

Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos

Enrique Echeburúa, Paz de Corral, Pedro Javier Amor
Universidad del País Vasco

En este artículo se hace un estudio sobre las implicaciones clínicas y forenses del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. La muestra constó de 330 víctimas afectadas por traumas psicológicos diversos (agresión sexual, violencia familiar o terrorismo). El 54,5% de todos los sujetos padecían el trastorno de estrés posttraumático, que se daba con más frecuencia en las víctimas de agresión sexual y de terrorismo que en las de violencia familiar. Con la *Escala de Gravedad de Síntomas* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997a), específica para este cuadro clínico, se precisó la gravedad y el perfil psicopatológico de cada subgrupo de víctimas. Por último, se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y forense y para las investigaciones futuras.

Assessment of psychological harm in violent crime-victims. The aim of this paper was to review the current knowledge about the psychological harm in crime-victims, as well as to study it in a clinical sample. The sample consisted of 330 patients affected by psychological traumas (rape, domestic violence and terrorism). Among them, the 54,5% were diagnosed of PTSD, most of all those affected by rape and terrorism. The Severity of Symptom Scale for PTSD (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta and Sarasua, 1997a) was used to determine the severity and the psychopathological profile of PTSD in each group of victims. Finally, implications of this study for clinical and forensic practice and for future research in this field are commented upon.

Los delitos violentos son sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales (Kilpatrick, Saunders, Amick-McMullan, Best, Veronen y Jesnick, 1989).

Cualquier trauma -y un delito violento lo es- supone una quiebra en el sentimiento de seguridad de una persona y, de rebote, en el entorno familiar cercano. Más allá del sufrimiento de la *víctima directa*, queda alterada toda la estructura familiar. De ahí que sea de interés el conocimiento de las reacciones y secuelas emocionales que arrastran muchas personas -en su mayoría mujeres y niños- durante períodos prolongados, incluso a lo largo de toda su vida (Hanson, Kilpatrick, Falsetti y Resnick, 1995).

Sin embargo, tradicionalmente el Derecho Penal ha prestado atención a las *lesiones físicas* de las víctimas, pero ha hecho caso omiso del *daño psicológico*. Sólo recientemente se ha cambiado este enfoque, cuando se ha asumido que la salud es mucho más que la mera ausencia de enfermedad. Así, por ejemplo, en la última reforma del Código Penal de 1995 (Ley Orgánica 14/1999, referida al maltrato doméstico) se ha incluido la violencia psíquica habitual como delito (y no como una mera falta) en el reformulado artículo 153.

La evaluación del daño psíquico (el «*quantum doloris*») sufrido en las víctimas es importante para planificar el tratamiento, así

como para tipificar los daños criminalmente, establecer una compensación adecuada o determinar la incapacidad laboral. Respecto a estos últimos puntos, los manuales de daño corporal y de discapacidad hacen referencia a los déficits somáticos e incluyen una baremación estandarizada de las lesiones corporales (en relación con los accidentes de coche, por ejemplo), pero apenas prestan atención a la valoración de los daños psíquicos (Esbec, 1994a).

El daño psicológico requiere ser evaluado también en las *víctimas indirectas* de los sucesos violentos, que son las personas que, sin ser directamente concernidas por el hecho delictivo, sufren por las consecuencias del mismo. Es el caso, por ejemplo, de las madres que han sufrido el impacto brutal de la agresión sexual y asesinato de una hija o el de los hijos que se ven obligados bruscamente a readaptarse a una nueva vida tras el asesinato de su padre en un atentado terrorista. En la muerte violenta de un ser querido existen, en un primer momento, sentimientos de dolor, tristeza, impotencia o rabia; en un segundo momento, de dolor e impotencia; finalmente, de dolor y soledad (que no necesariamente mejoran con el transcurso del tiempo) (Finkelhor y Kendall-Tackett, 1997).

¿Qué es el daño psicológico?

El daño psicológico se refiere, por un lado, a las *lesiones psíquicas* agudas producidas por un delito violento, que, en algunos casos, pueden remitir con el paso del tiempo, el apoyo social o un tratamiento psicológico adecuado; y, por otro, a las *secuelas emocionales* que persisten en la persona de forma crónica como consecuencia del suceso sufrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana (Tabla 1). En uno y otro caso el daño psíquico es la consecuencia de un suceso negativo que desborda la capacidad de

afrontamiento y de adaptación de la víctima a la nueva situación (Pynoos, Sorenson y Steinberg, 1993).

Tabla 1
Daño psíquico en víctimas de delitos violentos
(Esbec, 2000, modificado)

- Sentimientos negativos: humillación, vergüenza, culpa o ira.
- Ansiedad.
- Preocupación constante por el trauma, con tendencia a revivir el suceso.
- Depresión.
- Pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de los sentimientos de indefensión y desesperanza experimentados.
- Disminución de la autoestima.
- Pérdida del interés y de la concentración en actividades anteriormente gratificantes.
- Cambios en el sistema de valores, especialmente la confianza en los demás y la creencia en un mundo justo.
- Hostilidad, agresividad, abuso de drogas.
- Modificación de las relaciones (dependencia emocional, aislamiento)
- Aumento de la vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo peligroso, y pérdida de control sobre la propia vida.
- Cambio drástico en el estilo de vida, con miedo a acudir a los lugares de costumbre; necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.
- Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño.
- Disfunción sexual.

