

**PERFILES DIFERENCIALES DEL TRASTORNO
DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN DISTINTOS
TIPOS DE VÍCTIMAS**

**Enrique Echeburúa
Paz de Corral
Pedro Javier Amor**

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

RESUMEN

En este estudio se trata de precisar las tasas de prevalencia del trastorno de estrés posttraumático en diferentes tipos de víctimas y comparar los distintos perfiles psicopatológicos. La muestra consta de 352 pacientes afectados por traumas psicológicos diversos (agresión sexual, violencia familiar, terrorismo, accidentes de coche y diagnóstico de enfermedades graves). El 61,6% de todos los sujetos padecían el trastorno de estrés posttraumático. Con la Escala de Gravedad de Síntomas (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997), específica para este cuadro clínico, se precisó la gravedad y el perfil psicopatológico de cada subgrupo de víctimas. Se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

Palabras clave: TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO. TASAS DE PREVALENCIA. VÍCTIMAS. SINTOMATOLOGÍA.

Correspondencia: Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco. Avda. de Tolosa, 70. 20009 San Sebastián

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 tercer autor cuenta con una beca de investigación predoctoral del Gobierno Vasco (proyecto n° BF196.080).

SUMMARY

The aim of this paper was to determine the prevalence rates of posttraumatic stress disorder in different types of victims suffering from psychological traumas and to compare the psychopathological profile of each type. The sample consisted of 352 patients affected by psychological traumas (rape, domestic violence, terrorism, motor vehicle accidents and diagnosis of serious illness). Among them, the 61,6% were diagnosed of PTSD. The Severity of Symptom Scale for PTSD (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997) was used to determine the severity and the psychopathological profile of PTSD in each group of victims. Implications of this study for clinical practice and future research in this field are commented upon.

Key words: POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER. PREVALENCE RATES. VICTIMS. SYMPTOMATHOLOGY.

INTRODUCCIÓN

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. Habitualmente los sucesos desencadenantes suelen ser las catástrofes, los accidentes, el diagnóstico de enfermedades graves o las agresiones causadas intencionadamente por otras personas (violaciones, terrorismo, maltrato familiar, etc.).

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 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 las víctimas de violencia familiar, a los accidentados de tráfico e incluso a las personas diagnosticadas de enfermedades mortales o, cuando menos, incurables.

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).

No todos los pacientes aquejados de este cuadro clínico, sea cual sea el agente estresor, experimentan el trastorno de estrés postraumático ni tampoco lo 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, 1997).

En este estudio se presta atención específicamente al tipo de sucesos sufridos. Las variaciones experimentadas por el cuadro clínico en función de la modalidad de los estresores han llevado a la conceptualización del *trastorno de estrés postraumático parcial* (Jordan, Schlenger, Hough, Kulka, Weiss, Fairbank y Marmar, 1991) o de un *subsíndrome del trastorno de estrés postraumático* (Hickling y Blanchard, 1992), referido en este último caso a la presencia de dos de los tres núcleos de síntomas (reexperimentación y evitación o activación).

Hasta la fecha se ha contado sólo con estudios parciales. En concreto, en algunos trabajos se ha analizado el perfil del estrés postraumático en los accidentados de coche, que presentan muchos síntomas de reexperimentación y de hiperactivación y pocas conductas de evitación (Hickling y Blanchard, 1997); en otros, las secuelas en las víctimas de terrorismo, que están afecta-

das especialmente por los pensamientos intrusivos y el embotamiento afectivo (Parson, 1995; Trappler y Friedman, 1996); en otros, las pautas de conducta alteradas en las víctimas de agresiones sexuales, con muchas respuestas de alerta y de evitación y una cierta anestesia emocional (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996; Astin y Resick, 1997); y, por último, en algunos, las alteraciones en las mujeres maltratadas, que presentan un trastorno crónico y un grado importante de inadaptación y aislamiento social (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997a). Incluso algunos estudios recientes han comenzado a prestar atención a sucesos aversivos diferentes, como las catástrofes naturales (Chemtob, Tomas, Law y Crenniter, 1997) o el diagnóstico de enfermedades graves (Alter, Axelrod, Harris, Grobois *et al.*, 1996), pero los resultados obtenidos son todavía preliminares.

En este estudio -el primero de su género- se hace un análisis comparativo de diferentes tipos de víctimas en función de la modalidad del suceso experimentado (agresiones sexuales, terrorismo, maltrato doméstico, accidentes de coche y diagnóstico de enfermedades graves) en relación con el trastorno de estrés postraumático, con el objetivo de diseñar perfiles psicopatológicos específicos y, en último término, de sentar las bases para la elaboración ulterior de estrategias terapéuticas diferenciadas.

