

TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO EN CONDUCTORES PARTICIPANTES DE SINIESTROS DE TRÁNSITO

ACUTE STRESS DISORDER IN PARTICIPATING DRIVERS OF TRAFFIC ACCIDENTS

Silvana Andrea Montes, Ruben Daniel Ledesma,
Joaquín Cuesta, Camilo Ferratti y Julián Bertello

Resumen

Este trabajo evaluó la presencia de síntomas de Estrés Agudo y factores de riesgo asociados en conductores participantes en siniestros viales (n=100). Según los resultados, el 13% de la muestra reuniría criterios diagnósticos de TEA según el DSM 5, siendo el síntoma más frecuente la re-experimentación (recuerdos desagradables sobre el accidente). Se observó mayor frecuencia e intensidad de síntomas entre las mujeres, y entre quienes protagonizaron accidentes más graves. La afectividad negativa también se identificó como un factor asociado a mayor sintomatología. Se realizan recomendaciones y se proponen líneas futuras de trabajo.

Palabras clave: Trastorno por estrés agudo; Trastorno por estrés postraumático; siniestros viales; Factores de riesgo; Rasgos de personalidad.

Abstract

This study assessed symptoms of Acute Stress and associated risk factors in drivers after traffic accidents (n= 100). According to the results, 13% of the sample meets diagnostic criteria for ASD according to the DSM 5, being the most frequent symptom the re-experimentation (distressing memories about the accident). An increased frequency and intensity of symptoms among women, and among those who had the most serious accidents was observed. Negative affectivity was also identified as a factor associated with mayor symptomatology. Recommendations are made and future lines of work are proposed.

Key words: Acute Stress Disorder, Post-traumatic stress disorder; traffic accidents; risk factors; personality traits.

Recibido: 16-05-18 | Aceptado: 09-07-19

Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno de Estrés Agudo

El Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) se caracteriza por una serie de síntomas que siguen a un acontecimiento traumático, esto es, un evento que involucra riesgo de muerte o amenaza a la integridad física de uno mismo o de otras personas (APA, 2013). El TEPT se incluyó como categoría diagnóstica en el DSM III en 1980, y desde ese momento ha sido objeto de diversas investigaciones y debates científicos en distintos campos disciplinares, no sólo en la psicología. Inicialmente estuvo vinculado a enfrentamientos bélicos pero con el paso de los años se relacionó también a otras situaciones traumáticas tales como desastres natu-

rales, atentados terroristas, robos violentos, abuso sexual, y accidentes de tránsito, entre otros (ver por ej., Carvajal, 2002).

Según el DSM-5 (APA, 2013), los síntomas incluyen la re-experimentación del evento traumático (e.g., recuerdos intrusivos y pesadillas), la evitación persistente de los estímulos asociados al trauma (e.g., pensamientos, lugares, actividades), síntomas de activación aumentada (e.g., sobresalto fácil, hipervigilancia, irritabilidad), y alteraciones negativas en las cogniciones y el estado de ánimo (e.g., autoimagen negativa, culpa). El diagnóstico de TEPT requiere, además, que los síntomas persistan por más de un mes (o recién comiencen a partir del mes), y que la perturbación produzca un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de funcionamiento. Es importante destacar que el acontecimiento traumático es un criterio esencial para el diagnóstico, ya que es

el origen del cuadro y en su ausencia no puede diagnosticarse TEPT (Crespo & Gomez, 2012). Es precisamente este factor etiológico específico lo que hace al TEPT diferente de otros trastornos de ansiedad (McFarlane, 2000).

Trastorno de estrés agudo

El diagnóstico de Trastorno de Estrés Agudo (TEA) se introdujo en el DSM-IV (APA, 1994) para distinguir a aquellos individuos que presentaban síntomas similares al TEPT dentro del primer mes luego del evento traumático. El propósito fue identificar en la fase aguda a personas que tienen alto riesgo de TEPT (Bryant et al., 2015). Los criterios diagnósticos de TEA y TEPT son similares, pero el TEA incluye también síntomas disociativos durante o después del suceso traumático, tales como sensación subjetiva de insensibilidad, desapego o ausencia de reactividad emocional, reducción de la conciencia del entorno (p.ej., estar aturdido), desrealización, despersonalización y amnesia disociativa (incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma).

En muchos casos el TEA predice el subsecuente desarrollo de TEPT (O'Donnell, Creamer, Bryant, Schnyder y Shalev, 2003). Hay estudios que muestran que entre el 30% y el 83% de las personas que fueron diagnosticadas de TEA posteriormente desarrollaron un TEPT (para una revisión ver Crespo & Gómez, 2012). No obstante, la capacidad predictiva es modesta (Bryant et al., 2015) y hay muchos casos en que la respuesta de estrés inicial es transitoria (Galea et al., 2003). En efecto, la CIE-10 (WHO, 1995) no considera al TEA como un precursor de psicopatología, sino como una reacción pasajera que por lo general remite en horas o días.

El DSM-5 realizó algunos cambios con respecto al DSM-IV (APA, 1994) en el diagnóstico de TEPT especialmente. Por ejemplo, en el DSM-IV solo se consideraban los tres primeros criterios mencionados (re-experimentación, evitación e hiperactivación). Por su parte, el de 'alteraciones negativas en cogniciones y en el estado de ánimo' estaba parcialmente incluido dentro de los síntomas de evitación (como embotamiento o la disminución de la capacidad general de reacción). Además, en el DSM IV tanto el TEPT como el TEA pertenecían a la gran categoría de 'Trastornos de ansiedad', mientras que en el DSM-5 pertenecen a una nueva clase llamada 'Trastornos relacionados con trauma y estrés'. En cuanto al TEA, los criterios fueron ampliados, ya que se eliminó la restricción del DSM IV de tener que cumplir criterios en todos los clusters (tres síntomas disociativos, uno de re-experimentación, uno de evitación y uno de hiperactivación). En el DSM 5, en cambio, se requiere la presencia de nueve síntomas entre catorce potenciales. Con esto se busca reconocer la heterogeneidad de los síntomas de TEA (Bryant et al., 2015).