Lo que genera habitualmente daño psicológico suele ser la amenaza a la propia vida o a la integridad psicológica, una lesión física grave, la percepción del daño como intencionado, la pérdida violenta de un ser querido y la exposición al sufrimiento de los demás, más aún si se trata de un ser querido o de un ser indefenso (Green, 1990). El daño generado suele ser mayor si las consecuencias del hecho delictivo son múltiples, como ocurre, por ejemplo, en el caso de una agresión sexual con robo o en el de un secuestro finalizado con el pago de un cuantioso rescate por parte de la familia de la víctima.

En el caso de heridas físicas como consecuencia del delito violento, el daño psicológico adicional es mayor que si no hay lesiones físicas. Sin embargo, los heridos graves tienen con frecuencia un mejor pronóstico psicológico que los más leves porque se les conceptualiza más fácilmente como víctimas y cuentan, por ello, con un mayor grado de apoyo social y familiar.

Por lo que a las *víctimas indirectas* se refiere, el daño psicológico experimentado es comparable al de las víctimas directas, excepto que éstas hayan experimentado también lesiones físicas. En el caso del terrorismo, la gravedad psicopatológica de la víctima indirecta es mayor cuando la víctima directa sobrevive al atentado, pero queda gravemente incapacitada y requiere grandes cuidados, que cuando ésta fallece.

El daño psicológico cursa habitualmente en fases. En una primera etapa suele surgir una reacción de sobrecogimiento, con un cierto enturbiamiento de la conciencia y con un embotamiento general, caracterizado por lentitud, un abatimiento general, unos pensamientos de incredulidad y una pobreza de reacciones. En una segunda fase, a medida que la conciencia se hace más penetrante y se diluye el embotamiento producido por el estado de «shock», se abren paso vivencias afectivas de un colorido más dramático: dolor, indignación, rabia, impotencia, culpa, miedo, que alternan con momentos de profundo abatimiento. Y, por último, hay una tendencia a reexperimentar el suceso, bien espontáneamente o bien en función de algún estímulo concreto asociado (como un timbre, un ruido, un olor, etc.) o de algún estímulo más general: una película violenta, el aniversario del delito, la celebración de la Navidad, etc.

Hay que situar siempre el daño psicológico en relación con el trauma sufrido, al margen de otras variables individuales (psicopatología previa, personalidad vulnerable, etc.) o biográficas (divorcio, estrés laboral, etc.). La valoración del daño se hace con arreglo a las categorías de discapacidad y minusvalía (Esbec, 2000).

a) Las lesiones psíquicas

La lesión psíquica se refiere a una alteración clínica aguda que sufre una persona como consecuencia de haber sufrido un delito violento y que le incapacita significativamente para hacer frente a los requerimientos de la vida ordinaria a nivel personal, laboral, familiar o social. Este concepto de *lesión psíquica*, que es medible por medio de los instrumentos de evaluación adecuados, ha sustituido al de *daño moral*, que es un concepto más impreciso, subjetivo y que implica una percepción personal más de perjuicio a los bienes inmateriales del honor o de la libertad que de sufrimiento psíquico propiamente dicho.

Las lesiones psíquicas más frecuentes son los trastornos adaptativos (con estado de ánimo deprimido o ansioso), el trastorno de estrés postraumático o la descompensación de una personalidad anómala. Más en concreto, a un nivel cognitivo, la víctima puede sentirse confusa y tener dificultades para tomar decisiones, con una percepción profunda de indefensión (de estar a merced de todo tipo de peligros) y de incontrolabilidad (de carecer de control sobre su propia vida y su futuro); a nivel psicofisiológico, puede experimentar sobresaltos continuos; y, por último, a nivel conductual, puede mostrarse apática y con dificultades para retomar la vida cotidiana (Acierno, Kilpatrick y Resnick, 1999).

b) Las secuelas emocionales

Las secuelas emocionales se refieren a la estabilización del daño psíquico, es decir, a una discapacidad permanente que no remite con el paso del tiempo ni con un tratamiento adecuado. Se trata, por tanto, de una alteración irreversible en el funcionamiento psicológico habitual o, dicho en términos legales más imprecisos conceptualmente, de un *menoscabo de la salud mental*.

Las secuelas psíquicas más frecuentes en las víctimas de delitos violentos se refieren a la modificación permanente de la personalidad (CIE 10, F62.0), es decir, a la aparición de rasgos de personalidad nuevos, estables e inadaptables (por ejemplo, dependencia emocional, suspicacia, hostilidad, etc.) que se mantienen durante, al menos, 2 años y que llevan a un deterioro de las relaciones interpersonales y a una falta de rendimiento en la actividad laboral (Esbec, 2000).

Esta transformación de la personalidad puede ser un estado crónico o una secuela irreversible de un trastorno de estrés postraumático (F43.1) que puede surgir como consecuencia de haber sufrido un delito violento (Echeburúa, Corral y Amor, 2000).

La dificultad de valoración de las secuelas emocionales estriba en la evaluación *post hoc*, en donde no siempre es fácil delimitar el daño psicológico de la estabilidad emocional previa de la víctima, así como en la necesidad de establecer un pronóstico diferido (curabilidad/incurabilidad).

