

PERFIL PSICOPATOLÓGICO DIFERENCIAL EN VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO Y EN VÍCTIMAS DE AGRESIONES SEXUALES¹

Pedro J. Amor
Enrique Echeburúa
Paz de Corral
Irene Zubizarreta
Belén Sarasua

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO

RESUMEN

En este artículo se comparó el perfil psicopatológico en dos grupos de víctimas: 212 mujeres maltratadas en el hogar y 103 víctimas de agresión sexual extraconyugal. Aunque ambos grupos presentaron elevados niveles de psicopatología, las víctimas de agresión sexual mostraron una mayor gravedad en el trastorno de estrés postraumático y más ansiedad global. Más tarde, los dos grupos se subdividieron en otros dos, en función de la presencia o ausencia de relaciones sexuales forzadas dentro del grupo de mujeres maltratadas, y en función del carácter más o menos reciente de la agresión sexual extraconyugal. Las víctimas de agresión

¹*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 Álava y el Ayuntamiento de Vitoria. El primer autor ha contado con una beca de investigación predoctoral del Gobierno Vasco (proyecto nº BFI96.080).

sexual (sobre todo las de violación extraconyugal reciente) presentaron mayores niveles de gravedad en el trastorno de estrés postraumático que las mujeres maltratadas sin relaciones sexuales forzadas, pero no en otros síntomas psicopatológicos. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

Palabras clave: PSICOPATOLOGÍA. MUJERES MALTRATADAS. VÍCTIMAS DE AGRESIÓN SEXUAL.

SUMMARY

In this paper the psychopathological profile in two groups of victims (212 battered females and 103 rape victims) was compared. Although in both groups there were high levels of psychopathology, the victims of sexual aggression showed higher severity in the posttraumatic stress disorder and more global anxiety. Later on, each of the two groups was subdivided in other two, according to the presence or absence of the forced sexual relations in the group of battered females, and to more or less recent nature of the sexual aggression in the rape victims. The victims of sexual aggression (mainly when this was recent) showed highest levels of severity in the posttraumatic stress disorder, but there were not differences in other psychopathological variables. Implications of this study for clinical practice and future research in this field are commented upon.

Key-words: PSYCHOPATHOLOGY. BATTERED-FEMALES. RAPE VICTIMS.

INTRODUCCIÓN

Las personas que son víctimas de sucesos aversivos, como las consecuencias de la guerra (Albuquerque, 1992), las agresiones sexuales (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1990; Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1995), el maltrato doméstico (Echeburúa, Corral y Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997a; Golding,

1999; Walker, 1991; Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca y Emparanza, 1994), los accidentes (Alario, 1993) o las catástrofes naturales (Holen, 1991), pueden sufrir el trastorno de estrés postraumático. Asimismo la victimización -el hecho de ser víctima de un delito- puede causar unas repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas, especialmente en el caso de las víctimas de violación y en las mujeres maltratadas, en donde, además del trastorno de estrés postraumático, pueden aparecer otros síntomas psicopatológicos: depresión, ansiedad patológica, inadaptación a la vida cotidiana, etc.

Según el *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1994), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido -o ha sido testigo de- una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. En general, el cuadro clínico tiende a ser más grave y duradero cuando el suceso sufrido es más intenso y cuando las causas son obra del ser humano y no meramente accidentales: la percepción de incontabilidad es mucho mayor en estos casos (Echeburúa y Corral, 1995).

Por otra parte, según el *DSM-IV*, y a diferencia del *DSM-III-R* (American Psychiatric Association, 1987), el suceso vivido no tiene que encontrarse necesariamente fuera del marco habitual de la experiencia humana. De este modo, se eliminan unos componentes de subjetividad -la demarcación del límite de lo que es el marco habitual de la experiencia humana- y de imprecisión -la exposición a estresores comunes puede ser también marcadamente angustiante (Solomon y Canino, 1990)- que estaban presentes en el *DSM-III-R*. De hecho, el trastorno de estrés postraumático ya no se limita a los ex combatientes, a las personas torturadas, a los supervivientes del terrorismo o, en todo caso, a las mujeres agredidas sexualmente, sino que se extiende a otros tipos de víctimas, entre las que se encuentran las de violencia familiar.

Hay tres aspectos nucleares de este cuadro clínico: la reexperimentación de la agresión sufrida o de la experiencia vivida, 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 (Rothbaum y Foa, 1996).

Según algunos autores (Houskamp y Foy, 1991; Jordan, Schlenger, Hough, Kulka, Weiss, Fairbank y Marmar, 1991; Weis, Marmar, Schelenger, Fairbank *et al.*, 1992; Green, MacFarlane, Hunter y Griggs, 1993), sería interesante incorporar al diagnóstico de este cuadro clínico un subtipo que reviste una menor gravedad, pero que, sin embargo, es más frecuente y es susceptible de tratamiento psicológico. Es lo que, en términos de Hickling y Blanchard (1992), se ha denominado *subsíndrome del trastorno de estrés postraumático*, referido a la presencia de dos de los tres núcleos de síntomas: en concreto, la presencia de reexperimentación -al ser el criterio más específico de este cuadro clínico- y la de uno de los otros dos criterios (evitación o activación). Aun así, este aspecto está a falta de una comprobación empírica, que no puede hacerse al margen de la existencia de unos instrumentos de evaluación adecuados.

