



Conceptos fundamentales de Victimología

Antonio Ceverino Domínguez.

Psiquiatra. Instituto Victimología.

1. Victimología. Concepto, objeto de estudio

La victimología (derivado del inglés *Victimology*) es una disciplina cuyo origen se sitúa a mediados del siglo pasado, concretamente en el trabajo de Von Henting “The criminal and his victim” en 1948, en el que trataba de poner de relieve la figura de la víctima, habitualmente olvidada por la criminología tradicional. Surge por tanto como una rama de la criminología y dedicada al estudio del otro elemento integrante de la “pareja criminal”, la víctima. Los primeros pasos de la disciplina se orientaron hacia el desarrollo de tipologías victimales (en correspondencia con las tipologías criminales tan extendidas en aquella época) y el análisis los factores de la víctima que precipitaban el acto criminal. Con posterioridad, en su evolución, la victimología terminó ocupándose también de las consecuencias de las agresiones que un ser humano sufre a manos de otro, y así, en las últimas décadas ha desarrollado un mayor interés por las consecuencias persistentes del trauma en la víctima y, sobre todo, por la mayor importancia relativa de las repercusiones psíquicas sobre las secuelas puramente físicas.

Esta transformación (de la atención a la víctima como precipitante del acto criminal a la consideración de las consecuencias del acontecimiento traumático en ella) representa un primer paso en el desarrollo de la disciplina, pero aún se produce un paso más, referido al objeto de estudio material. Si en un primer momento la victimología se ocupa, en un sentido estricto, de las víctimas de hechos delictivos, de violencia interpersonal de tipo criminal, con posterioridad da cabida a un concepto más amplio de víctima, las víctimas de otros acontecimientos traumáticos de carácter no delictivo¹. Así, en este sentido más amplio, se habla también de víctimas de catástrofes naturales o accidentales, pero también de víctimas de situaciones en las que, aunque existe un ofensor identificable, pese a su proximidad con lo penal, no pueden ni deben ser concebidas como hechos delictivos. Nos referimos a hechos como el *stalking* (acecho, con connotaciones predatorias), *bullying* (acoso o intimidación entre iguales, sobre todo entre adolescentes y escolares), *mobbing* (acoso laboral), las conductas de negligencia hacia menores o ancianos, o las diversas modalidades de acoso moral. Esta extensión o ampliación del objeto de estudio material, que no está libre de controversias, signa, para algunos autores, la diferencia entre una Victimología general y una Victimología penal o criminológica.

¹ Tamarit Sumilla JM. La victimología: cuestiones conceptuales o metodológicas. En: Baca Baldomero E, Echeburúa Odriozola E, Tamarit Sumilla JM. Manual de Victimología. Tirant Lo Blanch. Valencia, 2006.

A esta extensión del concepto de víctima, fuera de lo penal o criminal, se añade una más: la que distingue las víctimas directas –que designan a los sujetos expuestos directamente al evento traumático- de las víctimas indirectas –constituidas por las personas que han sido testigos directos del trauma sin haber sido, a pesar de ello, afectados personalmente-. Las víctimas indirectas pueden tener grados diferentes de relación con la víctima directa; así, pueden ser familiares, amigos o vecinos o pueden estar implicados profesionalmente en el acontecimiento (policías, bomberos, personal sanitario o de emergencias, etc). Aunque se pensaba que la repercusión del acontecimiento traumático es menor en las víctimas indirectas sin relación estrecha con la víctima directa (bien por parentesco, bien por amistad) y que los profesionales implicados en el acontecimiento se encontraban en cierta forma protegidos precisamente por su identidad profesional, la experiencia de las recientes catástrofes han puesto en cuestión estas hipótesis². La afectación de las personas que entran en contacto con la víctima y que pueden experimentar trastornos emocionales y ser víctimas indirectas y secundarias del trauma ha sido denominada “traumatización secundaria”³, e ilustra una de las características fundamentales del trauma, que es su “contagiosidad”⁴.

