

Experiencias traumáticas y trastorno por estrés postraumático en universitarios españoles

Arturo Bados^{1*}, Antonella Greco¹ y Lidia Toribio²

¹ Universidad de Barcelona

² Centro de Salud Mental de Adultos, Hospital d'Igualada. Consorci Sanitari de l'Anoia

Resumen: El presente estudio se propuso estudiar en universitarios la ocurrencia de diferentes eventos traumáticos y el riesgo condicional y prevalencia actual de probable trastorno por estrés postraumático (TEPT). Cuatrocientos treinta y dos universitarios contestaron un cuestionario de eventos traumáticos y una escala de TEPT. El 60.6% de la muestra había experimentado algún evento traumático. El evento más frecuente fue la muerte violenta o inesperada de alguien cercano. Los peores eventos fueron la muerte de seres queridos y el padecimiento de violencia física o sexual. El riesgo condicional de probable TEPT fue 8.6% y la prevalencia actual, 5.2%. Estos datos son, con toda probabilidad, una sobrestimación de los verdaderos valores, debido probablemente al hecho de haber utilizado cuestionarios en vez de una entrevista estructurada, pero indican que aunque la experiencia de eventos traumáticos es frecuente, la inmensa mayoría de las personas que los padecen se sobreponen a los mismos.

Palabras clave: trauma; eventos traumáticos; trastorno por estrés postraumático; universitarios.

Title: Traumatic experiences and posttraumatic stress disorder in Spanish university students.

Abstract: The aim of this study was to analyze in college students the occurrence of different traumatic events, as well as the conditional risk and current prevalence of probable posttraumatic stress disorder (PTSD). Four hundred and thirty two college students completed a questionnaire concerning traumatic experiences, as well as a scale of PTSD. Of the sample, 60.6% had experienced a traumatic event. The most common was the violent or unexpected death of loved ones. The death of loved ones and suffering from physical or sexual violence were the worst events. The conditional risk of probable PTSD was 8.6% and the current prevalence, 5.2%. These data are probably an overestimate of the true values, probably due to having used questionnaires rather than a structured interview, but indicate that although the experience of traumatic events is common, the vast majority of people exposed to these events overcome them.

Key words: traumas; traumatic events; posttraumatic stress disorder; university students.

Introducción

Varios estudios epidemiológicos recientes han investigado en muestras grandes la prevalencia de diversos eventos potencialmente traumáticos (EPT) y del trastorno por estrés postraumático (TEPT) en población general siguiendo los criterios del DSM-IV (American Psychological Association, 1994). Se consideran EPT aquellos que cumplen el criterio A1 del DSM-IV: experiencia directa, observación o conocimiento de un suceso que implica la ocurrencia o amenaza de muerte o lesiones graves o amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas. La prevalencia-vida de EPT ha sido del 78%-82% en Estados Unidos (Breslau y Kessler, 2001; Sledjeski, Speisman y Dierker, 2008) y del 63.6% en seis países europeos (Darves-Bornoz et al., 2008). La prevalencia-vida del TEPT ha sido 3.6% en 21 países del mundo (Karam et al., 2010), 6.8% en Estados Unidos (Kessler, Berglund et al., 2005), 1.9% en Europa central y meridional (ESEMED/MHEDEA 2000 Investigators, 2004) y 1.95% en España (Haro et al., 2006). Finalmente, y como cabe esperar, la prevalencia anual del TEPT ha sido más baja: 3.5% en Estados Unidos (Kessler, Chiu, Demler y Ellen, 2005), 1.1% en Europa (Darves-Bornoz et al., 2008) y 0.5% en España (Haro et al., 2006).

Otra población de la que también se han obtenido datos al respecto la constituyen los estudiantes universitarios. Se trata de una población muy numerosa con la que trabajan muchos psicólogos clínicos, tanto en servicios universitarios como externos. Así pues, el conocimiento de los datos de

prevalencia citados puede ser muy útil a la hora de ofrecer y realizar programas de prevención y tratamiento.

Algunos estudios con universitarios que han explorado una amplia variedad de EPT —incluido alguno que no sería considerado como tal según el criterio A1 del DSM-IV—, han hallado una prevalencia-vida de EPT entre el 75% y el 94% (Frazier et al., 2009; Gold, Marx, Soler-Baillo y Sloan, 2005; Martín y de Paúl, 2005; Mizuta et al., 2005; Vrana y Lauterbach, 1994; Watson y Haynes, 2007). En otros estudios que han considerado una gama más reducida de EPT (p.ej., se han excluido los eventos de recibir noticias de heridas graves, enfermedad potencialmente mortal y/o muerte inesperada o violenta de un allegado), las cifras han sido más bajas (52% a 74%) (Amir y Sol, 1999; Bedard-Gilligan y Zoellner, 2008; Bernat, Ronfeldt, Calhoun y Arias, 1998; Ehli y Simons, 2007; Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998; Green et al., 2000; Kirk y Dollar, 2002; Lancaster, Melka y Rodríguez, 2009; Long et al., 2008; Owens y Chard, 2006).

La media de diferentes tipos de EPT ha sido superior a 1,7 (Frazier et al., 2009; Goodman et al., 1998; Gould et al., 2005; Vrana y Lauterbach, 1994; Watson y Haynes, 2007) y entre el 27% y 74% de todos los universitarios han experimentado más de un tipo de EPT (Amir y Sol, 1999; Green et al., 2000; Kirk y Dollar, 2002; Martín y de Paúl, 2005; Owens y Chard, 2006; Vrana y Lauterbach, 1994; Watson y Haynes, 2007), lo cual supone que entre el 52% y el 80% de los universitarios con EPT, han padecido más de un tipo de EPT.

Sólo en dos de los trabajos anteriores con universitarios pueden hallarse datos sobre la prevalencia de los eventos traumáticos definidos según el DSM-IV, esto es, teniendo en cuenta no sólo el criterio A1, sino también el A2: la respuesta de la persona al acontecimiento debe incluir miedo intenso, impotencia u horror. Al considerar ambos criterios, la

Dirección para correspondencia [Correspondence address]: Arturo Bados. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Facultad de Psicología. Paseo Vall d'Hebron, 171, 08035 Barcelona. E-mail: abados@ub.edu

prevalencia bajó del 94.4% al 84.9% en uno de ellos (Watson y Haynes, 2007), realizado sólo con mujeres, y del 84% al 64.7% en el otro (Frazier et al., 2009), llevado a cabo con una muestra mixta.

Ahora bien, casi todos los estudios anteriores son estadounidenses y, según la revisión de Breslau (2009), la experiencia de EPT es más frecuente en Estados Unidos que en ciertos países de Europa. Esto es debido probablemente a una mayor ocurrencia de desastres naturales, participación en guerras, amenazas con armas y observación de este tipo de eventos (Perkonig, Kessler, Storz y Wittchen, 2000). En el único estudio realizado en España, Martín y de Paúl (2005) hallaron una prevalencia del 92%, pero este dato puede ser poco representativo, ya que en los cuestionarios utilizados se incluyó algún evento que pudo no cumplir el criterio A1 del DSM-IV (p.ej., muerte de un familiar o amigo sin especificar que fuera repentina e inesperada, incendio doméstico sin especificar la gravedad, víctima de un robo sin especificar que hubiera violencia).