Desde una perspectiva epidemiológica, el trastorno de estrés postraumático puede afectar al 1% o 2% de la población adulta, lo que representa una tasa de prevalencia similar a la de la esquizofrenia (Helzer, Robins y McEvoy, 1987; Keane, 1989). Más en concreto, por lo que a la población femenina se refiere, esta tasa puede elevarse hasta al 12,3%, según el estudio llevado a cabo por Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders y Best (1993) en una muestra de 4.008 mujeres.

Por otro lado, no todas las víctimas que han sufrido un suceso aversivo están aquejadas del trastorno de estrés postraumático o de otros cuadros clínicos, ni tampoco los sufren con la misma intensidad. La reacción psicológica ante la situación vivida depende, entre otras variables, de la intensidad del trauma, de las circunstancias del suceso, de la edad, del historial de agresiones previas, de la estabilidad emocional anterior, de los recursos psicológicos propios, de la autoestima, del apoyo social y familiar y de las relaciones afectivas actuales. Todos estos elementos interactúan de forma variable en cada caso y configuran las diferencias individuales que se constatan entre las víctimas de un mismo hecho traumático (Echeburúa, Corral y Amor, 1998).

En este estudio se hace un análisis comparativo entre víctimas de maltrato doméstico y víctimas de agresiones sexuales extraconyugales en relación con diversas alteraciones psicopatológicas (trastorno de estrés postraumático y otros síntomas relevantes desde un punto de vista clínico). El objetivo central es comprobar si existen diferencias psicopatológicas entre los diferentes grupos comparados, que permitan establecer perfiles psicopatológicos específicos en función del tipo de suceso traumático sufrido y, en último término, posibiliten sentar las bases para la elaboración ulterior de estrategias terapéuticas diferenciadas.

Asimismo estas comparaciones son relevantes ya que ambos tipos de víctimas tienen en común una serie de características. En primer lugar, presentan un elevado número de síntomas psicopatológicos similares. En segundo lugar, suelen acudir en busca de tratamiento psicológico a los mismos centros asistenciales (en concreto, a los Servicios de Asistencia a la Víctimas, a los Centros de la Mujer, etc.). En tercer lugar, han sido víctimas de un suceso traumático causado intencionadamente por otro ser humano, lo cual está relacionado con una mayor gravedad psicopatológica (Echeburúa y Corral, 1995). Y, por último, también son víctimas en uno y otro caso de la denominada *violencia de género*.

MÉTODO

Sujetos

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), ubicados en el País Vasco, entre 1994 y 1998.

La muestra está constituida por 315 mujeres, de las que 212 (el 67,3%) son víctimas de violencia familiar y 103² (el 32,7%) de

² Todas estas mujeres han sido comparadas con la muestra de mujeres maltratadas en las variables relacionadas con el trastorno de estrés postraumático. En cambio, en otras variables psicopatológicas evaluadas –ansiedad, depresión e inadaptación– la muestra de víctimas de agresión sexual extraconyugal se ha reducido a 53.

agresiones sexuales extraconyugales. A su vez, cada uno de estos dos grupos se ha subdividido en otros dos: en el caso de las mujeres maltratadas, en función de la presencia o ausencia de relaciones sexuales forzadas en la relación de pareja; y en el caso de las víctimas de agresiones sexuales, en función del carácter reciente (en los 3 últimos meses) o no reciente (más allá de los 3 últimos meses) del ataque.

Tabla 1.- Características sociodemográficas de las víctimas

	Maltrato doméstico (n = 212)		Agresiones sexuales (n = 53)	
	\bar{X}	(DT)	\bar{X}	(DT)
Edad (Rango: 15-66)	37,79	(9,21)	22,25	(6,33)
	Maltrato doméstico (n = 212)		Agresiones sexuales (n = 53)	
	N	(%)	N	(%)
Estado civil				
• Casadas	96	(45,3)	16	(30,2)
• Solteras	7	(3,3)	36	(67,9)
• Separadas	33	(15,6)	1	(1,9)
• En trámites de separación	76	(35,8)	0	(0)
Nivel cultural				
• Sin estudios	35	(16,5)	2	(3,8)
• Est. Primarios	105	(49,5)	20	(37,7)
• Est. Secundarios	59	(27,8)	24	(45,3)
• Est. Universitarios	13	(6,1)	7	(13,2)

Respecto a los datos demográficos más significativos, en la muestra de maltrato se trataba, fundamentalmente, de mujeres casadas o en trámites de separación, con una edad media de 38 años y con estudios primarios. En cambio, las víctimas de agresiones sexuales eran, en general, solteras, más jóvenes, con una edad media de 22 años, y tenían unos estudios de rango más alto (*tabla 1*).

Por lo que se refiere específicamente a las víctimas de agresiones sexuales, en la *tabla 2* se detalla, más en concreto, el tipo de suceso traumático sufrido por ellas.