Concluyendo, para Tamarit⁵ la victimología puede definirse hoy como la ciencia multidisciplinar que se ocupa del conocimiento de los procesos de victimación y desvictimación, es decir del estudio del modo en que una persona deviene víctima, de las diversas dimensiones de la victimación (primaria, secundaria y terciaria) y de las estrategias de prevención y reducción de la misma, así como del conjunto de respuestas sociales, jurídicas y asistenciales tendientes a la reparación y reintegración social de la víctima. Y, también más inclinada hacia una definición amplia, el Instituto de Victimología define a la víctima como “toda persona afectada por un acontecimiento traumático, sea éste de la naturaleza u origen que sea. Asimismo, es víctima aquella que sufre las consecuencias de una agresión aguda o crónica, intencionada o no, física o psicológica, por parte de otro ser humano”.

Victimización y desvictimación

La victimización es el proceso por el que una persona sufre las consecuencias de un hecho traumático. En el estudio del proceso de victimación hay que considerar dos dimensiones: los factores que intervienen en la precipitación del hecho delictivo o (en la versión extendida del concepto de víctima) traumatizante, y, por otra parte, los factores que determinan el impacto de tal hecho sobre la víctima. En este sentido se establece la distinción entre *víctimas de riesgo* (aquella persona que tiene más probabilidad de ser víctima) y *víctima vulnerable* (aquella que, cuando ha sufrido una agresión, queda más afectada por lo ocurrido en función de una situación de precariedad material, personal, emocional, etc). La literatura victimológica clásica se centró en la primera dimensión, y de

² Baca E, Cabanas ML, Baca-García E. El proyecto Fénix: un estudio sobre las víctimas del terrorismo en España. Resultados preliminares. En: Baca E, Cabanas ML (eds). Las víctimas de la violencia. Madrid: Estudios psicopatológicos. Triacastela. Instituto de Victimología. Fundación Archivos de Neurobiología, 2003, 139-185.

³ Sánchez A. La evaluación psiquiátrica de las víctimas. En: Baca E, Cabanas ML (eds). Las víctimas de la violencia. Madrid: Estudios psicopatológicos. Triacastela. Instituto de Victimología. Fundación Archivos de Neurobiología, 2003, 1117-38.

⁴ Terr LC. Family anxiety after traumatic events. J Clin Psychiatr 1989;50:15-9.

⁵ Tamarit Sumilla JM. La victimología: cuestiones conceptuales o metodológicas. En: Baca Baldomero E, Echeburúa Odriozola E, Tamarit Sumilla JM. Manual de Victimología. Tirant Lo Blanch. Valencia, 2006.

ahí su interés en el desarrollo de las tipologías victimales, hoy objeto de un cierto descrédito. Con posterioridad, la victimología se ha orientado a un concepto de victimación que lo entiende como experiencias individual, subjetiva y relativa culturalmente. Así, el estudio de la victimación, en tanto que fenómeno complejo, obliga a considerar los factores (individuales, sociales, culturales) que condicionan o modulan el modo de vivir la experiencia referida.

El carácter complejo del proceso de victimación explica que sea habitual distinguir entre victimación primaria, secundaria y terciaria. El término victimización secundaria fue acuñado por Kühne⁶ para referirse a todas las agresiones psíquicas (no deliberadas pero efectivas) que la víctima recibe en su relación con los profesionales de los servicios sanitarios, policiales, o de la judicatura (interrogatorios, reconstrucción de los hechos, asistencia a juicios, identificaciones de acusados, lentitud y demora de los procesos, etc), así como los efectos del tratamiento informativo del suceso por parte de los medios de comunicación. Este hecho resulta especialmente destacable en el caso de las víctimas de violaciones o agresiones sexuales, así como en modalidades de victimización objeto de una amplia cobertura mediática, como la violencia de género⁷.

La victimización terciaria es el conjunto de costes de la penalización sobre quien la soporta personalmente o sobre terceros, y la literatura existente documenta los efectos sobre los internos en centros penitenciarios, sobre los hijos de personas encarceladas, o sobre los efectos de las órdenes de alejamiento en casos de violencia de pareja, bien sobre los ofensores, como sobre las víctimas o su descendencia.

