subjects (77 male and 197 female), victims of a severe traumatic event. *Checklist of Stressful and Traumatic Events, Trauma Assessment for Adults (TAA) Revised, Structured Interview for PTSD (SIP), Beck Depression Inventory (BDI) and State-Trait Anxiety Inventory (STAI)* were used. Results indicated 28% of the subjects met criteria for Posttraumatic Stress Disorder and females were more likely than males to receive the PTSD classification. Significant differences were found in the PTSD diagnoses related to type of traumatic event and depression and anxiety symptomatology.

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) constituye el eje psicopatológico fundamental sobre el que gravita el trauma. La importancia de este trastorno no es reciente, ya que comenzó a ser estudiado en el siglo XIX (Ayuso, 1988; Báguena, 2002; Trujillo, 2002), aunque es a raíz de la experiencia bélica cuando empezó a tener una presencia continuada en los manuales de psicopatología. Partiendo de las grandes guerras y evolucionando hasta situaciones traumáticas más recientes, el TEPT ha sufrido un largo camino: maltrato infantil, agresiones sexuales, incendios, accidentes de tráfico, desastres naturales, atentados terroristas, torturas, han sido, entre otros, los aspectos más estudiados por los investigadores.

Desde el punto de vista de la clasificación diagnóstica oficial, aparece por primera vez con la denominación «*gran reacción al estrés*» (DSM-I) (APA, 1952). Posteriormente, la introducción del TEPT como una categoría diagnóstica formal en el DSM-III (APA, 1980) estimuló un renovado interés científico y clínico en este trastorno (Giaconia, Reinherz, Silverman, Pakiz, Frost y Cohen, 1995; Kleber, Figley y Gersons, 1995). En esta tercera edición se eliminaron las explicaciones teóricas y etiológicas, sustituyéndose por

una aproximación más descriptiva (Perry, Difede, Musngi, Frances y Jacobsberg, 1992), por lo que, en un intento de ser atórica, abandonó por completo el enfoque psicodinámico a la hora de entender los fenómenos psiquiátricos (Van der Kolk, Pelcovitz, Roth, Mandel, McFarlane y Herman, 1996). El DSM-III-R (APA, 1987) estrechó el criterio para el diagnóstico del TEPT, y añadió la necesidad de que los síntomas estuvieran presentes al menos durante un mes. En el DSM-IV (APA, 1994), la aportación fundamental ha sido incluir una medida de la respuesta subjetiva del individuo al trauma, de la angustia emocional y de la percepción de desamparo.

En los últimos años han sido muchos los trabajos de investigación que han relacionado las situaciones traumáticas con el impacto psicológico y, concretamente, con el TEPT. Los resultados de diferentes estudios muestran que hay una indiscutible relación entre la ocurrencia de una situación traumática y el riesgo de sufrir problemas psicológicos posteriores, lo cual es especialmente evidente en los estudios realizados con veteranos de guerra (Frey y Hobfoll, 1995). López-Ibor (1942) estudió el impacto psicológico de la guerra entre las personas que participaron en la guerra civil española; observó frecuencias de alteraciones psicógenas (10% en la zona republicana y del 5% en la zona nacional), mientras que otras investigaciones, en relación con la guerra de Vietnam (Bremner, Scott, Delaney Southwick, Mason, Johnson, Innis, McCarthy y Carney, 1993), llegan a proponer que algo más de la mitad de los veteranos de combate cumplían los criterios para el diagnóstico del TEPT.

---

Fecha recepción: 10-3-03 • Fecha aceptación: 9-9-03

Correspondencia: Juan Luis Martín Ayala  
Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación  
Universidad del País Vasco  
20018 San Sebastián (Spain)  
E-mail: pepmaayj@sf.ehu.es

El estudio del trauma relacionado con la guerra también ha servido como paradigma en la investigación de otros tipos de estrés postraumático, como, por ejemplo, las situaciones traumáticas que ocurren durante la infancia. Los resultados de los distintos trabajos indican que es frecuente encontrar síntomas de TEPT tanto entre las víctimas de maltrato infantil (Famularo, Fenton, Kinscherff, Ayoub y Barnum, 1994), como entre las de abuso sexual infantil (McLeer, Deblinger, Henry y Orvaschel, 1992).