Estrés Postraumático y Siniestros de Tránsito

Los siniestros de tránsito (en adelante, ST) representan un grave problema para la salud y la economía a nivel mundial. Se trata de un fenómeno complejo y multideterminado, resultado de una combinación de factores ambientales, vehiculares y, principalmente, humanos (WHO, 2013). Los determinantes o factores de riesgo de los ST han sido vastamente estudiados (por ej., exceso de velocidad, consumo de alcohol, distracciones como uso del celular) (ver por ej., Caird, Willness, Steel, & Scialfa, 2008; Cherpitel, 2007; Ledesma, Montes, Poó, & López-Ramón; 2010; Reason, Manstead, Stradling, Baxter, & Campbell, 1990). No obstante, las consecuencias psicológicas de las personas implicadas han recibido menor atención.

Las reacciones de estrés postraumático, esto es, el TEA y el TEPT, constituyen una de las consecuencias psicológicas más frecuentes de un siniestro vial (Taylor, 2011). A pesar de que los datos en este tema se incrementan, hay una gran variabilidad en cuanto a los hallazgos sobre la prevalencia de TEA y de TEPT luego de un accidente (para una revisión ver Montes, Ledesma, Poó, López & Tosi, 2017). Dependiendo del estudio, la tasa de TEPT en lesionados graves puede oscilar entre el 25 y el 56 % al mes del ST, entre un 7 y un 30% a los 3 y 6 meses, y entre un 5 y un 32% a los 12 meses (Taylor, 2011).

Factores de riesgo

No todas las personas expuestas a una situación traumática presentan este trastorno, pues su aparición es el resultado de una compleja interacción de factores. Al respecto, se han realizado una gran cantidad de estudios para determinar cuáles son los factores de riesgo que incrementan la posibilidad de presentación y cronicidad del estrés postraumático (Cieslak, Benight, & Caden Lehman, 2008; Coronas, García-Parés, Viladrich, Santos y Menchón, 2008; Fullerton et al., 2001; Lucas, 2003; Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 2003). O'Donnell et al. (2008) distingue los factores de riesgo en factores previos al evento, propios del evento y posteriores al mismo. Entre los primeros se destacan: problemas psicológicos anteriores al trauma, sexo femenino, historia personal de estrés e historia familiar de psicopatología. Entre los factores propios del evento, se señalan su magnitud, la respuesta emocional experimentada (por ej., sentir terror o impotencia, reacciones disociativas), y la amenaza percibida (e.g., percepción de riesgo de vida). Por último, entre los factores posteriores se incluyen la severidad de las lesiones, la respuesta cognitiva y la falta de sistemas de contención adecuados (e.g., apoyo social). Además de los factores que influyen en el desarrollo del TEPT, Mayou, Ehlers y Bryant (2002) también han estudiado factores que hacen al mantenimiento de los síntomas, tales como la rumiación, la interpretación negativa de los recuerdos intrusivos, la supresión de pensa-

mientos y el enojo.

Por otro lado, se ha observado que las experiencias traumáticas en la infancia se asocian con un mayor riesgo de presentación del trastorno y con síntomas más severos, ya que el cerebro en desarrollo es más sensible a las agresiones traumáticas que afectan la maduración neurobiológica (Palacios & Heinze, 2002). En los adultos, en cambio, la edad no se ha observado como un predictor significativo de TEPT (Ozer et al., 2003). Otro de los factores de riesgo donde hay mayor coincidencia en la literatura es en el género, siendo las mujeres las que corren un riesgo mayor de desarrollar TEPT (Fullerton et al., 2001). No obstante, la naturaleza de los eventos traumáticos experimentados es distinta. Mientras los hombres tienen mayor probabilidad de participar en situaciones violentas y guerras, entre las mujeres hay mayor prevalencia de ataques sexuales y de maltrato físico (Carvajal, 2002).

Justificación y Objetivos del Presente Estudio

La revisión de la literatura revela, en primer lugar, un desarrollo importante de la investigación sobre TEPT en siniestros de tránsito (ver por ej., Blanchard et al., 1996; Mayou et al., 2002; O'Donnell et al., 2008; Pérez Rincón, González-Forteza, Ramos Lira & Jiménez Tapia, 2007), mientras que se aprecia una menor cantidad de estudios en relación al TEA. Además, se debe tener en cuenta que el TEA suele ser subdiagnosticado, y muchas personas que reciben el diagnóstico de TEPT no han sido evaluadas en el primer mes (Crespo & Gómez, 2012; Palacios & Heinze, 2002). En segundo lugar, los estudios provienen de otros países y no se registran estudios científicos a nivel nacional y local. Teniendo en cuenta que las primeras cuatro semanas posteriores al accidente constituyen un período crítico, resulta necesario contar con más información acerca de cómo detectar y abordar este trastorno a fin de evitar consecuencias psicológicas a largo plazo.

Tercero, cabe destacar que la mayor parte de los estudios sobre TEPT y TEA fueron realizados con sujetos que han resultado lesionados en el siniestro vial (Bryant et al., 2015; Carvajal, 2006; Pérez Rincón et al., 2007; Mayou et al., 2002). Por el contrario, los sujetos que no sufrieron lesiones han sido muy poco estudiados, cuando, paradójicamente, son los casos más frecuentes (ANSV, 2013). A diferencia de cuando ocurre un siniestro con lesionados, las personas no son hospitalizadas y no queda un registro oficial del accidente (las estadísticas oficiales se refieren a siniestros con lesionados o con fallecidos; ver por ej., Informe del Observatorio Vial de la Municipalidad de General Pueyrredón, 2018). Si bien algunos sujetos podrán buscar asistencia médica o psicológica extrahospitalaria, la mayoría de ellos permanece sin tratar y sin recibir una atención psicológica temprana y que permita prevenir secuelas. Por estas razones, se conoce muy poco sobre los efectos psicológicos de un

accidente en este grupo de personas. Algunos estudios previos (Lucas, 2003) sugieren que los efectos psicológicos podrían ser equivalentes, especialmente entre quienes no sufrieron lesiones pero produjeron daños a otra persona. En consecuencia, resulta necesario aumentar el conocimiento sobre el TEA y sus factores de riesgo en nuestro medio con el fin último de optimizar su prevención y tratamiento.