La desvictimación, también fenómeno complejo en el que intervienen diversos factores y actores sociales, consiste en el proceso de reparación, entendida no sólo como indemnización de perjuicios, sino como reconocimiento social, asistencia y reintegración social. Como tal, trata de conjurar riesgos como la estigmatización de la víctima, la instalación crónica en la victimación, así como la construcción de una “sociedad de víctimas”. Los actores implicados en primera fila son, principalmente, el sistema de justicia penal, las fuerzas de seguridad, los servicios sociales y los profesionales sanitarios y de la salud mental. Y como la victimación tiene una proyección social innegable en nuestros días, también intervienen en el proceso los responsables políticos, los medios de comunicación, las instituciones de apoyo a las víctimas, las asociaciones de víctimas y familiares, etc.

Lecturas recomendadas:

- Baca Baldomero E, Echeburúa Odriozola E, Tamarit Sumilla JM (eds). Manual de Victimología. Tirant Lo Blanch. Valencia, 2006.
- Baca E, Cabanas ML (eds). Las víctimas de la violencia. Madrid: Estudios psicopatológicos. Triacastela. Instituto de Victimología. Fundación Archivos de Neurobiología. Madrid, 2003.

⁶ Kühne HH. Kriminologie: Victimologie der Notzucht. Juristische Schulung 1986;5:388-94.

⁷ Baca E, Cabanas ML, Baca-García E. El proyecto Fénix: un estudio sobre las víctimas del terrorismo en España. Resultados preliminares. En: Baca E, Cabanas ML (eds). Las víctimas de la violencia. Madrid: Estudios psicopatológicos. Triacastela. Instituto de Victimología. Fundación Archivos de Neurobiología, 2003, 139-185.

Reacciones psicopatológicas postraumáticas

Conceptos fundamentales: crisis, estrés, trauma

Es frecuente asociar la idea de **crisis** con dificultad, riesgo y peligro. Sin embargo, la esencia del concepto está más próxima a la de cambio crucial, significativo o determinante. El término fue usado por Hipócrates para referirse al momento en el que una enfermedad cambia su curso, para bien o para mal. Siguiendo a González de Rivera (1) podemos entender la crisis como *una experiencia puntual que fuerza al individuo a reconsiderar en un plazo breve de tiempo el sentido de su vida*.

Desde que Cannon y Selye definieran el **estrés** fisiológico se le han atribuido significados diversos, como los de sobrecarga, exigencia exagerada, respuesta normal a situaciones anormales e, incluso, contrapartida fisiológica de la ansiedad. Existen tres tipos de factores que intervienen en el estrés:

- a) Factores externos de estrés: circunstancias y acontecimientos del entorno que exigen un esfuerzo inhabitual del organismo para adaptarse a ellos.
- b) Factores internos de estrés: depende de la respuesta automática del organismo ante esas exigencias externas
- c) Factores moduladores: variables del individuo o del medio que modifican la interacción entre factores externos e internos.

La morbilidad relacionada con el estrés depende de la intensidad y duración de los factores externos, de la reactividad individual y vulnerabilidad interna, y de los condicionantes (“moduladores”) que inhiben o fortalecen los mecanismos de adaptación. Cuando la influencia del ambiente supera o no alcanza las cotas en las que el organismo responde con máxima eficiencia, éste percibe la situación como peligrosa o desagradable, desencadenándose una reacción de lucha-huida y/o una reacción de estrés.

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

Tipos de reacciones psicopatológicas postraumáticas

El desarrollo de una crisis sigue un proceso fásico. Siguiendo a Caplan (2) podemos diferenciar las siguientes fases:

- a) *Primera fase: Shock o Impacto agudo.* Algo ocurre, generalmente de manera súbita, o, por lo menos, eso le parece al sujeto, que se siente afectado profundamente, sin poder evitarlo ni superarlo de la manera habitual en que hace frente a otros problemas. Junto al estrés propio de la situación, se añaden pronto sentimientos de confusión e impotencia, desamparo y desvalimiento. Inicialmente, cada individuo

reacciona según sus pautas características de reactividad al estrés, entre las que predominan la ansiedad, la irritabilidad y las manifestaciones psicósomáticas.