Las investigaciones sobre agresiones sexuales han contribuido a que aparezcan datos sobre la frecuencia del TEPT en la población general, aunque no resulta fácil hacer una estimación precisa de la presencia de este fenómeno en la sociedad, ya que muchas de las víctimas no denuncian la agresión, ni acuden a hospitales o servicios de atención a la mujer, lo que dificulta la valoración epidemiológica (Corral, Echeburúa y Sarasúa, 1989). Los resultados de estas investigaciones coinciden en afirmar que el hecho de ser víctima de una agresión sexual pone a la víctima bajo un elevado riesgo de padecer TEPT, incluso en mayor medida que otras situaciones traumáticas (Arata, 1999; Herrero y Garrido, 2002; Neumann, Houskamp, Pollock y Briere, 1996).

La frecuencia en las diferentes partes del mundo de desastres naturales ha contribuido a que sean un tipo de situación traumática muy estudiada. Algunos autores (Nicolás, Artetxe, García, Jáuregui y Amayra, 1991) han observado síntomas postraumáticos posteriores al desastre, tanto en las víctimas como en los profesionales. Tras el huracán Andrew algunos investigadores (Garrison, Bryant, Addy, Spurrier, Freedy y Kilpatrick, 1995) observaron síntomas de TEPT entre las víctimas, al igual que tras un terremoto ocurrido en la región de Marathwada (India) (Sharan, Chandhary, Kavathekar y Saxena, 1996) o en Armenia (Goenjian, Pynoos, Steinberg, Najarian, Asarnow, Karayan, Ghurabi y Fairbanks, 1995).

Los accidentes de tráfico también tienen un gran impacto psicológico en las víctimas, con la característica diferencial de que son situaciones que van acompañadas de una mezcla de consecuencias psicológicas, médicas y legales (Brom, Cléber y Hofman, 1993). En este ámbito, algunos investigadores (Hickling y Blanchard, 1992) han matizado que los pacientes que sufrían lesiones orgánicas cerebrales no mostraban criterios para ser diagnosticados de TEPT, hecho que, probablemente, pudiera tener relación con la pérdida de memoria total o parcial asociada con el accidente.

Existe otra clase de situaciones traumáticas que también dejan una gran huella psicológica en las víctimas, como, por ejemplo, los incendios. Algunos investigadores (Famularo et al., 1994) han indicado que un elevado porcentaje de las víctimas (35.3%) mostraba síntomas para ser diagnosticadas de TEPT a los dos meses del suceso traumático, aumentando la frecuencia a los seis (40.0%) y a los doce meses (45.2%).

Por otra parte, uno de los aspectos relevantes en el estudio del TEPT es su comorbilidad con otros trastornos del Eje I del DSM-IV (APA, 1994). Este hecho es particularmente evidente con la depresión y los trastornos por ansiedad; de manera que diagnosticar únicamente TEPT en un individuo que ha sido víctima de una situación traumática es algo bastante inusual (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Famularo et al., 1996; Giaconia et al., 1995; Goenjian et al., 1995; Hickling y Blanchard, 1992; McFarlane, 1991; Pitman, Altman y Macklin, 1989; Sharan et al., 1996).