En cuanto a las diferencias entre hombres y mujeres en la exposición a EPT, los resultados han sido inconsistentes. En un estudio se halló que la prevalencia de EPT fue más alta en los varones (Kirk y Dollar, 2002), mientras que en otros dos no hubo diferencias (Goodman et al., 1998; Gold et al., 2005). Por otra parte, en tres estudios fue más probable que los hombres tuvieran una mayor media de tipos diferentes de EPT (Amir y Sol, 1999; Kirk y Dollar, 2002; Vrana y Lauterbach, 1994), aunque en el primero de ellos se exploraron predominantemente traumas de tipo militar. Sin embargo, Frazier et al. (2009) hallaron una mayor exposición a los EPT en las mujeres y en un estudio no publicado de Vrana y Lauterbach (citado en Lauterbach, Vrana, King y King, 1997) no se encontraron diferencias entre sexos.

Respecto a la frecuencia de los diferentes tipos de eventos experimentados, ha sido más probable que las mujeres sufran EPT de tipo sexual (Amir y Sol, 1999; Martín y de Paúl, 2005; Frazier et al. 2009; Goodman et al., 1998; Vrana y Lauterbach, 1994) y que los hombres informen de EPT en los que hay amenaza para la vida o delitos con violencia (Amir y Sol, 1999; Frazier et al. 2009; Goodman et al., 1998; Martín y de Paúl, 2005; Vrana y Lauterbach, 1994). Se han encontrado diferencias en otros eventos, pero aún no han sido replicadas.

La ocurrencia de EPT lleva en algunos casos al desarrollo del TEPT. Diversos estudios han presentado datos sobre el riesgo condicional del TEPT (porcentaje de casos entre los que han sufrido algún EPT o evento traumático). Los datos han sido muy divergentes (5.7%-31.1%), debido a los diferentes eventos considerados, a los criterios empleados para definir el TEPT (ha sido frecuente omitir el criterio A2 y el criterio F de interferencia), al método de evaluación utilizado (cuestionario, entrevista diagnóstica) y/o al tipo de muestra considerada (Amir y Sol, 1999; Bedard-Gilligan y Zoellner, 2008; Bernat et al., 1998; Ehli y Simons, 2007; Frazier et al., 2009; Gold et al., 2005; Lancaster et al., 2009; Lawler et al., 2005; Martín y de Paúl, 2004; Watson y Haynes, 2007). Así,

Martín y de Paúl (2004) hallaron un riesgo del 28.8% con personas que habían sufrido situaciones traumáticas graves. Aparte de este, sólo hay otro estudio que haya considerado todos los criterios del DSM-IV; en este trabajo el riesgo condicional fue 11.6% (Bedard-Gilligan y Zoellner, 2008).

Los datos sobre prevalencia del TEPT (porcentaje de casos entre todos los participantes, hayan sufrido eventos traumáticos o no) también han sido muy variables en los distintos estudios (3.9%-13.1%) debido, asimismo, a las razones apuntadas al hablar del riesgo condicional (Amir y Sol, 1999; Bedard-Gilligan y Zoellner, 2008; Bernat et al., 1998; Ehli y Simons, 2007; Frazier et al., 2009; Gold et al., 2005; Lancaster et al., 2009; Watson y Haynes, 2007). En el único estudio que tuvo en cuenta todos los criterios del DSM-IV, se halló una prevalencia actual del 6.6% (Bedard-Gilligan y Zoellner, 2008)¹. El riesgo condicional y la prevalencia del TEPT han sido mayores en mujeres; la razón ha oscilado entre 1.5 y 2.4 mujeres por cada hombre (Amir y Sol, 1999; Frazier et al., 2009; Martín y de Paúl, 2004), aunque los dos primeros de estos estudios no consideraron todos los criterios del DSM-IV.

El presente trabajo se propuso arrojar un poco más de luz sobre la cuestión teniendo en cuenta que hasta el momento sólo se ha realizado en España un estudio (publicado en dos artículos: Martín y de Paúl, 2004, 2005) siguiendo en parte los criterios más actuales del DSM-IV y sus datos pueden ser poco representativos, ya que a) al calcular la prevalencia de los eventos traumáticos no se tuvo en cuenta el criterio A2 del DSM-IV y b) el resto de datos se basaron sólo en víctimas de situaciones traumáticas graves (274 de los 1.380 participantes que habían experimentado algún EPT). Los objetivos del presente estudio fueron: a) Estudiar en una muestra universitaria la probabilidad de ocurrencia de diferentes eventos traumáticos, b) analizar la influencia de la variable sexo en la prevalencia de todos los eventos traumáticos considerados conjuntamente, y c) estudiar el riesgo condicional y la prevalencia actual de probable TEPT.

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 segundo semestre. Se trata pues de una muestra de conveniencia, constituida por un 84.3% de mujeres. Tal como puede verse en la Tabla 1, la edad media fue 23 años ($DT = 4.6$) y esta difirió significativamente en función del sexo [$t(77.836) = 2.78, p < .008$, varianzas desigua-

¹ Siguiendo los criterios del DSM-III-R, existe un estudio con universitarios españoles (Bethencourt, Peñate, Fumero y González, 1997) que halló una prevalencia del 0.9% empleando una entrevista diagnóstica. Sin embargo, los criterios para definir el TEPT cambiaron notablemente del DSM-III-R al DSM-IV y en este artículo sólo consideramos los estudios que han seguido los criterios del DSM-IV.

les], aunque el tamaño del efecto fue bajo ($d = 0.48$), según la clasificación de Cohen (1988). No hubo diferencias, en cambio, en el estado civil: $\chi^2(1, N = 432) = 0.001, p = .978; \varphi = .001$. Alrededor del 85% de los participantes de ambos sexos estaban solteros.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de los participantes.

	Todos (N = 432)	Mujeres (n = 364)	Hombres (n = 68)
Edad			
Media (y DT)	23.0 (4.6)	22.7 (4.2)	24.8 (6.2)
Rango	19-52	19-52	20-49
Estado civil			
Solteros	368 (85.2%)	310 (85.2%)	58 (85.3%)
Pareja estable	64 (14.8%)	54 (14.8%)	10 (14.7%)

Nota. DT = desviación típica. N = 431 en la variable edad, ya que un varón no informó de la misma.