El objetivo del presente trabajo fue estudiar el TEA en conductores participantes en siniestros viales. En primer lugar, se identificaron síntomas de TEA, y, en segundo lugar, se evaluaron diferentes factores de riesgo asociados a la sintomatología. Para estos fines, se adaptaron medidas de síntomas de estrés postraumático y de factores de riesgo. Estos últimos, en consonancia con la literatura general sobre eventos traumáticos (O'Donnell et al., 2008), se consideraron en función de tres momentos: (a) Factores pre-siniestro vial o factores de predisposición personal (por ej., historial de problemas emocionales, exposición previa a eventos traumáticos, y rasgos de personalidad); (b) Factores del siniestro incluyendo tipo y gravedad, y respuesta emocional durante el accidente (por ej., percepción de riesgo vital, disociación peri-traumática); y (c) Factores post-siniestro, que podrían contribuir a mantener los síntomas o a dificultar la recuperación (por ej., falta de apoyo social, rumiación, sentimientos de culpa).

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística de $n=100$ conductores participantes de siniestros de tránsito (ST) de la ciudad de Mar del Plata. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: tener entre 18 y 69 años, haber participado de un ST como conductor de auto, haber tenido daños materiales importantes como consecuencia del ST (destrucción total o parcial del vehículo), y no haber requerido internación por lesiones severas o moderadas. Esto incluye diferentes tipos de STs (por ej., atropello, choque, vuelco). El ST, además, pudo haber involucrado a otro/s usuario/s del tránsito (por ej., motociclistas, ciclistas, peatones), que, a su vez, pueden haber sufrido lesiones (por ej., atropello), pero la unidad de análisis fue el conductor. Por último, para cumplir con el criterio diagnóstico temporal del TEA, no debe haber pasado más de un mes del ST. La edad de los sujetos fluctuó entre los 18 y 67 años (Media=37,34, D.S.=12,36), siendo un 59,2% del sexo masculino. La mayoría de los participantes había completado el nivel secundario de educación (90,1%) en el momento de la administración.

Instrumentos

a) Medida de Estrés Postraumático. Adaptación de la escala.

Para evaluar síntomas de estrés postraumático se utilizó como base la Escala de Impacto de Eventos-Revisada (IES-R; Weiss, & Marmar, 1996; versión al español de Báguena et al., 2001). El IES-R es uno de los instrumentos más utilizados para evaluar sintomatología postraumática en adultos. Se trata de una escala de auto-informe compuesta por 22 ítems y 3 sub-escalas: 'Re-experimentación', 'Evitación', 'Hiperactivación'. Los ítems se corresponden directamente con los síntomas de TEPT descritos en los criterios del DSM-IV (APA; 1994). Dado que los síntomas de TEA y TEPT son prácticamente similares (a excepción de que los criterios de TEA incluyen más síntomas disociativos y el criterio temporal), la escala puede ser utilizada también para evaluar TEA.

No obstante, el IES-R, así como las medidas disponibles de TEPT en general presentan algunas dificultades. Primero, la mayoría de los instrumentos evalúan el número de síntomas que presenta la persona, sin indagar la frecuencia e intensidad, ni tampoco el grado de afectación de estos en la vida diaria (criterio diagnóstico del DSM de 'Malestar clínicamente significativo'). Segundo, los instrumentos están destinados a ser aplicados al TEPT seguido de cualquier tipo de acontecimiento traumático, de manera que no se evalúan ciertas particularidades que poseen los siniestros viales. Por último, las versiones disponibles en nuestro idioma son validaciones españolas (Crespo, Gómez y Soberón, 2017; Echeburúa et al., 2016) y, por diferencias culturales, no necesariamente resultan aplicables en población local. Por ejemplo, hay algunas expresiones como "Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido" e "Imágenes del suceso asaltaban mi mente" del IES-R (Báguena et al., 2001), que no son frecuentes en nuestra cultura y pueden introducir problemas de validez.

Por estas razones, se realizaron una serie de modificaciones para adecuar el instrumento a la población estudiada. En primer lugar, se añadió una sub-escala para medir el grupo de síntomas de 'alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo', criterio agregado en el DSM-5 (Criterio D; APA, 2013). De esta manera, quedaron ítems correspondientes a los cuatro criterios diagnósticos del DSM-5 (APA, 2013): 'Re-experimentación', 'Evitación', 'Hiperactivación', y 'Alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo'. Para la elaboración de los ítems se tuvieron en cuenta los propuestos por la entrevista denominada CAPS-V (Clinician Administered PTSD Scale for DSM-5, Weathers et al., 2013), y otros como el EGEP (Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático, Crespo & Gómez, 2012). Cabe señalar que el EGEP-5 (Crespo, Gómez & Soberón, 2017) y el EGS-R (Echeburúa et al., 2016) están actualizados a los criterios diagnósticos del DSM-5, pero no estaban disponibles al momento de diseñar este instrumento. En segundo lugar, se agregaron ítems que se refieren específicamente a si-

niestros de tránsito, dado que, como se mencionó, no existían instrumentos que permitan evaluar específicamente TEPT luego de siniestros viales (ej. de ítem, 'Sentir temor al tránsito o temor a manejar'; 'Evitar manejar un vehículo -auto, moto, etc.-'). En tercer lugar, se modificó la consigna y la escala de respuesta para evaluar no sólo la frecuencia de cada síntoma (como era originalmente), sino también el nivel de malestar o preocupación que genera. De esta manera, se le solicita a la persona que, en cada uno de los ítems, señale si lo ha experimentado o no luego del accidente, y, en caso afirmativo, cuánto le preocupa o le afecta (en qué grado le molesta o impacta en su vida laboral, familiar, social, etc.). Para esto, se utilizó una escala tipo Likert de 5 puntos: 1. No me pasó nunca; 2. Me pasó, pero no me preocupa; 3. Me pasó, y me preocupa un poco; 4. Me pasó y me preocupa moderadamente; y 5. Me pasó y me preocupa mucho. Algunos ejemplos de ítem de la escala resultante son: "Tener recuerdos desagradables, repetitivos, sobre el accidente (imágenes o pensamientos)"; "Por momentos, sentir como si estuviera viviendo de nuevo el hecho".

