

Análisis Psicométrico Preliminar de la Escala de Trauma de Davidson en adolescentes chilenos¹

Preliminary Psychometric examination of the Davidson Trauma Scale: A study on Chileans adolescent

Cristóbal Guerra

Pontificia Universidad Católica de Chile

Patricia Martínez

Corporación de Asistencia Judicial de la Región de Valparaíso

Carolina Ahumada y Marcelo Díaz

(Rec: junio 2013 – Acep: octubre 2013)

Resumen

La Escala de Trauma de Davidson (DTS) mide la frecuencia y gravedad del Estrés Postraumático. Dado que en Chile existe escasez de datos respecto de la validez y confiabilidad de instrumentos para medir este trastorno, se examinan las propiedades psicométricas de la escala. Participaron 130 adolescentes de entre 13 y 18 años ($M = 15,78$; $DT = 1,40$). Participaron pacientes traumatizados y adolescentes de la población general. Los participantes respondieron la DTS, una escala de depresión y otra de ansiedad. La DTS obtuvo adecuada consistencia interna, mostró validez convergente (correlacionó de forma moderada, directa y significativa con escalas de depresión y ansiedad) y discriminó entre la muestra clínica y general. La DTS parece ser un instrumento válido y confiable en adolescentes chilenos.

Palabras clave: estrés postraumático, confiabilidad, validez.

Abstract

Davidson Trauma Scale (DTS) measures the frequency and severity of the Posttraumatic Stress Disorder PTSD. Since Chile has limited data about validity and reliability of instruments to measure PTSD, this study evaluated psychometric properties of the scale in a sample of 130 adolescents between 13 and 18 years ($M = 15,78$; $DT = 1,40$). Some of them were traumatized patients and others were from general population. They answered the DTS, a depression and an anxiety scale. The scale obtained adequate internal consistency scores, showed convergent validity (DTS score was associated moderately, directly and significantly with depression and anxiety scores), and discriminated between clinical sample and general population. DTS seems to be a valid and reliable instrument in Chilean adolescents.

Keywords: Posttraumatic Stress Disorder, Reliability, Validity.

¹ Este estudio fue realizado, en parte, con los aportes de la Beca Doctoral otorgada por la Comisión Nacional de Ciencia y Tecnología (CONICYT) al primer autor.

Introducción

El Estrés Postraumático (TEPT) es un trastorno de ansiedad que aparece cuando el individuo ha estado expuesto a un peligro para su vida o para su seguridad (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2000). También se ha descrito que el TEPT puede aparecer cuando la persona observa situaciones que ponen en peligro a otros. Las personas con TEPT presentan síntomas intrusivos (Criterio B; ejemplo: *recuerdos y pesadillas*), evitativos (Criterio C; ejemplo: *evitan exponerse a estímulos que les recuerdan el hecho*) y de activación fisiológica (Criterio D; ejemplo: *irritabilidad e hiper-alerta*). Se ha establecido que este trastorno presenta comorbilidad con la Depresión (Başoğlu, Kiliç, Salcioğlu & Livanou, 2004), como asimismo con otros trastornos de Ansiedad (Kessler et al., 1995; Breslau, Davis, Andreski & Oeterson, 1991).

El TEPT es común en sobrevivientes de distintos hechos traumáticos entre los que se destacan los desastres naturales (Bokszczanin, 2007), los accidentes (Cieslak, Benight & Lehman, 2008) y los delitos como el abuso sexual infantil (Echeburúa & De Corral, 2006).

Internacionalmente existen varios instrumentos para medir la frecuencia del TEPT (Blake et al., 1990; Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasúa, 1997). En Chile únicamente se cuenta con la Escala Infantil de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Child Ptsd Symptom Scale, CPSS; Foa, Johnson, Feeny & Treadwell, 2001) que según análisis preliminares presenta adecuada fiabilidad y validez en niños y adolescentes víctimas de abuso sexual (Bustos, Rincón & Aedo, 2009).

Se considera necesario contar con instrumentos alternativos para medir el TEPT en adolescentes chilenos ya que Chile es un país que habitualmente es afectado por desastres naturales como los terremotos y, según algunas estadísticas gubernamentales, existiría un aumento de denuncias por delitos graves, entre los que destacan el abuso sexual (Ministerio del Interior, 2010). Además de lo anterior y a través de los medios masivos de comunicación, la población general está expuesta, al menos indirectamente, a traumas extremos ocurridos en todo el mundo, como por ejemplo los atentados terroristas y las guerras (Carvajal, 2011).

