

Influencia del Sexo, la Edad y la Alexitimia sobre
la Aparición de Síntomas Postraumáticos Originados por la
Exposición a Hechos de Violencia Urbana
en Estudiantes Universitarios

Trabajo de investigación presentado por:

Ana María TORRES

a la

Escuela de Psicología

Como un requisito parcial para obtener el título de
Licenciada en Psicología

Profesor asesor:

Prof. Janet GUERRA

Caracas, Junio de 2016

DEDICATORIA

“Dedicado a todos aquellos que no se detienen hasta alcanzar lo que deseen. A mis seres queridos”

AGRADECIMIENTOS

Debo agradecer primero a Dios, mi pilar en las situaciones difíciles quien nunca me abandono en mi lucha para culminar este proyecto.

A mis padres, no existen palabras para agradecer todo lo que he logrado gracias a ustedes, mi eterna gratitud, este logro también es de ustedes.

A mi hermana Eleana, mi compañera de vida, gracias por tanto.

A mis profesoras Janet Guerra y María Ximena Hernández, sin ustedes este proyecto no hubiese sido posible, gracias por su infinita paciencia, por su valioso tiempo, por sus palabras de aliento, por creer en mí.

A la Universidad Católica “Andrés Bello” y a la Escuela de Psicología y, un orgullo ser ucabista y haberme formado en esta casa.

A la Comisión de Trabajo de Grado, por su apoyo.

A Nacho y Aleida, quienes estuvieron allí siempre apoyándome en este largo camino, su presencia en la Escuela es invaluable.

A Mayelin Roa, mi cómplice para lograr este proyecto, gracias por tu dulzura y energía.

A Mauricio, tenerte en mi vida es mi mayor fortuna.

A todos aquellos que en este camino siempre tuvieron una palabra de aliento que me permitió seguir adelante, en especial a Mariana Pérez.

A Technip Velam y a mis compañeras de trabajo, por darme la oportunidad de comenzar mi vida profesional.

Gracias a todos los participantes que con su valioso tiempo me permitieron que este proyecto fuese un logro, los estudiantes ucabistas son la energía de esta casa de estudio, son el motor para lograr la excelencia educativa.

INDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS.....	iii
INDICE DE CONTENIDO	iv
INDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE FIGURAS.....	vi
INDICE DE GRAFICOS	vii
ÍNDICE DE ANEXOS.....	viii
RESUMEN.....	9
INTRODUCCIÓN.....	10
MARCO TEÓRICO	13
RESULTADOS.....	74
DISCUSIÓN.....	85
CONCLUSIONES	94
RECOMENDACIONES.....	95
REFERENCIAS	96
ANEXOS.....	108

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Confiabilidad de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en caso de que se elimine el ítem	61
Tabla 2	Confiabilidad de la Escala de Impacto del Estresor (EIE-R) en caso de que se elimine el ítem	66
Tabla 3	Formato de la base de datos	70
Tabla 4	Matriz de la estructura factorial obtenida para la escala TAS-20.....	75
Tabla 5	Matriz de la estructura factorial obtenida para la escala EIE-R.....	77
Tabla 6	Estadísticos descriptivos de las variables evaluadas.....	79
Tabla 7	Modelo de regresión obtenido.....	83
Tabla 1	Coeficientes de correlación y su significancia para la variable síntomas postraumáticos.....	84

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama del modelo ecológico de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1994).....	30
---	----

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico 1. Distribución del sexo	82
--	----

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo A: Cuestionario de Eventos Traumáticos- Venezuela.....	109
Anexo B: Escala de Alexitimia de Toronto modificada (Toronto Alexithymia Scale, TAS) (Miaja, 2014).....	115
Anexo C: Escala de impacto del estresor revisada (EIE- R).....	118

RESUMEN

En esta investigación se estudió acerca del efecto de las variables sexo, edad y alexitimia en el desarrollo de síntomas postraumáticos está enmarcada en el área no experimental y la muestra estuvo compuesta por 260 estudiantes de carreras de pregrado de la Universidad Católica “Andrés Bello”. Para ello se utilizaron el Cuestionario de Experiencias Traumáticas Venezuela (CET-V) (Cook y Ramos, 2010), la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) creada por Taylor, Ryan y Bagby (1985 citado en Martínez, 1996) y la Escala de Impacto del Estresor Revisada (EIE-R) (Weiss y Marmar, 1997 citado en Costa y Gil, 2007).

Se obtuvo que hay una alta prevalencia de síntomas postraumáticos en los estudiantes universitarios, 92% de ellos indican presentar síntomas postraumáticos clínicamente significativos producto de haber estado expuestos a situaciones de violencia urbana.

El sexo posee una relación significativa sobre el desarrollo de síntomas postraumáticos en las personas. Las mujeres presentaron mayores síntomas en comparación a los hombres.

En cuanto a la variable alexitimia, las personas con mayores puntajes en la variable alexitimia presentaron mayores síntomas postraumáticos, siendo esta relación estadísticamente significativa.

En relación a la variable edad, no posee asociación significativa con la variable síntomas postraumáticos.

INTRODUCCIÓN

El estudio de los síntomas traumáticos originado por situaciones generadoras de trauma psicológico abarca diversos elementos y campos en los que se ha desenvuelto el ser humano, el concepto de trauma está asociado con un tipo de evento de alta intensidad que se encuentra fuera de las expectativas de los sujetos y que implica una amenaza o daño severo a la integridad física, psicológica o contextual del sujeto que lo sufre (Laplanche y Pontalis, 1971 citado en Crempien, 2005), esto puede originarse por diversas situaciones a las que los sujetos se ven expuestos, una de ellas es la violencia debido al daño o amenaza producido por la misma lo que genera un impacto directo en la vida de los sujetos produciendo consecuencias de tipo físico y/o psicológico.

Uno de los elementos que se ha relacionado con la aparición de síntomas luego de haber sido expuesto a una situación traumática, es la dificultad en la identificación, expresión, reconocimiento y manejo en general de los aspectos emocionales o el cuadro de desregulación emocional conocido como alexitimia debido a que las dificultades para codificar y comunicar sus emociones y las de otros los hacen vulnerables ante las situaciones de mayor estrés o las que exigen mayores recursos de su parte debido a la dificultad en el manejo de las emociones generadas a partir de la situación traumática (Alvarado, 2013). En el caso del sexo, se han encontrado evidencias como las reportadas por Tolin y Foa (2006) en las que indican que las mujeres poseen mayor prevalencia en el desarrollo de trastornos relacionados con la exposición a una situación traumática como es el caso del Trastorno por Estrés Postraumático.

El presente estudio está enmarcado en las áreas de la American Psychological Association (APA): 8 que se relaciona con la psicología social y de la personalidad y el área 56 de la División pues este estudio se dirige a la investigación en relación a los desarrollos teóricos relacionados con aspectos sociales y de personalidad de los sujetos, así como el área 56 que se encarga

del estudio de las situaciones generadoras de trauma a nivel psicológico (APA, 2015).

Se trata de una investigación correlacional causal ex post facto, de campo, debido a que indaga acerca de cómo elementos de personalidad de los sujetos como la alexitimia y variables sociodemográficas como el sexo y la edad afectan en la aparición de síntomas postraumáticos a partir de la exposición a sucesos de violencia urbana y en ello radica su relevancia teórica debido a que se plantea el estudio de las variables mencionadas en la población venezolana, investigación de la que no se posee información en dicha población.

En cuanto a la relevancia social, autores como Briceño- León (2012) señalan que el aumento de la frecuencia del fenómeno de violencia en el país introduce la necesidad de incrementar la investigación en relación al mismo y de igual forma, al impacto que tiene en la vida de los sujetos, esto incluye las diversas variables y la influencia que poseen en el manejo de las diferentes tipos de situaciones por parte de los sujetos.

Uno de los principales dilemas éticos que es necesario resguardar en este estudio es la posible reexperimentación que puede ocurrir en el sujeto al preguntarle acerca de las situaciones de violencia que ha vivido recientemente, esto puede causarle un impacto negativo debido a que se le pide recordar los sucesos, haciéndole recordar los elementos negativos en relación al suceso, para disminuir el impacto que potencialmente se puede producir, se seleccionaron instrumentos cortos y de fácil resolución para el sujeto; la brevedad y fácil resolución de los instrumentos permite que el sujeto sea menos afectado con los recuerdos del suceso traumático. Para compensar los posibles efectos negativos que pueden originarse por formar parte del estudio y al tratarse de un fenómeno se cuenta con el apoyo de psicólogos clínicos especialistas en el área de trauma que le brindan a los estudiantes atención en caso de reportar verse afectados.

De igual forma, en este estudio se garantiza la confidencialidad y anonimato de los sujetos participantes y se les indica a través de instrucciones escritas que pueden abandonar el estudio en el momento en el que lo deseen, si al momento de responder se sienten afectados al recordar sucesos que han vivido y que produjeron un impacto en ellos.

MARCO TEÓRICO

Las consecuencias de la Primera Guerra Mundial, acontecida desde Julio de 1914 y que culminó en Noviembre de 1918, sobre los soldados combatientes y la población civil que vivía en los territorios afectados llevaron a especialistas de diversas disciplinas como la medicina, psiquiatría y psicoanálisis a indagar y estudiar con mayor énfasis los diversos aspectos relacionados con los hechos traumáticos derivados de la guerra y las consecuencias que podían generar en sus víctimas, así como estudiar más profundamente los diversos síndromes relacionados con la ansiedad, miedo, alteraciones de la identidad y sensaciones de desamparo experimentadas por las víctimas y que para el momento no eran explicados de manera efectiva por las categorías diagnósticas que eran usadas, ni poseían herramientas adecuadas para darle respuesta a estos síntomas que habían sido registrados anteriormente (Kauffman, 1998).

A partir de la Segunda Guerra Mundial las tradiciones en el estudio del trauma en la rama de psiquiatría adquirieron mayor sistematización, se comenzaron a identificar un espectro de síntomas relacionados directamente con haber estado expuestos a éxodos, deportaciones, combates y/o bombardeos; por ejemplo se observó que soldados que habían participado en combates presentaban un patrón de síntomas y conductas que se relacionaban con estar expuestos al trauma, en el sentido de que el riesgo de perder la vida, la cercanía con el enemigo, entre otros producían en ellos sensaciones de desprotección, miedo y horror como efectos posteriores, así como, evitaban recordar y presentaban estados de ansiedad extremos. Posteriormente este cuadro sería conocido como “neurosis de guerra”, de igual forma comenzaron a establecer diferencias entre los síntomas experimentados que dependían de aspectos psicológicos singulares de cada individuo y las experiencias anteriores con el hecho traumático (Kauffman, 1998).

El diagnóstico de neurosis de guerra fue un término que se designó para englobar diversos síntomas; se caracterizaba porque incluía el riesgo de perder la vida, sin que el sujeto hubiese previsto este peligro; lo que producía que en el momento del suceso el sujeto se viese sumergido en una conmoción que desestructuraba su mundo psíquico y luego de esto el sujeto presentaba síntomas como afectación motriz, padecimiento subjetivo y debilitamiento o destrucción de sus habilidades psicológicas (Freud, 1920 citado en Kauffman, 1998).

El estudio del trauma psicológico hace que deba enfrentarse cara a cara con la vulnerabilidad humana en relación al mundo natural y con la capacidad para la maldad en la naturaleza humana. Cuando los eventos son de origen natural como por ejemplo desastres naturales, pueden llevar a mantener una postura neutral en relación a su origen, pero cuando los eventos o situaciones traumáticas son de diseño humano llevan a entrar en conflicto con la relación entre la víctima y el perpetrador, esto lleva al ser humano a perder su posición neutral hacia los eventos (Herman, 1997).

La reacción humana normativa al peligro es un complejo integrado de un sistema de reacciones que incluyen una respuesta combinada del cuerpo y la mente. Inicialmente se da una activación del sistema nervioso simpático lo que produce que la persona en una situación de peligro sienta una descarga de adrenalina que lo lleva a un estado de alerta, esto permite que los procesos de atención y concentración se enfoquen en la situación inmediata de potencial peligro. Estando en este estado de alerta se presenta una alteración de las necesidades ordinarias como hambre, fatiga o dolor. Luego, este estado de alerta inicial desemboca en sensaciones intensas de miedo o ira. En este punto, hay que destacar que en situaciones de potencial peligro se da una reacción en la que se ven alterados los estados de activación, atención, percepción y emoción de la persona, considerándose éstas como normativas (Herman, 1997).

El trauma ocurre en especial en aquellas situaciones donde la acción no le es permitida a la persona, es decir, no puede resistirse o escapar de la situación; esto produce que el sistema de defensa humano diseñado para la acción se sobrecargue y desorganice al no poder acceder a las respuestas que utiliza normalmente ante las situaciones que se le presentan; observándose una tendencia del sistema a persistir alterado y en un estado de sobrecarga aunque el estímulo de peligro haya terminado, manteniéndose las alteraciones de activación, cognición, memoria y respuestas emocionales, por ejemplo, el sujeto puede experimentar intensas emociones pero no tener una memoria clara del evento o viceversa, poseer un recuerdo claro del evento sin una respuesta emocional asociada al mismo (Herman, 1997).

El trauma psicológico, entonces siguiendo a Herman (1997), se refiere a una aflicción que se ha identificado con situaciones en las que la persona que la vive posee menos poder para responder ante el suceso. Al momento de la exposición a la situación traumática, la víctima se muestra sin ayuda ante una fuerza que la sobrepasa.

De acuerdo con Sánchez (2014) puede definirse a un trauma como el acontecimiento en la vida del sujeto que se caracteriza por su intensidad, así como la incapacidad del sujeto de responder a este de forma adecuada, y como el trastorno y los afectos patógenos duraderos que provoca en la organización psíquica.

Entonces, al hablar de trauma se hace referencia al impacto de un acontecimiento en la vida del sujeto y a la excitación que produce en el nivel de estimulación que normalmente tiene el sujeto, esto desafía su tolerancia, desbordando sus mecanismos para adaptarse, elaborar la situación o evacuar la tensión; para que se produzca el trauma estos mecanismos deben ser sobrepasados produciéndose una sobreexcitación en el funcionamiento psicológico del sujeto traduciéndose en una paralización del psiquismo (Sánchez, 2014).

El impacto del trauma en la vida de la persona, es decir, reconocer el trauma como una situación que sobrepasa los procesos a los que está adaptado el humano en su vida ordinaria, condujo según Herman (1997) a que, en 1980, el diagnóstico de estrés post-traumático se incluyera por primera vez en el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales, en su tercera edición (DSM-III), editado por la American Psychiatric Association (APA), en el cual se describió al evento o situación traumática como fuera del rango de la experiencia humana usual.

Puede definirse al Trastorno por Estrés Post-Traumático (TEPT) como un trastorno que se origina como una respuesta luego de la ocurrencia de un acontecimiento de naturaleza amenazante o catastrófica en la vida del sujeto (Caamaño, Fuentes, González, Melipillán, Sepulveda, Valenzuela, 2011). En la edición más actual del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta versión (DSM-V) se han delimitado diversos criterios para el diagnóstico del TEPT, los cuales son (American Psychiatric Association, 2013):

1. El haber estado expuesto a la muerte real o amenaza de perder la vida, sufrir lesiones graves, violencia sexual de las siguientes maneras: exposición directa, testimonio directo, exposición vicaria (por haberle sucedido a una persona cercana) o exposición repetida o extrema a los detalles del suceso traumático.

2. Presencia de síntomas de intrusión, es decir, sensaciones, sentimientos o pensamientos que irrumpen en la consciencia del sujeto sin que pueda controlarlos voluntariamente como: recuerdos, sueños, flashbacks (recuerdo repentino en imágenes o sensaciones que irrumpe en la vida psicológica del sujeto), malestar psicológico intenso o marcadas reacciones psicológicas a señales externas o internas relacionadas con el evento.

3. Evitación de estímulos asociados con el evento luego de haber ocurrido, evidenciándose en rechazo o esfuerzos por rechazar memorias,

pensamientos, recordatorios externos de los eventos que causan malestar en el sujeto.

4. Alteraciones en los procesos cognitivos y el humor como por ejemplo, alteraciones de la memoria, cogniciones y creencias distorsionadas, disminución del interés por participar en actividades, estado emocional persistente y experimentación de emociones con tendencia al polo del negativismo.

5. Alteraciones en la reactividad y nivel de activación como preponderancia de comportamiento irritable o autodestructivo, hipervigilancia, tendencia a responder de forma exagerada, dificultades para dormir y concentrarse.

Esta recopilación de síntomas que conforman el diagnóstico del TEPT muestra que el estar expuestos a situaciones traumáticas tiene consecuencias directas que pueden prolongarse en la vida del sujeto en la mayor parte de sus áreas de funcionamiento, en especial en el área cognitiva, emocional y conductual, produciendo deterioro en los contextos en los que se desenvuelve una persona como el contexto social, ocupacional, familiar o académico es decir, produce un impacto directo sobre su vida diaria (Sánchez, 2014).

Las consecuencias de vivir situaciones traumáticas producen en las personas efectos que se extienden a las estructuras neurológicas, Seijas (2013) realizó una revisión de literatura en relación al efecto del Trastorno por Estrés Traumático sobre cambios a nivel neurológico que se observaron en personas que estuvieron expuestas a diferentes situaciones potencialmente traumáticas como: guerra, accidentes de tránsito, agresión sexual o maltrato infantil físico o psicológico.

En relación a la exposición a situaciones potencialmente traumáticas en la niñez, se obtuvo que la fisiología cerebral se ve notablemente alterada y con ello el desarrollo emocional del infante, producto de la exposición a este tipo de situaciones se ha evidenciado una disfuncionalidad en el eje Hipotálamo-Hipófisis-Glándulas Adrenales, esto produce que se afecte la atención de los

sujetos, produciendo un estado de hipervigilancia e hiperresponsividad ante estímulos a pesar de que estos sean neutros (Daniels, Frewen, McKinnon y Lanius citado en Seijas, 2013).

La exposición al estrés prolongado afecta diversos procesos mentales interfiriendo en el funcionamiento de los mismos, esto se da en procesos como el aprendizaje, la memoria, la atención sostenida y alternante, esto fue corroborado en un estudio realizado por Eren-Kooak, Kilia, Aydin, Hizli (2009 citado en Seijas, 2013) compuesto por 526 sobrevivientes del terremoto que ocurrió en 1999 en Turquía se estudió la posible afectación de las funciones cognitivas en población clínica diagnosticada con TEPT, se obtuvo que los procesos de atención y memoria se ven interferidos cuando se expone a las personas a estímulos emocionales.

De igual forma, según Seijas (2013), el sueño se ve afectado en las personas diagnosticadas con TPET, las personas pueden tener memorias intrusivas durante el sueño, la fase REM del sueño es que la presenta mayores alteraciones, las personas presentan mayor latencia para entrar en esta fase, mayor cantidad de movimientos oculares rápidos, ausencia de catatonía e incremento del tono muscular, las personas también reportan menos horas de sueño.

Frewen, Pain, Dozois y Lanius (2006) señalan que en las personas diagnosticadas con TPET también puede evidenciarse la presencia de rabia, culpa, vergüenza, disforia y disociación como indicadores clínicamente significativos.

Puede destacarse que no siempre se desarrolla trastorno por estrés postraumático, el psiquismo del ser humano puede responder de diferentes maneras ante una situación que sobrepasa los niveles de excitación, haciendo uso de los mecanismos de defensa, movilizandolos recursos disponibles cognitivos o afectivos, así como ensayando recursos inéditos para frenar el efecto de la situación traumática. Siendo esto uno de los planteamientos de interés para esta investigación, que busca estudiar la aparición de síntomas

postraumáticos en estudiantes universitarios debidos a la exposición a hechos de violencia urbana, considerando que no siempre desarrollan un TEPT, pero que aun respondiendo de diversas maneras pueden estar afectados y presentar ciertos síntomas postraumáticos. Y donde está afectación, desarrollo del TEPT o de un grupo de estos síntomas, deberse a la influencia de variables personales como la edad, sexo y alexitimia, objeto de estudio de esta investigación.

La presente investigación está enmarcada en el área de Psicología Social y de la Personalidad que es la división número ocho de la American Psychological Association (APA, 2015). Dicha área se encarga del progreso de la investigación tanto básica como aplicada, de la teoría y de la práctica en psicología de la personalidad y la psicología social; donde interesa como variables de la personalidad, como la alexitimia puede afectar la presencia de síntomas postraumáticos debidos a eventos.

Sánchez (2014) indica que no se pueden enumerar los eventos, naturales, sociales, que son traumáticos o descartar otros sino que más bien el hecho de que un evento posee una magnitud o intensidad que impida el funcionamiento psíquico y que lo colapse es lo que hace que se defina como traumático, de igual forma pueden transcurrir otras circunstancias como que el sujeto sea susceptible a lo traumático producto de factores de su personalidad, debido a haber vivido situaciones traumáticas anteriores, que posea una menor fortaleza yoica y capacidad de síntesis disminuida, así como una edad precoz al momento del suceso, una menor capacidad cognitiva y un menor apoyo social.

A su vez, Palacios y Heinze (2002) indican que existen una serie de factores de riesgo que aumentan la posibilidad de desarrollo de TEPT y también su cronicidad:

- Experimentar el suceso traumático en edades tempranas.
- Experimentar múltiples eventos traumáticos.
- Severidad del evento traumático.

- Sexo femenino.
- Historia personal de estrés.
- Historia de dificultades psicológicas.
- Presencia de trastornos mentales comórbidos como depresión y ansiedad.
- Factores genéticos.
- Historia familiar de trastornos mentales, incluyendo historial de desarrollo de TEPT.
- Exposición a sucesos del entorno que luego del evento traumático llevan a la reexperimentación.