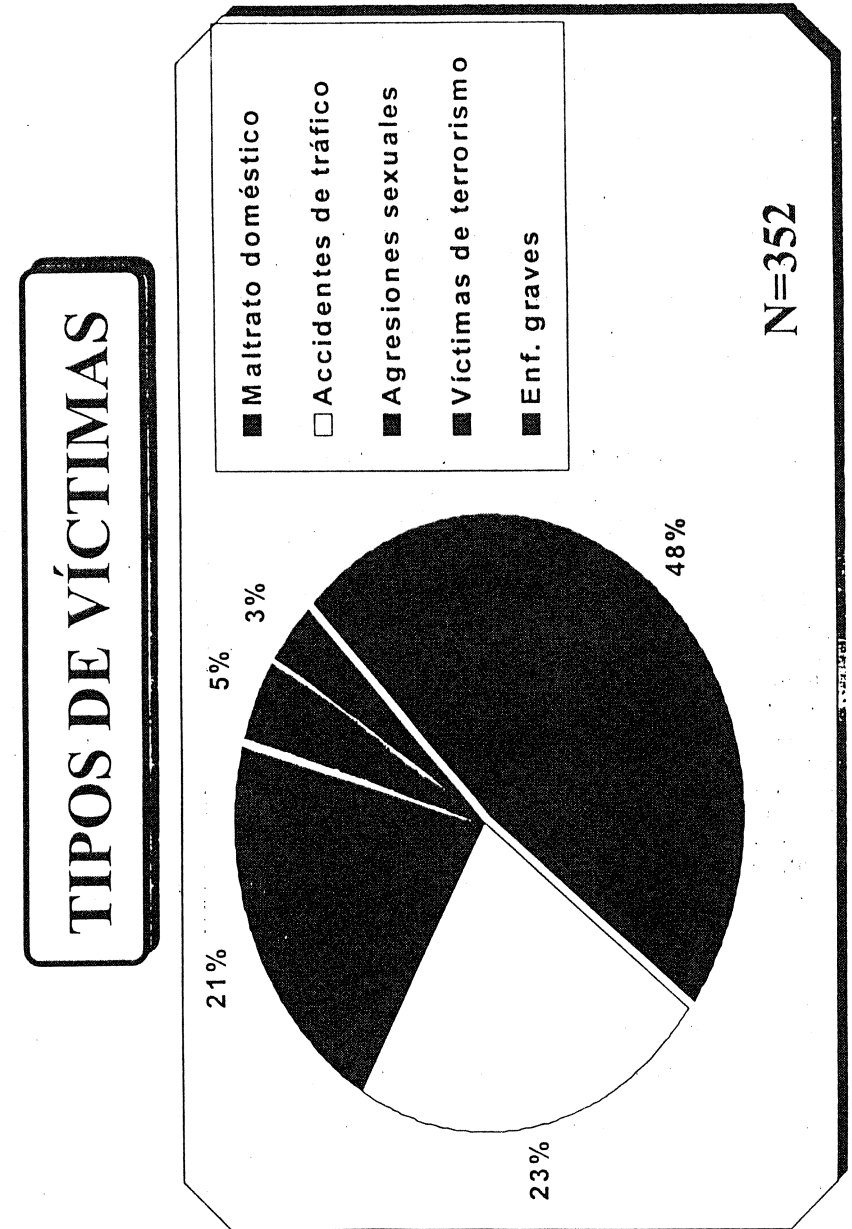
MÉTODO

Sujetos

La muestra de este estudio está constituida por 352 víctimas de sucesos traumáticos. A 157 de ellas se les diagnosticó el trastorno de estrés postraumático, según los criterios del *DSM-IV* (APA, 1994), y a otras 60 el subsíndrome de estrés postraumático, según la propuesta de Hickling y Blanchard (1992). En este último caso se trataba de pacientes que presentaban el trastorno parcialmente, con síntomas de reexperimentación -el aspecto nuclear del cuadro clínico- y síntomas de evitación o de hiperactivación (pero no los dos).

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, durante el periodo comprendido entre enero de 1994 y julio de 1997.

FIGURA 1



En concreto, la mayor parte de esta muestra clínica está compuesta por víctimas de maltrato doméstico ($N=168$), de accidentes de tráfico ($N=81$) y de agresiones sexuales ($N=75$), pero también se incluyen, aunque en menor medida, a víctimas de terrorismo ($N=16$) y a pacientes diagnosticados con enfermedades graves ($N=12$) (Figura 1).

La edad media de los sujetos de la muestra era de 33,5 años ($DT=12,7$). En cuanto al sexo, había una sobrerrepresentación de mujeres (92,6%), debido al tipo de traumas que más frecuentemente generan este cuadro clínico (Tabla 1). Por último, la antigüedad media del trastorno en el momento de la consulta era de 6 años, lo que denotaba la existencia de un cuadro clínico bien establecido. No obstante, la variabilidad de unas víctimas a otras en este último factor era muy alta.

Tabla 1.- Sexo y edad de los sujetos de la muestra

VÍCTIMAS	N	SEXO		MEDIA DE EDAD	DT
		HOMBRES N (%)	MUJERES N (%)		
Agresión sexual	75	2 (2,27%)	73 (97,3%)	22,6	6,3
Maltrato doméstico	138	0 (0%)	138 (100%)	37,6	10,8
Accidente de tráfico	81	36 (44,4%)	45 (55,6%)	32,9	12,7
Víctima de terrorismo	16	5 (31,3%)	11 (68,8%)	36,4	11,4
Diagnóstico de enfermedad grave	12	3 (25%)	9 (75%)	46,5	15,2

Instrumentos de evaluación

a) Evaluación del trastorno de estrés postraumático

La *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997b), que funciona a modo de entrevista estructurada, es una escala

heteroaplicada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (APA, 1994) (Apéndice 1).

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. En concreto, el coeficiente de fiabilidad test-retest ($r=0,89$; $p<0,001$) y el índice de consistencia interna ($r=0,92$), así como la validez convergente con el *Impact of Event Scale (IES)* (Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979) ($r=0,77$; $p<0,001$) y la validez discriminante entre los pacientes y los sujetos normativos (con diferencias de medias estadísticamente significativas en todas las escalas), responden a los requisitos exigidos de fiabilidad y validez.

Según el análisis factorial de la escala, han surgido dos factores claramente diferenciados (uno relacionado con la *ansiedad* y otro con la *depresión*), que, en conjunto, explican más del 53% de la varianza. Quizá ello permita explicar la observación clínica -tan habitual en los pacientes aquejados de este trastorno- de la presencia de síntomas de malestar y de desasosiego, junto con un nivel de apatía y de desmotivación hacia el futuro (Echeburúa *et al.*, 1997b).

b) Evaluación de otros síntomas psicopatológicos asociados

El *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)* (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1988) consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. La ansiedad adquiere una significación clínica a partir de una puntuación de 40. La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la ansiedad-rasgo y, como es

lógico, bastante más baja en la ansiedad-estado ($r=0,40$). El coeficiente *alfa* de consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92.