Medidas

Para evaluar la ocurrencia de eventos traumáticos y el probable TEPT se utilizaron dos cuestionarios diseñados al efecto por Vrana y Lauterbach (1994) y Lauterbach y Vrana (1996a, 1996b) y que han sido utilizados por estos y otros autores (Boals y Hathaway, 2010; Boals y Schuettler, 2009). Ambos cuestionarios cuentan con buenas propiedades psicométricas, aunque del segundo no existen datos de su sensibilidad y especificidad respecto al diagnóstico de TEPT obtenido con una entrevista estructurada. Estos dos instrumentos se describen a continuación.

Cuestionario de Eventos Traumáticos modificado a partir del *Traumatic Events Questionnaire* (TEQ) de Vrana y Lauterbach (1994). El cuestionario original evalúa las experiencias con 11 tipos específicos de EPT. Para cada evento experimentado, la persona contesta el número de veces que ha ocurrido (una, dos, o tres o más), la edad cuándo ocurrió y, en una escala 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 se pide además una descripción del evento traumático o se ofrecen categorías para describirlo. Si la persona marca más de un evento traumático, debe indicar cuál fue el más traumático (peor evento traumático). Si no señala ningún evento traumático, debe describir la peor experiencia estresante que haya tenido y responder para ella lo mismo que para el resto de los ítems.

A pesar de sus propiedades, pensamos que el TEQ presenta algunas limitaciones, tales como juntar en una misma categoría eventos experimentados y observados o eventos con diferentes connotaciones y omitir la evaluación del cumplimiento del criterio A2 del DSM-IV en cada evento. Por ello, introdujimos algunas modificaciones en el cuestionario original. En primer lugar ampliamos de 11 a 15 los tipos de eventos (véase la Tabla 2). En concreto: a) separamos sufrir y presenciar accidentes graves de tipo industrial o agrícola o un gran incendio o explosión, b) ampliamos los accidentes de coche a accidentes de transporte, los separamos del resto de accidentes y distinguimos entre sufrirlos y pre-

senciarlos, c) quitamos violación de la categoría de atraco o agresión física, por sus diferentes connotaciones y la englobamos en la categoría de experiencias sexuales no deseadas que supusieran amenaza o empleo de la fuerza, y d) separamos maltrato físico y abuso sexual en la infancia. Por otra parte, para poder valorar si se cumplía el criterio A2 del TEPT según el DSM-IV, se preguntó tras cada evento si se respondió o no al mismo con miedo intenso, impotencia u horror. Además, se incluyó la evaluación de la frecuencia del maltrato físico en la infancia y del abuso sexual en la infancia, al igual que ocurría en el resto de los ítems. Finalmente, para evitar que el maltrato físico leve fuera calificado como un EPT (tal como observamos en un estudio piloto), en los dos ítems relativos al maltrato físico se especificó que este debía implicar daños importantes o una amenaza para la vida o integridad personal.

Escala TEPT de Purdue - Revisada (*Purdue PTSD Scale-Revised*, PPTSD-R; Lauterbach y Vrana, 1996a). 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. La escala fue contestada haciendo referencia al peor evento traumático experimentado o, en el caso de las personas que no habían sufrido ningún evento traumático, a la peor experiencia estresante. Puesto que la escala no incluye el criterio F del DSM-IV, se añadió un ítem en el que la persona valoraba de 1 a 7 el grado en el que las reacciones al acontecimiento (síntomas) le producían malestar o un deterioro de su vida personal, social o profesional (trabajo, estudios). Este ítem no contribuyó a la puntuación total, pero fue necesario para poder realizar el diagnóstico de probable TEPT.

El TEQ modificado y la PPTSD-R fueron traducidos independientemente por dos psicólogos clínicos con buenos conocimientos de inglés. Las pocas divergencias halladas en la traducción fueron discutidas entre ambos y un tercer psicólogo clínico. Finalmente, ambos cuestionarios fueron aplicados a una muestra de 100 estudiantes junto con las Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés, versión de 21 ítems (DASS 21, Lovibond y Lovibond, 1995; versión española de Bados, Solanas y Andrés, 2005), las cuales tienen buenas propiedades psicométricas. La consistencia interna de la PPTSD-R fue .93. Tal como se esperaba, las personas con y sin historia de eventos traumáticos según el TEQ modificado difirieron significativamente en el DASS-21 (depresión, ansiedad) y, con mayor magnitud aún, en sintomatología postraumática según la PPTSD-R, sintomatología que estuvo referida a la peor experiencia estresante en el caso de los que no habían sufrido ningún evento traumático. Asimismo, la puntuación total en la PPTSD-R correlacionó significativamente con las escalas de depresión (.46), ansiedad (.43) y estrés (.44) del DASS-21.

Definición de evento traumático. Se consideró que había ocurrido un evento traumático, de entre los 15 eventos listados en el TEQ modificado, si la persona respondió afirmativamente al mismo e informó haber reaccionado con miedo intenso, impotencia u horror (criterios A1 y A2 del DSM-IV).

Los eventos traumáticos señalados por la persona como “Grave peligro de perder la vida o ser gravemente herido” o como “Otro acontecimiento muy traumático”, pero que según la descripción realizada correspondían a otros tipos de eventos traumáticos [en concreto, grave accidente de tráfico (5 casos), maltrato en la adultez (1 caso), noticias de muerte violenta e inesperada de alguien cercano (1 caso), ver inesperadamente a alguien muerto violentamente (1 caso) y forzamiento sexual (1 caso)], fueron contabilizados en estos tipos de eventos traumáticos.

Diagnóstico de probable TEPT. Para tener un diagnóstico de probable TEPT, una persona tuvo que cumplir los criterios del DSM-IV, los cuales fueron obtenidos a partir del TEQ modificado (criterios A1 y A2) y de la Escala TEPT de Purdue - Revisada (criterios B, C, D, E y F). Un ítem de los criterios B, C o D se consideró presente cuando fue calificado 3 o más en la escala de 1 a 5. Se consideró cumplido el criterio F si la persona puntuó 4 o más en la escala de 1 a 7. Conviene señalar que hablamos de probable TEPT y no de TEPT porque el diagnóstico es establecido simplemente a través de un cuestionario y no de una entrevista diagnóstica.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron pasados en clase en una única sesión, con una adecuada separación entre los alumnos, y la tasa de respuesta fue 98% (432 de 440). Los 8 participantes restantes dejaron preguntas sin responder en el TEQ modificado, debido probablemente a la naturaleza de las mismas. Se explicó a los estudiantes 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 créditos ni ningún tipo de compensación por participar en la investigación. El orden de los cuestionarios fue TEQ modificado y PPTSD-R. La presente investigación fue aprobada por la Comisión de Bioética de la Universidad de Barcelona con el número IRB00003099.

Análisis estadísticos

Se utilizó la prueba de χ^2 para comparar distribuciones de frecuencias y la prueba *t* de Student para comparaciones de medias. Para calcular la consistencia interna de la PPTSD-R, empleamos el alfa de Cronbach.