Respecto a la incidencia del TEPT post terremoto, se ha observado una prevalencia de TEPT de 19,3% después del que afectó a Chile en 1985 (Durkin (1993) y de 20,4% en adolescentes luego del terremoto de febrero de 2010 (Díaz, Quintana & Vogel, 2012). En tanto, se ha observado que el 85% de las víctimas chilenas de

abuso sexual infantil reportan síntomas ansiosos, dentro de los que se encuentra el TEPT (Navarro, Carrasco & Aliste, 2003).

Conocer la validez y fiabilidad de instrumentos de evaluación del TEPT es útil tanto en el área diagnóstica y clínica, como en áreas externas al ámbito sanitario, como por ejemplo el ámbito judicial (cada vez más exigente en lo referido a los instrumentos utilizados para acreditar daño moral *post* evento traumático).

El objetivo del presente estudio es evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Trauma de Davidson (DTS; Davidson et al., 1997) en una muestra de adolescentes residentes en Chile. Como se ha señalado, el estudio posee relevancia ya que existe escasez de instrumentos validados a nivel nacional.

La DTS posee 17 ítems basados en los criterios B (ítems 1 a 5), C (ítems 6 a 12) y D (ítems 13 a 17) del TEPT (APA, 2000). En términos operativos, la DTS se divide en dos escalas con formato de respuesta independiente: la escala de frecuencia de síntomas de TEPT y la escala de gravedad de síntomas de TEPT. La ventaja de la DTS, en relación a la CPSS, es que esta última sólo indica la frecuencia de los síntomas, pero no su gravedad. Se considera relevante contar con un instrumento que dé cuenta de la frecuencia y también de la gravedad de los síntomas de TEPT en adolescentes, ya que contar con esa información puede ser útil en la planificación, ejecución y evaluación de tratamientos psicológicos.

El estudio de validación original de la DTS fue realizado en Estados Unidos con veteranos de guerra, víctimas de violación y víctimas de un huracán (Davidson et al., 1997). La escala mostró fiabilidad (*test-retest* y consistencia interna), validez concurrente (en comparación con una entrevista estructurada), validez convergente (sus puntuaciones se relacionaron con otras medidas de traumatización y ansiedad) y discriminante (sus puntuaciones no se relacionaron con una medida de personalidad).

La DTS ha sido traducida al castellano en España (Bobes et al., 2000), demostrando índices psicométricos adecuados (confiabilidad *test-retest*, consistencia interna y discriminación entre las puntuaciones obtenidas por una muestra clínica en comparación a un grupo control).

Este estudio pretende obtener resultados similares a los de investigaciones precedentes. En particular, se espera que la DTS presente consistencia interna, se relacione con medidas de constructos teóricamente convergentes (depresión y ansiedad) y que discrimine entre población clínica y población general. Se ha elegido

evaluar la validez convergente de la escala mediante el examen de su relación con la depresión y ansiedad, ya que, teóricamente se ha establecido la relación entre dichos constructos (APA, 2000) y estudios previos la han confirmado (Başoğlu et al, 2004; Davidson et al., 1997; Guerra y Saiz, 2007).

Método

Participantes

Participaron 130 adolescentes de la Región de Valparaíso de nivel socioeconómico medio; 90 mujeres (69,2%) y 40 hombres (30,8%). La edad fluctuó entre los 13 y 18 años ($M = 15,78$; $DT = 1,40$).

Para el análisis de la capacidad de discriminación de la escala, la muestra se subdividió en dos grupos, siendo el primero una sub-muestra clínica ($n = 38$), con adolescentes que se encontraban iniciando tratamiento en un centro especializado en traumas (92,1% abusados sexualmente y 7,9% víctimas de otros delitos). A este grupo se le aplicó la batería de instrumentos dentro de las 3 primeras sesiones. La edad media de la sub-muestra clínica fue de 15,42 años ($DT = 1,85$), y estuvo mayoritariamente constituida por mujeres (89,5%). La sub-muestra control fue recogida en establecimientos educacionales. Originalmente estuvo integrada por los 92 adolescentes restantes, pero finalmente sólo se consideraron a 71 adolescentes que no reportaron la vivencia de un trauma (accidentes, asaltos, agresiones u otros) durante el último año y que no estaban en tratamiento psicológico o psiquiátrico. La edad media del grupo control fue de 15,93 años ($DT = 1,49$) y estuvo constituida por 57,7% mujeres. No existieron diferencias significativas en la edad de ambos grupos ($t[107] = -1,789$; $p > 0,05$), pero sí en la distribución por género ($\chi^2 [1] = 11,609$; $p < 0,01$).