- b) *Segunda fase*: Desorganización crítica. Cuando todas las estrategias habituales de afrontamiento y resolución de problemas fallan, la tensión emocional aumenta, hasta niveles insoportables. En este estado, diversas actividades pueden ser emprendidas, no para mejorar las cosas o resolver la situación, sino, simplemente, para escapar de ella para descargar la tensión acumulada. Así, no son infrecuentes en esta fase conductas psicopáticas o abuso de tóxicos, conductas autodestructivas y alteraciones emocionales bruscos. Característicamente, el sujeto despliega también actividades de búsqueda de ayuda, que pueden ser apropiadas y bien programadas, o “gritos de socorro” ineficaces y atropellados. Según empieza a hacerse evidente la insuficiencia de los recursos personales, y su disparidad con las exigencias de la situación, cada vez se hacen más prominentes sentimientos depresivos de indefensión y fracaso.
- c) *Tercera fase*: Resolución Esta fase es el núcleo central de la crisis, en la que se toma una decisión, que puede significar la salida a través de la creación de nuevos recursos personales y de un crecimiento interno apresurado, o, por el contrario, a través de la consolidación de mecanismos maladaptativos de evitación y retraimiento.
- d) *Cuarta fase*: Retirada final. Si la crisis no se resuelve, bien o mal, en las fases anteriores, se llega a la fase final, que parece en cierta forma análoga al estadio de agotamiento de la reacción general de adaptación de Selye. En este momento ya pueden evidenciarse alteraciones psicopatológicas postraumáticas de diversa presentación y evolución

Diversos estudios han demostrado que las víctimas de eventos traumáticos tienen niveles de salud mental inferiores al de la población general. Los aspectos psicopatológicos de las víctimas de acontecimientos traumáticos se han tendido a agrupar bajo el epígrafe del trastorno por estrés post-traumático (TEPT), de modo que un volumen muy importante de la investigación sobre el impacto psicotraumático se ha centrado, casi con exclusividad, en este síndrome. De cualquier forma, las consecuencias psicopatológicas de la exposición a una catástrofe o evento traumático no se limitan al TEPT, sino, sobre todo, existe un riesgo incrementado de trastornos de ansiedad y depresivos y otros trastornos psiquiátricos. Este malestar a menudo evoluciona hacia la cronicidad (2-4). Las alteraciones psicológicas posteriores a un acontecimiento traumático pueden adoptar la forma de distintos síndromes psicopatológicos. Lo que sigue es una descripción breve de los más habituales.

Reacciones de estrés agudo

Muy estudiadas en situaciones bélicas, en los soldados que pierden el control en el curso de la batalla (denominadas también, por estos motivos, “reacciones de estrés en combate”, “fatiga de la batalla” o “shock de batalla”). Incluye una serie polimorfa de respuestas conductuales, emocionales y cognitivas inducidas por la situación traumática en el momento agudo que impiden el funcionamiento del sujeto. Los síntomas pueden incluir estados disociativos, confusión, desorientación, respuestas inapropiadas o exageradas ante la menor amenaza, inquietud, agitación, estupor, lentificación motora, afectos incontrolados, síntomas conversivos y otras manifestaciones somáticas de ansiedad. Pueden

incluir asimismo disminución del interés por cuestiones que eran habitualmente significativas para el sujeto, aislamiento y desconfianza (5).

Trastorno de pánico

Las personas lo sufren experimentan episodios de ansiedad muy aguda y brusca, recurrentes e inesperados, estados de miedo e incomodidad extrema que comienzan en forma abrupta y aumentan rápidamente hasta llegar a un pico. Los ataques de pánico están caracterizados por síntomas físicos como palpitaciones, sudor, temblores, falta de aire, sensación de ahogo, dolor de pecho, náusea, mareo, desorientación, adormecimiento, escalofrío y sofocos. Asimismo, los ataques de pánico normalmente vienen acompañados de una sensación de peligro inminente, miedo a perder el control o a morir o a volverse loco. Los ataques pueden ser provocados por eventos desencadenantes específicos o pueden surgir espontáneamente. Para que la persona reciba el diagnóstico de un trastorno de pánico, sus ataques deben estar seguidos de por lo menos un mes de preocupación constante ante la posibilidad de sufrir nuevos episodios, o bien, debe producirse un cambio significativo en el comportamiento o su nivel de actividad. Hasta la mitad de las personas a las que se les diagnostica un trastorno de pánico también sufren de agorafobia.