Una vez finalizada la versión inicial, el instrumento fue revisado por tres expertos en evaluación psicológica y en TEPT. La evaluación se centró en los siguientes aspectos: 1) la claridad (comprensibilidad) de cada ítem, 2) su relevancia y representatividad (pertinencia del ítem a su grupo de síntomas, por ej., re-experimentación-), y 3) adecuación del formato de respuesta y de la consigna. Estos aspectos se puntuaron en una escala de respuesta tipo Likert de 3 puntos (1. Poco; 3. Mucho). En una segunda fase, se realizó una prueba piloto de n=20 personas que participaron de un accidente de tránsito. De esta manera, la versión final, a ser administrada a la población objeto de estudio, consiste en 25 ítems que representan los síntomas considerados en los criterios diagnósticos para el TEPT según DSM-5 (APA; 2013): 5 de re-experimentación, 4 de evitación (dos que cubren los criterios diagnósticos, más dos específicos del tránsito), 10 de alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo, y 6 de Hiper-activación.

b) Medida de factores de riesgo de TEPT.

Los factores de riesgo se dividen generalmente en factores pre-traumáticos, peri-traumáticos y postraumáticos (APA, 2013). Para evaluar estos factores, se construyó el Cuestionario Multidimensional de Factores de Riesgo de Estrés Postraumático. Los factores de riesgo se tomaron sobre la base de predictores que han identificado estudios previos. Consta de tres sub-escalas o dimensiones correspondientes a tres momentos: (a) Dimensión Pre-siniestro: busca medir factores de vulnerabilidad previa, que pueden facilitar la aparición o aumentar la gravedad del TEPT, tales como problemas emocionales, exposición a eventos traumáticos y apoyo social (ej. de ítem: 'Antes del accidente, era una persona muy nerviosa o ansiosa'). (b) Dimensión del siniestro: busca

evaluar la respuesta emocional y los pensamientos durante el ST. Son aquellos relacionados con el evento traumático, tales como percepción de riesgo de vida de sí mismo o de otros, emociones negativas (temor intenso), disociación peri-traumática y control percibido (ej. de ítem: 'Durante el accidente, sentí que iba a morir'). (c) Dimensión post-siniestro: busca evaluar factores posteriores al ST, relacionados con la respuesta al trauma a largo plazo, tales como eficacia percibida de las estrategias de afrontamiento, apoyo social, rumiación sobre el trauma y sus consecuencias, interpretaciones negativas de pensamientos intrusivos y enojo (ej. de ítem: 'Me siento sobrepasado o abrumado'). En un primer paso, los ítems fueron revisados y seleccionados de la Posttraumatic Adjustment Scale (PAS; O'Donnell et al., 2008), una escala breve de 10 ítems que mide factores pre, peri-traumáticos y postraumáticos. Luego se elaboraron nuevos ítems que reflejaban pensamientos, emociones o situaciones que no evaluaba este instrumento. Para cada uno de los ítems la persona debe señalar si lo ha experimentado o no (antes, durante, o después del accidente, se aclara según la escala correspondiente), en una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos, que va desde Nada (1), a Mucho (4). La versión final consistió en 42 ítems (7 de la dimensión Pre- siniestro, 7 de la dimensión del siniestro, y 28 de la dimensión post-siniestro). Una vez finalizada la versión inicial, se realizó una revisión de jueces expertos similar al instrumento de TEPT, evaluando la comprensibilidad y pertinencia de cada ítem. El Alpha de Cronbach de la escala total en la muestra actual fue de 0,75, y de las subescalas: EFR antes: 0,76; EFR durante: 0,73; y EFR después: 0,72.

c) Medida de rasgos de personalidad.

Para evaluar rasgos de personalidad (parte de los factores de riesgo pre-accidente) se utilizó el Inventario de Personalidad para DSM-5-versión breve (PID-5-BF, Personality Inventory for DSM-5 Brief version; Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2012; Sanchez, Montes, & Somerstein, en prensa). El instrumento posee 25 ítems que evalúan si existe afectación moderada o severa del funcionamiento de alguno de los dominios de la personalidad, según el modelo alternativo dimensional del DSM-5. Contiene cinco escalas que reflejan cinco rasgos de la personalidad disfuncionales: afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición, y psicoticismo. Posee una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va desde (1) 'no me describe en absoluto' a (5) 'me describe totalmente'. Mayores puntajes en determinado rasgo revelan mayor disfunción en ese rasgo de personalidad específico (ej. de ítem: 'Me preocupo por casi todo'). En la adaptación se recurrió a un proceso de doble traducción inglés-español, con la colaboración de un hablante nativo del idioma inglés, cuidando de utilizar expresiones propias de nuestra cultura. En el artículo de Sanchez et

al. (en prensa) se muestra evidencia preliminar de validez para la versión al castellano del PID-5. El Alpha de Cronbach de la escala total en la muestra actual fue de 0,86, y de las subescalas Antagonismo: 0,57, Desinhibición: 0,64, Desapego: 0,60, Afectividad negativa: 0,75 y Psicoticismo: 0,55.

d) Cuestionario sobre datos socio-demográficos (sexo, edad, nivel educativo), de conducción (experiencia y frecuencia de manejo) y características del siniestro. Respecto del siniestro, se recabó la siguiente información: (a) tipo de evento (e.g., choque, atropello, pérdida de control del vehículo); (b) gravedad del daño (destrucción total o parcial del vehículo, daños menores); (c) daños personales (lesiones) y severidad (lesiones leves, moderadas o graves); y (d) daños a terceros y severidad. También se indagó si la persona recibió ayuda psicológica o psiquiátrica luego del ST y a causa de los síntomas, si toma medicación, la presencia de estresores adicionales post-accidente, y si está haciendo reclamos para compensación económica por los daños del siniestro. De esta manera, algunos factores de riesgo también se indagan aparte de la escala de Factores de riesgo de TEPT.