Instrumentos

Se utilizaron los siguientes cuatro instrumentos:

Escala de trauma de Davidson (DTS; Davidson et al., 1997, traducida al Español por Bobes et al., 2000). Se trata de una escala autoadministrada de 17 ítems que evalúan la frecuencia y la gravedad de los síntomas de TEPT durante la última semana. Pese a que los 17 ítems son los mismos en la escala de frecuencia y gravedad, el formato de respuesta varía en cada una de estas subescalas. El formato de respuesta ofrece

5 alternativas para “frecuencia” (de 0 = *nunca* a 4 = *todos los días*) y 5 para “gravedad” (de 0 = *nada* a 4 = *extremadamente alta*). Mason, Lauterbach, McKibben, Lawrence & Fauerbach (2013), sugieren considerar una puntuación total, obtenida de la sumatoria del puntaje de las respuestas dadas tanto en la “frecuencia” como en la “gravedad” de cada síntoma. La puntuación total oscila entre 0 y 136 (a mayor puntuación, mayor incidencia del TEPT). Davidson et al., (1997) establecen como criterio de corte los 40 puntos². Para hacer más entendible el lenguaje por parte de los adolescentes chilenos, se hicieron las siguientes modificaciones a la versión española: En los ítems 1 a 4 y 6 a 8 se cambió la palabra “acontecimiento” por “hecho traumático”; en el ítem 5 se eliminó la palabra “disnea”; en el ítem 14 modificó “accesos” por “explosiones”; en el ítem 16 se cambió la expresión “en guardia” por “en alerta”.

Inventario de Depresión de Beck (Beck, Rush, Shaw & Emery, 2002). Cuestionario de 21 ítems que evalúan síntomas depresivos. La puntuación total varía de 0 a 63, a mayor puntuación mayor sintomatología depresiva. En este estudio presentó un alfa de Cronbach de 0,91.

Escala de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1982). Cuestionario que evalúa la ansiedad mediante dos sub-escalas: *Ansiedad como Estado Actual* y *Ansiedad como Rasgo de Personalidad*. La puntuación para cada sub-escala oscila entre 0 y 60 (a mayor puntaje, mayor ansiedad). En este estudio la sub-escala *Estado* obtuvo un alfa de cronbach de 0,93 y la de *Rasgo* uno de 0,91.

Cuestionario socio-demográfico. En 5 preguntas se consultó a los adolescentes respecto de su edad, género, donde estaba para el terremoto que afectó Chile el 27 de febrero de 2010, si había estado expuesto a algún hecho traumático durante el último año y si había asistido a tratamiento psicológico o psiquiátrico el último año. Este instrumento fue aplicado para filtrar a los adolescentes del grupo control (para excluir a aquellos que, pese a no asistir a un centro especializado, sí experimentaron traumas recientemente).

Procedimiento

Para acceder a la sub-muestra clínica se solicitó autorización a los directivos de un centro especializado en trauma de la Región de Valparaíso quienes revisaron

² Para acceder a la versión española de la escala se sugiere revisar Bobes, Portilla, Bascarán, Saiz & Bouscoño (2002) disponible en internet en <http://www.unioviado.es/psiquiatria/familias/auxiliar/DTS-Davidson.pdf>

el proyecto y velaron por el cumplimiento de los aspectos éticos generales y asociados a la Convención de los Derechos de los Niños (UNICEF, 1989). Luego, se solicitó el consentimiento informado a los adolescentes (y a sus padres o tutores en caso de los menores de edad). En concreto, se pidió autorización para incluir en el estudio, de forma anónima, los protocolos de las escalas que habían sido aplicados previamente en el centro especializado dentro de la fase diagnóstica.