El problema de la causalidad

No es siempre fácil poner en conexión el daño psicológico sufrido *ahora* con el suceso violento padecido *anteriormente*. Sin

embargo, el establecimiento de la relación de causalidad entre el delito violento y la lesión psíquica resulta esencial a efectos penales y de responsabilidad civil, según se desprende de la Ley de Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y de Agresiones Sexuales (Ley 35/1995, de 11 de diciembre) y la Ley de Asistencia a las Víctimas de Terrorismo (Real Decreto 1211/97, de 18 de julio).

La relación de causalidad puede no ser unívoca, sino que está enturbiada por la mediación de las concausas, que, a diferencia de las causas, son necesarias, pero no suficientes, para generar el daño psicológico. Las concausas pueden ser *preexistentes*, asociadas a un factor de vulnerabilidad en la víctima (como es el caso de una mujer adulta que ha sido violada recientemente y que sufrió un abuso sexual en la infancia), *simultáneas* (como es el caso de haber contraído el sida en una agresión sexual) o *posteriores* (como es el caso de haber sufrido una agresión sexual o la muerte violenta de un hijo y divorciarse posteriormente de la pareja), que suponen, en esta última variante, una complicación del cuadro clínico como resultado de una victimización complicada (Esbec, 1994a, 2000).

Vulnerabilidad Psicológica

No hay que confundir los *factores de riesgo*, que aluden a una mayor atracción del agresor para elegir a una víctima (pertenecer al sexo femenino, ser joven, vivir sola, haber consumido alcohol o drogas en exceso, padecer una deficiencia mental, etc.) con la *vulnerabilidad psicológica*, que se refiere a la precariedad del equilibrio emocional, ni con la *vulnerabilidad biológica*, que se refiere a un menor umbral de activación psicofisiológica. Ambos tipos de vulnerabilidad pueden amplificar el daño psicológico del delito en la víctima. En suma, las *víctimas de riesgo* tienen una cierta predisposición a convertirse en víctimas de un delito porque constituyen una presa fácil para el agresor; las *víctimas vulnerables*, a su vez, tienen una mayor probabilidad de sufrir un intenso impacto emocional tras haber sufrido un delito violento (sean o no víctimas de riesgo).

En algunas víctimas el desequilibrio emocional preexistente agrava el impacto psicológico del delito y actúa como modulador entre el hecho criminal y el daño psíquico (Avia y Vázquez, 1998). De hecho, ante acontecimientos traumáticos similares unas personas presentan un afrontamiento adaptativo y otras quedan profundamente traumatizadas (Figura 1).

Desde una perspectiva psicológica, un nivel bajo de inteligencia (sobre todo, cuando hay un historial de fracaso escolar), una fragilidad emocional previa y una mala adaptación a los cambios, así como un «locus de control» externo y una percepción del deli-

to como algo extremadamente grave e irreversible, debilitan la resistencia a las frustraciones y contribuyen a generar una sensación de indefensión y de desesperanza, con muy poca confianza en los recursos psicológicos propios para hacerse con el control de la situación. La fragilidad emocional se acentúa cuando hay un historial como víctima de otros delitos violentos o de abuso, cuando hay un estrés acumulativo, cuando hay antecedentes psiquiátricos familiares y cuando hay un divorcio de los padres antes de la adolescencia de la víctima (Esbec, 2000; Finkelhor, 1999).

Desde una perspectiva psicosocial, un *apoyo social próximo* insuficiente, ligado a la depresión y al aislamiento, y la escasa implicación en relaciones sociales dificultan la recuperación del trauma. El principal antídoto contra la pena es poder compartirla. Como dice un proverbio sueco, la alegría compartida es doble alegría y la pena compartida es media pena. Pero también es importante la influencia del apoyo social *institucional*, es decir, del sistema judicial, de la policía, de los medios de comunicación, etc.

En síntesis, el grado de daño psicológico (lesiones y secuelas) está mediado por la intensidad y la percepción del suceso sufrido (significación del hecho y atribución de intencionalidad), el carácter inesperado del acontecimiento y el grado real de riesgo sufrido, la mayor o menor vulnerabilidad de la víctima, la posible concurrencia de otros problemas actuales (a nivel familiar y laboral, por ejemplo) y pasados (historia de victimización), el apoyo social existente y los recursos psicológicos de afrontamiento disponibles (Tablas 2 y 3). Todo ello configura la mayor o menor resistencia al estrés de la víctima (Tabla 4).