Tabla 2.- Tipos de agresiones sexuales extraconyugales

TIPO DE AGRESIÓN SEXUAL	N	(%)
<i>Víctimas recientes</i>		
Agresión sexual	49	(47,57%)
<i>Víctimas no recientes</i>		
Acoso sexual	1	(0,97%)
Intento de agresión sexual	4	(3,89%)
Agresión sexual	37	(35,92%)
Abuso sexual en la infancia	12	(11,65%)
TOTAL	103	(100%)

Diseño

En este estudio se ha realizado un análisis comparativo de diferentes tipos de víctimas en función de la modalidad del suceso traumático sufrido. Por una parte, se han comparado a las víctimas de maltrato doméstico con otro grupo de mujeres que habrían sido agredidas sexualmente. Por otra, se han hecho otros análisis más pormenorizados, al comparar entre sí a cuatro grupos de víctimas. Estos subgrupos provienen de haber desglosado cada uno de los dos grupos iniciales (maltrato doméstico y agresión sexual) en otros dos, en función de la presencia o ausencia de relaciones sexuales forzadas dentro de la pareja -en el caso de las mujeres maltratadas- y del carácter más o menos reciente del suceso -en el caso de las víctimas de agresiones sexuales-.

Instrumentos de evaluación

A continuación se señalan los instrumentos de evaluación que se han aplicado a uno y otro tipo de víctimas.

a) Entrevistas semiestructuradas para las víctimas de maltrato doméstico y para las víctimas de agresión sexual extraconyugal (Echeburúa y Corral, 1997)

Existen dos formatos diferenciados de entrevista en función del tipo de victimización sufrido (maltrato doméstico o agresión sexual extraconyugal). A pesar de ello, también se valoran aspectos comunes, tales como las características sociodemográficas de las víctimas y los niveles de apoyo social y familiar, así como la historia de victimización y de trastornos psicopatológicos. En Echeburúa, Corral y Amor (1997) se pueden encontrar de forma más detallada las áreas exploradas, tanto comunes como específicas, en las dos entrevistas semiestructuradas. Un aspecto importante de estas entrevistas es que, al facilitar un clima de empatía, posibilitan la expresión emocional de las víctimas.

b) Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS) (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997b)

La *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* es una entrevista estructurada que sirve para evaluar la gravedad e intensidad de los síntomas de este cuadro clínico -según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (APA, 1994)- en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de *reexperimentación*, 7 a los de *evitación* y 5 a los de *hiperactivación*. El rango es de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15, en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21, en la de evitación; y de 0 a 15, en la de activación.

La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta (95,45%) si se establece un punto de corte global de 15, y unos puntos de corte parciales de 5, 6 y 4 en las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente. Las propiedades psicométricas de la escala son asimismo muy satisfactorias (Echeburúa *et al.*, 1997b).

c) Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1982)

El *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte para la población femenina en el *STAI-Estado* es de 31 (correspondiente al percentil 75). La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la escala de ansiedad-rasgo, bastante más alta, como es lógico, que en la de ansiedad-estado ($r=0,40$). La consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92. Por otra parte, la validez convergente con otras medidas de ansiedad oscila entre 0,58 y 0,79. La versión española de este inventario está publicada en TEA (1982).

d) *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) (versión española de Vázquez y Sanz, 1997)

Consta de 21 ítems (rango: 0 a 63 puntos) y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre la población sana de la población aquejada de sintomatología depresiva es 18 (Steer y Beck, 1988). En sus ítems se da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66.

e) *Escala de Evaluación para la Depresión de Hamilton (HRS)* (Hamilton, 1960)

Consta de 21 ítems (rango: 0-62 puntos) y cuantifica la sintomatología depresiva de los pacientes, una vez diagnosticados categorialmente de depresión. Suele ser empleada de forma complementaria al «*Inventario de Depresión de Beck*» (Beck *et al.*, 1979). El punto de corte establecido para esta escala es de 18 puntos. Este instrumento posee una buena fiabilidad entre observadores ($r=0,90$), tiene un buen nivel de validez concurrente con el *BDI* ($r=0,60$) y es muy sensible a los cambios terapéuticos.

f) *Escala de Inadaptación (IG)* (Echeburúa y Corral, 1995; Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000)

Consta de 6 ítems (rango: 0-30 puntos) y mide el grado en que el maltrato doméstico o las agresiones sexuales sufridas afectan a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. El punto de corte se establece en 12 en la escala total y de 2 en cada uno de los ítems. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación. En esta investigación se ha utilizado el ítem que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana. En este caso, el rango

oscila de 0 a 5 puntos. Recientemente esta prueba ha sido validada con 222 pacientes aquejados de diversos cuadros clínicos -juego patológico, fobia social, trastorno de estrés postraumático- y en pacientes con problemas de violencia familiar. La prueba, así como la descripción de sus propiedades psicométricas de fiabilidad y validez, que han resultado ser satisfactorias, puede encontrarse en Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000).

si

-

Procedimiento

Una vez seleccionada la muestra total, se llevó a cabo la evaluación inicial por parte de una de las tres psicólogas clínicas de los *Programas de Atención a Víctimas de Agresiones Sexuales y de Violencia Familiar*. Todas ellas contaban con más de 10 años de experiencia clínica con este tipo de víctimas. La evaluación se insertaba en un contexto clínico en donde la persona encargada de evaluar a la víctima posteriormente se hacía cargo de su tratamiento psicológico.

Todas las evaluadoras eran mujeres, lo cual parece más adecuado en este contexto. Al evaluar y tratar los malos tratos y/o las agresiones sexuales, surgen inevitablemente temas que la mujer debe describir en relación con la victimización sufrida y que podría más fácilmente omitir ante un terapeuta varón.