Procedimiento

Se trabajó con una muestra por conveniencia ya que los sujetos fueron contactados a través de una compañía aseguradora local. Previo consentimiento informado, donde se aclaró el carácter voluntario de la participación y se garantizó la confidencialidad en el tratamiento de la información, se aplicaron los instrumentos de manera auto-administrada y de forma presencial. Cabe señalar que la totalidad de los sujetos participantes tenían un seguro contra todo riesgo, es decir, son cubiertos por los daños en todos los casos. Esto despeja posibilidades de sesgos de respuesta asociados al reclamo por daños (por ej., simulación de síntomas para obtener beneficios de las compañías aseguradoras.). Se administró el protocolo dentro del primer mes del ST, de acuerdo a los criterios diagnósticos del TEA según DSM-5 (APA, 2013). Los datos fueron tomados en el transcurso del año 2017.

Procesamiento y Análisis de datos

Se observó un bajo porcentaje de datos faltantes en los ítems (1,1%), y se decidió en estos casos imputar valores por la media. Se eliminaron además los ítems del IES, EFR y PID que tenían varianza cero (ítems N° 26 del IES, N° 12,26 y 29 del EFR, y 24 y 25 del PID). Posteriormente, se realizaron los siguientes análisis de datos: a) análisis de fiabilidad para evaluar la consistencia interna de la escala IES y de las sub-escalas; b) análisis de ítems para analizar su poder de discriminación; c) comparaciones de medias, para determinar diferencias en el IES según diferentes tipos de siniestros; d) análisis de covarianza (ANCOVA) para examinar diferencias en los puntajes

del IES debidas a la edad, el género y otras variables socio-descriptivas; y e) análisis de correlación bivariable para evaluar la relación entre los puntajes de la IES y el resto de las escalas.

RESULTADOS

Análisis de Ítems y Consistencia Interna del IES

En la Tabla 1 se muestran los estadísticos descriptivos para el IES-R. Las correlaciones ítem-total resultaron de leves a moderadas, lo que sugiere que, globalmente, los ítems poseen niveles de discriminación aceptables (a excepción del caso del ítem 13 y 16 que resultan muy bajas). Los valores de consistencia interna (Alfa de Cronbach) para la escala total y para las cuatro subescalas fueron satisfactorios: Escala total: 0,88; Re-experimentación: 0,81; Evitación: 0,76; Hiperactivación: 0,68, y Alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo: 0,70.

Frecuencia de Síntomas y Criterios Diagnósticos de TEA

Al ser considerados individualmente, los síntomas muestran una frecuencia de aparición baja (media de los ítems cercana a 1). En parte, esto se podría atribuir a que la mayoría de los casos corresponden a siniestros con daños menores (75 % de la muestra). Los síntomas más frecuentes fueron: tener recuerdos desagradables sobre el siniestro, sentir malestar al recordar lo sucedido, sentir que el mundo es un lugar peligroso, y estar en estado constante de alerta. Por otro lado, al considerar los síntomas globalmente el 13 % de la muestra cumplió con el criterio diagnóstico de TEA según el DSM-5 (9 o más síntomas), y el 28 % presentó TEA 'sub-clínico' (entre 4 y 8 síntomas).

Diferencias según Tipo y Consecuencias del Siniestro

Se observaron diferencias significativas en las medias de los puntajes de la escala IES según diferentes tipos y consecuencias del siniestro. Quienes participaron de siniestro con destrucción total del vehículo mostraron medias más altas en el IES, en comparación con los que no ($t(97) = 2,55, p < 0,05$). Los conductores que necesitaron atención médica (por lesiones leves, sin internación) también mostraron medias más altas ($t(98) = 1,90, p < 0,05$). Asimismo, se observaron puntajes más altos cuando el siniestro implicó un riesgo para la vida propia ($t(99) = 3,54, p < 0,05$) o de otros ($t(98) = 3,15, p < 0,05$), cuando se perdió el control del vehículo ($t(16) = 2,41, p < 0,05$) (aunque, de este último, sólo se reportaron 3 casos), y cuando se presentaron problemas económicos como consecuencia del siniestro ($t(16) = -1,798, p < 0,05$). Los que tuvieron destrucción parcial del vehículo también obtuvieron medias más altas con respecto a los que no tuvieron, pero la diferencia

no alcanzó a ser significativa ($t(98) = 0,99, p > 0,05$).

Diferencias de Género y Edad según los Puntajes del IES

La prueba t sugiere medias más altas en la escala IES en las mujeres (Media: 33,35; D.S. 10,05) con respecto a los hombres (Media: 30,42; D.S. 6,52) ($t(98) = 1,76, p < 0,05$). Si se observa por subescalas, las mujeres también tienen medias más altas en re-experimentación, evitación y alteraciones negativas en cogniciones y en el estado de ánimo, pero la diferencia sólo resulta significativa en re-experimentación ($t(98) = 2,37, p < 0,05$), y evitación ($t(98) = 2,23, p < 0,05$). En cuanto a la edad de los participantes, no se observaron diferencias significativas ($F(1) = 0,52, p > 0,01$).

Correlaciones entre IES y el Resto de las Medidas

Se observaron correlaciones de moderadas a bajas entre el IES, EFR y PID. En la Tabla 2 se muestra la matriz de correlaciones. En primer lugar, el IES Escala Total correlacionó con EFR-durante ($r = 0,42; p < 0,05$), con PID total ($r = 0,34; p < 0,05$) y con sus escalas afectividad negativa ($r = 0,32; p < 0,05$), desinhibición ($r = 0,27; p < 0,05$) y psicoticismo ($r = 0,31; p < 0,05$). En segundo lugar, se observan correlaciones entre las sub-escalas del IES y las diferentes variables. La escala re-experimentación con EFR durante ($r = 0,41, p < 0,05$). La escala evitación, con EFR total ($r = 0,28; p < 0,05$), EFR durante ($r = 0,41; p < 0,05$) y afectividad negativa ($r = 0,23; p < 0,05$). La escala 'Alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo' con EFR durante ($r = 0,32; p < 0,05$), con PID escala total ($r = 0,40; p < 0,05$), con PID afectividad negativa ($r = 0,34, p < 0,05$), PID desapego ($r = 0,20, p > 0,05$), PID desinhibición ($r = 0,35, p < 0,05$), y PID psicoticismo ($r = 0,37, p < 0,05$). Por último, la escala hiperactivación con EFR durante ($r = 0,29, p < 0,05$), con afectividad negativa ($r = 0,25, p > 0,05$), desinhibición ($r = 0,21, p > 0,05$) y psicoticismo ($r = 0,22, p > 0,05$).