Fobias

Se definen como el miedo exagerado, involuntario e irracional a situaciones en particular. Generalmente, las fobias se dividen en tres tipos.

- a) **Fobia específica (o simple):** Esta fobia es provocada por un objeto o una situación específica como volar, alturas, agujas, serpientes, etc.
- b) **Fobia social (trastorno de ansiedad social):** Esta fobia en particular se limita específicamente a situaciones sociales. Se caracteriza por un miedo extremo a encontrarse o conocer nuevas personas o de ser avergonzado, humillado o juzgado por los demás. Para que se haga el diagnóstico de una fobia específica o social se requiere que cuando la persona esté expuesta al objeto o la situación a la que tiene miedo, sienta ansiedad (frecuentemente en forma de ataques de pánico), que la persona que sufre la fobia reconozca la naturaleza irracional de su miedo y que la ansiedad causada por la fobia afecte negativamente su estilo de vida.
- c) **Agorafobia:** Las personas que sufren de agorafobia sienten un miedo intenso de quedar atrapados en lugares y situaciones, o de no poder encontrar ayuda si tienen un ataque de ansiedad o pánico. Los miedos de las personas que sufren este tipo de fobia frecuentemente se relacionan con estar solo en un lugar abierto o en medio de una multitud. Frecuentemente, las personas que sufren agorafobia evitan estas situaciones por completo.

Trastorno de estrés postraumático

Ocurre en los sujetos que han sufrido o han sido testigos de un evento muy violento o trágico que causó miedo, impotencia y horror intensos (por ejemplo, violación, guerras, desastres naturales, accidentes graves, actos terroristas). Se caracteriza por la reexperimentación de estos acontecimientos altamente traumáticos (en forma de pesadillas, alucinaciones o "flashbacks"), síntomas debidos al aumento de la activación (*arousal*) y comportamiento de evitación de los estímulos relacionados con el trauma. Este trastorno generalmente aparece dentro de un período de tres meses de la situación traumática pero en algunas circunstancias puede presentarse muy tardíamente, hasta años después del acontecimiento traumático (y esta es una de las diferencias que mantiene con el trastorno de

estrés agudo, ya comentado anteriormente, que se presenta dentro de un período de cuatro semanas tras la situación traumática).

El TEPT fue asociado en el pasado, casi exclusivamente, con situaciones bélicas. Sin embargo, hoy se considera un trastorno que puede relacionarse con distintos tipos de situaciones traumáticas. Los tipos de sucesos traumáticos que han sido asociados a este trastorno con mayor frecuencia han sido: ser testigo de una muerte violenta, accidentes de tráfico, desastres naturales/incendios, situaciones que conlleven amenaza grave a la vida, ataque físico y abuso sexual (6-7). Concretamente, diversos estudios han encontrado una prevalencia incrementada de TEPT entre víctimas de quemaduras graves (8) y accidentes de tráfico (9-11). Por otro lado, el alto porcentaje de mujeres víctimas de una violación que sufren un TEPT (12) solo resulta comparable en la literatura al que aparece en las víctimas de atentados terroristas (13-15).

Trastorno de ansiedad generalizada

Las personas que sufren de trastorno de ansiedad generalizada presentan ansiedad y preocupación excesivas sobre eventos o actividades cotidianas. Los síntomas físicos del trastorno incluyen tensión nerviosa, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y problemas para dormir. Para recibir el diagnóstico de trastorno de ansiedad generalizada, la persona debe presentar este tipo de ansiedad excesiva la mayoría de los días durante un período de seis meses o más.