RESULTADOS

En primer lugar, se comparan las víctimas de maltrato doméstico con las víctimas de agresión sexual en el trastorno de estrés postraumático y en otros síntomas psicopatológicos. Y en segundo lugar, se comparan cuatro grupos (dos de maltrato doméstico y otros dos de agresiones sexuales) en las mismas variables. Estos cuatro subgrupos derivan de la presencia o ausencia de relaciones sexuales intraconyugales, en el caso de las mujeres maltratadas; y del carácter más o menos reciente de los ataques sufridos, en el caso de las víctimas de agresión sexual extraconyugal.

a) Víctimas de maltrato doméstico y víctimas de agresiones sexuales

Trastorno de estrés postraumático

En la determinación de la prevalencia de este cuadro clínico se han tomado en consideración tres categorías diagnósticas: padecer el trastorno de estrés postraumático; presentar el subsíndrome de este cuadro clínico (reexperimentación y evitación o aumento de la activación); y no tener el trastorno. Si se ha analizado la presencia del subsíndrome, es porque representa una variante de este trastorno que puede ser relevante desde un punto de vista clínico.

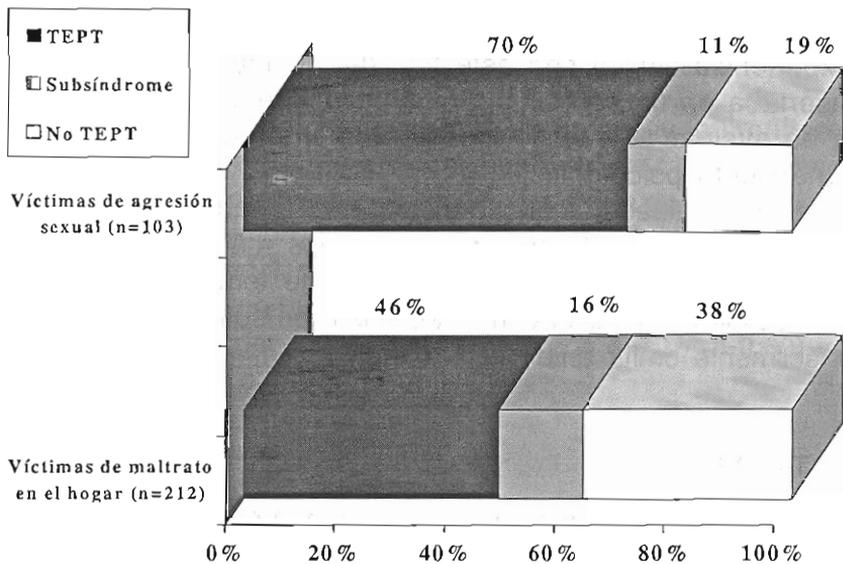


Figura 1.- Tasa de prevalencia del trastorno de estrés postraumático en diferentes tipos de víctimas

La tasa de prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) resulta elevada en uno (70%) y otro grupo (46%), pero es significativamente mayor en las víctimas de agresión sexual ($X^2=16,02$; $p<0,001$) (figura 1). Asimismo otro porcentaje importante de víctimas –un 11% de las víctimas de agresión sexual y un 16% de las víctimas de maltrato doméstico- presenta el subsíndrome de estrés postraumático.

Por otro lado, desde una perspectiva dimensional, las mujeres agredidas sexualmente tienen una mayor gravedad que las víctimas de maltrato, tanto en los aspectos globales este cuadro clínico ($t=-4,53$; $p<0,001$) como en los tres núcleos de síntomas estudiados (tabla 3).

Tabla 3.- Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico y de agresiones sexuales

	Maltrato doméstico (n = 212) \bar{X} (DT)	Agresiones sexuales (n = 103) \bar{X} (DT)	t
ESTRÉS POSTRAUMÁTICO GLOBAL (EGS) (Rango: 0-51)	20,27 (9,04)	26,02 (11,24)	- 4,53 ●●
Reexperimentación (Rango: 0-15)	6,02 (3,04)	8,80 (3,80)	- 6,47 ●●
Evitación (Rango: 0-21)	6,79 (3,84)	8,69 (4,99)	- 3,41 ●●
Hiperactivación (Rango: 0-15)	7,52 (4,29)	8,63 (4,21)	- 2,16 ●

● $p<0,05$; ●● $p<0,001$

Malestar emocional

Bajo este epígrafe se engloban diversos síntomas psicopatológicos: depresión, ansiedad patológica e inadaptación. De todos estos síntomas evaluados, las víctimas de agresión sexual presentan niveles significativamente más elevados de ansiedad ($t=-2,09$; $p<0,05$) y de depresión, evaluada a partir del *HRS* ($t=-2,73$; $p<0,01$), que las mujeres maltratadas. Sin embargo, en el resto de los síntomas - depresión evaluada a partir del *BDI* e inadaptación- no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (tabla 4).