Para resumir se puede destacar que el concepto de trauma se encuentra asociado con un tipo de evento de alta intensidad que se encuentra fuera de las expectativas de los sujetos y que implica una amenaza o daño severo a la integridad física, psicológica o contextual del sujeto que lo sufre; de igual forma se caracteriza por sobrepasar los recursos de adaptación que el sujeto usa habitualmente, lo que se traduce en un quiebre en la estabilidad psicológica del sujeto que lo padece (Laplanche y Pontalis, 1971 citado en Crempien, 2005).

Uno de estos tipos de evento es la violencia que sin importar cuál sea su origen, suele ser un evento de alta intensidad que implica amenaza o potencial daño a quien la sufre y que en algunos casos sobrepasa los recursos que posee el sujeto normalmente para responder ante situaciones de la vida diaria. Rojas, Kleiman, Lamovski, Levi y Rolfo (1990 citado en Perdomo, 2000) señala que se puede definir a la violencia como el ejercicio absoluto del poder por parte de una o más personas sobre otro, que queda ubicado en un lugar donde no es reconocido como humano y es reducido a un objeto. Si bien la violencia, no es una variable directa de investigación, es de interés tratarla a fin de comprender como puede la persona al estar expuesta desarrollar la presencia de síntomas postraumáticos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en su último informe publicado titulado Informe sobre la Violencia y la Salud (2002) señala que la violencia siempre ha formado parte de la experiencia humana. Para el momento de la publicación de su informe, más de 1.6 millones de personas mueren y muchas más sufren lesiones no mortales a raíz de situaciones violentas de diverso origen como la violencia interpersonal, colectiva y autoinfligida, siendo una de las principales causas de muerte a nivel mundial en especial, en la población entre 15 y 40 años.

Para el Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos, la violencia se define como el uso o amenaza de uso de fuerza física con la intención de causar daño a otros o a sí mismo (Centers for Disease Control citado en Buvinic, Morrison y Shifter, 1999), en esta definición se destaca solo el uso del elemento físico para causar daño.

Mientras que según la OPS (citado en Organización Panamericana de la Salud, 2002) en una visión más integradora señala que la violencia es el uso de fuerza o poder físico de manera intencional, sea como amenaza contra uno mismo, otras personas, grupos o comunidades que cause o pueda causar lesiones físicas, daño psicológico, privaciones o muerte. Esta definición subraya la intencionalidad más allá de las consecuencias mortales o no del acto y excluye incidentes no intencionales que puedan causar daños a otros. Es importante destacar que el acto violento y la definición de violencia expuesta anteriormente incluyen el aspecto de intencionalidad como un elemento en el cual el sujeto que inflige la violencia intenta causar algún daño al otro.

La violencia puede ser clasificada de diversas maneras, por ejemplo en el Informe de Violencia y Salud (OPS, 2002), la violencia puede clasificarse según el autor del acto violento, derivándose de esto tres tipos de violencia:

- Violencia autoinfligida o dirigida a uno mismo: Esta incluye actos suicidas o autolesiones, las cuales incluyen un espectro de

comportamiento desde el pensamiento suicida hasta la consumación del acto.

- Violencia interpersonal: Fue dividido por ellos en dos categorías: a) la violencia intrafamiliar o de pareja, la cual se da entre personas que tiene algún vínculo de parentesco o que conviven juntos y b) la violencia comunitaria, la cual es perpetrada por individuos que no poseen una relación entre sí y que pueden conocerse o no. Esta última incluye actos de violencia juvenil, actos de violencia “azarosos” y agresiones por parte de extraños.
- Violencia colectiva: Se refiere al uso de la violencia como instrumento hacia personas que se identifican así mismas como miembros de un grupo con la finalidad de lograr objetivos políticos, sociales y económicos, esto incluye conflictos armados, genocidio, represión, terrorismo, entre otros.

Según Martín Baró (1992 citado en Ibañez y Díaz, 2011) los problemas psicológicos producto de situaciones de violencia pueden denominarse trauma psicosocial, este se refiere al producto de la relaciones sociales que se basan en violencia, cuando ésta es usada como única resolución de los conflictos.

De igual forma, Buvinic, Morrison y Shifter (1999) señalan diversas variables a partir de las cuales se puede categorizar la violencia:

- Según los individuos que la sufren: mujeres, niños, hombres jóvenes, ancianos, discapacitados.
- Agentes que generan violencia: pandillas, narcotraficantes, jóvenes, muchedumbres.
- Naturaleza de la agresión: física, psicología o sexual.
- Motivante: político, racial, económico, instrumental, emocional, entre otros.

- Relación entre la víctima y el victimario: violencia doméstica y violencia entre individuos que no poseen relación entre ellos o llamada en este caso, violencia social.
- Contexto en el que ocurre: rural o urbano.

Como se puede evidenciar existe una amplia gama de variables que permiten categorizar a la violencia, para el presente estudio el principal enfoque de estudio es la violencia social urbana, es decir, el uso de fuerza o poder físico de manera intencional, sea como amenaza, daño físico y/o psicológico, privación o muerte ejecutada por personas que no poseen una relación con la víctima y que es llevada a cabo en el contexto de la urbanidad siendo la población de interés-las víctimas de dicho tipo de violencia.

Desde la perspectiva de la Psicología Social se ha intentado darle explicación a los comportamientos agresivos y a la violencia desde diversas posturas. En una recopilación realizada por Domènech e Íñiguez (2002) puede evidenciarse la existencia de dos etapas del estudio de la violencia estas son las perspectivas clásicas y las perspectivas contemporáneas.

Las perspectivas clásicas señalan un debate entre la concepción del comportamiento agresivo como algo interno del sujeto o como dependiente de fuerzas externas, el primero de ellos haciendo referencia al instinto y el segundo a la naturaleza ambientalista del comportamiento agresivo (Domènech e Íñiguez, 2002).

Las teorías instintivas hacen alusión a que la explicación del comportamiento agresivo se sitúa dentro de la persona o se origina dentro del mismo. De forma que la agresión se da como una respuesta de supervivencia de la especie, por lo que la capacidad para modificarla es escasa (Eibel-Eibesfeldt citado en Doménec e Íñiguez, 2002). De esta explicación se derivan luego teorías como el Psicoanálisis en el cual se señala que el comportamiento agresivo también posee un elemento relacionado con la naturaleza humana.

Luego surgieron explicaciones que integran elementos derivados de las teorías psicoanalíticas y de los modelos ambientalistas. Esta fue la teoría de la frustración-agresión y señala que la agresión es un comportamiento resultante de una pulsión interna pero que ésta depende de un estímulo externo, la frustración. Es decir, cuando una persona ve impedida su acción por algún elemento externo, experimentan frustración; el aumento de esta frustración produciría agresión (Dollard, Doob, Miller, Mowrer, Sears citado en Doménech e Íñiguez, 2002).

Con el desarrollo de posturas en el ámbito de la Psicología se fueron incluyendo nuevas explicaciones acerca del comportamiento humano en general. Las teorías del aprendizaje señalaron que los comportamientos provienen de la asociación de una respuesta con un estímulo concreto. En relación al comportamiento agresivo, ciertos estímulos provocan ciertas respuestas agresivas, las cuales son reforzadas por la ejecución de este comportamiento. Por ejemplo, cuando se ejecuta un acto de violencia urbana como el robo en contra de un sujeto, se produce la recompensa del objeto robado y los beneficios que pueden recibirse a partir de ello.

Dentro de la misma perspectiva de las teorías de aprendizaje, Bandura (citado en Doménech e Íñiguez, 2002) estructuró su teoría de aprendizaje social, la cual señala que se pueden aprender comportamientos por imitación y en específico, comportamientos realizados por otros que son recompensados de alguna forma. Es decir, el comportamiento agresivo que se observó siendo reforzado entonces es aprendido e imitado.

Posturas más contemporáneas han incluido el contexto relacional en el que se produce el comportamiento agresivo, en el sentido de que éste siempre es dirigido a alguien y llevado a cabo por alguien, es decir, el aspecto relacional siempre posee un rol mediador en los comportamientos agresivos. Por lo que el acto de violencia sería definido a partir de un contexto de interacción interpersonal, cuya ejecución es intencional y que como consecuencia se da

algún tipo de daño y que así es vivido por el sujeto, desarrollando síntomas postraumáticos al verse expuesto (OPS, 2002).

Rodolfo Briceño- León es uno de los principales investigadores en el tema de la violencia en Venezuela y forma parte del Observatorio Venezolano de Violencia, el producto de su investigación es relevante para el presente estudio debido a que es una de las escasas fuentes que suministra datos en relación a la violencia en el país, así como de los acontecimientos históricos que han influido en que se produzca.

De acuerdo con Briceño-León (2012), la violencia en Venezuela hasta los años sesenta fue un problema que se radicaba en las áreas rurales y que se debía a conflictos en las localidades y a la ausencia de entes del estado que se encargasen de regularlos, luego del proceso conocido como “boom petrolero” y la posterior migración a los contextos urbanos cambió este panorama; aunque factores como las dictaduras militares mantuvieron a raya la violencia debido al control político que se ejercía sobre la población.

El inicio de los gobiernos democráticos a finales de los años cincuenta y la aparición de las guerrillas creó años de inestabilidad en los que principalmente ocurrieron alzamientos y enfrentamientos militares, estos aspectos fueron los principales orígenes de la violencia que se vivió en los contextos urbanos y rurales del país (Briceño-León, 2012).

Briceño (2012) señala que el desarrollo de la violencia urbana en Venezuela puede categorizarse en diversas etapas en las que acontecimientos históricos han determinado su aumento y proliferación hasta el presente.

Señala que el incremento de la violencia en los años recientes puede atribuirse a que las autoridades tienden a elogiar continuamente la violencia y a quienes la ejercen, justifican el robo por “necesidad”, exaltan la resolución de los conflictos a través de la violencia y han profundizado el clasismo y el odio entre clases sociales. Aunado a esto no existen políticas efectivas para la

seguridad ciudadana hasta el punto en el que se ha negado la existencia de la inseguridad y se suma a ello la impunidad y baja efectividad del sistema de justicia, lo que produce que los actos violentos se conviertan en cotidianos y aumenten en número y gravedad, siendo para el momento parte de la vida diaria de los ciudadanos del país (Briceño-León, 2012).

Actualmente existen dificultades para obtener cifras oficiales actualizadas en relación a los actos de violencia urbana que se presentan diariamente en el país. Los datos más recientes y completos provienen de la encuesta nacional de victimización y percepción de seguridad ciudadana realizada en 2009 en todo el territorio nacional, el cual obtuvo como número de encuestas realizadas 1.826.718 y cuyo foco era indagar la tasa de los diferentes delitos en relación a la violencia urbana (Instituto Nacional de Estadística, 2010), para este estudio de tipo estadístico se tomaron en cuenta los siguientes delitos:

1. Homicidio: Ataque intencional a una persona que le produce la muerte inmediatamente o a pocos días.
2. Lesiones personales: Ataque intencional a una persona, el cual le produce alguna lesión corporal.
3. Abuso sexual: Ataque intencional con uso de la fuerza, amenaza o intimidación cuyo fin persigue el contacto sexual de cualquier índole y que se lleva a cabo sin consentimiento de la víctima.
4. Robo: Ataque en el que se obliga por la fuerza o a través de amenaza inmediata de daño físico a entregar dinero o algún bien a la persona, siendo logrado el propósito.
5. Secuestro: Se retuvo a una persona contra su voluntad para pedir la obtención de algún bien o dinero a cambio de su libertad.
6. Extorsión: Se le obligó a una persona a entregar, enviar o depositar dinero, documento u otro elemento de interés mediante el temor de producirle un daño a ella misma o a un familiar, sin usar fuerza física inmediata y logrando el propósito.

7. Hurto: Se le fue quitada a una persona alguna posesión suya sin que esto incluyera violencia y sin que se diera cuenta en el momento.
8. Estafa: Se obtuvo la entrega de dinero o algún bien de la posesión de una persona por medio del engaño.

A partir de los resultados de la encuesta se obtuvo que de las 1.826.718 encuestas realizadas, 19.113 reportó haber tenido un homicidio en su núcleo familiar (1,04%), 1.057.332 habían sido robados (57, 88%) y 423.017 habían sido víctimas de hurto (23, 15%), mientras que 5.005 habían sido víctimas de abuso sexual (0,02%), 61.230 habían sufrido lesiones personales de alguna índole producto de una situación de violencia (3%), 16.917 habían sido víctimas de alguna modalidad de secuestro (0.09%), 78.384 habían sido víctimas de estafa (4%) y 18.884 de extorsión (1%). No se tienen cifras oficiales actualizadas para el momento.

Según reportan Jácome y Gratius (2010), para el 2010 Venezuela se constituyó como el país más inseguro de América presentando cifras de mortalidad mayores a países que transitan por conflictos bélicos. Según el Observatorio de Violencia Venezolano (citado en Jácome y Gratius, 2010) en el período entre 1988 y 2010 se cometieron alrededor de 140.000 homicidios convirtiéndose en la tercera causa de muerte del país, en especial en la población adolescente y adultojoven (16-44 años), siendo el homicidio el delito del cual se tiene mayor información de su tasa de ocurrencia, en comparación a otra clase de delitos que son escasamente denunciados.

De acuerdo con Jácome y Gratius (2010) el problema de la violencia en Venezuela tiene diversas causas como problemas interpersonales entre sujetos, disponibilidad de armas en la población civil, acción de bandas de delincuencia común y causas socioeconómicas entre las que destacan la pobreza y la desigualdad, la segregación urbana, el desempleo y los déficits en la educación. Estos desembocarían en el aumento y prevalencia de hechos de violencia urbana en el país.

La postura utilizada por la OPS en su informe (2002) subraya el estudio de la violencia dentro del marco de la salud y las diversas disciplinas que en ellas convergen debido a que es importante establecer las causas y consecuencias de la violencia, así como su magnitud, qué factores aumentan el riesgo de las personas a ser víctimas o victimarios de la violencia y qué programas pueden instaurarse para la prevención de la violencia. Aún cuando, la violencia urbana, no es variable directa de este estudio, sino más bien la aparición de síntomas postraumáticos productos de estar expuesto a ella, es necesario vincular directamente sus aspectos característicos e incidencia a esta investigación; pues en un contexto donde la violencia urbana, como señalaba Briceño-León (2012), se ha convertido en parte de la vida diaria de los ciudadanos y donde estos pueden haber tenido que desarrollar mecanismos adaptativos, no siempre lo logran y están continuamente expuestos a desarrollar síntomas postraumáticos. El conocimiento de este contexto es necesario para poder valorar luego, los hallazgos de esta investigación cuyo objetivo se relaciona con indagar acerca de cómo factores de la personalidad de los sujetos como la alexitimia influye en la aparición de síntomas traumáticos siendo la violencia una situación traumática que impacta la vida de los sujetos.

Según García (citado en Izaguirre, 1998), el elemento traumático de la violencia se deriva de que la misma está ligada con la relación con otra persona que a través de un acto que se constituye en amenaza a la integridad o daño a una persona, irrumpe en el espacio social, mental o corporal de la víctima.

De acuerdo a la violencia como suceso traumático se señalan diversos postulados. Izaguirre (1998) señala que el trauma se constituye como tal, debido a que coloca al sujeto en un estado de inermidad, es decir, lleva a un estado de indefensión en el que el sujeto se ve inerme, inmóvil, indefenso en una situación de dependencia hacia otro, debido a que este tipo de situaciones lo hacen disminuir su capacidad de actuar llevando a las personas a depender

de la ayuda de otros para salir de la situación de peligro o para afrontar las consecuencias de la misma.

El estudio de la violencia en los países menos desarrollados es de particular interés, pues en ellos los eventos traumáticos por lo general se asocian con situaciones como las guerras prolongadas, carencias materiales, represión política y violencia sectaria. Así, pareciera que el TPEP sobre el curso de la vida es más crónico, y el perfil de los síntomas más complejo e incapacitante, en los países menos desarrollados que en los desarrollados (Palacios y Heinze, 2002) como es el caso de Venezuela, país en el que se llevará a cabo el presente estudio.

Actualmente como modelo para teorizar acerca de la violencia y relacionarla con el TPEP es mayormente útil el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1994). Modelo que surge con la intención de explicar las diferentes conductas o comportamientos ejecutados por el sujeto y como éste se ve influido activamente por las personas, objetos y símbolos que se encuentran en su ambiente inmediato. Bronfenbrenner describió diversos niveles que podrían explicar el comportamiento en este caso violento de los sujetos:

1. Nivel 1: Factores biológicos: En estos se ubican los factores de la biología e historia personal de los sujetos que influyen en su comportamiento y aumentan su probabilidad de convertirse en víctima o victimaria, por ejemplo características demográficas como la edad, sexo, educación, ingresos, trastornos de personalidad, abuso de sustancias, antecedentes de comportamientos violentos o historial de maltrato.
2. Nivel 2: Relaciones más cercanas del sujeto como su familia, amigos, pareja; en este sentido se ha investigado como el tener vínculos cercanos con personas que cometen actos de violencia puede influir sobre la posibilidad de realizar actos violentos.

3. Nivel 3: Se ubican los contextos en los que se desarrolla el individuo como la escuela, el trabajo y la comunidad en la que vive permitiendo identificar las características de los mismos y el que sucedan o no en ellos actos de violencia.

4. Nivel 4: Se ubican los factores de la estructura de la sociedad que pueden contribuir con alentar o inhibir los actos de violencia, así como la facilidad para conseguir armas de fuego, así como las normas sociales de cada contexto.

La importancia de este modelo radica en la visión integradora de las diversas influencias que convergen para comprender la aparición de síntomas postraumáticos originados por la exposición a hechos de violencia urbana en estudiantes universitarios (ver Figura 1). De igual forma, subraya el hecho de que no existe un solo factor o una explicación única para estudiar y analizar la aparición de síntomas postraumáticos. por lo que puede considerarse como base fundamental para el presente estudio, ya que se comparte con el autor la visión integradora de los diversos factores que pueden confluir para que se lleve a cabo el fenómeno (Bronfenbrenner, 1994).

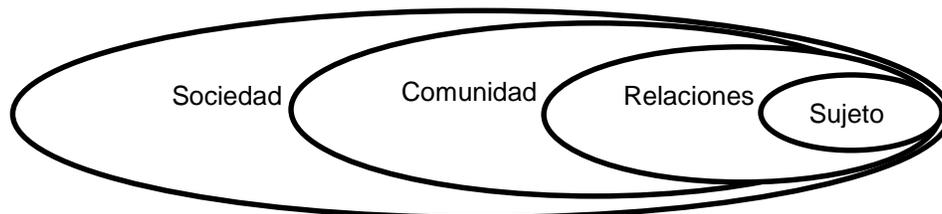


Figura 1. Diagrama del modelo ecológico de Bronfenbrenner (Bronfenbrenner, 1994).

En el presente estudio se tomará como elementos para el estudio los aspectos que conforman el nivel 1 como lo son el sexo, la edad y la alexitimia como factor de personalidad en personas que han estado expuestas a violencia de tipo interpersonal perpetrada por personas que no conocen a sus víctimas y que se da en contextos urbanos, lo que agrupa a ambas categorizaciones de la violencia y lo que en el presente estudio se denomina violencia urbana.

Según Palacios y Heinze (2002), no todas las personas que se exponen a situaciones traumáticas desarrollan un trastorno producto de la exposición a la situación traumática como el TPET, sino que enumera una serie de factores que pueden aumentar la probabilidad de que origine el trastorno, así como su cronicidad algunos de estos factores son: a) experimentar el evento en etapas tempranas, b) ser víctima de múltiples hechos traumáticos, c) la severidad del suceso traumático, d) el género de quien lo experimenta, e) una historia personal de estrés y de problemas conductuales o psicológicos, entre otros factores.

Por otro lado, los factores de riesgo se clasifican de acuerdo con la persona y el hecho traumático experimentado, por ejemplo, evidencias en el área indican que las mujeres corren un riesgo más alto que los hombres de desarrollar un TPEP, a pesar de que se exponen con menos frecuencia a experiencias traumáticas (Palacios y Heinze, 2002).

No obstante, el sujeto puede hacer uso de recursos que pueden protegerlo ante los efectos que puede producir en su vida una situación traumática, subrayando cómo variables de tipo personal pueden producir una tendencia al desarrollo de trastornos psicológicos relativos al trauma, mientras que otras pueden amortiguar el efecto de la exposición a situaciones traumáticas.

En relación a los diferentes factores de riesgos que se relacionan al desarrollo de síntomas de estrés postraumático se han realizado diferentes estudios, Brewin, Andrews y Valentine (2000) elaboraron un meta-análisis con la finalidad de recabar la información obtenida en diferentes estudios cuyo objetivo era conocer los factores de riesgo para el desarrollo de estrés postraumático en adultos. Se identificaron diferentes variables que poseen un efecto potenciador en la aparición de síntomas postraumáticos luego de estar expuestos a diferentes situaciones potenciales traumáticas, una de ellas es el sexo, para estudiar esta variable los autores realiza una distinción entre dos tipos de estudio, un grupo de estudios fue realizado en población militar y otro

conjunto de estudios fue realizado en población civil, los estudios realizados en la población militar se observó que los hombres poseían mayores puntajes en la escalas que medían el Estrés Postraumático, mientras que en los estudios realizados en población civil las mujeres reportaban mayores síntomas postraumáticos independientemente de la situación traumática vivida, lo que es respaldado por autores como Wolfe and Kimerling (1997 citado en Brewin, Andrews y Valentine, 2000) el autor señala que en un estudio en el cual se comparan los puntajes de síntomas postraumáticos grupos de hombres y mujeres, las mujeres poseen mayor riesgo de desarrollar un Trastorno por Estrés Postraumático.