Para acceder a la población general se solicitó autorización a los directivos de dos colegios de la Región de Valparaíso. Los directivos, luego de consultar con miembros del consejo docente, autorizaron la aplicación de las escalas a los adolescentes. Adicionalmente, se solicitó autorización a los padres, vía firma de consentimiento informado, y a los propios adolescentes. En este caso, se realizó una aplicación grupal de la batería de instrumentos a todos los adolescentes autorizados y que voluntariamente deseaban participar. Los instrumentos fueron aplicados al interior de las salas de clases. Además se solicitó la participación de un curso de 1° año de psicología, quienes dieron su consentimiento para ser incluidos en el estudio.

Los instrumentos fueron aplicados entre marzo de 2011 y diciembre 2012, en el caso de la muestra clínica y entre septiembre y diciembre de 2012 para la población general. Dado que la DTS requiere ser respondida respecto de un evento traumático específico, se les solicitó a los adolescentes de la muestra clínica que respondieran aludiendo al trauma que motivó su ingreso al centro especializado. A los de la población general se les pidió que respondieran aludiendo al terremoto que afectó a Chile el 27 de febrero de 2010.

Se excluyó del grupo control a quienes experimentaron traumas recientes y/o estaban en tratamiento

psicológico o psiquiátrico. Hay que destacar que, para evitar una posible victimización secundaria, se utilizaron como filtro sólo dos preguntas generales, con formato de respuesta dicotómico (“Durante los últimos 12 meses ¿has sufrido algún hecho traumático [ej.: accidentes, asaltos, agresiones u otros]?”; “Durante los últimos 12 meses: ¿has ido al psicólogo o psiquiatra?”). Además, se indicó a los adolescentes, padres y directivos de los colegios que, de existir casos de traumas que requieran atención profesional, podían dirigirse al centro especializado en trauma que cooperó con el estudio. Lo anterior fue referido tanto verbalmente como por escrito, además de proporcionar los datos de contacto de dicho centro.

Una vez aplicados los instrumentos, los datos fueron analizados con el programa SPSS 17.0.

Resultados

Se evaluó la fiabilidad, la validez convergente y la capacidad de discriminación del instrumento. Todos los análisis se realizaron utilizando el puntaje de las escalas de “frecuencia” y de “gravedad”, y el puntaje total de la DTS (sumatoria de frecuencia y gravedad).

La fiabilidad fue evaluada mediante el análisis de consistencia interna. Tal como se esperaba, la DTS obtuvo adecuados niveles de consistencia interna. Específicamente, la escala obtuvo un alfa de Cronbach de 0,92 para “frecuencia”, 0,94 para “gravedad” y 0,94 para la escala total. Además, como se observa en la Tabla 1, todos los ítems se relacionaron con sus respectivas escalas (sobre 0,35) y la eliminación de ninguno de ellos aumentaría la fiabilidad de la escala (tanto a nivel de frecuencia y gravedad como a nivel de la escala total).

Tabla 1

Correlación ítem-total corregida y alfa si se elimina el ítem las subescalas de "frecuencia", "gravedad" y DTS Total (n = 130)

Ítem	Criterio DSM-IV	Subescala "Frecuencia"		Subescala "Gravedad"		DTS Total	
		Correlación ítem-Test Corregida	Alfa si se Elimina el ítem	Correlación ítem-Test Corregida	Alfa si se Elimina el ítem	Correlación ítem-Test Corregida	Alfa si se Elimina el ítem
1	B1	0,64	0,92	0,76	0,94	0,76	0,94
2	B2	0,52	0,92	0,68	0,94	0,63	0,94
3	B3	0,38	0,92	0,47	0,95	0,45	0,94
4	B4	0,79	0,92	0,85	0,94	0,84	0,94
5	B5	0,63	0,92	0,71	0,94	0,69	0,94
6	C1	0,77	0,91	0,81	0,94	0,81	0,94
7	C2	0,77	0,91	0,77	0,94	0,81	0,94
8	C3	0,36	0,92	0,60	0,94	0,52	0,94
9	C4	0,70	0,91	0,80	0,94	0,78	0,94
10	C5	0,68	0,92	0,72	0,94	0,72	0,94
11	C6	0,49	0,92	0,54	0,94	0,54	0,94
12	C7	0,60	0,92	0,64	0,94	0,63	0,94
13	D1	0,60	0,92	0,64	0,94	0,64	0,94
14	D2	0,70	0,92	0,68	0,94	0,72	0,94
15	D3	0,60	0,92	0,63	0,94	0,63	0,94
16	D4	0,64	0,92	0,66	0,94	0,68	0,94
17	D5	0,67	0,92	0,73	0,94	0,73	0,94