Tabla 4.- Malestar emocional en víctimas de maltrato doméstico y de agresiones sexuales

	Maltrato doméstico (n = 212) \bar{X} (DT)	Agresiones sexuales (n = 53) \bar{X} (DT)	t
Ansiedad (STAI-E) (Rango: 0-60)	40,87 (11,53)	44,10 (9,57)	- 2,09 ●
Depresión (BDI) (Rango: 0-63)	19,22 (9,66)	20,50 (9,80)	-0,85(n.s.)
Depresión (HRS) (Rango: 0-62)	23,88 (12,16)	29,06 (12,64)	- 2,73 ●●
Inadaptación global (Rango: 0-5)	4 (1,23)	3,81 (0,93,)	1,08 (n.s.)

(n.s.) no signif.; ● $p<0,05$; ●● $p<0,01$

b) Víctimas de maltrato doméstico (con la existencia o ausencia de relaciones sexuales forzadas) y de agresiones sexuales extraconyugales (recientes y no recientes)

En este apartado se exponen los resultados obtenidos al comparar entre sí a los cuatro grupos de víctimas en diferentes variables psicopatológicas, tal como queda expuesto en la *figura 2*.

Trastorno de estrés postraumático

Como se aprecia en la *tabla 5*, la tasa de prevalencia del trastorno de estrés postraumático es alta (del 54% al 80% de la muestra) en todos los grupos, pero hay diferencias entre ellos. En concreto, ser víctima de una agresión sexual (tasa de prevalencia: 42%-80%) denota mayor riesgo que ser víctima de violencia física o psicológica sin relaciones sexuales forzadas (tasa de prevalencia: 42%). Y, más específicamente, ser víctima de una agresión sexual reciente y extraconyugal aumenta la probabilidad de padecer este cuadro clínico (tasa de prevalencia: 80%).

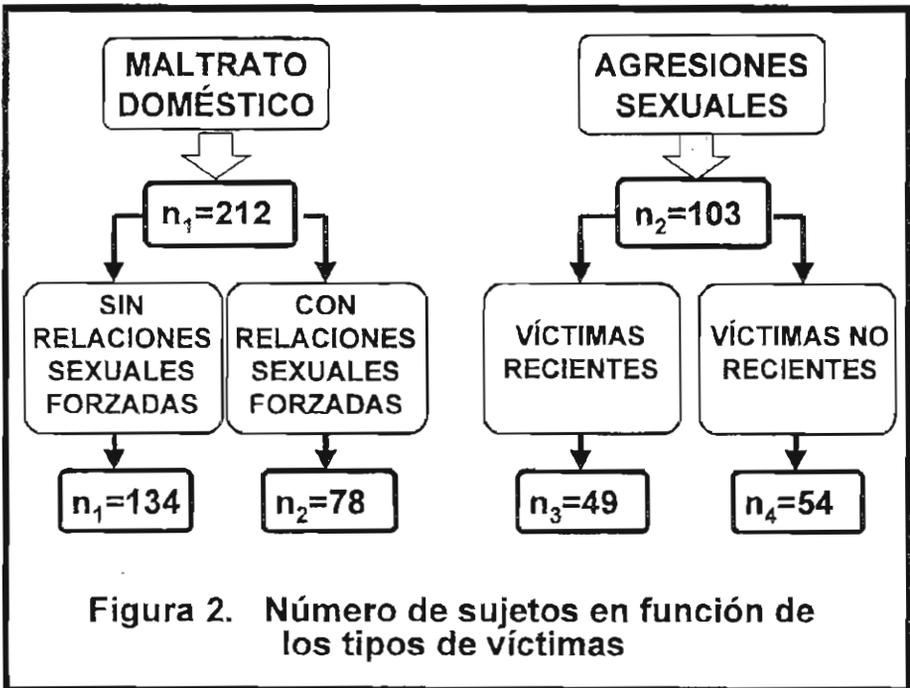


Tabla 5.- Tasa de prevalencia del trastorno de estrés postraumático en diferentes grupos de víctimas

	TEPT	SUBSÍNDROME DEL TEPT	NO TEPT
a) Víctimas de maltrato doméstico sin relaciones sexuales forzadas (n=134)	56 (41,8%)	17 (12,7%)	61 (45,5%)
b) Víctimas de maltrato doméstico con relaciones sexuales forzadas intraconyugales (n=78)	42 (53,8%)	16 (20,5%)	20 (25,6%)
c) Víctimas recientes de agresión sexual extraconyugal (n=49)	39 (79,6%)	5 (10,2%)	5 (10,2%)
4. Víctimas no recientes de agresión sexual extraconyugal (n=54)	33 (61,1%)	6 (11,1%)	15 (27,8%)

$$\chi^2 = 29,7; p < 0,001$$

Por otra parte, desde una perspectiva dimensional, se confirman los mismos resultados: en todos los grupos el trastorno de estrés postraumático tiende a ser grave, pero las víctimas de una agresión sexual (y, especialmente, las de una violación extraconyugal reciente) presentan mayores niveles de gravedad que las víctimas de maltrato físico y psicológico sin relaciones sexuales forzadas (tabla 6 y figura 3).

Malestar emocional

En cuanto al malestar emocional (ansiedad, depresión e inadaptación), es alto en todos los grupos, pero el dato más relevante es que no hay diferencias entre ellos (*tabla 7*). Sólo en una variable se han visto diferencias, que es en la sintomatología depresiva evaluada a partir del *HRS*. En este caso las víctimas de agresión sexual (recientes y no recientes) tienen mayor gravedad que las mujeres maltratadas que no han sufrido relaciones sexuales forzadas ($F=10,33$; $p<0,001$).