Berwin, Andrews y Valentine (2000) señalan que una de las razones que pueden originar que las mujeres reporten mayor cantidad de síntomas postraumáticos es que reportan mayor cantidad de síntomas en comparación a los hombres o que poseen una mayor exposición a situaciones postraumáticas antes de la situación traumática estudiada, lo que potencia la aparición de síntomas postraumáticos si se posee un historial de trauma previo, en especial si esto incluye vivencias traumáticas durante la infancia.

En relación a la prevalencia de las situaciones de violencia y el estrés postraumático, Medina, Borges, Lara, Ramos, Zambrano y Fleiz (2005) desarrollaron una investigación en la que participaron 5826 personas pertenecientes a población no clínica y residía en 6 diferentes regiones de México a través de un muestreo probabilístico, multietápico y estratificado realizado en hogares de las regiones seleccionadas. Dentro de las situaciones traumáticas a indagar incluyen a la violencia delictiva común como ellos la denomina e indican que es un problema en especial en las zonas urbanas debido al número de sucesos que ocurren, de igual forma indican que según la Segunda Encuesta Nacional sobre Inseguridad (ENSI-2), el robo fue el delito más frecuente, luego se encontrarían delitos como el secuestro y el abuso sexual.

En relación a lo anterior, los autores encontraron que en la muestra encuestada las situaciones potencialmente traumáticas más frecuentes fueron la muerte de un familiar cercano, el haber sido víctima de un robo, la amenaza con un arma y los accidentes. La prevalencia total de trastorno por estrés postraumático fue de 1.45% de la muestra total, 2.3% en mujeres y 0.49% en hombres, observándose diferencias en las situaciones en las que las personas se ven expuestas, las mujeres están más expuestas a situaciones como la violación o violencia de género por parte de su pareja, mientras que los hombres se ven más expuestos al robo, secuestro y accidentes (Medina et al., 2005).

En una revisión de literatura realizada por Tolin y Foa (2006) los autores pretendían recopilar los estudios realizados en relación al tema en 25 años anteriores al estudio, para ello recopilaron diferentes estudios que se caracterizaban por diferentes elementos como: habían vivido diferentes situaciones potencialmente traumáticas: asalto sexual, abuso sexual durante la infancia, accidentes de tránsito, negligencia parental, guerra, combate, terrorismo, ser testigo de la muerte de otros, entre otros; poseían diferentes rangos de edad: adultos o adolescentes; se habían usado diferentes métodos de recolección de los datos: entrevista o cuestionario y diferentes tipos de muestreo: por conveniencia o aleatorio.

Como resultado se obtuvo que a pesar de las diferentes variables que diferenciaban a los participantes en cada estudio las mujeres reportaron mayor cantidad de síntomas postraumáticos en comparación a los hombres (Tolin y Foa, 2006), se puede destacar que esto se observa en los diferentes estudios revisados en el metaanálisis a pesar de que los hombres reportaron haber estado expuesto a un mayor número de síntomas postraumáticos.

Según el Centro Nacional para Trastorno por Estrés Postraumático de Estados Unidos (2015), el TEPT es más común en hombres que en mujeres y ambos experimentan de forma distinta el trauma psicológico, a pesar de que

ambos sexos reportan síntomas postraumáticos, las mujeres reportan síntomas más frecuentemente que los hombres.

No todas las mujeres que experimentan una situación traumática desarrollan TEPT, las siguientes razones se han identificado como elementos que aumentan la predisposición: presentar una historia de trastornos mentales como ansiedad y depresión, haber experimentado traumas severos en el pasado, haber sido víctima de abuso sexual, ser heridas durante el evento, haber tenido una reacción severa mientras sucedía el evento y no tener un buen apoyo social (National Center for PTSD, 2015).

Se ha determinado que las mujeres y los hombres presentan diferencias en la forma en que enfrentan los síntomas postraumáticos, en las mujeres se observa mayores problemas en las emociones que sienten y tienden a evadir los elementos que le recuerdan al trauma, mientras que los hombres tienden a sentirse más molestos y suelen tener problemas para controlar la ira (National Center for PTSD, 2015).

Las diferencias que se observan en los puntajes de TEPT en hombres y mujeres se han atribuido también a las características de los instrumentos que se utilizan en los estudios, según Tolin y Foa (2006) cuando se utilizan instrumentos de autorreporte para indagar acerca de los síntomas postraumáticos los hombres suelen reportar menos eventos traumáticos o síntomas de malestar en general en comparación a las mujeres, esto se debe a la menor apertura de los hombres con respecto al área emocional.

Saigh y Bremner (1999 citado en Minardi y Paoli, 2002) recabaron tres perspectivas a partir de las cuales se pueden explicar las diferencias en el desarrollo de TPET según el sexo. Estos autores procuraban explicar a través de diferentes puntos de vista la vulnerabilidad ante el TPET que experimentan las mujeres y que se ha evidenciado en diferentes estudios como los mencionados anteriormente:

- a) **Perspectiva biológica:** Parte de las evidencias neurobiológicas en las cuales se ha encontrado que el hipocampo en las mujeres es más vulnerable al daño producido por agentes externos y su sistema límbico responde en mayor medida ante los estímulos emocionales, se han encontrado evidencias de un incremento del sistema noradrenérgico y una actividad glucocorticoide disminuida cuando las mujeres se enfrentan a diferentes situaciones de estrés, estas respuestas neurobiológicas se han relacionado con el TPET estando presentes en personas que han sido diagnosticadas con este trastorno.
- b) **Perspectiva psicodinámica:** Indica que la valoración de las mujeres se relacionan con las relaciones que establece con las demás personas y particularmente con el cuidado recíproco de estas relaciones, siendo este aspecto más importante para las mujeres que para los hombres. Cuando se presenta una situación potencialmente traumática que involucra el aspecto interpersonal, las mujeres suelen ser más vulnerables debido al peso que tiene en sus vidas el aspecto interpersonal, esto produce que se presenten sentimientos de culpa ante las situaciones potencialmente traumáticas.
- c) **Perspectiva social-cognitiva:** Esta perspectiva se describe el sexo como una categoría social, en la cual se van formando significados sociales en torno a ser mujer u hombre.

Los hombres suelen ser descritos socialmente como activos, dirigidos a lo instrumental, agresivos, mientras que las mujeres se le asignan características como la pasividad, dependencia y mayor tendencia a la emocionalidad. Estas características que se le asignan a cada género se relacionan directamente con el desarrollo del autoconcepto.

Los significados referentes a eventos traumáticos como la dependencia, la emotividad y la pasividad constituyen elementos que no se relacionan socialmente con lo masculino, por lo que los hombres

evitan el contacto con estos elementos cambiando sus pensamientos y comportamientos, lo que les permite alejarse de estos significados que perciben como no pertenecientes a su género.

Minardi y Paoli (2002) realizaron un estudio en el que buscaban conocer la influencia de las variables sexo sobre los niveles de estrés postraumático en personas que vivieron inundaciones ocurridas en el Estado Vargas en el año 1999. La muestra estuvo compuesta por 285 personas, 122 hombres y 163 mujeres que habían vivido el desastre natural.

Se obtuvo los siguientes resultados: 23% de los participantes presentan síntomas postraumáticos a pesar de que habían transcurrido 2 años del suceso. Obtuvieron una asociación significativa entre el sexo y la presencia de TEPT, se obtuvieron evidencias de que las mujeres tienden a desarrollar mayores síntomas de estrés postraumático que los hombres.

Debido a la importancia que se le ha dado a la variable sexo como variable sociodemográfica directamente relacionada con el desarrollo del Trastorno por Estrés Postraumático y a los hallazgos de Minardi y Paoli (200) se tomó al sexo como variable de relevancia del estudio, debido a las evidencias de su influencia sobre la aparición de síntomas postraumáticos.

En el estudio de Minardi y Paoli (2002), se investigó además del sexo, la influencia de las variables edad, nivel socioeconómico y apoyo social sobre los niveles de estrés postraumático en personas que vivieron inundaciones ocurridas en el Estado Vargas en el año 1999.

En relación a la variable edad no resultó una asociación significativa con el TEPT, las autoras señalan que estos resultados se han obtenido en estudios anteriores similares y que a pesar de que el trastorno postraumático se presentan en diferentes rangos de edad, los resultados en relación a esta variable no han sido conclusivos (Minardi y Paoli, 2002). Sin embargo, es una variable que los diversos autores como Christianson y Marren (2008), señalan

la necesidad de seguir estudiando su influencia sobre la aparición de los síntomas postraumáticos.

Hyer y Brown (2008) en un artículo que escribieron para la Revista Americana de Enfermería indican que los adultos mayores pueden evitar el admitir que sufren de ansiedad o malestar y que pueden buscar menos ayuda en el aspecto psicológico en comparación con jóvenes, esto puede relacionarse con que el ser diagnosticado con síntomas como experiencias disociativas, pensamientos intrusivos, entre otros pueda que los clasifiquen como personas con trastornos mentales. Por esta razón el identificar trastornos mentales o síntomas psiquiátricos puede ser difícil en los adultos mayores debido a que aunado a lo anterior también puede presentarse dificultades para diferenciar síntomas postraumáticos por ejemplo de disfunciones cognitivas propias de la edad.

En relación a lo anteriormente expuesto, para el estudio del Trastorno de Estrés Postraumático en adultos mayores se hace uso de escalas de autoreporte para indagar más ampliamente en la aparición y presencia de síntomas, así como en su gravedad.

Christianson y Marren (2008) realizaron un artículo para la Revista Americana de Enfermería en la que indican que los adultos mayores responden así como personas con otros rangos de edad como adultos o adolescentes presentando síntomas como reexperimentación, comportamiento evitativo y arousal aumentado, debido a los cambios relacionados con la edad y los procesos asociados a enfermedades, las reacciones de estrés originadas por eventos pueden deteriorar funciones de los sujetos o empeorar condiciones preexistentes. Debido a lo anteriormente expuestos, los adultos mayores son considerados un grupo de alto riesgo cuando sucede un desastre o algún evento traumático específico.

El impacto de una situación traumática en adultos mayores puede verse magnificado por la presencia de enfermedades crónicas, la toma de medicamentos, limitaciones sensoriales y el lugar o atenciones que se le den

al adulto mayor donde puedan atender sus necesidades especiales luego del desastre.

Debido a la relevancia que se le ha otorgado a la edad como variable relevante en el desarrollo de síntomas postraumáticos se incluye en el presente estudio con la finalidad de explorar el posible efecto que posee sobre el desarrollo de síntomas postraumáticos.

Tal como propone Sánchez (2014) el trauma es el fenómeno que se da en el sujeto producto de una excitación que desborda su aparato psíquico, esto originado a características del evento pero señala que hay factores asociados a la personalidad de los sujetos que pueden potenciar o disminuir el efecto de una situación traumática debido a la relación que poseen con la elaboración del trauma, algunos de ellos son: a) prevalencia de pensamiento operatorio o motriz, b) alexitimia, c) pensamiento excesivamente enfocado en el presente, d) dificultad en el pensamiento reflexivo y en la elaboración afectiva de los estímulos y e) la evocación del trauma tiene a ser mayormente sensorial o vegetativa careciendo de reacciones afectivas identificables.

En relación a lo anterior, autores como Frewen, Pain, Dozois y Lanius (2006) señalan que aquellos individuos que son menos capaces de identificar, expresar y regular sus respuestas de tipo emocional, pueden experimentar intensos estados emocionales y fisiológicos que son pobremente integrados y cuyo procesamiento cognitivo se ve interrumpido, colocando al sujeto en estado de vulnerabilidad y predisposición a experimentar trastornos derivados de la situación traumática como el TPET.

A partir de los aspectos recolectados en la teoría se toma a la alexitimia como variable independiente en el estudio siendo una variable de personalidad que posee un efecto que potencia el efecto de una situación traumática y sus consecuencias afectando directamente la elaboración y manejo adecuado de la situación traumática y en especial de las consecuencias que impactan en la vida del sujeto.

La palabra “alexitimia” es una palabra de origen griego, compuesto por a- partícula negativa cuyo significado es no, lexis palabra o acción de hablar y thymos que hace alusión a la emoción, siendo entonces un término que se refiere a una ausencia de palabras para expresar emociones o sentimientos (Alvarado, 2011).

Esta palabra fue citada por primera vez en 1972 por Sifneos (1972 citado en Alonso, 2011) en un manual editado por la Universidad de Harvard y fue usado para designar aquella dificultad de las personas con enfermedades de tipo psicósomática (trastornos o enfermedades físicas cuyo origen se ubica en el aspecto psicológico) para expresar sus emociones o sentimientos de forma verbal. Esta característica no era única en los pacientes con este tipo de trastorno sino que también podía ser encontrado en personas de la población general.

Aunado a lo anterior, se comenzó el estudio de la alexitimia en relación a los trastornos psicómicos como enlace en el surgimiento de los mismos ya que autores como Felix Deustsch, Franz Alexander y Flander Dumber, indicaron que los conflictos no expresados en forma verbal eran descargados por los sujetos a través de manifestaciones somáticas (Alonso, 2011).

Según Alonso (2011) la evolución del concepto de alexitimia y los diferentes estudios en torno a esta definición han permitido que actualmente sea definido de una forma más global ubicándolo como parte del perfil de personalidad de los sujetos que abarcan elementos afectivos, cognitivos, psicomotores y somáticos de la misma. Los rasgos más destacados que conforman un perfil alexitimico de la personalidad son los siguientes:

1. Incapacidad de identificar, reconocer, nombrar y/o describir emociones o sentimientos propios, con especial dificultad para describirlos de forma verbal.
2. Tendencia a una expresión pobre de las emociones o sentimientos.

3. Trastorno en la empatía que se traduce a una falta de captación de las emociones o sentimientos de otros.
4. Estilo de pensamiento concreto y pragmático.
5. Dificultades para pensar de modo abstracto.
6. Dificultades para conectar con el mundo vivencial interno enfocándose mayormente en detalles externos.
7. Tendencia a reducir y/o anular la fantasía, los sueños, ensueños y vida imaginativa.
8. Falta de capacidad para la introspección y creatividad.
9. Psicomotricidad rígida, austera y escasamente expresiva.
10. Tendencia a recurrir a la acción para afrontar los problemas o conflictos.
11. Descripción prolija de los hechos.
12. Descripción verbal monótona, lenta y detallista.
13. Dificultades para establecer contacto afectivo con otros.
14. Relaciones interpersonales rígidas y estereotipadas con tendencia a la dependencia y a la subordinación.
15. Inclinação al aislamiento sin tener sensación de la soledad.
16. Tienden a dar una impresión de ser personas serias o aburridas.
17. Tienden a usar la defensa proyectiva.
18. La descarga de emociones o sentimientos suele hacerse a través de canales vegetativos corporales, lo que puede provocar disfunción o lesión en los órganos más vulnerables.
19. Dificultad para hacer una distinción entre emociones y sensaciones corporales.
20. Su existencia está regida por proyectos de corto alcance y suele actuar de manera programada o mecanizada.
21. Reducción de porcentaje del sueño REM, por ende, una menor presencia de ensoñaciones.

La descripción anterior brinda un panorama amplio de las diversas manifestaciones que se dan en el comportamiento de los sujetos que

presentan un perfil de personalidad con tendencia a la alexitimia. El principal núcleo de este estilo radica en la afectividad y se caracteriza por una forma general para lidiar con los sentimientos y emociones tanto propias como de otros, principalmente en la identificación, captación y expresión verbal y esto se vincula con el cuerpo debido a la dificultad para la verbalización, gesticulación y mímica siendo mayormente a través de las somatizaciones que pueden ejecutar la expresión final de las emociones o sentimientos (Alonso, 2011).

El surgimiento del concepto de alexitimia y sus diversas conexiones con enfermedades psicosomáticas han llevado a los autores a investigar acerca de qué y cómo se produce la alexitimia en los sujetos y qué puede causarla; en la revisión de la literatura llevada a cabo por Otero (1999), donde reúne diversos estudios realizados acerca de la variable alexitimia señala la existencia de dos tipos de alexitimia que se distinguen según su origen: 1) alexitimia primaria, la cual se ha señalado que se origina a partir del resultado del bloqueo que tempranamente sucede en el niño y en el desarrollo de sus aspectos afectivos, esto se debería a predisposiciones individuales en el área cognitivo-afectiva y 2) alexitimia secundaria cuyo origen sería una reacción transitoria específica que sucede y permanece a partir de una situación como una enfermedad orgánica, un traumatismo importante o situaciones de conflicto en la vida del sujeto (Freyberger 1985 citado en Otero, 1996).

En relación a lo anterior se puede hacer una distinción importante entre los dos tipos de alexitimia debido a la diferencia de sus orígenes, según Otero (1996) la alexitimia primaria hace referencia a un fenómeno que implica un déficit estructural en el funcionamiento cognitivo y afectivo del sujeto, mientras que la alexitimia secundaria surge como un mecanismo de defensa transitorio que se origina a partir de una situación específica en la vida del sujeto y que puede revertirse.

Las distinciones entre los dos tipos de alexitimia permiten hacer una diferenciación entre la alexitimia como rasgo de personalidad y por ende de su

funcionamiento en particular de otros elementos de la psicología humana como mecanismos de defensa de tipo represivos, insensibilidad hacia los aspectos afectivos derivados de un trastorno que causa un comportamiento desorganizado, así como otro tipo de trastornos orgánicos o cognitivos que afectan la cognición y los afectos de los sujetos.

El estudio de la alexitimia se ha enlazado históricamente con diferentes trastornos psicológicos y en algunas ocasiones se ha establecido como un elemento de los trastornos, se han obtenido diferentes evidencias en las que se plantea un enlace de los trastornos alimentarios con la alexitimia como el reportado por Espina, Ortego, Ochoa y Alemán (2001) a partir de un estudio realizado a 64 mujeres que presentaban diagnóstico de un trastorno alimentario y un grupo de 55 mujeres que formaron parte del grupo control y a sus familias aplicó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), obteniendo como evidencia diferencias significativas en ambos grupos siendo mayores los puntajes de alexitimia en aquellas personas diagnosticadas con trastornos alimentarios en comparación a las que no poseían ningún diagnóstico. Esto permite señalar que se ha establecido un enlace entre la alexitimia y trastornos psicológicos como los mencionados anteriormente.

En relación a lo anterior, también se han encontrado evidencias que relacionan a la alexitimia con trastornos psicosomáticos como por ejemplo Baeza, Bulbena, Fénérier y Gély (2011) realizaron un estudio en el que querían conocer la relación de las variables alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica con los trastornos psicosomáticos llevando a cabo su investigación con una muestra de 365 estudiantes, utilizaron para medir la variable alexitimia la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y obtuvieron que 13 de cada 100 sujetos en el estudio reportaron cuatro o más trastornos psicosomáticos, siendo los más frecuentes los dolores articulares, alergias nasales y jaqueca y se obtuvo que existieron diferencias significativas cuando se realizaron comparaciones entre el grupo que reportó presentar 4 o más trastornos psicosomáticos y aquellos que presentaron menos presencia

de trastornos psicosomáticos, aquellos sujetos que presentaban mayor presencia de trastornos psicosomáticos también presentaban mayores puntajes totales en la TAS-20 ($t = -1.63$, $p = .014$).

Estos estudios reportados anteriormente indican que la alexitimia puede relacionarse con otros trastornos psicológicos debido a que las diferentes dificultades para el manejo de los aspectos emocionales en los ámbitos de expresión, identificación o pensamiento aunque no se puede afirmar que la alexitimia origina la presencia de trastornos psicológicos.

Hamidi, Rostami, Farhoodi y Abdolmanafi (2010) realizaron un estudio para comparar la prevalencia de alexitimia en un grupo de personas con abuso de sustancias en comparación a un grupo de población normal. Partiendo de la evidencia de que la alexitimia o la pobre regulación emocional puede ser considerada como un factor de vulnerabilidad para trastornos médicos y/o mentales (Taylor y Bagby, 2004 citado en Hamidi., et al, 2010), indicaron que la alexitimia suele ser un cuadro de síntomas que se encuentra presente más frecuentemente en personas pertenecientes a grupos clínicos, algunas ocasiones alcanza una presencia en el 70% de las personas, mientras que en la población no clínica, también llamada población normal, suele ser reportada en el 9% a 17% en los hombres y en 5% a 10% en mujeres (Mattila, Ahola, Honkonen, Salimen, Huhtala., & Joukamma, 2007 citado en Hamidi, et al., 2010), para corroborar estas diferencias utilizaron una muestra seleccionada por conveniencia compuesta por 170 participantes, 85 quienes asistían a consulta en el Centro para la Atención de Adicciones de la ciudad de Tehran y 85 participantes que no tenían record de abuso o dependencia de drogas, ambos grupos fueron apareados en las variables edad, sexo y nivel educativo.

A través del uso de la Escala de Toronto de Alexitimia, encontraron que el grupo que presentaba abuso de sustancias obtuvo un puntaje total de alexitimia de 58.87 puntos, mientras que los que pertenecían al grupo de población no clínica obtuvo un puntaje de 52.30, ambos grupos poseían diferencias estadísticamente significativas cuando fueron comparados en la

variable alexitimia ($t= 3.51$, $p= 0.001$). Esto evidencia que los problemas de regulación emocional pueden ser una clave para la comprensión de abuso de sustancias y poseen un aspecto importante para estudiar en el origen de trastornos psicológicos de distinta índole.