Por otro lado, para evaluar la validez convergente de la escala se examinó la relación de las puntuaciones de la DTS con las puntuaciones de las escalas de depresión y de ansiedad (estado y rasgo). Tal como era de esperarse, por tratarse de constructos teóricamente relacionados, las distintas puntuaciones de la DTS se relacionaron de manera directa entre sí y también con

la medida de depresión ($M = 12,42$; $DT = 10,23$), de ansiedad estado ($M = 21,28$; $DT = 12,72$) y de ansiedad rasgo ($M = 24,52$; $DT = 12,34$). Lo anterior indica que aquellos adolescentes que presentaron mayores puntuaciones en la DTS también fueron los que mayores puntuaciones obtuvieron en las mediciones de depresión y ansiedad.

Tabla 2
Correlaciones r de Pearson entre las puntuaciones de la DTS y criterios externos

Crterios Externos	DTS Frecuencia	DTS Gravedad	DTS Total
Depresión (n = 127)	0,73*	0,74*	0,75*
Ansiedad-estado (n = 127)	0,57*	0,56*	0,57*
Ansiedad-rasgo (n = 128)	0,66*	0,66*	0,67*
DTS total (n = 130)	0,98*	0,99*	
DTS gravedad (n = 130)	0,94*		

Los diferentes n se deben a la omisión de respuestas. * $p < 0,01$.

En todos los análisis precedentes se consideró la muestra total de 130 adolescentes. No obstante, para evaluar la capacidad de discriminación de la escala únicamente se consideró a los adolescentes de la sub-muestra clínica ($n = 38$) y a los adolescentes de la sub-muestra general que no habían experimentado traumas ni se encontraban en tratamiento de salud mental durante el último año y, por tanto, calificaron para ser considerados como grupo control ($n = 71$).

Se comparó el puntaje medio de la sub-muestra clínica con el del grupo control, tanto en la puntuación de frecuencia y gravedad como en la DTS total. En los tres casos la muestra clínica puntuó más alto que el grupo control (para ver los puntajes promedio revisar la tabla 3). Los análisis con la prueba *t de student* indican que estas diferencias son significativas en todas las comparaciones: frecuencia ($t[107] = 13,141$; $p < 0,01$), gravedad ($t[107] = 14,632$; $p < 0,01$) y DTS total ($t[107] = 14,550$; $p < 0,01$). Además, como se aprecia en la Tabla 3, el puntaje de la sub-muestra clínica en la DTS total, está por sobre el punto de corte propuesto por Davidson et al. (1997) y el del grupo control está por debajo de él. Estos resultados sugieren que la escala discrimina de forma adecuada entre ambos grupos.

No obstante lo anterior, dado que se observó una diferencia en la proporción de hombres y mujeres en ambos grupos (89,5% de mujeres en la sub-muestra clínica vs. 57,7% en el grupo control) existe la

probabilidad de que la diferencia entre ambos grupos, en la puntuación media de la DTS, esté influida por el género. Esta posibilidad se fundamenta en que se ha descrito una mayor incidencia del TEPT en mujeres (Pérez-Benítez et al., 2009).

Debido a lo anterior se decidió repetir el análisis comparativo entre ambas partes de la muestra total, pero esta vez incluyendo sólo a adolescentes del mismo género (ver Tabla 3). El resultado indica que las mujeres de la muestra clínica ($n = 34$) obtuvieron un puntaje mayor que las mujeres del grupo control ($n = 42$). Según la prueba *t de student* esta diferencia fue significativa en el caso de frecuencia ($t[74] = -10,470$; $p < 0,01$), gravedad ($t[74] = -11,798$; $p < 0,01$) y DTS total ($t[74] = -11,750$; $p < 0,01$). Si bien los puntajes de los hombres son sistemáticamente menores que los de las mujeres, cuando se compara a los hombres de la muestra clínica ($n = 4$) con los hombres del grupo control ($n = 29$) también se observan diferencias significativas: frecuencia ($t[31] = -5,178$; $p < 0,01$); gravedad ($t[31] = -5,669$; $p < 0,01$); DTS total ($t[31] = -6,609$; $p < 0,01$). En los tres casos los hombres del grupo clínico puntúan más alto que los del grupo control. Finalmente, como se observa en la Tabla 3, mujeres y hombres del grupo clínico puntúan sobre el puntaje de corte de la DTS total (Davidson et al., 1997), en tanto mujeres y hombres del grupo control no sobrepasan dicho puntaje.