Trastorno obsesivo-compulsivo

El trastorno obsesivo-compulsivo es un trastorno de ansiedad caracterizado por pensamientos o imágenes persistentes, intrusivos e inadecuados (obsesiones) y comportamientos repetitivos que la persona siente que debe hacer (compulsiones). Las obsesiones comunes incluyen miedo a contaminarse, fijación en números que traen suerte o que alejan a la suerte, miedo de que la persona o los demás están en peligro, necesidad de mantener el orden y la exactitud, dudas excesivas, etc. Las compulsiones más comunes que se realizan en respuesta ritualizada a estas obsesiones incluyen lavarse las manos, contar, ordenar objetos, etc.

Trastornos afectivos

Dentro de los trastornos afectivos que pueden producirse a consecuencia de una situación de estrés traumático agudo o crónico ocupa un lugar privilegiado la **depresión mayor**. Se caracteriza por la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas: Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, disminución importante del interés o de la capacidad para el placer (disfrutar la vida), pérdida (o aumento) importante de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o entecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de la energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, disminución de la autoestima y de la confianza en si mismo, disminución de la capacidad para pensar, tomar decisiones o concentrarse, visión pesimista del futuro y pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida.

Trastornos por uso de sustancias

El abuso o la dependencia de sustancias (alcohol y otros tóxicos) han sido referidas clásicamente en la bibliografía entre las alteraciones mentales postraumáticas más comunes.

Factores predisponentes

Tres factores se asocian, como se dijo con el desarrollo de alteraciones psicotraumáticas: por una parte, el grado y la magnitud del trauma (16-17), y por otro, las características del individuo que lo ha experimentado y los factores relacionados con el contexto.

Para muchos autores, es el primero, la naturaleza e intensidad del acontecimiento traumático la determinante más significativa de la patología posterior al estrés (18), sobre todo en el caso de aquellos eventos que suponen una amenaza inmediata para la vida del sujeto, aquellos que tienen un comienzo súbito e inesperado, toman al individuo por sorpresa y sin preparación para afrontarlos, se presentan en forma de violencia ejercida sobre el sujeto y conllevan pérdidas de algún tipo (incluidas las pérdidas materiales) (19).

Un gran número de estudios se han referido a distintos factores personales de riesgo para el desarrollo de alteraciones psicotraumáticas tras los desastres naturales, y han enfatizado el mayor riesgo asociado al sexo femenino, la edad más avanzada, los antecedentes psiquiátricos familiares, el neuroticismo y la introversión, la exposición previa a otros eventos traumáticos, la sobrecarga de acontecimientos vitales adversos tras el desastre (donde se incluyen las disrupciones familiares, las pérdidas, los desplazamientos, el apoyo social inadecuado, la responsabilidad en las tareas de reconstrucción, etc) y los estilos evitativos de afrontamiento.

Por otro lado, frente a estos enfoques que enfatizan el papel del traumatismo en la patología, los modelos multifactoriales consideran las características del trauma, del individuo y los factores contextuales (20-22). Así, Najarian y cols. (23) examinaron el papel del desplazamiento de las víctimas en 25 mujeres supervivientes en una ciudad devastada por un terremoto, a las que compararon con otras tantas que habían sido trasladadas a otra ciudad y con un grupo control. Las mujeres expuestas al trauma (los dos primeros grupos) presentaron más síntomas de evitación, activación y TEPT que las del grupo control, y las mujeres desplazadas exhibieron puntuaciones más elevadas en depresión, y eran en general el grupo más sintomático. El desplazamiento, el apartamiento del medio habitual constituye, en consecuencia, para estos autores un factor de riesgo para el desarrollo de síntomas depresivos post-traumáticos.

Concluyendo, distintas variables como las características del suceso, variables individuales o el apoyo social, influirían en la percepción del suceso estresante o en la sensibilidad particular a éste. Estos factores mantienen una relación recíproca entre ellos, es decir, cuanto más severa sea la situación traumática menos impacto tendrán las características individuales y sociales en determinar la naturaleza de la respuesta (24).