Lucioni (2009) propone un modelo para explicar cómo se da el desarrollo del afecto en los sujetos y a partir de ello intenta explicar la acción de trastornos afectivos como la alexitimia y sus consecuencias en los procesos afectivos de los sujetos que los poseen.

Tomando como modelo lo postulado por Freud (1926 citado en Lucioni, 2002) señala que el afecto posee una estructura que parte desde la percepción de un estímulo interno o externo, el cual dispara una señal neuronal que lleva a una inervación neuronal o estimulación que produce una descarga lo que desencadena la percepción del afecto o la conciencia del mismo pudiendo ser expresado de manera verbal o mímica.

De acuerdo con este modelo, Lucioni (2002) señala que la alexitimia se produce cuando hay una falla en el proceso de la descarga afectiva por lo que el afecto propiamente dicho no se estaría produciendo como producto final de la estimulación, es decir, la interrupción del proceso rompe el ciclo del afecto, por lo que no es percibido ni mucho menos puede ser expresado de alguna manera.

Otra de las explicaciones acerca del origen de la alexitimia es dada por la perspectiva neuropsicológica, estudios han demostrado que los sujetos con mayores puntajes en las escalas de alexitimia y que muestran conductas de acuerdo al perfil de una personalidad alexitímica poseen una desconexión del área límbica identificada con lo emocional en los sujetos y la neocorteza, así como una menor conexión entre ambos hemisferios; de igual forma, se han encontrado evidencias de alteraciones bioquímicas en el sistema dopaminérgico (Fiorentino, 2004). Lo que se traduce en que este bloqueo o desconexión entre el sistema límbico y la neocorteza produce un menor

desarrollo de la expresión verbal en relación a lo emocional (Marín, 2012 citado en Alvarado, 2013).

El estudio de la alexitimia abarca diversos aspectos de relevancia, uno de ellos es su relación con otras variables, Moral (2005) planteó un estudio para investigar la posible diferencia existente en los puntajes de alexitimia según el sexo, esto a raíz de los resultados contradictorios que obtuvieron autores en relación al tema; por lo que planteó si existirán diferencias según el sexo en los puntajes de alexitimia obtenidos por los sujetos en la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en las tres dimensiones en que esta escala divide el concepto: 1) dificultad para identificar sentimientos, 2) dificultad para expresar sentimientos y 3) pensamiento externamente orientado.

Moral (2005) utilizó 359 sujetos voluntarios estudiantes de Psicología pertenecientes a la Universidad Autónoma de Nuevo León, México y obtuvo que el sexo posee una relación estadísticamente significativa, negativa y de pequeña magnitud ($r_{pb} = -0.024$) pero solo en la tercera dimensión de la escala, pensamiento externamente orientado, siendo los hombres los que presentan pensamiento mayormente orientado hacia elementos externos y no hacia el mundo interno.

Vinculado con las variables que han sido investigadas en relación a la alexitimia está el trauma, si bien se ha identificado a las situaciones traumáticas como origen de la alexitimia de origen secundario, también se han encontrado evidencias de que la dificultad para la elaboración, identificación y expresión de las emociones y sentimientos constituye un factor de vulnerabilidad ante las situaciones traumáticas que vive el sujeto y se considera un factor de riesgo trayendo diversas consecuencias en el manejo del trauma (Otero, 1999).

Alvarado (2013) señala que en las situaciones en las que los sujetos deben manejar emociones fuertes o deben enfrentarse a mayor estrés, la alexitimia es un factor que los hace más vulnerables y los expone a riesgos como el desarrollo de conductas impulsivas o padecimiento de problemas

físicos debido a la incapacidad para manejar emociones y sentimientos propios, traduciéndolos en síntomas físicos. De igual forma y como explicación del papel de la alexitimia en las situaciones traumáticas, Alvarado presenta un modelo en el que Payás (2008 citado en Alvarado, 2013) propone que los sujetos que poseen un perfil de personalidad alexitímico pueden tener mayor tendencia a la evitación y a la negación, a su vez como la alexitimia se deriva de la vivencia de una situación traumática surgiendo como un fenómeno que permite la adaptación, el sujeto puede utilizar esta incapacidad para identificar y verbalizar las emociones o sentimientos y la focalización en el mundo interno para enfrentar la situación y no desestructurarse como consecuencia de la vivencia, produciéndose un manejo más efectivo de la situación.

La paradoja que se presenta en el modelo planteado por Payás (2008 citado en Alvarado, 2013) permite introducir diversas interrogantes acerca del papel de la alexitimia ante la exposición de los sujetos a situaciones potencialmente traumáticas, ya que es definido como un factor protector pero a la vez de riesgo en las diferentes reacciones del sujeto ante el trauma. Esta aparente contradicción permite plantearnos interrogantes a ser aclaradas en el presente estudio como: ¿existe una relación entre la variable alexitimia y el desarrollo de síntomas postraumáticos?, de existir una relación entre ambas variables ¿Cómo es dicha relación?

Eichhorn, S., Brahler, E., Franz, M., Friedrich, M y Glaesmer, H (2014) realizaron un estudio para indagar acerca de cómo la alexitimia puede predisponer a los sujetos a presentar indicadores para obtener el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (TPET).

Este estudio fue realizado en 2507 personas integrantes de la población general alemana y utilizaron la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-) en su versión en idioma alemán. Obtuvieron que el 24.2% de la muestra total (606 sujetos) reportaron haber sido víctimas de al menos una experiencia traumática durante sus vidas, el 10,6% (258 sujetos) reportaron presencia de indicadores de alexitimia, y el 2,4% (59 sujetos) cumplió los criterios de

trastorno de estrés postraumático (TEPT). Se observaron evidencias estadísticamente significativas en el grupo de aquellos que reportaron la presencia de indicadores de alexitimia y la presencia de indicadores para el diagnóstico de TEPT.

Este estudio indica el hecho de como factores peritraumáticos, es decir aquellos se generan al momento de ser expuestos al trauma como en el caso del estudio la presencia de alexitimia, poseen una relación en el hecho de presentar síntomas de estrés postraumático subrayando un mayor efecto de las situaciones traumáticas en la vida de los sujetos, de igual forma como la dificultad para identificar y por ende verbalizar y comunicar emociones a otros posee una relación en la presencia e influencias de los estresores traumáticos en la vida de los sujetos.

Declercq, Vanheule y Deheegher (2010) realizaron un estudio en el que buscaban indagar acerca de la relación existente entre la alexitimia y el desarrollo de síntomas postraumáticos, para ello tomaron una muestra de 329 enfermeras y personal de ambulancia quienes están trabajando o habían trabajado en la Armada Belga y que habían estado expuestos a situaciones críticas como producto de su trabajo diario. Tomaron como variables relevantes para el estudio, el género, la edad, el estado civil y la antigüedad en el empleo midiendo dichas variables a través de un cuestionario de autorreporte, de igual forma utilizaron la TAS-20 para la medición de la variable alexitimia y un cuestionario de autorreporte de incidentes críticos elaborado para los fines de la investigación.

Se obtuvo que la alexitimia contribuye positivamente al desarrollo de TEPT como consecuencia a estar expuesto a un incidente crítico, en relación a los factores que componen la variable se encontró que esta relación era significativa para los síntomas de embotamiento emocional e hiperactivación, más no para las subescalas de reexperimentación y evitación.

En relación a las variables sociodemográficas medidas, se obtuvo una relación estadísticamente significativa solo para la variable género y TEPT, las

mujeres reportaron un puntaje mayor en comparación. El resto de las variables sociodemográficas no resultaron estadísticamente relacionadas con el desarrollo de TEPT incluyendo la variable edad.

Los antecedentes previamente expuestos en los que se han encontrado resultados afirmativos que confirman en los distintos estudios la relación presente entre la edad, el sexo y la alexitimia como factores que influyen sobre el impacto que poseen las situaciones traumáticas en la vida de los sujetos son los que permiten establecer una base teórica y empírica a la presente investigación, cuyo objetivo es indagar acerca de la posible influencia de la edad, el sexo y la alexitimia sobre la aparición de síntomas postraumáticos originado por la exposición a hechos de violencia urbana en estudiantes universitarios. De igual forma introducen la necesidad de indagar acerca de esta relación en distintas poblaciones como la venezolana en la que no hay reportes acerca de investigaciones relacionadas con el tema.

MÉTODO

A. Problema:

¿Qué efecto tiene el sexo, la edad y la alexitimia sobre la aparición de síntomas postraumáticos originados por la exposición a hechos de violencia urbana en estudiantes universitarios?

B. Hipótesis:

General: El sexo, la edad y la alexitimia afectan la aparición de síntomas postraumáticos por exposición a violencia urbana en los estudiantes universitarios. De forma que a mayor alexitimia, ser mujer y menor edad mayor aparición de síntomas postraumáticos.

Específicas:

1. A menor edad, mayores puntajes en la escala de síntomas postraumáticos originados por la exposición a hechos de violencia urbana serán reportados por los estudiantes.
2. Las mujeres tendrán mayores puntajes en la escala de síntomas postraumáticos originados por la exposición a hechos de violencia urbana en comparación a los hombres.
3. A mayores puntajes en la escala de alexitimia, mayores serán los puntajes en la escala de síntomas postraumáticos originados por hechos de violencia urbana.

C. Variables:

Independientes:

Alexitimia:

Continua, atributiva

Definición conceptual: Rasgo de personalidad donde se presenta una disfunción principalmente en el área de la afectividad y se caracteriza por una dificultad general para lidiar con los sentimientos y emociones tanto propios como de otros, principalmente en la identificación, captación y expresión verbal y esto se vincula con el cuerpo debido a que por medio de la somatización es que pueden ejecutar la expresión final de las emociones o sentimientos (Alonso, 2011).

Definición operacional: Puntaje total obtenido en la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-18), construida por Taylor, Bagby y Parker (1985, 1992 citado en Martínez, 1996) mediante una escala Likert de cinco puntos que va de 1 muy en desacuerdo a 5 muy de acuerdo obteniéndose un puntaje mínimo de 20 y máximo de 100 de forma que a mayor puntaje mayor alexitimia.

Sexo

Nominal, atributiva

Definición conceptual: Diferencia física y constitutiva del hombre y la mujer.

Definición operacional: Sexo reportado por los sujetos en los datos de identificación del instrumento aplicado, correspondiendo en la escala 0 en el caso de ser mujer y 1 si es hombre.

Edad

Ordinal, atributiva

Definición conceptual: Tiempo transcurrido desde el nacimiento.

Definición operacional: Edad reportada por los participantes del estudio en los datos de identificación del instrumento aplicado, considerándose sujetos con edades entre 16 y 26 años.

Dependientes:

Síntomas postraumáticos:

Continua, atributiva

Definición conceptual: Conjunto de elementos negativos generados por situaciones potencialmente traumáticas y que está compuesto por sintomatología producto de la vivencia, este conjunto de componentes se organiza en dos grupos: uno, la intrusión que se caracteriza por la irrupción en la conciencia de pensamientos, imágenes, sentimientos y pesadillas recurrentes relacionados con la situación traumática vivida y dos, la evitación que se define como la negación de la situación traumática y sus consecuencias, así como el intento de rechazo de pensamientos, sentimientos y situaciones relacionadas con el acontecimiento generador de malestar, de igual forma se presenta embotamiento emocional (Báguena, M., Villaroya, E., Beleña, Á., Diaz, A., Roldán, C., Reig, R, 2001).).

Definición operacional: Puntaje total en la Escala de Impacto del Estresor en su versión revisada elaborada por Weiss y Marmar (1997 citado en Costa y Gil, 2007). Obtenido mediante la sumatoria de la respuesta en relación a con qué frecuencia ha experimentado durante los últimos 7 días la situación señalada en cada uno de los 22 ítems en una escala Likert de 4 puntos donde 1 significa Nunca y 4 A menudo. (Báguena, M., Villaroya, E., Beleña, Á., Diaz, A., Roldán, C., Reig, R, 2001). Siendo el puntaje mínimo 22 y el máximo de 88, de forma que a mayor puntaje mayor aparición de síntomas postraumáticos.

Variables a controlar:

Violencia urbana: La vivencia de una situación relacionada con la violencia urbana ocurrida en el último año fue un criterio para formar parte de la muestra, debido a que el objetivo de esta investigación es el estudio de la aparición de síntomas postraumáticos originados por la exposición a hechos de violencia urbana. La técnica de control utilizada fue el balanceo

seleccionando solo sujetos que habían sido víctimas de situaciones de violencia urbana en los últimos 12 meses.

Instrucciones: Constituyen la serie de pasos a seguir para responder a los diversos cuestionarios que componen el estudio, se controló a través de la constancia debido a que se mantuvo las mismas instrucciones escritas a los sujetos para responder a los instrumentos.

Orden de los instrumentos: Se presentaron los instrumentos a los sujetos siempre en el mismo orden controlando la exposición al impacto y posible reexperimentación que puede ocurrir al recordar los sucesos relacionados con violencia urbana que han vivido, por lo que responderán responderían en último momento a la escala que los interroga acerca del malestar subjetivo presente. Esto se realizará a través de la técnica de constancia.

D. Tipo de investigación

La investigación se realizó dentro del marco de la investigación no experimental, ya que se la buscó evidencia empírica de la relación entre las variables sexo, edad y alexitimia sobre la aparición de síntomas postraumáticos relacionados con violencia urbana. Este estudio se realizó sin poder ejercer un control directo sobre dichas variables, las variables independientes del presente estudio sexo, edad y alexitimia no están sujetas a la manipulación debido a que su naturaleza inherente directamente a los atributos y rasgos de la personalidad del sujeto no permite su manejo directo (Kerlinger y Lee, 2002).

En relación al tipo de investigación, se constituyó no experimental ex post facto ya que las relaciones inferidas a partir del presente estudio se realizan sin la intervención directa del investigador; de igual forma, no hay una manipulación directa de la conformación de los grupos ya que la variable exposición a sucesos de violencia urbana es intrínseca al sujeto y no puede ser controlada por el investigador, siendo el criterio de inclusión en la investigación. De igual forma, se constituye como una investigación de campo,

ya que se llevará a cabo en un ambiente natural, es decir, en un ambiente académico en el que diariamente se desenvuelven los sujetos a los que se dirige la investigación (Kerlinger y Lee, 2002).

La presente investigación se categorizó como explicativa correlacional causal, ya que se busca conocer la relación de las variables sexo, edad y alexitimia en relación al efecto que poseen sobre la aparición de síntomas postraumáticos en estudiantes universitarios.

Forma parte de un estudio transversal, debido a que se tomará medida de las variables sexo, edad, alexitimia y síntomas postraumáticos una sola vez en el período académico 2015-2016.

E. Diseño de investigación

En el presente estudio se utilizará un diseño correlacional causal debido a que se postula el efecto de las variables sexo, edad y alexitimia en la aparición de síntomas postraumáticos originados por la exposición a hechos de violencia urbana, en el sentido que la presencia/ausencia de las variables edad, sexo y alexitimia y las diferentes variaciones en ellas pueden relacionarse con la presencia/ausencia de síntomas postraumáticos originados por la exposición a hechos de violencia urbana o las diferentes variaciones que se pueden producir en los síntomas postraumáticos reportados por los sujetos producto a la exposición a hechos relacionados con la violencia urbana (Kerlinger, 2002).

F. Diseño muestral

Población

Estudiantes de pregrado de la Universidad Católica Andrés Bello en su núcleo Caracas, inscritos en el año académico 2015-2016 que reporten haber

sido víctimas de algún hecho de violencia urbana en los últimos 12 meses anteriores a la administración de los instrumentos.

Muestra

Debido a que se realizará un estudio de tipo correlacional causal, para el cálculo de la muestra de acuerdo a lo propuesto por Cohen (1988) en el que señala que es necesario el uso de diferentes criterios para la escogencia de la cantidad de sujetos como el margen de error a aceptar, el nivel de confianza, el tamaño estimado de la población, etc.

De acuerdo con esto con la selección de un nivel de confianza del 90%, una población estimada de 6000 estudiantes y un margen de error de 5% se obtuvo que la muestra requirió estar conformada por 260 estudiantes de pregrado de la Universidad Católica Andrés Bello en su núcleo Caracas, inscritos en el año académico 2015-2016 que reporten haber sido víctimas de algún hecho de violencia urbana en los últimos 12 meses y que accedan a participar en el estudio. Fueron seleccionados a través de un muestreo probabilístico por conglomerados, a partir del cual se realizará una selección al azar de las diferentes unidades de interés y de los conglomerados, de forma que se elegirán al azar las escuelas a las cuales se administrarán las encuestas, a partir de allí se elegirán un sorteo al azar los semestres y secciones de los mismos a los que se le administrarán las encuestas, formando parte del estudio todos los alumnos que se encuentren para el momento dentro del salón y deseen participar en el estudio (Kerlinger y Lee, 2002).

La muestra estuvo compuesta por 122 hombres y 138 mujeres, lo que representa el 47% y el 53% respectivamente, todos eran estudiantes de la Universidad Católica “Andrés Bello”, quienes participaron de forma voluntaria y que para el momento cursaban las carreras de pregrado: Comunicación Social, Ingeniería Civil e Informática, Psicología, Educación, Derecho y

Relaciones Industriales. La edad promedio de la muestra fue 21.06 años, con un rango entre los 17 y los 28 años de edad.

G. Instrumentos

Cuestionario de Experiencias Traumáticas- Venezuela (CET-V) (Cook y Ramos, 2010):

Elaborado por Cook y Ramos, el CTE-V está compuesta por 42 ítems, 41 de los cuales son ítems cerrados mientras que el número 42 es un ítem de respuesta abierta.

Fue creado debido a las diferentes dificultades para investigar acerca de los eventos a los que se ven sometidos los sujetos y que pueden relacionarse con reacciones de tipo postraumático.

En este instrumento se evalúa la vivencia y frecuencia de 26 eventos estresantes que puede vivir una persona a lo largo de su vida, en los que se interroga al sujeto si hay sido víctima, testigo y/o se ha sentido amenazado respondiendo a ellas en una escala tipo Likkert de 4 opciones de respuesta: a) no (0 puntos); b) si, 1 vez (1 punto); c) si, de 2 a 4 veces (2 puntos); y d) si, 5 veces o más (3 puntos).

De igual forma, se le interroga acerca de las reacciones que ha sufrido luego de esta vivencia, por lo que deben reportar si ha sentido amenazada su integridad física o la de otros o si sintió terror, desesperanza u horror intenso, estas últimas interrogantes se basan en los criterios A1 y A2 que forman parte de los criterios diagnósticos del TPET planteados en el DSM-IV.

En relación a la confiabilidad, el cuestionario presentó a través del uso del test- retest de 2 semanas con un puntaje de 0.78 y un coeficiente kappa de 0.26 hasta 1.00 por lo que se puede afirmar que posee indicadores de confiabilidad adecuados, a su vez posee indicadores de validez de constructo adecuados presentando una asociación significativa entre lo reportado en el cuestionario y lo indicado en el Cuestionario de Detección de Eventos

Estresantes de la Vida, este último mide de igual forma los eventos de tipo traumático vividos por los sujetos y su frecuencia (Stressful Life Events Screening Questionnaire, SLESQ).

Debido a que el presente estudio está enfocado solo en la exposición de los sujetos a situaciones de violencia urbana, se tomarán en cuenta para la investigación solo las respuestas en las que se le consulta a los sujetos acerca de la vivencia de estos eventos, estos son los siguientes ítems:

- a) Ítem 6: ¿Ha sido víctima de robo o asalto físico sin arma?
- b) Ítem 7: ¿Ha sido amenazado de robo o de asalto físico sin armas?
- c) Ítem 9: ¿Ha sido víctima de robo o asalto con un arma?
- d) Ítem 10: ¿Ha sido amenazado asalto con un arma?
- e) Ítem 12: ¿Ha sido víctima de asalto sexual (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 pornografía)?
- f) Ítem 13: ¿Ha sido amenazado de asalto sexual?
- g) Ítem 26: ¿Has sido víctima de un secuestro? (ej. Secuestro express, cautiverio, situación de rehenes, etc).
- h) Ítem 27: ¿Has sido amenazado de secuestro?

De esta manera se enfocará en la vivencia de hechos de violencia urbana y se les indicará en las instrucciones que está siendo interrogado en la vivencia de estos hechos en los últimos 12 meses.

La relevancia de este cuestionario para el estudio radica en que su elaboración y adaptación se realizó en población venezolana y en una muestra similar a la que será usada en el presente estudio y de igual forma, presenta puntajes de confiabilidad y validez adecuados.

Escala de Alexitimia de Toronto modificada (Toronto Alexithymia Scale, TAS) (Rodrigo, Lusiardo & Normey, 1989). Fue desarrollada en 1985 por la Universidad de Toronto como respuesta a las diversas dificultades para

obtener medidas fiables y validas de la alexitimia (Taylor, Ryan y Bagby, 1985 citado en Martínez, 1996).

Esta escala inicialmente estaba compuesta por 26 ítems luego fue revisada por sus autores en 1992 (Lusiardo y Rodrigo, 2001) y terminó compuesta por 20 ítems que evalúan la variable alexitimia a través de una escala de respuesta de tipo Likkert de 5 puntos que van desde muy desacuerdo hasta muy acuerdo.

El análisis de la estructura factorial arrojó que la escala está compuesta por tres factores: a) dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional, b) dificultad para describir sentimientos y c) pensamiento orientado a lo externo; estos factores congruentes con lo descrito en la teoría acerca de la variable surgieron del análisis factorial realizado por los autores de la escala Taylor, Bagby y Parker (1985 citado en Martínez, 1996).