Resultados

De los 431 participantes con datos completos (1 de los 432 participantes no contestó el ítem que evaluaba el criterio A2), 261 (60.6%; IC del 95%: 56.0%-65.2%) habían experimentado algún evento traumático que cumplía los criterios

A1 y A2 del DSM-IV. Este porcentaje subió al 72.5% (313 de 432; IC del 95%: 68.3%-76.7%) cuando no fue necesario cumplir el criterio A2. No hubo diferencias entre sexos en ninguno de los dos casos: $\chi^2(1, N = 431) = 0.95, p = .331; \varphi = .047$ y $\chi^2(1, N = 432) = 1.96, p = .162; \varphi = -.067$, respectivamente.

En la Tabla 2 puede verse el porcentaje de personas que experimentaron cada tipo de 15 eventos traumáticos. Los más frecuentes fueron recibir noticias de la mutilación, heridas graves o muerte violenta o inesperada de alguien cercano, delito violento (atracó o agresión física no sexual), ver inesperadamente a alguien mutilado, gravemente herido o muerto violentamente y presenciar y sufrir un accidente grave de transporte. No se analizaron las diferencias por sexos en tipos específicos de traumas, dado el pequeño número de hombres en casi todas las categorías.

La edad media de ocurrencia del primer trauma fue 14.60 años ($DT = 5.54$), la mediana fue 15 y la moda, 16. El 40.3% de los participantes con eventos traumáticos los sufrieron por primera vez antes de los 14 años y el 73.3% antes de los 18 (véase la distribución completa en la Tabla 3).

La Tabla 4 presenta los porcentajes de todos los participantes en función del número de tipos de eventos traumáticos y tipos de EPT presentados. De los 15 tipos de eventos traumáticos considerados, el 32.7% de la muestra total experimentó un solo tipo, el 18.1%, 2 y el 9.8%, de 3 a 6; el 39.4% restante no padeció ningún trauma. En comparación al 27.9% que había experimentado más de un tipo de evento traumático, el 40% informó de más de un tipo de EPT.

En cuanto al número de eventos traumáticos, fueran de diferente tipo o no, el 24.8% de todos los participantes padecieron 1, el 24.4%, 2 ó 3 y el 11.4% de 4 a 9. Las medias y desviaciones típicas del tipo de eventos diferentes y de la frecuencia total de eventos, diferentes o no, aparecen en la Tabla 2. No hubo diferencias entre sexos en estas dos variables: $t(429) = 0.436, p = .663$ y $t(429) = 0.203, p = .840$, respectivamente.

En la Tabla 2 puede verse también la media del número de veces que ocurrió cada tipo de evento entre los participantes que lo habían experimentado, aunque hay que tener en cuenta que tres o más veces fueron registradas como tres. Los eventos que se repitieron mayor número de veces fueron el maltrato grave en la infancia, los acontecimientos que no se podían contar, el abuso sexual en la infancia y el forzamiento sexual en la adultez, aunque en este último caso, la mayor recurrencia se debió a uno solo de los cuatro casos en el cual el evento se repitió dentro de la relación de pareja. Al igual que en la intensidad, que se comentará a continuación, no es posible comparar la frecuencia de los distintos acontecimientos, ya que los datos no son ni totalmente independientes ni totalmente relacionados (las muestras a comparar comparten participantes, pero sólo algunos).

Tabla 2. Número (y %) de personas expuestas a distintos tipos de eventos traumáticos a lo largo de la vida, media (DT) del número de veces e intensidad (cuán traumático fue) de cada tipo de evento y número (y %) de personas dentro de cada tipo que informan del mismo como el peor.

Evento traumático	Todos (N = 432)	Mujeres (n = 364)	Hombres (n = 68)	Nº veces (1-3)	Intensidad (1-7)	Peor evento
1. Noticias de la mutilación, heridas graves o muerte violenta o inesperada de alguien cercano	102 (23.7%)	92 (25.3%)	10 (14.9%)	1.34 (0.59)	5.80 (1.17)	75 (73.5%)
2. Delito violento (atracó, agresión física no sexual)	56 (13.0%)	40 (11.0%)	16 (23.5%)	1.39 (0.65)	4.59 (1.20)	21 (37.5%)
3. Ver inesperadamente a alguien mutilado, gravemente herido o muerto violentamente	48 (11.1%)	45 (12.4%)	3 (4.4%)	1.40 (0.74)	5.23 (1.23)	22 (45.8%)
4. Presenciar accidente grave de transporte	47 (10.9%)	40 (11.0%)	7 (10.3%)	1.32 (0.66)	4.77 (1.24)	14 (29.8%)
5. Sufrir accidente grave de transporte	43 (10.0%)	33 (9.1%)	10 (14.7%)	1.33 (0.61)	4.81 (1.47)	23 (53.5%)
6. Grave peligro de perder la vida o ser gravemente herido	27 (6.3%)	21 (5.8%)	6 (8.8%)	1.07 (0.27)	4.96 (1.51)	12 (44.4%)
7. Otro acontecimiento muy traumático	25 (5.8%)	24 (6.6%)	1 (1.5%)	1.28 (0.68)	5.68 (1.15)	19 (76.0%)
8. Evento traumático que no se puede contar	25 (5.8%)	24 (6.6%)	1 (1.5%)	2.00 (0.96)	6.04 (1.34)	17 (68.0%)
9. Abuso sexual en infancia/adolescencia	20 (4.6%)	17 (4.7%)	3 (4.4%)	1.50 (0.83)	5.80 (1.15)	14 (70.0%)
10. Maltrato físico grave en infancia/adolescencia	18 (4.2%)	15 (4.1%)	3 (4.4%)	2.33 (0.97)	5.89 (1.02)	11 (61.1%)
11. Maltrato grave en la adultez	15 (3.5%)	13 (3.6%)	2 (2.9%)	1.33 (0.72)	5.27 (1.49)	10 (66.7%)
12. Presenciar accidente grave industrial o gran incendio o explosión	12 (2.8%)	10 (2.7%)	2 (2.9%)	1.25 (0.62)	4.50 (1.00)	4 (33.3%)
13. Desastre natural	7 (1.6%)	5 (1.4%)	2 (2.9%)	1.00 (0.00)	4.00 (2.00)	1 (14.3%)
14. Sufrir accidente grave industrial o gran incendio o explosión	5 (1.2%)	5 (1.4%)	0 (0.0%)	1.40 (0.89)	4.60 (1.95)	3 (60.0%)
15. Forzamiento sexual en la adultez	4 (0.9%)	3 (0.8%)	1 (1.5%)	1.50 (1.00)	6.25 (0.96)	2 (50.0%)
Cualquier evento	261 (60.6%)	224 (61.5%)	37 (55.2%)	--	--	--
Media (y DT) de tipos de eventos diferentes ^a	1.01 (1.06)	1.02 (1.06)	0.96 (1.04)	--	--	--
Media (y DT) de número de eventos, diferentes o no ^a	1.44 (1.72)	1.48 (1.80)	1.43 (1.70)	--	--	--

Nota. DT = desviación típica. N = 431 en el caso de los eventos número 1 (364 mujeres y 67 varones) y 12 (363 mujeres y 68 varones) y de la categoría cualquier evento (364 mujeres y 67 varones).