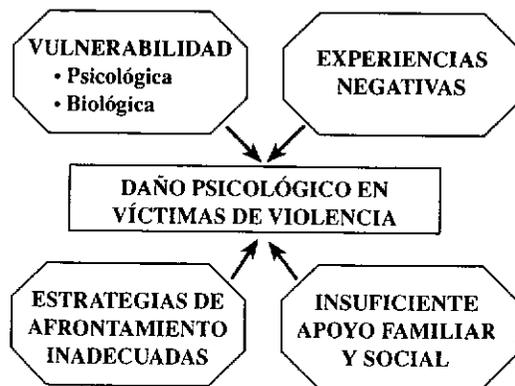


Figura 1. Aspectos relacionados con la vulnerabilidad psicopatológica

Tabla 2
Estrategias de afrontamiento positivas

- Aceptación del hecho y resignación
- Experiencia compartida del dolor y de la pena
- Reorganización del sistema familiar y de la vida cotidiana
- Reinterpretación positiva del suceso (hasta donde ello es posible)
- Establecimiento de nuevas metas y relaciones
- Búsqueda de apoyo social
- Implicación en grupos de autoayuda o en ONG

Tabla 3
Estrategias de afrontamiento negativas

- Anclaje en los recuerdos y planteamiento de preguntas sin respuesta
- Sentimientos de culpa
- Emociones negativas de odio o de venganza
- Aislamiento social
- Implicación en procesos judiciales, sobre todo cuando el sujeto se implica voluntariamente en ellos
- Consumo excesivo de alcohol o drogas
- Abuso de medicinas

Tabla 4
Personalidades resistentes al estrés

- Control de las emociones y valoración positiva de uno mismo
- Estilo de vida equilibrado
- Apoyo social y participación en actividades sociales
- Implicación activa en el proyecto de vida (profesión, familia, actividades de voluntariado, etc.)
- Afrontamiento de las dificultades cotidianas
- Aficiones gratificantes
- Sentido del humor
- Actitud positiva ante la vida
- Aceptación de las limitaciones personales
- Vida espiritual

Victimización secundaria

La victimización primaria deriva directamente del hecho delictivo; la secundaria, de la relación posterior establecida entre la víctima y el sistema jurídico-penal (policía, sistema judicial, etc.) o unos servicios sociales defectuosos. El maltrato institucional contribuye a agravar el daño psicológico de la víctima y funciona, según la terminología expuesta anteriormente, como una concausa posterior.

Lo que puede generar victimización secundaria en la víctima, sobre todo en la de agresiones sexuales, es la actuación de la policía o del sistema judicial (jueces, médicos forenses, fiscales y abogados) (Esbec, 1994a). En estos casos las víctimas, que son habitualmente mujeres, se encuentran con un entorno constituido mayoritariamente por hombres. Por lo que se refiere a la policía, los agentes suelen estar interesados por los trámites burocráticos (toma de la declaración inmediata, cotejo de fotografías, etc.) y por el esclarecimiento de los hechos, sin atender al drama que vive la víctima y sin informarla adecuadamente, al menos en muchos casos, del estado de las investigaciones.

A su vez, los médicos forenses, preocupados por la búsqueda de las pruebas, no siempre han tenido la sensibilidad adecuada ante el estado psicológico de la víctima. En otras ocasiones la propia prueba pericial, en donde se pone a prueba su salud mental o se cuestiona la credibilidad de su testimonio, puede ser una fuente de victimización secundaria.

En cuanto a los jueces, éstos se limitan a aplicar el ordenamiento jurídico, que no está pensado para proteger a las víctimas, sino para perseguir a los culpables. Cuando los jueces aplican el Código Penal, se mueven en el principio constitucional de la presunción de inocencia. Por ello, hay que poner en duda la declaración de la víctima. Eso y la aplicación del *principio «in dubio pro reo»*, al margen de que constituyen un reflejo del sistema de garantías procesales, resultan lesivos para la víctima.

Un aspecto fundamental en la victimización secundaria es la dilación existente en el sistema de justicia actual, así como la falta de información concreta sobre la situación procesal, que no tiene por qué resultar incompatible con el secreto de sumario. La incertidumbre de un proceso penal que nunca parece concluir, así como la reacción de la parte denunciada, que puede tildar de mentirosa a la víctima, injuriarla o incluso amenazarla, contribuyen a agravar la situación emocional de la víctima. Por último, en el juicio oral, celebrado mucho tiempo después del delito, la víctima se ve obligada a revivir el hecho en público, en donde se enfrenta a preguntas no siempre formuladas con delicadeza y donde se puede poner en duda el relato de los hechos.

Otras fuentes de victimización secundaria son los medios de comunicación, que filtran la intimidad de la víctima al gran público y que, en ocasiones, buscan una *justificación* al delito (en el caso de las víctimas de terrorismo, ser un *delator* o *colaborador de la policía*; en el caso de las víctimas de delitos violentos, ser un *drogadicto*, una *prostituta*, un *narcotraficante*, una *persona de vida licenciosa* o limitar el problema a una *reyerta* o a un *ajuste de cuentas*). En el caso concreto del terrorismo, las noticias de nuevos atentados o el apoyo social a los terroristas (en forma de homenajes, por ejemplo) constituyen una fuente adicional de victimización.

Evaluación

El objetivo de la evaluación psicológica en la víctima de un delito violento es valorar el tipo de daño psicológico existente para

orientar al tratamiento adecuado, así como determinar las secuelas presentes a efectos de la reparación del daño causado.

a) Evaluación clínica

Los delitos violentos (agresiones sexuales, terrorismo, violencia familiar, etc.) suelen generar con mucha frecuencia un trastorno de estrés postraumático, así como otros cuadros clínicos asociados (depresión, problemas psicosomáticos, abuso de alcohol, etc.) y una inadaptación a la vida cotidiana.