Por lo tanto, los resultados de las investigaciones anteriormente mencionadas han proporcionado diversos hallazgos acerca de la relación entre el padecimiento de una situación traumática concre-

ta y la aparición de síntomas psicológicos asociados a dicho acontecimiento. Por otra parte, existen pocas investigaciones en nuestro contexto que ofrezcan resultados acerca de la frecuencia de sujetos que han sido diagnosticados de TEPT tras ser víctimas de una determinada situación traumática. Desde esta perspectiva, parece relevante aportar datos actualizados sobre las consecuencias psicológicas que sufren las víctimas de distintas situaciones traumáticas, con la finalidad de analizar cuáles de ellas son las que tienen un mayor impacto. Los objetivos específicos son los siguientes: averiguar con qué frecuencia las personas que han sido víctimas de una situación traumática en nuestro contexto desarrollan el TEPT, conocer el cumplimiento de los síntomas de TEPT en función de variables que, al parecer, pueden tener importancia a la hora de determinar la predisposición a sufrir cierto tipo de situaciones traumáticas tales como el género, la edad en el momento del trauma y el tipo de situación traumática sufrida, así como explorar la existencia de otros diagnósticos psicopatológicos asociados al TEPT.

## Método

### *Participantes*

En la primera fase participaron un total de 1.507 estudiantes universitarios del País Vasco, de los cuales el 35.4% (n= 533) fueron varones y el 64.6% (n= 974) mujeres. La media de edad de los participantes fue de 21.08 años, con una desviación típica de 3.13 años. En la segunda fase se evaluaron 274 sujetos, de los cuales el 28.1% (n= 77) fueron varones y el 71.9% (n= 197) fueron mujeres. La edad media fue de 21.46 años, con una desviación típica de 3.67 años.

### *Instrumentos*

*Checklist of Stressful and Traumatic Events* (Black, 1984). Evalúa la presencia de situaciones traumáticas vitales a través de 50 ítems o situaciones traumáticas que el sujeto debe señalar en el caso de haber sido víctima de una o de más de las situaciones descritas.

*Trauma Assessment for Adults (TAA) Revised* (Resnick, Best, Kilpatrick, Freedy, Falsetti y Dansky, 1997). Explora la presencia de situaciones traumáticas a través de cuatro subescalas: la primera evalúa la presencia o ausencia de la situación traumática propuesta, la segunda explora la edad a la que se produjo por primera vez dicha situación traumática, la tercera subescala cuestiona la edad a la que se produjo por última vez el mismo suceso y la última si la persona pensó que podía haber muerto o haber sido herido de gravedad.

*Structured Interview for PTSD (SIP)* (Davidson, 1997). Entrevista estructurada de 17 ítems con cinco alternativas de respuesta (0-4), que explora los criterios de diagnóstico del TEPT según el DSM-IV (APA, 1994). La escala tiene un índice de fiabilidad de 0.80 medido por el coeficiente alfa de Cronbach y una fiabilidad test-retest de 0.89 medido por el coeficiente de correlación de Pearson.

*Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979). Consta de 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta (0-3). Tiene los siguientes puntos de corte: <10 puntos: ninguna o mínima depresión; 11-17 puntos: depresión leve, 18-29 puntos: depresión moderada; 30-63 puntos: depresión severa.

*Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970). Este cuestionario comprende escalas sepa-

radas que evalúan dos conceptos independientes de la ansiedad: ansiedad como estado (E) y como rasgo (R). Los coeficientes alfa de consistencia interna se obtuvieron mediante la fórmula KR-20 modificada por Cronbach y los índices hallados se sitúan entre 0.83 y 0.92. La fiabilidad test-retest en la escala de Ansiedad Rasgo fue de 0.73 en varones y 0.77 en mujeres, siendo la fiabilidad de la escala Ansiedad Estado de 0.33 en varones y de 0.31 en mujeres.