Tabla 3
Puntajes promedio de la muestra total y de ambas submuestras divididas por género.

	Frecuencia M (DT)	Gravedad M (DT)	DTS Total M (DT)
Grupo clínico (n = 38)	28,61 (10,57)	30,74 (10,45)	59,34 (19,76)
Mujeres (n = 34)	29,68 (8,81)	31,68 (10,38)	61,35 (19,34)
Hombres (n = 4)	19,50 (4,88)	22,75 (8,30)	42,25 (16,36)
Total grupo control (n = 71)	7,00 (6,57)	6,44 (6,82)	13,44 (13,04)
Mujeres (n = 42)	8,64 (7,12)	7,90 (7,14)	16,55(13,86)
Hombres (n = 29)	4,62 (4,88)	4,31 (5,81)	8,93 (10,42)

Discusión

La presente investigación tuvo como objetivo examinar las propiedades psicométricas de la DTS en adolescentes chilenos.

Los resultados indican que las puntuaciones de la DTS (frecuencia, gravedad y total) son confiables y no parece recomendable la eliminación de ninguno de los ítems (todos se asocian a ella y la eliminación de ninguno aumenta la confiabilidad). De la misma forma, la validez convergente de la escala es apoyada por la relación observada entre sus puntuaciones con las puntuaciones de constructos teóricamente asociados como la depresión y la ansiedad (Başoğlu et al, 2004; Davidson et al., 1997; Guerra & Saiz, 2007).

Por otro lado, si bien los resultados confirman la influencia del género en las puntuaciones de la DTS (ya que las mujeres puntúan más alto que los hombres tanto en la sub-muestra clínica como control) se aprecia que sistemáticamente las y los adolescentes de la sub-muestra clínica puntúan más alto que sus congéneres del grupo control. Por otro lado, en promedio, tanto hombres como mujeres de la sub-muestra clínica puntúan por sobre el punto de corte propuesto por Davidson, et al. (1997), en tanto los del grupo control puntúan muy por debajo de él. Todo lo anterior apoya la capacidad de la DTS para diferenciar entre adolescentes con y sin TEPT, más allá de las diferencias por género. Esto es similar a lo observado en el estudio de validación español (Bobes et al., 2000) y parece indicar que la DTS es útil como instrumento de apoyo en el diagnóstico del TEPT.

En conclusión, los resultados obtenidos en el presente estudio permiten considerar preliminarmente a la DTS como un instrumento fiable y válido en población de adolescentes en Chile.

Dado que el estudio se realizó con una muestra pequeña, se hace necesario que futuras investigaciones trabajen con muestras más amplias, representativas que confirmen o refuten los resultados de este estudio. Es necesario que futuros estudios incluyan una proporción similar de hombres y mujeres, y que incluyan participantes de diferente estrato socioeconómico. Además, dadas las diferencias observadas por género, parece pertinente calcular normas de interpretación diferenciadas para hombres y mujeres. Así mismo sería relevante realizar futuros estudios de validación con otros grupos etarios igualmente afectados por eventos traumáticos en Chile (ej. adultos).

Por otro lado, sería pertinente que futuras investigaciones tendientes a delimitar las propiedades psicométricas de la escala evalúen su estructura factorial, ya que éste es un tema aún controversial en la literatura (Mason et al. 2013).