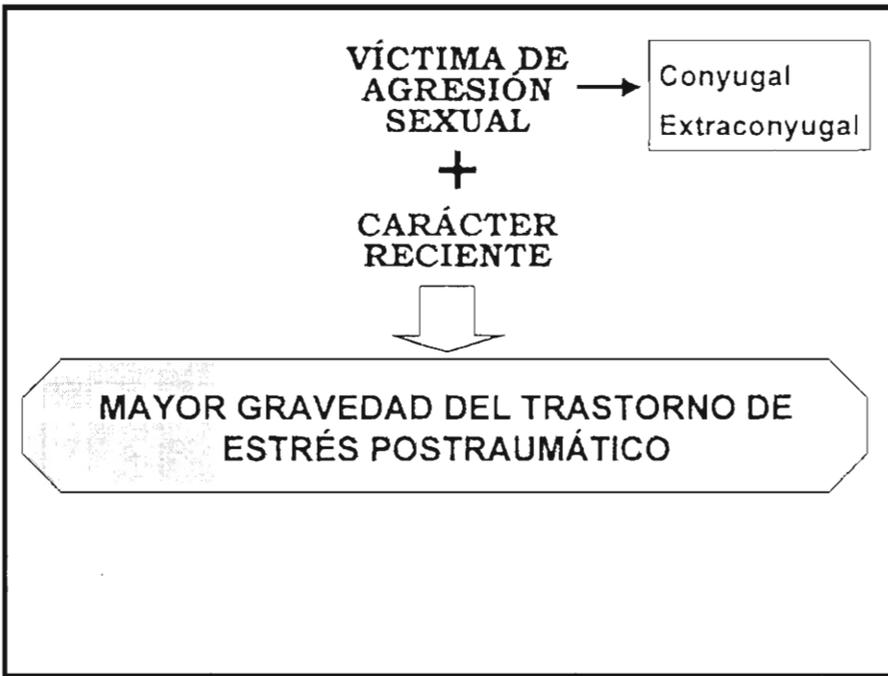


Figura 3.- Variables relacionadas con la gravedad del trastorno de estrés posttraumático

Tabla 6.- Comparaciones intergrupales en función del trastorno de estrés postraumático

	(1) Maltrato sin relaciones sexuales forzadas (n= 134)		(2) Maltrato con relaciones sexuales forzadas intrafamiliares (n= 78)		(3) Víctimas recientes de agresión sexual extraconyugal (n= 49)		(4) Víctimas no recientes de agresión sexual extraconyugal (n= 54)		F GRUPOS QUE DIFIEREN
	\bar{X}	(DT)	\bar{X}	(DT)	\bar{X}	(DT)	\bar{X}	(DT)	
ESTRÉS, POS-TRAUMÁTICO GLOBAL (Rango: 0-51)	19,0	(8,54)	22,45	(9,50)	29,20	(10,71)	23,13	(11,02)	13,87 ●● Grs. 3>1,2,4 4,2>1
Reexperimentación (Rango: 0-15)	5,55	(2,88)	6,82	(3,16)	9,94	(3,64)	7,76	(3,68)	23,64 ●● Grs. 3>1,2,4 4,2>1
Evitación (Rango: 0-21)	6,51	(3,79)	7,27	(3,91)	9,00	(4,73)	8,41	(2,25)	5,32 ● Grs. 3>1,2 4>1
Hiperactivación (Rango: 0-15)	6,93	(4,02)	8,55	(4,58)	10,45	(3,85)	6,98	(3,85)	10,33 ●● Grs. 3>1,2,4 2>1,4

● p<0,01; ●● p<0,001

Tabla 7.- Comparaciones intergrupales en función del malestar emocional

	(1) Maltrato sin relaciones sexuales forzadas (n= 134)		(2) Maltrato con relaciones sexuales forzadas intrafamiliares (n= 78)		(3) Víctimas de agresión sexual extraconyugal (n= 28)		(4) Víctimas no recientes de agresión sexual extraconyugal (n= 24)		F
	\bar{X}	(DT)	\bar{X}	(DT)	\bar{X}	(DT)	$\bar{X}_{s,p}$	(DT)	
Ansiedad (STAI-E) (Rango: 0-60)	41,19	(11,36)	40,32	(11,89)	43,32	(10,20)	45,00	(8,91)	1,35 n.s.
Depresión (BDI) (Rango: 0-63)	19,32	(9,37)	19,05	(10,20)	19,32	(10,56)	21,87	(8,86)	0,55 n.s.
Depresión (HRS) (Rango: 0-62)	22,83	(11,03)	25,69	(13,79)	29,39	(13,66)	28,67	(11,63)	3,40 ●
Inadaptación global (Rango: 0-5)	4,01	(1,21)	3,99	(1,26)	3,64	(0,91)	4,00	(0,93)	0,80 n.s.