*Procedimiento*

La recogida de datos realizada en esta investigación se realizó en dos fases. En la primera fase se aplicó el *Checklist of Stressful and Traumatic Events* y la *TAA*, con el objetivo de recoger información acerca de las situaciones traumáticas experimentadas por los sujetos. Se les otorgó un código de control que les identificara para la fase posterior. En la segunda fase participaron únicamente los sujetos que habían sido víctimas de las situaciones traumáticas catalogadas como graves. Los criterios de selección utilizados fueron los propuestos por el DSM-IV (APA, 1994) para definir un acontecimiento traumático en el diagnóstico del TEPT. En esta segunda fase se aplicaron la *SIP*, el *BDI* y el *STAI*. Se manifestó la voluntariedad del ejercicio y se garantizó el anonimato de los datos recogidos.

amenazado) que tenía reacciones impredecibles a causa del abuso de alcohol o drogas,  $\chi^2(1, N= 274)= 11.367; p= .002$ ; amenazas para tener contacto sexual,  $\chi^2(1, N= 274)= 7.357; p= .008$ ; agresiones físicas después de los 18 años,  $\chi^2(1, N= 274)= 6.514; p= .012$ ; inundaciones con percepción de muerte o heridas graves,  $\chi^2(1, N= 274)= 7.487; p= .023$ ; maltrato físico infantil,  $\chi^2(1, N= 274)= 4.914; p= .036$  y abuso sexual infantil,  $\chi^2(1, N= 274)= 4.162; p= .047$ .

*Criterios de diagnóstico de TEPT con relación a la edad de ocurrencia del trauma.* Se evaluó la edad de ocurrencia del trauma en relación con el cumplimiento de los criterios de diagnóstico del TEPT y se observaron diferencias estadísticamente significativas,  $\chi^2(1, N= 274)= 15.825; p= .001$ , entre las edades de ocurrencia del trauma respecto al diagnóstico del TEPT, y fue el grupo de edad 12-15 años en el cual se elevaban los porcentajes de cumplimiento de los criterios de diagnóstico del TEPT.

*TEPT y puntuaciones en sintomatología depresiva y de ansiedad.* También se observaron diferencias estadísticamente significativas entre los sujetos que fueron diagnosticados de TEPT y los que no lo fueron respecto de las puntuaciones que obtuvieron en sintomatología depresiva y de ansiedad. Los individuos diagnosticados de TEPT obtuvieron puntuaciones más elevadas en sintomatología depresiva que los sujetos que no fueron diagnosticados

Tabla 1  
Frecuencia de criterios de diagnóstico del TEPT en relación con el género

Criterios TEPT	Varones			Mujeres			Total		
	N	n	Frec.	N	n	Frec.	N	n	Frec.
Criterio B: Reexperimentación del acontecimiento traumático	77	31	40.3%	197	109	55.3%	274	140	51.1%
Criterio C: Evitación de estímulos asociados al trauma	77	25	32.5%	197	73	37.1%	274	98	35.8%
Criterio D: Hiperactivación	77	27	35.1%	197	88	44.7%	274	115	42.0%
Criterio E: Presencia de síntomas más de 1 mes	77	21	27.3%	197	79	40.1%	274	100	36.5%
Criterio F: Malestar clínico, social, laboral o de otras áreas importantes del sujeto	77	18	23.4%	197	71	36.0%	274	89	32.5%
Diagnóstico de TEPT	77	16	20.8%	197	63	32.0%	274	79	28.8%

N= Número total de sujetos evaluados.

n= Número de sujetos que cumplen el criterio de diagnóstico de TEPT.

Resultados

*Criterios de diagnóstico del TEPT.* Se evaluaron a los participantes con los criterios de diagnóstico de TEPT y se observaron diferencias estadísticamente significativas,  $\chi^2(1, N= 274)= 3.385; p= .043$ , entre el género de los sujetos respecto a los criterios de diagnóstico del TEPT. Las frecuencias de cumplimiento de los criterios de diagnóstico por género y totales se pueden observar en la tabla 1.