Según el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), son tres los aspectos nucleares implicados en el trastorno de estrés postraumático: la reexperimentación de la agresión sufrida, en forma de pesadillas y de imágenes y de recuerdos constantes e involuntarios; la evitación conductual y cognitiva de los lugares o situaciones asociados al hecho traumático; y las respuestas de hiperactivación, en forma de dificultades de concentración, de irritabilidad y de problemas para conciliar el sueño.

A continuación se presenta un estudio comparativo de diferentes tipos de víctimas en función de la modalidad del suceso experimentado (agresiones sexuales, terrorismo y maltrato doméstico) en relación con el trastorno de estrés postraumático. Las víctimas estudiadas en esta investigación son pacientes que acudieron en busca de tratamiento a diferentes Centros de Asistencia Psicológica (Programas de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales y de Violencia Familiar) y Centros de Salud Mental, ubicados en el País Vasco, entre 1994 y 1999.

Respecto a los datos demográficos más significativos, la muestra está constituida por 330 sujetos, de los que un 64% son víctimas de violencia familiar, un 31% de agresiones sexuales y un 5% de terrorismo. La edad media de las víctimas de la muestra era de 33 años (DT=11,1), si bien las de agresiones sexuales eran bastante más jóvenes (media: 22 años) que las de maltrato y terrorismo (media: 38 años). Y en cuanto al sexo, había una sobrerrepresentación de mujeres, especialmente entre las víctimas de agresiones sexuales y de maltrato.

El instrumento de evaluación utilizado ha sido la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997a), que funciona a modo de entrevista estructurada, cuenta con buenas propiedades psicométricas y es una escala heteroaplicada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad de este cuadro clínico según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (APA, 1994).

Los resultados obtenidos aluden a tres aspectos diferentes: las tasas de prevalencia del trastorno de estrés postraumático en los diferentes tipos de víctimas; las tasas de prevalencia de este cuadro clínico en función del tiempo transcurrido desde el trauma; y la gravedad de los síntomas, tal como es obtenida en la *EGS*.

Tasas de prevalencia

En general, las tasas de prevalencia del trastorno de estrés postraumático en los diferentes tipos de víctimas son altas en todos los casos (el 54,5% del total de la muestra), pero hay diferencias significativas entre ellas (Figura 2). En concreto, entre el 65% y el 70% de las víctimas de agresiones sexuales y de terrorismo presentan el cuadro clínico, sin apenas diferencias entre unas y otras. Sin embargo, las víctimas de violencia familiar lo sufren en menor medida (un 46% de la muestra).

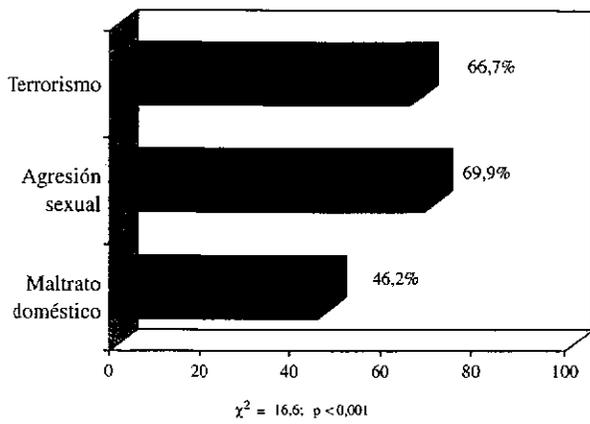


Figura 2. Tasas de prevalencia del trastorno de estrés postraumático en diferentes tipos de víctimas

En relación con el tiempo transcurrido desde el suceso traumático, en la figura 3 se señalan las tasas de prevalencia de las víctimas recientes y no recientes de agresiones sexuales, según los criterios expuestos en la figura 4. Se ha estudiado en particular esta submuestra porque en el caso del maltrato el problema presentado es crónico y en el caso del terrorismo el número total de sujetos investigados ha sido pequeño.

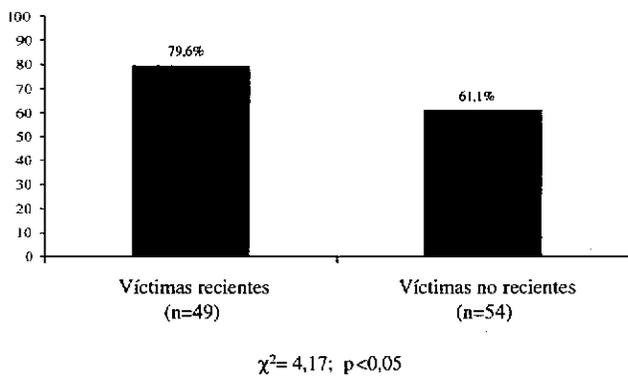


Figura 3. Tasas de prevalencia del trastorno de estrés postraumático en víctimas recientes y no recientes de agresiones sexuales

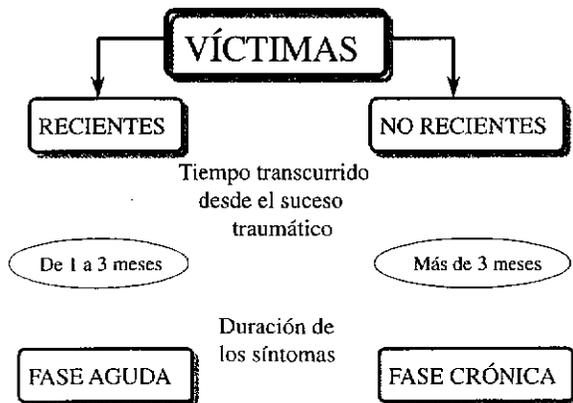


Figura 4.