Referencias

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2000). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales - DSM-IV TR*. Barcelona: Masson.
- Başoğlu, M., Kiliç, C., Salcioğlu, E. & Livanou, M. (2004). Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: an epidemiological study. *Journal of Traumatic Stress, 17*(2), 133-141.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, F. B. & Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D., Klauminzer, G., Charney, D. & Keane, T. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-I. *Behavior Therapist, 13*, 187-188.
- Bobes, J. Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P. & Bousoño, M. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Barcelona: Psiquiatría Editores, S.L.
- Bobes, J., Calcedo-Barba, A., García, M., François, M., Rico-Villademoros, E., González, M., Bascarán, M., Bousoño, M. & Grupo español de trabajo para el estudio del trastorno por estrés posttrau-

- mático (2000). Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático. *Actas Especialidad Psiquiatría* 2000, 28(4), 207 - 218.
- Bokszczanin, A. (2007). PTSD symptoms in children and adolescents 28 months after a flood: Age and gender differences. *Journal of Traumatic Stress*, 20, 347-351.
- Breslau, N., Davis, G. C., Andreski, P., Oeterson, E. (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry*, 48, 216-222.
- Bustos, P., Rincón, P. & Aedo, J. (2009). Validación preliminar de la Escala infantil de síntomas de estrés postraumático (Child PTSD symptom scale, CPSS) en niños/as y adolescentes víctimas de violencia sexual. *Psykhé*, 18(2), 118-126.
- Carvajal, C. (2011). Trauma y estrés postraumático: algunas reflexiones. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 49(3), 221-224.
- Cieslak, R., Benight, C. & Lehman, V. (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. *Behavior Research and Therapy*, 46, 788-798.
- Davidson, J. R. T., Book, S. W., Colket, J. T., Tupler, L. A., Roth, S., David, D., Hertzberg, M., Mellman, T., Beckham, J. C., Smith, R., Davison, R. M., Katz, R. & Feldman, M. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*, 27, 153-160.
- Díaz, C. A. Quintana, G. R. & Vogel, E.H. (2012). Depression, Anxiety and Post-Traumatic Stress Disorder Symptoms in Adolescents Seven Months after the February 27 2010 Earthquake in Chile. *Revista Terapia Psicológica*, 30(1), 37-43.
- Durkin, M. (1993). Major depression and post-traumatic stress disorder following the Coalinga and Chile earthquakes: A cross-cultural comparison. *Journal of Social Behavior and Personality*, 8, 405-420.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Zubizarreta, I. & Sarasúa, B. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-26.
- Echeburúa, E. & de Corral P. (2006). Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuaderno Medicina Forense*, 12(43-44), 75-82.
- Foa, E., Johnson, K., Feeny, N. & Treadwell, K. (2001). The Child PTSD Symptom Scale: A preliminary examination of its psychometric properties. *Journal of Clinical Child Psychology*, 30, 376- 384.
- Guerra, C., y Saiz, J. L. (2007). Examen psicométrico de la Escala de estrés traumático secundario: Un estudio en profesionales chilenos. *Psicología Conductual*, 15(3), 441- 456.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- King, D., Leskin, G., King, L. & Weathers, F. (1988). Confirmatory factor analysis of the Clinician-Administered PTSD Scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment*, 10, 90-96.
- Mason, S. T., Lauterbach, D., McKibben, J. B. A., Lawrence, J. W. & Fauerbach, J. A. (2013). Confirmatory Factor Analysis and Invariance of the Davidson Trauma Scale (DTS) in a Longitudinal Sample of Burn Patients. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy*, 5(1), 10- 17.
- Ministerio del Interior (2010). *Información de denuncias y detenciones de Carabineros de Chile sobre delitos violentos contra las personas (período 2005- 2009)*. Recuperado de: http://www.seguridadpublica.gov.cl/datos_por_sexo_y_edad.html.
- Navarro, C., Carrasco, E. & Aliste, M. (2003). Diagnóstico psicosocial de menores víctimas de agresiones sexuales: Un estudio descriptivo. *Anales V Congreso Iberoamericano de Psicología Jurídica* (pp. 89-108). Santiago, Chile.
- Pérez-Benítez, C., Vicente, B., Zlotnik, C., Khon, R., Johnson, J., Valdivia, S. & Rioseco, P. (2009). Estudio epidemiológico de sucesos traumáticos, trastorno de estrés post-traumático y otros trastornos psiquiátricos en una muestra representativa de Chile. *Salud Mental*, 31, 145-153.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R. (1982). *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- UNICEF (1989). *Convención internacional sobre los derechos de los niños*. Recuperada de <http://www.unicef.cl/unicef/index.php/Texto-Oficial-de-la-Convencion>.