*Diagnóstico del TEPT con relación al tipo de trauma.* Se evaluó el TEPT respecto a las distintas situaciones traumáticas de las que las personas fueron víctimas y se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el tipo de situación traumática y el hecho de cumplir los criterios de diagnóstico del TEPT, tal como se puede apreciar en la tabla 2. Los análisis indicaron que las situaciones traumáticas en las que había diferencias significativas fueron: violación,  $\chi^2(1, N= 274)= 15.142; p= .001$ ; agresión sexual,  $\chi^2(1, N= 274)= 27.889; p= .001$ ; haber sido aterrorizado o haber tenido miedo de uno de los padres (o padrastro que le ha

Tabla 2  
Diagnóstico del TEPT en relación con el tipo de trauma

Situación traumática	N	n	Frec.
Violación	6	6	100%
Inundaciones con percepción de muerte o heridas graves	1	1	100%
Haber sido aterrorizado o haber tenido miedo de uno de los padres (o padrastro que le ha amenazado) que tenía reacciones impredecibles a causa del abuso de alcohol o drogas	6	5	83.3%
Agresión sexual con amenazas	16	10	62.5%
Maltrato físico infantil	5	3	60.0%
Amenazas para tener contacto sexual	18	8	44.4%
Agresiones físicas a partir de los 18 años	11	4	36.4%
Abuso sexual infantil	9	3	33.3%

N= Número total de sujetos evaluados

n= Número de sujetos que cumplen el criterio de diagnóstico de TEPT

de TEPT,  $t(122.174) = -7.028$ ;  $p = .001$ . Igualmente, las personas diagnosticadas de TEPT obtuvieron puntuaciones más elevadas en sintomatología de ansiedad (estado),  $t(272) = -7.531$ ;  $p = .001$  y ansiedad (rasgo),  $t(178.792) = -6.430$ ;  $p = .001$ , que los sujetos que no fueron diagnosticados de TEPT, tal como se puede apreciar en la tabla 3.

Tabla 3  
Diagnóstico de TEPT y puntuaciones en sintomatología depresiva y de ansiedad

	BDI		STAI-E		STAI-R	
	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica	Media	Desv. típica
No TEPT	5.72	4.87	16.89	10.20	16.80	8.85
TEPT	12.50	5.96	29.38	8.73	26.75	8.10

### Discusión

Los resultados obtenidos en esta investigación apoyan la hipótesis de que el hecho de padecer una situación traumática constituye un factor de riesgo importante en relación con el desarrollo de sintomatología postraumática. Los hallazgos también muestran la relevancia de algunas variables como predictoras a la hora de que una persona sea diagnosticada de TEPT tras sufrir un acontecimiento traumático. En este sentido, el estudio de la variable género en el diagnóstico del TEPT muestra la mayor vulnerabilidad de las mujeres ante el cumplimiento de los criterios de diagnóstico tras ser víctima de una situación traumática (Green, 1994; Norris, 1992).

Los resultados también indican que el hecho de ser víctima de situaciones traumáticas concretas, tales como violación, agresión sexual o abuso sexual infantil pone a la víctima en situación de riesgo para padecer los criterios de diagnóstico del TEPT (Corral et al., 1992; McLeer et al., 1992). Éste es un hecho particularmente evidente entre las víctimas de violación, ya que totalidad de ellas fueron diagnosticadas de TEPT. También hay que destacar la relación entre haber sufrido una agresión sexual, haber tenido miedo de uno de los padres por tener reacciones violentas a causa del consumo de alcohol o drogas o haber recibido amenazas para tener contacto sexual y el posterior diagnóstico de TEPT. Los resultados también muestran que, además de las anteriormente citadas, el ser víctima de maltrato físico infantil es una situación traumática que puede provocar el padecimiento del TEPT en una elevada frecuencia (Famularo et al., 1994). Por otra parte, se ha observado en el estudio que los desastres naturales que, aunque fueron menos frecuentes, también fueron una causa importante de diagnóstico de TEPT. De entre ellos, las inundaciones son un tipo de desastre natural que genera niveles elevados de TEPT (Nicolás et al., 1991).