^a Si se consideran los eventos potencialmente traumáticos (definidos sólo según el criterio A1 del DSM-IV), la media (y DT) de tipos de eventos es 1.39 (1.24) y la de número de eventos, 2.02 (2.05).

Tabla 3. Porcentaje de personas que experimentaron su primer evento traumático a distintas edades.

Edad	%	Edad	%	Edad	%
4	0.9	14	3.2	24	0.5
5	1.6	15	5.3	25	0.5
6	1.4	16	7.4	26	0.2
7	2.8	17	3.7	27	0.5
8	2.1	18	4.2	> 27	0.4
9	1.9	19	3.0		
10	2.3	20	3.2		
11	2.8	21	1.4		
12	3.9	22	1.6		
13	4.4	23	0.5		

Nota. N = 258 (tres personas no indicaron la edad).

Por lo que respecta a la intensidad de cada tipo de evento, o lo traumático que fue, puede verse en la Tabla 2 que los más traumáticos fueron los que implicaron violencia sexual o maltrato grave en la adultez, abuso sexual o maltrato grave en la infancia, evento que no se puede contar, noticias de muerte inesperada de alguien cercano, otro acontecimiento muy traumático y ver inesperadamente a alguien mutilado, gravemente herido o muerto violentamente. En consonancia con esto, casi todos estos tipos de eventos fueron calificados como los peores por más del 60% de las personas que los habían experimentado (véase la Tabla 2). La excepción más notable es el forzamiento sexual en la adultez, ya que sólo el 50% lo eligió como su peor trauma; la razón es que el otro 50% habían sufrido abuso sexual en la infancia y eligió este

último como su peor trauma. Cabe destacar que, salvo para las noticias de mutilación y muerte, los eventos más probables no fueron los que con más frecuencia se consideraron peores.

Tabla 4. Número y porcentaje de participantes que tuvieron distintos números de tipos de eventos traumáticos y tipos de EPT.

Nº de tipos de ET	Frecuencia (N = 431)	Porcentaje
0	170	39.4
1	141	32.7
2	78	18.1
3	34	7.9
4	6	1.4
5	1	0.2
6	1	0.2

Nº de tipos de EPT	Frecuencia (N = 432)	Porcentaje
0	119	27.5
1	140	32.4
2	89	20.6
3	62	14.4
4	16	3.7
5	4	0.9
6	1	0.2
7	1	0.2

Nota. ET = eventos traumáticos, EPT eventos potencialmente traumáticos.

Por lo que se refiere a la PPTSD-R, su consistencia interna (alfa de Cronbach) fue .93. De los 432 participantes, hubo datos completos de 405 para poder calcular la presencia o ausencia de probable TEPT. En el caso de los 261 par-

participantes con traumas, no hubo datos completos de 18 participantes; en 13 de estos 18 casos no pudo utilizarse el PPTSD-R porque eligieron como peor trauma uno que no cumplía el criterio A2 a pesar de haber experimentado otros traumas que sí lo cumplían. Según puede verse en la Tabla 5, el riesgo condicional de probable TEPT entre los que habían experimentado eventos traumáticos fue 8.6% (IC del 95%: 5.1%-12.1%), mientras que la prevalencia actual en toda la muestra se situó en el 5.2% (IC del 95%: 3.0%-7.4%). Por otra parte, el riesgo condicional de probable TEPT entre los 286 participantes que habían experimentado EPT, y sobre

los que hubo datos suficientes para establecer el diagnóstico, fue 7.3% (IC del 95%: 4.1%-10.5%).

El riesgo condicional y la prevalencia tendieron a ser más altos en las mujeres que en los hombres, pero no se aplicaron pruebas estadísticas dado el escaso tamaño de la muestra masculina y la baja prevalencia de probable TEPT en la misma. De los 21 casos con probable TEPT, 8 (38%) estuvieron asociados a la muerte inesperada o violenta de alguien cercano y 5 (24%) a una experiencia traumática que no se puede contar.

Tabla 5. Riesgo condicional y prevalencia de probable trastorno por estrés postraumático.

Personas con traumas	Todos (<i>n</i> = 243)	Mujeres (<i>n</i> = 211)	Hombres (<i>n</i> = 32)
Riesgo condicional de probable TEPT (Intervalo de confianza del 95%)	21 (8.6%) (5.1%-12.1%)	20 (9.5%) (5.5%-13.5%)	1 (3.1%) (NA)
Personas con o sin traumas	Todos (<i>n</i> = 405)	Mujeres (<i>n</i> = 342)	Hombres (<i>n</i> = 63)
Prevalencia actual de probable TEPT (Intervalo de confianza del 95%)	21 (5.2%) (3.0%-7.4%)	20 (5.8%) (3.3%-8.3%)	1 (1.6%) (NA)

Nota. En 18 participantes de los 261 con eventos traumáticos y en 27 de los 432 de la muestra total no hubo datos suficientes para poder establecer la existencia o no de diagnóstico de probable trastorno por estrés postraumático (TEPT). NA = no aplicable; el pequeño tamaño de la muestra masculina no permite calcular adecuadamente los intervalos de confianza.

Discusión

El porcentaje de universitarios que informaron haber padecido algún EPT fue 72.5%, aunque esta cifra bajó al 60.6% al considerar sólo los eventos traumáticos, aquellos que, además del criterio A1, cumplen también el criterio A2 del DSM-IV. Esta reducción es congruente con los datos hallados en estudios con población universitaria (Frazier et al., 2009; Watson y Haynes, 2007) y no universitaria (Breslau y Kessler, 2001; Schnurr, Spiro, Vielhauer, Findler y Hamblen, 2002).

En comparación a los dos estudios con universitarios que también habían considerado los criterios A1 y A2, el porcentaje de personas que habían sufrido algún evento traumático es muy similar al 64.7% obtenido por Frazier et al. (2009), aunque inferior al 84.9% obtenido por Watson y Haynes (2007) en una muestra exclusivamente femenina. Nuestro porcentaje del 60.6% es también inferior al 77.6% observado en población general estadounidense (Breslau y Kessler, 2001), pero muy superior al 17% hallado en población juvenil alemana (Perkonig et al., 2000).

