Tesis
PS 2010
C66.

UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
FACULTAD DE HUMANIDADES Y EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA

ELABORAR Y ANALIZAR PSICOMÉTRICAMENTE EL CUESTIONARIO DE EVENTOS TRAUMÁTICOS-VENEZUELA (CET-V) QUE PERMITIRÁ DETECTAR LA EXPOSICIÓN A LO LARGO DE LA VIDA DE UNA VARIEDAD DE EVENTOS TRAUMÁTICOS ESPECÍFICOS A LA CULTURA VENEZOLANA EN UNA MUESTRA DE ESTUDIANTES DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO

Trabajo de Investigación presentado por:

Kira COOK
Y
Ana Julia RAMOS

a la
Escuela de Psicología
Como un requisito parcial para obtener el título de
Licenciado en Psicología

Profesor Guía:
Ana PEREZ

Caracas, junio 2010

ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA ii

AGRADECIMIENTOS iv

ÍNDICE GENERAL v

ÍNDICE DE TABLAS viii

ÍNDICE DE GRÁFICOS ix

RESUMEN xi

INTRODUCCIÓN 12

MARCO TEÓRICO 15

MÉTODO 35

- Objetivo general 35
- Objetivos específicos 35
- Hipótesis de investigación 35
- Tipo de investigación 36
- Población y muestra 37
- Instrumentos: 38
  - Desarrollo del Cuestionario de Detección de Eventos Estresantes de la Vida (Stressful Life Events Screening Questionnaire: SLESQ) 38
  - Descripción del SLESQ 40
  - Lista de Chequeo de Síntomas de Los Ángeles (Los Angeles Symptom Checklist: LASC) 44
  - Cuestionario de Eventos Traumáticos – Venezuela (CET-V) 48
- Procedimiento 49
- Análisis de datos 54
- Consideraciones éticas 55

ANÁLISIS DE RESULTADOS 56

- Estadísticos descriptivos 56
  - Sexo, edad y carrera 56
  - Cuestionario de Eventos Traumáticos – Venezuela (CET-V) 58
  - Cuestionario de Detección de Eventos Estresantes de la Vida (SLESQ) 68
  - Lista de Chequeo de Síntomas de Los Ángeles (LASC) 69

Análisis de Confiabilidad 72
Cuestionario de Eventos Traumáticos – Venezuela (CET-V) 72
Cuestionario de Detección de Eventos Estresantes de la Vida (SLESQ) 74
Lista de Chequeo de Síntomas de Los Ángeles (LASC) 75
Análisis de validez 76
DISCUSIÓN 81
CONCLUSIONES 88
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES 90
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 92
ANEXOS 98

Anexo A Cuestionario de Detección de Eventos Estresantes de la Vida (Stressful Life Events Screening Questionnaire: SLESQ) 98
Anexo B Lista de Chequeo de Síntomas de Los Ángeles (Los Angeles Symptom Checklist: LASC) 107
Anexo C Cuestionario de Eventos Traumáticos – Venezuela (CET-V) 111
Anexo D Tabla de frecuencias por sexo 116
Anexo E Tabla descriptiva de la edad 118
Anexo F Tabla descriptiva de las carreras 120
Anexo G Tabla descriptiva de la distribución de los puntajes del índice CET-V1 122
Anexo H Tabla descriptiva de la distribución de los puntajes del índice CET-V2 124
Anexo I Tabla de respuestas a la pregunta abierta del CET-V 126
Anexo J Gráficos de bondad de ajuste a la normal para la distribución del CET-V 129
Anexo K Tabla descriptiva de la distribución de los puntajes del SLESQ 131
Anexo L Gráficos de bondad de ajuste a la normal para la distribución del SLESQ 133
Anexo M Tabla descriptiva de la distribución de los puntajes de la LASC 135
Anexo N Gráficos de bondad de ajuste a la normal para la distribución de la LASC 137
Anexo O Resultados del Análisis Factorial de la LASC 139
Anexo P Matriz de correlaciones de los ítems de la LASC 144

Anexo Q	Rangos promedio para hombres y mujeres en el CET-V	147
Anexo R	Rangos promedio para hombres y mujeres en los ítems referentes a asalto sexual en la adultez o abuso sexual en la infancia en el CET-V	149
Anexo S	Rangos promedio para hombres y mujeres en los ítems referentes a accidentes en el CET-V	151
Anexo T	Rangos promedio para hombres y mujeres en los ítems referentes a robo o asalto con armas en el CET-V	153
Anexo U	Rangos promedio y Us de Mann-Withney entre hombres y mujeres para todos los eventos medidos por el CET-V	155
Anexo V	Rangos promedio para los sujetos con y sin trauma en la LASC	162

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	Porcentaje de presencia y ausencia de eventos para la muestra total en el CET-V	60
Tabla 2	Porcentaje de sujetos que vivieron cada uno de los eventos como traumático o no traumático	67
Tabla 3	Bondad de ajuste a la curva normal de la distribución de los puntajes del CET-V de la muestra total	68
Tabla 4	Porcentaje de eventos reportados en el SLESQ para la muestra total	69
Tabla 5	Bondad de ajuste a la curva normal de la distribución de los puntajes del SLESQ de la muestra total	70
Tabla 6	Bondad de ajuste a la curva normal de la distribución de los puntajes de la LASC de la muestra total	71
Tabla 7	Coeficiente de Confiabilidad test- retest del CET-V	72
Tabla 8	Coeficientes Kappa para el CET-V	73
Tabla 9	Coeficiente de Confiabilidad test- retest del SLESQ	74
Tabla 10	Coeficientes Kappa para el CET-V	75
Tabla 11	Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach de la LASC	75
Tabla 12	Validez de Constructo del CET-V (correlación entre CET-V1 y SLESQ)	76
Tabla 13	Validez de Constructo del CET-V (correlación entre CET-V1 y LASC)	76
Tabla 14	Diferencias por sexo en el número total de eventos reportados en el CET-V	77
Tabla 15	Diferencias por sexo en el reporte de asalto sexual en la adultez en el CET-V	78
Tabla 16	Diferencias por sexo en el reporte de abuso sexual en la infancia en el CET-V	78
Tabla 17	Diferencias por sexo en el reporte de accidentes en el CET-V	79
Tabla 18	Diferencias por sexo en el reporte de robo o asalto con armas en el CET-V	79
Tabla 19	Diferencias en la severidad de los síntomas para los grupos con trauma y sin trauma	80

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Barras de la distribución de porcentajes del sexo para la muestra total	56
Gráfico 2	Histograma y curva normal de la distribución de puntajes de edad para la muestra total	57
Gráfico 3	Torta de la distribución de puntajes de carreras para la muestra total	57
Gráfico 4	Histograma y curva normal de la distribución de puntajes del total de eventos reportados para la muestra total (CET-V1)	58
Gráfico 5	Histograma y curva normal de la distribución de puntajes del total de la frecuencia de ocurrencia de los eventos reportados para la muestra total (CET-V2).	59
Gráfico 6	Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 31 para la muestra total	61
Gráfico 7	Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 29 para la muestra total	61
Gráfico 8	Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 8 para la muestra total	62
Gráfico 9	Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 1 para la muestra total	62
Gráfico 10	Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 3 para la muestra total	63
Gráfico 11	Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 11 para la muestra total	63
Gráfico 12	Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 7 para la muestra total	64
Gráfico 13	Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 6 para la muestra total	64
Gráfico 14	Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 9 para la muestra total	65
Gráfico 15	Barras de la distribución de porcentajes de las personas que no vivieron eventos como traumáticos y de los que vivieron al menos un evento como traumático	66
Gráfico 16	Histograma y curva normal de la distribución de puntajes de eventos reportados en el SLESQ para la muestra total	69
Gráfico 17	Histograma y curva normal de la distribución de puntajes de la severidad de los síntomas en la LASC para la muestra total	71

Gráfico 18 Caja y Bigote de la distribución de puntajes del total de eventos reportados en el CET-V para hombres y mujeres 77

Gráfico 19 Caja y Bigote de la distribución de puntajes de la severidad de los síntomas para los grupos con trauma y sin trauma 80

RESUMEN

La presente investigación tuvo por objetivo elaborar y analizar psicométricamente el Cuestionario de Eventos Traumáticos-Venezuela (CET-V) que permitirá detectar la exposición a lo largo de la vida de una variedad de eventos traumáticos específicos a la cultura venezolana en una muestra de estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello.

La muestra estuvo conformada por 500 sujetos, a los que se les administró el CET-V, el Cuestionario de Detección de Eventos Estresantes de la Vida (SLESQ) y la Lista de Chequeo de Síntomas de los Ángeles (LASC).

La confiabilidad del CET-V fue evaluada a través del tests-retest con un intervalo de 2 semanas a 94 de los sujetos. Se obtuvo un coeficiente test-rests de 0,78 ($p<0,01$) y un kappa de 0,26 ($p<0,01$) hasta 1,00 ($p<0,01$) con una mediana de 0,59; indicando que el CET-V presenta una alta confiabilidad.

Se encontraron adecuados indicadores de validez para el CET-V, como las correlaciones con el SLESQ (rho=0,63 $p<0,01$) que indican que el reporte de un mayor número de eventos en el CET-V se asocia con un mayor número de eventos en el SLESQ y la correlación de la LASC (rho=0,31 $p<0,01$) que indica que el reporte de un mayor número de eventos en el CET-V se asocia con una mayor severidad de los síntomas.

Además, se obtuvo que el 98,6% de las personas reportaron haber experimentado por lo menos un evento a lo largo de su vida. De estas personas, el 58% reportó haberlos experimentados como traumáticos.

A nivel general se encontró que los hombres reportaron significativamente más cantidad de eventos que las mujeres ($U=3.022$, $p<0.01$).

En resumen, las interpretaciones realizadas con el CET-V son fiables y validas para el estudio del trauma en la población universitaria en Venezuela.

INTRODUCCIÓN

El trauma es definido por el DSM-IV como un evento en el que están presentes ambos de los siguientes criterios: "(a) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (criterio A1), y (b) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso" (criterio A2; p. 439).

Éste es un fenómeno de relevancia psico-social, ya que las personas están expuestas a diversas situaciones que amenazan su integridad o la de otros tanto en la dimensión física como en la psicológica y esto conlleva la aparición de múltiples síntomas.

Para poder determinar la prevalencia y tener un mayor entendimiento del comportamiento de este fenómeno en la población, los investigadores han desarrollado diversos instrumentos válidos y confiables que miden los eventos potencialmente traumáticos (Norris y Hamblen, 1994).

Por ejemplo, en diversas investigaciones en la población norteamericana se ha encontrado que aproximadamente el 72% de los sujetos reportan haber experimentado por lo menos un evento traumático (Green, Goodman, Krupnick, Corcoran, Petty y Stockton, 2000; c.p. Lis-Turlejska, 2008, Goodman, Corcoran, Turner, Yuan and Green, 1998).

Hasta el momento, no existen estudios en Venezuela que permitan conocer cómo es la exposición al trauma en esta población, principalmente por no tener un instrumento especialmente diseñado según las características de esta cultura para medir el fenómeno de una manera válida y confiable.

Los instrumentos disponibles han sido elaborados principalmente en Estados Unidos y Europa (Bahamonde, 2006) sin considerar las diferencias transculturales que se pueden presentar en cuanto a las vivencias que se consideran traumáticas en los diferentes contextos (Bracken et al., 1995; Breslau, 2004; Miller, Kulkarni y Kushner,

2006[a]; Summerfield, 1999; Wessells y Monteiro, 2004, c.p., Miller, Omidian, Kulkarni, Haqmal y Rasmussen, 2009).

Es por esto que la presente investigación tiene por objetivo elaborar y analizar psicométricamente el Cuestionario de Eventos Traumáticos-Venezuela (CET-V) que permitirá detectar la exposición a lo largo de la vida de una variedad de eventos traumáticos específicos a la cultura venezolana en una muestra de estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello.

Como plantean Norris y Hamblen (1994), debido a la naturaleza del fenómeno a estudiar, la fortaleza de los instrumentos diseñados debe estar en la selección de los eventos que han probado en las investigaciones científicas tener un basamento teórico y empírico contundente para ser considerados como traumáticos.

Los autores han intentado apegarse a estos criterios, sin embargo la mayoría de los instrumentos miden solo el criterio A1. Por lo tanto el CET-V presenta una ventaja en comparación con estos instrumentos ya que se basa en la definición propuesta por el DSM-IV midiendo ambos criterios.

Más allá de esta consideración que aporta una fortaleza importante al CET-V, se han tomado en cuenta otros criterios válidos y pertinentes encontrados en la bibliografía en la construcción del instrumento como son: (a) distinción entre ser víctima, testigo o haber sido amenazado, (b) inclusión de eventos ocurridos en la infancia o en la adultez, e (c) inclusión de una pregunta abierta.

Sin embargo, por la subjetividad que implica el autoreporte y la vivencia personal de cada evento, el fenómeno a estudiar es bastante complejo. Es probable que los sujetos valoren ciertos acontecimientos como traumáticos y que el CET-V no los contemple. Además, que presenten dificultades con el formato de respuesta y que algunas respuestas se vean influidas por la deseabilidad social.

Otra limitación encontrada en el estudio se refiere al uso de la Lista de Chequeo de Síntomas de los Ángeles (LASC) de King, King, Leskin y Foy (1987) (King y cols 1995 c.p Minardi y Paoli, 2002), usada para la validación del CET-V. Si bien esta escala ha sido utilizada en dos estudios reportados en Venezuela, la misma no ha sido validada en esta población y posiblemente requiera de una adaptación y estudio psicométrico

completo, lo que explicaría el comportamiento poco claro que tuvo dicho instrumento en este estudio.

Dado que este estudio se enmarca dentro de la psicología clínica, se espera que los resultados que se obtengan permitan dar apertura a una nueva línea de investigación en el área del trauma en el contexto venezolano. A través de esta línea de investigación se podrían implementar intervenciones destinadas a aliviar el sufrimiento y mejorar la calidad de vida y por tanto disminuir las posibilidades de enfermedades futuras en la población traumatizada de Venezuela.

MARCO TEÓRICO

Trauma es una palabra heredada por la psicología de la medicina y especialmente de la cirugía. Etimológicamente viene del griego "herida" que a su vez se deriva de "perforar" (Laplanche y Pontalis, 1967; cp. Pérez, 2002). Esta concepción biologicista está conformada por tres elementos, (a) un choque violento que proviene de un agente externo al organismo, (b) una efracción provocada y (c) una serie de consecuencias sobre el conjunto de la organización (Béla Széleky, 1958; cp. Pérez, 2002).

En psicología, trauma significa ruptura, un fracaso de las capacidades de integración, una discontinuidad en la vida psíquica (Ceverino, 2007).

Desde que se conceptualizó el trauma como fenómeno, se han postulado dos tipos generales de definición. La primera postura, propone que el "trauma" se refiere al evento, y no necesariamente a la reacción, y su uso debería ser reservado para los eventos que son psicológicamente abrumadores para el individuo. La segunda postura, considera que el concepto de trauma es usado para referirse tanto a los eventos negativos que producen angustia, como al estado de ansiedad que producen dichos eventos (Briere y Scott, 2006).

La primera postura ha sido apoyada por autores como Bryan-Davis, (2005); Herman, (1997); Naparstek (2004). Estos proponen que el trauma es un evento que se caracteriza por ser violento. Que puede referirse a diferentes tipos de violencia como: física, las lesiones graves en un accidente automovilístico y/o los hogares violentos. El término también abarca la violencia crónica, las persistencias de las condiciones que llevan a largo plazo las experiencias de impotencia y falta de control. Incluso la vida en la pobreza puede ser considerada como casos de violencia.

La segunda postura es apoyada por varios autores, siendo dos de ellos Briere y Scout (2006) que proponen que un evento es traumático si es extremadamente inquietante y al menos, temporalmente, abruma los recursos internos del individuo (Briere, 2004; cp. Briere y Scout, 2006).

También dentro de esta postura se ha definido el trauma como una experiencia que: (a) pone en peligro la salud y el bienestar de un individuo , (b) crea un enorme temor de que uno mismo o un ser querido está a punto de sufrir lesiones graves o muerte; (c) abruma a la persona y sus mecanismos de adaptación; (d) altera significativamente el funcionamiento de la persona, (e) indica que el mundo es un lugar incontrolable e impredecible, y supone un esfuerzo que es particularmente grave y excede a los recursos normales para hacerle frente (Cordon, Pipe, Sayfan, Melinder y Goodman, 2004).

El Manual Estadístico y Diagnóstico de Desórdenes Mentales en su cuarta edición (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994) se apega más a la segunda postura.

En este manual diagnóstico se consideran dos criterios para evaluar trauma: "(a) la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado [experiencia vicaria] uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás (criterio A1), y (b) la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intenso" (criterio A2; p. 439).

Estos criterios han sido tomados en cuenta por los investigadores para llegar a un consenso de cuando un evento puede ser traumático. Esto se ha hecho ya que ha sido difícil para los autores trazar una línea entre los eventos que son traumáticos y otros eventos estresantes indeseables. Este es un punto crítico tanto para la validez de contenido como la de constructo de aquellos instrumentos que pretenden medir el trauma, ya que por lo general estos tipos de validez han sido establecidos más conceptual que empiricamente (Wilson, 1994; cp. Norris y Hamblen, 1994).

Por tanto, en estos instrumentos han sido incluidos diferentes eventos. En primer lugar, se ha considerado como traumático los desastres naturales los cuales Briere y Scout (2006) definen como un evento ambiental de gran escala y no directamente causado por el hombre que produce la muerte o grave lesión y que afecta negativamente a un número significativo de personas.

Los típicos desastres naturales incluyen terremotos, incendios, inundaciones, avalanchas, huracanes, tornados y erupciones volcánicas. El grado de las lesiones físicas,

miedo a la muerte, y pérdida de propiedades durante el desastre parecen ser los aspectos más traumatizantes de estos eventos (Brierre y Elliott, 2000; Maida, Gordon, Steinberg y Gordon, 1999; Ursano, Fullerton, y McCaughey, 1994; cp. Briere y Scout, 2006).

En segundo lugar, se encuentra la violencia interpersonal masiva la cual se refiere a la violencia interpersonal que involucra un alto número de lesiones o víctimas pero no ocurre en un contexto de guerra. Incluye ataques terroristas a lo largo del mundo así como violaciones a los derechos humanos por regímenes totalitarios (Briere y Scout, 2006).

En tercer lugar, se incluyen los accidentes de transporte a gran escala tales como accidentes de líneas aéreas, descarrilamiento de trenes, y accidentes marítimos. Estos eventos generalmente involucran múltiples víctimas y altas tasas de mortalidad. Aunque la incidencia de tales acontecimientos no es fácil de determinar, los accidentes de transporte a gran escala pueden ser especialmente traumáticos para los sobrevivientes, ya que el rescate de las personas se puede extender por un largo período de tiempo, durante los cuales las víctimas son expuestas a un terror y miedo a la muerte continuos (Briere y Scout, 2006).

En cuarto lugar, se consideran los accidentes de vehículo a motor ya que la mayoría de las personas que han sufrido estos accidentes desarrollan perturbaciones psicológicas significativas, especialmente si el accidente involucra graves lesiones o resulta en la muerte de otros. En este último caso, el dolor y la culpa pueden aumentar los efectos psicológicos subsecuentes (Briere y Scout, 2006).

En quinto lugar, se encuentran la violación y el asalto sexual. La violación puede ser definido como el sexo oral, penetración anal o vaginal no deseada por un adolescente o adulto (en caso de ser un niño se considera también el abuso haciendo uso de la amenaza o uso de fuerza física, o cuando la víctima es incapaz de dar su consentimiento: por ejemplo, cuando se encuentra bajo la influencia de drogas o alcohol) (Briere y Scout, 2006).

El asalto sexual y la violación pueden ser eventos particularmente devastadores y traumatizantes, y son factores de riesgo sustancial para el Trastorno de Estrés

Postraumático (TEPT) entre las mujeres en la población general (Kesseler et al., 1995; cp. Briere y Scout, 2006).

En sexto lugar, se toma en cuenta el asalto físico cometido por un extraño. Este se refiere a atracos, palizas, apuñalamientos, disparos, intento de estrangulación, y otras acciones violentas en contra de una persona no muy conocida para el agresor. Comúnmente el motivo para tales agresiones es un robo o la expresión de ira.

Por último, en el DSM-IV-TR (2000; cp. Briere y Scout, 2006) se incluyen como eventos traumáticos ser secuestrado, haber sido tomado como rehén, ataques terroristas, tortura, enfermedades muy graves, al igual que ser testigo de una muerte o lesión grave causada por un asalto violento, accidentes, guerra o desastre

Como se plantean en el DSM-IV-TR (2000 cp. Briere y Scout, 2006) las personas no sólo pueden experimentar trauma si son víctimas directas del evento traumático, sino que también puede ser traumatizante el ser víctima indirecta del evento.

Las víctimas indirectas son las personas que han sido testigos directos del trauma sin haber sido, a pesar de ello, afectados personalmente. Las víctimas indirectas pueden tener grados diferentes de relación con la víctima directa; así, pueden ser familiares, amigos o vecinos o pueden estar implicados profesionalmente en el acontecimiento (policías, bomberos, personal sanitario o de emergencias, etc) (Ceverino, 2007).

Aunque se pensaba que la repercusión del acontecimiento traumático es menor en las víctimas indirectas sin relación estrecha con la víctima directa (bien por parentesto, bien por amistad) y que los profesionales implicados en el acontecimiento se encontraban en cierta forma protegidos precisamente por su identidad profesional, la experiencia de las recientes catástrofes han puesto en cuestión esta hipótesis (Baca Cabanas y Baca-García, 2003; cp. Ceverino, 2007).

La afectación de las personas que entran en contacto con la víctima y que pueden experimentar trastornos emocionales y ser víctimas indirectas y secundarias del trauma ha sido denominada "traumatización secundaria" (Sánchez, 2003; cp. Ceverino, 2007).

La exposición a la violencia interpersonal, tales como el homicidio, pueden crear en los jóvenes graves reacciones emocionales y traumáticas (Vigil y Clements, 2003; cp. Clements, Asaro, Henry y McDonald, 2005).

Ciertamente, los jóvenes que son testigos de asalto sexual, asesinato o que se encuentran con el cádaver de un ser querido que además ha sufrido una violación sexual, puede tener respuestas significativas relacionadas con el temor por su propia seguridad o para la seguridad, la estabilidad, y la estructura de su entorno familiar (Vigil y Clements, 2001; Vigil y Clements, 2001; cp. Clements, Asaro, Henry y McDonald, 2005).

Diamond y Muller (2004) llevaron a cabo un estudio donde exploraron la asociación entre ser testigos de violencia doméstica y tener síntomas de psicopatología en personas que nunca fueron víctimas directas de abuso sexual o físico. La muestra estuvo conformada por 1003 canadienses estudiantes de psicología que fueron divididos en cuatro grupos, un grupo estuvo conformado por aquellos que habían sido testigos de violencia doméstica tanto física como psicológica, un segundo grupo estuvo conformado por aquellos que fueron testigos de violencia doméstica de alto grado, el tercer grupo se conformó por testigos de violencia doméstica de menor grado y el cuarto grupo (control) se conformó por personas que no habían sido testigos de ningún tipo de violencia doméstica.

Los autores encontraron a través de correlaciones lineales, que el ser testigo de violencia doméstica tanto física como psicológica estaba asociado significativamente ($r=0,42$ $p<0,01$) con el total de síntomas del TEPT en los hombres independientemente de si la agresión provenía del padre hacia la madre o viceversa. Además, realizaron un análisis de regresión múltiple a través del cual encontraron que el total de síntomas de TEPT en hombres se podía predecir de manera significativa ($\beta=0,41$ $p<0,01^{**}$) cuando estos sujetos eran testigos de violencia doméstica de tipo psicológico ejecutada del padre hacia la madre (Diamond y Muller, 2004).

Estos resultados muestran la importancia de incluir la evaluación de la modalidad de testigo en los instrumentos que son elaborados para medir el trauma.

Además, de tomar en cuenta la distinción de víctima directa e indirecta se ha considerado distinguir eventos naturales de los generados por el hombre. Algunos

instrumentos que miden trauma han buscado abarcar estos tipos de eventos. Dentro de los eventos naturales se encuentran incendios, inundaciones, terremotos o temblores, etc y dentro de los provocados por el hombre estan robos, violaciones, accidentes, entre otros.

Además, se ha encontrado que estos instrumentos incluyen eventos que no son naturales ni provocados por el hombre como recibir el diagnóstico de una enfermedad grave, el cuidado de un familiar enfermo, muerte súbita de un familiar, entre otros, que igual que los anteriores son potencialmente traumáticos (Norris y Hamblen, 1994).

Además de esta clasificación de eventos, Terr (1991 cp. Solomon y Heide, 1999) propuso que hay dos tipos básicos de trauma los cuales denominó Tipo I y Tipo II. El trauma Tipo I es el resultado de un solo evento, como puede ser una violación o presenciar un asesinato. Los sobrevivientes del trauma Tipo I que sufrieron el evento a la edad de tres o más años generalmente recuerdan completamente la experiencia. Estos individuos tienen dificultades a la hora de tratar de entender lo que pasó. Además, ellos pueden experimentar errores perceptuales tales como, alucinaciones visuales o disociación temporal.

El trauma Tipo II "es el resultado de la exposición repetida a eventos externos extremos" (Terr, 1991, p.15; cp. Solomon y Heide, 1999). Los sobrevivientes de este tipo de trauma generalmente recuerdan por lo menos parte de la experiencia. Los niños que sufren trauma Tipo II pueden usar la negación masiva, represión, disociación, identificación con el perpetrador y autoagresión como mecanismo de afrontamiento. Estos niños con frecuencia son diagnosticados con desórdenes de conducta, déficit de atención, depresión o un desorden disociativo.

Adicionalmente, Solomon y Heider (1999) propusieron dividir al trauma Tipo II en dos categorías: trauma Tipo II y trauma Tipo III; siendo el trauma Tipo II el resultado de múltiples eventos y el Tipo III la consecuencia de múltiples eventos violentos ocurridos a una edad temprana.

El trauma Tipo III es más extremo, pues resulta de múltiples eventos violentos y pervasivos que comienzan a una edad temprana y continúan durante años. Generalmente la fuerza es utilizada y el abuso tiene una cualidad sádica. Así mismo, el niño puede ser

amenazado con ser torturado con su muerte o la muerte de otro significativo. Los individuos que sobreviven al trauma Tipo III sufren efectos psicológicos más severos que requieren de diferentes estrategias y tratamientos con respecto a aquellos que sufren trauma Tipo I y Tipo II.

Otros autores se han dedicado a estudiar las reacciones de las personas ante los eventos traumáticos y han determinado que se dan en varias etapas. Caplan (1974; cp. Ceverino, 2007) plantea que la primera fase se denomina Shock o Impacto agudo, y se da cuando algo ocurre, generalmente de manera súbita, o por lo menos, eso le parece al sujeto, que se siente afectado profundamente, sin poder evitarlo ni superarlo de la manera habitual en que hace frente a otros problemas.

Junto al estrés propio de la situación, se añaden pronto sentimientos de confusión e impotencia, desamparo y desvalimiento. Inicialmente, cada individuo reacciona según sus pautas características de reactividad al estrés, entre las que predominan la ansiedad, la irritabilidad y las manifestaciones psicosomáticas (Baca, Cabanas, Baca-Garcia, 2003; cp. Ceverino, 2007).

La segunda fase es llamada desorganización crítica y se da cuando todas las estrategias habituales de afrontamiento y resolución de problemas fallan, la tensión emocional aumenta, hasta niveles insoportables. En este estado, diversas actividades pueden ser emprendidas, no para mejorar las cosas o resolver la situación, sino, simplemente, para escapar de ella para descargar la tensión acumulada. Así, no son infrecuentes en esta fase conductas psicopáticas o abuso de tóxicos, conductas autodestructivas y alteraciones emocionales bruscas.

Característicamente, el sujeto despliega también actividades de búsqueda de ayuda, que pueden ser apropiadas y bien programadas, o "gritos de socorro" ineficaces y atropellados. Según empieza a hacerse evidente la insuficiencia de los recursos personales, y su disparidad con las exigencias de la situación, cada vez se hacen más prominentes sentimientos depresivos de indefensión y fracaso (Baca, Cabanas, Baca-Garcia, 2003; cp. Ceverino, 2007).

La tercera fase es la resolución. Esta fase es el núcleo central de la crisis, en la que se toma una decisión, que puede significar la salida a través de la creación de nuevos

recursos personales y de un crecimiento interno apresurado, o, por el contrario, a través de la consolidación de mecanismos mal adaptativos de evitación y retraimiento (Baca, Cabanas, Baca-Garcia, 2003; cp Ceverino, 2007).

Por último, está la cuarta fase que es la retirada final, que depende de si la crisis se resuelve o no en las fases anteriores. En este momento ya pueden evidenciarse alteraciones psicopatológicas postraumáticas de diversa presentación y evolución (Baca, Cabanas, Baca-Garcia, 2003;cp. Ceverino, 2007).

Algunos autores postulan que los eventos traumáticos pueden desencadenar estrés, este fenómeno se define como una dureza, aflicción o tensión que se ejerce sobre estructuras mecánicas (Carlson, 1996; cp. Angelluci, 2006). Para autores como Lazarus y Folkman (1986; cp. Angelluci, 2006) y Fernández-Abascal (1999; cp. Angelluci, 2006) el término estrés como se utiliza en la física hace referencia a la fuerza que actúa sobre un objeto (cuerpo inactivo o pasivo) y que, al sobrepasar una determinada magnitud, produce una deformación, estiramiento o destrucción de dicho objeto. La magnitud y probabilidad de deformación del objeto dependerá de las cualidades de ese objeto y de la intensidad de la fuerza que sobre él se ejerce.