Por otro lado, el análisis de la edad de ocurrencia del trauma resultó ser un aspecto diferenciador a la hora de hablar de factores

de riesgo para la exposición a una situación traumática y, como consecuencia, para el diagnóstico del TEPT, de manera que combinando las variables anteriormente mencionadas se podría predecir que las mujeres que sean víctimas de determinadas situaciones traumáticas y si dichas situaciones se producen en un determinado intervalo de edad se acaben encontrando en situación de riesgo para sufrir el diagnóstico del TEPT.

Además, el hallazgo de que las personas que fueron diagnosticadas de TEPT obtuvieran puntuaciones más elevadas en sintomatología depresiva y en ansiedad que las personas que no los cumplieron también es congruente con la literatura previa (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Famularo et al., 1996; Giacomonia et al., 1995; Goenjian et al., 1995; Hickling y Blanchard, 1992; McFarlane, 1991; Pitman, Altman y Macklin, 1989; Sharan et al., 1996). Teniendo en cuenta estos hallazgos, también se podría predecir que los individuos que han sido diagnosticados de TEPT tendrán una mayor probabilidad de padecer depresión y ansiedad que los que no los cumplan.

Existen pocos estudios en nuestro contexto que aporten datos epidemiológicos actualizados sobre el TEPT. Por ello, la presente investigación tiene el propósito de comparar, delimitar y analizar frecuencias de diagnóstico de TEPT y sus características asociadas con una muestra amplia de universitarios del País Vasco.

En esta investigación existen una serie de limitaciones: la primera fue el empleo de una muestra no aleatoria de estudiantes universitarios del País Vasco, con lo cual los resultados no podrían ser generalizados a la población general. La segunda limitación tiene que ver con la recogida de información, ya que la fuente de información fue el propio sujeto, lo cual podría conllevar algún tipo de error o imprecisión.

Sería necesario avanzar en este ámbito de investigación realizando estudios longitudinales sobre el trauma a largo plazo que permitieran conocer el curso de la sintomatología a lo largo del tiempo. Este hecho permitiría diferenciar entre víctimas recientes y víctimas a largo plazo y así poder determinar las diferencias existentes en los efectos psicológicos del trauma según cuándo haya ocurrido la situación traumática.

Además, sería importante profundizar en el estudio de los factores de riesgo, tanto biológicos, como psicológicos y sociales, para ser víctima de una situación traumática determinada, así como determinar cuáles son los factores que protegen al sujeto de desarrollar síntomas postraumáticos tras la exposición a una situación traumática concreta. Este aspecto debería ser examinado con el fin de ofrecer implicaciones preventivas.

Por último, también sería relevante incidir en el estudio de instrumentos de evaluación adaptados a diferentes tipos de situaciones traumáticas. La sugerencia consistiría en aportar datos que contribuyan a la creación de instrumentos de evaluación más sensibles a las situaciones traumáticas más frecuentes. Ello permitiría discriminar y afinar en los distintos síntomas postraumáticos.

### Referencias

- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM-I) (1ª ed.) Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM-II) (3ª ed.). Washington: APA.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-III-R) (3ª ed. Revisada): Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM-IV). Washington: APA.