El *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) (versión española de Vázquez y Sanz, 1991) consta de 21 ítems y mide la intensidad de los síntomas depresivos. El rango de las puntuaciones es de 0 a 63. El punto de corte se sitúa habitualmente en 18. 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.

La *Escala de Inadaptación* (Echeburúa y Corral, 1987) valora el grado en que la situación de maltrato afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo y/o estudios, vida social, tiempo libre, relación de pareja y vida familiar. Este instrumento, con 6 ítems que oscilan de 1 a 6 en una escala de tipo Likert, consta asimismo de una subescala global (rango: 1-6) que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana. El rango total de la escala es de 6 a 36 (a mayor puntuación, mayor inadaptación). La escala utilizada en este estudio puede encontrarse en Echeburúa (1995).

Procedimiento

A todos los pacientes de este estudio se les aplicó individualmente la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático*. La administración se hizo de forma heteroaplicada en el marco del protocolo de evaluación utilizado para las víctimas aquejadas de este cuadro clínico en los Centros de Asistencia Psicológica adonde acudían los pacientes en busca de ayuda terapéutica.

El protocolo de evaluación completo utilizado por los autores con este tipo de víctimas figura en Echeburúa y Corral (1998).

RESULTADOS

Se van a presentar, en primer lugar, las tasas de prevalencia del trastorno de estrés postraumático en los diferentes tipos de víctimas; en segundo lugar, los resultados referidos a la gravedad tanto en la escala global como en cada núcleo de síntomas; en tercer lugar, las comparaciones entre víctimas en los dos factores de la escala (ansiedad y depresión); en cuarto lugar, la frecuencia relativa de los diferentes síntomas del cuadro clínico en cada tipo de víctimas; en quinto lugar, los resultados obtenidos en

función del tiempo transcurrido desde el trauma; y, por último, la comparación del perfil psicopatológico global de las víctimas de agresiones sexuales y de maltrato.

Tasas de prevalencia

En general las tasas de prevalencia del trastorno de estrés postraumático -o, en su versión menos grave, del subsíndrome- en los diferentes tipos de víctimas son altas, pero hay diferencias significativas entre ellas (*Figura 2*). En concreto, más del 50% de las víctimas de agresiones sexuales, de maltrato doméstico y de terrorismo y más del 30% de los pacientes diagnosticados con una enfermedad grave presentan el cuadro clínico completo. Sin embargo, las víctimas de accidentes de tráfico no están aquejadas de este trastorno más que en un 12% de los casos.

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 y de accidentes de tráfico, según los criterios expuestos en la *Figura 4*. Se han estudiado en particular estas dos muestras porque en el caso del maltrato el problema presentado es crónico y en el caso de las enfermedades graves y del terrorismo el número total de sujetos investigados ha sido pequeño.

Como se puede observar, las víctimas recientes (67,3%) presentan el cuadro clínico con mucha más frecuencia que las no recientes (15,8%). No es, sin embargo, irrelevante que un 34,7% de estas últimas sigan sufriendo del trastorno o, al menos, del subsíndrome de estrés postraumático meses o años después de haber sufrido el suceso.

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. En uno y otro caso las víctimas afectadas representan entre el 50% y el 60% de la muestra (*Figura 5*).

Gravedad de los síntomas del trastorno de estrés postraumático

En este apartado se han seleccionado exclusivamente los pacientes diagnosticados con el trastorno -o el subsíndrome- de estrés postraumático y se han analizado los datos obtenidos en la escala tanto globalmente como en los distintos núcleos sintomáticos (reexperimentación, evitación y activación psicofisiológica).