En la teoría de respuesta al estrés hay dos respuestas comunes ante éste, que involucran intrusión y evasión. Estas dos respuestas tienden a alternarse durante el mismo período. El comportamiento evasivo sirve para restaurar el equilibrio emocional, prevenir el desbordamiento emocional y la desorganización cognitiva. Sin embargo, los esfuerzos de defenderse son interrumpidos por las experiencias intrusivas que lleva a un estado de pavor. Para restablecer la estabilidad, las personas reaccionan con un control defensivo mayor. A pesar de que la evasión de los pensamientos dolorosos puede reducir el estado de miedo, dicha evasión también puede prevenir la adaptación a la experiencia traumática y llevar a un estrés postraumático persistente (Horowitz, 1976; Janis, 1969; Lazarus, 1966 y Linderman, 1964; cp. Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979).

Esta perturbación se puede observar cuando el grado de actividad de la persona es limitado (Herman, 1997); ya que la energía es utilizada simplemente en seguir a través de los días, hacer frente a las preocupaciones diarias, desviando la energía de las actividades cognitivas. La visión de futuro se ve disminuida, puede ser posible que la

persona se "congele" usando esto como un mecanismo de protección a través del cual el individuo se vuelve pasivo y no ejerce en absoluto ninguna energía. La mejor estrategia es no hacer nada según este autor, con la esperanza de que tal vez la agitación que vive la persona pasará (Horsman, 2000; cp. Cordon, Pipe, Sayfan, Melinder y Goodman, 2004).

Por otra parte, se ha postulado que a pesar de que los conceptos de estrés y trauma están asociados, corresponden en realidad a fenómenos distintos. El estrés implica siempre una dinámica de resistencia, tensión y lucha, que persiste mientras los factores externos lo exigen, o mientras dura la resistencia del organismo. El trauma indica ya una ruptura, un fracaso de las capacidades de integración, una discontinuidad en la vida psíquica. Para que un estrés se convierta en traumático, es necesario que su intensidad o su naturaleza superen las capacidades de procesamiento del sistema nervioso, dando lugar a disrupciones permanentes en la organización del mundo interno (Ceverino, 2007).

El estrés como respuesta al trauma se ha incorporado como un trastorno clínico en los manuales diagnósticos hace relativamente poco tiempo. Inicialmente en el DSM (1952; cp. Hyman y Snook, 2002) se planteó como un desorden de personalidad situacional denominado Reacción de Estrés Severa (Gross Stress Reaction; GSR), en donde se producía un cuadro de respuestas de estrés difíciles de tolerar que conllevaba a un progresivo "desorden neurótico".

En el DSM-II (1968; cp. Hyman y Snook, 2002) se reclasificó la categoría reacción de Estrés Severa como Reacción de Ajuste de la Vida Adulta. Esta clasificación no coincide con la formulación anterior en el DSM, puesto que no contiene la sintomatología del síndrome de estrés.

Esto se debe a que la publicación del DSM-II se realizó durante la guerra de Vietnam, que propició el estudio de adultos combatientes y los efectos psicológicos que estos sufrían producto de la guerra. El debate político acerca de las concepciones sobre las respuestas postraumáticas producto de la guerra de Vietnam, se prolongó por más de diez años; durante este período, los profesionales de la salud mental se dedicaron a la

investigación y recolección de historias de casos acerca de las reacciones postraumáticas ante eventos estresantes extremos (Hyman y Snook, 2002).

Por último, el DSM-III (1980; cp. Hyman y Snook, 2002) introdujo el término de Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT); el cual tuvo como principal característica la inclusión del Criterio A (presencia de un estresor reconocible que causa el estrés), marcando la pauta para diferenciar al Trastorno de Estrés Postraumático de otros trastornos mentales y dándole cabida al hecho de que el TEPT sea una reacción normal ante circunstancias anormales que pueden afectar a cualquier individuo. En el DSM-IV (APA, 1995) se mantiene esta concepción y se amplían los criterios diagnósticos para conformar un síndrome definido denominado Síndrome de Estrés Postraumático.

Esta última versión del DSM, utiliza para el diagnóstico del Síndrome de Estrés Postraumático, tres grupos de síntomas que incluyen: (a) un síntoma de reexperimentación del evento traumático, (b) tres síntomas que implican la evasión de todo lo relacionado con la situación donde se vivió el evento en cuestión y (c) dos síntomas referidos al incremento del nivel de activación (APA, 1995).

La primera categoría, denominada *re-experimentación*, hace referencia a aquellos momentos en los que un individuo reexperimenta sentimientos y pensamientos asociados con eventos traumáticos. Dentro de esta categoría se incluye el reexperimentar eventos traumáticos a través de pensamientos y sueños recurrentes e intrusivos, reactividad física o psicológica intensa, y distrés psicológico y fisiológico al ser expuesto a eventos que son similares a uno a más aspectos de la experiencia traumatizante.

Una segunda categoría denominada *evitación y embotamiento*, se presenta en forma de sentimientos de desapego o enajenación, disminución en la afectividad y dificultades en la concentración.

La tercera categoría, denominada *arousal,* se asocia con síntomas que incluyen dificultades para dormir, irritabilidad y enojo, problemas de concentración, hipervigilancia, respuesta de sobresalto exagerada y reactividad psicogenética ante la exposición a estímulos asociados a eventos traumáticos (APA, 2000).

A partir de estas categorias, Yoshihama y Horroks (2002), realizaron un estudio en el cual midieron la frecuencia de este grupo de síntomas (a, b, c) debido a la ocurrencia de violencia doméstica vivenciada en mujeres americanas descendientes de inmigrantes japoneses.

La muestra estuvo compuesta por un grupo escogido al azar de 211 mujeres, a las cuales se les administró una versión de la escala Nacional Women´s Study PTSD Module (NWS-PTSDM), obteniendo a partir de su análisis, que la violencia doméstica más frecuentemente asociada con el estrés postraumático fue la violencia emocional por sobre la física. Los grupos de síntomas asociados con violencia doméstica fueron únicamente los referidos a la reexperiementación y la evasión de la situación traumática, pues se obtuvo que los síntomas correspondientes al incremento del nivel de activación estén relacionados con el estrés en general, no siendo respuestas características ante la violencia de la pareja.

Por otra parte, algunas investigaciones se han enfocado hacia la determinación de la prevalencia del estrés postraumáticos. Los primeros estudios que se hicieron con estudiantes universitarios fueron hechos en Estados Unidos utilizando el Cuestionario de Eventos Traumáticos (TEQ: Traumatic Events Questionnaire), y se halló que el 84% de los estudiantes universitarios estuvieron expuestos al menos a un evento traumático en sus vidas (Vrana y Lauterbach, 1994; cp. Lis-Turlejska, 2008).

Bernat, Ronfeld, Calhoun y Arias (1995; cp. Lis-Turlejska, 2008) evaluaron a 937 estudiantes universitarios (68% mujeres y 32% hombres) con el Cuestionario de Evaluación de Traumas en Adultos (TAA: Trauma Assessment for Adults). Además de los reactivos referidos a eventos traumáticos como combate, acoso físico y sexual, enfermedades graves y presenciar la muerte o maltrato de otra persona, los autores agregaron preguntas sobre abuso físico en la infancia y sobre algún evento que la persona quisiera describir.

Encontraron que el 67% de los estudiantes reportaron la experiencia de por lo menos un evento traumático de gran magnitud, el 35% reportó la experiencia de un desastre natural, y eventos como accidentes, presenciar la muerte o maltrato de alguien y

coerción sexual durante la adolescencia presentaron una prevalencia del 31,9%, 22% y 21,5%, respectivamente.

Asimismo, Goodman, Corcoran, Turner, Yuan and Green (1998) estudiaron a otro grupo de 195 estudiantes universitarios estadounidenses usando su Cuestionario de Detección de Eventos Estresantes de la Vida (Stressful Life Events Screening Questionnaire: SLESQ). Hallaron que el 72% de los participantes reportaron cuando menos un evento traumático. Las mujeres resultaron tener significativamente más probabilidades que los hombres de experimentar acoso sexual, mientras que los hombres tenían más probabilidades que las mujeres de experimentar acoso físico o lesiones graves.

En otro estudio donde se utilizó el SLESQ para evaluar a 2.507 mujeres estudiantes universitarias estadounidenses, se encontró que el 65% de las participantes reportaron al menos un evento traumático y el 38% reportaron dos o más tipos de evento (Green, Goodman, Krupnick, Corcoran, Petty y Stockton, 2000; cp. Lis-Turlejska, 2008).

Lis-Turlejska, (2008) evaluó a 475 estudiantes universitarios polacos (69,4% mujeres y 31,1% hombres) con el SLESQ y encontró que los hombres reportaban un mayor número de eventos traumáticos que las mujeres ($t=3,12$; $p<0,001$). Asimismo, evidenció diferencias de género en cuanto a la prevalencia de los diferentes tipos de trauma, siendo las mujeres más propensas al abuso sexual ($t=7,16$; $p<0,01$), y los hombres más propensos al robo ($t=63,56$; $p<0,001$), amenazas con armas ($t=23,41$; $p<0,001$) y acoso o abuso físico en la adultez ($t=12.5$; $p<0,001$).

Igualmente, en otra investigación se encontró que hay distinción por género en cuanto a los tipos de traumas. Los hombres de la población estudiada, con frecuencia estaban traumatizados por accidentes, guerras, las agresiones y los desastres naturales; esto muestra que el abuso en la infancia es la causa más frecuente de traumas en las mujeres (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, y Nelson, 1995), entre el 17 y el 33% de las mujeres en la población general informa historias de abuso físico-sexual (Finkelhor, Hotaling, Lewis, & Smith, 1990; Kessler et al., 1995).

En una muestra de estudiantes universitarios españoles víctimas de diversos acontecimientos traumáticos; se encontró que pertenecer al sexo femenino (32%) era una de las variables que influía en el desarrollo de la sintomatología, en comparación con los hombres que obtuvieron sólo un 20,8% (Martín y de Paúl, 2004).

Esta diferencia en la prevalencia del trastorno en cuánto al género, también se encontró en una investigación realizada en pacientes psicóticos hospitalizados donde se evidenció una incidencia dos veces superior en pacientes femeninos, que habían padecido de abuso de sustancias en algún momento de su historia y que sobre todo, habían sido sometidas en edades tempranas a eventos traumáticos relacionados con abuso físico y sexual. El riesgo además, se incrementaba si los pacientes eran más jóvenes y si el trauma todavía estaba presente a través de los síntomas (Neria, Bromet, Sieevers, Lavelle y Fochtman, 2002).

Esto último es confirmado por Bromet, Sonnega y Kessler (1998) porque hallaron que la edad de la víctima durante la ocurrencia del acontecimiento también parecía influir, con una mayor presencia de malestar psicológico en aquellas víctimas de acontecimiento ocurridos entre los 12 y 15 años de edad.

Igualmente, Mueser y cols. (1998), hallaron que las mujeres presentaban síntomas de TEPT en un 11.3% en comparación con el 6% de probabilidad de los hombres para desarrollar dicho cuadro. Sin embargo, cuando los autores analizaron la ocurrencia de eventos estresores en la vida de los sujetos distinguiéndolos por sexo, encontraron que las mujeres reportan haber estado menos expuestas a diferentes eventos traumáticos en comparación con los sujetos masculinos que obtuvieron un mayor reporte de exposición a situaciones de esta índole. Por lo que, los autores concluyen que las mujeres presentan una mayor vulnerabilidad para desarrollar este cuadro clínico, aunque sean menos expuestas a situaciones estresantes.

La vivencia de determinadas situaciones traumáticas, principalmente los malos tratos infantiles y las agresiones y abusos sexuales, también aumentaban el riesgo de psicopatología en la muestra analizada. Por ejemplo, Yoshihama y Horrocks (2002), encontraron que el abuso físico y/o sexual en la infancia aumentaba la probabilidad de

desarrollar síntomas de estrés postraumático en la mayoría de las mujeres maltratadas física y emocionalmente por sus parejas.

En este sentido, Briere y Scout (2006) plantean que aunque la mayoría de los actos de violencia en las relaciones están dirigidos en mayor medida hacia las mujeres que hacia los hombres, lo opuesto parece ser cierto para los asaltos físicos de un extraño (Briere y Scout, 2006).

Para sintetizar los datos sobre la prevalencia por género del trauma y del estrés postraumático, se debe hacer mención a un importante meta-análisis que resume gran parte de las investigaciones sobre trauma y estrés postraumático de los últimos 25 años, buscando responder a las preguntas: ¿son las mujeres más propensas que los hombres a cumplir con los criterios diagnósticos del Trastorno por Estrés Postraumático?, ¿son las mujeres más propensas a experimentar eventos traumáticos que los hombres? Y ¿existen diferencias de género en cuanto al tipo de experiencia traumática? (Tolin y Foa, 2006).

Tras la evaluación y análisis de 290 artículos publicados encontraron que efectivamente, las mujeres cumplen los criterios para el TEPT en mayor medida que los hombres (OR=1,98; p<0,001; FSN=3.883). Además encontraron que los hombres reportaban los eventos traumáticos significativamente más que las mujeres (OR=0,77; p<0,001; FSN=475).

En cuanto a la tercera pregunta los autores hallaron que es cierto que los hombres reportan más de una historia de trauma que las mujeres pero sólo en determinadas categorías de eventos: accidentes (OR=0,67; p<0,001; FSN=2.186), acoso no sexual (OR=0,62; p<0,001; FSN=23.491), guerra, terrorismo o combate (OR=0,28; p<0,001; FSN=2.641), desastre natural o fuego (OR=0,80; p<0,001; FSN=403), testigo de muerte o lesión fuerte (OR=0,80; p<0,001; FSN=7.831) y enfermedad (OR=0,68; p<0,001; FSN=217).

Por su parte, las mujeres reportan más eventos traumáticos que los hombres para las categorías de: acoso sexual en adultos (OR=5,99; p<0,01; FSN=12.751) y abuso sexual en la infancia (OR=2,66; p<0,01; FSN=3.910).

Debido a estos hallazgos encontrados en múltiples investigaciones, son objetivos de la presente investigación observar si en la población universitaria venezolana si se da

esta diferenciación por género en cuanto al número y tipo de eventos traumáticos reportados.

Por otra parte, algunos autores han planteado que muchos individuos en ambientes clínicos o de investigación han experimentado más que sólo un gran evento traumático en sus vidas. Alguna de la sintomatología reportada, aparentemente refleja los efectos combinados de estas experiencias, en lugar de la última o más severa exposición a un evento traumático (Breslau, Chilcota, Kessler, Peterson y Lucia, 1999; cp. Briere, Kaltman y Green, 2008)

Algunos estudios reseñados en la literatura (i.e. Cloitre, Cohen, Edelman y Han, 2001; Follette, Polusny, Bechtle y Naugle, 1996; cp. Briere, Kaltman y Green, 2008) indican que la cantidad de traumas experimentados por un individuo a lo largo de su vida predice la severidad de sus síntomas en diferentes áreas tales como estrés postraumático, disociación, ansiedad, depresión, rabia y quejas somáticas.

Dentro de la historia de vida de un individuo la relación que existe entre diferentes traumas y los síntomas puede ser compleja. Autores como Briere, Kaltman y Green (2008) estudiaron la relación entre la exposición a traumas en la infancia y la complejidad de los síntomas presentados en una muestra de 2.453 mujeres, estudiantes universitarias de Washington DC en Estados Unidos. Las participantes completaron el SLESQ y el Inventario de Síntomas del Trauma (Trauma Symptom Inventory: TSI), así como datos demográficos.

Los resultados indican que por lo menos el 27 % de las participantes reportaron un tipo de trauma, un 15 % reportó dos tipos de trauma, el 7 % tres tipos de trauma. Adicionalmente, al controlar el efecto de la edad se encontró un efecto significativo para el número de tipos de trauma ($F=13,79$; $p<0,001$) y se detectó una relación lineal y positiva entre el número de tipos de trauma y la complejidad de los síntomas ($p<0,001$), indicando que en la medida en que una mujer haya experimentado mayor número de traumas, también presentará un mayor número de síntomas. En base a este hallazgo, en la presente investigación se tendrá como una de las hipótesis, determinar si esta relación se evidencia en ambos sexos en la población evaluada.

En otra investigación se encontró que el abuso sexual infantil, puede producir varios síntomas y comportamientos desadaptativos en la adolescencia y la adultez (i.e. abuso de sustancias, conducta sexual indiscriminada, disminución de la conciencia de riesgo por vía de la disociación o negación) que, a su vez, aumentan la probabilidad de victimización interpersonal posterior. Esta traumatización posterior puede dar lugar a nuevos comportamientos y reacciones que son factores de riesgo adicionales para un trauma posterior, así como resultados sobre la salud mental posiblemente aun más complejos (Briere y Jordan, 2004; cp. Briere y Scout, 2006).

Debido a que tanto los traumas infantiles como los de la adultez pueden producir dificultades psicológicas, la sintomatología común en los sobrevivientes adultos puede representar: (a) los efectos de un trauma de la infancia que ha perdurado hasta la adultez, (b) los efectos de un asalto físico o sexual más reciente, (c) los efectos aditivos de traumas de la infancia y asaltos en la adultez (i.e. flashbacks tanto a las experiencias de victimización infantil como adulta), y/o (d) la interacción exacerbada de traumas de la infancia y asaltos en la adultez, tales como respuestas ante el trauma en la adultez específicamente severas, disociadas o auto-destructivas (Briere y Scout, 2006).

En cuanto a la salud física, los estudios de las mujeres veteranas han documentado asociaciones entre el asalto sexual, trastorno de estrés postraumático, y el aumento de problemas de salud física. La investigación preliminar indica que una historia de trauma está relacionada con el aumento del uso de servicios médicos, aunque esto puede depender de la naturaleza del trauma sufrido. Sin embargo, los altos índices de exposición al trauma y trastorno de estrés postraumático entre las veteranas femeninas sugieren que esta población demuestra una mayor necesidad de servicios médicos en comparación con el sector civil (Zinzow, Gaubaugh, Monnier, Suffoletta - Mairle y Frueh, 2007).

La mayoría de los trabajos reportan que entre el 10 y 30% de los adultos que experimentan un trauma emocional desarrollan trastornos de estrés postraumático (Lecrubier, 2004; North, 2004, cp. D´Oarzio, Réquiz, Romero, Anzola, Hernández, Barboza y Teneud, 2005) y otros reportes indican hasta un 60% de presencia del cuadro

(Livanou, 2002, cp. D´Oarzio, Réquiz, Romero, Anzola, Hernández, Barboza y Teneud, 2005).

Como resultado de esto, los individuos que experimentan eventos traumáticos pueden no cumplir con los criterios diagnósticos del TEPT, más sin embargo continúan experimentando reacciones negativas que con frecuencia no son tratadas (Norris y Kaniasty, 1994 cp. Strauser, Lustig y Uruk, 2007).

Además, un 25% de los trabajadores de defensa civil (grupos de búsqueda y rescate) que asisten a poblaciones afectadas por catástrofes, también pueden desarrollar TEPT (Ozen, 2004, cp. D´Oarzio, Réquiz, Romero, Anzola, Hernández, Barboza y Teneud, 2005).

Por otro lado, a nivel nacional, un estudio realizado en la Universidad Central de Venezuela, reporta que un 43% de la población estudiada del Estado Vargas desarrolló el trastorno luego de la catástrofe de 1999 (Canelones, 2004, cp. D´Oarzio, Réquiz, Romero, Anzola, Hernández, Barboza y Teneud, 2005).

Existen otros cuadros clínicos que se presentan de forma aislada o paralela a la aparición del TEPT, por ejemplo, cuadros de ansiedad o depresión, relacionados con la inquietud e inseguridad de los individuos con respecto a la transformación de sus vidas después de perder sus propiedades, seres queridos, entorno o ambiente (Ozen, 2004; Lecrubier, 2004; Canelones, 2004; North, 2004; Livanou, 2002; Favaro, 2004, cp. D´Oarzio, Réquiz, Romero, Anzola, Hernández, Barboza y Teneud, 2005).

Como se ha observado, los investigadores de los trabajos expuestos anteriormente, se han enfocado en determinar la prevalencia de los diferentes tipos de eventos traumáticos en la población tanto clínica como no clínica y así mismo han buscado la relación existente entre estos y la sintomatología que aparece posteriormente.

Existen diferentes factores que influyen sobre la presentación de Estrés Postraumático. Uno de estos factores esta conformado por la cultura, las creencias religiosas que éste posee y la comunidad a la que pertenece. Mazza y Overstreet (2000; cp. Caldas y Cabrero, 2003) relacionaron la exposición a la violencia de la comunidad como un estresor, con los síntomas de internalización relacionados con el TEPT. Encontraron que los sujetos expuestos a situaciones violentas ocurridas dentro de la

comunidad, bien sea como observadores o como víctimas directas, mostraron proporciones semejantes en el número de síntomas correspondientes.

Por esta influencia es importante considerar los contextos socioculturales particulares para la relevancia clinica del trauma y el TEPT (Bracken et al., 1995; Breslau, 2004; Miller, Kulkarni y Kushner, 2006[a]; Summerfield, 1999; Wessells y Monteiro, 2004, cp., Miller, Omidian, Kulkarni, Haqmal y Rasmussen, 2009). Es por esto que en el presente trabajo se pretende darle cabida a diferentes eventos traumáticos que se consideren específicos para la población venezolana, ya que se ha determinado que los eventos no son traumáticos en sí mismos sino que depende de la cultura en donde se presente el evento.

Paez, Ruiz, Gailly, Kornoblit, Wiesenfeld y Vidal en 1996 realizaron una investigación transcultural que buscaba estudiar la relación entre el recuerdo de hechos traumáticos colectivos, las formas de afrontamiento (confrontación o inhibición, revaluación y rumiación) de éstos, el impacto de hechos traumáticos actuales, las dimensiones de estrés post-traumático y la balanza de afectos con la evaluación del clima emocional en seis países de Latinoamérica.

La muestra estuvo compuesta por 520 estudiantes universitarios de psicología de Perú (N=157), Bélgica (N=100), País Vasco (N=55), Venezuela (N=75), Argentina (N=49) y México (N=62). Se les administró un cuestionario que contenía varías escalas: una escala de clima emocional de diez ítems, de estrés postraumático asociado a traumas individuales ocurridos en el último año, de doce ítems, una escala de cuatro ítems referida al recuerdo de hechos colectivos de carácter traumático, y la escala de afectos P.N.A. de Bradburn.

Los hechos traumáticos que afectan a colectividades, son las guerras, la violencia, las violaciones y los daños masivos a propiedades. Específicamente en esta investigación se tomaron en cuenta estos seis países porque presentaban conflictos internos violentos. Existe considerable evidencia a través de las investigaciones epidemiológicas, de que el verse involucrado en este tipo de sucesos produce trastornos asociados al Estrés Post-Traumático (TEPT). Entre un 25 y un 40% de las víctimas o

victimarios en este tipo de hechos, presentan cuadros sintomáticos (Loughrey, Bell, Roody & Curran, 1988; cp., Paez, Ruiz, Gailly, Kornoblit, Wiesenfeld y Vidal, 1996).

Se encontró que no existen diferencias entre países en cuanto a total de traumas colectivos, de tipo político y social. Lo que permite justificar que en el contexto latinoamericano se necesita un instrumento para abordar el fenómeno del trauma que incluya los eventos traumáticos característicos de estos países (Paez, Ruiz, Gailly, Kornoblit, Wiesenfeld y Vidal, 1996). Sin embargo, esto no se ha logrado puesto que no han existido tantos avances en las técnicas o las medidas para evaluar la exposición a los traumas.

Otros factores que influyen sobre la presentación de Estrés Postraumático son la naturaleza, severidad y prolongación de los traumas. Se ha encontrado una baja prevalencia de síntomas cuando el evento traumático se relaciona con desastres naturales, en contraste con los eventos que son provocados por el hombre, como los conflictos bélicos, la permanencia prolongada en campos de concentración o situación de rehenes y ser víctimas u observadores de crímenes (Pynoos y cols., 1987).

En los estudios epidemiológicos revisados se constata la existencia de estos factores y la distribución no azarosa del trastorno en la población (Breslau et al., 1991). La existencia de traumas anteriores, la percepción del acontecimiento traumático como extremadamente grave y la intensidad de la respuesta emocional al mismo, son algunas de las variables que parecen influir en el desarrollo de TEPT.

Estos factores mantienen una relación recíproca entre ellos, es decir, cuanto más severa sea la situación traumática menos impacto tendrán las características individuales y sociales en determinar la naturaleza de la respuesta (Ceverino, 2007).

Debido a todos estos factores, medir el trauma es una tarea compleja; esta tarea requiere de una evaluación sistemática de posibles experiencias traumáticas, así como información sobre el evento: la edad a la que se produjo, la frecuencia, la duración y el autor (Briere y Scout, 2006). Adicionalmente para completar la comprensión de este fenómeno es importante evaluar la presencia de las diferentes categorías de síntomas en la población que ha experimentado eventos traumáticos.

Por esta complejidad, los instrumentos utilizados para evaluar la exposición a los traumas a menudo no incluyen una gama de experiencias, por el contrario, representan con frecuencia una medida de exposición discreta, separada y autónoma de distintos tipos de eventos traumáticos que no necesariamente se adecuan al contexto sociocultural de las poblaciones a las que se administran.

Por lo tanto la presente investigación tiene por objetivo elaborar y analizar psicométricamente el Cuestionario de Eventos Traumáticos - Venezuela (CET-V) que permitirá detectar la exposición a lo largo de la vida de una variedad de eventos traumáticos específicos a la cultura venezolana en una población de estudiantes universitarios.

MÉTODO

Objetivos de la investigación:

General:

Elaborar y analizar psicométricamente el Cuestionario de Eventos Traumáticos-Venezuela (CET-V) que permitirá detectar la exposición a lo largo de la vida de una variedad de eventos traumáticos específicos a la cultura venezolana en una muestra de estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello.

Específicos:

1. Elaborar el CET-V en base a criterios de validez de constructo que permitirá detectar la exposición a lo largo de la vida de una variedad de eventos traumáticos específicos de la cultura venezolana.
2. Obtener indicadores de confiabilidad del CET-V.
3. Obtener indicadores de validez de constructo del CET-V.

Hipótesis de Investigación:

1. Existirá una relación lineal, positiva y significativa entre la primera y segunda aplicación del CET-V, con un intervalo de tiempo de dos semanas.
2. Se esperaran que los porcentajes de acuerdo entre la primera y segunda medida de los items del CET-V sean altos y significativos.

3. Existirá una relación lineal, positiva y significativa entre las medidas del CET-V y del Cuestionario de Detección de Eventos Estresantes de la Vida (SLESQ).
4. Existirá una relación lineal, positiva y significativa entre el número de eventos traumáticos reportados en el CET-V y la cantidad de síntomas reportados en la Lista de Chequeo de Síntomas de los Ángeles (LASC).
5. Las personas que cumplan los criterios A1 y A2 del CET-V en al menos un item, reportarán más sintomas que aquellas que no cumplen ambos criterios.
6. Los hombres reportarán un mayor número de eventos traumáticos que las mujeres.
7. Habrá un mayor reporte de abuso por parte de las mujeres y un mayor reporte de lesiones graves, accidentes, robo y amenazas con armas por parte de los hombres.

Tipo de Investigación:

La presente investigación se basa en la elaboración y análisis psicométrico del Cuestionario de Eventos Traumáticos-Venezuela (CET-V) que permitirá detectar los eventos traumáticos experimentados a lo largo de la vida, con el fin de estimar su capacidad para medir de forma objetiva y estandarizada una muestra de estudiantes. Esta investigación se enmarca dentro de los estudios clásicos psicométricos, debido a la aplicación de herramientas básicas para la estimación de características de una prueba psicológica, tales como la confiabilidad, validez y análisis de ítems (Magnusson, 2005).

Por lo tanto esta, investigación es de tipo no experimental y el diseño es *ex post facto* según el grado de control de las variables, definida por Kerlinger y Lee (2001) como:

> "Búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no tiene control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables. Se hacen inferencias sobre las relaciones entre las variables, sin intervención

directa, de la variación concomitante de las variables independientes y dependiente" (p. 504).

Los diseños *ex post facto* son utilizados en los llamados estudios de campo en los cuáles es difícil lograr un control absoluto de las condiciones que puedan afectar los resultados y específicamente donde no es posible la manipulación de la variable independiente (Arnau, 1982), precisamente porque son llevados a cabo fuera del laboratorio, o como menciona Kerlinger y Lee (2001), en situaciones vitales.

En cuanto a las estrategias de control de variables, sólo se controlará la edad mediante la homogenización de la muestra, a partir de la selección de sujetos que estén dentro del rango de edad de 18 a 25 años.

Población y Muestra:

La muestra piloto estuvo conformada por 192 sujetos, de los cuales 104 fueron de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) y 88 de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Central de Venezuela, con edades comprendidas entre 17 a 34 años. Del total de sujetos 124 fueron mujeres y 68 hombres.

La población para el estudio final fueron todos los estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello. La muestra estuvo conformada por 500 sujetos (274 mujeres, 54.8% y 225 hombres, 45%), con edades comprendidas entre 18 y 25 años, estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) de Caracas.

El tipo de muestreo utilizado para seleccionar a los sujetos fue no probabilístico por cuotas. Este se trata de un muestreo no probabilístico ya que no se utiliza el muestreo aleatorio. Asimismo, se trata de un muestreo por cuotas ya que se conocen los estratos (Escuelas) en los que se divide la población y la proporción de sujetos que representa cada uno (Kerlinger y Lee, 2001). Además, de permitirle al entrevistador que elija arbitrariamente las unidades de la población a entrevistar (Sierra Bravo, 1988).