Como se puede observar, las víctimas recientes (80%) presentan el cuadro clínico con mucha más frecuencia que las no recientes

(61%). No es, sin embargo, irrelevante que casi 2 de cada 3 de estas últimas sigan sufriendo del trastorno de estrés postraumático meses o años después de haber experimentado el delito violento.

Por otra parte, respecto a las víctimas de maltrato doméstico, el tipo de violencia, sea ésta física o psicológica, no supone cambios respecto a la tasa de prevalencia del cuadro clínico ni a la mayor o menor gravedad de este trastorno (tabla 5). En uno y otro caso las víctimas afectadas representan entre el 45% y el 50% del total de la muestra (Figura 5).

Tabla 5
Gravedad del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico físico y psicológico

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	MALTRATO FÍSICO (N=137)		MALTRATO PSICOLÓGICO (N=75)		t
	MEDIA	(DT)	MEDIA	(DT)	
NIVEL DE GRAVEDAD GLOBAL (Rango: 0-51)	20,31	(8,97)	20,20	(9,23)	0,08 (n.s.)
Reexperimentación (Rango: 0-15)	6,14	(2,95)	5,80	(3,20)	0,77 (n.s.)
Evitación (Rango: 0-21)	6,58	(3,69)	7,16	(4,09)	-1,04 (n.s.)
Activación psicofisiológica (Rango: 0-15)	7,70	(4,38)	7,20	(4,14)	0,81 (n.s.)

(n.s.) no significativo

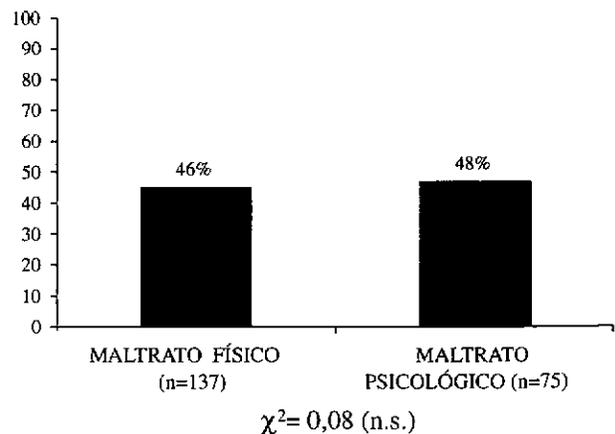


Figura 5. Tasas de prevalencia del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico físico y psicológico

Gravedad de los síntomas

En conjunto, las puntuaciones obtenidas por los diferentes tipos de víctimas son altas, muy por encima del punto de corte (15). Sin embargo, las víctimas de agresiones sexuales y de terrorismo (en este último caso, a nivel tendencial) presentan una mayor gravedad que las que han sufrido una situación de violencia familiar (tabla 6).

Tabla 6

Comparaciones intergrupales en función de la gravedad del trastorno de estrés postraumático

GRUPOS DE VÍCTIMAS	Nº SUJETOS	MEDIA	DT	F
1. Maltrato doméstico	212	20,27	9,04	12,38 *
2. Agresión sexual	103	26,02	11,24	
3. Víctimas de terrorismo	15	25,20	11,67	2>1

* $p < 0,001$

Por otra parte, las víctimas recientes de agresiones sexuales tienen unos síntomas más intensos del trastorno de estrés postraumático que las víctimas no recientes. Las conductas de evitación tienden, sin embargo, a cronificarse. De hecho, no hay diferencias en estas conductas en uno y otro tipo de víctimas (tabla 7).

Tabla 7

Gravedad del trastorno de estrés postraumático en víctimas recientes y no recientes de agresión sexual

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	VÍCTIMAS RECIENTES (N=49)		VÍCTIMAS NO RECIENTES (N=54)		t
	MEDIA	(DT)	MEDIA	(DT)	
NIVEL DE GRAVEDAD GLOBAL (Rango: 0-51)	29,2	(10,71)	23,13	(11,02)	2,83 *
Reexperimentación (Rango: 0-15)	9,94	(3,64)	7,76	(3,68)	3,02 *
Evitación (Rango: 0-21)	9,0	(4,73)	8,41	(5,25)	0,60 (n.s.)
Activación psicofisiológica (Rango: 0-15)	10,45	(3,85)	6,98	(3,85)	4,56 **

(n.s.) no significativo; * $p < 0,01$; ** $p < 0,001$

b) Dictámenes periciales

El objetivo de los dictámenes periciales en las víctimas de los delitos violentos es valorar el daño psicológico existente, así como determinar la validez del testimonio (especialmente en los casos de agresiones sexuales).