- Arata, C.M. (1999). Repeated sexual victimization and mental disorders in women. *Journal of Child Sexual Abuse*, 7(3), 1-17.
- Ayuso, J.L. (1988). *Trastornos de angustia*. Barcelona: Martínez Roca.
- Báguena, M.J. (2002). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Bremner, J.D., Scott, T.M., Delaney, R.C., Southwick, S.M., Mason, J.W., Johnson, D.R., Innis, R.B., McCarthy, G. y Carney, D.S. (1993). Deficits in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150(7), 1.015-1.019.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. y Peterson, E. (1991). Traumatic events and Posttraumatic Stress Disorder in a urban population of young adults. *Arch. Gen. Psychiatry*, 48(2), 16-222.
- Brom, D., Kleber, R.J. y Hofman, M.C. (1993). Victims of traffic accidents: Incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 49(2), 131-139.
- Corral, P., Echeburúa, E. y Sarasúa, B. (1989). Estrés posttraumático en víctimas de violación. En E. Echeburúa (Ed.), *Estrés: Problemática psicológica y vías de intervención* (pp. 121-136). San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (1992). Estrés posttraumático en excombatientes y en víctimas de agresiones sexuales: Nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 35, 7-24.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R., Ayoub, C. y Barnum, R. (1994). Maternal and child posttraumatic stress disorder in cases of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 18, 27-36.
- Famularo, R., Fenton, T., Kinscherff, R. y Augustyn, M. (1996). Psychiatric comorbidity in childhood posttraumatic disorder. *Child Abuse and Neglect*, 20(10), 953-961.
- Freedy, J.R. y Hobfoll, S.E. (Eds.) (1995). *Traumatic stress: From theory to practice*. New York: Plenum Press.
- Garrison, C.Z., Bryant, E.S., Addy, C.L., Spurrier, P.G., Freedy, J.R. y Kilpatrick, D.G. (1995). Posttraumatic stress disorder in adolescents after hurricane Andrew. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1.193-1.201.
- Giaconia, R.M., Reinherz, H.Z., Silverman, B., Pakiz, B., Frost, A.K. y Cohen, E. (1995). Traumas and Posttraumatic Stress Disorder in a community of older adolescents. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 34, 1.369-1.380.
- Goenjian, A.K., Pynoos, R.S., Steinberg, A.M., Najarian, L.M., Asarnow, J.R., Karayan, I., Ghurabi, M. y Fairbanks, L. A. (1995). Psychiatric comorbidity in children after the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 34(9), 1.174-1.184.
- Green, B.L. (1994). Psychosocial research in traumatic stress: An update. *Journal of Traumatic Stress*, 7(3), 341-362.
- Herrero, C. y Garrido, E. (2002). Los efectos de la violencia sobre sus víctimas. *Psicothema*, 14, supl., 109-117.
- Hickling, E.J. y Blanchard, E.B. (1992). Post-Traumatic Stress Disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 285-291.
- Kleber, R.J., Figley, C.R. y Gersons, B.P. R. (Eds.) (1995). *Beyond trauma. Cultural and societal dynamics*. New York: Plenum Press.
- López-Ibor, J.J. (1942). *Neurosis de guerra*. Barcelona: Editorial Científico-Médica.
- McFarlane, A.C. (1991). Post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 3, 203-213.
- McLeer, S.V., Deblinger, E., Henry, D. y Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for Post-Traumatic Stress Disorder. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 31(5), 875-879.
- Neumann, D.A., Houskamp, B.M., Pollock, V.E. y Briere, J. (1996). The long-term sequelae of childhood sexual abuse in women: a meta-analytic review. *Child maltreatment*, 1(1), 6-16.
- Nicolás, L. De, Artetxe, A.I., García, F., Jáuregui, M.A. y Amayra, I. (1991). Evaluación psicosocial de los efectos de un desastre natural: Estudio piloto. En R. De Castro. *Psicología ambiental: Intervención y evaluación del entorno* (pp. 331-339). Sevilla: Arquetipo Ediciones.
- Norris, F.H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting y Clinical Psychology*, 60, 409-418.
- Perry, S., Difede, J., Musngi, G., Frances, A.J. y Jacobsberg, L. (1992). Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. *American Journal of Psychiatry*, 149(7), 931-935.
- Pitman, R.K., Altman, B. y Macklin, M.L. (1989). Prevalence of posttraumatic stress disorder in wounded Vietnam veterans. *American Journal of Psychiatry*, 146(5), 667-669.
- Sharan, P., Chandhary, G., Kavathekar, S.A. y Saxena, S. (1996). Preliminary report of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *American Journal of Psychiatry*, 153(4), 556-558.
- Trujillo, M (2002). *Psicología para después de una crisis*. Madrid: Aguilar.
- Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F.S., McFarlane, A. y Herman, J.L. (1996). Dissociation, somatization and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 83-93.