Los estratos seleccionados correspondieron a las carreras diurnas de la UCAB Ingeniería: 34,6% (174) (Administración: 31,8% (159), Comunicación Social: 17,8% (89), Educación: 11% (54), y Psicología: 4.8% (24). Este tipo de muestreo garantiza que los sujetos seleccionados sean representativos de la población, ya reúne las características de la población que son importantes para la investigación (Kerlinger y Lee, 2001).

Instrumentos:

Desarrollo del Cuestionario de Detección de Eventos Estresantes de la Vida, Stressful Life Events Screening Questionnaire (SLESQ)

El SLESQ es una medida de detección de auto reporte que consta de 13 ítems diseñada para evaluar la exposición a lo largo de la vida a una variedad de eventos traumáticos. Esta medida fue desarrollada en Estados Unidos dentro de un contexto de investigación que requirió que el cuestionario de auto reporte le fuera administrado a un gran grupo de personas para luego aplicarle a un subgrupo de los mismos una entrevista cara a cara de seguimiento. El idioma original de este cuestionario es el inglés, y el propósito de esta medida es identificar lo más rápido y eficazmente todos los eventos traumáticos experimentados por los participantes, al mismo tiempo evitando los eventos que no pueden conceptualizarse como "traumáticos" basándose en el criterio A del diagnóstico del TEPT (DSM IV, APA, 1994; cp. Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Tomando en cuenta la anterior definición los autores crearon un conjunto de 11 categorías de eventos específicos y 2 categorías generales para eventos que pudieran cumplir con el criterio A pero que no quedaron en la categoría especifica. Dichas categorías se basaron en: (a) una revisión de varios cuestionarios de exposición a eventos traumáticos que detectaban bien eventos específicos o un rango de tipos de

eventos y (b) las pruebas pilotos subsecuentes del SLESQ (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

El SLESQ hace menos énfasis que otras medidas de detección en los desastres naturales tales como terremotos, huracanes, inundaciones, etc. y más énfasis en la evaluación específica de eventos traumáticos de naturaleza interpersonal como por ejemplo, robo, abuso sexual, homicidio, etc. (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green (1998), en una universidad del este de Estados Unidos, llevaron a cabo dos estudios pilotos para refinar los ítems contenidos en la medida inicial. Para el primer estudio piloto, lograron diseñar el SLESQ de forma tal que las preguntas fueran conductualmente concretas y específicas. Les administraron la versión inicial a 265 mujeres universitarias. Posteriormente evaluaron las respuestas de las participantes a las preguntas abiertas para evaluar si la información provista era lo suficientemente clara para categorizar los eventos como traumáticos o no traumáticos de acuerdo con la definición y si hubo eventos que fueron reportados en la categorías "otros" que los autores desearan incluir dentro de los ítems estándar. Este estudio piloto resultó en la adición de diversas preguntas que elicitan mayor detalle acerca de eventos específicos, sin embargo no se generaron nuevas categorías de eventos.

En el segundo estudio piloto se le administró el instrumento revisado a una nueva población de 60 hombres y mujeres de estudiantes universitarios, igualmente en Estados Unidos. Dos semanas después 30 de estos participantes completaron nuevamente el cuestionario de auto reporte, y los otros 30 fueron entrevistados en persona acerca de los mismos dominios de eventos usando una entrevista estructurada.

A pesar de que la confiabilidad test-retest fue adecuada, los autores encontraron que el protocolo de entrevista elicitaba un número de eventos traumáticos que no fueron detectados en la medida de detección, particularmente el área de asalto físico. Debido a que el primer estudio piloto fue analizado sólo en mujeres esto pudo haber causado que dicha categoría quedara insuficientemente cubierta. Por lo tanto se modificaron los ítems de detección que se referían a esta debilidad (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

En la versión final del SLESQ a los participantes se les pregunta si han experimentado cada uno de los 11 eventos y se da la oportunidad de que respondan dos preguntas abiertas de todo tipo de experiencia traumática. Si responden afirmativamente, se les pide que provean información adicional (dependiendo del ítem), incluyendo las siguientes: edad (del sujeto y perpetrador), una breve descripción del evento, magnitud de las lesiones, naturaleza de la violencia forzada, si se percibió una amenaza a la vida, relación con el perpetrador, frecuencia de ocurrencia y duración de la continua vivencia traumática (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Descripción del SLESQ

El SLESQ es una medida de detección de auto reporte diseñada para evaluar la exposición a lo largo de la vida a una variedad de eventos traumáticos. Consta de 13 ítems que evalúan 13 eventos: (a) enfermedad grave, (b) accidente grave, (c) robo o asalto, (d) pérdida de un ser querido debida a un accidente, homicidio o suicidio, (e) coito, sexo oral o anal forzado, (f) intento de forzar el coito, sexo oral o anal, (h) caricias sexuales no deseadas, (i) abuso físico en la infancia, (j) violencia doméstica, (k) amenaza con armas, (l) presenciar la muerte de otra persona, (m) otra lesión o amenaza a la vida, y (n) otro evento extremadamente alarmante u horrible (Ver anexo A) (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Las propiedades psicométricas del instrumento se pudieron conocer a partir del estudio de realizado por Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green (1998), con una muestra de 140 estudiantes universitarios los cuáles fueron asignados aleatoriamente a dos condiciones, una test- retest (N=66) y otra cuestionario- entrevista (N=74), donde se contaba con un entrevistador que era experto en clínica y que evaluaba a través de una entrevista estructurada los mismos aspectos del cuestionario. Existió un período de dos semanas entre la primera y la segunda medición.

Con respecto a la confiabilidad, ésta fue evaluada a partir de la correlación del número de eventos reportados en un primer momento y el número reportado en un

segundo momento, a través del índice de test- retest. La correlación obtenida fue de 0.89 lo que indica que la medida del SLESQ es estable en el tiempo (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Además, utilizaron el índice Kappa para medir el acuerdo entre observadores, encontrándose un valor de Kappa por encima de 0,70 tanto en fiabilidad como en validez en la mayoría de los ítems, por lo tanto los ítems que integran el test tienen excelentes propiedades psicométricas (mediana de kappa es 0,73). Sólo cuatro ítems obtuvieron un kappa menor a 0,60: intento de violación, atestiguar un evento traumático, otras lesiones graves o situaciones amenazantes de la vida como un combate militar o vivir en una zona de guerra y otros eventos horrorizantes (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Por otro lado, para establecer la validez, que es la habilidad de la escala para recoger eventos que se encuentren dentro del criterio A1 (eventos traumáticos) en lugar de otros eventos, se evaluó cada ítem aprobado de una submuestra seleccionada sistemáticamente de cuestionarios de detección, en función de la definición conservadora de evento traumático del criterio A1 desarrollada para cada categoría. Las decisiones acerca de los umbrales de eventos traumáticos fueron hechas en consenso por los autores Goodman, Corcoran y Turner (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Para alcanzar el criterio los eventos debían ser amenazantes de la vida, involucrar un nivel significativo de violencia y/o asalto a la integridad física, y haberle ocurrido al participante o a alguien extremadamente cercano a él (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Los participantes endosaron un total de 81 eventos en los 46 cuestionarios de detección seleccionados sistemáticamente. De estos, 69 eventos (85%) fueron evaluados como eventos de tal severidad que cumplían con el criterio A1. Los ítems que fueron más comúnmente reportados y no cumplían con el criterio A1 hacían referencia a pelea entre pares, azote por parte de los padres y enfermedades que no amenazan la vida (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Para evaluar la validez convergente se tomaron los datos obtenidos en la condición cuestionario- entrevista, al correlacionar el número total de eventos reportados en un primer momento (cuestionario) y un segundo momento (entrevista) obtuvieron un índice de 0,77. El índice kappa para la ocurrencia de eventos específicos osciló entre 0,26 para atestiguar una muerte o asalto hasta 0.90 para enfermedades graves y la mediana de Kappa fue de 0.64 (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Para establecer la validez concurrente se comparó las tasas de prevalencia obtenidas considerando la muestra total de 140 sujetos (47 hombres y 93 mujeres) estudiantes universitarios de psicología, con las obtenidas en otros estudios que examinaron la prevalencia de eventos traumáticos. Los eventos más comúnmente experimentados fueron asalto o abuso físico en la infancia (22%), asalto o abuso físico en la adultez (18%), duelo (19%) y accidentes que amenazan la vida (16%) (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Las mujeres fueron significativamente más propensas que los hombres a haber sido molestados ($t=2,03$ $p<0,01$), y haber experimentado un intento de asalto sexual ($t=2,45$ con $p<0,01$). Por su parte los hombres resultaron significativamente más propensos a haber experimentado asalto sexual en la adultez ($t=1,97$ con $p<0,05$), y otras lesiones graves o amenazas a la vida ($t=2,00$ con $p<0,05$) (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Con la excepción de robos, duelos traumáticos y ser testigo de muertes, las tasas de prevalencia para eventos específicos en este estudio fueron bastante consistentes en comparación a las reportadas por Kessler et al. (1995; cp Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998) y Norris (1992; cp. Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998). La prevalencia para los eventos restantes fueron: accidente amenazante de vida (16%), asalto sexual (penetración) (11%), abusos deshonesto (14%), asalto o abuso físico en la infancia (22%), asalto y abuso físico en la adultez (18%) y amenaza con arma (6%).

En otra investigación realizada por Nijenhuis, Van der Hart, Kruger y Steele (2004), encontraron que el SLESQ tiene un Coeficiente de Alpha de Cronbach de 0,62. Además se ha encontrado en otra investigación con muestra de 194 pacientes de

atención primaria, que la confiabilidad test-retest y la validez convergente es adecuada (0,89, valores de kappa de 0,73 y 0,64, respectivamente) (Elhai, Patrick, Anderson, Simons y Frueh, 2006).

Se puede concluir que el SLESQ es un instrumento que, a través de las investigaciones en las cuales se ha utilizado, ha mostrado medir adecuadamente el trauma tal como es definido según el Criterio A1 establecido en el DSM IV, que además ha arrojado resultados de prevalencia similares a los hallados con otros instrumentos.

Por tanto, este cuestionario es una medida válida y confiable de la experiencia de eventos traumáticos. En este sentido se ha obtenido un considerable número de evidencia empírica que ofrecen datos epidemiológicos consistentes en varios países y culturas. Adicionalmente, se caracteriza por ser útil para evaluar todos estos eventos en una población normal que no está en búsqueda de tratamiento (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998).

Siendo esta la población objetivo de la presente investigación, aunado a las bondades psicométricas e importantes hallazgos empíricos, se considera que el SLESQ es un instrumento importante dentro de la línea de investigación del trauma, lo que hace relevante su traducción al idioma castellano para su uso dentro de este trabajo de investigación, lo cual permitirá validar el Cuestionario de Eventos Traumáticos-Venezuela (CET-V) en la población universitaria venezolana.

En conclusión, se pueden condensar las bondades de este instrumento en tres puntos. En primer lugar sus propiedades psicométricas, ya que resulta ser un instrumento válido y confiable (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998). En segundo lugar, es un instrumento que presenta una variedad de evidencia empírica en algunos países y culturas, lo que hace que este cuestionario sea más accesible para los investigadores. (Briere, Kaltman y Green, 2008; Nijenhuis, Van der Hart, Kruger, 2002; Lis-Turlejska, 2008; Elhai, Franklin, Gray, 2008).

Y en tercer lugar, que fue un instrumento diseñado para maximizar el reporte de eventos comprendidos dentro del criterio A1 así como minimizar el reporte de aquellos eventos que no cumplan con este criterio (independientemente de lo horribles que sean), por lo que los autores desarrollaron puntos de corte más conservadores respecto a la

definición de trauma y los hicieron explícitos para garantizar objetividad en la medida del fenómeno (Goodman, Corcoran, Turner, Yuan y Green, 1998). Sobres estas bondades es que versa la selección de este instrumento para ser utilizado dentro de esta investigación.

Lista de Chequeo de Síntomas de los Ángeles (Los Angeles Symtom Checklist: LASC)

La Lista de Chequeo de Síntomas de los Ángeles fue creada por King, King, Leskin y Foy en 1987, la misma consta de 43 items y ha sido utilizada por lo menos durante 15 años, para diagnósticar y estudiar el Trastorno de Estrés Postraumático. Dicha escala sigue los criterios del DSM-III-R, a su vez, permite ser puntuada tanto de manera continua como de manera categórica, lo cual resulta apropiado como una medición general del TEPT, para diversos tipos de muestras y para diversos tipos de traumas, además, dicha escala posee muy buenas propiedades psicométricas (ver anexo B) (King y cols 1995 c.p Minardi y Paoli, 2002).

Los ítems fueron agrupados en base a seis categorias obtenidas sobre la información arrojada por el DSM-III-R (características asociadas a los síntomas y sus complicaciones). Se encuentran ítems relacionados con: (a) reexperimentación, (b) evitación y apatía, (c) sobreexitación, (d) funciones físicas, apetito, (e) competencias sociales, (f) otros síntomas relacionados (hostilidad, depresión, tendencias suicidas). De los 43 items de la escala, 17 se corresponden con los síntomas de las categorías propuestas por el DSM-III-R, específicamente, reexperimentación, evitación y apatía, hiperarousal o sobreexitación.

Los 26 items restantes permiten obtener informaciona adicional sobre el TEPT midiendo el dolor y problemas de adaptación que aparecen como consecuencia de haber sido expuesto al trauma. Por lo tanto en la presente investigación se administrará la escala completa, es decir sus 43 items, ya que de esta manera se puede tener una aproximación más amplia del fenómeno.

Cada síntoma supone una frase o una oración (por ejemplo: pesadillas, dificultad para concentrarse, pensamiento suicida) acompañado por una escala tipo Likert de 5 puntos. El sujeto debe escoger hasta que nivel su síntoma es un problema, variando desde 0 (no hay problema) hasta 4 (problema severo).

La LASC, como ya ha sido mencionado, puede ser evaluada de dos maneras para obtener el nivel de TEPT en los individuos. Para una medida categórica del trastorno la respuesta debe incluir por lo menos un ítem de reexperimentación del trauma, tres ítems que reflejen evitación y apatía, y dos ítems relacionados con el aumento del arousal. De acuerdo con el DSM-III-R aquellos que satisfagan los tres criterios pueden ser considerados como TEPT –positivo, y aquellos que no satisfagan los tres criterios pueden ser considerados como TEPT-negativo (King y cols 1995 c.p Minardi y Paoli, 2002).

La LASC también puede ser puntuada como una medida continua. La suma del promedio de los 43 ítems proporciona un puntaje continuo acerca de la severidad de los síntomas (King y cols 1995 c.p Minardi y Paoli, 2002).

King y cols (1995 c.p. Minardi y Paoli, 2002), llevaron a cabo el estudio de las características psicométricas de la LASC partiendo del análisis de los 43 ítems en una muestra de 874 sujetos. Dicha muestra estuvo conformada por: veteranos de Vietnam (N=300), mujeres victimas de violencia doméstica (N=123), adultos sobrevivientes de abuso sexual infantil (N=142), mujeres con estrés matrimonial (N=36), pacientes psiquiátricos externos (N=105) y adolescentes de alto riesgo (N=168). Esta muestra aseguró que el estudio tuviera una mezcla equitativa de diversas poblaciones, además, representa varios tipos de eventos traumáticos y presumiblemente, diferentes niveles del trauma. Asimismo, se obtuvo un balance entre mujeres (N=423, 48%) y hombres (N=451, 52%) y un rango razonablemente amplio en el promedio de la edad de las diferentes submuestras (desde 15,5 años para la muestra de adolescentes en alto riesgo a 46,8 años en la muestra de veteranos de Vietnam).

En cuanto a la confiabilidad y características de los ítems, usando todos los datos disponibles, la media (con un rango que va de 0,62 hasta 2,41) y la desviación estándar (desde 1,05 hasta 1,64) de cada uno de los ítems y la correlación total de los ítems (con

un rango que va desde 0,28 hasta 0,73) fueron computadas, utilizando la medida continua para cada uno de los 43 síntomas de la LASC. La confiabilidad en términos de consistencia interna fue computada por medio del Coeficiente Alpha Cronbach que se derivó de los 17 ítems que mejor representa los ítems para el TEPT (0,94) y además fue computado para los demás 43 ítems (0,95).

El Coeficiente Alpha (tanto para los 17 como para los 43 items) fue también computado para tres subgrupos de la muestra total (a) la muestra de veteranos de Vietnam (17-item 0,91; 43 item 0,94), (b) todas las mujeres provenientes de: mujeres víctimas de violencia domestica, adultos sobrevivientes de abuso sexual infantil, mujeres con estrés matrimonial y pacientes psiquiátricos externos (17 item 0,89; 43 item 0,94), (c) la muestra adolescente de alto riesgo (17 item 0,88; 43 item 0,94). Asi, tanto el conjunto de17 items como el de 43 items parecen tener una alta consistencia interna, conclusión que se sostienen a través de todos los grupos, los cuales varían en sexo, edad y en experiencia previa militar versus civil (King y cols 1995 c.p Minardi y Paoli, 2002).

También se estimó la confiabilidad por medio de un test-retest con un grupo pequeño de 19 veteranos de Vietnam. El intervalo entre evaluaciones fue de dos semanas y se computó Producto Momento de Pearson en ambas ocasiones tanto para la batería de 17 items (0,94) como para la de 43 ítems (0,90). De esta manera, la LASC parece ser estable a lo largo del tiempo (King y cols 1995 c.p Minardi y Paoli, 2002).

Para obtener información referente a la validez convergente, se utilizó la regresión para obtener la asociación entre los puntajes continuos de los 17 items indicadores del TEPT y la presencia o ausencia del TEPT establecida por la entrevista clinica estructurada para el diagnostico del DSM (SCID-R), estos resultados fueron de 5,17, $p<0,001$(King y cols 1995 c.p Minardi y Paoli, 2002).

Los datos de la SCID-R se obtuvieron a partir de 134 mujeres que pertenecían a una muestra que se dividia en: 57 mujeres maltratadas, 47 adultos sobrevivientes de abuso infantil y 30 mujeres que sufrían de estrés matrimonial. Se utilizó la ecuación de regresión. Prediciéndose probabilidades de TEPT y se obtuvieron puntajes bajos (0,18), medios (0,52) y altos (0,84) en la escala LASC (King y cols, 1995 c.p Minardi y Paoli, 2002).

Luego, se intentó determinar si los 26 items adicionales del test contribuían con algún incremento en la validez para predecir el diagnóstico del TEPT según la base del SCID-R. Se encontró, a través del coeficiente de regresión, una asociación estadística no significativa (0,10), lo que sugiere que los 26 items adicionales no parecen aumentar el desempeño de la escala de los 17 items, desde una perspectiva empírica. Los 26 items adicionales parecen contribuir al proporcionar información sobre sesgos en las respuestas, además parece proporcionar información relevante en la identificación de síntomas concurrentes con el trastorno y para formular planes de tratamiento.

Con los 17 ítems referentes al TEPT se realizó una ecuación de regresión y se obtuvo un 74,1% de sensibilidad, que corresponde al porcentaje de TEPT diagnosticado por el SCID-R que predecía TEPT-positivo en la LASC y se obtuvo un 77,1% de especificidad, que supone el porcentaje de casos no predichos de TEPT-negativo y en cuanto al porcentaje obtenido producto de la correcta clasificación fue de 75,6% (King y cols 1995 c.p Minardi y Paoli, 2002).

Adicionalmente, esta escala fue validada en la población venezolana por Minardi y Paoli en el 2002, en una muestra conformada por 285 personas de las cuales 122 fueron hombres y 163 mujeres (43 y 57% respectivamente), con una edad promedio de 39 años, con un rango de edad entre 18 y 79 años. La muestra estuvo comprendida por 34% de individuos provenientes de la urbanización los Corales ubicada en Caraballeda, 34% ubicadas en las zonas de Macuto y 32% del barrio Blanquita de Páez ubicado en el sector Tanaguarenas.

La confiabilidad obtenida a través del Coeficiente Alpha de Cronbrach para la subescala de 17 items fue de 0,87 lo cual indica que el instrumento tiene una alta consistencia interna. Todos los ítems se asociaron positivamente con correlaciones mayores a 0,39 y que oscilaron hasta 0,64 con respecto al puntaje total. Adicionalmente se obtuvo que de los 43 items de la escala la subescala de 17 items explicó el 37,36% de la varianza total.

Cuestionario de Eventos Traumáticos – Venezuela (CET-V)

El CET-V es un cuestionario que está constituido por 41 ítems, 40 de los cuales son ítem cerrados mientras que el último ítem es abierto (Anexo C).

Este cuestionario evalúa un total de 26 eventos que son los siguientes: (a) desastres naturales (b) incendio o explosión (c) accidentes (d) rescate de cadáver o heridos graves (e) robo o asalto (f) asalto sexual en la adultez (g) acoso laboral (h) pérdida de puesto de trabajo involuntariamente (i) abuso sexual en la infancia (j) maltrato físico en la infancia (k) violencia y/o exclusión escolar (l) persecución o amenaza por pandillas o bandas (m) persecuciones por razones políticas (n) exilio (ñ) secuestro (o) diagnóstico de una enfermedad grave o mortal (p) cuidado de personas con enfermedades crónicas (q) resultados indeseados de intervenciones quirúrgicas accidentes o secuelas de enfermedades (r) muerte súbita de una persona (s) embarazo no deseado (t) aborto (u) amputación o pérdida de funciones físicas (v) separación abrupta de pareja (w) acoso o persecución por razones pasionales (x) pérdida significativa de bienes o patrimonio personal o familiar y (y) mudanza inesperada.

Adicionalmente varios de estos eventos son evaluados en tres modalidades: (a) víctima (b) amenaza y (c) testigo.

El formato de respuesta se basa en una escala tipo likert con cuatro opciones de respuesta: (a) NO (0 puntos); (b) Si, 1 vez (1 punto); (c) Si, 2-4 veces (2 puntos); y (d) Si, 5 veces o más (3 puntos).

El instrumento incluye además dos preguntas para cada ítem sobre los criterios diagnósticos del DSM-IV, la primera "Sentí amenazada mi integridad física o la de los otros" (Criterio A1) y la segunda "Sentí terror, desesperanza u horror intenso" (Criterio A2). Las personas deben marcar SI (1 punto) si la sensación asociada al criterio, bien sea A1 o A2, estuvo presente durante la exposición al evento y debe marcar NO (0 puntos) en el caso contrario.

Para esta escala se pueden calcular tres índices de puntajes diferentes. El primer índice, CET-V1, permite obtener una medida del número total de eventos

experimentados por cada sujeto y se calcula sumando el número de eventos reportados independientemente de la frecuencia, es decir si el sujeto experimentó el evento varias veces sólo se computa cómo 1 punto para ese item. En este indice se puede obtener un puntaje mínimo de 0 puntos para aquellas personas que no reportan ningun evento y un puntaje máximo de 40 puntos para aquellas personas que experimentaron todos los eventos.

El segundo índice, CET-V2, permite obtener una medida de la cronicidad de los eventos y se calcula como la sumatoria de los puntajes de la frecuencia de ocurrencia de los diversos eventos reportados (No=0 puntos; Si, 1 vez=1 punto; Si, 2-4 veces=2 puntos; y Si, más de 5 veces=3 puntos). En este indice se puede obtener un puntaje minimo de 0 puntos para aquellas personas que no reportan ningun evento y un puntaje máximo de 120 puntos para aquellas personas que experimentaron todos los eventos en su máxima frecuencia.

El tercero, CET-V3, es un índice de trauma que expresa la presencia o ausencia de trauma en cada sujeto, en función de los criterios establecidos por el DSM-IV. Para calcular este índice se cuenta un valor de 0 puntos tanto para la ausencia de ambos criterios en un evento (A1=0 y A2=0)) como para la presencia de sólo un criterio (A1=1 y A2=0, o A1=0 y A2=1); y se cuenta un valor de 1 punto en los eventos que presentan ambos criterios (A1=1 y A2=1). Así la sumatoria del índice indica que un puntaje total de 0 puntos lo obtendrán personas que no reporten los eventos como traumáticos y un puntaje de 1 o más puntos será obtenido por personas que reporten uno o más eventos como traumáticos.

Procedimiento:

En primer lugar, se realizó una revisión bibliográfica respecto a los eventos traumáticos que típicamente han sido considerados en las escalas construidas en diversas culturas. Esto se realizó con el fin de tener un amplio rango de eventos traumáticos para la construcción del CET-V, de esta revisión se extrajo una lista de eventos.

En segundo lugar, la lista de eventos fue evaluada por cinco jueces expertos en el área de la psicología clínica a fin de obtener una lista de eventos traumáticos más amplia incluyendo algunos eventos experimentados por la población venezolana.

A partir de esta lista se procedió a elaborar los ítems para el Cuestionario de Eventos Traumáticos-Venezuela (CET-V), y se envió a cuatro jueces expertos en el área de Psicología Clínica y en Psicometría para que evaluarán: (a) la redacción de las instrucciones y (b) la redacción, orden y pertinencia de los ítems. Luego se realizaron los arreglos propuestos por los jueces y se elaboró el instrumento final.

En relación al SLESQ se realizó la traducción del instrumento original del idioma inglés al castellano, y se les envió tanto el instrumento original como el traducido a cuatro jueces expertos en el área de Psicología Clínica y en Psicometría para que evaluaran: (a) la redacción de las instrucciones y (b) la redacción de los ítems. Luego se realizaron los arreglos propuestos por los jueces y se elaboró el instrumento final.

Con respecto a la LASC lo primero que se realizó fue un cambio en el formato de respuesta del instrumento original, ya que se ordenaron los ítems dentro de un cuadro para facilitar y agilizar la respuesta de los sujetos. Luego se envió la LASC junto con los instrumentos CET-V y SLESQ para que los mismos evaluaran: (a) la redacción de las instrucciones, (b) la redacción de los ítems y (c) la pertinencia del nuevo formato de respuesta. Por último se realizaron los arreglos propuestos por los jueces y se elaboró el instrumento final.

Posteriormente se aplicaron el CET-V, SLESQ y la LASC a la muestra piloto conformada por 192 sujetos, de los cuales 104 son de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Andrés Bello (UCAB) y 88 de la Facultad de Ingeniería de la Universidad Central de Venezuela. Del total de sujetos 124 fueron mujeres y 68 hombres. Esta muestra se seleccionó a través de un muestreo accidental que se caracteriza por tomar muestras que estan disponibles a la mano (Kerlinger y Lee, 2001). Las edades de los sujetos se encontraron dentro de un rango de 17 a 34 años (media=20.04 y s=2.67).

Luego, los datos obtenidos en la muestra piloto se procesaron con el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 17.0. Se realizaron diversos

análisis para verificar la validez de constructo del CET-V. Primero, se realizó una correlación con el coeficiente r Producto Momento de Pearson entre el puntaje total del CET-V y el puntaje total del SLESQ. Se encontró un coeficiente de 0,65 p<0,01.

Segundo, se calculó la correlación del CET-V con la LASC mediante el coeficiente r Producto Momento de Pearson, obteniendo un coeficiente de 0,32; p<0,01.

En tercer lugar, se realizaron comparaciones por sexo en cuanto a la cantidad total de eventos reportados y en cuanto a los tipos de eventos reportados por cada sexo, utilizando porcentajes y diferencias de medias. Se encontró, que los hombres reportaron un promedio de 9,14 eventos, mientras que las mujeres reportaron una media de 6.95 de eventos. Esta diferencia de medias a favor de los hombres es significativa (t= -0,35; p<0,01).

Al realizar la comparación de porcentajes según el sexo y el tipo de eventos reportados. Se encontró que en cuanto al abuso las mujeres reportaron ser testigos de abuso sexual en la adultez en mayor medida que los hombres (ítem 14 H= 0,000 M=0,0161). Mientras que los ítems que evalúan ser víctima de abuso tanto en la infancia (ítem 17 H=0,0882 M=0,0726) como en la adultez (ítem 12 H=0,0441 M=0,0407) así como ser amenazado de abuso en la adultez (ítem 13 H=0,044 M=0,0323) y ser testigo de abuso sexual en la infancia (item18 H=0,0441 M=0,0081) fueron reportados más por los hombres que por las mujeres.

En cuanto a las lesiones, accidentes y robos con armas se encontró que los hombres reportan mayor número de accidentes de transporte que las mujeres (ítem 3 H=0,7164 M=0,4677), también reportan más haber sido víctimas de robo (ítem 9 H=0,7206 M=0,2213), así como haber sido amenazados con armas (ítem 10 H=0,5224 M=0,2195) y por último, los hombres reportan más haber sido testigo de asalto con armas que las mujeres (ítem 11 H=0,8676 M=0,3387).

Y por último, se procedió a realizar el análisis de confiabilidad a través del coeficiente Alpha de Cronbach de la LASC, como el análisis de ítems y el análisis factorial. Obteniendo un alpha de 0,74.

A partir de estos resultados obtenidos en la muestra piloto se realizaron los arreglos necesarios de los cuestionarios para su administración definitiva, tomando en consideración lo reportado por los sujetos que pertenecieron a la muestra piloto en relación a la claridad de las instrucciones, la comprensión y facilidad de respuesta según el formato en el que se presentaron los cuestionarios, entre otros.

Los arreglos realizados al CET-V fueron: (a) modificación de las instrucciones, (b) cambio en el orden de algunos ítems, según su coherencia teórica y (c) modificación del formato de respuesta, se agregaron casillas de sí y no para los criterios A1 (sentí amenazada mi integridad física o la de otros) y A2 (sentí terror, desesperanza u horror intenso)(Ver anexo C).

En el SLESQ se eliminaron las preguntas de información cualitativa, es decir, aquellas que se encuentran dentro de las preguntas sobre cada evento traumático, para que así la aplicación del instrumento fuera más rápida y sencilla sin afectar la puntuación de la escala (Ver anexo A).