Por otra parte, nuestra prevalencia de 72.5% de exposición a EPT es claramente inferior al 92% obtenido en España por Martín y de Paúl (2005) con universitarios, aunque estos autores incluyeron en su estudio algunos eventos que podrían no cumplir el criterio A1 del DSM-IV (véase la introducción) y que fueron informados por el 7% al 63% de la muestra. Asimismo, nuestro porcentaje de exposición a EPT es inferior al 81.7%-89.6% obtenido en población general estadounidense (Breslau y Kessler, 2001; Sledjeski et al., 2008) y algo mayor que el 63.6% obtenido en población general en seis países europeos (Darves-Bornoz et al., 2008). Sin embargo, incluso en Europa, las cifras son muy variables y se han obtenido tanto prevalencias más altas [80.8% en

Suecia (Frans, Rimmö, Åberg y Fredrikson, 2005), 80.7% en Holanda (de Vries y Olf, 2009), 75.7% en Portugal (Albuquerque, Soares, Martins de Jesús y Alves, 2003)] como mucho más bajas: 19.8%-21.4% en Alemania (Hapke, Schumann, Rumpf, John y Meyer, 2006; Perkonig et al., 2000), 28% en Suiza (Hepp et al., 2006) y 30.2% en Francia (Vaiva et al., 2008).

Las variaciones en las cifras de porcentaje de exposición a eventos traumáticos o EPT pueden verse afectadas por diversos factores, entre los que se cuentan el país considerado, el instrumento de evaluación utilizado (que muchas veces ha variado según el país), el número de eventos sobre los que se pregunta, la forma en que se definen estos eventos, la posibilidad de informar de eventos que no se pueden contar (y que, por tanto, no se sabe si son o no un EPT), la experiencia de los entrevistadores, el pagar a los entrevistadores por horas en vez de por entrevista (lo que puede conducir a hacer entrevistas apresuradas y menos precisas) y si la clasificación de un evento como traumático depende de un solo calificador o de varios y, en este último caso, si el acuerdo se logra por unanimidad o por mayoría (para esto último, véase van Hoof, McFarlane, Baur, Abraham y Barnes, 2009). Algunos de estos factores afectan también a los estudios con universitarios que han empleado cuestionarios. Así, Boals y Hathaway (2010) utilizaron el TEQ original, pero preguntaron en cada ítem si se cumplían los criterios A1 y A2 empleando las palabras exactas del DSM-IV; solo el 32% de los EPT inicialmente identificados cumplieron ambos criterios según los universitarios que respondieron.

De los 15 diferentes tipos de eventos traumáticos considerados, los participantes experimentaron una media de 1 evento. Los estudios realizados con universitarios estadounidenses no informan de la media de eventos traumáticos, sino de la de EPT, la cual se ha situado en 1.8-2.9 (Frazier et

al., 2009; Goodman et al., 1998; Gould et al., 2005; Vrana y Lauterbach, 1994; Watson y Haynes, 2007). En comparación a estas últimas medias, nuestra media de EPT fue más baja (1.4), pero casi idéntica a la media de 1.5 obtenida en la población general de seis países europeos (Darves-Barnoz et al., 2008).

El 28% de nuestra muestra total había padecido más de un tipo de evento traumático, aunque estas personas constituyeron el 46% de los que habían sufrido traumas. El porcentaje del 28% está próximo al 21% hallado por Perkonig et al. (2000). Por otra parte, el 40% de todos los participantes informaron de más de un tipo de EPT. Este porcentaje está relativamente cerca de los obtenidos en algunos estudios con universitarios que habían sufrido EPT (27%-38%; Amir y Sol, 1999; Green et al., 2000; Owens y Chard, 2006), pero lejos del 65% observado por Watson y Haynes (2007) y, especialmente, del 74% informado por Martín y de Paúl (2005). El 75.2% de la población general estadounidense ha sufrido más de un tipo de EPT (Sledjeski et al., 2008), mientras que este porcentaje ha sido de 43.5% en Portugal (Albuquerque et al., 2003) y 59.5% en Suecia (Frans et al., 2005). Sin embargo, es muy probable que estos últimos porcentajes no sean representativos de otros países europeos, ya que Portugal y Suecia, junto con Holanda (de Vries y Olf, 2009), se caracterizan por presentar una mayor prevalencia de EPT que otros países como Alemania (Perkonig et al., 2000; Hapke et al., 2006), Francia (Vaiva et al., 2008) y Suiza (Hepp et al., 2006). De hecho, en este último estudio, sólo el 8.1% de toda la muestra había sufrido más de un tipo de EPT.

No hallamos ni que la probabilidad de experimentar eventos traumáticos o EPT fuera mayor en los hombres ni que estos hubieran tenido una mayor media de tipos diferentes de eventos o de número total de eventos. La ausencia de diferencias en la prevalencia de EPT coincide con diversos estudios realizados con población general (Darves-Barnoz et al., 2008; de Vries y Olf, 2009; Hapke et al., 2006; Sledjeski et al., 2008), aunque hay datos divergentes (Frans et al., 2005; Perkonig et al., 2000). Los resultados obtenidos en estudios con universitarios han sido también inconsistentes. Breslau (2009) ha señalado que en la población general estadounidense hay más hombres que mujeres que hayan sufrido EPT, pero el efecto se invierte cuando se consideran los eventos traumáticos debido a que es más probable que las mujeres cumplan el criterio A2 (Breslau y Kessler, 2001). Sin embargo, en población juvenil europea, Perkonig et al. (2000) hallaron que los hombres tuvieron más probabilidad de experimentar tanto EPT como eventos traumáticos.

Utilizando las categorías del TEQ original, los dos eventos traumáticos más frecuentes fueron recibir noticias de la muerte violenta o inesperada de alguien cercano y sufrir/presenciar un accidente grave de transporte. Esto coincide con los datos de Vrana y Lauterbach (1994), los cuales utilizaron también el TEQ. Asimismo, estos dos eventos ocurren frecuentemente en la población general europea (de Vries y Olf, 2009; Darves-Barnoz et al., 2008; Frans et al.,

2005; Hepp et al., 2006) y estadounidense (Breslau et al., 1998). Por otra parte, el forzamiento sexual en la adultez fue bastante menos probable que el hallado no sólo en la población general estadounidense (Breslau et al., 1998) y europea (Darves-Barnoz et al., 2008), sino también en estudios con universitarios españoles (Martín y Paúl, 2005; Sipsma, Carroble, Montorio y Everaerd, 2000). Quizás algunos casos quedasen escondidos en la categoría "Evento traumático que no se puede contar" (véase más abajo). Otro factor que puede influir es que los estudiantes de las facultades de psicología tengan un menor riesgo de sufrir agresiones sexuales, al menos por parte de conocidos, al mantener actitudes más desfavorables ante el sexo forzado (véanse los datos de Sipsma et al., 2000).

La categoría de eventos que no se pueden contar también podría incluir personas con abuso sexual infantil, ya que el porcentaje de casos de abuso fue menor que el obtenido en otros estudios, incluidos algunos con muestras españolas (Pereda, Guilera, Forns y Gómez-Benito, 2009). Aún así el porcentaje seguiría siendo más bajo, por lo que otro factor a tener en cuenta es la definición de abuso sexual empleada en distintos estudios. Además, también hay trabajos con muestras españolas que han hallado porcentajes menores que el nuestro (Martín y de Paúl, 2005; Vázquez, Panadero y Rincón, 2006).