FIGURA 2

TASAS DE PREVALENCIA DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN DIFERENTES TIPOS DE VÍCTIMAS

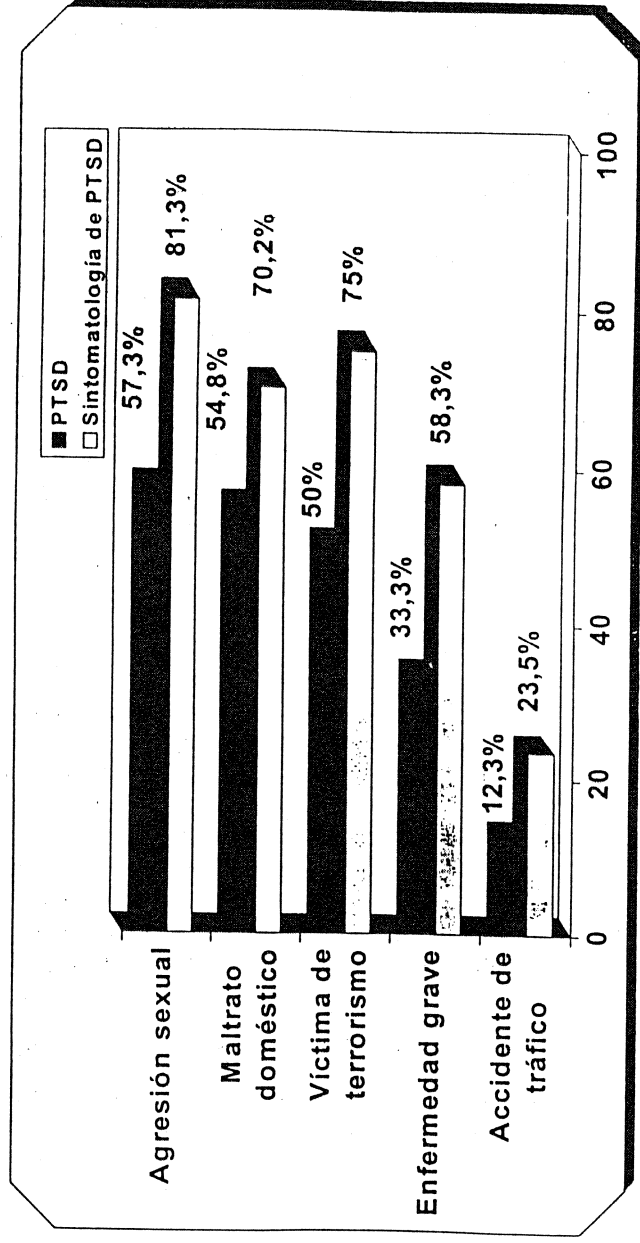