Y por último, se modificaron las instrucciones de la LASC para que a los sujetos les fueran más comprensibles (Ver anexo B).

Luego, para realizar la administración de los instrumentos a la muestra definitiva, se seleccionaron al azar 5 de las carreras diurnas de la UCAB en la sede de Caracas. Posteriormente se solicitó en la Escuela de Psicología una lista con el número total de estudiantes de las carreras para así calcular la proporción que representaba cada una dentro del grupo seleccionado.

Acto seguido se redactaron cartas que tenían como finalidad solicitar el permiso a los directores de las escuelas, para poder administrar los cuestionarios a la muestra.

Luego se realizó la aplicación del CET-V, SLESQ y la LASC a la muestra definitiva, conformada por 500 sujetos representativos de la Universidad 174 estudiantes de Ingeniería (34,6%), 159 estudiantes de Administración (31,8%), 89 estudiantes de Comunicación Social (17,8%), 54 estudiantes de Educación (11%), y 24 estudiantes de Psicología (4.8%).

Y en un intervalo de dos semanas se realizó el retest tanto del CET-V como del SLESQ a 100 estudiantes de Comunicación Social, Educación e Ingenieria.

Después, se realizó la base de datos y se procedió al baciado de datos. Luego se hicieron los análisis descriptivos pertinentes para todas las escalas, frecuencias, tendencia central, mínima y máximo, desviaciones, coeficiente de variación, asimetría y kurtosis. Y adicionalmente para la LASC se calculó el análisis factorial.

Posteriormente, se calculó la prueba Kolmogorov-Smirnov para todas las escalas y demostró que la distribución no se ajusta a la normal, por lo tanto se realizaron análisis con estadísticos no paramétricos (Siegel, 1979).

Con el fin de estimar la confiabilidad se utilizó el indicador de tes-retest entre la primera y la segunda medida del CET-V, asimismo se realizó el test-retest entre la primera y la segunda medida del SLESQ. Se utilizó este indicador de confiabilidad dado que la consistencia no es aplicable a la medición de eventos traumáticos porque la vivencia de un evento no implica necesariamente la vivencia de otro (Norrys y Hamblen, 1994).

Como un indicador adicional para precisar la confiabilidad de estos instrumentos se calcularon los coeficientes kappa que expresan los grados de acuerdo en las respuestas de la primera y segunda administración.

Para la confiabilidad de la LASC se calculó la consistencia interna utilizando el Coeficiente Alpha de Cronbach y se procedió a calcular el análisis de items de la escala.

Luego se calculó como medida de la validez de constructo del CET-V, el coeficiente de correlación de rango de Spearman (rho) entre el puntaje total del CET-V con el puntaje total del SLESQ, y el mismo coeficiente entre el CET-V y la LASC. Así mismo, se calcularon las comparaciones por sexo en cuanto a la cantidad total de eventos reportados y en cuanto a los tipos de eventos reportados por cada sexo, utilizando el estadístico no paramétrico U de Mann-Withney.

En síntesis, los recursos con los que se contaron para llevar a cabo esta investigación fue el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) para obtener los coeficientes anteriormente descritos, las cartas de solicitud de permiso para

administrar los cuestionarios a la población de las escuelas y los jueces expertos quienes determinaron la validez de contenido.

Análisis de Datos

La base de datos fue creada a través del Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) versión 17.0. A partir de los datos obtenidos se realizaron los siguientes análisis:

Un análisis descriptivo de los puntajes del Cuestionario de Eventos Traumáticos-Venezuela (CET-V), del SLESQ y de la LASC, basado en las medidas de tendencia central, dispersión, asimetría y kurtosis.

También se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov para determinar el ajuste de la distribución a la normal para todas las escalas. Luego se realizó el análisis factorial de la LASC.

Para determinar la confiabilidad del CET-V y del SLESQ se calcularon Coeficientes de Correlación de rango de Spearman (rho) entre la primera y segunda medida y también los Coeficientes Kappa para estos instrumentos. Para la LASC se computó el Alpha de Cronbach y se realizó el análisis de ítems.

Luego se realizaron los análisis para estimar la validez de constructo. En primer lugar se calcularon dos Coeficientes de Correlación de Rango de Spearman (rho) entre el puntaje total de los ítems del CET-V y del SLESQ y del CET-V y la LASC.

En segundo lugar, se procedió a la comparación por sexo a partir del cálculo de la U de Mann-Withney tanto para el total como para el tipo de eventos reportados.

Consideraciones Éticas

Los principios generales que guiaron la presente investigación son: (a) competencia, o compromiso de mantener altos estándares de competencia en todas las actividades realizadas, (b) responsabilidad de los actos a lo largo de proceso de investigación y (c) respeto a los individuos, ya que a través de este los investigadores orientaran sus acciones de manera tal de preservar el respeto por los participantes.

Se preservó el bienestar de los sujetos y se aseguró y garantizó la confidencialidad y el anonimato de la información que los participantes suministraron (Mc Guigan, 1996).

Finalmente, es importante considerar que el presente estudio se realizó bajo la supervisión de personas técnicas y teóricamente entrenadas y certificadas; al igual que la información obtenida de los resultados no será manipulada ni inventada (Salkind, 1998).

ANÁLISIS DE RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

a) Sexo, Edad y Carrera

La muestra estuvo conformada por 274 mujeres (54,8%) y 225 hombres (45%) (Ver gráfico 1), tal cómo se evidencia en la población general y esto indica que la muestra es representativa de la población (Ver anexo D).

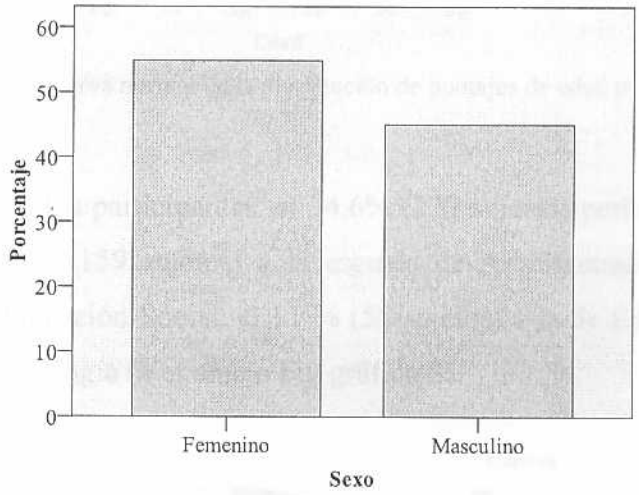


Gráfico 1: Barras de la distribución de porcentajes del sexo para la muestra total

Los sujetos de la muestra tuvieron edades comprendidas entre 18 y 25 años. La media de las edades fue de 19,65 años con una desviación estándar de 1,69 y coeficiente de variación de 8,6 indicando que la distribución es homogénea (Ver anexo E). Las edades se agrupan en mayor medida hacia los valores bajos, dándole a la distribución una forma asimétrica, coleada hacia la derecha (As=1,06) y leptocúrtica (K=0,63) (Ver gráfico 2).

Esta distribución era esperada porque la mayoría de los estudiantes se encuentra en los primeros años de carrera. Además, se esperaba que los datos estuvieran

distribuidos de esa manera porque la muestra fue seleccionada principalmente de estos primeros años debido a la disponibilidad de las escuelas y de los profesores.

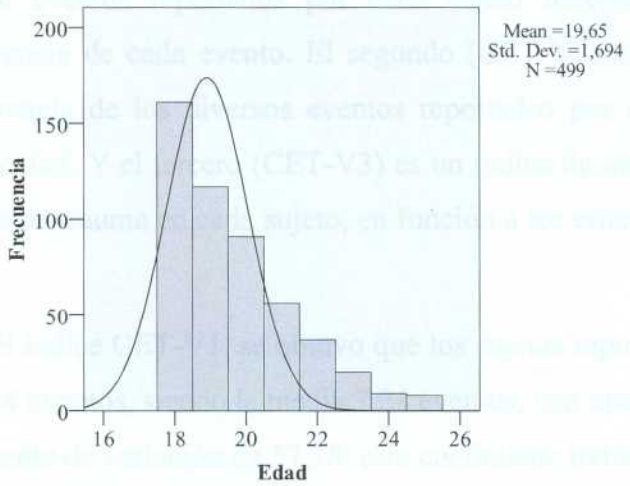


Gráfico 2: Histograma y curva normal de la distribución de puntajes de edad para la muestra total

Del total de sujetos participantes, el 34,6% (173 sujetos) pertenecen a la escuela de Ingeniería, el 31,8% (159 sujetos) a la escuela de Administración, el 17,8% (89 sujetos) a la de Comunicación Social, el 11 % (55 sujetos) a la de Educación y el 4,8% (24 sujetos) a la de Psicología (Ver anexo F y gráfico 3).

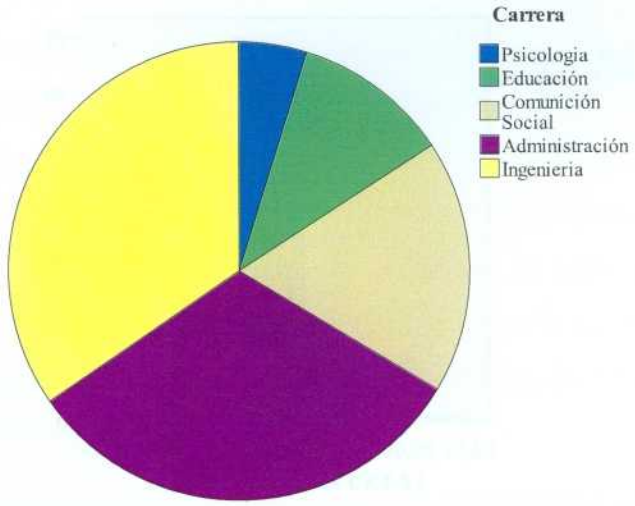


Gráfico 3: Torta de la distribución de puntajes de carreras para la muestra total

b) Cuestionario de Eventos Traumáticos-Venezuela (CET-V)

Con respecto al CET-V se calcularon tres índices. El primero (CET-V1) expresa el número total de eventos reportados por cada sujeto independientemente de la frecuencia de ocurrencia de cada evento. El segundo (CET-V2) expresa el total de la frecuencia de ocurrencia de los diversos eventos reportados por cada sujeto para así determinar su cronicidad. Y el tercero (CET-V3) es un índice de trauma, que expresa la presencia o ausencia de trauma en cada sujeto, en función a los criterios establecidos por el DSM-IV.

Al calcular el índice CET-V1, se obtuvo que los sujetos reportaron un mínimo de 0 y un máximo de 24 eventos, siendo la media 7,24 eventos, con una desviación estándar de 4,14 y un coeficiente de variación de 57,18, este coeficiente indica que la distribución es moderadamente heterogénea. .

La distribución tiene una forma asimétrica, coleada hacia la derecha (As=0,89) y leptocúrtica (K=0,91) (Ver anexo G), es decir que la población se agrupa hacia los puntajes bajos que representan un menor un número de eventos reportados. Esto es esperado en la muestra utilizada ya que al no ser población clínica no se espera que hayan vivido gran cantidad de eventos (Ver gráfico 4).

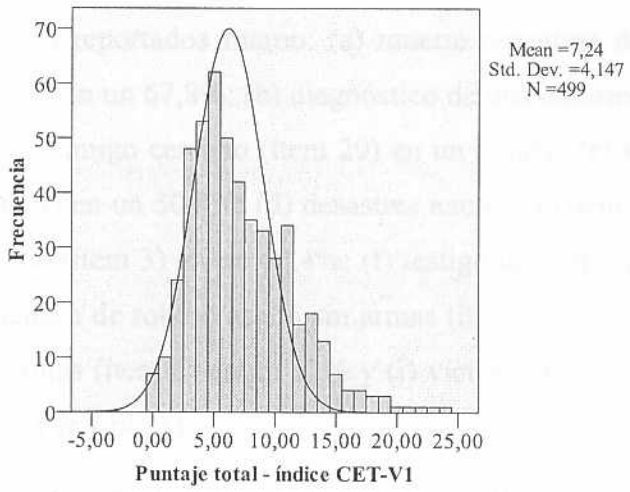


Gráfico 4: Histograma y curva normal de la distribución de puntajes del total de eventos reportados para la muestra total (CET-V1)

Al calcular el índice CET-V2, se obtuvo que los sujetos reportaron un puntaje mínimo de 0 y uno máximo de 44, siendo la media 9,87 puntos, con una desviación estándar de 6,94 y un coeficiente de variación de 70,31 indicando que la distribución es altamente heterogéneo (Ver anexo H). Los puntajes se agrupan en mayor medida hacia los valores bajos, dándole a la distribución una forma asimétrica, coleada hacia la derecha (As=1,46) y altamente leptocúrtica (K=2,85) (Ver gráfico 5).

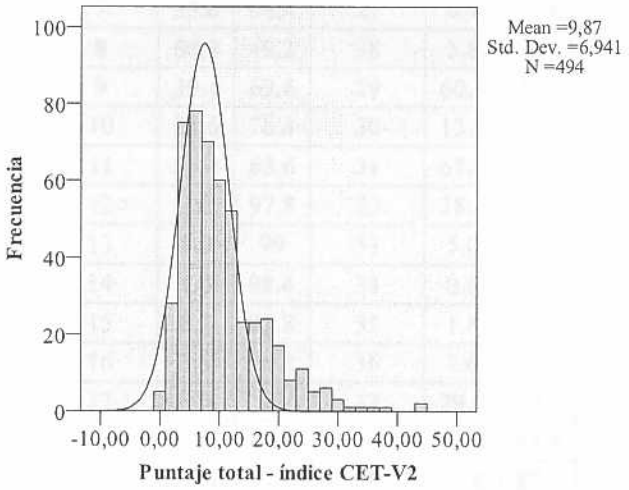


Gráfico 5: Histograma y curva normal de la distribución de puntajes del total de la frecuencia de ocurrencia de los eventos reportados para la muestra total (CET-V2).

Los eventos más reportados fueron: (a) muerte repentina de familiar, pareja o amigo cercano (ítem 31) en un 67,8%; (b) diagnóstico de una enfermedad grave o mortal de un familiar, pareja o amigo cercano (ítem 29) en un 60,8%; (c) testigo de un robo o asalto sin armas (ítem 8) en un 50,8%; (d) desastres naturales (ítem 1) en un 42,8%; (e) accidentes de transporte (ítem 3) en un 40,4%; (f) testigo de asalto con armas (ítem 11) en un 36,4%; (g) amenaza de robo o asalto sin armas (ítem 7) en un 35,6%; (h) víctima de robo o asalto sin armas (ítem 6) en un 32% y (i) víctima de robo o asalto con armas (ítem 9) en un 30,4% (Ver tabla 1).

Por lo tanto estos eventos tienen mayor probabilidad de ocurrencia en la población universitaria que los otros eventos medidos por el CET-V.

Tabla 1: *Porcentaje de presencia y ausencia de eventos para la muestra total en el CET-V*

Ítem	Si (%)	No (%)	Ítem	Si (%)	No (%)
1	**42.8**	**57.2**	21	11.2	88.8
2	14.6	85.4	22	28.8	71.2
3	**40.4**	**59.6**	23	13.4	86.6
4	20.2	79.8	24	6.8	93.2
5	7.4	92.6	25	15.2	84.8
6	**32**	**68**	26	4.6	95.4
7	**35.6**	**64.4**	27	8.4	91.6
8	**50.8**	**49.2**	28	3.8	96.2
9	**30.4**	**69.6**	**29**	**60.8**	**39.2**
10	21.6	78.4	30	13.4	86.8
11	**36.4**	**63.6**	**31**	**67.8**	**32.2**
12	2.2	97.8	32	28.4	71.6
13	1.0	99	33	5.0	95
14	1.6	98.4	34	0.6	99.4
15	8.2	91.8	35	1.8	98.2
16	3.8	96.2	36	1.6	98.4
17	3.0	97	37	29.4	70.6
18	0.8	99.2	38	15.6	84.4
19	15.4	84.6	39	12.8	87.2
20	25	75	40	15.6	84.4

De las personas que reportaron vivir la muerte repentina de familiar, pareja o amigo cercano (ítem 31), el 42% reportó haberlo vivido una sola vez, 21,8% reportó haberlo vivido entre dos y cuatro veces y, 3,6% reportó haberlo vivido más de 5 veces (Ver gráfico 6).

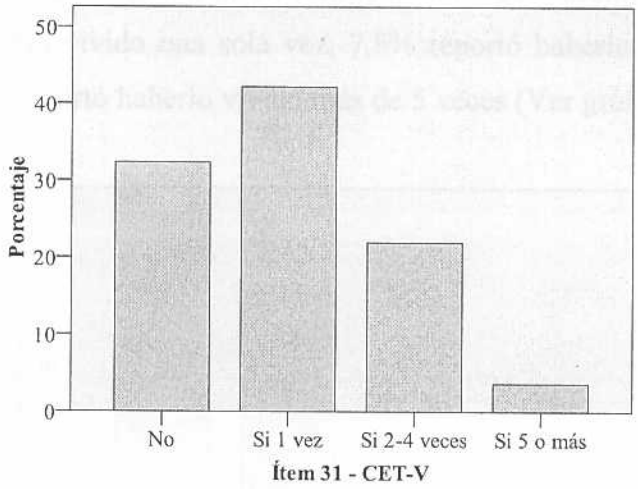


Gráfico 6: Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 31 para la muestra total

De las personas que reportaron vivir el diagnóstico de una enfermedad grave o mortal de un familiar, pareja o amigo cercano (ítem 29), 40,8% reportó haberlo vivido una sola vez, 17,8% reportó haberlo vivido entre dos y cuatro veces y, 1,8% reportó haberlo vivido más de 5 veces (Ver gráfico 7).

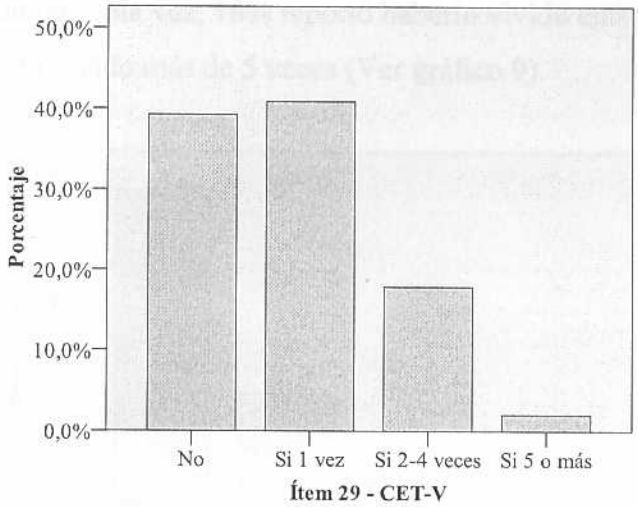


Gráfico 7: Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 29 para la muestra total

De las personas que reportaron ser testigo de un robo o asalto sin armas (ítem 8), el 39% reportó haberlo vivido una sola vez, 7,8% reportó haberlo vivido entre dos y cuatro veces y, 3,6% reportó haberlo vivido más de 5 veces (Ver gráfico 8).

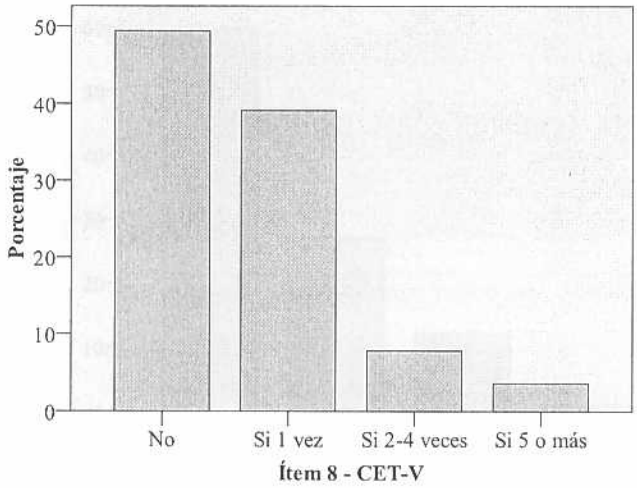


Gráfico 8: Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 8 para la muestra total

De las personas que reportaron vivir desastres naturales (ítem 1), el 25,8% reportó haberlo vivido una sola vez, 16% reportó haberlo vivido entre dos y cuatro veces y, 0,6% reportó haberlo vivido más de 5 veces (Ver gráfico 9).

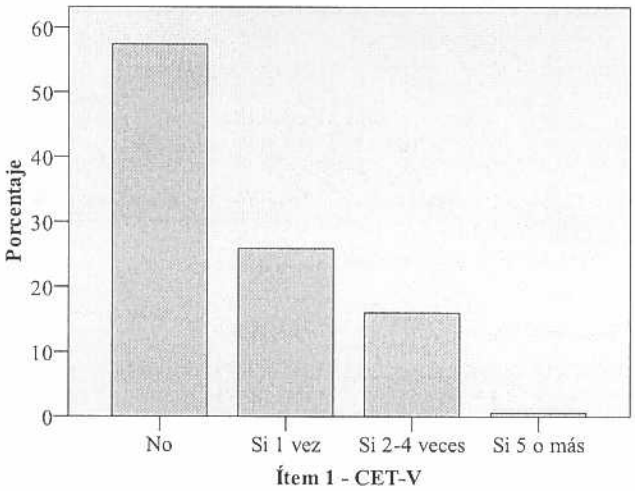


Gráfico 9: Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 1 para la muestra total

De las personas que reportaron vivir accidentes de transporte (ítem 3), el 27% reportó haberlo vivido una sola vez, 12,2% reportó haberlo vivido entre dos y cuatro veces y, 1% reportó haberlo vivido más de 5 veces (Ver gráfico 10).

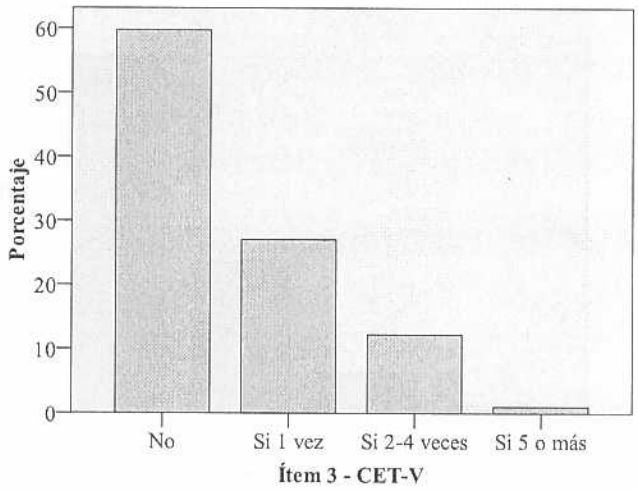


Gráfico 10: Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 3 para la muestra total

De las personas que reportaron ser testigos de asalto con armas (ítem 11), el 27,4% reportó haberlo vivido una sola vez, 7,2% reportó haberlo vivido entre dos y cuatro veces y, 1,4% reportó haberlo vivido más de 5 veces (Ver gráfico 11).

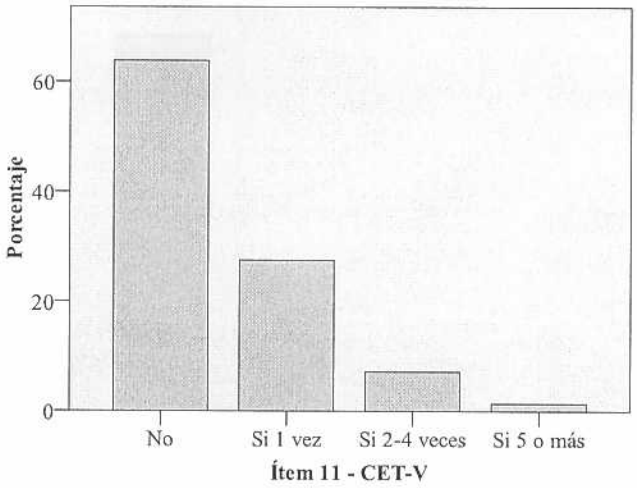


Gráfico 11: Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 11 para la muestra total

De las personas que reportaron ser amenazadas de robo o asalto sin armas (ítem 7), el 27,2% reportó haberlo vivido una sola vez, 7% reportó haberlo vivido entre dos y cuatro veces y, 1,2% reportó haberlo vivido más de 5 veces (Ver gráfico 12).

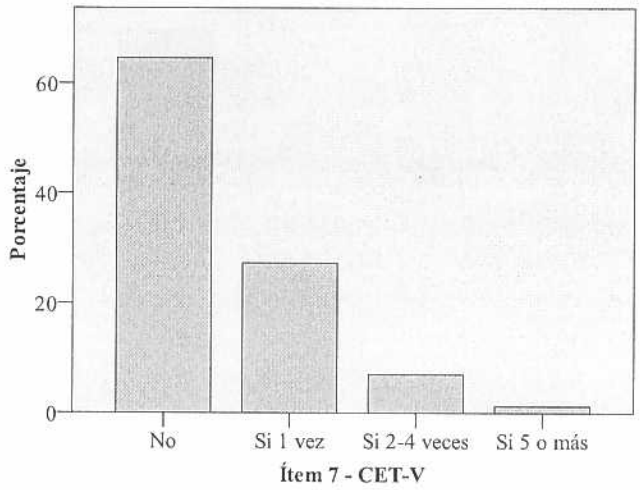


Gráfico 12: Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 7 para la muestra total

De las personas que reportaron ser víctima de robo o asalto sin armas (ítem 6) el 24,2% reportó haberlo vivido una sola vez, 6,6% reportó haberlo vivido entre dos y cuatro veces y, 1% reportó haberlo vivido más de 5 veces (Ver gráfico 13).

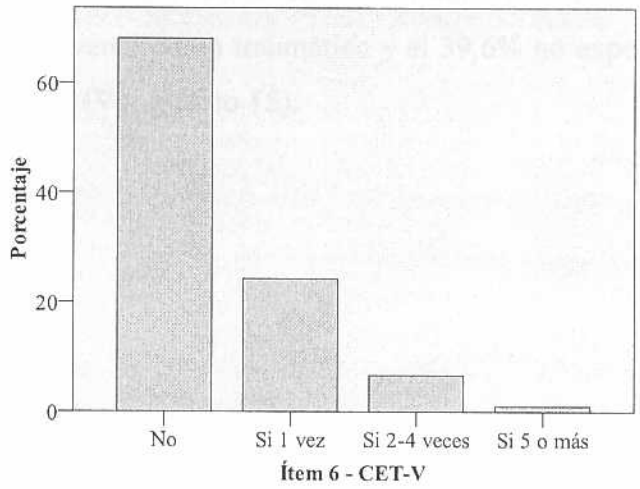


Gráfico 13: Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 6 para la muestra total

Y de las personas que reportaron ser víctima de robo o asalto con armas (ítem 9) el 24,4% reportó haberlo vivido una sola vez, 5% reportó haberlo vivido entre dos y cuatro veces y, 0,8% reportó haberlo vivido más de 5 veces (Ver gráfico 14).

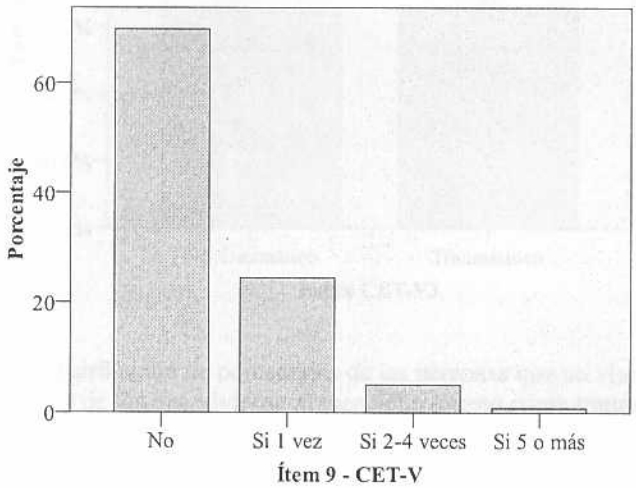


Gráfico 14: Barras de la distribución de porcentajes de frecuencia de ocurrencia del ítem 9 para la muestra total

Estos resultados indican que en esta población las personas suelen vivir los eventos una sola vez y son pocas personas las que experimentan el mismo evento varias veces.

Al calcular el índice CET-V3 se contó con 488 sujetos. El 58% reportó haber vivido por lo menos un evento como traumático y el 39,6% no experimentó los eventos vividos como traumáticos (Ver gráfico 15).

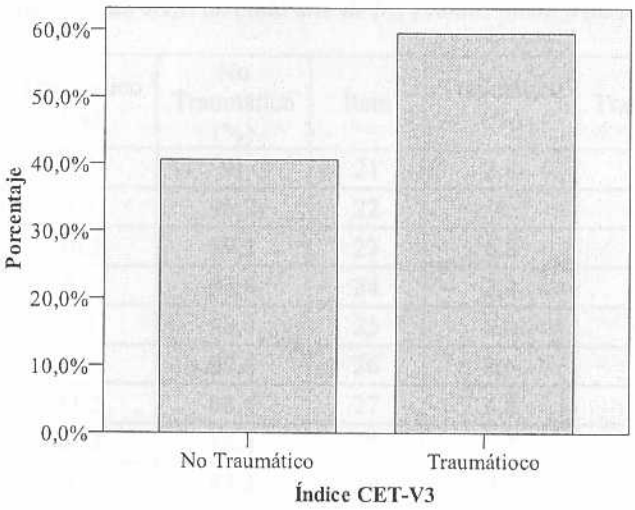


Gráfico 15: Barras de la distribución de porcentajes de las personas que no vivieron eventos como traumáticos y de los que vivieron al menos un evento como traumático

Los eventos que resultaron traumáticos con mayor frecuencia en la muestra fueron: (a) el diagnóstico de una enfermedad grave o mortal a un familiar, pareja o amigo cercano (ítem 29) en un 17%; (b) ser víctima de robo o asalto con armas (item 9) en un 16%; (c) ser testigo de asalto con armas (ítem 11) en un 14,8%; (d) ser víctima de robo o asalto sin armas (ítem 6) en un 12%; (e) la muerte repentina de un familiar, pareja o amigo cercano (ítem 31) en un 11,6%; (f) ser amenazado de robo o asalto sin armas (ítem 7) en un 11,2%; (g) ser testigo de robo o asalto sin armas (ítem 8) en un 11,2%; (h) accidentes de transporte (ítem 3) en un 10,2%, y (i) ser amenazado de asalto con armas (ítem 10) en un 10,2% (Ver tabla 2).