DISCUSIÓN

El presente trabajo se propuso evaluar síntomas de TEA y posibles variables asociadas en conductores participantes de siniestros de tránsito con daños materiales. Se observó, en primer lugar, que el 13% de la muestra reunió criterios diagnósticos de TEA según el DSM 5, lo cual coincide con estudios previos que arrojaron resultados similares pero en personas hospitalizadas (Bryant et al., 2015; Harvey & Bryant, 1998). La presencia de síntomas de TEA en algunos conductores que no han tenido lesiones, es consistente con investigaciones que muestran que puede haber consecuencias emocionales a pesar de no tener lesiones físicas y de haber una buena recuperación (Lucas, 2003; Taylor, 2011).

En segundo lugar, aquellos que tuvieron cierto tipo de incidentes (como destrucción del vehículo) presentaron más síntomas de TEA (tanto en frecuencia como en gravedad). Tercero, se observaron diferencias de género entre los participantes. Las mujeres presentaron más síntomas que los hombres, lo que va en línea con la literatura previa (Fullerton et al., 2001; Palacios & Heinze, 2002). Por otro lado, no se observó relación entre los síntomas y la edad, lo cual coincide con los estudios que muestran que, en población adulta, la edad no suele ser un predictor significativo de TEPT (Ozer et al., 2003).

Cuarto, se encontraron relaciones modestas entre los síntomas de TEA y otras variables, tales como la afectividad negativa (factor pre-siniestro) y los factores de riesgo propios del siniestro (características del choque como su magnitud, tipo y gravedad así como la reacción emocional experimentada), lo cual también es consistente con estudios que observaron relaciones con la magnitud y la gravedad del evento (O'Donnell et al., 2008) y con rasgos de personalidad como neuroticismo (constructo estrechamente relacionado al de Afectividad Negativa) (Breslau, & Schultz, 2013; Quilty, Ayearst, Chmielewski, Pollock & Bagby, 2013).

Cabe destacar que no se observaron relaciones con los factores de riesgo post-siniestro (e.g., falta de apoyo social, estrategias de afrontamiento ineficaces, problemas económicos). No obstante, esto puede deberse a que la evaluación se produjo dentro del primer mes, por lo cual es posible que dichos factores no hayan llegado a tener una injerencia en el mantenimiento de los síntomas. En futuros estudios deben evaluarse este conjunto de variables en un lapso mayor de tiempo (e.g., al mes y al tercer mes del siniestro, siguiendo los criterios para TEPT Agudo y Crónico del DSM-IV, APA, 1994).

La versión adaptada de la escala IES-R mostró niveles satisfactorios de fiabilidad e ítems con índices de discriminación aceptables. No obstante, se utilizaron nuevas versiones de los instrumentos (tanto de estrés postraumático como de factores de riesgo), por lo tanto, requieren ajustes y mayor evidencia de validez. Además, cabe mencionar que se trata de escalas de autoinforme, que, como tales, pueden ser susceptibles a sesgos de respuesta que deben tenerse en cuenta al momento de interpretar los resultados (como el sesgo de deseabilidad social, distorsiones de la memoria u olvidos, etc). Otra limitación importante es que se trabajó con una muestra por conveniencia, y donde la mayoría de los sujetos se habían visto involucrados en siniestros de tránsito leves, lo cual pudo haber afectado los hallazgos obtenidos, y limita el grado de generalización de este estudio. En futuras investigaciones se debe ampliar la muestra y trabajar con otras poblaciones (e.g., lesionados), además de complementarse con un seguimiento de la evolución de los síntomas.

Para finalizar, los resultados destacan la impor-

tancia de identificar personas con reacciones de estrés agudo y de implementar estrategias de intervención temprana. La gran mayoría de las personas, si reciben una adecuada primera ayuda psicológica, no tendrán necesidad de atención profesional. Esta atención debe ser planeada, organizada, y se requieren servicios y protocolos a distintos nivel. En este sentido, los Primeros Auxilios Psicológicos, constituyen la técnica de elección, ya que consisten en la primera atención que reciben los afectados (dentro de las primeras horas). Entre otras cosas, buscan reducir el nivel de estrés inicial causado por el evento traumático; fomentar la adaptación a corto, medio y largo plazo; y potenciar las estrategias de afrontamiento propias de la persona (Porcar Becker, 2015). Además, permiten orientar, psicoeducar (respecto de los posibles síntomas y reacciones esperables, cuándo consultar, qué puede hacer la persona para protegerse, qué debe evitar para hacerse mayor daño) y conectar a la víctima con redes de apoyo (e.g., informar sobre lugares donde concurrir en caso de necesitar ayuda) (ver por ej., Brymer et al., 2006; Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation & Visión Mundial Internacional, 2012). Por otro lado, es fundamental que los distintos profesionales intervinientes (e.g., personal de emergencia, policías, bomberos, médicos) estén capacitados sobre los efectos emocionales de los siniestros viales (e.g., para detectar síntomas y signos de alerta, saber cómo comunicar una mala noticia), y sobre la importancia de una atención adecuada para la prevención de secuelas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4^a ed.)*. Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5^a ed.)*. Arlington, VA: Author.
- ANSV (2013). *Ranking siniestros con víctimas informados por provincia datos totales 2013, Ranking víctimas fatales totales 2013*. Informe comparativo sobre siniestros y víctimas. Recuperado el 14/11/2014 de: <http://observatoriovial.seguridad-vial.gov.ar/informes-estadisticos.php?sel=1>
- Báguena, M. J., Villarroya, E., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C., & Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estrés (EIE-R). *Análisis Modificación Conducta*, 27, 581-604.
- Blanchard, E. B., Hickling, E. J., Taylor, A. E., Loos, W. R., Forneris, C. A., & Jaccard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour research and therapy*, 34, 1-10.
- Breslau, N., & Schultz, L. (2013). Neuroticism and post-traumatic stress disorder: a prospective investigation. *Psychological Medicine*, 43(08), 1697-1702.
- Bryant, R. A., Creamer, M., O'Donnell, M., Silove, D., McFarlane, A. C., & Forbes, D. (2015). A comparison of the capacity of DSM-IV and DSM-5 acute stress disorder definitions to predict posttraumatic stress disorder and related disorders. *The Journal of clinical psychiatry*, 76(4), 391-397.