Utilizando las categorías del TEQ original, los dos peores eventos traumáticos específicos fueron recibir noticias de la muerte violenta o inesperada de alguien cercano y sufrir/presenciar un accidente, lo cual coincide con los datos de Boals y Hathaway (2010) y Boals y Schuettler (2009) que utilizaron también el TEQ. Con las categorías del TEQ modificado, los peores eventos traumáticos específicos informados más frecuentemente fueron recibir noticias de la muerte violenta o inesperada de alguien cercano, abuso sexual en la infancia, maltrato grave en la adultez, maltrato físico grave en la infancia y sufrir un grave accidente industrial, incendio o explosión. Así pues, destacan la muerte de seres queridos y el padecimiento de violencia física o sexual, tal como hallaron también Vrana y Lauterbach (1994) con universitarios estadounidenses y Bronner et al. (2009) en población general holandesa. También se hubiera incluido en nuestros eventos el forzamiento sexual en la adultez si no fuera porque la mitad de los que lo habían sufrido habían experimentado asimismo abuso sexual en la infancia y eligieron este último como su peor trauma. Afortunadamente, salvo el primero de estos eventos, el resto tienen un nivel más bajo de ocurrencia, aunque pueden afectar a entre el 5% y el 10% de los universitarios.

Hay que destacar también que el evento traumático que no se puede contar fue calificado como el peor por el 68% de los que lo habían sufrido. Además, tendió a ocurrir repetidamente y presentó una elevada intensidad traumática, similar a la de los eventos de violencia física o sexual. Estas similitudes, unidas al hecho de que no se quiera referir el tipo de acontecimiento, hacen sospechar, como se dijo antes, que la categoría "Evento traumático que no se puede con-

tar” pueda esconder experiencias de abuso y forzamiento sexual y maltrato físico. Darves-Bornoz et al. (2008) hicieron una sugerencia similar.

El riesgo condicional actual de probable TEPT entre los que sufrieron eventos traumáticos fue 8.6%, lo que indica que la inmensa mayoría de las personas expuestas a eventos traumáticos no desarrollan TEPT. Este riesgo es más bajo que el 11.6% observado en universitarios americanos (Bedard-Gilligan y Zoellner, 2008). Breslau y Kessler (2001) obtuvieron un 12% en población general estadounidense, mientras que en población alemana las cifras (6.9%-7.8%) han sido más similares a la nuestra (Hapke et al., 2006; Perkonig et al., 2000). Sin embargo, en estos tres últimos estudios el riesgo condicional fue calculado a lo largo de la vida, el cual es más alto que el riesgo actual. Por otra parte, si consideramos el riesgo condicional de TEPT entre las personas que han experimentado EPT, tal como han hecho la inmensa mayoría de los estudios epidemiológicos, nuestro riesgo actual de 7.3% es similar al 7% hallado en Portugal (Albuquerque et al. 2003), pero muy superior al 2.3% de Francia (Vaiva et al., 2008). También es mucho mayor que el riesgo anual de 1.7% encontrado en la población general de 6 países europeos (Darves-Bornoz et al., 2008).

La prevalencia actual de probable TEPT se situó en el 5.2%, muy cercana al 6.6% observado en universitarios por Bedard-Gilligan y Zoellner (2008) y casi idéntica al 5.3% hallado en población general portuguesa (Albuquerque et al., 2003). Sin embargo, es mucho mayor que la prevalencia actual de 0.3% y 0.7% observada en Italia y Francia respectivamente (de Girolamo et al., 2006; Vaiva et al., 2008), que la prevalencia anual de 1.1% obtenida en 6 países europeos (de 0.56% en España a 2.6% en Holanda) (Darves-Bornoz et al., 2008) e incluso superior a la prevalencia actual del 2.3% hallada en la población general de Madrid justo un mes después de los atentados del 11 de marzo de 2004 (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González y Galea, 2004).

Vistos los datos anteriores sobre riesgo condicional y prevalencia de TEPT, especialmente los obtenidos en población general en España, podemos concluir que nuestras cifras son muy probablemente, al igual que las de los otros estudios con universitarios, una sobrestimación. Una explicación muy plausible de esto es que están basadas en la respuesta a un cuestionario y no a una entrevista estructurada. En efecto, a diferencia de un cuestionario, en una entrevista diagnóstica se puede obtener información más detallada, captar matices y realizar preguntas aclaratorias, lo cual permite establecer con mucha mayor precisión si se cumplen o no los criterios de un trastorno. Así pues, en los estudios que emplean cuestionarios habría un mayor número de falsos positivos con TEPT, aunque muchos de los casos identifi-

cados podrían presentar un TEPT subclínico que puede requerir atención, ya que puede estar asociado con consecuencias graves en el futuro (Kessler, 2007); sin embargo, este no es el tema del presente artículo.

En consonancia con los estudios realizados con universitarios (p.ej., Martín y de Paúl, 2004) y con población general europea (Darves-Bornoz et al., 2008) y americana (Sledjeski et al., 2008), el riesgo condicional y la prevalencia actual de probable TEPT fueron bastante más altos en las mujeres (razón de 3 a 1), aunque no se analizaron estadísticamente los datos. Dada la coincidencia entre numerosos estudios, parece fuera de toda duda que el TEPT es más probable en el sexo femenino y Olf, Langeland, Draiger y Gersons (2007) han avanzado algunas explicaciones de este fenómeno, tales como una mayor percepción de amenaza y pérdida de control ante el trauma, mayor reacción emocional y disociación peritraumática, menor apoyo social, estilos de afrontamiento más centrados en la evitación y emoción, mayor desregulación del sistema hipotalámico-hipofisiario-adrenal y mayor probabilidad de beber alcohol para manejar los síntomas. De todos modos, como los propios autores señalan, se requieren más investigaciones al respecto.

Este trabajo presenta varias limitaciones. En primer lugar, el estudio fue retrospectivo, con los sesgos de memoria inherentes. Hay estudios que indican que el informe retrospectivo de eventos traumáticos está sesgado por las experiencias posteriores, incluyendo las memorias traumáticas y los síntomas del TEPT (Breslau y Kessler, 2001). En segundo lugar, la evaluación del TEPT, de su riesgo condicional y de su prevalencia se basó en medidas de autoinforme y no en una entrevista clínica estructurada, lo que proporciona cifras que son, con toda probabilidad, una sobrestimación. Tercero, ni para el cuestionario original ni para la adaptación española de la PPTSD-R, existen datos de su sensibilidad y especificidad respecto al diagnóstico de TEPT obtenido con una entrevista estructurada. Por último, la muestra utilizada provino de estudiantes de Psicología con escasa representación del sexo masculino, lo cual limita la generalizabilidad de los resultados.