La mayoría de estos eventos tienen relación entre si y reflejan hechos delictivos que muestran la inseguridad de la ciudad. Es importante destacar esto porque las personas viven estos eventos como amenazantes para su vida y con sentimientos de terror, desesperanza y horror intenso.

Tabla 2: *Porcentaje de sujetos que vivieron cada uno de los eventos como traumático o no traumático*

Ítem	Traumático (%)	No Traumático (%)	Ítem	Traumático (%)	No Traumático (%)
1	8,2	91	21	2,8	97
2	3,4	96,2	22	4	95,4
3	**10,2**	**89,2**	23	6,8	93
4	5,6	93,8	24	2,4	97,2
5	1,4	98,4	25	2,4	97,2
6	**12**	**87,6**	26	2,6	97,2
7	**11,2**	**88,4**	27	4,8	94,8
8	**11,2**	**88,4**	28	1,4	98,2
9	**16**	**83,2**	**29**	**17**	**82,4**
10	**10,2**	**89,2**	30	2,8	96,8
11	**14,8**	**84,6**	**31**	**11,6**	**87**
12	1,2	99,6	32	9,2	90,4
13	0,4	99,4	33	1,4	98,4
14	0	99	34	0,4	99,4
15	1,2	98,6	35	0,4	99,4
16	0,6	99,2	36	0,6	99,2
17	1,8	97,8	37	4,8	94,8
18	0,6	99,2	38	0	99,6
19	7,4	91,6	39	2,8	96,8
20	8,6	90,4	40	1,6	98

En el ítem 41, que es un ítem abierto los sujetos reportaron haber vivido los siguientes eventos: (a) Marchas, protestas, 11 de abril y represión policial (10 sujetos); (b) Familiar o amigo cercano secuestrado (9 sujetos); (c) suicidio de un familiar o amigo cercano (3 sujetos); (d) testigo de acoso, maltrato y persecución por causa pasional (2 sujetos); (e) ahogamiento en el agua (1 sujeto); (f) amenaza de secuestro (1 sujeto); (g) testigo de caída de avión (1 sujeto); (h) ser drogado (1 sujeto); (i) testigo de peleas (1 sujeto); (j) victima de peleas (1 sujeto); (k) persecución vial (1 sujeto); (l) divorcio de los padres (1 sujeto) (Ver anexo I).

Por último, en lo que respecta al CET-V se calculó la prueba Kolmogorov-Smirnov para determinar la bondad de ajuste a la curva normal de la distribución de puntajes del CET-V para la muestra total. Se obtuvo una Z=2,83 por lo que se rechaza la hipótesis nula con un nivel de confianza del 99% ($p<0,01$) (Ver tabla 3), es decir, que los

resultados obtenidos para la muestra total no se ajustan a la curva normal ya que es una distribución asimétrica, coleada hacia la derecha (As=0,89) y leptocúrtica (K=0,91). Como anteriormente se mencionó este tipo de distribución es esperada para esta muestra (Ver anexo J).

Tabla 3: *Bondad de ajuste a la curva normal de la distribución de los puntajes del CET-V de la muestra total*

Prueba Kolmogorov-Smirnov	**CET-V1**
N	499
Kolmogorov-Smirnov Z	2,836
Significancia (2 colas)	,000

c) Cuestionario de Detección de Eventos Estresantes de la Vida (SLESQ)

Con respecto al SLESQ se calculó un puntaje del total de eventos y se obtuvo que los sujetos reportaron un mínimo de 0 y un máximo de 12 eventos, siendo la media 2,04 eventos, con una desviación estándar de 1,92 y con un coeficiente de variación de 94,11, este coeficiente expresa una gran heterogeneidad de esta distribución (Ver anexo K). La cantidad de eventos reportados se agrupan en mayor medida hacia los valores bajos, dándole a la distribución una forma asimétrica, coleada hacia la derecha (As=1,38) y altamente leptocúrtica (K=2,48) (Ver gráfico 16).

La distribución de los puntajes en el SLESQ fue similar a la distribución de los puntajes del CET-V y dado que ambos instrumentos pretenden medir el mismo fenómeno es esperado que esto suceda.

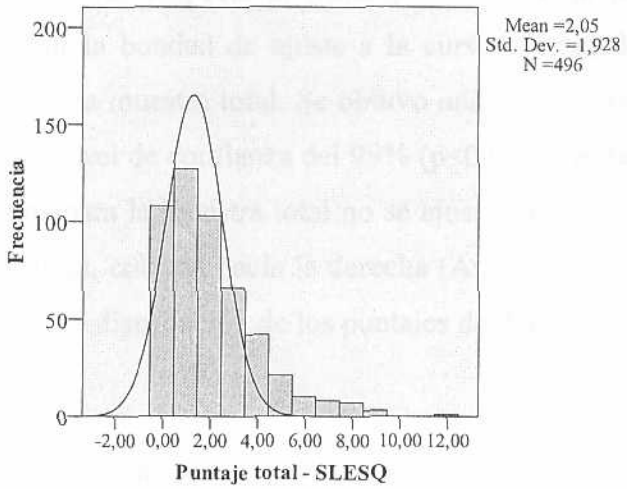


Gráfico 16: Histograma y curva normal de la distribución de puntajes de eventos reportados en el SLESQ para la muestra total

Los eventos más reportados fueron: (a) muerte de un familiar cercano, pareja o amigo muy cercano debido a un accidente, homicidio o suicidio (ítem 4) en un 35,2%; (b) robo o asalto con o sin armas (ítem 3) en un 27,8%; (c) ser ridiculizado repetidamente, denigrado, ignorado o se le ha dicho que no sirve para nada por parte de padres, pareja o miembro de la familia (ítem 29) en un 24,8%; y (d) accidente que haya podido ser mortal (ítem 2) en un 23,4% (Ver tabla 4).

Tabla 4: *Porcentaje de eventos reportados en el SLESQ para la muestra total*

Ítem	Si (%)	No (%)
1	5,8	94
2	**23,4**	**76,4**
3	**27,8**	**72**
4	**35,2**	**64,6**
5	2,6	97,2
6	5,4	94
7	18,8	81
8	11	88,6
9	**24,8**	**75**
10	19,2	80,4
11	15	84,6
12	5,2	94,6
13	9,4	90,4

Por último, en lo que respecta al SLESQ se calculó la prueba Kolmogorov-Smirnov para determinar la bondad de ajuste a la curva normal de la distribución de puntajes del CET-V para la muestra total. Se obtuvo una Z= 4,25 por lo que se rechaza la hipótesis nula con un nivel de confianza del 99% (p<0,01) (Ver tabla 5), es decir, que los resultados obtenidos para la muestra total no se ajustan a la curva normal ya que es una distribución asimétrica, coleada hacia la derecha (As=1,38) y leptocúrtica (K=2,48) (Ver anexo L), igual que la distribución de los puntajes del CET-V.

Tabla 5: *Bondad de ajuste a la curva normal de la distribución de los puntajes del SLESQ de la muestra total*

Prueba Kolmogorov-Smirnov	**SLESQ**
N	496
Kolmogorov-Smirnov Z	4,255
Significancia (2 colas)	,000

d) Lista de Chequeo de Síntomas de los Ángeles (LASC)

Con respecto a la LASC se calculó un puntaje total para evaluar la severidad de los síntomas y se obtuvo que los sujetos reportaron un mínimo de 0 y un máximo de 102 puntos, siendo la media 21,10 puntos, con una desviación estándar de 16,10 y con un coeficiente de variación de 76,30 siendo este coeficiente un indicador de una alta heterogeneidad de la distribución (Ver anexo M). La severidad de los síntomas reportados se agrupan en mayor medida hacia los valores bajos que indican una leve severidad, dándole a la distribución una forma asimétrica, coleada hacia la derecha (As=1,51) y altamente leptocúrtica (K=2,85) (Ver gráfico 17).

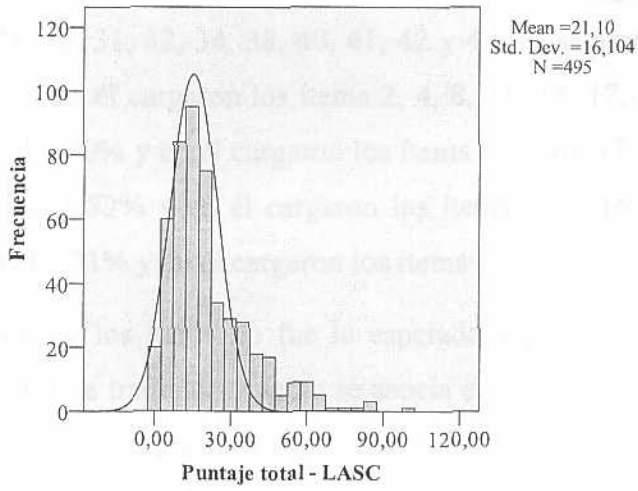


Gráfico 17: Histograma y curva normal de la distribución de puntajes de la severidad de los síntomas en la LASC para la muestra total

También, se calculó la prueba Kolmogorov-Smirnov para determinar la bondad de ajuste a la curva normal de la distribución de puntajes de la LASC para la muestra total. Se obtuvo una Z= 3,39 por lo que se rechaza la hipótesis nula con un nivel de confianza del 99% (p<0,01) (Ver tabla 6), es decir, que los resultados obtenidos para la muestra total no se ajustan a la curva normal ya que es una distribución asimétrica, coleada hacia la derecha (As=1,51) y leptocúrtica (K=2,85) Y nuevamente, esto es característicos de las muestras no clínicas (Ver anexo N)

Tabla 6: *Bondad de ajuste a la curva normal de la distribución de los puntajes de la LASC de la muestra total*

Prueba Kolmogorov-Smirnov	**LASC**
N	495
Kolmogorov-Smirnov Z	3,394
Asymp. Sig. (2-tailed)	,000

También se realizó el análisis factorial de la escala con un autovalor de 1,5, rotación Varimax y se suprimieron los coeficientes menores a 0,35. Se obtuvieron cinco factores que explicaron el 39,7% de la varianza (Ver anexo O).

El primer factor explicó el 14,69% de la varianza y en él cargaron los ítems 9, 14, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 30, 31, 32, 34, 38, 40, 41, 42 y 43. El segundo factor explicó el 7,08% de la varianza y en él cargaron los ítems 2, 4, 8, 11, 15, 17, 24, 25, 29 y 39. El tercer factor explicó el 6,90% y en él cargaron los ítems 6, 7, 10, 12, 13, 18, 27 y 33. El cuarto factor explicó el 5,72% y en él cargaron los ítems 3, 5, 16, 26, 36 y 37. Y el quinto factor explicó el 5,31% y en él cargaron los ítems 1, 28 y 35.

La distribución de los ítems no fue la esperada según la teoría ya que no se obtuvo el primer factor que tradicionalmente se asocia con el TEPT y los otros factores tampoco se agrupan como se reportan en las investigaciones de L. King, et al (1995) y Minardi y Paoli (2002). Esto puede deberse a que la población en la que ha sido utilizada la escala es clínica y la población utilizada en la presente investigación no lo es.

Dado que los contenidos de los ítems que se agrupan por factor son muy variados y contradictorios es imposible identificar las características comunes entre los mismos.

Análisis de Confiabilidad

a) Cuestionario de Eventos Traumáticos- Venezuela (CET-V)

Para determinar la confiabilidad test-retest se calculó un coeficiente de correlación de Spearman entre la primera y segunda aplicación de la escala, con un intervalo de tiempo de dos semanas. Se obtuvo un coeficiente de 0,78 ($p<0,01$), el cuál indica una alta estabilidad de la medida en el tiempo (Ver tabla 7).

Tabla 7: *Coeficiente de Confiabilidad test- retest del CET-V*

Rho de Spearman		CET-V (re-test)
CET-V (pre-test)	Coeficiente de correlación	,780**
	Significancia (2 colas)	,000
	N	94

** Correlación significativa al nivel de 0,01

Cómo un análisis adicional de la confiabilidad se calculó el coeficiente Kappa para cada ítem entre la primera y segunda administración. Los coeficientes oscilaron entre 0,26 (p<0,01) para testigo de robo o asalto sin armas (ítem 8), hasta 1,00 (p<0,01) para perdida involuntaria del trabajo (ítem 16) y para pérdida de funciones físicas o amputaciones (ítem 34), con una mediana de 0,59. Este resultado indica un moderado grado de acuerdo entre las aplicaciones. Para los ítems 12, 14, 35 y 36 no se pudo computar el Kappa debido a que no había suficientes datos por casilla (Ver tabla 8).

Como se mencionó anteriormente el intervalo de tiempo usado fue de dos semanas, ya que es el tiempo estimado que suelen usar los autores para la confiabilidad. Sin embargo, durante este período las personas pudieron estar expuestas a cualquiera de los eventos, esto podría causar un mayor reporte de eventos en la segunda administración de algunos sujetos, lo que pudo haber influido en el grado de acuerdo entre la primera y segunda medida.

Tabla 8: *Coeficientes Kappa para el CET-V*

Item	kappa	Sig	N	Item	kappa	Sig	N
1	.524	.000	94	21	.664	.000	94
2	.511	.000	94	22	.622	.000	94
3	.648	.000	94	23	.410	.000	94
4	.401	.000	94	24	.656	.000	94
5	.327	.001	94	25	.593	.000	94
6	.501	.000	94	26	.789	.000	94
7	.517	.000	94	27	.877	.000	94
8	.258	.008	94	28	.789	.000	94
9	.770	.000	94	29	.383	.000	94
10	.474	.000	94	30	.528	.000	94
11	.492	.000	94	31	.577	.000	94
12	-	-	-	32	.476	.000	94
13	.662	.000	94	33	.740	.000	94
14	-	-	-	34	1.000	.000	94
15	.309	.000	94	35	-	-	-
16	1.000	.000	94	36	-	-	-
17	.652	.000	94	37	.622	.000	94
18	.662	.000	94	38	.369	.000	94
19	.715	.000	94	39	.557	.000	94
20	.536	.000	94	40	.691	.000	94

Estos resultados indican que el CET-V tiene una alta estabilidad de la medida en el tiempo, así como también un moderado grado de acuerdo entre lo reportado en la primera y la segunda aplicación, lo cuál está directamente asociado con una alta confiabilidad del instrumento.

b) Cuestionario de Detección de Eventos Estresantes de la Vida (SLESQ)

Para determinar la confiabilidad test-retest se calculó un coeficiente de correlación de Spearman entre la primera y segunda aplicación de la escala, con un intervalo de tiempo de dos semanas. Se obtuvo un coeficiente de 0,81 ($p<0,01$), el cuál indica una alta estabilidad de la medida en el tiempo (Ver tabla 9).

Tabla 9: *Coeficiente de Confiabilidad test- retest del SLESQ*

Rho de Spearman		SLESQ (re-test)
SLESQ (pre-test)	Coeficiente de correlación	,813**
	Significancia (2 colas)	,000
	N	93

** Correlación significativa al nivel de 0,01

Además, se calculó el coeficiente Kappa para cada ítem entre la primera y segunda administración. Los coeficientes oscilaron entre 0,35 ($p<0,01$) para amenaza con armas, hasta 0,73 ($p<0,01$) para enfermedad grave o mortal, con una mediana de 0,52. Este resultado indica un moderado grado de acuerdo entre las aplicaciones. A excepción del ítem 12 (situación de peligro) para el cuál no se mostró ningún grado de acuerdo $k=-0,026$ ($p>0,01$) (Ver tabla 10)

Tabla 10: *Coeficientes Kappa para el CET-V*

Ítem	Kappa	Sig	N
1	0,73	0,000	93
2	0,57	0,000	93
3	0,71	0,000	93
4	0,44	0,000	93
5	0,66	0,000	93
6	0,48	0,000	93
7	0,70	0,000	93
8	0,52	0,000	93
9	0,60	0,000	93
10	0,35	0,000	93
11	0,50	0,000	93
12	-0,026	0,794	93
13	0,51	0,000	93

Estos resultados indican que el SLESQ tiene una alta estabilidad de la medida en el tiempo, así como también un moderado grado de acuerdo entre lo reportado en la primera y la segunda aplicación, lo cuál está directamente asociado con una alta confiabilidad del instrumento.

b) Lista de Chequeo de Síntomas de los Ángeles (LASC)

La confiabilidad, obtenida por el Coeficiente Alpha de Cronbach, fue de 0,94, lo cual refleja una elevada consistencia interna (Ver tabla 11). Así mismo, se halló una asociación positiva entre los ítems de la escala con correlaciones entre 0,16 y 0,76 con respecto al puntaje total (Ver anexo P).

Tabla 11: *Coeficiente de Confiabilidad Alpha de Cronbach de la LASC*

Cronbach's Alpha	N de ítems
,948	43

Análisis de Validez

Para obtener la validez de constructo se computaron dos correlaciones de Spearman y se utilizó la U de Mann-Whitney para hacer comparaciones por sexo respecto al número y tipo de eventos reportados.

La primera correlación se calculó para asociar los puntajes totales del CET-V y del SLESQ, obteniéndose un coeficiente de 0,63 ($p<0,01$), lo que indica que altos puntajes en el CET-V se asocian a altos puntajes en el SLESQ. Es decir, que un mayor número de eventos reportados en el CET-V se asocia a un mayor reporte en el SLESQ (Ver tabla 12).

Tabla 12: *Validez de Constructo del CET-V (correlación entre CET-V1 y SLESQ)*

Rho de Spearman		SLESQ total
CET-V1	Coeficiente de correlación	,633**
	Significancia (2 colas)	,000
	N	496

** Correlación significativa al nivel de 0,01

La segunda correlación se calculó para asociar los puntajes totales del CET-V y de la LASC, obteniéndose un coeficiente de 0,31 ($p<0,01$), que permite evidenciar una relación lineal, positiva y significativa entre estos puntajes. Esta relación implica que las personas que reportan un mayor número de eventos también presentan un mayor grado de severidad de los síntomas (Ver tabla 13).

Tabla 13: *Validez de Constructo del CET-V (correlación entre CET-V1 y LASC)*

Rho de Spearman		LASC total
CET-V1	Coeficiente de correlación	,318**
	Significancia (2 colas)	,000
	N	495

** Correlación significativa al nivel de 0,01

Estos resultados son indicativos de una alta validez de constructo del CET-V, pues los resultados comprueban las hipótesis 2 y 3.

En cuanto a las comparaciones por sexo se obtuvo que los hombres reportaron un número total de eventos significativamente más alto que las mujeres (U=3.022 p <0.01) (Ver tabla 14 y gráfico 18), comprobando la hipótesis 6. Este resultado es coherente con lo que otros autores han encontrado. Sin embargo, la heterogeneidad de la distribución junto con los datos extremos podría influir en que estadísticamente se encontrara que los hombres reporten más eventos que las mujeres (Ver anexo Q).

Tabla 14: *Diferencias por sexo en el número total de eventos reportados en el CET-V*

	CET-V1
Mann-Whitney U	3022,000
Wilcoxon W	10772,000
Z	-3,252
Significancia (2 colas)	,001

a. Variable de agrupación: Sexo

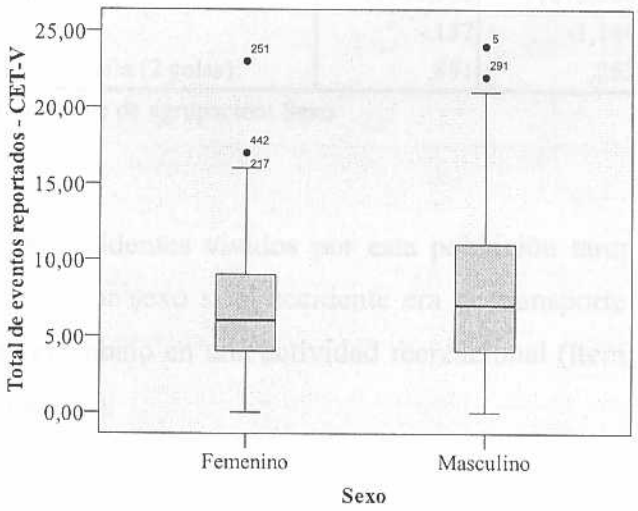


Gráfico 18: Caja y Bigote de la distribución de puntajes del total de eventos reportados en el CET-V para hombres y mujeres.

Respecto a los tipos de eventos no se encontraron diferencias significativas en asalto sexual en la adultez (ítem 12 U=4,143 p <0,01; ítem 13 U=4,144 p <0,01 y ítem 14 U= 4,148 p <0,01) (Ver tabla 15); ni en abuso sexual en la infancia (ítem 17 U=4,198 p<0,01 y ítem 18 U=4,125 p <0,01) (Ver tabla 16 y anexo R)

Tabla 15: *Diferencias por sexo en el reporte de asalto sexual en la adultez en el CET-V*

	Ítem 12 CET-V	Ítem 13 CET-V	Ítem 14 CET-V
Mann-Whitney U	4143,000	4144,000	4148,000
Wilcoxon W	6489,000	6490,000	6494,000
Z	-,430	-,709	-1,050
Significancia (2 colas)	,667	,478	,294

a. Variable de agrupación: Sexo

Tabla 16: *Diferencias por sexo en el reporte de abuso sexual en la infancia en el CET-V*

	Ítem 17 CET-V	Ítem 18 CET-V
Mann-Whitney U	4198,500	4125,500
Wilcoxon W	11948,500	11875,500
Z	-,137	-1,144
Significancia (2 colas)	,891	,253

a. Variable de agrupación: Sexo

En cuanto a los accidentes vividos por esta población tampoco se encontraron diferencias significativas por sexo si el accidente era de transporte (ítem 3 U=3,487 p <0,01) o si ocurría en el trabajo en una actividad recreacional (ítem 4 U=3,997 p<0,01) (Ver tabla 17) (Ver anexo S).

Tabla 17: *Diferencias por sexo en el reporte de accidentes en el CET-V*

	Ítem 3 CET-V	Ítem 4 CET-V
Mann-Whitney U	3487,000	3997,000
Wilcoxon W	11237,000	6343,000
Z	-2,073	-,574
Significancia (2 colas)	,038	,566

a. Variable de agrupación: Sexo

Por último, se encontraron diferencias significativas para las diferentes modalidades de robo o asalto con armas. Tanto para la modalidad de víctima (ítem 9 U= 2,829 p<0,01) cómo para la modalidad de amenaza (ítem 10 U= 3,167 p<0,01) y la modalidad de testigo (ítem 11 U=3,092 p<0,01), los hombres reportaron significativamente más estos eventos que las mujeres (Ver tabla 18) (Ver anexo T)

Tabla 18: *Diferencias por sexo en el reporte de robo o asalto con armas en el CET-V*

	Ítem 9 CET-V	Ítem 10 CET-V	Ítem 11 CET-V
Mann-Whitney U	2829,500	3167,000	3092,000
Wilcoxon W	10332,500	10793,000	10842,000
Z	-4,510	-3,446	-3,627
Significancia (2 colas)	,000	,001	,000

a. Variable de agrupación: Sexo

La hipótesis 7 que planteaba diferencias entre hombres y mujeres según los tipos de eventos ya mencionados, se confirmó en el caso de robo o asalto con armas, ya que los hombres reportaron estos eventos en mayor medida que las mujeres. Sin embargo, para los demás eventos no se confirmó la hipótesis dado que no se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres.

Adicionalmente se encontraron otros eventos que mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Los hombres reportaron más que las mujeres incendio o explosión (ítem 2, U=27.240 p<0,01), ser rescatistas de cadáveres (ítem 5, U=28.211 p<0,01), ser amenazado de robo sin armas (ítem 7 U=26.973 p<0,01), ser

víctima de violencia y/o exclusión escolar (ítem 21 U=28.175, 5 p<0,01) y ser perseguido y/o amenazado por pandillas o bandas (ítem 23 U=26.533,5 p<0,01).

Por su parte las mujeres reportaron significativamente más que los hombres tener un familiar, pareja o amigo cercano que haya sido diagnosticado con una enfermedad grave o mortal (ítem 29 U=26.712,5 p<0.01) (Ver anexo U).

Adicionalmente, se realizó la prueba de la cuarta hipótesis comparando la severidad de los síntomas en función al grupo que presenta trauma con el que no lo presenta (Índice CET-V3). Para este fin se calculó una U de Mann- Withney y se obtuvo un valor de U=21.848 (p<0,01), a favor del grupo con trauma (Ver tabla 19 y gráfico 19). Es decir, este grupo mostró una mayor severidad de sus síntomas que es significativa en comparación al grupo sin trauma, lo cuál es coherente con los hallazgos de otros autores (Ver anexo V).

Tabla 19: *Diferencias en la severidad de los síntomas para los grupos con trauma y sin trauma*

	LASC
Mann-Whitney U	21848,000
Wilcoxon W	40958,000
Z	-4,196
Significancia (2 colas)	,000

a. Variable de agrupación: Sexo

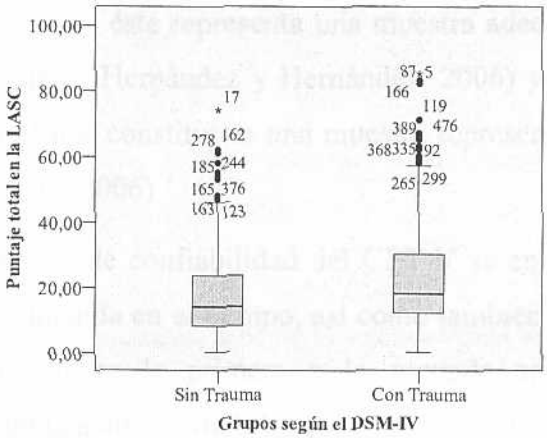


Gráfico 19: Caja y Bigote de la distribución de puntajes de la severidad de los síntomas para los grupos con trauma y sin trauma

DISCUSIÓN

Diversos autores se han dado la tarea de elaborar distintos instrumentos para la medición del fenómeno del trauma. Como mencionan Norris y Hamblen (1994) esta ha sido una tarea complicada ya que es difícil trazar el límite entre lo que se considera un evento trumático y lo que no.

Es por esto que el DSM-IV (APA, 2000) ha buscado llegar a un consenso con las definiciones existentes para precisar los criterios (A1 y A2) que deben estar presentes para considerar un evento como traumático.

Aun asi los autores se han enfocado principalmente a la medición del criterio A1 dejando de lado el A2 por lo que la medida del trauma no resulta completa (Norris y Hamblen, 1994). Y además, no se han realizado suficientes investigaciones trasnculturales para poder validar los instrumentos según los contextos culturales. Sin embargo, el CET-V fue creado para medir ambos criterios y para considerar las diferencias culturales en relación a los eventos.

Además, el CET-V fue elaborado con la participación de jueces expertos que aseguraron en cierta medida que los eventos incluidos en el cuestionario fueran potencialmente traumáticos y especificos para la población venezolana.

Esto es una evidencia de validez del CET-V basada en el contenido del test, lo cuál se refiere al grado en que éste representa una muestra adecuada del contenido del dominio de interés (Martinez, Hernández y Hernández, 2006) y el grado en el que las conductas mostradas en el test constituyen una muestra representativa de las conductas del dominio (Martinez, et al., 2006)

Al realizar el análisis de confiabilidad del CET-V se encontró que el test tiene una alta estabilidad de la medida en el tiempo, así como también un moderado grado de acuerdo entre lo reportado en la primera y la segunda aplicación, lo cuál está directamente asociado con una alta confiabilidad del instrumento.

La alta confiabilidad del CET-V indica que es poco susceptible a los cambios fortuitos en la condición cotidiana de los examinados o en el entorno en el que se aplica la prueba (Anastasi y Urbina, 1998).

Sin embargo, algunos de los participantes comentaron que entre el pre-test y el re-test estuvieron expuestas a algunos eventos. Esto pudo causar un mayor reporte de eventos en la segunda administración de algunos sujetos, influyendo así en el grado de acuerdo entre la primera y segunda medida.

Debido a esto seria recomendable que en futuras aplicaciones del instrumento en la sociedad venezolana se utilizara un intervalo de una semana entre la primera y la segunda administración.

Como parte del análisis psicométrico además de la confiabilidad se obtuvieron indicadores de validez. Las concepciones modernas de la validez de constructo insisten en que éste es un concepto unitario, que integra consideraciones de contenido, de criterio, convergente; que la validación es un proceso; no una acción puntual y que la validez no es de un test, sino de las interpretaciones y decisiones que se toman con las puntuaciones de los test (Messick 1989, 1990, 1995, 1996 cp. Martinez, et al., 2006)

Uno de los indicadores de validez de constructo se obtuvo al asociar los puntajes del CET-V y del SLESQ, encontrándose que un mayor número de eventos reportados en el CET-V se asocia a un mayor reporte de eventos en el SLESQ. Esto muestra que el CET-V tiene la capacidad para medir adecuadamente el mismo constructo del SLESQ.