Al ser aplicada la escala el sujeto responderá a cada ítem puntuando la afirmación con un valor del 1 al 5 donde el 1 señala estar muy en desacuerdo con la afirmación y 5 señala que el sujeto está muy acuerdo.

Luego se obtiene una puntuación total, según los autores de la escala, Taylor, Bagby y Parker (1985, 1992 citado en Martínez, 1996) los puntajes mayores o iguales a 61 indican la presencia de alexitimia en el sujeto.

Para calcular la sumatoria total de la escala se deben invertir los ítems 4, 5, 10, 18 y 19 (Páez, Martínez-Sánchez, Velasco, Mayordomo, Fernández y Blanco. 1999).

Esta escala ha sido aplicada en diferentes poblaciones de diverso origen demográfico y de índole clínico y no clínico. En un estudio realizado por Parker, Bagby, Taylor, Endler y Schmitz (1993 citado por Martínez, 1996) aplicaron la escala a una muestra de 1003 sujetos de diferentes países: 306 procedían de Alemania, 292 eran estadounidenses y 405 canadienses. En este estudio se obtuvo la misma estructura factorial obtenida por los autores de la escala y de igual forma, se mostró una adecuada validez convergente, discriminante y de criterio, así como una confiabilidad satisfactoria.

A su vez Martínez (1996) realizó una adaptación de la versión en español con una muestra de 370 estudiantes de la Universidad de Murcia obteniendo una confiabilidad a través del uso de coeficiente Alpha de Cronbach de 0.782, indicando una confiabilidad adecuada y una validez convergente y divergente adecuada, de igual forma obtuvo una estructura factorial que replica la obtenida en estudios anteriores compuesta por tres factores: a) dificultad para identificar sentimientos, b) dificultad para describir sentimientos y c) pensamiento orientado a lo externo.

Páez, Martínez-Sánchez, Velasco, Mayordomo, Fernández y Blanco (1999) realizaron un estudio transcultural que incluyó examinar la fiabilidad y validez factorial en una muestra española, compuesta por 602 sujetos y correlacionar los pesos factoriales obtenidos por ellos y muestras de Canadá, Estados Unidos y Alemania fueron tomadas del estudio realizado por Parker et al. (1993 citado en Páez et al., 1999).

Se obtuvo que cada una de estas muestras arrojaban una validez estructural adecuada en relación a los tres factores que componían el constructo de acuerdo con la teoría: 1) dificultad para identificar sentimientos y diferenciarlos de las sensaciones fisiológicas que acompañan a la activación emocional, 2) dificultad para describir sentimientos y 3) pensamiento orientado a lo externo. De igual forma, la comparación de los puntajes de fiabilidad arrojados por cada muestra permite admitir que esta escala presenta fiabilidad transcultural.

En relación a la estructura factorial de la escala se han realizado diversos estudios en los que se incluyen la revisión de la estructura factorial, esto data desde la creación de la escala, los autores Bagby, Parker y Taylor (1994) hicieron una revisión de los factores que la componen hasta estudios más modernos como el realizado por Moral (2008) en la cual utilizó una muestra de 381 sujetos pertenecientes a la escuela de Psicología de la Universidad de Iztaacala y en la que realizó un análisis por factorización de ejes principales a través del análisis factorial confirmatorio y obtuvo una estructura

factorial de tres factores que explican el 31% de la varianza total y se distribuye de la siguiente manera:

Factor 1: Compuesto por los ítems a continuación, fue denominado *Dificultad para describir sentimientos*:

Ítem 2. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.

Ítem 4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.

Ítem 11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.

Ítem 12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos.

Ítem 17. Me es difícil relevar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.

Factor 2: Al que denominó *Dificultad para identificar sentimientos* y está compuesto por los ítems:

Ítem 1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.

Ítem 3. Tengo sensaciones físicas que ni siquiera los doctores entienden.

Ítem 6. Cuando estoy mal, no sé si estoy triste, asustado o enfadado.

Ítem 7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.

Ítem 9. Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.

Ítem 13. No sé qué pasa dentro de mí.

Ítem 14. A menudo no sé porque estoy enfadado.

Factor 3: Fue nombrado *Pensamiento orientado a lo externo* y se compone por los ítems:

Ítem 5 Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos.

Ítem 8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo.

Ítem 10. Estar en contacto con las emociones es esencial.

Ítem 15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.

Ítem 16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que profundos dramas psicológicos.

Ítem 18. Puedo sentirme cercano a alguien incluso en momentos de silencio.

Ítem 19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.

Ítem 20. Buscar significados profundos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.

Esta estructura factorial corresponde a la encontrada por diversos autores como Bagby, Parker y Taylor (1994) en un estudio que realizaron para corroborar la estructura factorial de la escala TAS-20, Páez et al. (1999) y Moral (2006 b citado en Moral 2008) lo que permite afirmar que esta estructura factorial es sólida a través de las diferentes aplicaciones que se han realizado de la escala a lo largo de diferentes períodos de tiempo.

Este instrumento es relevante para el estudio debido a que en la literatura se destaca que es la escala de autoinforme más pertinente a la medición de la variable debido a la confiabilidad y validez obtenida en los diversos estudios; de igual forma posee una adaptación al idioma español realizadas por autores como Páez et al. (1999), Martínez (1996), Lusiardo y Rodrigo (2001) que presentan resultados adecuados y ha sido probada en estudiantes universitarios de distintas instituciones lo que corresponde con la muestra a usar en el estudio.

Para maximizar la pertinencia de la escala en el presente estudio y debido a que no se posee información de que ha sido usada o validada en población venezolana, se realizó un estudio piloto con 50 estudiantes de la Universidad Católica “Andrés Bello” elegidos a través de un muestreo al azar, en el que se obtuvo un puntaje general de confiabilidad Alpha de Cronbach de 0.816, un puntaje adecuado para la escala.

Como muestra la siguiente tabla esta confiabilidad se mantiene estable y es similar en cada uno de los ítems de la escala, ya que no se producen cambios sustanciales al eliminar algún ítem, esto permite que pueda utilizarse la escala en el presente estudio sin realizar cambios en los ítems debido a que poseen una confiabilidad adecuada.

Tabla 2

Confiabilidad de la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) en caso de que se elimine el ítem

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
tas1	,832
tas2	,798
tas3	,806
tas4	,819
tas5	,810
tas6	,810
tas7	,803
tas8	,808
tas9	,810
tas10	,810
tas11	,801

tas12	,794
tas13	,797
tas14	,808
tas15	,808
tas16	,804
tas17	,799
tas18	,800
tas 19	,812
tas 20	,805

Escala de impacto del estresor revisada (Weiss y Marmar, 1997 citado en Costa y Gil, 2007): Es una escala de autoinforme usada comúnmente para la medición de sintomatología post-traumática en adultos y validada en diversas poblaciones, clínica y no clínica, expuestas a situaciones traumáticas de distinta índole. La misma, en su versión revisada, está compuesta por 22 ítems, 7 de ellos miden los síntomas intrusivos y 8 miden las respuestas relacionadas con evitación presentes en los sujetos tomando como paradigma los síntomas que forman parte de los criterios para el diagnóstico de TEPT en los diversos manuales de diagnóstico de trastornos mentales (Caamaño, Fuentes, González, Melipillán, Sepulveda y Valenzuela, 2011). y los 5 ítems restantes miden la presencia de síntomas de activación fisiológica, respuesta de sobresalto, hipervigilancia, problemas para concentrarse e irritabilidad.

El sujeto puede dar respuestas posibles en una escala Likkert de 4 puntos indicando con qué frecuencia ha experimentado la situación que señala el ítem le sucede durante los últimos 7 días (Báguena, M., Villaroya, E., Beleña, Á., Diaz, A., Roldán, C., Reig, R, 2001).

En el marco de la validación de la EIE-R en población japonesa los autores Asukai, Kato, Kawamuram Kim, Yamamoto, Kishimoto, Miyake y Nishizono (2002) investigaron la confiabilidad y validez de la escala en grupos que habían experimentado diferentes tipos de situaciones potencialmente traumática, a partir de ello, estructuraron diferentes categorías que surgen a partir del puntaje total obtenido por los sujetos y lo que permite realizar un enlace entre este puntaje y el posible diagnóstico de TPET. Esta categorización es ampliamente utilizada en especial en la medida de eventos estresantes de la vida diaria y permite delimitar las posibles consecuencias producto de la exposición a estos diferentes tipos de situaciones.

Se indica que los puntajes totales de 24 puntos a 33 indican la presencia de síntomas postraumáticos o lo que ellos llaman TPET parcial, es decir existe la presencia de síntomas postraumáticos pero no se cumplen con los criterios suficientes para el diagnóstico del trastorno; los puntajes que oscilan de 33 a 37 representan el punto de corte para un posible diagnóstico de TPET y los puntajes mayores a 37 no solo permiten hacer un enlace con el TPET sino que también se relacionan con un impacto prolongado en el tiempo de la situación traumática, este impacto puede durar hasta 10 años.

Las subescalas poseen coeficientes de confiabilidad adecuados de 0.91, 0.84 y 0.90 usando el coeficiente Alpha de Cronbach para las escalas total, factor intrusión/ hiperactivación y factor de evitación (Weiss y Marmar, 1997 citado en Costa y Gil, 2007). En el estudio de propiedades psicométricas realizado por Báguena et al. (2001) se obtuvieron coeficientes de confiabilidad test-retest de 0.95 y para las escalas de intrusión/ hiperactivación y evitación 0.95 y 0.94, respectivamente, lo que indica una confiabilidad adecuada de la escala.

De igual forma se obtuvieron criterios de validez convergente y divergente adecuados al ser comparados con otras escalas de medida de síntomas psicopatológicos relacionados con experiencias traumáticas.

En un estudio de revisión realizado por Sundin y Horowitz (2002), revisaron los resultados de 66 investigaciones realizadas utilizando la EIE-R con la finalidad de conocer las propiedades psicométricas de esta escala, en cuanto a la confiabilidad medida a través de la consistencia interna se obtuvo un puntaje 0.80 a través del coeficiente Alfa de Cronbach para la escala total, mientras que para las escalas evitación e intrusión se obtuvo una confiabilidad promedio de 0.86 y 0.82 respectivamente, para la obtención de estos puntajes utilizó los resultados de 18 estudios que reportaron los puntajes de confiabilidad obtenidos por la escala (Sundin y Horowitz, 2002).

En cuanto a la estructura factorial que compone la escala, Costa y Gil (2007) realizaron un estudio cuyo objetivo era analizar las propiedades psicométricas de la EIE-R a través de un análisis factorial confirmatorio para contrastar diferentes estructuras factoriales que habían sido propuestas por otros estudios anteriores, como:

Báguena et al.(2001) realizaron un estudio para indagar acerca de las propiedades psicométricas de la EIE-R, la muestra estuvo compuesta por 1078 adultos jóvenes que no habían sufrido ninguna experiencia traumática, a partir de este estudio obtuvieron una estructura factorial a partir del uso de un análisis de componentes principales con rotación varimax, obtuvieron una estructura factorial de 2 factores que explicaban el 59%de la varianza total, el *factor 1* denominado Intrusión/ Hiperactivación estaba compuesta por los ítems: 1, 2, 3, 4, 6, 7,9, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 21 mientras que el factor 2 denominado *Evitación*, estaba compuesto por los ítems: 5, 8, 11, 13, 17, 22. Esto se corresponde con lo también señalado por Costa y Gil (2007), quienes luego de realizar un estudios para indagar acerca de las propiedades psicométricas de la escala indicaron que la estructura compuesta por dos factores es la que posee mayor capacidad explicativa.

Caamaño, Fuentes, González, et al. Realizaron un estudio para la validación y adaptación de la EIE-R en población chilena, aplicaron la escala a 278 sujetos que han sido expuestos a situaciones vitales estresantes de

diferente magnitud. A través un análisis factorial exploratorio de componentes principales y obtuvieron una estructura factorial de un solo factor, lo que fue congruente con evidencia citada por estos autores como la adaptación realizada en China por Chan (2004, citado en Caamaño, Fuentes, González, et al., 2001).

Otros autores como Brunet, St – Hilaire, Jehel y King (2003) realizaron un estudio de validación de la EIE-R en población francesa, su muestra compuesta por 223 mujeres embarazadas que estuvieron expuestas a una tormenta de nieve en el año 1998. Realizaron un análisis factorial de componentes principales obteniendo una estructura de 3 factores que explicaba el 56% de la varianza, los factores fueron nombrados hiperactivación, evitación e intrusión. El factor llamado hiperactivación estaba compuesto por los ítems: 4, 10, 15, 18, 19, 21, el factor denominado evitación estuvo compuesto por los ítems: 5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22 y por último, el factor denominado intrusión estuvo compuesto por los ítems: 1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20.

Dentro de las ventajas de uso de la Escala de Impacto del Estresor Revisada están que es una forma de medir los diferentes grados de malestar subjetivo producido por una situación potencialmente traumática y puede ser usada para comparar grupos de víctimas a pesar de que no hayan vivido situaciones generadoras de trauma similares, puede utilizar para medir la progresión o mejoría de los síntomas postraumáticos y puede ser usado para medir diferentes grados de síntomas intrusivos o evitativos aunque no se reúnan los criterios suficientes para el diagnóstico de Trastorno por Estrés Postraumático (Sundin y Horowitz, 2002). Esta última ventaja se corresponde directamente con el objetivo de investigación del presente estudio ya que se presente medir el grado o presencia de síntomas postraumáticos aunque no se reúnan los criterios para un diagnóstico de TPET.

A pesar de que se posee evidencia del uso de la escala en población latinoamericana, no se posee información de su uso o validación en población venezolana por lo que se realizó un estudio piloto conformado por 40

estudiantes de la Universidad Católica “Andrés Bello” y se obtuvo un puntaje de confiabilidad general Alpha de Cronbach de 0.879, lo que es un puntaje adecuado de confiabilidad.

De acuerdo a los resultados que se muestran en la tabla a continuación, no se muestran cambios significativos cuando se elimina algún ítem manteniéndose puntajes de confiabilidad adecuados, lo que indican que deben hacerse cambios y permite aplicar la escala ya que se han evidencias de confiabilidad.

Tabla 3

Confiabilidad de la Escala de Impacto del Estresor Revisada (EIE-R) en caso de que se elimine el ítem

	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
eie1	,875
eie2	,884
eie3	,874
eie4	,871
eie5	,870
eie6	,873
eie7	,881
eie8	,879
eie9	,867
eie10	,874
eie11	,868
eie12	,873
eie13	,874
eie14	,875
eie15	,871
eie16	,872
eie17	,868
eie18	,867
eie19	,867
eie20	,877
eie21	,876
eie22	,871

La importancia de esta escala para la investigación radica en la postura que posee en relación a la sintomatología postraumática ya que la enfoca en

relación a la frecuencia de los síntomas en la experiencia del sujeto, de igual forma, posee indicadores adecuados de confiabilidad y validez.

H. Procedimiento:

Para la realización del presente estudio se comenzó con la revisión bibliográfica del tema de interés, en este caso el área de trauma psicológico y el diagnóstico del mismo, Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) partiendo del interés de estudiar acerca de la influencia de la violencia urbana en la vida de las personas por lo que se seleccionó como variable para involucrarla en el estudio. Luego se procedió a seleccionar variables relevantes relacionadas con el TPET (edad, sexo, alexitimia) según la evidencia empírica encontrada acerca de las variables.

Debido a la accesibilidad se seleccionó a los estudiantes de la Universidad Católica “Andrés Bello” como población objetivo partiendo de la idea de que se utilizaría la variable vivencia de una situación de violencia urbana como variable a controlar, de forma que solo aquellos que hubiesen vivido una situación de violencia urbana los que conformaran la muestra.

Para garantizar que cada participante respondiera a los instrumentos en condiciones constantes se redactaron las siguientes instrucciones:

“A continuación encontrará una serie de cuestionarios con preguntas relacionadas a diferentes situaciones o eventos que pueden ocurrirle a una persona a lo largo de su vida. Por favor, lea detenidamente cada uno de ellos y conteste de forma honesta a todas las preguntas. Los datos solicitados serán usados de forma confidencial y anónima con fines estrictamente de investigación”.

Para el estudio de las diferentes variables se realizó una revisión de la literatura utilizando como criterio para la selección de las escalas el hecho de que tuviesen adecuados puntajes de validez y confiabilidad, así como que se adaptaran y hubiesen sido empleadas en poblaciones similares a la del

estudio, población no clínica, en específico estudiantes universitarios. Para la medición de la variable alexitimia, se seleccionó la Escala de Alexitimia de Toronto-20, debido a su amplio uso en diversidad de poblaciones y por ser uno de los instrumentos de autorreporte más utilizados para la medición de la alexitimia (Taylor, Ryan y Bagby, 1985 citado en Martínez, 1996).

Para la medición de los síntomas postraumáticos se seleccionó la Escala de Impacto del Estresor Revisada (EIE-R), debido a su enfoque en las diversas dimensiones del constructo pero sin centrarse necesariamente en el diagnóstico del trastorno por lo que le subyace la idea de que puede haber presencia de síntomas postraumáticos sin llegar a reunir los criterios para el diagnóstico (Weiss y Marmar, 1997 citado en Costa y Gil, 2007)

Por último y para medir la ocurrencia de situaciones relacionadas con la violencia urbana se utilizó el Cuestionario de Experiencias Traumáticas Venezuela (CET-V) elaborado por Cook y Ramos (2010) el cual recaba información acerca de la vivencia de diferentes experiencias traumáticas en la vida de las personas y fue realizado y adaptado en población de estudiantes universitarios venezolanos, lo que se corresponde a la población a usar en el presente estudio.

Para comenzar la ejecución del proyecto se realizó un estudio piloto, medida necesaria ya que a pesar de que las escalas TAS-20 y EIE-R que serán utilizadas en el presente estudio han sido validadas en poblaciones similares a la venezolana no se posee información acerca de la aplicación de los instrumentos a usar en el país.

Se le aplicaron las escalas de Alexitimia de Toronto (TAS-20) e Impacto del Estresor Revisada (EIE-R) a una muestra de 40 sujetos estudiantes de la Universidad Católica “Andrés Bello”, se utilizó un muestreo accidental, escogiendo a los sujetos que se encontraban en un área de esparcimiento de la universidad, se les indicó que formarían parte un estudio inicial que formaría parte de una tesis de grado y que respondieran de forma sincera a todas las preguntas que formaban parte de la escala, de igual forma, se les pidió que en

caso de que algún pregunta les ocasionara confusión le indicaran a el encuestador.

Posterior al estudio piloto se procedió a la aplicación de las encuestas del estudio definitivo, se seleccionaron las diferentes unidades de interés y conglomerados a los que se les administraron los instrumentos a través de un sorteo al azar de las diferentes escuelas que forman parte de la Universidad, luego de los distintos semestres que la componen y a su vez de las distintas secciones existentes en el semestre seleccionado.

Se realizó la reproducción del material necesario para las encuestas para luego administrarlas dentro del campus universitario a los estudiantes que cumplieran con los criterios de selección de la muestra como los siguientes: ser estudiantes del núcleo Caracas de la UCAB, inscritos en el año académico 2014-2015 en pregrado de las diferentes Escuelas de la institución. Esto se llevó a cabo de manera individual, captando a todos los sujetos que se encontraban dentro de los salones y que formaban parte de la sección que había sido seleccionada en el conglomerado a serle aplicados los instrumentos y que se encuentren para el momento en el salón.

En caso de que se presentase alguna observación por parte del sujeto en la que se exprese dificultad para responder a los instrumentos se le respondieron sus dudas o inquietudes y en caso de que sea su decisión se le indicó que podía abandonar el estudio, cumpliendo con las consideraciones éticas bajo las cuales debe regirse un estudio de investigación científico.

Luego de culminar la aplicación de las encuestas, para realizar el análisis de los datos obtenidos se usó el programa para análisis de datos SPSS en su versión 22, en el mismo se elaboró una base de datos compuesta por la información de las variables recogidas de la siguiente forma:

Tabla 4

Formato de la base de datos

Edad	Sexo	Experiencia Traumática (CET-V)	Alexitimia (TAS)	Síntomas Postraumáticos (EIE-R)

Para rellenar la base de datos se colocaron los datos en número de la edad reportada por el sujeto en el cuestionario CET-V, así como el sexo del sujeto asignando 0 al sexo masculino y 1 al sexo femenino.

Un procedimiento similar al anterior se realizó con lo reportado en el CET-V en los que se seleccionaran las respuestas relacionadas con experiencias traumáticas relacionadas con violencia urbana (ítems 6, 7, 9, 10, 12, 13, 26, 27) y se incluirán en la base cada uno de estos ítems asignando los puntajes del 0 al 3, según el sujeto reporta la vivencia del suceso de la siguiente forma: a) 0 cuando se ha reportado no haber experimentado la situación, 1 si se ha vivido el suceso una vez, 2 si se ha reportó que se ha vivido de 2 a 5 veces y 3 si se ha reportado una frecuencia de más de 5 veces.

Para la variable alexitimia se colocó el puntaje de cada uno de los ítems y se procedió invertir los ítems 4, 5, 10, 18, 19 tal como indica la evidencia empírica dada por los autores de la escala y se calculó el puntaje total obtenido en la escala de alexitimia de Toronto (TAS).

Similar al procedimiento anterior, se introdujeron los datos reportados por cada sujeto en la Escala de Impacto del Estresor Revisada para cada ítem y se calculó el puntaje total para esta variable.