A pesar de estas limitaciones, los datos obtenidos indican que aunque la experiencia de eventos traumáticos es frecuente, la inmensa mayoría de las personas que los padecen se sobreponen a los mismos. De todos modos, una minoría significativa puede llegar a presentar TEPT o TEPT subclínico en el momento actual y es conveniente disponer de medios para poder detectar a las personas afectadas y ofrecerles tratamientos eficaces (Cloitre, 2009) tal como se hizo en Madrid tras los atentados del 11 de marzo de 2004 (Hillers y Rey, 2006).

Referencias

- Albuquerque, A., Soares, C., Martins de Jesús, P. y Alves, C. (2003). Perturbação pós-automática do stress (PTSD). Avaliação da taxa de ocorrência na população adulta portuguesa. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 309-320.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, DSM-IV* (4ª ed.). Washington, DC: Author.
- 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.
- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales. *Psicothema*, 17, 679-683.
- 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.
- Bethencourt, J.M., Peñate, J.M., Fumero, A. y González, M. (1997). Trastornos de ansiedad y estrés en los estudiantes de la Universidad de La Laguna. *Ansiedad y Estrés*, 3, 25-36.
- 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.
- Boals, A. y Schuetzler, D. (2009). PTSD symptoms in response to traumatic and nontraumatic events: The role of respondent perception and A2 criterion. *Journal of Anxiety Disorders*, 23, 458-462.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10, 198-210.
- Breslau, N. y Kessler, R.C. (2001). The stressor criterion in DSM-IV 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.
- Bronner, M.B., Peek, N., de Vries, M., Bronner, A.E., Last, B.F. y Grootenhuys, M.A. (2009). A community-based survey of posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 74-78.
- Cloitre, M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorder: A review and critique. *CNS Spectrums*, 14 (Suppl. 1), 32-43.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2ª ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- 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.
- de Girolamo, G., Polidori, G., Morosini, P., Scarpino, V., Reda, V., Serra, G., Mazzi, F., Alonso, J., Vilagut, G., Visonà, G., Falsirollo, F., Rossi, A. y Warner, R. (2006). Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 853-61.
- de Vries, G. y Olf, M. (2009). The lifetime prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in the Netherlands. *Journal of Traumatic Stress*, 22, 259-267.
- Elhai, J.D. y Simons, J.S. (2007). Trauma exposure and posttraumatic stress disorder predictors of mental health treatment use in college students. *Psychological Services*, 4, 38-45.
- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the ESEMeD European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl. 420), 21-27.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3ª 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.
- Gold, S.D., Marx, B.P., Soler-Baillo, J.M. y Sloan, D.M. (2005). Is life stress more traumatic than traumatic stress? *Journal of Anxiety Disorders*, 19, 687-698.
- Goodman, L. A., Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N. y Green, B. L. (1998). Assessing traumatic event exposure: General issues and preliminary findings for the stressful life events screening questionnaire. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 521-542.
- 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.
- Hapke, U., Schumann, A., Rumpf, H., John, U. y Meyer, C. (2006). Posttraumatic stress disorder: The role of trauma, pre-existing psychiatric disorders, and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 299-306.
- Haro, J., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I...Grupo ESEMeD-España (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina Clínica*, 126, 445-451.
- Hepp, U., Gamma, A., Milos, G., Eich, D., Ajdacic-Gross, V., Rössler, W., Angst, J. y Schnyder, U. (2006). Prevalence of exposure to potentially traumatic events and PTSD: The Zurich Cohort Study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 151-158.
- Hillers, R. y Rey, M. (2006). Seguimiento de los afectados por los atentados del 11-M en Madrid desde el Dispositivo de Atención Psicológica del SUMMA 112. *Anales de Psicología*, 22, 1-10.
- Karam, E.G., Andrews, G., Bromet, E., Petukhova, M., Ruscio, A.M., Salamoun, M... Kessler, R.C. (2010). The role of criterion A2 in the DSM-IV diagnosis of Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 68, 465-473.
- Kessler, R.C. (2007). The global burden of anxiety and mood disorders: Putting the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) findings into perspective. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68 (Suppl 2), 10-19.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593-602.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. y Ellen, E.W. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 617-627.
- 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.
- Lancaster, S.L., Melka, S.E. y Rodríguez, 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. (1996a). Prevalence of traumatic events and posttraumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289-302.
- Lauterbach, D. y Vrana, S. (1996b). 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.
- Long, M.E., Elhai, J.D., Schweinle, A., Gray, M.J., Grubaugh, A.L. y Frueh, B.C. (2008). Differences in posttraumatic stress disorder diagnostic

- rates and symptom severity between criterion A1 and non-criterion A1 stressors. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1255-1263.
- 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.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H. y Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10, 163-179.
- Mizuta, I., Ikuno, T., Shimai, S., Hirotsune, H., Ogasawara, M., Ogawa, A., Ogawa, A., Honaga, E. e Inoue, Y. (2005). The prevalence of traumatic events in young Japanese women. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 33-37.
- Olf, M., Langeland, W., Draiger, N. y Gersons, B.P.R. (2007). Gender differences in posttraumatic stress disorder. *Psychological Bulletin*, 133, 183-204.
- 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.
- Pereda, N., Guilera, G., Forns, M. y Gómez-Benito, J. (2009). The prevalence of child sexual abuse in community and student samples: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 328-338.
- Perkonig, A., Kessler, R., Storz, S. y Wittchen, H. (2000). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: Prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46-59.
- Schnurr, P.P., Spiro, A., Vielhauer, M.J., Findler, M.N. y Hamblen, J.L. (2002). Trauma in the lives of older men: findings from the normative aging study. *Journal of Clinical Geropsychology*, 8, 175-187.
- Sledjeski, E.M., Speisman, B. y Dierker, L.C. (2008). 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.
- Sipsma, E., Carroble, J.A., Cerrato, I. y Everaerd, W. (2000). Sexual aggression against women by men acquaintances: Attitudes and experiences among Spanish university students. *The Spanish Journal of Psychology*, 3, 14-27.
- Vaiva, G., Jehel, L., Cottencin, O., Ducrocq, F., Duchet, C., Omnes, C., Genest, P., Rouillon, F. y Roelandt, J.-L. (2008). Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale: Revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 34, 577-583.
- 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.
- Vázquez, J.J., Panadero, S. y Rincón, P.P. (2006). Diferencias transculturales y vivencia de sucesos estresantes entre estudiantes latinoamericanos y españoles. *Boletín de Psicología*, 86, 27-51.
- Vrana, S. y Lauterbach, D. (1994). Prevalence of traumatic events and posttraumatic psychological symptoms in a nonclinical sample of college students. *Journal of Traumatic Stress*, 7, 289-302.
- Watson, S.B. y Haynes, S.N. (2007). Brief screening for traumatic life events in female university health service patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 261-282.

(Artículo recibido: 09-12-2010, revisión: 21-09-2011, aceptado: 24-09-2011)