A pesar de que la correlación entre ambos tests fue significativa, la magnitud del coeficiente fue moderado ya que el CET-V mide un rango mayor de eventos que el SLESQ. Además, la forma en que el SLESQ mide los eventos es más amplia ya que en algunos items incluye varios eventos relacionados, mientras que el CET-V tiene un item por cada evento.

Otros indicadores de validez constructo se obtuvieron a partir de los hallazgos de prevalencia en la población. De los resultados obtenidos, se puede deducir que la exposición a eventos traumáticos en algún momento de la vida parece ser bastante común en la muestra estudiada, dado que los hallazgos sugieren que un alto porcentaje

de los estudiantes universitarios de este estudio reportaron haber experimentado por lo menos un evento.

Esto es concordante con la evidencia empírica señalada por otras investigaciones que se han dedicado a la determinación de la prevalencia del estrés postraumático.

En 1994 Vrana y Lauterbach (1994; c.p. Lis-Turlejska, 2008) utilizando el Cuestionario de Eventos Traumáticos (TEQ: Traumatic Events Questionnaire) en una muestra de estudiantes universitarios; en 1995 Bernat, Ronfeld, Calhoun y Arias (1995; c.p. Lis-Turlejska, 2008); en 1998 Goodman, Corcoran, Turner, Yuan and Green (1998) evaluaron a 195 estudiantes universitarios estadounidenses usando el SLESQ; en el 2000 Green, Goodman, Krupnick, Corcoran, Petty y Stockton (2000; c.p. Lis-Turlejska, 2008) evaluaron a 2507 estudiantes universitarias estadounidenses con el SLESQ y por último, en el 2006 Bahamonde (2006) evaluó a 459 estudiantes universitarios adultos puertorriqueños. Encontrando también un alto porcentaje de personas que vivieron por lo menos un evento traumático.

La prevalencia encontrada en el presente estudio es mayor que las reportadas en la literatura, lo que puede deberse a dos factores no mutuamente excluyentes. Uno se refiere a la cantidad y variedad de eventos considerados en el CET-V y el otro el que esta población esté en efecto más expuesta a eventos traumáticos.

Sin embargo, la similitud entre los resultados obtenidos en este estudio y los datos reportados en otras investigaciones es un indicador de que el CET-V tiene la capacidad de detectar lo mismo que otros instrumentos.

Adicionalmente, del alto porcentaje de los estudiantes que reportaron haber experimentado por lo menos un evento, se encontró que más de la mitad reportó haber vivido por lo menos uno de los eventos que experimentó como traumático. Es decir, que sintieron tanto amenazada su integridad física o la de otros (criterio A1) como terror, desesperanza u horror intenso (criterio A2).

Por lo tanto, se puede concluir que los eventos reportados por los estudiantes no siempre son vividos por los sujetos con terror, desesperanza u horror intenso, ni sintiendo amenazada su integridad física o la de otros. Aun así la vivencia de eventos traumáticos representa un alto porcentaje dentro del grupo estudiado.

De todos los eventos evaluados los reportados con mayor frecuencia resultaron ser también los que se vivieron como traumáticos. Estos se ordenan a continuación de mayor a menor frecuencia de ocurrencia: (a) muerte repentina de familiar, pareja o amigo cercano; (b) diagnóstico de una enfermedad grave o mortal de un familiar, pareja o amigo cercano (c) testigo de un robo o asalto sin armas; (d) desastres naturales; (e) accidentes de transporte; (f) testigo de asalto con armas; (g) amenaza de robo o asalto sin armas; (h) víctima de robo o asalto sin armas y (i) víctima de robo o asalto con armas.

Altas exposiciones a estos eventos eran de esperarse, dadas las condiciones sociales, políticas y económicas que prevalecen en el País. Además, siendo Venezuela un lugar con altas tasas de violencia, criminalidad, accidentes automovilísticos y deficiencias en los servicios de salud pública, era lógico obtener estos resultados. Por lo tanto, es evidente que se reporten como eventos comunes a toda la muestra.

Otro hallazgo de este estudio muestra que los eventos fueron experimentados en mayor medida sólo una vez por los sujetos, mientras que fue poco el porcentaje de sujetos que reportaron haber vivido los eventos varias veces en el tiempo. Esto indica que las personas están más expuestas al trauma Tipo I como es definido por Terr (1991 cp. Solomon y Heide, 1999).

Al realizar el análisis de las diferencias por sexo respecto al número total de eventos a los que han sido expuestos los sujetos, se encontró que los hombres reportaron haber estado significativamente más expuestos a los eventos que las mujeres.

No fue posible comparar estos resultados con otros estudios realizados en Venezuela, debido a que no se han hecho estudios de esta índole en el país. Sin embargo, estas tasas de prevalencia son comparables con otros estudios epidemiológicos realizados en la población general.

Por ejemplo, Mueser y cols. (1998), encontraron que las mujeres reportaron haber estado menos expuestas a diferentes eventos traumáticos en comparación con los sujetos masculinos que obtuvieron un mayor reporte de exposición a situaciones de esta índole.

Igualmente, otros investigadores que trabajaron con la población general hallaron que los hombres reportaban un porcentaje de eventos más altos que los de las mujeres

(Breslau, 1998; Creamer et al, 2002; Frans, 2003; Norris et al., 2003 y Resnik et al., 1993; cp. Bahamonde 2006).

Por otro lado, si se comparan los resultados con los encontrados en investigaciones realizadas con estudiantes universitarios, se puede ver que dichos resultados son similares. Como los de Lis-Turlejska (2008), Vrana y Lauterbach Green, (1995; cp. Bahamonde, 2006), Bernat, et al., (1998; cp. Bahamonde, 2006), Cross y McCanne, (2001; cp. Bahamonde, 2006), Rugiero, et al., 2003; cp. Bahamonde, 2006), Mizuta, et al., (2005; cp. Bahamonde, 2006) quienes también encontraron un mayor reporte de eventos por parte de los hombre.

Otro estudio importante que debe ser mencionado es el de Tolin y Foa (2006) que tras analizar 290 artículos de los últimos 25 años en un metanálisis, también encontraron que los hombres reportaban los eventos traumáticos significativamente más que las mujeres.

En términos de las diferencias por sexo y los tipos de traumas experimentados autores como Acierno, Kilpatric y Resnick, (1999, cp. Bahamonde, 2006); Kessler et al., 1995; Kilpatric y Acierno (2003 cp. Bahamonde, 2006), Tolin y Foa (2006), Lis-Turlejska, (2008) y Goodman, Corcoran, Turner, Yuan and Green (1998) encontraron que los hombres reportaron con mayor frecuencia que las mujeres robo o asalto y accidentes.

En la presente investigación los resultados no son del todo concordantes con los de estos autores, pues se encontraron diferencias significativas a favor de los hombres solo para el reporte de robo y asalto, específicamente con armas en todas sus modalidades (amenaza, víctima y testigo). Mientras que los accidentes fueron reportados por igual tanto por hombres como por mujeres.

Por su parte el abuso sexual en la infancia y el salto sexual en la adultez son los eventos que han sido reportados en mayor medida por las mujeres en los diversos estudios (Acierno, Kilpatric y Resnick, (1999 cp. Bahamonde, 2006); Kessler et al., 1995; Kilpatric yAcierno, (2003 cp,. Bahamonde, 2006), Tolin y Foa 2006, Lis-Turlejska, 2008, Kessler, et al., 1995 y Goodman, Corcoran, Turner, Yuan and Green 1998).

Sin embargo, en esta investigación no se encontraron diferencias entre hombres y mujeres en cuanto el abuso sexual en la infancia o asalto sexual en la adultez.

Respecto a este último resultado se presume que pudo estar influido por el fenómeno de la deseabilidad social, ya que al ser el CET-V un instrumento de autoreporte, por las características del fenómeno medido y porque se les pidió a los sujetos datos de identificación con fines metodológicos, pudieron tender a responder lo que perciben que los demás esperaban de ellos y lo que socialmente es aceptado.

Adicionalmente, se encontraron en esta muestra otros eventos que mostraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Los hombres reportaron más que las mujeres incendio o explosión, ser rescatistas de cadáveres, ser amenazado de robo sin armas, ser víctima de violencia y/o exclusión escolar y ser perseguido y/o amenazado por pandillas o bandas.

Por su parte las mujeres reportaron significativamente más que los hombres tener un familiar, pareja o amigo cercano que haya sido diagnósticado con una enfermedad grave o mortal.

Estos resultados muestran que hay diferencias culturales por género en cuanto a los tipos de eventos que son mayormente reportados. Este desconocimiento en relación a la epidemiología del trauma se debe a que la mayoría de las investigaciones con poblaciones no expuestas a condiciones clínicas se han realizado en EE.UU. o en Europa, y por tanto se tiene poca información que pueda indicarnos la incidencia de esta condición en Venezuela y Latinoamérica (Bahamonde, 2006).

Como otro indicador de validez se encontró una relación lineal, positiva y significativa entre el CETV-V y la LASC. Esto indica que un mayor número de eventos se asocia a una mayor severidad de los síntomas.

Estos resultados concuerdan con los reportados por diversos autores, quienes encontraron que el número de eventos reportados predicen la severidad de los síntomas (Cloitre, Cohen, Edelman y Han, 2001; Follette, Polusny, Bechtle y Naugle, 1996; c.p. Briere, Kaltman y Green, 2008) y que la cantidad de eventos experimentados se asocian a la cantidad se síntomas presentados (Briere, Kaltman y Green, 2008).

Por último, se encontraron diferencias significativas entre el grupo de personas que experimentó los eventos como traumáticos y los que no los experimentaron como traumáticos, respecto a la severidad de los síntomas. Siendo el grupo con trauma el que mostró una mayor severidad de síntomas.

Esto refleja la importancia de que los instrumentos consideren ambos criterios, ya que si se toman en cuenta éstos pueden discriminar entre aquellas personas que vivieron los eventos como traumáticos de aquellos que no los vivieron de tal forma.

Además, algo positivo del CET-V es que permite calcular tres indices para obtener información como el número total de eventos reportados por las personas (CET-V1), la cronicidad de los mismos, es decír la frecuencia con que han vivido los eventos (CET-V2) y si la persona experimentó uno o más eventos como traumáticos (CET-V3).

En resumen, de los resultados encontrados en este estudio se desprende que el CET-V es un instrumento confiable que presenta una alta estabilidad de la medida en el tiempo y que permite hacer estimaciones válidas de la distribución del trauma en la población universitaria. Presentando ventajas frente a otros instrumentos ya que evalúa completamente el trauma y por que considera las diferencias culturales.

CONCLUSIONES

Esta investigación tuvo por objetivo elaborar y analizar psicométricamente el Cuestionario de Eventos Traumáticos-Venezuela (CET-V) que permitirá detectar la exposición a lo largo de la vida de una variedad de eventos traumáticos específicos a la cultura venezolana en una muestra de estudiantes de la Universidad Católica Andrés Bello.

El análisis psicométrico se inició con el cálculo de la confiabilidad. Encontrándose que el CET-V es una medida estable en el tiempo mostrando además un alto porcentaje de acuerdo entre la primera y la segunda administración.

Adicionalmente, se encontraron indicadores que apuntan hacia una adecuada validez de constructo del cuestionario. La asociación significativa entre el CET-V y el SLESQ que indica que ambos instrumentos miden el mismo constructo y la asociación entre el CET-V y la LASC que muestra que a mayor cantidad de eventos reportados por los sujetos, mayor es la severidad de sus síntomas.

Se observó que existía una diferencia significativa entre el grupo con trauma y el grupo sin trauma, mostrando que las personas con trauma tienen una mayor severidad de los síntomas.

Además, como era esperado para esta muestra se encontró que la experiencia de eventos traumáticos no se distribuyó normalmente, sino que presentó una forma caracterizada por la acumulación de los sujetos alrededor de los puntajes más bajos de la escala, los cuales indican un menor reporte de eventos.

Sin embargo, se halló que en esta población, en comparación con otras poblaciones, hay más cantidad de personas que han experimentado por lo menos un evento a lo largo de su vida. De estas personas la mayoría reportó haberlos experimentados como traumáticos. Esto es interesante porque muestra que esta población tiene mayor probabilidad de estar expuestos a estas situaciones. Se evidenció la relevancia de incluir los criterios A1 y A2 propuestos por el DSM-IV, lo que es una fortaleza significativa del CET-V sobre otros instrumentos.

Específicamente los eventos traumáticos reportados con mayor frecuencia en esta población fueron: (a) el diagnóstico de una enfermedad grave o mortal a un familiar, pareja o amigo cercano; (b) ser víctima de robo o asalto con armas; (c) ser testigo de asalto con armas; (d) ser víctima de robo o asalto sin armas; (e) la muerte repentina de un familiar, pareja o amigo cercano; (f) ser amenazado de robo o asalto sin armas; (g) ser testigo de robo o asalto sin armas; (h) accidentes de transporte, y (i) ser amenazado de asalto con armas.

A nivel general los hombres reportaron mayor cantidad de eventos que las mujeres. Habiendo diferencias significativas a favor de éstos en cuanto al robo o asalto con armas, incendio o explosión, ser rescatistas de cadáveres, ser amenazado de robo sin armas, ser víctima de violencia y/o exclusión escolar y ser perseguido y/o amenazado por pandillas o bandas.

Por su parte las mujeres reportaron significativamente más que los hombres tener un familiar, pareja o amigo cercano que haya sido diagnósticado con una enfermedad grave o mortal.

Por otro lado, en el ítem abierto del CET-V los sujetos reportaron como traumáticos las marchas y protestas, el secuestro de un familiar o amigo cercano y el suicidio de un familiar o amigo cercano.

En resumen, las interpretaciones realizadas con el CET-V son fiables y válidas para el estudio del trauma en la población universitaria en Venezuela.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

En primer lugar, los puntajes obtenidos con el CET-V pueden estar influidos por errores de medición que provienen del factor deseabilidad social por parte de los sujetos, al intentar responder lo que perciben se espera de ellos o lo socialmente aceptado. A esto se añade el hecho de que se le solicitó el número de cédula de identidad a los sujetos para poder realizar la medida del retest, lo que hizo que algunas personas dudaran de la confidencialidad de los datos.

Otros factores que pudieron estar presentes fueron omisiones y ansiedad que pueden resultar del hecho de sentirse evaluados y/o por la movilización emocional que les pudo ocasionar el recuerdo de los eventos traumáticos.

Para mejorar esto en futuras investigaciones se sugiere elegir una manera diferente para aparear los datos que haga que los sujetos se sientan más cómodos al responder.

En segundo lugar, los sujetos presentaron dificultades para contestar los criterios A1 y A2 de trauma del DSM –IV ya que algunas personas los dejaron sin contestar y otras reportaron su confusión en cuanto al formato de respuesta.

Sería recomendable que en la instrucción se haga explícito que la persona debe contestar las preguntas referentes a los criterios A1 y A2 para cada ítem, o que se modifique el formato de respuesta para facilitar la manera de contestar estos criterios.

En tercer lugar, al aplicarse el instrumento dentro del contexto universitario, los estudiantes se veían forzados a contestar rápidamente sin tomarse el tiempo necesario para recordar la vivencia, frecuencia y sensaciones provocadas por cada evento. En este caso sería de mayor utilidad aplicar el instrumento fuera de los horarios de clase para darle mayor libertad en el tiempo de respuesta a los sujetos.

En cuarto lugar, se recomienda incluir en el instrumento un ítem para medir el secuestro de un familiar, pareja o amigo cercano debido a que las personas lo reportaron con una alta frecuencia en el ítem abierto del CET-V. Asimismo, es importante mantener

este ítem abierto dentro del cuestionario para seguir detectando eventos que son considerados como traumáticos por las personas de esta población y que el instrumento no mide.

En quinto lugar, sería pertinente realizar análisis extras del CET-V que no fueron llevados a cabo en este estudio porque no fueron objetivos del mismo, por ejemplo identificar los eventos con menor frecuencia de ocurriencia para que sean eliminados del instrumento y determinar cuáles eventos traumáticos están asociados a la sintomatología más severa.

En sexto lugar, sería conveniente que se profundizaran los análisis psicométricos para constatar los resultados obtenidos y además hacer estudios comparativos entre población clínica y normal, así como poblaciones con diferentes edades. Además, sería importante realizar una entrevista clinica estructurada con el CET-V y comparar los resultados con las repuestas reportadas en el cuestionario.

Por último, sería pertinente asociar el CET-V con otros instrumentos que midan la severidad de los síntomas, ya que la LASC no se comportó de la manera esperada dentro de esta población lo que hace que sus resultados sean cuestionables.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (*4ta ed). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (1995). *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4° ed). Washinton, DC:Author).

American Psychistric Association (2000) *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ta ed revisada). Washinton, DC:Author).

Anastasi, A. y Urbina, S. (1998). *Test Psicológicos*. (7ª. Ed.) México: Prentice Hall.

Angelluci, L.T. (2006). Estrés: aspectos básicos y su relación con la salud. En G. Peña, Y. Cañoto y Z. Santalla (Ed.), Introducción a la psicología (415-449). Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.

Arnau, J. (1982) *Psicología Experimental. Un enfoque metodológico*. México: Trillas.

Bahamonde, R.M. (2006). *Experiencias traumáticas y síntomatología de trastorno por estrés post-traumático en una muestra de estudiantes universitarios.* Tesis Doctoral, Universidad Católica de Puerto Rico, Puerto Rico.

Bresslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. y Peterson, E. (1991). Traumatic events abd posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.

Briere, J. y Scott, C. (2006) Principles of trauma therapy: A guide to symptoms, evaluation, and treatment. Publicado por SAGE Recuperado en Marzo 22, 2009, de: http://www.amazon.com/Principles-Trauma-Therapy-Evaluation-Treatment/dp/0761929215.

Briere, J., Kaltman, S. y Green, B.L. (2008) Accumulated Childhood Trauma and Symptom Complexity. *Journal of Traumatic stress*. 21 : 2 p. 223-226.

Bromet, E., Sonnega, A. y Kessler, R.C. (1998). Risk factors for DSM-III-R posttraumatic stress disorder: findings from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Epidemiology*, 147 (4), 353-361.

Bryant-Davis, T. (2005). Thriving in the wake of trauma: A multicultural guide. Westport, CT: Praeger.

Caldas, C. y Cabrero, B. (2003). *Estudio Psicométrico de la Escala "Medición de la Alienación y Trauma Estudiantil" (SATS).* Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Carcas, Venezuela.

Ceverino, A. (2007, Abril). *"Conceptos fundamentales en Victimología".* Articulo presentado en "Jornadas de formación continuada. Las víctimas de la violencia de género: generalidades, aspectos psicológicos y jurídicos", Madrid, España.

Cord on, I., Pipe, M., Sayfan, l., Melinder, A., y Goodman, G. (2004) Memory for traumatic experiences in early childhood. *Developmental Review* 24, 107-132.

Clements, P., Asaro, R. Henry, T. y McDonald, G. (2005) Assessment and Intervention With Youth Exposed to Sexual Homicide of a Family Member. *Published by Oxford University Press.* 300-309.

Diamond, T. y Muller, R. (2004) The Relationship Between Witnessing Parental Conflict During Childhood and Later Psychological Adjustment Among University Students: Disentangling Confounding Risk Factors. *Canadian Journal of Behavioural Science,* 36:4, 295-309.

D´Orazio, A.K., Réquiz, M.C., Romero, Anzola, M., Hernández, J.G., Barboza, J.M., y Teneud, L. (2005). Apoyo Psicosocial para las Personas Afectadas por la Catástrofe del Valle de Mocotíes, Mérida-Venezuela. *Fermetum* N° 43 - 199 - 217.

Elhai, J.D., Franklin, C.L., Gray, M.J. (2008). The SCID PTSD Module´s Trauma Screen: Validity With Two Samples in Detecting Trauma History. *Deppression and Anxiety*, 25:737-741.

Elhai, J.D., Patrick, S.L., Anderson, S., Simons., S.J., y Frueh., C. (2006). Gender- and Trauma-Related Predictors of Use of Mental Health Treatment Services Among Primary Care Patients. *Psychiatr Serv* 57:1505-1509.

Finkelhor, D., Hotaling, G., Lewis, I.A., & Smith, C. (1990). Sexual abuse in a national survey of adult men and women: Prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse and Neglect*, 14(1), 19–28.

Goodman, L.A, Corcoran, C., Turner, K., Yuan, N., Green, B.L (1998). Assessing Traumatic Event Exposure: General Issues and Preliminary Findings for the Stressful Life Events Screening Questionnaire. *Journal of Trumatic Stress.* 11(3) 521-540.

Herman, J. (1997). Trauma and recovery. New York: Basic Books.

Horowitz, M., Wilner N., Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom Med*; 41:209-218.

Hyman, I. y Snook, P. (2002). My Worst Experience Scale (MWES) Manual. Los Angeles: Western Psychological, DC.

Kerlinger, F.N. y Lee, H.B. (2001) *Investigación del Comportamiento Métodos de Investigación en Ciencias Sociales* (4ta edición). México: McGraw Hill.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C.B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048–1060.

Lis-Turlejska,M. (2008) Prevalence of traumatic events and posttraumatic stress symptoms in a student sample in Polan. *Torture.* 18:1 p. 12-19.

Magnusson, D. (2005). *Teoría de los Tests* (2da edición). México: Trillas.

Martín, J. L. y De Paúl, J. (2004). Trastorno por estrés postraumático en victimas de situaciones traumáticas. *Psicothema*, 16 (1), 45-49.

Martinez, M.R., Hernández, M.V., Hernández, M.J. (2006) *Psicometria.* Madrid: Alienza Editorial.

McGuigan, F.J. (1996). *Psicología Experimental. Métodos de Investigación* (6ta edición). México: Prentice Hall.

Miller, K.E., Omidian,P., Kulkarni, M., Haqmal A.Y., y Rasmussen, A. (2009) The Validity and Clinical Utility of Pos-traumatic Stress Disorder in Afghanistan. *Transcultural Psychiatry*. Vol 46(2): 219-237.

Minardi, C. y Paoli, M. S. (2002) *Influencia del Sexo, Edad, Nivel Socioeconómico y Apoyo Social sobre los Niveles de Estrés Postraumático en personas afectadas por las inundaciones del Estado Vargas en diciembre de 1999.* Trabajo de Grado de Licenciatura no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Carcas, Venezuela.

Mueser, K.T, Trumbetta, S.L., Rosenberg, S.D., Vidaver, R., Goodman, L.B., Osher, F.C., y cols. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 56 (3), 493-499.

Naparstek, B. 2004. *Invisible heroes: Survivors of trauma and how they heal.* New York: Bantam Books.

Neria, Y., Bromet, E.J., Sieevers, S., Lavelle J., y Fochtman, L.J. (2002). Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Psychosis: Findings From a First-Admission Cohort. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 70, 246-25.

Nijenhuis, E. R.S., Van der Hart, O., Kruger, K. (2002). The Psychometric Characteristics of the Traumatic Experiences Checklist (TEC): First Findings Among Psychometric Outpatients. *Clinical Psychology and Psychoterapy,* 9,200-210.

Nijenhuis, E., Van der Hart, O., Kruger, K. y Steele, K. (2004). Somatoform dissociation, trauma, and defence. *Journal of Psychiatry*, 38, 678-686.

Norris, F.H. y Hamblen, J.L. (1994) *Standardized Self-Report Measures of Civilian Trauma and PTSD.* En J.P. Wilson y T.M Keane (Ed.), *Assessing psychological trauma and PTSD (pp.7-43).* New York.

Páez, D., Ruiz, J.I., Gailly, O., Kornblit, A.L., Wiesenfeld, E., y Vidal, C.M. (1996). Trauma Político y Clima Organizacional. Una investigación Transcultural. *Psicología Política*, Nº 12, 1996, 47-69.

Pérez, C.A. (2002). *Estudio del grado y tipo de disociación reportada en niñas con maltrato físico y/o abuso sexual a través de la Lista de Chequeo de Conductas Disociativas de Putman (CDC).* Trabajo de Grado de Postgrado no publicado, Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

Pynoos, R., Frederick, C., Nader, K., Arroyo, W., Steinberg, A., Eth, S., y cols (1987). Life threat and posttraumatic stress in school-age children. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 1057-1062.

Salkind, N.J. (1998). *Métodos de Investigación.* (3era ed). México: Prentice-Hall.

Siegel, S. (1979) *Estadistica no paramétrica.* Mexico: Trillas.

Sierra Bravo, R. (1988). *Técnicas de Investigación Social Teoria y Ejercicios.* (5ta edición). Madrid: Paraninfo.

Solomon, E.P. y Heide, K.M. (1999). Type III Trauma: Toward a More Effective conceptualization of Psychological Trauma. *International Journal Offender Therapy and Comparative Criminology,* 43 (2), pag 200-210.

Strauser, D. R.; Lustig, D. C. y Uruk, A. C. (2007) Differences in Self-Reported Trauma Symptomatolñogy Between Individuals With and Without Disabilities. RCB. 50:4, pp. 216-225.

Tolin, D.F. y Foa, E.B. (2006) Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review oh 25 Years of Research. *Psychological Bulletin.* 132 : 6 p. 959-992.

Yoshihama, M., y Horrocks, J. (2002). Posttraumatic Stress Symptoms and Victimization Among Japanese American Women. *Journal of Consulting and Cilinical Psychology,* 70, 205-215.

Zinzow, H.M., Gaubaugh, A.L., Monnier, J., Suffoletta-Mairle, S. y Frueh, B.C. (2007) Trauma Among Female Veterans: A Critical Review. *Trauma Violence Abuse.* Vol 8, 384.

ANEXO A

Cuestionario de Detección de Eventos Estresantes de la Vida (Stressful Life Events Screening Questionnaire: SLESQ)

- Versión en ingles
- Traducción completa al español
- Versión reducida aplicada en el estudio definitivo

STRESSFUL LIFE EVENTS SCREENING QUESTIONNAIRE - REVISED

The items listed below refer to events that may have taken place at any point in your entire life, including early childhood. **If an event or ongoing situation occurred more than once, please record all pertinent information about additional events on the last page of this questionnaire.** (Please print or write neatly).

1. Have you ever had a life-threatening illness?

No _____ **Yes** _____ If yes, at what age? _____

Duration of Illness _____

Describe specific illness _____

2. Were you ever in a life-threatening accident?

No _____ **Yes** _____ If yes, at what age? _____

Describe accident _____

Did anyone die? ____ Who? (Relationship to you) _____

What physical injuries did you receive? _____

Were you hospitalized overnight? No_____ Yes _____

3. Was physical force or a weapon ever used against you in a robbery or mugging?

No _____ **Yes** _____ If yes, at what age? _____

How many perpetrators? _____

Describe physical force (e.g., restrained, shoved) or weapon used against you.

_____

Did anyone die? _____

Who? _____

What injuries did you receive? _____

Was your life in danger? _____

4. Has an immediate family member, romantic partner, or very close friend died because of accident, homicide, or suicide?

No _____ **Yes** _____ If yes, how old were you? _____

w did this person die? _____

elationship to person lost _____

the year before this person died, how often did you see/have
ntact with him/her? _____

ave you had a miscarriage? No _____ Yes _____ If yes, at what age?_____

At any time, has anyone (parent, other family member, romantic partner, stranger or meone else) ever <u>physically forced</u> you to have intercourse, or to have oral or anal sex ainst your wishes, or when you were helpless, such as being asleep or intoxicated?

No _____ **Yes** _____ If yes, at what age? _____

yes, how many times? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, more than 10_____

repeated, over what period? 6 mo. or less _____, 7 mos.-2 yrs. _____, more

than 2 yrs. but less than 5 yrs. _____, 5 yrs. or more _____.

ho did this? (Specify stranger, parent, etc.) _____

as anyone **else** ever done this to you? No_____ Yes_____

Other than experiences mentioned in earlier questions, has anyone ever touched vate parts of your body, made you touch their body, or tried to make you to have sex ainst your wishes?

No _____ **Yes** _____ If yes, at what age? _____

yes, how many times? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, more than 10_____

repeated, over what period? 6 mo. or less _____, 7 mos.-2 yrs. _____, more

than 2 yrs. but less than 5 yrs. _____, 5 yrs. or more _____.

Who did this? (Specify sibling, date, etc.) _____

What age was this person? _____

Has anyone **else** ever done this to you? No_____ Yes_____

When you were a child, did a parent, caregiver or other person ever slap you epeatedly, beat you, or otherwise attack or harm you?

No _____ **Yes**_____ If yes, at what age _____

yes, how many times? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, more than 10 _____

epeated, over what period? 6 mo. or less _____, 7 mos.- 2 yrs. _____, more than 2 yrs. but less than 5 yrs _____, 5 yrs. or more _____.

scribe force used against you (e.g., fist, belt)_____

ere you ever injured? _____ If yes, describe _____

o did this? (Relationship to you) _____

s anyone **else** ever done this to you? No _____ Yes _____

As an adult, have you ever been kicked, beaten, slapped around or otherwise ysically harmed by a romantic partner, date, family member, stranger, or someone se?

No _____ **Yes** _____ If yes, at what age? _____

yes, how many times? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, more than 10_____

repeated, over what period? 6 mo. or less _____, 7 mos.- 2 yrs. _____, more than 2 yrs. but less than 5 yrs. _____, 5 yrs. or more _____.

escribe force used against you (e.g., fist, belt) _____

ere you ever injured?_____ If yes, describe_____

Who did this? (Relationship to you) _____

f sibling, what age was he/she_____

Has anyone **else** ever done this to you? No_____ Yes _____

Has a parent, romantic partner, or family member repeatedly ridiculed you, put you own, ignored you, or told you were no good?

No _____ **Yes** _____ If yes, at what age?_____

f yes, how many times? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, more than 10_____

f repeated, over what period? 6 mo. or less _____, 7 mos.- 2 yrs. _____, more than 2 yrs. but less than 5 yrs. _____, 5 yrs. or more _____.