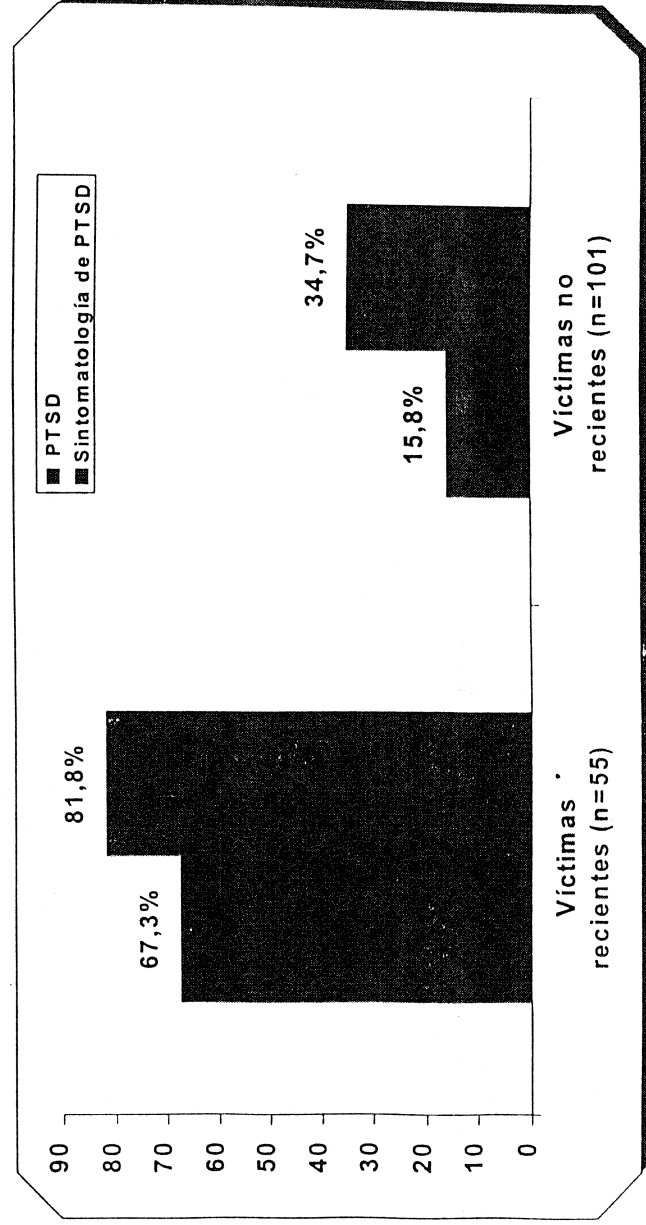
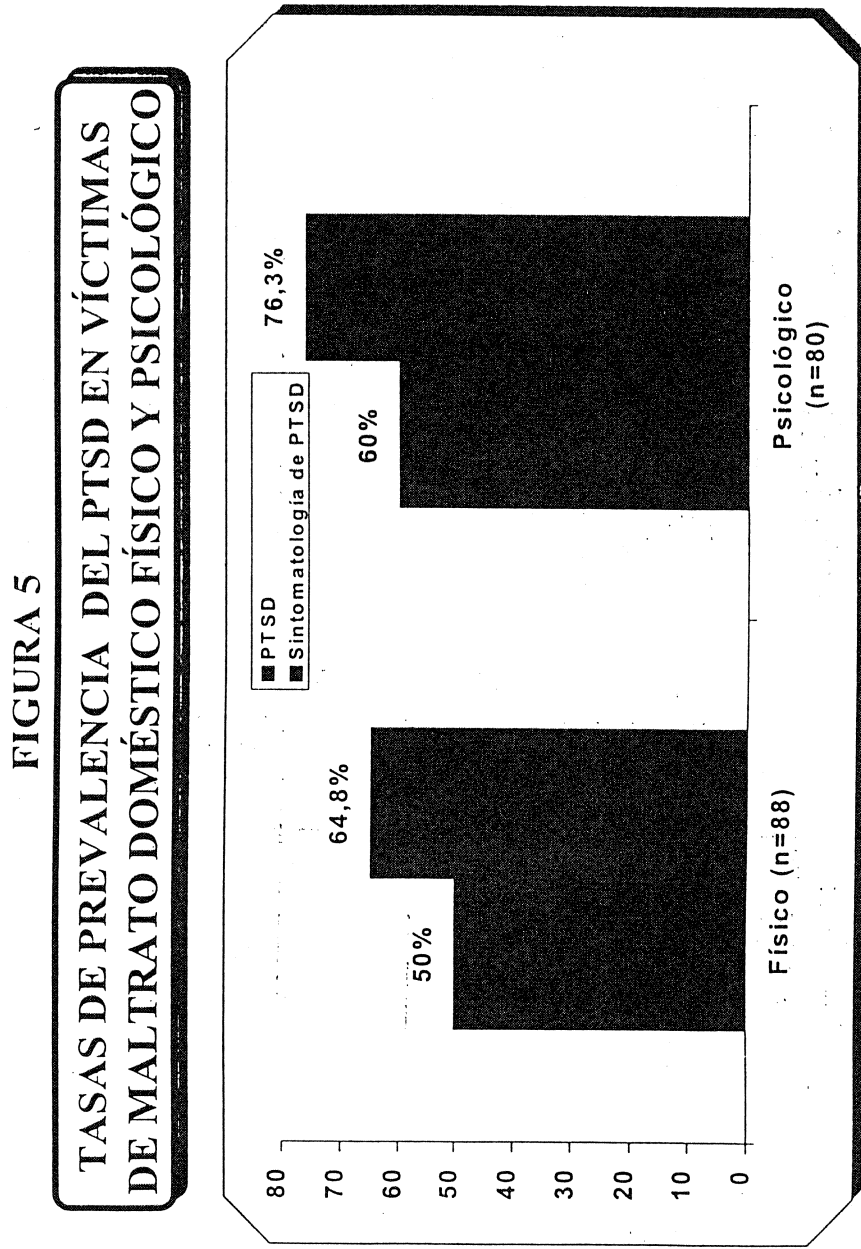
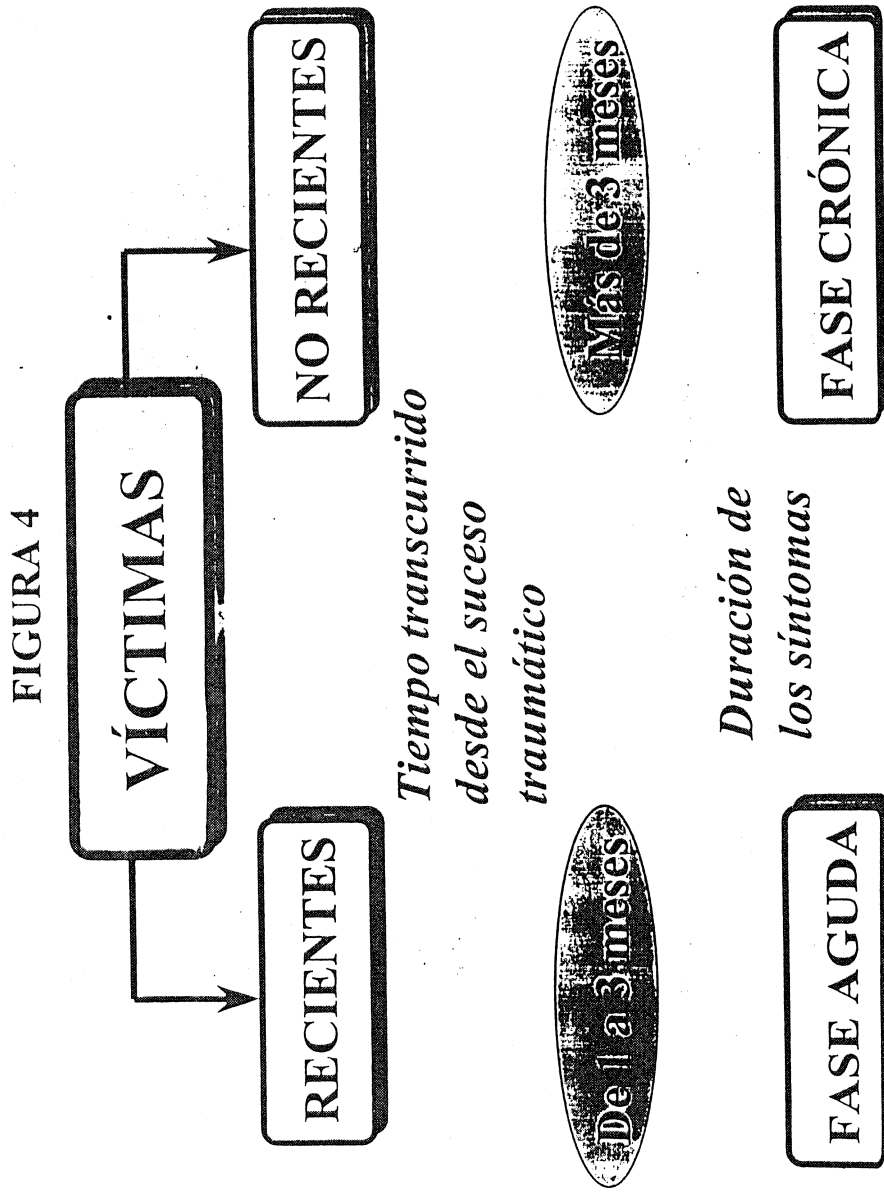