Bibliografía

1. González de Rivera JL. Psicoterapia de las crisis. Crisis emocionales. Espasa-Calpe. Madrid 2006.
2. Caplan, G: Support systems and community mental health. Behavioural Publications, New York, 1974.
3. Abenhaim L, Dab W, Salmi LR. Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). J Clin Epidemiol 1992;54:103-9.
4. Caurant PS. Psychiatric aspects of terrorist violence: Northern Ireland 1969-1987. Br J Psychiatry 1988;153(4):470-5.
5. Giner J. El proceso de medicalización de la víctima. Archivos de Neurobiología 2000;63(3): 287-96.
6. Solomon Z. Las consecuencias psicológicas de la guerra: la experiencia israelí. Archivos de Neurobiología 2000;63(3): 241-258.
7. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al. Post-traumatic stress disorder in the national comorbidity survey. Arch Gen Psychiatry 1995;52:1.048-60.

8. Resnick HS, Kilpatrick DG, Dansky B, et al. Prevalence of civilian trauma and post-traumatic stress disorder in a representative national sample of women. *J Consult Clin Psychol* 1993;61:984-91.
9. Winter H, Irle E. Volumen hipocampal en pacientes adultos quemados con y sin trastorno por estrés postraumático. *Am J Psychiatr* 2004;161(12):2194-2200.
10. Brom D, Cléber RJ, Hofman MC. Victims of traffic accidents: incidence and prevention of post-traumatic stress disorder. *J Clin Psychol* 1993;49:131-40.
11. Blanchard EB, Hickling EJ, Volmer AJ, et al. Short-term follow-up of post-traumatic stress symptoms in motor vehicle accident victims. *Behav Res Ther* 1995;33:369-77.
12. Mirza KAH, Bhadrinath BR, et al. Post-traumatic stress disorder in children and adolescents following road traffic accidents. *Br J Psychiatry* 1998;172:443-7.
13. Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al. Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population in young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991;48:216-22.
14. Tucker P, Dickson W, Pfefferbaum B, McDonald NB, Allen G. Traumatic reactions as predictor of post-traumatic stress six months after Oklahoma City bombing. *Psychiatr Serv* 1997;48(9):1191-4.
15. Gilaberte I, Baca E. Trastorno por estrés postraumático: estudio en una población de riesgo. *Archivos de Psiquiatría* 2000;63(3):259-272.
16. Amir M, Kaplan Z, Zotler M. Type of trauma, severity of post-traumatic stress disorder core symptoms, and associated features. *J Gen Psychol* 1996; 123(4):341-351.
17. Abenheim L, Dab W, Salmi LR. Study of civilian victims of terrorist attacks (France 1982-1987). *J Clin Epidemiol* 1992;54:103-9.
18. Tucker P, Pfefferbaum B, Nixon SJ, Dickson W. Predictor of post-traumatic stress symptoms in Oklahoma City: exposure, social support, peri-traumatic responses. *J Behav Health Serv Res* 2000;27(4):406-16.
19. Leopold RL, Dillon H. Psychoanatomy of a disaster: A long term study of post-traumatic neuroses in survivors of a marine explosion. *Am J Psychiatr* 1963;119:913-21.
20. Sowder BJ. Disasters and mental health. En: *Selected Contemporary Perspectives*. 1985. National Institute of Mental Health.
21. Green BL, Wilson JP, Lindy JD. Conceptualizing post-traumatic stress disorder. A psychosocial framework. En: Figley, CR, editor. *Trauma and its Wake: The Study and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*. Nueva York: Brunnel-Mazel; 1985.p.53-69.
22. Horowitz MJ, Weiss DS, Marmar C. Commentary: diagnosis of post-traumatic stress disorder. *J Nerv Ment Dis* 1987;175:167-8.
23. Najarian LM, Goenjian AK, Pelcovitz D, Mandel F, Najarian B. The effect of relocation after a natural disaster. *J Trauma Stress*. 2001 Jul;14(3):511-26.
24. Breslau N, Davis GC. Post-traumatic stress disorder. The stressor criterion. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175:255-64.