Who did this? (Relationship to you) _____

f sibling, what age was he/she_____

s anyone **else** ever done this to you? No_____ Yes _____

. Other than the experiences already covered, has anyone ever <u>threatened</u> you with a eapon like a knife or gun?

No _____ **Yes** _____ If yes, at what age? _____

es, how many times? 1 _____ , 2-4 _____ , 5-10 _____, more than 10_____

epeated, over what period? 6 mo. or less _____, 7 mos.- 2 yrs. _____, more

than 2 yrs. but less than 5 yrs. _____, 5 yrs. or more _____.

escribe nature of threat _____

o did this? (Relationship to you) _____

s anyone **else** ever done this to you? No_____ Yes _____

1. Have you ever been present when another person was killed? Seriously injured? exually or physically assaulted?

No _____ **Yes** _____ If yes, at what age? _____

ease describe what you witnessed _____

as your own life in danger? _____

2. Have you ever been in any other situation where you were seriously injured or your fe was in danger (e.g., involved in military combat or living in a war zone)?

No_____ **Yes**_____

yes, at what age? _____ Please describe. _____

_____

3. Have you ever been in any other situation that was extremely frightening or orrifying, or one in which you felt extremely helpless, that you haven't reported?

No_____ **Yes**_____

yes, at what age? _____ Please describe. _____

_____

The interviewer should determine if the respondent is reporting the same incident in multiple questions, and should record it in the most appropriate category.

ESCALA DE DETECCIÓN DE EVENTOS ESTRESANTES DE LA VIDA

Los reactivos enlistados a continuación se refieren a eventos que pueden haber ocurrido en cualquier momento de tu vida, incluyendo la niñez temprana. **Si un evento o situación en curso ocurrió (se produjo) más de una vez, por favor reporta toda la información pertinente acerca de eventos adicionales en la u´tima página de este cuestionario.** (Por favor escribe con letra legible).

1. **¿Alguna vez has tenido una enfermedad que pueda ser mortal?**

   No ____ **Si** _____ En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
   Duración de la enfermedad _____
   Describe la enfermedad _____

2. **¿Has estado en un accidente que haya podido ser mortal?**

   No _____ **Si** _____ En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
   Describe el accidente _____
   ¿Alguien murió? _____ ¿Quién? (Parentesco contigo) _____
   ¿Qué lesiones físicas recibiste? _____
   ¿Te hospitalizaron hasta el día siguiente? No _____ Si _____

3. **¿En un robo o asalto, alguna vez usaron la fuerza física o un arma contra ti?**

   No _____ **Si** _____ En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
   ¿Cuántos perpetradores? _____
   Describe la fuerza física (por ejemplo: ser contenido o empujado) o el arma usada en tu contra _____
   ¿Alguien murió? _____
   ¿Quién? _____
   ¿Qué lesiones recibiste? _____
   ¿Tu vida estaba en peligro? _____

4. **¿Se ha muerto un familiar cercano, pareja o amigo muy cercano debido a un accidente, homicidio o suicidio?**

   No _____ **Si** _____ En caso afirmativo, ¿qué edad tenías? _____
   ¿Cómo murió esta persona? _____
   ¿Qué parentesco/relación tenías con la persona? _____
   Antes de que muriera, ¿qué tan seguido lo/la veías o tenías contacto con él/ella? _____
   ¿Has tenido un aborto involuntario? No _____ Si _____ En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____

5. **¿Alguna vez alguien (padre/madre, otro miembro de la familia, pareja, extraño o alguien más) te ha forzado físicamente a tener coito, o tener sexo oral o anal en contra de tu voluntad, o en algún momento en eras vulnerable, como estando dormido o intoxicado?**

   No _____ **Si** _____ En caso afirmativo, ¿qué edad tenías? _____

En caso afirmativo, ¿cuántas veces? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, mas de 10 _____
Si se repitió, ¿en qué período? 6 meses o menos _____, 7meses-2años _____, más de 2 años pero menos de 5 _____, 5 años o más _____
¿Quién lo hizo? (Especifica si un extraño, familiar, etc) _____
¿Alguien más te ha hecho esto? No _____ Si ___

6. **Además de lo mencionado en preguntas anteriores, ¿alguna vez alguien ha tocado tus partes íntimas, te ha hecho tocar las suyas, o ha intentado que tengas relaciones sexuales en contra de tu voluntad?**

No _____ **Si** _____ En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, mas de 10 _____
Si se repitió, ¿en qué período? 6 meses o menos _____, 7meses-2años _____, más de 2 años pero menos de 5 _____, 5 años o más _____
¿Quién lo hizo? (Especifica si un hermano, alguien con quien salista, etc) _____
¿Qué edad tenía esta persona? _____
¿Alguien **más** ha intentado hacer esto contigo? No _____ Si _____

7. **Cuando eras niño/a ¿alguna vez tu padre/madre, cuidador o alguna otra persona te abofeteó repetidamente, te pegó, o te atacó o hizo daño?**

No _____ **Si** _____ En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, mas de 10 _____
Si se repitió, ¿en qué período? 6 meses o menos _____, 7meses-2años _____, más de 2 años pero menos de 5 _____, 5 años o más _____
Describe la fuerza usada en tu contra (por ejemplo: puño, cinturón) _____
¿Alguna vez quedaste herido? _____ En casi afirmativa, descríbelo _____
¿Quién hizo esto? (Parentesco contigo) _____
¿Alguien **más** te ha hecho esto? No _____ Si _____

8. **De adulto, ¿alguna vez has sido pateado, golpeado, abofeteado o dañado físicamente por tu pareja, alguien con quien saliste, un miembro de tu familia, un extraño o alguna otra persona?**

No _____ **Si** _____ En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, mas de 10 _____
Si se repitió, ¿en qué período? 6 meses o menos _____, 7meses-2años _____, más de 2 años pero menos de 5 _____, 5 años o más _____
Describe la fuerza usada en tu contra (por ejemplo: puño, cinturón) _____
¿Saliste herido? _____ En caso afirmativo, descríbelo _____
¿Quién hizo esto? (Parentesco contigo) _____
¿Alguien **más** te ha hecho esto? No _____ Si _____

9. **¿Alguno de tus padres, parejas o miembro de tu familia te ha ridiculizado repetidamente, denigrado, ignorado, o te ha dicho que no sirves para nada?**

No _____ **Si** _____ En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, mas de 10 _____
Si se repitió, ¿en qué período? 6 meses o menos _____, 7meses-2años _____, más de 2

años pero menos de 5 _____, 5 años o más _____
¿Quién hizo esto? (Parentesco contigo) _____
En caso de ser un hermano/a, ¿qué edad tenía él/ella? _____
¿Alguien **más** te ha hecho esto? No _____ Si _____

10. **Además de las experiencias ya mencionadas, ¿Alguna vez alguien te ha amenazado con un arma como un cuchillo o una pistola?**

No _____ **Si** _____ En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, mas de 10 _____
Si se repitió, ¿en qué período? 6 meses o menos _____, 7meses-2años _____, más de 2 años pero menos de 5 _____, 5 años o más _____
Describe la naturaleza de la amenaza _____
¿Quién hizo esto? (Parentesco contigo) _____
¿Alguien **más** te ha hecho esto? No _____ Si _____

11. **¿Has estado presente cuando alguien ha sido asesinado, herido seriamente o asaltado física o sexualmente?**

No _____ **Si** _____ En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
Por favor, describe lo que presenciaste _____
¿Tu propia vida estaba en peligro? _____

12. **¿Has estado alguna vez en alguna situación en la que resultaras seriamente herido o en la que tu vida corriera peligro (por ejemplo estar involucrado en combate militar, o vivir en zona de guerra)?**

No _____ **Si** _____ En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
Por favor descríbelo _____

13. **¿Has estado en cualquier otra situación que fuera extremadamente aterradora, o en la cual te sintieras extremadamente incapaz o indefenso, que no hayas reportado?**

No _____ **Si** _____ En caso afirmativo, ¿a qué edad? _____
Por favor descríbelo _____

Cuestionario 2

A continuación se te presentan algunas preguntas que se refieren a eventos que pueden haber ocurrido en cualquier momento de tu vida, incluyendo la niñez temprana. Contesta a todas las preguntas pertinentes. **Si un evento o situación en curso ocurrió (se produjo) más de una vez, por favor reporta toda la información pertinente acerca de eventos adicionales en la última pregunta de este cuestionario.** (Por favor escribe con letra legible).

¿Alguna vez has tenido una enfermedad que pueda ser mortal?
No ____ Si _____

¿Has estado en un accidente que haya podido ser mortal?
No ____ Si _____

¿En un robo o asalto, alguna vez usaron la fuerza física o un arma contra ti?
No ____ Si _____

¿Se ha muerto un familiar cercano, pareja o amigo muy cercano debido a un accidente, homicidio o suicidio?
No ____ Si _____
¿Has tenido un aborto involuntario? No _____ Si _____

¿Alguna vez alguien (padre/madre, otro miembro de la familia, pareja, extraño o alguien más) te ha forzado físicamente a tener relaciones sexuales (penetración anal, oral o vaginal) en contra de tu voluntad, o en algún momento en el cual estabas vulnerable, como estando dormido o bajo los efectos de alcohol u otra droga?
No _____ Si _____
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, mas de 10 _____

Además de lo mencionado en preguntas anteriores, ¿alguna vez alguien ha tocado tus partes íntimas, te ha hecho tocar las suyas, o ha intentado que tengas relaciones sexuales en contra de tu voluntad?
No _____ Si _____
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, más de 10 _____

Cuando eras niño/a ¿alguna vez tu padre/madre, cuidador o alguna otra persona te abofeteó repetidamente, te pegó, o te atacó o hizo daño?
No _____ Si _____
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, más de 10 _____

De adulto, ¿alguna vez has sido pateado, golpeado, abofeteado o dañado físicamente por tu pareja, alguien con quien saliste, un miembro de tu familia, un extraño o alguna otra persona?
No _____ Si _____
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, más de 10 _____

¿Alguno de tus padres, parejas o miembro de tu familia te ha ridiculizado repetidamente, denigrado, ignorado, o te ha dicho que no sirves para nada?
No _____ Si _____
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, más de 10 _____

Además de las experiencias ya mencionadas, ¿Alguna vez alguien te ha amenazado con un arma como un cuchillo o una pistola?
No _____ Si _____
En caso afirmativo, ¿cuántas veces? 1 _____, 2-4 _____, 5-10 _____, mas de 10 _____

¿Has estado presente cuando alguien ha sido asesinado, herido seriamente o asaltado física o sexualmente?
No _____ Si _____

¿Has estado alguna vez en alguna situación en la que resultaras seriamente herido o en la que tu vida corriera peligro (por ejemplo estar involucrado en combate militar, o vivir en zona de guerra)?
No _____ Si _____

¿Has estado en cualquier otra situación que fuera extremadamente aterradora, o en la cual te sintieras extremadamente incapaz o indefenso, que no hayas reportado?
No _____ Si _____
Por favor descríbelo _____

ANEXO B

Lista de Chequeo de Síntomas de Los Ángeles (Los Angeles Symptom Checklist: LASC)

- Formato original
- Versión con formato modificado

Usted va a leer una lista de preguntas referentes a diversas situaciones que puede o no estar viviendo. Califique cada situación en una escala del 0 al 4, según la seriedad de cada problema.

(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
no es un problema	**problema leve**	**problema moderado**	**problema serio**	**problema muy severo**

1. Tienes dificultades para dormir..... 0 1 2 3 4
2. Tomas demasiado alcohol..... 0 1 2 3 4
3. Tienes fuertes dolores de cabeza..... 0 1 2 3 4
4. Inquietud, no te puedes quedar tranquilo (a) 0 1 2 3 4
5. Tienes pesadillas..... 0 1 2 3 4
6. Tienes dificultades para encontrar trabajo..... 0 1 2 3 4
7. Tienes dificultades para ir al trabajo o para mantener tu trabajo... 0 1 2 3 4
8. Te enojas fácilmente y/o tienes problemas en el temperamento... 0 1 2 3 4
9. Te sientes disgustado con todo y hacia todos..... 0 1 2 3 4
10. Has perdido el conocimiento momentáneamente y/o te has desmayado.... ..... 0 1 2 3 4.
11. Has tenido malestares estomacales..... 0 1 2 3 4
12. Has tenido problemas para manejar..... 0 1 2 3 4
13. Estas descontento con tu trabajo sin poderlo dejar..... 0 1 2 3 4
14. Has tenido problemas médicos o psicológicos..... 0 1 2 3 4
15. Has expresado hostilidad o violencia hacia otro..... 0 1 2 3 4
16. Has tenido problemas formando o manteniendo una relación de pareja 0 1 2 3 4
17. Te cansas fácilmente..... 0 1 2 3 4
18. Consumes drogas..... 0 1 2 3 4
19. Tienes dificultades para mostrar o expresar tus sentimientos..... 0 1 2 3 4
20. Te sientes tenso (a) o nervioso (a) 0 1 2 3 4
21. No tienes ánimos para divertirte..... 0 1 2 3 4
22. Has pensado en el suicidio, te sientes como si te quisieras hacer daño... ..... 0 1 2 3 4
23. Tienes fuertes recuerdos de cosas desagradables de cosas que te han pasado..... 0 1 2 3 4

24. Comes demasiado..... 0 1 2 3 4
25. Tienes dificultad para concentrarte..... 0 1 2 3 4
26. Te sientes mareado..... 0 1 2 3 4
27. Tienes problemas sexuales..... 0 1 2 3 4
28. Te despiertas durante la noche..... 0 1 2 3 4
29. Tienes dificultades con la memoria, se te olvidan los cosas..... 0 1 2 3 4
30. Sientes vergüenza o preocupación de que los otros piensen en ti..... 0 1 2 3 4
31. Estas deprimido..... 0 1 2 3 4
32. Tienes dificultades para hacer y mantener amigos de tu mismo sexo..... .... 0 1 2 3 4
33. Tienes dificultades para hacer y mantener amigos del sexo opuesto..... 0 1 2 3 4
34. Te sientes asustado..... 0 1 2 3 4
35. Tienes insomnio, no puedes dormir..... 0 1 2 3 4
36. Has perdido el apetito, o has perdido peso..... 0 1 2 3 4
37. Tu corazón late o palpita demasiado rápido..... 0 1 2 3 4
38. De repente te sientes a asustado (a) o como que te estuvieras volviendo loco por ningún motivo..... 0 1 2 3 4
39. Has tenido problemas con la autoridad (la ley o la policía, el gobierno, el jefe en el trabajo, etc) 0 1 2 3 4
40. Evitas hacer cosas que te traen recuerdos de eventos desagradables por los que has pasado..... 0 1 2 3 4
41. Tienes dificultad para confiar en las demás personas..... 0 1 2 3 4
42. Has perdido el interés en actividades que antes hacías a menudo..... 0 1 2 3 4
43. Sientes que tus emociones están adormecidas, o que no tienes fuertes o intensas emociones..... 0 1 2 3 4

Cuestionario 3

A continuación vas a leer una lista de afirmaciones referentes a diversas situaciones que puedes estar viviendo ifica cada situación en una escala de 0 a 4 según la seriedad que cada problema tiene en tu vida.

0	1	2	3	4
No es un problema	Problema leve	Problema moderado	Problema serio	Problema muy severo

Nº	Pregunta	0	1	2	3	4
1.	Tienes dificultad para dormir					
2.	Tomas demasiado alcohol					
3.	Tienes fuertes dolores de cabeza					
4.	Inquietud, no te puedes quedar tranquilo					
5.	Tienes pesadillas					
6.	Tienes dificultades para encontrar trabajo					
7.	Tienes dificultades para ir al trabajo o para mantener tu trabajo					
8.	Te enojas fácilmente y/o tienes problemas en el temperamento					
9.	Te sientes disgustado con todo o hacia todos					
10.	Has perdido el conocimiento momentáneamente y/o te has desmayado					
11.	Has tenido malestares estomacales					
12.	Has tenido problemas para manejar					
13.	Estas descontento con tu trabajo sin poderlo dejar					
14.	Has tenido problemas médicos o psicológicos					
15.	Has expresado hostilidad o violencia hacia otros					
16.	Has tenido problemas formando o manteniendo una relación de pareja					
17.	Te cansas fácilmente					
18.	Consumes drogas					
19.	Tienes dificultades par mostrar o expresar tus sentimientos					
20.	Te sientes tenso (a) o nervioso (a)					
21.	No tienes ánimos para divertirte					
22.	Has pensado en el suicidio, te sientes como si te quisieras hacer daño					
23.	Tienes fuertes recuerdos de cosas desagradables que te han pasado					
24.	Comes demasiado					
25.	Tienes dificultad para concentrarte					
26.	Te sientes mareado					
27.	Tienes problemas sexuales					
28.	Te despiertas durante la noche					
29.	Tienes dificultades con la memoria					
30.	Sientes verguenza o preocupación de lo que los otros piensan de ti					
31.	Estas deprimido					
32.	Tienes dificultades para hacer y mantener amigos de tu mismo sexo					
33.	Tienes dificultades para hacer y mantener amigos del sexo opuesto					
34.	Te sientes asustado					
35.	Tienes insomnio, no puedes dormir					
36.	Has perdido el apetito o has perdido peso					
37.	Tu corazón late o palpita demasiado rápido					
38.	De repente te sientes asustado (a) o como que te estuvieras volviendo loco por ningún motivo					
39.	Has tenido problemas con la autoridad (la ley o la policía, el gobierno, el jefe en el trabajo, etc)					
40.	Evitas hacer cosas que te traen recuerdos de eventos desagradables por los que has pasado					
41.	Tienes dificultad para confiar en las demás personas					
42.	Has perdido el interés en actividades que antes hacías a menudo					
43.	Sientes que tus emociones están adormecidas, o no tienes fuertes o intensas emociones					

MUCHAS GRACIAS!!!!

ANEXO C

Cuestionario de Eventos Traumáticos – Venezuela (CET-V)

- Versión inicial
- Versión definitiva

INSTRUCCIONES

A continuación se te presentará una serie de preguntas que hacen mención a una serie s que pueden ser vividos por la población venezolana. Contesta marcando con una **equis (X** mna correspondiente si **NO** viviste el evento. En caso de **SI** haberlo vivido marca con una ¨X *encia con la cual lo viviste, **(b)** si sentiste amenazada tu integridad o la de otros, y **(c)** si sen desesperanza u horror intenso.*

Recuerda que toda la información será confidencial, por lo que te pedimos que contestes **TOI** guntas de manera sincera.

F ____ M: _____ Carrera: _____

____ C.I.: _____

Pregunta	No	Frecuencia			¿Sentiste amenazad a tu integridad física o la de otros?	¿Sentist terror, desespe nza u horror intenso?
		Si 1 vez	Si 2 - 5 veces	Si más de 5 veces		
¿Has vivido **algún desastre natural** (deslave, terremoto)?						
¿Has vivido **algún incendio o explosión?**						
¿Has **tenido algún accidente de transporte** (carro, barco, ancha, tren, metro o avión)?						
¿Has **tenido algún accidente grave en el trabajo,** hogar o **durante una actividad recreacional?**						
¿Has **participado en el rescate de cadáveres o heridos** graves **en desastres naturales, accidentes o eventos de** violencia?						
¿Has **sido amenazado de robo o de asalto físico sin** armas (ataque, golpe, cachetada, patadas)?						
¿Has **sido víctima de robo o asalto físico sin armas?**						
¿Has **sido testigo de un robo o asalto físico sin armas?**						
¿Has **sido amonazado asalto con un arma** (cuchillo, puñal, pistola o bomba)?						
¿Has **sido victima de asalto con un arma?**						
¿Has **sido testigo de asalto con un arma?**						
¿Has **sido testigo de asalto sexual en la adultez** (penetración anal, oral o vaginal; haber sido obligado a ejecutar cualquier acto sexual a través del uso de fuerza o una amenaza; tocamientos indeseados o exposición a la pornografía)?						
¿Has **sido víctima de asalto sexual en la adultez?**						
¿Has **sido victima de acoso laboral** (acoso sexual, abuso de poder, recibir críticas personales constantes por parte de superiores)?						
¿En **tu infancia fuiste victima de abuso sexual** (penetración anal, oral o vaginal; haber sido obligado a ejecutar cualquier acto sexual a través del uso de fuerza o una amenaza; tocamientos indeseados o exposición a la pornografía)?						

gunta	No	Frecuencia			¿Sentiste amenazada tu integridad física o la de otros?	¿Ser terro dese za u inter
		Si 1 vez	Si 2 - 5 veces	Si más de 5 veces		
n tu infancia fuiste testigo de un abuso sexual						
n tu infancia fuiste víctima de maltrato físico (algún lo usó castigo físico que te causara morados, cortadas u spitalización)?						
uiste víctima de violencia y exclusión escolar?						
as perdido tu puesto de trabajo involuntariamente spido injusto, despidos continuos en un corto tiempo, cierre sperado del lugar de trabajo)?						
as sido perseguido por pandilla o bandas?						
as sido víctima de persecuciones políticas?						
Tienes algún familiar, pareja o amigo cercano que se ya exiliado por haberse visto obligado a hacerlo?						
Has sido amenazado de secuestro?						
as sido victima de un secuestro exprés?						
Has estado secuestrado/a por tiempo prolongado? (¿Lo nemos sólo asi, o colocamos el ítem completo de: ptividad haber sido secuestrado, tomado como rehén o sionero de guerra?)						
Has sido diagnosticado/a de una enfermedad grave o rtal?						
Algún familiar, pareja o amigo cercano ha recibido un agnóstico de una enfermedad grave o mortal?						
Has estado a cargo del cuidado de una persona con guna enfermedad crónica?						
Has obtenido resultados indeseados de intervenciones uirúrgicas, accidentes o secuelas de enfermedades?						
Has experimentado la muerte súbita de un familiar o migo cercano?						
Has presenciado la muerte súbita de alguien o que uede gravemente herido?						
Tú o tu pareja han tenido un embarazo no deseado?						
Tú o tu pareja han tenido algún aborto?						
Has perdido las funciones o te han amputado algunas e tus extremidades?						
Has tenido una separación abrupta de pareja?						
Has sido victima de acoso o persecución de tu ex areja?						
Has tenido una pérdida significativa de bienes o atrimonio personal o familiar (casa, posesiones, dinero)?						
Te has mudado de manera inesperada (emigrar dentro del smo país o hacia otro)?						

Has vivido o presenciado algún otro evento tan grave o intenso como para sentir amenazada tu integridad o la de otros, así como para sentir terror, desesperanza u horror intenso?

Cuál? _____

A continuación encontrarás tres (3) cuestionarios con preguntas referentes a diferentes situaciones y eventos que eden ocurrirle a una persona a lo largo de su vida. Por favor, lee detenidamente cada uno de ellos y contesta ceramente a **TODAS** las preguntas. Se te solicitarán algunos datos personales únicamente con fines metodológicos, que **LA INFORMACIÓN OBTENIDA SERÁ CONFIDENCIAL**.

eo: F _____ M: _____ Carrera: _____

ad: _____ C.I.: _____

Cuestionario 1

A continuación se te presentará una serie de preguntas que hacen mención a eventos que pueden ser vividos por población venezolana. Contesta marcando con una **equis (X)** en **TODAS** las columnas que mejor describan tu eriencia en dicha situación. **Recuerda cómo te sentiste ante cada situación vivida antes de contestar.**

	Pregunta	NO	Frecuencia			Sentí amenazada mi integridad física o la de otros		Sentí terror, desesperanza u horror intenso	
			Sí 1 vez	Sí 2 – 4 veces	Sí 5 ó más veces				
1.	**¿Has vivido algún desastre natural** (ej. deslave, terremoto, etc.)?					SI	NO	SI	NO
2.	**¿Has vivido algún incendio o explosión?**					SI	NO	SI	NO
3.	**¿Has tenido algún accidente de transporte** (ej. carro, barco, lancha, tren, metro o avión)?					SI	NO	SI	NO
4.	**¿Has tenido algún accidente grave en el trabajo, hogar o durante una actividad recreacional?**					SI	NO	SI	NO
5.	**¿Has participado en el rescate de cadáveres o heridos graves en desastres naturales, accidentes o eventos de violencia?**					SI	NO	SI	NO
6.	**¿Has sido víctima de robo o de asalto sin armas** (ej. golpes, cachetadas, patadas, etc.)					SI	NO	SI	NO
7.	**¿Has sido amenazado de robo o asalto sin armas?**					SI	NO	SI	NO
8.	**¿Has sido testigo de un robo o asalto sin armas?**					SI	NO	SI	NO
9.	**¿Has sido víctima de robo o asalto con armas** (ej. cuchillo, puñal, pistola o bomba)					SI	NO	SI	NO
10.	**¿Has sido amenazado de asalto *con armas*?**					SI	NO	SI	NO
11.	**¿Has sido testigo de asalto con armas?**					SI	NO	SI	NO
12.	**¿Has sido víctima de asalto sexual en la adultez?** (penetración anal, oral o vaginal; haber sido obligado a ejecutar cualquier acto sexual a través del uso de la fuerza o una amenaza; tocamientos indeseados, o exposición a la pornografía)					SI	NO	SI	NO
13.	**¿Has sido amenazado de asalto sexual en la adultez?**					SI	NO	SI	NO
14.	**¿Has sido testigo de asalto sexual en la adultez?**					SI	NO	SI	NO
15.	**¿Has sido víctima de acoso laboral?** (acoso sexual, abuso de poder, recibir críticas personales constantes por parte de superiores)					SI	NO	SI	NO
16.	**¿Has perdido tu puesto de trabajo involuntariamente?** (ej. despido injusto, despidos continuos en un corto tiempo, cierre inesperado del lugar de trabajo)					SI	NO	SI	NO
17.	**¿En tu infancia fuiste víctima de abuso sexual?** (tocamientos indeseados, penetración anal, oral o vaginal; haber sido obligado a ejecutar cualquier acto sexual a través del uso de la fuerza o una amenaza, y/o exposición a sexualidad explícita o pornografía)					SI	NO	SI	NO

	Pregunta	NO	Frecuencia			Sentí amenazada mi integridad física o la de otros		Sentí terror, desesperanza u horror intenso	
			Si 1 vez	Si 2 – 4 veces	Si 5 ó más veces				
	¿En tu infancia fuiste testigo de un abuso sexual?					SI	NO	SI	NO
	¿En tu infancia fuiste víctima de maltrato físico (algún adulto usó castigo físico que te causara morados, cortadas u hospitalización)?					SI	NO	SI	NO
	¿En tu infancia fuiste testigo de maltrato físico?					SI	NO	SI	NO
	¿Fuiste víctima de violencia y/o exclusión escolar?					SI	NO	SI	NO
	¿Fuiste testigo de violencia y/o exclusión escolar?					SI	NO	SI	NO
	¿Has sido perseguido y/o amenazado por pandillas o bandas?					SI	NO	SI	NO
	¿Has sido víctima de persecuciones por razones políticas?					SI	NO	SI	NO
	¿Tienes algún familiar, pareja o amigo cercano que se haya visto obligado al exilio?					SI	NO	SI	NO
	¿Has sido víctima de un secuestro? (ej. secuestro exprés, cautiverio, situación de rehenes, etc					SI	NO	SI	NO
	¿Has sido amenazado de secuestro?					SI	NO	SI	NO
	¿Has sido diagnosticado con una enfermedad grave o mortal?					SI	NO	SI	NO
	¿Algún familiar, pareja o amigo cercano ha sido diagnosticado con una enfermedad grave o mortal?					SI	NO	SI	NO
	¿Has estado a cargo del cuidado de una persona con alguna enfermedad crónica?					SI	NO	SI	NO
	¿Has vivido la muerte repentina de un familiar, pareja o amigo cercano?					SI	NO	SI	NO
	¿Has presenciado el que cualquier otra persona muera súbitamente o quede gravemente herida?					SI	NO	SI	NO
	¿Has obtenido resultados indeseados de intervenciones quirúrgicas, accidentes o secuelas de enfermedades?					SI	NO	SI	NO
	¿Has perdido funciones físicas o te han amputado algunas de tus extremidades?					SI	NO	SI	NO
	¿Tú o tu pareja han tenido un embarazo no deseado?					SI	NO	SI	NO
	¿Tú o tu pareja han tenido algún aborto?					SI	NO	SI	NO
	¿Has tenido una separación abrupta de pareja? (ej. ruptura, abandono, divorcio)					SI	NO	SI	NO
	¿Has sido víctima de acoso o persecución por razones pasionales? (ej. ex pareja, admirador, etc.)					SI	NO	SI	NO
	¿Has tenido una pérdida significativa de bienes o patrimonio personal o familiar? (ej. casa, posesiones, dinero)					SI	NO	SI	NO
	¿Te has mudado de manera inesperada? (ej. emigrar dentro del mismo país o hacia otro)					SI	NO	SI	NO
	¿Has vivido o presenciado algún otro evento tan grave o intenso como para sentir amenazada tu integridad física o la de otros, así como para sentir terror, desesperanza u horror intenso? ¿Cuál?								