FIGURA 3

TASAS DE PREVALENCIA DEL PTSD EN VÍCTIMAS RECIENTES Y NO RECIENTES



$\chi^2 = 44,4; p < 0,001$



Las puntuaciones obtenidas en la escala global por los diferentes tipos de víctimas son altas. Sin embargo, las víctimas de terrorismo y de agresiones sexuales presentan una mayor gravedad que las que han sufrido un accidente de tráfico (Tabla 2).

Tabla 2.-Comparaciones intergrupales en la puntuación total de la escala en las víctimas diagnosticadas con trastorno o subsíndrome de estrés postraumático

GRUPOS DE VÍCTIMAS	Nº SUJETOS	MEDIA	DT	F
Agresión sexual	61	28,3	9,4	2,57*
Maltrato doméstico	118	26,5	6,9	
Accidente de tráfico	19	23	10,0	
Víctima de terrorismo	12	29,3	8,3	
Diagnóstico de enfermedad grave	7	22	7,9	

* $p < 0,05$

	GRUPOS DE VÍCTIMAS				
	Diagnóstico de enfermedad grave	Accidente de tráfico	Maltrato doméstico	Agresión sexual	Víctima de terrorismo
Diagnóstico de enfermedad grave					
Accidente de tráfico					
Maltrato doméstico					
Agresión sexual					
Víctima de terrorismo					

* $p < 0,05$

Respecto a los núcleos de síntomas, la reexperimentación -el síntoma principal del cuadro clínico estudiado- es especialmente alta en las víctimas de agresiones sexuales, de terrorismo y de maltrato, pero no así en los

sujetos diagnosticados de una enfermedad grave. A su vez, la evitación es muy marcada en las víctimas de terrorismo y más bien baja en los sujetos afectados por un accidente de tráfico. Por último, la activación psicofisiológica es muy elevada en todas las víctimas, excepto en el caso de las personas diagnosticadas con una enfermedad grave (Tablas 3, 4 y 5).

Tabla 3.- Comparaciones intergrupales en la puntuación total de la subescala de reexperimentación

GRUPOS DE VÍCTIMAS	Nº SUJETOS	MEDIA	DT	F
Agresión sexual	61	9,9	3,3	4,33**
Maltrato doméstico	118	8,5	2,9	
Accidente de tráfico	19	7,7	3,9	
Víctima de terrorismo	12	8,7	2,7	
Diagnóstico de enfermedad grave	7	6	1,7	

** $p < 0,01$

Tabla 4.- Comparaciones intergrupales en la puntuación total de la subescala de evitación

GRUPOS DE VÍCTIMAS	Nº SUJETOS	MEDIA	DT	F
Agresión sexual	61	8,9	4,6	4,94***
Maltrato doméstico	118	9,9	3,1	
Accidente de tráfico	19	6,4	4,5	
Víctima de terrorismo	12	11,6	4,4	
Diagnóstico de enfermedad grave	7	9,4	3,1	

*** $p < 0,001$

Tabla 5.- Comparaciones intergrupales en la puntuación total de la subescala de activación psicofisiológica

GRUPOS DE VÍCTIMAS	Nº SUJETOS	MEDIA	DT	F
Agresión sexual	61	9,4	3,6	2,25
Maltrato doméstico	118	8,0	3,2	
Accidente de tráfico	19	8,8	3,2	
Víctima de terrorismo	12	9,1	2,8	
Diagnóstico de enfermedad grave	7	6,6	5,1	

· $p < 0,05$

Ansiedad y depresión en los diferentes tipos de víctimas

En la validación de la escala se han aislado dos factores (ansiedad y depresión) que representan unas dimensiones coherentes en sí mismas, con validez aparente y que dan cuenta de algo más del 50% de la varianza (Echeburúa *et al.*, 1997b).

La ansiedad está muy acentuada en las víctimas de agresión sexual y de terrorismo y mucho menos representada en los pacientes diagnosticados de una enfermedad grave. Respecto a la depresión, este factor destaca especialmente en las víctimas de maltrato y de terrorismo y aparece menos marcado en las que han sufrido un accidente de tráfico (Tablas 6 y 7).

Tabla 6.- Comparaciones intergrupales en el factor «Ansiedad» de la escala

GRUPOS DE VÍCTIMAS	Nº SUJETOS	MEDIA	DT	F
Agresión sexual	61	16,7	5,9	5,74 ...
Maltrato doméstico	118	13	5,1	
Accidente de tráfico	19	14,2	6,7	
Víctima de terrorismo	12	15,5	5,6	
Diagnóstico de enfermedad grave	7	10,3	3,9	

· $p < 0,001$

	GRUPOS DE VÍCTIMAS				
	Diagnóstico de enfermedad grave	Accidente de tráfico	Maltrato doméstico	Agresión sexual	Víctima de terrorismo
Diagnóstico de enfermedad grave					
Maltrato doméstico					
Accidente de tráfico					
Víctima de terrorismo					
Agresión sexual					

· $p < 0,05$ ·· $p < 0,01$

Tabla 7.- Comparaciones intergrupales en el factor «Depresión» de la escala

GRUPOS DE VÍCTIMAS	Nº SUJETOS	MEDIA	DT	F
Agresión sexual	61	11,2	4,5	7,85 ...
Maltrato doméstico	118	13,4	3,8	
Accidente de tráfico	19	8,3	5,4	
Víctima de terrorismo	12	13,2	3,5	
Diagnóstico de enfermedad grave	7	11,1	4,5	

... $p < 0,001$

	GRUPOS DE VÍCTIMAS				
	Diagnóstico de enfermedad grave	Accidente de tráfico	Maltrato doméstico	Agresión sexual	Víctima de terrorismo
Accidente de tráfico					
Diagnóstico de enfermedad grave					
Agresión sexual	··				
Víctima de terrorismo	··				
Maltrato doméstico	··		··		

·· $p < 0,01$

Frecuencia relativa de los diferentes síntomas en cada tipo de víctimas

En la *Tabla 8* figura el porcentaje de víctimas, adscritas a los subtipos correspondientes, que presentan cada uno de los síntomas de la escala.