Posterior a la elaboración de la base de datos, se procedió a realizar el análisis de datos obteniendo el cálculo de los puntajes de confiabilidad y la estructura factorial de las escala, los estadísticos descriptivos de tendencia central, forma y variabilidad: valor máximo y mínimo, media, mediana, desviación, varianza, kurtosis y asimetría de la muestra en los puntajes de las diferentes escalas (Cuestionario de Experiencias traumáticas- Venezuela,

Escala de Alexitimia de Toronto y Escala de impacto del estresor revisada), así como los estadísticos de frecuencia para las variables sexo, edad, carrera y tipo de situación de violencia urbana, esto permite obtener una visión inicial del comportamiento de los datos, realizando a partir de ello un análisis exploratorio de los datos.

Se procedió a la comprobación de los supuestos pertinentes para el análisis correlacional para las variables edad, sexo y alexitimia y su supuesta relación con la variable impacto de la situación traumática; se calcularon los supuestos de: a) bondad de ajuste de los datos, b) colinealidad, calculada para la variable independiente: alexitimia con la finalidad de comprobar la no asociación entre las variables debido a que debe cumplirse para el afirmar que las relaciones que se puedan encontrar no se relacionen con la asociación entre las variables independientes, c) homogeneidad de las varianzas, este supuesto es necesario para comprobar que las varianzas poseen homogeneidad y los resultados obtenidos no pueden atribuirse a las posibles diferencias entre las varianzas y d) multicolinealidad, lo que indica que no hay relación lineal entre las variables explicativas. De igual forma como estadístico de análisis exploratorio se puede realizar un gráfico de dispersión.

Es importante destacar que posterior a la comprobación de los supuestos se verificaron si estos efectivamente se cumplen, tomando las medidas necesarias en caso de que esto no sucediese, por lo que aplicaron los estadísticos de ajuste pertinentes.

Luego se obtuvo las correlaciones entre las distintas variables de interés, según lo propuesto en las hipótesis, en el sentido de la comprobación de la correlación entre la edad, el sexo y el puntaje en la escala de alexitimia y los puntajes en la escala de impacto de la situación traumática y se realizó la regresión múltiple para comprobar la direccionalidad de las relaciones entre variables.

Se redactó el apartado de la discusión en la cual se plasmarán el contraste de las hipótesis planteadas en relación a los resultados obtenidos y

se realizó la correspondencia de los resultados obtenidos con la evidencia teórica existente acerca de las variables de estudio.

Por último, se redactaron las conclusiones, recomendaciones y limitaciones del estudio, apartado en el que se culminará el reporte del mismo, exponiendo los resultados obtenidos en relación a los aspectos teóricos en cuanto al tema, así como las recomendaciones que pueden realizarse a futuras investigaciones y posibles limitaciones que surgieron durante la realización.

RESULTADOS

Para el análisis de los datos del presente estudio, se utilizó el programa estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) en su versión 22. Luego de la elaboración de la base de datos se comenzó el análisis de los datos realizando el análisis psicométrico de los instrumentos usados en el estudio y que no habían sido usados anteriormente o no habían sido validados en población venezolana; este es el caso de la Escala de Alexitimia de Toronto y la Escala de Impacto del Estresor revisada, para evaluar del punto de vista psicométrico se procedió a realizar análisis de confiabilidad a través del cálculo del coeficiente de Alfa de Cronbach y análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax.

En estudios realizados acerca de la Escala de Alexitimia de Toronto-20 (TAS-20) o que incluyen su uso, como el realizado por los autores de la escala Bagby, Parker y Taylor (1993) se encontró que la escala está compuesta por una estructura factorial de tres factores, esto fue corroborado por otros autores como Moral (2008), Páez et al. (1999) y se utilizaron estos estudios como evidencia empírica para analizar la estructura factorial obtenida en el presente estudio.

A través de un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax se obtuvo una estructura factorial compuesta por tres factores que se distribuyen como indica la tabla a continuación, se utilizó un autovalor de 1.5 y se tomaron aquellos ítems cuya carga factorial fue mayor o igual a 0.40, obteniendo una estructura factorial explica el 32.5% de la varianza.

Tabla 5

Matriz de la estructura factorial obtenida para la escala TAS-20

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1	0.58128	0.26577	0.00049
2	0.26826	0.65424	0.00590
3	0.65837	0.00524	0.00002
4	0.14487	0.64512	0.00167
5	0.00198	0.04879	0.44798
6	0.61701	0.09649	0.00670
7	0.58410	0.02362	0.00686
8	0.03684	0.04928	0.46771
9	0.57040	0.12337	0.00218
10	0.03002	0.04708	0.48113
11	0.22560	0.66519	0.00670
12	0.22182	0.53760	0.00670
13	0.56803	0.08178	0.00756
14	0.61719	0.00689	0.00119
15	0.06179	0.00364	0.49678
16	0.02270	0.04637	0.42743
17	0.17263	0.52188	0.00005
18	0.04295	0.00193	0.45155
19	0.04665	0.00077	0.51065
20	0.08146	0.12276	0.50463

Tal como indica la tabla se obtuvo una estructura factorial que señala que la escala está compuesta por 3 factores:

- A. En el **factor 1** se agrupan los ítems: 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14, estos ítems se pueden asociar con el componente Dificultad para identificar emociones.
- B. A su vez en el **factor 2**, se agrupan los ítems: 2, 4, 11, 12 y 17 los cuales se relacionan con el componente Dificultad para describir emociones.
- C. Por último en el **factor 3**, se agruparon los ítems: 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20, que se asocian con el componente Pensamiento orientado a lo externo.

Esta estructura factorial obtenida evidencia como se componen la escala TAS-20 y se corresponde directamente con la estructura factorial obtenida en otros estudios por autores como Bagby, Parker y Taylor (1993), Moral (2008) y Páez et al. (1999).

En relación a la confiabilidad de la escala TAS-20 se obtuvo a través del coeficiente Alfa de Cronbach un coeficiente de confiabilidad de 0.75, lo que indica que los ítems presentan una consistencia interna adecuada.

En cuanto a la Escala de Impacto del Estresor Revisada (EIE-R), se realizó un análisis factorial de componentes principales con rotación varimax para indagar acerca de la estructura factorial de la escala ya que existen evidencia contradictorias acerca de la estructura factorial de la escala, se han encontrado estructuras de 1 (Chan, 2004), (Caamaño, Fuentes, González, et al., 2001) 2 (Báguena., et al., 2001) (Costa y Gil, 2007) y 3 factores (Brunet, St – Hilaire, Jehel y King (2003), por lo que se realizará este análisis factorial para indagar acerca de la estructura que ha sido contradictoria en estudios anteriores de otros autores.

Como muestra la tabla 5 se obtuvo una estructura factorial de un factor que explica el 40.96% de la varianza, esto es congruente con la evidencia

obtenida por otros autores como Chan (2004) y Caamaño, Fuentes, González, et al (2001), los cuales obtuvieron una estructura factorial similar a la que se obtuvo en el presente estudio.

Tabla 6

Matriz de la estructura factorial obtenida para la escala EIE-R

Ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
1	0.505	-0.167	0.399	0.072
2	0.592	-0.442	0.292	0.143
3	0.612	-0.19	0.474	-0.040
4	0.750	0.118	0.464	-.274
5	0.568	0.307	0.314	-.0376
6	0.750	0.001	0.195	-0.114
7	0.568	0.169	-0.163	-0.236
8	0.644	0.386	-0.098	0.204
9	0.723	0.096	0.148	0.190
10	0.612	0.147	-0.009	0.427
11	0.653	0.468	-0.083	0.041
12	0.697	-0.072	-0.177	-0.246
13	0.484	0.094	-0.413	-0.411
14	0.680	-0.258	-0.267	-0.160
15	0.696	-0.461	-0.051	-0.008
16	0.727	-0.310	-0.089	-0.024
17	0.719	0.327	-0.160	0.058
18	0.721	-0.139	-0.132	-0.060
19	0.618	-0.227	-0.210	0.340
20	0.635	-0.225	-0.201	0.091
21	0.479	0.263	-0.001	0.469
22	0.647	0.087	-0.151	-0.64

Esta escala presenta un puntaje de consistencia interna a través del cálculo del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, para la escala total de 0.93, para la escala de intrusión/hiperactivación fue 0.90 y para la escala de evitación fue 0.85, esto representa una confiabilidad adecuada de la escala, a través del método de consistencia interna.

Estadísticos descriptivos

Luego de realizar la verificación de la confiabilidad y la estructura factorial de las escalas usadas se procedió a calcular los estadísticos descriptivos de cada una de las variables, estos estadísticos son: media, desviación típica, asimetría, curtosis, valor mínimo, valor máximo y coeficiente de variación, los resultados se muestran en la siguiente tabla (Tabla 5) y luego se calculó la regresión múltiple de las variables.

Se debe destacar que para la medición de la vivencia de situaciones potencialmente traumáticas relacionadas con violencia urbana se utilizó el Cuestionario de Eventos Traumáticos- Venezuela (CET-V) (Cook y Ramos, 2010), este instrumento mide una amplia gama de situaciones traumáticas que puede vivir una persona a lo largo de su vida se tomaron como relevantes para los estudios aquellos ítems que interrogaban acerca de la vivencia de alguna situación urbana, estas situaciones fueron: amenaza sin arma o robo sin arma , amenaza de robo o robo con arma, amenaza de asalto o asalto sexual, amenaza de secuestro o secuestro, medidos por los ítems 6, 7, 9, 10, 12, 13, 26 y 27. El uso de esta escala permitió la inclusión de sólo aquellas que habían sufrido una o más situaciones potencialmente traumáticas relacionadas con la violencia urbana.

Tabla 7

Estadísticos descriptivos de las variables evaluadas

	Media (X)	Desviación típica	Asimetría (As)	Curtosis (Ku)	Coefficiente de variación	Mín	Máx
Sexo	1.5308	.5001	-1.24	-2.000	30%	1	2
Edad	21.065 4	2.72829	-2.752	1.8844	12%	17	28
Cetv6	1.3423	.47540	.226	-1.565	35%	1	2
Cetv6fi	.9115	.80770	.652	-.400	88%	1	3
Cetv6am	1.4038	.50708	.257	-1.523	36%	0	2
Cetv6ter	1.4769	.51563	.266	-1.594	34%	0	2
Cetv7	1.5038	.50095	.251	-2.015	33%	1	2
Cetv7fi	.6885	.80001	.640	-.225	116%	0	3
Cetv7am	1.5538	.51332	.263	-1.443	33%	0	2
Cetv7ter	1.6154	.48744	.238	-1.786	30%	0	2
Cetv9	1.2038	.77359	.598	1.235	64%	1	2
Cetv9fi	.7308	.79369	.630	-.307	108%	0	3
Cetv9am	1.4769	.50809	.258	-1.787	34%	0	2
Cetv9ter	1.5423	.49917	.249	-1.986	32%	1	2
Cetv10	1.6115	.48834	.238	-1.802	30%	1	2
Cetv10fi	.5154	.73242	.536	1.259	142%	0	3
Cetv10am	1.6269	.50024	.250	-1.043	30%	0	2
Cetv10ter	1.6615	.48217	.232	-1.108	29%	0	2

Cetv12	1.9500	.21837	.048	15.370	11%	1	2
Cetv12fi	0.0615	.29810	.089	45.610	484%	0	3
Cetv12am	1.9423	.24959	.062	21.896	12%	0	2
Cetv12ter	1.9538	.22785	.052	30.469	11%	0	2
Cetv13	1.9615	.19268	.037	21.474	9%	1	2
Cetv13fi	0.0500	.28031	.079	58.867	560%	0	3
Cetv13am	1.9615	.19268	.037	21.474	9%	1	2
Cetv13ter	1.9654	.18316	.034	24.415	9%	1	2
Cetv26	.18316	.33353	-2.254	3.107	182%	1	2
Cetv26fi	1.8731	.40142	3.274	13.224	21%	0	3
Cetv26am	.1423	.36385	-2.627	6.361	255%	0	2
Cetv26ter	1.8654	.35593	-2.759	7.190	19%	0	2
Cetv27	1.8731	.35394	-2.015	2.076	18%	1	2
Cetv27fi	.1731	.46171	3.202	12.337	266%	0	3
Cetv27am	1.8500	.37873	-2.393	4.995	20%	0	2
Cetv27ter	1.8692	.35993	-2.691	6.761	19%	0	2
Cetv34	1.9000	.33692	-3.553	12.986	17%	0	2
Pttas	45.892 3	7.8467	1.787	5.668	17%	33	86
Pteie	44.480 8	14.3713	.267	-.705	32%	22	81

En cuanto al reporte de **situaciones traumáticas** vividas por los sujetos asociadas con la **violencia urbana** en los últimos 12 meses se obtuvieron los siguientes resultados:

1. **Robo sin arma:** 171 sujetos reportaron haber sufrido un robo sin que el sujeto perpetrador les mostrara un arma, esto representa el 65% de la muestra del estudio, 113 lo han vivido solo una vez, 50 reportan haberlo vivido de 2 a 5 veces y 8 reportaron que han sido robados sin arma más de 5 veces. 151 personas reportaron haber sentido amenazada su vida o integridad, esto representa el 88% de la muestra, mientras que 132 indican haber sentido terror, desesperanza u horror intenso, esto representa el 77% de los sujetos que sufrieron este tipo de situación.

2. **Robo con arma:** 129 indicaron haber sido víctima de robo con presencia de un arma como método de coerción, esto representa el 49% de la muestra del presente estudio, en relación a la frecuencia con la que ha vivido esta situación, 93 personas han sufrido esta situación una vez, 41 personas lo han vivido de 2 a 5 veces y 5 más de 5 veces. 124 personas sintieron amenaza a su vida o integridad física, esto representa el 96 % de las personas que vivieron esta situación, mientras que 119 indicaron haber sentido terror, desesperanza u horror intenso, es decir el 92% de las personas que fueron víctimas de esta situación.

3. **Asalto sexual:** 5% de las personas que formaron parte del estudio reportaron haber sido víctimas de asalto sexual en los últimos doce meses, es decir 13 personas del total encuestadas, 11 de ellas vivieron esta situación una vez, 1 de 2 a 5 veces y 1 más de 5 veces. El 100 % de las personas reportaron haber sentido amenazada su vida o integridad física, mientras que 10 personas es decir, el 76% indicaron haber sentido terror, desesperanza u horror intenso.

4. **Secuestro:** 33 de las personas que participaron en el estudio reportaron haber sufrido un secuestro, esto representa el 12% de la muestra total del estudio. 90% de las personas han sufrido esta situación una vez lo que representa 30 personas, 2 personas han estado en esta situación de 2 a 5 veces (6%), 1 persona lo ha vivido más de 5 veces (3%). En relación a la vivencia del suceso, 31 personas

(93%) indicaron que habían sentido amenazada su vida o integridad física y 29 personas (87%) sintieron terror, desesperanza u horror intenso.

En relación a la variable **edad**, la edad mínima de la muestra fue 17 años y la máxima fue 28 años, siendo la edad promedio 21.06 años y la desviación de la muestra 2.72 años. La distribución de esta variable es leptocurtica por lo que los valores de la variable se agrupan más cerca a la media y es coleada hacia la izquierda por lo que la mayor parte de los valores son mayores a la media.

En cuanto a la variable **sexo**, la muestra estuvo compuesta por 122 hombres y 138 mujeres, tal como muestra el gráfico a continuación, la distribución de sexo se acerca a la ser homogénea aunque el grupo de mujeres fue ligeramente mayor, lo que permite realizar los contrastes en la variable sexo.

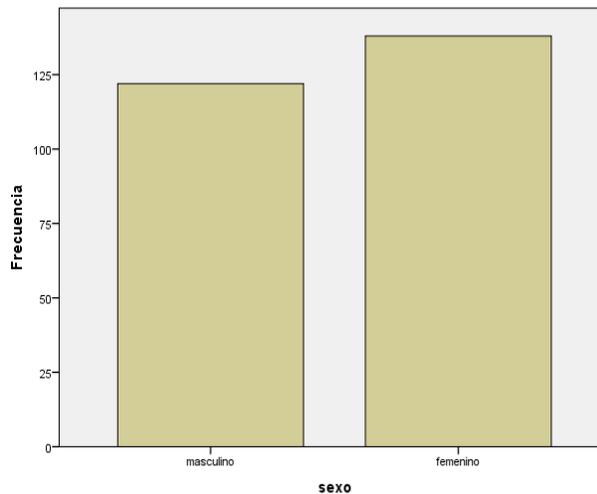


Grafico 1. Distribución del sexo

Para la variable **alexitimia**, se tomó el puntaje total como indicador del grado de la variable en la estructura de personalidad de los sujetos, los cuales obtuvieron un puntaje promedio de 45.89 puntos con una desviación de 14.37

puntos, los puntajes se distribuyeron entre 22 y 81 puntos; la distribución de la variable se dirige a los puntajes mayores por lo que está coleada a la derecha y la mayoría de los puntajes se concentran en los puntajes promedio por lo que se presenta menor dispersión de los mismos.

En cuanto a la variable **síntomas postraumáticos**, los puntajes se distribuyeron desde 22 a 81 puntos, el promedio se ubica en 44.48 puntos con una desviación de 14.37 puntos, la distribución de la variable es mesocúrtica lo que indica que los puntajes se agrupan menos entre sí existiendo una mayor dispersión entre ellos y la distribución es ligeramente coleada a la derecha por lo que la tendencia de los puntajes es hacia los puntajes menores.

Análisis de Regresión

Para realizar el análisis de regresión se realizó la comprobación de los supuestos: ajuste de normalidad de la variable predicha (ver figura 4), multicolinealidad entre las variables independientes, las cuales se cumplen satisfactoriamente por lo que no son necesarios ajustes.

A partir del análisis de regresión múltiple realizado se obtuvo que las variables edad, sexo y alexitimia, tienen una correlación moderada y positiva ($R = .306$) con respecto a los síntomas postraumáticos, este modelo es significativo estadísticamente y explica el 8.3% de la varianza total de las variables del modelo ($R^2 = 0.094$, grados de libertad = 3/260, $F = 8.835$, $p = .000$), como se muestra a continuación.

Tabla 8

Modelo de regresión obtenido

R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de estimación
0.306	0.094	0.083	13.760

	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	p

Regresión	5018.72	3	1672.90	8.83	.000
Residual	4874.17	256	189.35		
Total	53492.90	259			

Luego al hacer una revisión del aporte de las variables al modelo, se observa que las variables significativas estadísticamente son sexo y alexitimia, las cuales poseen una relación significativa con la variable dependiente, síntomas postraumáticos.

En el caso de la variable sexo, las mujeres suelen desarrollar mayores síntomas postraumáticos en comparación a los hombres (Beta= 0.123, $p=0.041$). En el caso de la variable alexitimia, aquellas personas con mayores puntajes en la variable desarrollan mayores síntomas postraumáticos (Beta= .274, $p=0.000$) (Ver Tabla 8).

Tabla 9

Coefficientes de correlación y su significancia para la variable síntomas postraumáticos

	B	Error estándar	Beta	t	p
Edad	0.301	0.314	0.057	0.958	0.339
Sexo	3.523	1.714	0.123	2.056	0.041*
Alexitimia	0.502	0.109	0.274	4.605	0.000*

* significativo al 0.05

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio consistió en verificar mediante el análisis de regresión múltiple las posibles relaciones entre la edad, el sexo y la alexitimia en la aparición de síntomas postraumáticos posterior a la exposición a situaciones de violencia urbana en una muestra de 260 estudiantes universitarios de carreras de pregrado de la Universidad Católica “Andrés Bello”.

En relación a la presencia de síntomas postraumáticos el 92.22% de los participantes del estudio reportaron una cantidad de síntomas postraumáticos suficientes para el diagnóstico parcial o completo de un Trastorno por Estrés Post Traumático según el puntaje total obtenido en la Escala de Impacto del Estresor Revisada (EIE-R) (puntajes mayores a 24 puntos), esto es según las categorías establecidas por los autores Asukai et al. (2002).

Los resultados obtenidos anteriormente permiten evidenciar que los sucesos de violencia recabados en este estudio y que han sido sufridos por los participantes permiten considerar a la violencia como una situación traumática para la mayor parte de los sujetos, se puede destacar que solo el 7.78% de los encuestados reportaron una menor cantidad de síntomas postraumáticos, esto representa a 20 personas cuyo puntaje total en la EIE-R, no poseen una cantidad suficiente de síntomas postraumáticos, siendo su puntaje total menor a 24 puntos.

La alta prevalencia de síntomas postraumáticos en la muestra del presente estudio puede relacionarse con diferentes elementos de la realidad actual venezolana, uno de ellos es que existe un alto índice de violencia urbana en el país, así como un alto índice de escasez de alimentos y una alta inflación por lo que es constante la presencia de malestar en las personas en el país, eso puede confluir y potenciar los síntomas que muestran las personas.

En diferentes estudios se ha tratado de indagar acerca de los elementos que pueden influir en los resultados obtenidos en la variable estrés postraumático o en variables relacionadas, Tolin y Foa (2006) reportaron que en algunos estudios no se hace referencia a alguna situación traumática específica en el momento de responder a escalas en las que se les interroga acerca de síntomas postraumáticos o aunque se les pida que elijan uno en específico, la influencia de haber vivido múltiples situaciones potencialmente traumáticas puede influir en el reporte que realizan los sujetos acerca de sus síntomas, esto puede influir en la cantidad de síntomas que reportan los sujetos, el haber estado expuestos a diversas situaciones potencialmente traumáticas puede producir un efecto que potencia los síntomas reportados debido a que confluye la vivencia del sujeto a repetidas situaciones traumáticas en un período corto de tiempo, tal como indican los autores la combinación de diferentes situaciones potencialmente traumáticas pueden confluir en un solo diagnóstico o un solo reporte de síntomas postraumáticos haciendo que se vean aumentados los síntomas.