ANEXO D

Tabla de frecuencias por sexo

Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Femenino	274	54,8	54,9	54,9
	Masculino	225	45,0	45,1	100,0
	Total	499	99,8	100,0	
Missing	System	1	,2		
Total		500	100,0		

ANEXO E

Tabla descriptiva de la edad

Edad

N	Valid	499
	Missing	1
Mean		19,65
Median		19,00
Mode		18
Std. Deviation		1,694
Variance		2,870
Skewness		1,066
Std. Error of Skewness		,109
Kurtosis		,633
Std. Error of Kurtosis		,218
Minimum		18
Maximum		25

ANEXO F

Tabla descriptiva de las carreras

Carrera

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Psicologia	24	4,8	4,8	4,8
	Educación	55	11,0	11,0	15,8
	Comunición Social	89	17,8	17,8	33,6
	Administración	159	31,8	31,8	65,4
	Ingenieria	173	34,6	34,6	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

ANEXO G

Tabla descriptiva de la distribución de los puntajes del índice CET-V1

Índice CET-V1

N	Valid	499
	Missing	1
Mean		7,2445
Median		6,0000
Mode		5,00
Std. Deviation		4,14743
Skewness		,895
Std. Error of Skewness		,109
Kurtosis		,912
Std. Error of Kurtosis		,218
Range		24,00
Minimum		,00
Maximum		24,00

ANEXO H

Tabla descriptiva de la distribución de los puntajes del índice CET-V2

Índice CET-V2

N	Valid	494
	Missing	6
Mean		9,8664
Median		8,0000
Mode		5,00
Std. Deviation		6,94095
Variance		48,177
Skewness		1,465
Std. Error of Skewness		,110
Kurtosis		2,858
Std. Error of Kurtosis		,219
Minimum		,00
Maximum		44,00

ANEXO I

Tabla de respuestas a la pregunta abierta del CET-V

Ítem 41: pregunta abierta del CET-V

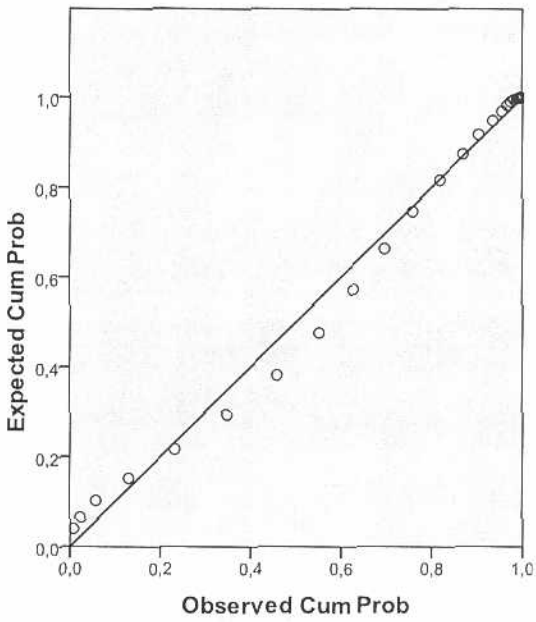
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid		447	89,4	89,4	89,4
	accidente de transito - carro particular	1	,2	,2	89,6
	ahogamiento en el agua	1	,2	,2	89,8
	amenaza de secuestro por parte de policías a su familia si no pagaban un dinero	1	,2	,2	90,0
	choque con un motorizado	1	,2	,2	90,2
	sicariato a un tío	1	,2	,2	90,4
	cuando los militares mataron a un señor por protestar	1	,2	,2	90,6
	cuando se desborda una quebrada cerca de mi casa	1	,2	,2	90,8
	El 11 de abril del 2008	1	,2	,2	91,0
	El de 11 de abril de 2002 y tiroteos	1	,2	,2	91,2
	el embargo a un apartamento	1	,2	,2	91,4
	el haberse caído un avión cerca de mi casa cuando tenia 10 años	1	,2	,2	91,6
	el posible secuestro de mi papa	1	,2	,2	91,8
	el robo de una pandilla a un amigo	1	,2	,2	92,0
	El suicidio de una persona	1	,2	,2	92,2
	gobierno actual	1	,2	,2	92,4
	Intento de robo de vehiculo	1	,2	,2	92,6
	la situación del país	1	,2	,2	92,8
	las alocuciones presidenciales	1	,2	,2	93,0
	maltrato físico y acoso por parte del ex novio	1	,2	,2	93,2
	Marchas	3	,6	,6	93,8
	me apuntaron a mi y a un amigo en una marcha por tomar fotos	1	,2	,2	94,0
	me apuñalearon en mi viaje de graduación por defender a mis compañeros	1	,2	,2	94,2
	Me drogaron con burundanga	1	,2	,2	94,4

	Peleas entre grupo de compañeros	1	,2	,2	94,6
	Persecución a personas con opiniones diferentes	1	,2	,2	94,8
	persecución vial	1	,2	,2	95,0
	Persecución y acoso de mi mejor amiga	1	,2	,2	95,2
	perseguida por un carro	1	,2	,2	95,4
	presenciar el suicidio de una vecina de 15 años	1	,2	,2	95,6
	Problemas con una persona	1	,2	,2	95,8
	protestas estudiantiles	1	,2	,2	96,0
	represalias en marchas	1	,2	,2	96,2
	represión policial con gas y perdigones	1	,2	,2	96,4
	Robo de vehiculo	1	,2	,2	96,6
	robo durante un accidente automovilístico	1	,2	,2	96,8
	Robo por la PM	1	,2	,2	97,0
	secuestro de cuñado	1	,2	,2	97,2
	secuestro de dos familiares directos	1	,2	,2	97,4
	Secuestro de otra persona	2	,4	,4	97,8
	secuestro de un familiar	1	,2	,2	98,0
	Secuestro de un familiar y amenaza a toda la familia	1	,2	,2	98,2
	secuestro de un tío	1	,2	,2	98,4
	Secuestro y muerte de un primo	1	,2	,2	98,6
	sentimiento de posible asesinato de un familiar por razones políticas	1	,2	,2	98,8
	separación de los padres y sus peleas	1	,2	,2	99,0
	suicidio de un tío	1	,2	,2	99,2
	Tiroteo	2	,4	,4	99,6
	una marcha estudiantil	1	,2	,2	99,8
	Una pelea fuerte	1	,2	,2	100,0
	Total	500	100,0	100,0	

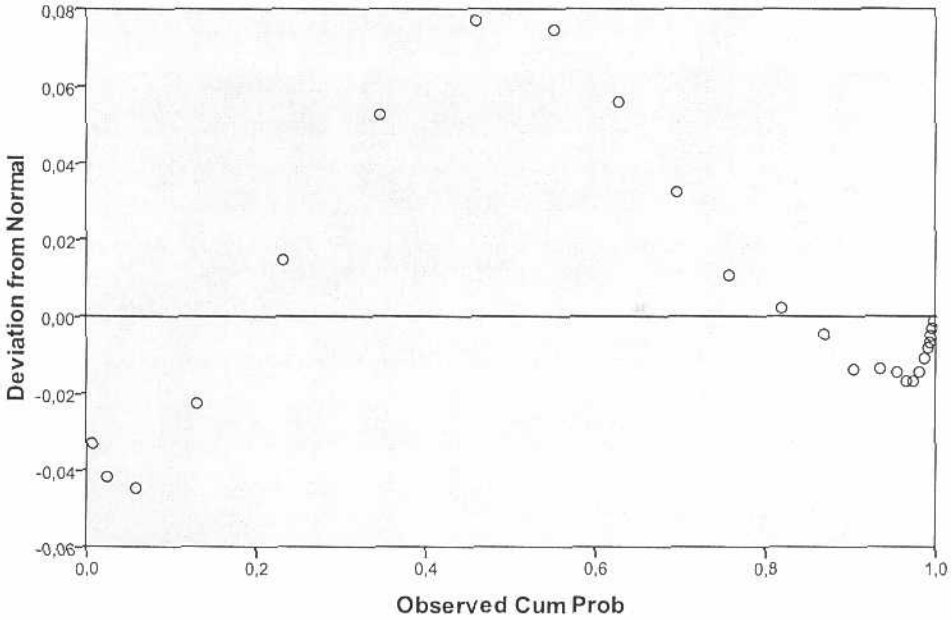
ANEXO J

Gráficos de bondad de ajuste a la normal para la distribución del CET-V

Normal P-P Plot of cetTOTAL



Detrended Normal P-P Plot of cetTOTAL



ANEXO K

Tabla descriptiva de la distribución de los puntajes del SLESQ

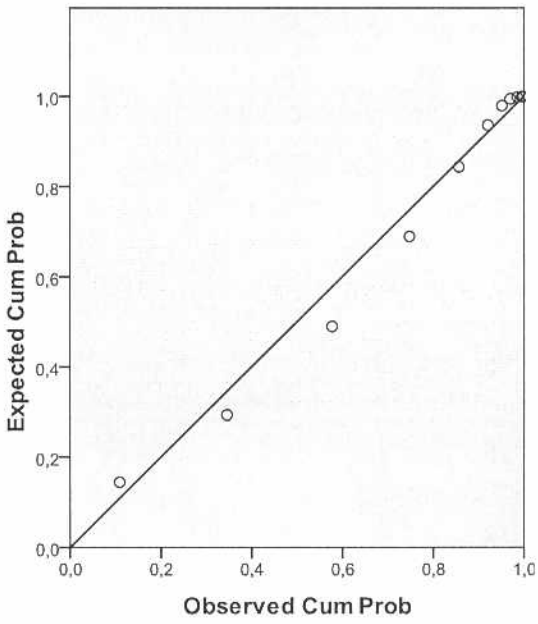
SLESQ

N	Valid	496
	Missing	4
Mean		2,0464
Median		2,0000
Mode		1,00
Std. Deviation		1,92796
Skewness		1,388
Std. Error of Skewness		,110
Kurtosis		2,487
Std. Error of Kurtosis		,219
Range		12,00
Minimum		,00
Maximum		12,00

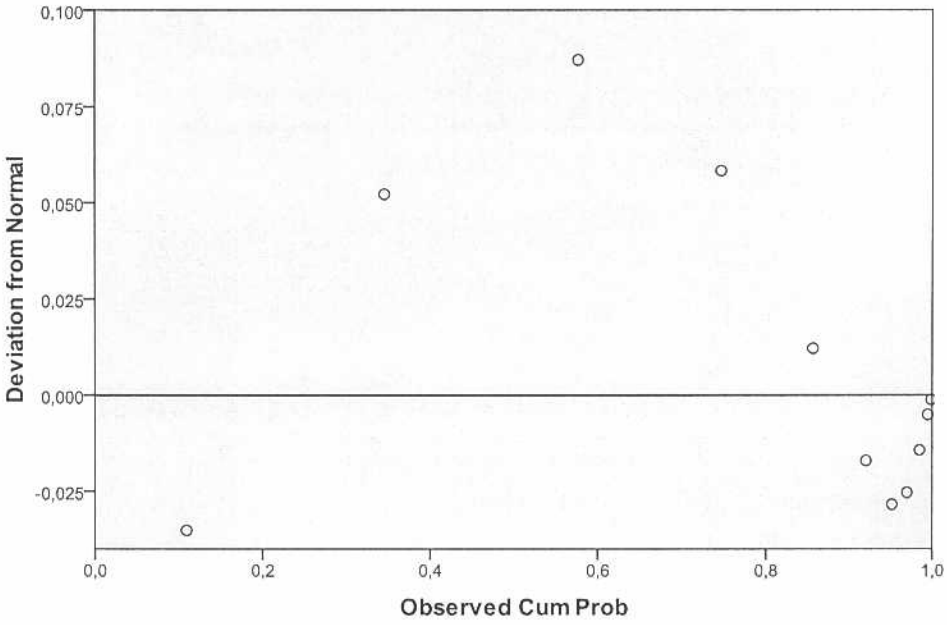
ANEXO L

Gráficos de bondad de ajuste a la normal para la distribución del SLESQ

Normal P-P Plot of Slesqtotal



Detrended Normal P-P Plot of Slesqtotal



ANEXO M

Tabla descriptiva de la distribución de los puntajes de la LASC

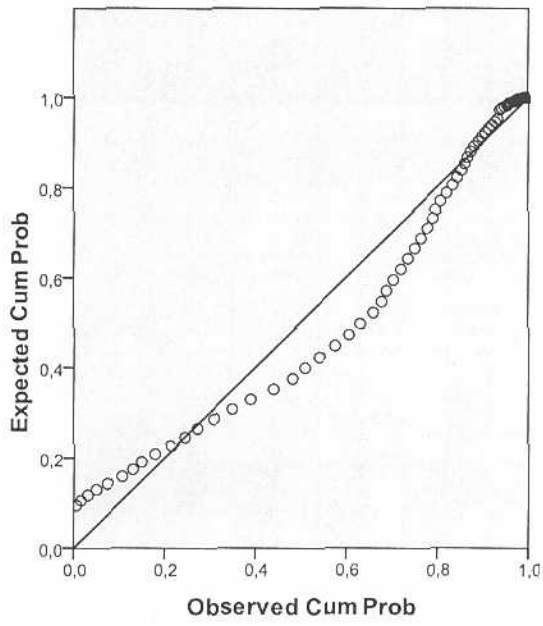
LASC

N	Valid	495
	Missing	5
Mean		21,1030
Median		17,0000
Mode		15,00
Std. Deviation		16,10415
Skewness		1,519
Std. Error of Skewness		,110
Kurtosis		2,851
Std. Error of Kurtosis		,219
Range		102,00
Minimum		,00
Maximum		102,00

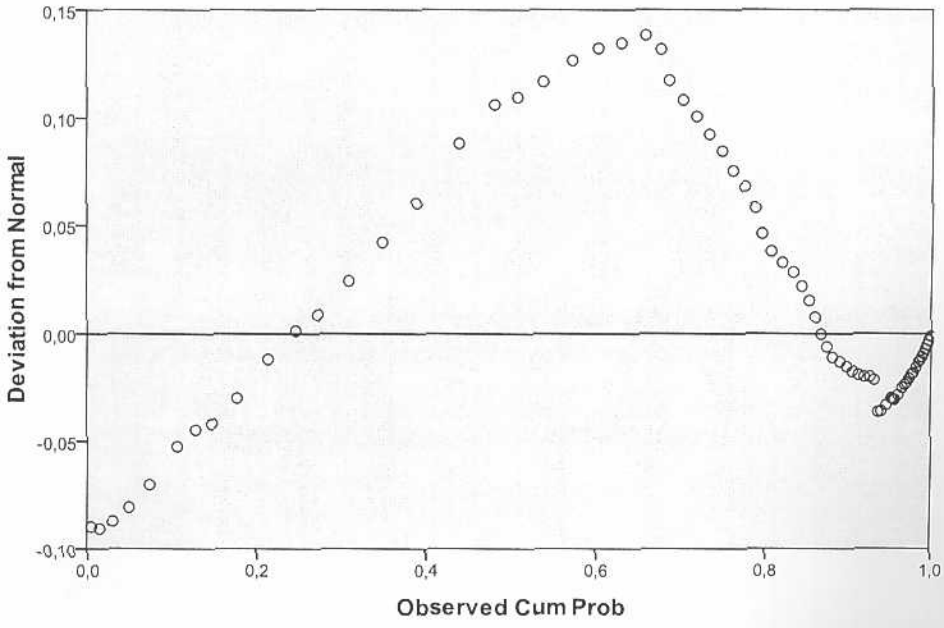
ANEXO N

Gráficos de bondad de ajuste a la normal para la distribución de la LASC

Normal P-P Plot of LASCtotal



Detrended Normal P-P Plot of LASCtotal



ANEXO O

Resultados del Análisis Factorial de la LASC

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	9,511	22,118	22,118	9,511	22,118	22,118	6,318	14,693	14,693
2	2,247	5,225	27,343	2,247	5,225	27,343	3,048	7,089	21,781
3	2,051	4,770	32,112	2,051	4,770	32,112	2,969	6,903	28,685
4	1,763	4,099	36,211	1,763	4,099	36,211	2,462	5,726	34,410
5	1,511	3,515	39,726	1,511	3,515	39,726	2,286	5,316	39,726
6	1,399	3,255	42,980						
7	1,368	3,180	46,161						
8	1,213	2,821	48,982						
9	1,167	2,714	51,696						
10	1,137	2,645	54,342						
11	1,057	2,459	56,801						
12	1,028	2,390	59,190						
13	,945	2,197	61,388						
14	,924	2,150	63,537						
15	,918	2,134	65,671						
16	,877	2,040	67,712						
17	,834	1,939	69,651						
18	,810	1,885	71,535						
19	,791	1,839	73,374						
20	,777	1,806	75,180						
21	,727	1,691	76,871						
22	,659	1,532	78,402						
23	,650	1,511	79,913						
24	,629	1,463	81,376						

25	,609	1,417	82,792						
26	,596	1,387	84,180						
27	,552	1,284	85,464						
28	,532	1,236	86,700						
29	,530	1,232	87,932						
30	,503	1,170	89,102						
31	,499	1,160	90,262						
32	,467	1,087	91,349						
33	,457	1,064	92,413						
34	,423	,983	93,396						
35	,398	,925	94,321						
36	,365	,850	95,170						
37	,346	,804	95,974						
38	,342	,796	96,771						
39	,326	,758	97,529						
40	,303	,705	98,234						
41	,264	,615	98,848						
42	,259	,602	99,450						
43	,236	,550	100,000						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotated Component Matrix[a]

	Component				
	1	2	3	4	5
LASC1					,800
LASC2		,516	,405		
LASC3				,579	
LASC4		,452			
LASC5				,497	
LASC6			,486		
LASC7			,526		
LASC8	,438	,447			
LASC9	,627				
LASC10			,362		
LASC11		,408			
LASC12			,363		
LASC13			,466		
LASC14	,434				
LASC15		,620			
LASC16	,487				
LASC17		,351			
LASC18			,668		
LASC19	,448				
LASC20	,596				
LASC21	,526				
LASC22	,549				
LASC23	,565				
LASC24		,462			
LASC25		,566			
LASC26				,619	
LASC27			,640		
LASC28					,609
LASC29		,512			
LASC30	,488				
LASC31	,712				
LASC32	,478				
LASC33	,389		,404		

LASC34	,577				
LASC35					,791
LASC36	,389			,374	
LASC37				,463	
LASC38	,543				
LASC39		,364	,361		
LASC40	,541				
LASC41	,548				
LASC42	,430				
LASC43	,656				

Extraction Method: Principal Component Analysis.
Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
a. Rotation converged in 8 iterations.

ANEXO P

Matriz de correlaciones de los ítems de la LASC

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
LASC1	20,4222	241,690	,390	.	,907
LASC2	20,5253	246,873	,218	.	,909
LASC3	20,3071	244,331	,266	.	,909
LASC4	20,2465	239,166	,433	.	,907
LASC5	20,5152	241,768	,409	.	,907
LASC6	20,8525	246,830	,314	.	,908
LASC7	20,8990	248,844	,290	.	,908
LASC8	20,1475	238,175	,467	.	,906
LASC9	20,7253	241,993	,526	.	,906
LASC10	20,7172	247,993	,242	.	,909
LASC11	19,8283	240,786	,376	.	,908
LASC12	20,8525	248,401	,252	.	,908
LASC13	20,9293	248,908	,287	.	,908
LASC14	20,6707	243,529	,424	.	,907
LASC15	20,6101	241,595	,485	.	,906
LASC16	20,3758	238,571	,495	.	,906
LASC17	20,3434	239,509	,440	.	,907
LASC18	20,9333	249,354	,256	.	,908
LASC19	20,2182	238,410	,449	.	,906
LASC20	20,2970	235,938	,580	.	,905
LASC21	20,7636	242,225	,484	.	,906
LASC22	20,8364	243,299	,487	.	,906
LASC23	20,4101	236,894	,511	.	,906
LASC24	20,0404	241,083	,320	.	,909
LASC25	20,0444	236,949	,473	.	,906
LASC26	20,7778	246,610	,325	.	,908
LASC27	20,9131	247,926	,344	.	,908
LASC28	20,3596	239,478	,460	.	,906
LASC29	20,3939	243,470	,324	.	,908
LASC30	20,4848	239,805	,490	.	,906
LASC31	20,7131	240,986	,531	.	,906
LASC32	20,8384	243,917	,467	.	,906
LASC33	20,8323	243,885	,477	.	,906
LASC34	20,8000	242,719	,523	.	,906

LASC35	20,6667	242,506	,402	.	,907
LASC36	20,6525	241,952	,452	.	,906
LASC37	20,7455	243,826	,441	.	,907
LASC38	20,7374	240,494	,528	.	,906
LASC39	20,7960	247,592	,273	.	,908
LASC40	20,4626	238,848	,483	.	,906
LASC41	20,0848	235,717	,482	.	,906
LASC42	20,4263	238,075	,507	.	,906
LASC43	20,5859	236,984	,566	.	,905

ANEXO Q

Rangos promedio para hombres y mujeres en el CET-V

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CET-V	Femenino	124	86,87	10772,00
	Masculino	68	114,06	7756,00
	Total	192		

ANEXO R

Rangos promedio para hombres y mujeres en los ítems referentes a asalto sexual en la adultez o abuso sexual en la infancia en el CET-V

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CET-V Ítem 12	Femenino	123	96,32	11847,00
	Masculino	68	95,43	6489,00
	Total	191		
CET-V Ítem 13	Femenino	124	97,08	12038,00
	Masculino	68	95,44	6490,00
	Total	192		
CET-V Ítem 14	Femenino	124	97,05	12034,00
	Masculino	68	95,50	6494,00
	Total	192		

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CET-V Ítem 17	Femenino	124	96,36	11948,50
	Masculino	68	96,76	6579,50
	Total	192		
CET-V ítem 18	Femenino	124	95,77	11875,50
	Masculino	68	97,83	6652,50
	Total	192		

ANEXO S

Rangos promedio para hombres y mujeres en los ítems referentes a accidentes en el CET-V

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CET-V Ítem 3	Femenino	124	90,62	11237,00
	Masculino	67	105,96	7099,00
	Total	191		
CET-V Ítem 4	Femenino	122	96,74	11802,00
	Masculino	68	93,28	6343,00
	Total	190		

ANEXO T

Rangos promedio para hombres y mujeres en los ítems referentes a robo o asalto con armas en el CET-V

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
CET-V Ítem 9	Femenino	122	84,69	10332,50
	Masculino	68	114,89	7812,50
	Total	190		
CET-V Ítem 10	Femenino	123	87,75	10793,00
	Masculino	67	109,73	7352,00
	Total	190		
CET-V Ítem 11	Femenino	124	87,44	10842,00
	Masculino	68	113,03	7686,00
	Total	192		

ANEXO U

Rangos promedio y Us de Mann-Withney entre hombres y mujeres para todos los eventos medidos por el CET-V

Ranks

	Sexo	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Ítem 1	Femenino	274	239,46	65611,50
	Masculino	223	260,72	58141,50
	Total	497		
Ítem 2	Femenino	274	236,92	64915,50
	Masculino	224	264,89	59335,50
	Total	498		
Ítem 3	Femenino	274	235,18	64438,00
	Masculino	224	267,02	59813,00
	Total	498		
Ítem 4	Femenino	274	232,83	63796,00
	Masculino	224	269,89	60455,00
	Total	498		
Ítem 5	Femenino	274	240,46	65886,00
	Masculino	224	260,56	58365,00
	Total	498		
Ítem 6	Femenino	274	245,99	67400,00
	Masculino	224	253,80	56851,00
	Total	498		
Ítem 7	Femenino	274	235,94	64648,00
	Masculino	224	266,08	59603,00
	Total	498		
Ítem 8	Femenino	273	239,35	65342,00
	Masculino	224	260,76	58411,00
	Total	497		
Ítem 9	Femenino	274	232,73	63769,00
	Masculino	224	270,01	60482,00
	Total	498		
Ítem 10	Femenino	274	232,16	63610,50
	Masculino	224	270,72	60640,50
	Total	498		
Ítem 11	Femenino	273	233,60	63772,50
	Masculino	224	267,77	59980,50
	Total	497		
Ítem 12	Femenino	274	250,84	68731,00

	Masculino	224	247,86	55520,00
	Total	498		
Ítem 13	Femenino	274	250,23	68562,00
	Masculino	224	248,61	55689,00
	Total	498		
Ítem 14	Femenino	274	249,64	68401,50
	Masculino	224	249,33	55849,50
	Total	498		
Ítem 15	Femenino	274	251,28	68852,00
	Masculino	224	247,32	55399,00
	Total	498		
Ítem 16	Femenino	274	252,32	69136,50
	Masculino	224	246,05	55114,50
	Total	498		
Ítem 17	Femenino	274	252,52	69190,00
	Masculino	224	245,81	55061,00
	Total	498		
Ítem 18	Femenino	274	248,91	68201,00
	Masculino	224	250,22	56050,00
	Total	498		
Ítem 19	Femenino	274	242,68	66494,00
	Masculino	224	257,84	57757,00
	Total	498		
Ítem 20	Femenino	274	244,58	67014,50
	Masculino	224	255,52	57236,50
	Total	498		
Ítem 21	Femenino	274	240,33	65850,50
	Masculino	224	260,72	58400,50
	Total	498		
Ítem 22	Femenino	274	240,87	65998,00
	Masculino	224	260,06	58253,00
	Total	498		
Ítem 23	Femenino	274	234,34	64210,50
	Masculino	224	268,04	60040,50
	Total	498		
Ítem 24	Femenino	274	249,25	68294,00

	Masculino	224	249,81	55957,00
	Total	498		
Ítem 25	Femenino	274	247,07	67697,50
	Masculino	224	252,47	56553,50
	Total	498		
Ítem 26	Femenino	274	252,14	69087,50
	Masculino	224	246,27	55163,50
	Total	498		
Ítem 27	Femenino	274	248,97	68218,00
	Masculino	224	250,15	56033,00
	Total	498		
Ítem 28	Femenino	274	247,74	67881,00
	Masculino	223	250,55	55872,00
	Total	497		
Ítem 29	Femenino	274	264,01	72338,50
	Masculino	224	231,75	51912,50
	Total	498		
Ítem 30	Femenino	273	253,29	69147,00
	Masculino	224	243,78	54606,00
	Total	497		
Ítem 31	Femenino	273	257,86	70396,50
	Masculino	224	238,20	53356,50
	Total	497		
Ítem 32	Femenino	274	248,85	68186,00
	Masculino	224	250,29	56065,00
	Total	498		
Ítem 33	Femenino	274	249,35	68322,50
	Masculino	224	249,68	55928,50
	Total	498		
Ítem 34	Femenino	274	248,50	68089,00
	Masculino	224	250,72	56162,00
	Total	498		
Ítem 35	Femenino	274	250,96	68762,00
	Masculino	224	247,72	55489,00
	Total	498		
Ítem 36	Femenino	274	249,64	68401,50

	Masculino	224	249,33	55849,50
	Total	498		
Ítem 37	Femenino	274	248,18	68002,00
	Masculino	224	251,11	56249,00
	Total	498		
Ítem 38	Femenino	274	246,45	67526,50
	Masculino	224	253,23	56724,50
	Total	498		
Ítem 39	Femenino	274	248,59	68112,50
	Masculino	224	250,62	56138,50
	Total	498		
Ítem 40	Femenino	274	253,52	69465,00
	Masculino	224	244,58	54786,00
	Total	498		

Test Statistics[a]

	cet1f	cet2f	cet3f	cet4f	cet5f	cet6f	cet7f	cet8f	cet9f	cet10f
Mann-Whitney U	27936,500	27240,500	26763,000	26121,000	28211,000	29725,000	26973,000	27941,000	26094,000	25935,500
Wilcoxon W	65611,500	64915,500	64438,000	63796,000	65886,000	67400,000	64648,000	65342,000	63769,000	63610,500
Z	-1,847	-3,536	-2,807	-4,097	-3,455	-,736	-2,757	-1,828	-3,575	-4,161
Asymp. Sig. (2-tailed)	,065	,000	,005	,000	,001	,461	,006	,068	,000	,000

a. Grouping Variable: Sexo

Test Statistics[a]

	cet11f	cet12f	cet13f	cet14f	cet15f	cet16f	cet17f	cet18f	cet19f	cet20f
Mann-Whitney U	26371,500	30320,000	30489,000	30649,500	30199,000	29914,500	29861,000	30526,000	28819,000	29339,500
Wilcoxon W	63772,500	55520,000	55689,000	55849,500	55399,000	55114,500	55061,000	68201,000	66494,000	67014,500
Z	-3,112	-,948	-,806	-,118	-,650	-1,498	-1,808	-,757	-1,871	-1,115
Asymp. Sig. (2-tailed)	,002	,343	,420	,906	,516	,134	,071	,449	,061	,265

a. Grouping Variable: Sexo

Test Statistics[a]

	cet21f	cet22f	cet23f	cet24f	cet25f	cet26f	cet27f	cet28f	cet29f	cet30f
Mann-Whitney U	28175,500	28323,000	26535,500	30619,000	30022,500	29963,500	30543,000	30206,000	26709,500	29406,000
Wilcoxon W	65850,500	65998,000	64210,500	68294,000	67697,500	55163,500	68218,000	67881,000	51909,500	54606,000
Z	-2,892	-1,863	-4,417	-,100	-,671	-1,274	-,191	-,688	-2,677	-1,264
Asymp. Sig. (2-tailed)	,004	,062	,000	,920	,502	,203	,849	,491	,007	,206

a. Grouping Variable: Sexo

Test Statistics[a]

	cet31f	cet32f	cet33f	cet34f	cet35f	cet36f	cet37f	cet38f	cet39f	cet40f
Mann-Whitney U	28156,500	30511,000	30647,500	30414,000	30289,000	30649,500	30327,000	29851,500	30437,500	29586,000
Wilcoxon W	53356,500	68186,000	68322,500	68089,000	55489,000	55849,500	68002,000	67526,500	68112,500	54786,000
Z	-1,619	-,141	-,068	-1,566	-1,147	-,118	-,283	-,834	-,272	-1,301
Asymp. Sig. (2-tailed)	,105	,888	,946	,117	,251	,906	,777	,404	,786	,193

a. Grouping Variable: Sexo

ANEXO V

Rangos promedio para los sujetos con y sin trauma en la LASC

Ranks

	Índice CET-V3	N	Mean Rank	Sum of Ranks
LASC	Sin Trauma (0 puntos)	195	210,04	40958,00
	Con trauma (1 punto)	289	264,40	76412,00
	Total	484		