Tabla 8.- Frecuencia relativa de los diferentes síntomas en las víctimas diagnosticadas con el trastorno o el subsíndrome de estrés postraumático

REEXPERIMENTACIÓN	TIPOS DE VÍCTIMAS				
	MALTRATO DOMÉSTICO	AGRESIÓN SEXUAL	TERRORISMO	ACCIDENTES DE TRÁFICO	ENFERMEDADES GRAVES
<i>Recuerdos intrusivos</i>	93,2%	93,4%	83,3%	63,2%	57,1%
<i>Sueños intrusivos «Flashbacks»</i>	24,6%	44,3%	41,7%	36,8%	0 %
<i>Mal psicológico</i>	29,7%	39,3%	25 %	42,1%	42,9%
<i>Mal fisiológico</i>	81,4%	90,2%	75 %	78,9%	71,4%
	74,6%	86,9%	83,3%	68,4%	28,6%
EVITACIÓN	TIPOS DE VÍCTIMAS				
	MALTRATO DOMÉSTICO	AGRESIÓN SEXUAL	TERRORISMO	ACCIDENTES DE TRÁFICO	ENFERMEDADES GRAVES
<i>Evitar pensar, sentir...</i>	72,9%	77 %	75 %	47,4%	57,1%
<i>Evitar actividades, lugares...</i>	40,7%	60,7%	75 %	36,8%	14,3%
<i>Amnesia</i>	4,2%	16,4%	16,7%	21,1%	28,6%
<i>Desinterés por actividades</i>	82,2%	59 %	58,3%	26,3%	71,4%
<i>Sentirse enajenado, desapegado</i>	61,9%	49,2%	66,7%	31,6%	71,4%
<i>Anestesia afectiva</i>	27,1%	36,1%	41,7%	15,8%	28,6%
<i>Futuro desolador</i>	79,7%	42,6%	91,7%	47,4%	85,7%
ACTIVACIÓN	TIPOS DE VÍCTIMAS				
	MALTRATO DOMÉSTICO	AGRESIÓN SEXUAL	TERRORISMO	ACCIDENTES DE TRÁFICO	ENFERMEDADES GRAVES
<i>Insomnio</i>	64,4%	65,6%	66,7%	52,6%	42,9%
<i>Ira, irritabilidad</i>	71,2%	67,2%	50 %	52,6%	42,9%
<i>Dificultades de concentración</i>	72 %	62,3%	91,7%	52,6%	57,1%
<i>Hipervigilancia</i>	34,7%	77 %	75 %	73,7%	42,9%
<i>Respuesta de sobresalto</i>	49,2%	70,5%	66,7%	89,5%	42,9%

Si bien los datos están muy dispersos, los síntomas están más acentuados, en general, en las víctimas de agresiones sexuales, de maltrato y de terrorismo. No deja de ser destacable, sin embargo, la fuerte presencia de síntomas de desesperanza («futuro desolador», «desinterés por actividades», «sentirse enajenado», etc.) en los pacientes diagnosticados con enfermedades graves y la frecuencia de síntomas de alerta («hipervigilancia», «respuesta de sobresalto», etc.) en las víctimas de accidente de tráfico.

Un dato de interés, como se observa en la *tabla 8*, es la escasa relevancia de la amnesia disociativa en todos los grupos de víctimas, que apenas es señalada como síntoma.

Tabla 9.- Comparación entre las víctimas recientes y no recientes con trastorno o subsíndrome de estrés postraumático en la escala de gravedad de síntomas

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO	VÍCTIMAS RECIENTES (N=44)		VÍCTIMAS NO RECIENTES (N=36)		t
	MEDIA	(DT)	MEDIA	(DT)	
NIVEL DE GRAVEDAD GLOBAL DEL PTSD (Rango 0-51)	31,5	(9,09)	21,6	(7,52)	5,36 ...
<i>Reexperimentación</i> (Rango 0-15)	11,1	(3,12)	7,4	(2,89)	5,46 ...
<i>Evitación</i> (Rango 0-21)	9,4	(4,49)	6,9	(4,48)	2,52
<i>Activación psicofisiológica</i> (Rango 0-15)	10,8	(3,15)	7,3	(2,88)	5,22 ...
Factores de la escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático					
FACTOR 1. ANSIEDAD (Rango 0-27)	19,1	(5,44)	12,5	(4,87)	5,71 ...
FACTOR 2. DEPRESIÓN (Rango 0-21)	12	(5,57)	8,6	(4,62)	3,28 ...

· $p < 0,05$ ··· $p < 0,01$ ···· $p < 0,001$

Tiempo transcurrido desde el trauma

Los resultados expuestos en este apartado se refieren a las víctimas de agresiones sexuales y de accidentes de tráfico.

Independientemente del tipo de trauma, las víctimas recientes presentan mayor gravedad que las no recientes en la escala global y en las diferentes subescalas, así como en los dos factores aislados (ansiedad y depresión) (Tabla 9).

Éste es el resultado que parece más inequívoco de todos los presentados.

Comparación del perfil psicopatológico global de las víctimas de agresiones sexuales y de maltrato

En este apartado se comparan los perfiles psicopatológicos de las víctimas de agresiones sexuales y de maltrato doméstico. Como se puede observar en la Tabla 10, los niveles de psicopatología (ansiedad, depresión e inadaptación) presentados por ambos tipos de víctimas son altos.

Tabla 10.- Comparación del perfil psicopatológico global en víctimas de maltrato doméstico y en víctimas de agresiones sexuales

	MALTRATO DOMÉSTICO (N=69)		AGRESIONES SEXUALES (N=40)		t
	\bar{X}	(DT)	\bar{X}	(DT)	
ANSIEDAD (STAI-E)	45,9	(9,64)	45,1	(7,71)	0,47
DEPRESIÓN (BDI)	23,7	(8,88)	20,4	(8,80)	1,79
INADAPTACIÓN GLOBAL	5,5	(0,74)	4,7	(0,95)	4,65

$p < 0,001$

El perfil psicopatológico es muy similar en uno y otro caso. El grado de inadaptación a la vida cotidiana es, sin embargo, mayor en el caso de las víctimas de maltrato doméstico.