(n.s.) no signif.; ● p<0,05

CONCLUSIONES

Las víctimas de un acontecimiento intenso amenazante tienen una gran probabilidad de experimentar el trastorno de estrés postraumático, así como otros síntomas psicopatológicos. No todos los sucesos son, sin embargo, equivalentes. En concreto, las agresiones sexuales, la violencia familiar, el terrorismo, la tortura, etc., son los traumas que generan con mayor frecuencia e intensidad este cuadro clínico. El denominador común de estos sucesos traumáticos es que han sido provocados deliberadamente por otro ser humano, lo cual está íntimamente asociado a la percepción de incontrolabilidad y de indefensión por parte de la víctima. A su vez, esta amenaza incontrolable en relación con la integridad física y psicológica es el elemento nuclear del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa y Corral, 1997; Echeburúa, Corral y Amor, 2000; Foa, Zinbarg y Rothbaum, 1992).

En general, el nivel de alteraciones psicopatológicas presentado por las víctimas de agresiones sexuales y por las mujeres maltratadas es alto. Más en concreto, el trastorno de estrés postraumático es más grave y aparece con más frecuencia en las víctimas de agresiones sexuales (en 2 de cada 3) que en las de violencia familiar (en 1 de cada 2). Sin embargo, el malestar emocional (ansiedad, depresión e inadaptación) es muy intenso en uno y otro tipo de víctimas, sin que haya diferencias claras entre unas y otras.

No debe, sin embargo, menospreciarse la tasa de prevalencia del trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato, que es cercana a la registrada en las víctimas de agresiones sexuales y, en cualquier caso, muy superior a la de los pacientes que manifiestan este trastorno como consecuencia de sucesos traumáticos provenientes de accidentes o de catástrofes naturales.

Estas tasas de prevalencia de este cuadro clínico en víctimas de agresiones sexuales y en mujeres maltratadas son significativamente más altas que las obtenidas en la población general de mujeres, que oscilan entre el 1,3% y el 12,3% (Breslau, Davis, Andreski y Peterson, 1991; Davidson, Hughes, Blazer y George, 1991; Helzer *et al.*, 1987; Kessler, Sonnega, Broment, Hughes y Nelson, 1995; Resnick *et al.*, 1993), incluyendo el 9,4% de mujeres sin una historia de victimización

delictiva y el 25,8% de aquellas con dicha historia (Resnick *et al.*, 1993).

Los resultados aparecen más matizados cuando se subdivide a la muestra total en cuatro grupos, según la presencia o ausencia de relaciones sexuales intraconyugales, en el caso de las mujeres maltratadas, y del carácter más o menos reciente de los ataques sufridos, en el caso de las víctimas de agresión sexual extraconyugal. En este caso, ser víctima de una agresión sexual (sobre todo, cuando ésta es reciente y extraconyugal) aumenta la probabilidad de padecer el trastorno de estrés postraumático y de sufrirlo con mayor gravedad. El malestar emocional es similar en todos los grupos.

No obstante, la tasa de prevalencia del trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia familiar sin agresiones sexuales (42%) aumenta considerablemente (54%) cuando hay relaciones sexuales forzadas. Estos resultados son congruentes con los obtenidos en diferentes investigaciones con víctimas de maltrato doméstico, en donde la prevalencia de este cuadro clínico oscila entre el 31% y el 84% (Echeburúa *et al.*, 1997a; Golding, 1999; Herman, 1992; McGruder-Johnson, Davidson, Gleaves, Stock y Finch, 2000; Perrin, Van Hasselt y Hersen, 1997; Vitanza, Vogel y Marshall, 1995).

Del mismo modo, y aparte de otros factores, la inmediatez del suceso traumático, cualquiera que éste sea, hace más probable la presencia del trastorno de estrés postraumático. De hecho, son las víctimas recientes de agresión sexual las que presentan una mayor tasa de prevalencia de este cuadro clínico (80%), a diferencia de las víctimas no recientes, en donde la tasa, aun siendo alta (61%), resulta inferior. Estos resultados coinciden con investigaciones previas en este ámbito, en donde se han encontrado tasas de prevalencia comprendidas entre el 50% y el 94% (Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1992; Kilpatrick, Resnick, Saunders y Best, 1989).

En resumen, y al margen de las diferencias individuales y del efecto negativo de la revictimización, el trastorno de estrés postraumático es más probable y más grave cuando el suceso traumático ha sido provocado deliberadamente por otro ser humano, cuando ha sido muy intenso, cuando supone una vejación muy grave

para la persona (lo cual es más probable en el caso de una agresión sexual, sea ésta intra o, sobre todo, extraconyugal) y cuando ha transcurrido poco tiempo desde que aconteció. A pesar de ello, las víctimas no recientes de agresión sexual o las mujeres maltratadas presentan -aunque en menor medida- niveles altos de gravedad de este cuadro clínico y de malestar emocional (Sarasua y Zubizarreta, 2000). En este sentido, cabe señalar que el mero paso del tiempo no es una condición suficiente, al menos en una mayoría de víctimas, para que desaparezcan los síntomas del trastorno y para que las personas afectadas puedan reanudar su quehacer cotidiano con una buena calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alario, S.** (1993). Tratamiento conductual de un trastorno por estrés postraumático. En S. Alario. *Estudio de casos en terapia del comportamiento*. Valencia. Promolibro. 2ª edic.
- Albuquerque, A.** (1992). Tratamiento del estrés postraumático en ex combatientes. En E. Echeburúa (Ed.). *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid. Pirámide.
- American Psychiatric Association** (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd. ed. rev.)*. Washington, DC. A.P.A.
- American Psychiatric Association** (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th. edition)*. Washington, DC. Author.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G.** (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York. Guilford Press.
- Breslau, N., Davis, G.C., Andreski, P. y Peterson, E.** (1991). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives of General Psychiatry*, 48, 216-222.
- Corral, P., Echeburúa, E., Sarasua, B. y Zubizarreta, I.** (1992). Estrés postraumático en ex combatientes y en víctimas de agresiones sexuales: nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 35, 7-24.
- Davidson, J., Hughes, D., Blazer, D., George, L.K.** (1991). Posttraumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. *Psychology and Medicine*, 21, 1-90.
- Echeburúa, E. y Corral, P.** (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología (Vol. 2)*. Madrid. McGraw-Hill.

- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1997). Nuevos desarrollos en la terapia de exposición. En M.A. Vallejo (Ed.). *Avances en las técnicas de modificación de conducta*. Madrid. Fundación Universidad-Empresa.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (1997). Evaluación del trastorno de estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales y de maltrato doméstico. En M.I. Hombrados (Ed.). *Estrés y salud*. (pp. 495-521). Valencia. Promolibro.
- 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., Corral, P., Amor, P.J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997a). 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., Amor, P.J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997b). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1990). Tratamiento psicológico del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales: una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 417-437.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Tratamiento del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña. Fundación Paideia.
- Foa, E. B., Zinbarg, R. y Rothbaum, B. O. (1992). Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: An animal model. *Psychological Bulletin*, 112, 218-238.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Green, M.M., MacFarlane, A.C., Hunter, C.E. y Griggs, W.M. (1993). Undiagnosed post-traumatic stress disorder following motor vehicle accidents. *Medical Journal Aust.*, 159, 529-534.

- Hamilton, M.** (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 53-62.
- Helzer, J.E., Robins, L.M. y McEvoy, L.** (1987). Posttraumatic stress disorder in the general population: Findings of the Epidemiologic Catchment Area survey. *New England Journal of Medicine*, 317, 1630-1634.
- Herman, J.L.** (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Hickling, E. J. y Blanchard, E. B.** (1992). Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 283-304.
- Holen, A.** (1991). A longitudinal study of the occurrence and persistence of posttraumatic health problems in disaster survivors. *Stress Medicine*, 7, 11-17.
- Houskamp, B.M. y Foy, D.W.** (1991). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 367-375.
- Jordan, B.K., Schlenger, W.E., Hough, R., Kulka, R.A., Weiss, D., Fairbank J.A. y Marmar C.E.** (1991). Lifetime and current prevalence of specific psychiatric disorders among Vietnam veterans and controls. *Archives of General Psychiatry*, 48, 207-215.
- Keane, T.M.** (1989). Posttraumatic stress disorder. Current status and future directions. *Behavior Therapy*, 20, 149-153.
- Kessler, R.C., Sonnega, A. Broment, E., Hughes, M. y Nelson, C.B.** (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060.
- Kilpatrick, D.G., Resnick, H.S., Saunders, B.E. y Best C.L.** (1989). *The National Women's Study PTSD module*. Unpublished instrument. Charleston, SC: Crime Victims Research and Treatment Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina.
- McGruder-Johnson, A.K., Davidson, E.S., Gleaves, D.H., Stock, W. y Finch, J.F.** (2000). Interpersonal violence and posttraumatic symptomatology. The effects of ethnicity, gender, and exposure to violent events. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 205-221.
- Perrin, S., Van Hasselt, V. B. y Hersen, M.** (1997). Validation of the Keane MMPI-PTSD Scale against DSM-III-R criteria in a sample of battered women. *Violence and Victims*, 12, 99-104.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Dansky, B.S., Saunders B.E. y Best, C.L.** (1993). Prevalence of Civilian Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in a Representative National Sample of Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 6, 984-991.

- Rothbaum, B.O., y Foa, E.B.** (1996). Cognitive-behavioral therapy for posttraumatic stress disorder. En B.A. Van der Kolk, A.C. McFarlane y L. Weisaeth. (Eds). *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York. Guilford Press.
- Sarasua, B. Y Zubizarreta, I.** (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga. Aljibe.
- Solomon, S.D. y Canino, G.C.** (1990). Appropriateness of DSM-III-R criteria for posttraumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 31, 227-237.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E.** (1970). *Manual for the State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, CA. Consulting Psychologist Press (versión española, T.E.A., 1982).
- Steer, R.A. y Beck, A.T.** (1988). Beck Depression Inventory. En M. Hersen y A.S. Bellack (Eds.), *Dictionnary of Behavioral Assessment Techniques*. Nueva York. Pergamon Press.
- Vázquez, C. y Sanz, J.** (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978/Reliability and norm data of the Spanish version of the 1978 Beck Depression Inventory. *Clínica y Salud*, 8, 403-422.
- Vitanza, S., Vogel, L.C.M. y Marshall, L.L.** (1995). Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women. *Violence and Victims*, 10, 23-34.
- Walker, L.E.** (1991). Posttraumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered women syndrome. *Psychotherapy*, 28, 21-29.
- Weiss, D.S., Marmar, C.R., Schellenger, W.E., Fairbank, J.A. et al.,** (1992). The prevalence of lifetime and partial post-traumatic stress disorder in Vietnam theater veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 365-376.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, I.** (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (Ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.