Respecto al daño psicológico, en los informes forenses el enfoque general de la exploración psicológica debe centrarse en los siguientes puntos:

- Línea de adaptación anterior al delito violento, tanto a nivel social y laboral como familiar y emocional.
- Línea actual de adaptación.
- Reacción readaptativa tras el suceso: afrontamiento del suceso; resultados del afrontamiento.
- Nexo de causalidad entre la inadaptación actual y el delito sufrido.
- Pronóstico en relación con el futuro, que puede depender del tiempo transcurrido desde la agresión, del funcionamiento actual respecto a la línea base anterior y del tipo y

cantidad de recursos sociales y personales con que cuenta la víctima.

En el caso de un mal funcionamiento psicológico previo hay que tener en cuenta dos puntos: a) qué aspectos del problema actual son atribuibles a la situación previa a la victimización; y b) qué perfiles de la victimización han sido potenciados por la situación de previctimización o de personalidad.

La utilización de fuentes de información distintas de la víctima (testigos, compañeros, familiares, etc.) permite al evaluador enriquecer su perspectiva y evitar ser cuestionado por basarse sólo en lo que el sujeto dice.

Por lo que se refiere a la validez del testimonio, en la práctica forense se suele solicitar cuando la víctima ha sufrido una agresión sexual. Lo que interesa del testimonio es que sea *creíble* (cuando los afectos, cogniciones y conductas del sujeto son comprensibles y derivables de la narración de la víctima) y *válido* (cuando el recuerdo es una representación adecuada y la identificación es correcta) (Echeburúa, Guerricaechevarría y Vega-Osés, 1998).

Lo que confiere validez a un testimonio es la reiteración en el discurso, la congruencia entre el lenguaje verbal y las emociones expresadas, la ausencia de variación en la descripción de los hechos, el bloqueo característico de la memoria, etc.

En ningún caso la credibilidad del testimonio debe quedar empañada, ni resultar sesgada la atribución de responsabilidad en los delitos, por la crítica moral -directa o encubierta- al estilo de vida de la víctima.

Recientemente se ha utilizado el peritaje del daño psicológico en la víctima como prueba de la existencia de una relación sexual no consentida. Esto tiene interés en aquellos casos en que el agresor reconoce la existencia de una relación sexual, pero niega la falta de consentimiento por parte de la víctima. El interés del dictamen pericial deriva de que, al haber tenido lugar la relación a solas, no hay testigos de la misma y de que lo que está en juego es la palabra del agresor contra la palabra de la víctima. La existencia del daño psicológico -y, en concreto, del trastorno de estrés postraumático- en la víctima puede constituir una prueba de una relación sexual no consentida.

En concreto, en el trastorno de estrés postraumático hay cinco cuestiones esenciales que el perito debe evaluar:

- ¿Tiene el factor traumático suficiente gravedad como para haber causado un trastorno de estrés postraumático?
- ¿Cumple criterios clínicos específicos de este trastorno la reclamación interpuesta?
- ¿Cuál es la historia psiquiátrica y de victimización anterior del sujeto?
- ¿Está basado el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático exclusivamente en los informes subjetivos de la víctima?
- ¿Cuál es el nivel actual de deterioro psiquiátrico funcional de la víctima?

Las falsas denuncias son poco frecuentes en el ámbito de las agresiones sexuales. No obstante, pueden darse cuando responden a diversas motivaciones espurias: venganza por sentimientos de desprecio; relaciones consentidas bajo los efectos del alcohol de las que luego la víctima se arrepiente; embarazos no deseados; obtención de una indemnización, etc.

Conclusiones

El conocimiento del daño psicológico, así como la necesidad de su evaluación, no son una cuestión meramente académica. De lo que se trata, en última instancia, es de conocer la situación psíquica de la víctima, tratarla adecuadamente, reparar el daño causado, prevenir la revictimización y evitar la creación de nuevas víctimas (Esbec, 1994b; Garrido, Stangeland y Redondo, 1999).

Los sucesos más traumáticos -las agresiones sexuales, los secuestros, la muerte de un ser querido, etc.- dejan frecuentemente huellas devastadoras y secuelas imborrables, a modo de *cicatrices psicológicas*, y hacen a las personas más vulnerables a los trastornos mentales y a las enfermedades psicosomáticas (Echeburúa y Guerricaechevarría, 1999; Finkelhor, 1999).

Como se ha puesto de relieve en otros estudios previos (Echeburúa, Corral y Amor, 1998), los diferentes tipos de sucesos permiten diseñar unos perfiles psicopatológicos específicos. En concreto, tanto las agresiones sexuales como el terrorismo y, en menor medida, la violencia familiar constituyen sucesos negativos que generan con una gran frecuencia (en el 54,5% de la muestra total) e intensidad el trastorno de estrés postraumático.

Pero es, sin duda, el carácter reciente del trauma, cualquiera que éste sea, la variable más relevante y la que hace más probable la presencia y, en su caso, la gravedad del trastorno de estrés postraumático. No deja de ser llamativo que, a pesar de ello, casi dos tercios de las víctimas no recientes, que han estado expuestas al trauma hace ya muchos meses e incluso años, padezcan el trastorno o, al menos, el subsíndrome. Las conductas de evitación son las que tienden más fácilmente a cronificarse. A diferencia de otras reacciones ante situaciones de duelo -revés económico, desengaño amoroso, pérdida de un ser querido, etc.-, este cuadro clínico no remite espontáneamente con el transcurso del tiempo y tiende a cronificarse.