El compilado de argumentos anteriormente reportados puede ser una de las razones por las que la cantidad de síntomas postraumáticos en la muestra del estudio fue notablemente mayor a lo obtenido en otros estudios como el realizado por Medina, Borges, Lara, Ramos, Zambrano y Fleiz (2005) en el que obtuvieron que la prevalencia de TEPT en la muestra total es de 1.45% en una muestra compuesta por 5826 participantes.

En relación a la variable de selección de la muestra, **situaciones de violencia urbana** es ampliamente relevante realizar un reporte de lo obtenido en el estudio. Debido a que esta variable era la variable de selección de la muestra solo aquellas personas que habían vivido situaciones de violencia urbana podían formar parte del estudio; de 305 personas encuestadas, 26 de ellas fueron excluidas del estudio debido a que no reportaban haber vivido ninguna situación de violencia urbana y 19 sujetos fueron excluidos debido a que no completaban la encuesta se presume que por su longitud. Es

importante destacar la prevalencia de la vivencia de alguna de las situaciones de violencia que reportan los participantes del presente estudio.

El delito más común reportado por los sujetos fue el robo sin arma, 65% de los participantes de los participantes han sido robados mediante amenaza pero sin el uso de arma, el 88% de las personas sintieron amenazada su vida, su integridad o la de otros y 77% indicaron que sintieron terror, desesperanza u horror intenso, ambos criterios se consideran los ejes principales del diagnóstico del TPET y estos elementos se consideran como los definatorios de que una situación sea definida como traumática, ambas sensaciones reportadas forman parte del diagnóstico TPET, por lo que se pueden destacar que la mayor parte de las personas que sufrieron esta situación la identificaron como una situación traumática y por ende, una situación generadora de una cantidad considerable de emociones en los sujetos (American Psychiatric Association, 2013).

Otro aspecto que puede destacarse del delito robo sin arma es el hecho de que el 33% de las personas que han vivido este delito lo han sufrido desde más de 2 veces hasta más de 5 veces, lo que es un indicador de la alta prevalencia del delito en la población.

El segundo delito reportado según su frecuencia fue el robo con arma, 49% de los participantes han sido robados siendo amenazados con diferentes tipos de arma, esta vivencia fue percibida como altamente estresante por los sujetos ya el 96% de ellos sintieron su vida amenazada al igual que su integridad física así como la de otros y 92% de los participantes sintieron terror, desesperanza u horror intenso.

Un delito con menor prevalencia en la muestra encuestada fue el secuestro, 33 personas han sido víctimas de secuestro, esto representa el 12% de los participantes del estudio. De igual forma que lo sucedido en los delitos anteriores, el ser víctima de secuestro fue una experiencia en la que los sujetos sintieron amenaza su vida o integridad física o la de otras personas, esto fue reportado por 93% de los participantes que reportaron haber vivido

este suceso, mientras que 87% sintieron emociones como el terror, horror o la desesperanza.

Por último, el delito asalto sexual fue reportado con menor frecuencia, 5% del total de la muestra reportó haber sufrido abuso sexual en el último año, esto representa 13 personas. El 100 % de las personas reportaron haber sentido amenazada su vida o integridad física, mientras que 10 personas es decir, el 76% indicaron haber sentido terror, desesperanza u horror intenso.

Según autores como Palacios y Heinze (2002) indican que el abuso sexual y el robo son los más eventos traumáticos que más frecuentemente generaban un diagnóstico de TPET, esto destaca el potencial traumático que tiene la violencia en los contextos urbanos.

En relación a los resultados obtenidos en relación a las situaciones de violencia urbana y la variable síntomas postraumáticos es importante destacar algunos elementos:

1. Los resultados obtenidos en relación al tipo de suceso y a la vivencia de los participantes durante la vivencia los cuales reportaron en su gran mayoría una vivencia altamente estresante en la que sintieron su vida o integridad física amenazada, así como sentimientos de horror, terror o desesperanza, permiten corroborar el potencial traumático que posee la violencia en la vida de los sujetos, en específico la violencia en los contextos urbanos que es lo que se estudió directamente en el presente estudio.

2. Existe una alta prevalencia de síntomas postraumáticos en la muestra que formó parte del estudio, esto permite ubicarlos en una categoría en la cual recaban síntomas postraumáticos suficientes como para ser diagnosticados con TPET a pesar de que el diagnóstico no es el principal objetivo de la escala usada en el presente estudio, EIE-R; esto evidencia el alto impacto en la vida de los sujetos que produce la vivencia de situaciones traumáticas relacionadas con violencia,

situaciones que pueden haber ocurrido recientemente o hasta 12 meses anteriores al estudio.

Con respecto a la variable **sexo**, las mujeres presentaron mayor presencia de síntomas postraumáticos en comparación a los hombres.

Las diferencias de género obtenidas en el presente estudio se relacionan con una amplia cantidad de estudios en relación al tema, autores como Brewin, Andrews y Valentine (2000) identificaron diferentes variables que poseen un efecto potenciador en la aparición de síntomas postraumáticos luego de estar expuestos a diferentes situaciones potenciales traumáticas, una de ellas es el sexo, en los estudios realizados en población civil como es el caso del presente estudio, las mujeres reportaban mayores síntomas postraumáticos independientemente de la situación traumática vivida, lo que es respaldado por autores como Wolfe and Kimerling (1997 citado en Brewin, Andrews y Valentine, 2000) los cuales señalan que al comparar los puntajes de síntomas postraumáticos de grupos de hombres y mujeres, las mujeres poseen mayor riesgo de desarrollar un Trastorno por Estrés Postraumático.

Medina, Borges, Lara, Ramos, Zambrano y Fleiz (2005) desarrollaron una investigación en la que participaron 5826 personas pertenecientes a población no clínica, su interés era el indagar acerca de situaciones traumáticas vividas por la muestra, se incluyó a la violencia delictiva común como ellos la denominan e indican que es un problema en especial en las zonas urbanas debido al número de sucesos que ocurren, de igual forma indican que según la Segunda Encuesta Nacional sobre Inseguridad (ENSI-2), el robo fue el delito más frecuente, luego se encontrarían delitos como el secuestro y el abuso sexual. Estos autores obtuvieron una prevalencia total de trastorno por estrés postraumático fue de 1.45% de la muestra total, 2.3% en mujeres y 0.49% en hombres, se observa que las mujeres presentan una prevalencia mayor de TEPT en comparación a los hombres.

Resultados similares obtuvieron los autores Tolin y Foa (2006) en una revisión de literatura en la que pretendían recopilar los estudios realizados en

relación a las diferencias de género obtenidos en estudios realizados 25 años anteriores a la revisión como resultado se obtuvo que a pesar de las diferentes variables que diferenciaban a los participantes en cada estudio las mujeres tendían a reportar mayor cantidad de síntomas postraumáticos en comparación a los hombres, se puede destacar que esto se observa en los diferentes estudios revisados en el meta análisis a pesar de que los hombres reportaron haber estado expuestos a un mayor número de síntomas postraumáticos.

Según el Centro Nacional para Trastorno por Estrés Postraumático de Estados Unidos (2015), el TEPT es más común en hombres que en mujeres y ambos experimentan de forma distinta el trauma psicológico, a pesar de que ambos sexos reportan síntomas postraumáticos, las mujeres reportan síntomas más frecuentemente que los hombres.

Berwin, Andrews y Valentine (2000) señalan que una de las razones que pueden originar que las mujeres reporten mayor cantidad de síntomas postraumáticos es que reportan mayor cantidad de síntomas en comparación a los hombres o que poseen una mayor exposición a situaciones traumáticas antes de la situación traumática estudiada, lo que potencia la aparición de síntomas postraumáticos si se posee un historial de trauma previo, en especial si esto incluye vivencias traumáticas durante la infancia.

Se ha determinado que las mujeres y los hombres presentan diferencias en la forma en que enfrentan los síntomas postraumáticos, en las mujeres se observa mayores problemas en las emociones que sienten y tienden a evadir los elementos que le recuerdan al trauma, mientras que los hombres tienden a sentirse más molestos y suelen tener problemas para controlar la ira (National Center for PTSD, 2015).

Las diferencias que se observan en los puntajes de TEPT en hombres y mujeres se han atribuido también a las características de los instrumentos que se utilizan en los estudios, según Tolin y Foa (2006) cuando se utilizan instrumentos de autorreporte para indagar acerca de los síntomas

postraumáticos los hombres suelen reportar menos eventos traumáticos o síntomas de malestar en general en comparación a las mujeres, esto se debe a la menor apertura de los hombres con respecto al área emocional.

Saigh y Bremner (1999 citado en Minardi y Paoli, 2002) recabaron tres perspectivas a partir de las cuales se pueden explicar las diferencias en el desarrollo de TPET según el sexo. Estos autores procuraban explicar a través de diferentes puntos de vista la vulnerabilidad ante el TPET que experimentan las mujeres y que se ha evidenciado en diferentes estudios como los mencionados anteriormente:

- a) **Perspectiva biológica:** Parte de las evidencias neurobiológicas en las cuales se ha encontrado que el hipocampo en las mujeres es más vulnerable al daño producido por agentes externos y su sistema límbico responde en mayor medida ante los estímulos emocionales, se han encontrado evidencias de un incremento del sistema noradrenérgico y una actividad glucocorticoide disminuida cuando las mujeres se enfrentan a diferentes situaciones de estrés, estas respuestas neurobiológicas se han relacionado con el TPET estando presentes en personas que han sido diagnosticadas con este trastorno.
- b) **Perspectiva psicodinámica:** Indica que la valoración de las mujeres se relacionan con las relaciones que establecen con las demás personas y particularmente con el cuidado recíproco de estas relaciones, siendo este aspecto más importante para las mujeres que para los hombres. Cuando se presenta una situación potencialmente traumática que involucra el aspecto interpersonal, las mujeres suelen ser más vulnerables debido al peso que tiene en sus vidas el aspecto interpersonal, esto produce que se presenten sentimientos de culpa ante las situaciones potencialmente traumáticas.
- c) **Perspectiva social-cognitiva:** Esta perspectiva se describe el sexo como una categoría social, en la cual se van formando significados sociales en torno a ser mujer u hombre.

Los hombres suelen ser descritos socialmente como activos, dirigidos a lo instrumental, agresivos, mientras que las mujeres se le asignan características como la pasividad, dependencia y mayor tendencia a la emocionalidad. Estas características que se le asignan a cada género se relacionan directamente con el desarrollo del autoconcepto.

Los significados referentes a eventos traumáticos como la dependencia, la emotividad y la pasividad constituyen elementos que no se relacionan socialmente con lo masculino, por lo que los hombres evitan el contacto con estos elementos cambiando sus pensamientos y comportamientos, lo que les permite alejarse de estos significados que perciben como no pertenecientes a su género.

En relación la variable **edad** se obtuvieron evidencias de que esta variable no influye en los síntomas postraumáticos reportados por los sujetos.

Esto se corresponde con el estudio realizado por Minardi y Paoli (2002), en el que no resultó una asociación significativa con el TEPT, señalan que estos resultados se han obtenido en estudios anteriores similares y que a pesar de que el trastorno postraumático se presentan en diferentes rangos de edad, los resultados en relación a esta variable no han sido conclusivos (Minardi y Paoli, 2002).

Esto puede atribuir al rango de edad de la muestra del estudio ya que estuvo compuesta solo por estudiantes cuyo rango de edad estuvo entre 17 y 28 años, este grupo puede categorizarse como adultos jóvenes, por lo que el contraste realizado en la variable síntomas postraumáticos se realizó en un grupo homogéneo y las posibles diferencias atribuidas a la edad no se observan de manera estadísticamente significativa.

En cuanto a la variable **alexitimia**, se obtuvieron evidencias de que a mayores puntajes en la variable alexitimia, se presentaron mayores síntomas postraumáticos.

Según los autores Taylor, Ryan y Bagby (1985 citado en Martínez, 1996) cuando se presentan puntajes iguales o mayores de 61 puntos se considera que los sujetos poseen un perfil alexitimico, en el presente estudio solo el 3% de los sujetos poseen puntajes totales iguales o mayores a 61 puntos, presentándose el puntaje máximo de 81 puntos.

Los resultados acerca de la presencia de un perfil alexitimico en los participantes del estudio se corresponde a lo obtenido por autores como Eichhorn, et al., (2014) en el que el 10,6% de los participantes reportaron presencia de indicadores de alexitimia, evidenciando que la presencia de alexitimia en población no clínica representa un porcentaje bajo en los perfiles de los sujetos.

Los resultados obtenidos acerca de la relación significativa entre la alexitimia y el desarrollo de síntomas postraumáticos se corresponden con lo obtenido por autores como Declercq, Vanheule y Deheegher (2010), los cuales realizaron un estudio para indagar acerca de la relación de estas variables y variables sociodemográficas como edad y sexo en población no clínica compuesta por enfermeras y personal de ambulancia pertenecientes al ejército de Bélgica. Los resultados de esta investigación arrojaron una relación estadísticamente significativa entre la alexitimia y el desarrollo de TPET tal como se obtuvo en la presente investigación y de igual forma las relaciones entre variables sociodemográficas se corresponden a lo obtenido en este estudio, en el cual las mujeres poseen una tendencia a reportar puntajes mayores de síntomas postraumáticos y la edad no posee una relación estadísticamente significativa con la variable dependiente del estudio.

En cuanto a la relación positiva y significativa entre alexitimia y el desarrollo de TEPT también se corresponde con lo obtenido por autores como Eichhorn, S., Brahler, E., Franz, M., Friedrich, M y Glaesmer, H (2014), los cuales obtuvieron una relación significativa entre ambas variables.

CONCLUSIONES

El análisis de los resultados realizado en la presente investigación permite destacar las siguientes conclusiones.

Se obtuvo evidencias de la presencia de síntomas postraumáticos en el 92% de los participantes, esto derivado a la exposición a situaciones de hechos de violencia urbana lo que permite identificar a la violencia urbana como una situación generadora de consecuencias en las personas que pueden derivarse en trastornos psicológicos como el Trastorno por Estrés Postraumático.

Existe una alta prevalencia de situaciones de violencia urbana en estudiantes universitarios.

Se encontró una relación significativa entre la variable sexo y los síntomas postraumáticos, las mujeres reportaron mayores síntomas postraumáticos en comparación a los hombres.

En relación a la variable alexitimia resultó que posee una asociación significativa con los síntomas postraumáticos reportados, de forma que a mayores puntajes en la variable alexitimia, mayores son los síntomas postraumáticos.

En cuanto a la variable edad, resultó que no posee relación con los síntomas postraumáticos.

Esto permite concluir que el modelo planteado en el presente estudio indica que el sexo y la alexitimia predicen de forma significativa y moderada el desarrollo de síntomas postraumáticos en estudiantes que han estado expuestos a situaciones de violencia urbana. La edad no presentó una asociación significativa con los síntomas postraumáticos.

RECOMENDACIONES

A fin de ampliar los resultados obtenidos en el presente estudio se podrían realizar estudios en los que se indague la relación de la variable alexitimia y sus dimensiones con la variable síntomas postraumáticos y sus dimensiones.

Para conocer la influencia de la variable edad en el desarrollo de síntomas postraumáticos es necesario el uso de rangos de edad más amplios que permitan el realizar grupos para contrastar el desarrollo de síntomas postraumáticos.

Continuar explorando acerca de la violencia urbana y sus implicaciones psicológicas en la población venezolana.

REFERENCIAS

- Aguiar, E (1998). Violencia y pareja. En I. Izaguirre, I (Ed.), *Violencia social y derechos humanos* (pp 17-39). Buenos Aires, Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Alonso, F (2011). La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud Mental*, 34, 481- 490. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252011000600002&script=sci_arttext.
- Alvarado, R. (2013). Duelo y alexitimia. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*, 3 (2). Recuperado de <http://www.psicociencias.com/revista/boletines/Duelo%20y%20alexitimia.pdf>.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (5ta ed). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2015). *Divisions of APA*. Recuperado de <http://www.apa.org/about/division/index.aspx>.
- Asukai, N., Kato, H., Kawamura, N., Kim, Y., Yamamoto, K., Kishimoto, J., Miyake, Y., & Nishizono-Maher, A (2002). Realibility and Validity of the Japanese- Language Version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. *The Journal of Nervous and Mental Diseases*, 190 (3)
- Bagby, M., Parker, J., & Taylor, G (1994a). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale- I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 23-32. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/15071939_Bagby_RM_Parke

r_JD_Taylor_GJ_The_twenty-item_Toronto_Alexithymia_Scale-I_item_selection_and_cross-validation_of_the_factor_structure_J_Psychosom_Res_38_23-32.

- Bagby, M., Taylor, G., & Parker, J (1994b). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *Journal of Psychosomatic Research*, 38 (1), 33-40. DOI: 10.1016/0022-3999(94)90006-X.
- Báguena, M., Villarroya E., Beleña A., Díaz A., Roldán, C., & Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R). *Análisis Modificación Conducta*, 27, 581-604. Recuperado de <http://www.uv.es/baguena/art-IES-R.pdf>.
- Baeza, C., Bulbena, A., Fénérier, C., & Gély, M (2011). Trastornos psicómáticos y su relación con alexitimia, ansiedad, depresión y demanda de ayuda psicológica. *Psicología y Salud*, 21 (2), 227-237. Recuperado de <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/575/990>.
- Brewin, C., Andrews, B., & Valentine, J (2000). Meta-Analysis of Risks Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma- Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (5), 748-766. Doi: 10.1037//0022-006X.68.5.748.
- Briceño-León, R. (1999) Violencia y desesperanza: La otra crisis social de América Latina. *Nueva Sociedad*, 164 (2), 122-132. Recuperado en http://www.nuso.org/upload/articulos/2816_1.pdf.
- Briceño- León, R. (2012). Los ciclos de la violencia y la democracia en Venezuela. *Tribuna del Investigador*, 13 (12), 21-30. Recuperado de <http://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2012/1-2/?i=art4>.
- Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International Encyclopedia of Education*, (2 ed). Oxford: Elsevier.

- Brunet, A., St-Hilaire, A., Jehel, L., & King, S (2003). Validation of a French Version of Impact of Event Scale-Revised. *Canadian Journal of Psychiatry* 48 (1), 56-61. Recuperado de <https://ww1.cpa-apc.org/Publications/Archives/CJP/2003/february/brunet.pdf>.
- Buvinic, M., Morrison, A., & Shifter, M. (1999). *La violencia en América Latina y el Caribe: Un marco de referencia para la acción*. Washington D.C: Banco Interamericano de Desarrollo.
- Caamaño, L., Fuentes, D., González, L., Melipillán, R., Sepulveda, M., & Valenzuela, E. (2011). Adaptación y validación de la versión chilena de la escala de impacto de evento-revisada (EIE-R). *Revista de Medicina de Chile*, (139), 1163-1168. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n9/art08.pdf>.
- Carvajal, C (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40 (2), 20-34. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272002000600003&lng=en&nrm=iso&tlng=en.
- Christianson, S., & Marren, J (2008). The Impact of Event Scale Revised. *The American Journal of Nursing* 108 (11), 60-64. Recuperado de <http://www.okhca.org/pdf/impact.pdf>.
- Cohen, J (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, (2da ed.) Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Cook, K. & Ramos, A (2010). *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 Grado de Licenciatura no publicado). Universidad Católica Andrés Bello, Caracas, Venezuela.

- Costa, G., & Gil, F. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala Revisada del Impacto del Evento Estresante (IES-R) en una muestra española de paciente con cáncer. *Análisis y Modificación de Conducta*, 33 (149), 311-332. Recuperado de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5848/Propiedades_psicometricas_de_la_escala_revisada.pdf?sequence=2.
- Craparo, G., Ardino, V., Gori, A., & Caretti, V. (2014). The relationships between early trauma, dissociation, and alexithymia in alcohol addiction. *Brief Report*, 11 (3), 330-335.
- Crempien, R. (2005, Noviembre). El trauma relacional de la violencia en la pareja. Impacto y consecuencias. En *La violencia en la familia, escuela y sociedad*. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad Internacional SEK. Santiago de Chile.
- Declercq, F., Vanheule, S., & Deheegher, J (2010). Alexithymia and Posttraumatic Stress: Subscales and Symptom Clusters. *Journal of Clinical Psychology*, 66 (10), 1076-1089. Doi: 10.1002/jclp.20715.
- Domènech, M., & Íñiguez, L. (2002). La construcción social de la violencia. *Athenea Digital*, (2), 1-10. Recuperado de <http://ddd.uab.cat/pub/athdig/15788946n2/15788946n2a7.pdf>.
- Eichhorn, S., Brahler, E., Franz, M., Friedrich, M., & Glaesmer, H. (2014). Traumatic experiences, alexithymia, and posttraumatic symptomatology: a cross-sectional population-based study in Germany. *European Journal of Psychotraumatology*, (5) 10 237-247. Recuperado de https://www.scienceopen.com/document_file/90a799c2-5710-4025-8efe-fd68456e5d64/PubMedCentral/90a799c2-5710-4025-8efe-fd68456e5d64.pdf.
- Espina, A., Ortego, M., Ochoa, I., & Alemán, A (2007). Alexitimia, familia y trastornos alimentarios. *Anales de Psicología* (17) 1 139-149. Recuperado de

<https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/7973/1/Alexitimia%2c%20familia%20y%20trastornos%20alimentarios.pdf>.