- Brymer, M., Jacobs, A., Layne, C., Pynoos, R., Ruzek, S. A. & Vernberg, W. P. (2006). *Primeros Auxilios Psicológicos: Guía de Operaciones Prácticas (2a ed.)*. National Child Traumatic Stress Network y National Center for PTSD. Recuperado el 8-10-18 de: <https://www.nctsn.org/resources/primeros-auxilios-psicologicos-guia-de-operaciones-practicas-2da-edicion>
- Caird, J. K., Willness, C. R., Steel, P., & Scialfa, C. (2008). A meta-analysis of the effects of cell phones on driver performance. *Accident Analysis & Prevention*, 40, 1282-1293.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40, 20-34.
- Carvajal, A. C. (2006). Fase aguda de estrés postraumático en los accidentes de tránsito. *Revista Médica Clínica las Condes*, 17, 91-97.
- Cherpetel, C. (2007). Alcohol and injuries: a review of international emergency room studies since 1995. *Drug and Alcohol Review*, 26, 201-14.
- Cieslak, R., Benight, C. C., & Caden Lehman, V. (2008). Coping self-efficacy mediates the effects of negative cognitions on posttraumatic distress. *Behaviour Research and Therapy*, 46, 788-798.
- Coronas, R., García-Parés, G., Viladrich, C., Santos, J. M., y Menchón, J.M. (2008). Clinical and sociodemographic variables associated with the onset of posttraumatic stress disorder in road traffic accidents. *Depression and Anxiety*, 25, E16-E23.
- Crespo, M., & Gómez, M. (2012). La evaluación del estrés postraumático: Presentación de la escala de evaluación global de estrés postraumático (EGEP). *Clínica y Salud*, 23(1), 25-41.
- Crespo, M., Gómez, M. M., & Soberón, C. (2017). *EGEP-5. Evaluación global del estrés postraumático*. Madrid: TEA Ediciones.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., Sarasua, B., Zubizarreta, I., Holgado-Tello, F. P., & Muñoz, J. M. (2016). Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas. *Terapia psicológica*, 34, 111-128.
- Fullerton, C. S., Ursano, R. J., Epstein, R. S., Crowley, B., Vance, K., Kao, T. C., ... & Baum, A. (2001). Gender differences in posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1486-1491.
- Galea, S., Vlahov, D., Resnick, H., Ahern, J., Susser, E., Gold, J., Bucuvalas, M. & Kilpatrick, D. (2003). Trends of probable posttraumatic stress disorder in New York City after the September 11th terrorist attacks. *American Journal of Epidemiology*, 158, 514-524.
- Harvey, A. G., & Bryant, R. A. (1998). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder: a prospective evaluation of motor vehicle accident survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 507-512.
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological medicine*, 42, 1879-1890.
- Ledesma, R., Montes, S., Poó, F. & López-Ramón, M.F (2010). Individual Differences in Driver Inattention: The Attention-related Driving Errors Scale. *Traffic Injury Prevention*, 11, 142-150.
- Lucas, J. L. (2003). Drivers' psychological and physical reactions after motor vehicle accidents. *Transportation Research Part F: Traffic Psychology and Behaviour*, 6, 135-145.
- Mayou, R. A., Ehlers, A., y Bryant, B. (2002). Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3-year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 665-675.
- McFarlane, A. C. (2000). Posttraumatic Stress Disorder: A model of the Longitudinal Course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 15-20.
- Montes, S., Ledesma, R.D, Poó, F.M; López, S.S. & Tosi, J.D. (2016). *Estrés postraumático en personas involucradas en siniestros viales. Estado del Arte y Desafíos para la Investigación*. Psicología do Tráfego: características e desafios no contexto do Mercosul (pp. 76 – 93). Brasilia: Conselho Federal de Psicologia.
- Observatorio Vial (2018). *Reporte Acumulado Trimestral 1/1/18 al 30/9/18*. Subsecretaría de Transporte y Tránsito; Municipalidad de General Pueyrredón. Recuperado el 10-12-18 de: https://www.mardelplata.gov.ar/documentos/transporte_y_transito/observatorio%20vial.pdf
- O'Donnell, M.L., Creamer, M.L., Bryant, R.A., Schnyder, U., & Shalev, A. (2003). Posttraumatic disorders following injury: an empirical and methodological review. *Clinical Psychology Review*, 23, 587-603.
- O'Donnell, M.L., Creamer, M., Parslow, R., Elliott, P., Holmes, A., Ellen, S., Judson, R., McFarlane, A., Silove, D., y Bryant, R. A. (2008). A predictive screening instrument for posttraumatic stress disorder and depression following traumatic injury. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 923-932.
- Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation & Visión Mundial Internacional (2012). *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. OMS: Ginebra.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Palacios, L., y Heinze, G. (2002). Trastorno por estrés postraumático: una revisión del tema (primera parte). *Salud Mental*, 25,19-26.
- Pérez-Rincón, E., González-Forteza, C., Ramos Lira, L. y Jiménez Tapia, J, A. (2007). Trastorno por estrés postraumático en pacientes con lesiones no intencionales producidas en accidentes de tránsito. *Salud Mental*, 30, 43-48.
- Porcar Becker, I. (2016). *¿Qué son los Primeros Auxilios Psicológicos? Material online Curso 'Primeros Auxilios Psicológicos'*. Plataforma Coursera. Recuperado el 29-5-17 de: <https://es.coursera.org/learn/pap>
- Quilty, L. C., Ayearst, L., Chmielewski, M., Pollock, B. G., & Bagby, R. M. (2013). The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment*, 20, 362-369.
- Reason, J.T., Manstead, A., Stradling, S., Baxter, J.S. & Campbell, K. (1990). Errors and violations on the roads: a real distinction? *Ergonomics*, 33, 1315-1332.
- Sanchez, R.; Montes, S. & Somerstien, D. (en prensa). *Inventario de personalidad para el DSM-5: Propiedades psicométricas en población argentina*. Estudio preliminar. Revista Interdisciplinaria.
- Taylor, J. E. (2011). *Mental Health and Driving*. In B. Porter (Ed.), *Handbook of Traffic Psychology* (pp. 165-178). San Diego, USA: Academic Press.
- Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). *The Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 (CAPS-5)*. Interview available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov.
- WHO (1995). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2013). *Global status report on road safety: time for action*. Geneva. Available from: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009/en/index.html.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para los 25 ítems de la escala IES-R