Respecto a la violencia familiar, el trastorno de estrés postraumático está presente en casi la mitad de la muestra (sin distinciones entre el maltrato físico y el maltrato psicológico ni en cuanto a la frecuencia del trastorno ni en cuanto a la gravedad del mismo), que, aun siendo un porcentaje por debajo del existente en las agresiones sexuales, es, sin embargo, clínicamente relevante, lo que resulta congruente con los datos obtenidos en otros estudios (Dutton-Douglas, Burghardt, Perrin y Chrestman, 1994; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997b).

Por lo que se refiere al ámbito específico del terrorismo, se tienden a observar perfiles psicopatológicos diferentes según sea el tipo de victimización sufrido. En concreto, en las víctimas de atentado destacan los síntomas de reexperimentación y de hiperactivación; en los de secuestro, la amnesia psicógena o los síntomas disociativos, quizá porque en este caso los síntomas responden a un deseo de olvidar una experiencia traumática prolongada y de la que han derivado consecuencias indeseables (alteraciones crónicas de salud, pago de un rescate, etc.).

Por último, y a pesar de todo lo expuesto, muchas personas se muestran *resistentes* a la aparición de miedos intensos, de gravedad clínica, tras la experimentación de un suceso traumático. Ello no quiere decir que no sufran un dolor subclínico ni que no tengan recuerdos desagradables, sino que, a pesar de ello, son capaces de hacer frente a la vida cotidiana y pueden disfrutar de otras experiencias positivas (Avia y Vázquez, 1998; Seligman, 1990).

Agradecimientos

Este estudio se ha financiado gracias a un convenio de investigación entre la Universidad del País Vasco, el Instituto Vasco de la Mujer, las Diputaciones de Vizcaya y Alava y el Ayuntamiento de Vitoria. El tercer autor ha contado con una beca de investigación predoctoral del gobierno Vasco (proyecto nº BFI96.080).

Referencias

- Acierno, R., Kilpatrick, D.G. y Resnick, H.S. (1999). Posttraumatic stress disorder in adults relative to criminal victimization: Prevalence, risk factors, and comorbidity. En P.A. Saigh y J.D. Bremner (Eds.). *Post-traumatic stress disorder: A comprehensive text*. Needham Heights, MA. Allyn & Bacon, Inc.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC. APA.
- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid. Alianza Editorial.
- Dutton-Douglas, M.A., Burghardt, K.J., Perrin, S.G. y Chrestman, K.R. (1994). Battered women's cognitive schemata. *Journal of Traumatic Stress, 7*, 237-255.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997a). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997b). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2*, 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta, 24*, 527-555.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2000). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M.P. González (Eds.). *Trastorno de estrés postraumático*. Barcelona. Masson.
- Echeburúa, E., Guerricaechevarría, C. y Vega-Osés, A. (1998). Evaluación de la validez del testimonio de víctimas de abuso sexual en la infancia. *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología, 5*, 7-16.
- Echeburúa, E. y Guerricaechevarría, C. (1999). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual en la infancia. En J. Sanmartín (Ed.). *Violencia contra niños*. Barcelona. Ariel.
- Esbec, E. (1994a). Víctimas de delitos violentos. Victimología general y forense. En S. Delgado (Ed.). *Psiquiatría legal y forense (vol. 2ª)*. Madrid. Cóllex.
- Esbec, E. (1994b). Daño psíquico y su reparación en víctimas de delitos violentos. En S. Delgado (Ed.). *Psiquiatría legal y forense (vol. 2ª)*. Madrid. Cóllex.
- Esbec, E. (2000). Evaluación psicológica de la víctima. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo. *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid. Edisofer.
- Finkelhor, D. (1999). Victimología infantil. En J. Sanmartín (Ed.). *Violencia contra niños*. Barcelona. Ariel.
- Finkelhor, D. y Kendall-Tackett, K. (1997). A developmental perspective on the childhood impact of crime, abuse and violent victimization. En D. Cicchetti y S. Toth (Eds.). *Developmental perspectives on trauma: Theory, research and intervention*. New York. Plenum Publishing.

- Garrido, V., Stangeland, P. y Redondo, S. (1999). *Principios de criminología*. Valencia. Tirant lo blanch.
- Green, B.L. (1990). Defining trauma: terminology and stressor dimensions. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1632-1642.
- Hanson, R.F., Kilpatrick, D.G., Falsetti, S.A. y Resnick, H.S. (1995). Violent crime and mental health. En J.R. Freedy y S.E. Hobfoll (Eds.). *Traumatic stress: From theory to practice*. New York. Plenum Press.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Amick-McMullan, A., Best, C.L., Veronen, L.J. y Jesnick, H.S. (1989). Victim and crime factors associated with the development of crime-related PTSD. *Behavior Therapy*, 20, 199-214.
- Pynoos, R., Sorenson, S. y Steinberg, A. (1993). Interpersonal violence and traumatic stress reactions. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects (2nd ed.)*. New York. Free Press.
- Seligman, M.E.P. (1990). *Learned optimism. How to change your mind and your life*. Naew York. Pocket Books.