- Fiorentino, M. (2004). *Alexitimia. Su relación con dimensiones neurobiológicas, cognitivas, emocionales y socioculturales*. Artículo presentado en las XI Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de <http://www.aacademica.com/000-029/36.pdf>.
- Ford, J., & Gómez, J (2015). The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review. *Journal of Trauma & Dissociation* (16) 232-271. Recuperado de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25758363>
- Frewen, P., Pain, C., Dozois, D., & Lanius, R (2006). Alexithymia in PTSD. Psychometric and FMRI Studies. *Annals New York Academy of Sciences* 10 (7) 397-400. DOI: 10.1196/annals.1364.029.
- Green, B., Korol, M., Grace, M., Vary, M., Leonard, A., Gleser, G., & Smitson, S (1991). Children and Disaster: Age, Gender, and Parental Effects on PTSD Symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30 (6), 945-951. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/21399234_Children_and_Disaster_Age_Gender_and_Parental_Effects_on_PTSD_Symptoms.
- Halgin, R., & Whitbourne, S. (2009). *Psicología de la anormalidad. Perspectivas clínicas en los trastornos psicológicos* (5ta ed). México: Mc Graw-Hill.
- Hamidi, S., Rostami, R., Farhoodi, F., & Abdolmanafi (2010). A study and comparison of Alexithymia among patients with substance use disorder and normal people. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*, 5, 1367-1370. Recuperado de

<http://psyedu.ut.ac.ir/acstaff/Rostami/articles/alexiymi%20cpcg.pdf>.

Herman, J. (1997). *Trauma and recovery* (2da ed) New York: Basic Books.

Hyer, K., & Brown, L (2008). The Impact of Event Scale-Revised. *The American Journal of Nursing* 108 (11), 60-64. Recuperado de <http://www.okhca.org/pdf/impact.pdf>.

Ibañez, V., & Díaz, D. (2011). La respuesta social y comunitaria en las situaciones de guerra y violencia organizada. En P. Pérez (Eds). *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política* (16-26). Madrid, España: ExLibris.

Instituto Nacional de Estadística (2010). Encuesta nacional de victimización y percepción de seguridad ciudadana 2009. Caracas

Jácome, F., & Gratius, S. (2010). *Violencia, inseguridad y polarización política en Venezuela*. Madrid: Fundación para las relaciones internacionales y el diálogo exterior.

Kaufmann, G. (1998). *Sobre violencia social, trauma y memoria*. Artículo presentado en el seminario Memoria colectiva y represión, Montevideo, Uruguay. Artículo recuperado de http://comisionporlamemoria.org/bibliografia_web/historia/Kauffman.pdf.

Kerlinger, F., & Lee, H. (2002). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales* (4ta ed.) México: Mc Graw Hill.

Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060. Recuperado de <https://msrc.fsu.edu/system/files/Kessler%20et%20al%201995%20Posttraumatic%20Stress%20Disorder%20in%20the%20National%20Comorbidity%20Survey.pdf>.

- Leal, E., Vázquez, V., & Cantú, O (2013). Prevalencia de estrés postraumático en unidades de medicina familiar de seis ciudades de la frontera México-Estados Unidos de América. *Atención Familiar*. 20 (4), 114-117. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2013/af134e.pdf>.
- Lucioni, I. (2002). Afecto, psiquesoma, alexitimia. *Actualidad Psicológica*. 246 (3) 5-30 Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/psiquesoma.pdf
- Lucioni, I. (2009, Noviembre). Subjetividad encarnada, cuerpo simbolizante. Artículo presentado en Actividades Científicas del mes de Noviembre - Sociedad Psicoanalítica del Sur, Montevideo, Uruguay. Recuperado de http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/820_clinica_tr_personalidad_psicosis/material/subjetividad.pdf.
- Lusiardo, M., & Rodrigo, M. (2011). Alexitimia como Constructor de la Personalidad: Concepto, Clínica, Etiología y Enfoque Terapéutico. *Revista de Salud Militar*. 30 (1), 48-52. Recuperado de <http://www.revistasaludmilitar.com.uy/Volumenes/Vol%2030/Alexitimia%20como%20Constructor%20de%20la%20Personalidad%20Concepto,%20Cl%C3%ADnica,%20Etiolog%C3%ADa.pdf>.
- Martínez, A. (1995). The use of the dissociative experience scale in Puerto Rico. *Dissociation*, 8 (1), 14-23. Recuperado de https://scholarsbank.uoregon.edu/xmlui/bitstream/handle/1794/1590/Diss_8_1_4_OCR_rev.pdf?sequence=4.
- Martínez, F. (1996). Adaptación española de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud*, 7 (1) 19-32. Recuperado de

<http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinica/1996/vol1/arti2.htm>.

Mc Gillivray, L., Becerra, R., & Harms, C (2016). Prevalence and Demographic Correlates of Alexithymia: A comparison between Australian Psychiatric and Community Samples. *Journal of Clinical Psychology*, 0, 1-12. Doi: 10.1002/jclp.22314.

Medina, M., Borges, G., Lara, C., Ramos, L., Zambrano, J., & Fleiz, C (2005). Prevalencia de sucesos violentos y estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Pública México*, 47 (1), 8-22. Recuperado de <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000154>.

Mendoza, S., Márquez, O., Guadarrama, R., & Ramos, L (2013). Medición del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT) en universitarios mexicanos. *Salud Mental*. 36, 493-503. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58229682007.pdf>.

Menéndez, E., & Martínez, A. (2003). La utilización del Inventario de síntomas de trauma y las experiencias disociativas en una muestra de adultas sobrevivientes de abuso sexual. *Revista Puertorriqueña de Psicología*. 14 (1), 85-106. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4895892>.

Miaja, M. (2014). *El impacto de la alexitimia y la resiliencia en las fases del proceso del duelo en pacientes con cáncer*. (Trabajo de Grado de Doctorado no publicado). Universidad de Nuevo León, Monterrey, México.

Minardi, C., & Paoli, M (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, Caracas, Venezuela.

- Mollica, R. (1999). Efectos psicosociales y sobre la salud mental de las situaciones sociales de violencia colectiva. En P. Pérez (Ed.), *Actuaciones psicosociales en guerra y violencia política* (pp. 45-61). Madrid: Ex Libris.
- Montes, S., Ledesma, R., & Martín, F. (2011). Evaluación Psicométrica de una Versión Modificada de la Escala de Experiencias Disociativas (DES-M). *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 20 (1), 67-90. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281921807006>.
- Moral, J. (2005). La alexitimia en relación con el sexo y el rol de género. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 15 (1), 147-166. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=65415106>.
- Moral, J (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 11 (2), 97- 114. Recuperado de <http://www.journals.unam.mx/index.php/rep/article/view/18555>.
- Moral, J., & Ramos, S. (2015). Violencia de pareja y alexitimia en mujeres neoleonesas. *Acta de Investigación Psicológica*, 5 (1), 1831-1845. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2007471915300041>.
- Organización Panamericana de la Salud (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud: resumen. Washington, D.C: Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud.
- Otero, J (1999). Alexitimia, una revisión. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 19 (72), 587-569. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/viewFile/15668/15527>.
- Páez, D., Martínez-Sánchez, F., Velasco, C., Mayordomo, S., Fernández, I., & Blanco, A. (1999). Validez psicométrica de la Escala de Alexitimia de Toronto: Un estudio transcultural. *Boletín de Psicología*, 63, 55-76.

Recuperado de <http://www.uned.es/dpto-psicologia-social-y-organizaciones/paginas/profesores/ltziar/Boletin99.pdf>.

Palacios, L., & Heinze, G (2002). Trastorno por Estrés Postraumático: una revisión del tema (Primera Parte). *Salud Mental*, 25 (3) 19-26. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2002/sam023c.pdf>.

Parra. A (2007). Interrelación entre disociación, absorción y propensión a la fantasía con experiencias alucinatorias en población no-clínica. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 14 (1) 61-71. Recuperado de <http://www.alcmeon.com.ar/14/53/parra-4.pdf>.

Perdomo, R (2000, Octubre). *Trauma social, violencia y adolescencia*. Artículo presentado en el XIV Congreso Latinoamericano de Psicoterapia Analítica de grupo. Artículo recuperado de <http://www.itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/SigloXXITraumasocialviolenciayadolescencia.htm>.

PTSD: National Center for PTSD (2015). *Women, Trauma, and PTSD*. Recuperado de <http://www.ptsd.va.gov/public/PTSD-overview/women/women-trauma-and-ptsd.asp>.

Rodrigo, G., Lusiardo, M., & Normey, L. (1989). Alexithymia: Reliability and validity of the Spanish versión of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51, 162-168.

Rodrigo, G., Lusiardo, M., & Normey, L. (1992). Factor structure of a Spanish versión of Toronto alexithymia scale. *Psychother Psychosomatics*, 58, 197-201.

Sánchez, T (2014). *Del traumatismo al trauma. Desorganización y resiliencia en la elaboración postraumática*. Artículo presentado en el VII Congreso de la Asociación Española para la Investigación y Desarrollo de la Terapia Familiar, Salamanca, España. Artículo recuperado de <http://www.asociacionpsicoterapiaoskarpfister.com/noticias/novedad/d>

el-traumatismo-al-trauma-desorganizaci-n-y-resiliencia-en-la-elaboraci-n-postraum-tica/7.

- Seijas, R (2013). Trastorno por estrés postraumático y cerebro. *Revista de la Asociación Española de Psiquiatría*, 33 (119), 511-523. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0211-57352013000300004&script=sci_arttext&tlng=pt.
- Spitzer, C., Barnow, S., Freyberger, H., & Grabe, H (2006). Avances recientes en la teoría de la disociación. *World Psychiatry*, 4 (2) 82-86. Recuperado de http://wpanet.org/uploads/Publications/WPA_Journals/World_Psychiatry/Past_Issues/Spanish/wpa-09-2006-spa.pdf#page=20.
- Sundin, E., & Horowitz, M (2002). Impact of Event Scale: psychometric properties. *British Journal of Psychiatry*, 180, 205-209. Recuperado de <http://bjp.rcpsych.org/content/bjprcpsych/180/3/205.full.pdf>
- Taylor, G., & Bagby, M (2004). New Trends in Alexithymia Research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 73 (2), 68-77. Doi: 10.1159/000075537.
- Taylor, G., & Bagby, M (2013). Psychoanalysis and Empirical Research. The Example of Alexithymia. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 61 (3) 99-133. DOI: 10.1177/0003065112474066.
- Tolin, D., & Foa, E (2006). Sex Differences in Trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A Quantitative Review of 25 Years of Research. *Psychological Bulletin*, 132 (6), 959-992. Recuperado de <http://www.apa.org/pubs/journals/releases/bul-1326959.pdf>.
- Van Der Hart, O., & Horst, R (1989). The dissociation theory of Pierre Janet. *Journal of Traumatic Stress*. (2), 4, 397-412. Recuperado de <http://www.onnovdhart.nl/articles/dissociationtheory.pdf>.

- Van Der Kolk, B., & Fislér, R (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8 (4), 505-525. Recuperado de <http://homepage.psy.utexas.edu/Homepage/Class/Psy394U/Bower/03%20Emot,%20Trauma,Mem/dissociat..fragment.%20kolk.pdf>.
- Van Der Kolk, B., Pelcovitz, D., Roth, S., Mandel, F., McFarlane, A., Herman, J (1996). Dissociation, affect dysregulation and somatization: the complex nature of adaptation to trauma. *The American Journal of Psychiatry*, 153, 83-93. Recuperado de <http://www.seforeningen.dk/files/articlefiles/Bibliotek/Offentligeartikler/SYMPTOMER-DIAGNOSER/-%20Dissociation,%20Affect,%20Somatization%20-%20van%20der%20Kolk%20et%20al.pdf>.
- Van Der Kolk, B., & Van Der Hart, O (1989). Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *The American Journal of Psychiatry*, (12) 146 1530-1540. Recuperado de <http://www.recoveryonpurpose.com/upload/Pierre%20Janet%20and%20the%20Breakdown%20of%20Adaptation%20in%20Psychological%20Trauma.pdf>
- Watson, D (2003). Investigating the construct validity of the dissociative taxon: stability analyses of normal and pathological dissociation. *Journal Abnormal*, 112 (2), 298-305. DOI: 10.1037/0021-843X.112.2.298.
- Wright, D., & Loftus, E (1999). Measuring dissociation: Comparison of Alternatives form of the dissociative experiences scale. *The American Journal of Psychology*, 112 (4), 497-519. Recuperado de https://webfiles.uci.edu/eloftus/WrightLoftusDES_AJP99.pdf

ANEXOS

Anexo A: Cuestionario de Eventos Traumáticos- Venezuela
(Cook y Ramos, 2010)

Anexo A: Cuestionario de Eventos Traumáticos- Venezuela (Cook y Ramos, 2010)

Sexo: F

M

Edad: _____ Carrera: _____ Semestre: _____

Pregunta	No	Frecuencia			¿Sentiste amenazada tu integridad físicas o de otros?	¿Sentiste terror, desesperanza u horror intenso?
		Si 1 vez	Si 2- 5 veces	Si Más de 5 veces		
1. ¿Ha vivido algún desastre natural? (deslave, terremoto)					Sí No	Sí No
2. ¿Ha vivido algún incendio o explosión?					Sí No	Sí No
3. ¿Ha tenido algún accidente de transporte?					Sí No	Sí No
4. ¿Ha tenido algún accidente grave en el trabajo, hogar o durante una actividad recreacional?					Sí No	Sí No
6. ¿Ha sido víctima de robo o asalto físico sin arma?					Sí No	Sí No
7. ¿Ha sido amenazado de robo o de asalto físico sin armas?					Sí No	Sí No
8. ¿Ha sido testigo de un robo o de asalto físico sin armas?					Sí No	Sí No

Pregunta	No	Frecuencia			¿Sentiste amenazada tu integridad físicas o de otros?		¿Sentiste terror, desesperanza u horror intenso?	
		Si 1 vez	Si 2- 5 veces	Si Más de 5 veces	Sí	No	Sí	No
9. ¿Ha sido víctima de robo o asalto con un arma?					Sí	No	Sí	No
10. ¿Ha sido amenazado asalto con un arma?					Sí	No	Sí	No
11. ¿Ha sido testigo de asalto con armas?					Sí	No	Sí	No
12. ¿Ha sido víctima de asalto sexual (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 pornografía)?					Sí	No	Sí	No
13. ¿Ha sido amenazado de asalto sexual?					Sí	No	Sí	No
14. ¿Ha sido testigo de asalto sexual?					Sí	No	Sí	No
15. ¿Ha sido víctima de acoso laboral (acoso sexual, abuso de poder, recibir críticas personales constantes por parte de sus supervisores)?					Sí	No	Sí	No
16. ¿Has perdido tu puesto de trabajo involuntariamente? (ej. Despido injusto, , cierre inesperado del lugar de trabajo)					Sí	No	Sí	No

Pregunta	No	Frecuencia			¿Sentiste amenazada tu integridad físicas o de otros?		¿Sentiste terror, desesperanza u horror intenso?	
		Si 1 vez	Si 2-5 veces	Si Más de 5 veces	Sí	No	Sí	No
17. ¿En tu infancia fuiste víctima de abuso sexual (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 pornografía)?					Sí	No	Sí	No
18. ¿En tu infancia fuiste testigo de abuso sexual?					Sí	No	Sí	No
19. ¿En tu infancia fuiste víctima de maltrato físico (algún adulto usó castigo físico que te causara morados, cortadas u hospitalización)?					Sí	No	Sí	No
20. ¿En tu infancia fuiste testigo de maltrato físico?					Sí	No	Sí	No
21. ¿Fuiste víctima de violencia y/o exclusión escolar?					Sí	No	Sí	No
22. ¿Fuiste testigo de violencia y/o exclusión escolar?					Sí	No	Sí	No
23. ¿Has sido perseguido y/o amenazado por pandillas o bandas?					Sí	No	Sí	No
24. ¿Has sido víctima de persecuciones por razones políticas?					Sí	No	Sí	No

Pregunta	No	Frecuencia			¿Sentiste amenazada tu integridad físicas o de otros?		¿Sentiste terror, desesperanza u horror intenso?	
		Si 1 vez	Si 2-5 veces	Si Más de 5 veces	Sí	No	Sí	No
25. ¿Tienes algún familiar, pareja o amigo cercano que se haya visto obligado al exilio?					Sí	No	Sí	No
26. ¿Has sido víctima de un secuestro? (ej. Secuestro express, cautivero, situación de rehenes, etc).					Sí	No	Sí	No
27. ¿Has sido amenazado de secuestro?					Sí	No	Sí	No
28. ¿Tienes algún familiar, pareja o amigo cercano que haya sido víctima de secuestro?					Sí	No	Sí	No
29. ¿Has sido diagnosticado con una enfermedad grave o mortal?					Sí	No	Sí	No
30. ¿Algún familiar, pareja o amigo cercano ha sido diagnosticado con una enfermedad grave o mortal?					Sí	No	Sí	No
31. ¿Has estado a cargo del cuidado de una persona con alguna enfermedad crónica?					Sí	No	Sí	No
32. ¿Has vivido la muerte repentina de un familiar, pareja o amigo cercano?					Sí	No	Sí	No
33. ¿Has presenciado el que cualquier otra persona muera súbitamente o quede gravemente herida?					Sí	No	Sí	No

Pregunta	No	Frecuencia			¿Sentiste amenazada tu integridad físicas o de otros?	¿Sentiste terror, desesperanza u horror intenso?
		Si 1 vez	Si 2-5 veces	Si Más de 5 veces		
34. ¿Has obtenido resultados indeseados de intervenciones quirúrgicas, accidentes?					Sí No	Sí No
35. ¿Has perdido funciones físicas o te han amputado alguna de tus extremidades?					Sí No	Sí No
36. ¿Tu o tu pareja han tenido un embarazo no deseado?					Sí No	Sí No
37. ¿Tu o tu pareja han tenido un aborto?					Sí No	Sí No
38. ¿Has tenido una separación abrupta de tu pareja? (ej. Ruptura, abandono, divorcio)					Sí No	Sí No
39. ¿Has sido víctima de acoso o persecución por razones pasionales? (ej. Ex pareja, admirador).					Sí No	Sí No
40. ¿Has tenido una pérdida significativa de bienes o patrimonio personal o familiar?					Sí No	Sí No
41. ¿Te has mudado de manera inesperada? (ej. Emigrar dentro del mismo país o hacia otro).					Sí No	Sí No
42. ¿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 B: Escala de Alexitimia de Toronto modificada (Toronto Alexithymia Scale, TAS) (Miaja, 2014)

Anexo B. Escala de Alexitimia de Toronto modificada (Toronto Alexithymia Scale, TAS) (Miaja, 2014):

A continuación le vamos a hacer unas preguntas referentes a sus sentimientos y pensamientos. Por favor marca con una equis (X) la opción de respuesta que mejor te caracterice.

1	2	3	4	5
Muy en acuerdo	Algo en acuerdo	Algo en desacuerdo	Desacuerdo	Muy en desacuerdo

1. A menudo estoy confuso(a) con las emociones que estoy sintiendo.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado(a) o enfadado(a).	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
9. Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
10. Estar en contacto con las emociones es esencial.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
13. No sé qué pasa dentro de mí.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado(a).	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
15. Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que profundos dramas psicológicos.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

1	2	3	4	5
Muy en acuerdo	Algo en acuerdo	Algo en desacuerdo	Desacuerdo	Muy en desacuerdo

17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()
20. Analizar y buscar significados profundos a películas, espectáculos o entretenimientos disminuye el placer de disfrutarlos.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()	5 ()

Anexo C: Escala de impacto del estresor revisada (EIE- R)
(Caamaño, et al., 2011)

Anexo C. Escala de impacto del estresor revisada (EIE- R) (Caamaño, et al., 2011):

A continuación se le presentan una serie de afirmaciones, para responder a ellas piense en el suceso que le causó más impacto de los delitos que ha vivido recientemente e indique si se ha sentido de manera cómo lo indican las afirmaciones en los últimos 7 días.

1	2	3	4	
Nunca	Rara vez	A veces	A menudo	
1. Cualquier recuerdo me hacía volver a sentir lo que sentí antes.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
2. Tenía problemas para permanecer dormido.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
3. Otras cosas me hacían pensar en el suceso.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
4. Me sentía irritable y enojado.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
5. Procuraba no alterarme cuando pensaba o recordaba lo sucedido.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
6. Pensaba en ello aun cuando no quería.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
7. Sentía como si no hubiese sucedido o no fuese real.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
8. Me mantenía lejos de cualquier cosa que me recordara lo sucedido.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
9. Imágenes del suceso asaltaban mi mente.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
10. Me sobresaltaba y asustaba fácilmente.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
11. Intentaba no pensar en el suceso.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
12. Me daba cuenta de que quedaban muchos sentimientos sin resolver.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
13. Mis sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
14. Me encontraba como si estuviese funcionando o sintiendo como durante el evento.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
15. Tenía problemas para conciliar el sueño.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
16. Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
17. Intentaba apartar el suceso de mi memoria	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
18. Tenía problemas de concentración.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
19. Cosas que me recordaban lo sucedido me causaban reacciones fisiológicas tales como transpiración, dificultad al respirar, náuseas o taquicardia.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
20. Soñaba con lo sucedido.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
21. Me sentía vigilante y en guardia.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()
22. Intentaba no hablar de ello.	1 ()	2 ()	3 ()	4 ()