Item	Media	DS	Varianza	Correlación ítem-total
Tener recuerdos desagradables, repetitivos sobre el accidente.	1,79	1,09	1,19	0,70
Tener sueños desagradables sobre el accidente.	1,10	0,41	0,17	0,46
Por momentos sentirme como si estuviera viviendo de nuevo el hecho.	1,33	0,77	0,60	0,65
Sentir malestar (como nerviosismo o inquietud) al recordar el accidente.	1,55	0,80	0,63	0,65
Tener reacciones físicas al recordar lo sucedido (traspiración, palpitaciones, dificultades para respirar, náuseas, etc.)	1,15	0,55	0,30	0,49
Evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones relacionadas con el accidente.	1,23	0,58	0,33	0,55
Evitar actividades, lugares o personas que me recuerden al accidente.	1,08	0,46	0,21	0,42
Sentir temor al tránsito o temor a manejar.	1,28	0,64	0,41	0,57
Evitar manejar un vehículo (auto, moto, etc.)	1,10	0,45	0,21	0,37
Tener dificultad para recordar aspectos importantes del accidente.	1,18	0,53	0,28	0,43
Sentir que el mundo es un lugar peligroso.	1,53	1,04	1,08	0,45
Sentirme responsable o culpable del accidente (por algo que hice o deje de hacer en el momento)	1,44	0,88	0,78	0,44
Sentirme responsable o culpable por haber resultado ileso o por haber sobrevivido al accidente.	1,12	0,45	0,20	0,14
Tener sentimientos negativos (estar irritable, enojado, avergonzado, culpable.)	1,44	0,79	0,62	0,62
Tener menos interés o placer por cosas que solía disfrutar.	1,14	0,51	0,26	0,40
Sentirme distante o alejado de la gente.	1,11	0,50	0,25	0,24
Tener dificultades para experimentar ciertas emociones (como amor, alegría, deseo sexual, etc.)	1,10	0,38	0,15	0,28
Sentir que disminuyó la confianza que tenía en mí mismo.	1,13	0,46	0,21	0,34
Sentirme irritable o enojado.	1,44	0,71	0,50	0,51
Hacer cosas que pueden dañarme o ponerme en riesgo.	1,10	0,43	0,19	0,29
Sentirme en constante estado de alerta o en guardia.	1,50	0,93	0,86	0,34
Sobresaltarme o asustarme fácilmente.	1,26	0,73	0,53	0,62
Tener dificultades para concentrarme.	1,13	0,41	0,17	0,44
Tener dificultades para dormir o mantener el sueño.	1,17	0,47	0,22	0,29
Sentirme separado de mi cuerpo o del mundo (como si estuviera viéndome a mí mismo desde afuera, o como en un sueño)	1,05	0,35	0,13	0,34

Tabla 2. Matriz de correlaciones entre IES, EFR y PID-5

	IES	IES Re-Exp	IES Evit	IES AN	IES Hiper	EFR	EFR Antes	EFR Durante	EFR Después	PID	PID AN	PID Desa	PID Antag.	PID Desi	PID Psicot
IES	1														
IES Re-exp	0,85**	1													
IES Evit	0,70**	0,71**	1												
IES AN	0,82**	0,52**	0,23**	1											
IES Hiper	0,76**	0,46**	0,35**	0,56**	1										
EFR	0,15	0,09	0,28*	0,09	0,12	1									
EFR Antes	0,00	-0,08	0,08	-0,02	0,08	0,65**	1								
EFR Durante	0,42**	0,41**	0,41**	0,32**	0,29**	0,15	-0,15	1							
EFR Después	0,01	-0,04	0,11	-0,01	0,01	0,92**	0,41**	-0,07	1						
PID	0,34*	0,08	0,15	0,40**	0,20*	0,10	0,12	0,14	0,03	1					
PID AN	0,32*	0,11	0,19	0,34**	0,25**	0,09	0,07	0,22*	0,01	0,86**	1				
PID Desa	0,17	0,10	0,10	0,20*	0,03	0,02	0,09	0,06	-0,04	0,58**	0,24*	1			
PID Antag.	0,11	0,06	0,18	0,10	0,03	0,13	0,14	0,14	0,05	0,72**	0,56**	0,49**	1		
PID Desi	0,27*	-0,05	0,06	0,35*	0,21*	0,02	0,05	-0,06	0,02	0,78**	0,56**	0,30**	0,45**	1	
PID Psicot	0,31*	0,05	-0,03	0,37**	0,22*	0,12	0,16	0,08	0,06	0,74**	0,58**	0,37**	0,26**	0,58**	1

Nota: IES: Escala de Impacto de Eventos-Revisada; IES reexp: IES Reexperimentación; IES Evit: IES Evitación; IES AN: Alteraciones negativas en cogniciones y estado de ánimo; IES Hiper: Hiperactivación; EFR: Cuestionario Multidimensional de Factores de Riesgo de Estrés Posttraumático; EFR Antes: Factores de Riesgo pre-accidente; EFR Durante: Factores de Riesgo del Accidente; EFR Después: Factores de Riesgo post-accidente; PID: Inventario de Personalidad para DSM-5 versión breve; PID AN: Afectividad Negativa; PID Desa; PID Antag; PID Desi: Desinhibición; PID Psicot: Psicoticismo. ** $p < 0,01$ (bilateral), * $p < 0,05$ (bilateral).