CONCLUSIONES

Las víctimas de un acontecimiento intenso amenazante tienen una gran probabilidad de experimentar el trastorno de estrés postraumático. No todos los sucesos son, sin embargo, equivalentes. En concreto, las agresiones sexuales, la violencia familiar, el terrorismo y, en menor medida, el diagnóstico de una enfermedad grave son los traumas que generan con mayor frecuencia e intensidad este cuadro clínico. Por el contrario, la probabilidad de sufrir este trastorno como consecuencia de un accidente de tráfico, así como la intensidad del mismo en el caso de experimentarlo, son mucho menores.

El elemento nuclear del trastorno de estrés postraumático es la percepción de amenaza incontrolable por parte de la víctima a su integridad física o psicológica (Echeburúa y Corral, 1997; Foa, Zinbarg y Rothbaum, 1992). A diferencia de lo ocurrido en el resto de los sucesos citados, el accidentado puede atribuir la probabilidad de un nuevo percance a una falta de habilidad o a una imprudencia -de él o de los demás- que él, hasta cierto punto, está en condiciones de controlar. Por ello, resulta menos probable la aparición del cuadro clínico en este tipo de sucesos.

En los accidentes la evitación suele ser poco frecuente, probablemente por la necesidad que la víctima tiene del vehículo para reanudar su vida cotidiana. De este modo, la habituación a la conducción facilita la extinción de la conducta de evitación. Por otra parte, la hiperactivación psicofisiológica en los accidentados, a diferencia de lo que ocurre en otro tipo de víctimas, es más bien situacional y aparece sólo en los momentos del viaje en coche o ante la anticipación cognitiva del mismo.

El carácter reciente del trauma, cualquiera que éste sea, hace más probable la presencia y, en su caso, la gravedad del trastorno de estrés postraumático. Sin duda la inmediatez del suceso es el factor que más está relacionado con la presencia del cuadro clínico. No deja de ser llamativo que, a pesar de ello, un tercio 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. A diferencia de otras reacciones psicológicas 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. De ello se cuenta con datos abundantes en el caso de las víctimas de agresiones sexuales (cfr. Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 1997).

Respecto a la violencia familiar, el trastorno de estrés postraumático está presente en la mitad de la muestra (sin distinciones entre el maltrato físico y el maltrato psicológico), que es un porcentaje similar al existente en las agresiones sexuales, lo que resulta congruente con los datos obtenidos en otros estudios (*cf.* Dutton, 1992; Dutton-Douglas, Burghardt, Perrin y Chrestman, 1994; Echeburúa *et al.*, 1997a). De hecho, entre las víctimas de maltrato y las de agresiones sexuales tampoco hay diferencias en otras variables psicopatológicas (ansiedad y depresión), excepto en la inadaptación global a la vida cotidiana, que está más acentuada en el caso de las mujeres maltratadas. En todo caso, la ansiedad tiende a aparecer con más frecuencia en las víctimas de agresiones sexuales; la depresión, en las de maltrato, quizá por la indefensión derivada del carácter crónico de esta situación aversiva.

No deja de resultar sorprendente la falta de correspondencia entre el enfoque psicológico y el enfoque jurídico de la violencia familiar. La penalización jurídica del maltrato a la mujer se limita básicamente al daño físico, cuando el impacto psicológico sobre la víctima es independiente del tipo de violencia utilizada (Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca y Empananza, 1994; Echeburúa *et al.*, 1997a).

En relación con el perfil psicopatológico específico del estrés postraumático en los diferentes tipos de sujetos, la reexperimentación es muy alta en las víctimas de agresiones sexuales, de terrorismo y de maltrato, la evitación es muy marcada en todas las categorías de pacientes (excepto en el caso de los accidentados, que presentan, sin embargo, muchos síntomas de sobresalto) y la hiperactivación afecta a todas las víctimas, a excepción de las personas diagnosticadas con una enfermedad grave. En este último caso están presentes fundamentalmente los síntomas de desesperanza.

En resumen, y al margen de las diferencias individuales, se pueden establecer perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en función de los tipos de estresores sufridos. De este modo, los programas de tratamiento, sin detrimento de la evaluación individualizada necesaria en cada caso, deben adaptarse específicamente al tipo de trauma experimentado.

BIBLIOGRAFÍA

Alter, C. L., Axelrod, A., Harris, H., Grobois, B., *et al.* (1996). Identification of PTSD in cancer survivors. *Psychosomatics*, 37, 137-143.

- 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.
- Astin, M.C. y Resick, P. (1997). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno por estrés postraumático. EN V.E. Caballo (Ed.). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid. Siglo XXI. Vol. 1º.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York. Guilford Press.
- Chemtob, C.M., Tomás, S., Law, W. y Cremniter, D. (1997). Postdisaster psychosocial intervention: a field study of the impact of debriefing on psychological distress. *American Journal of Psychiatry*, 154, 415-417.
- Dutton, M.A. (1992). Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder among battered women. En D.W. Foy (ed.). *Treating PTSD. Cognitive-behavioral strategies*. New York. Guilford Press.
- 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. (1995). *Evaluación y tratamiento de la fobia social*. Barcelona. Martínez Roca.
- 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. (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. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- 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*. Valencia. Promolibro.
- 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., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Treatment of acute posttraumatic stress disorder in rape victims: an experimental study. *Journal of Anxiety Disorders*, 10, 455-482.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21, 433-456.

- 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.
- Hickling, E. J. y Blanchard, E. B. (1992). Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 283-304.
- Hickling, E.J. y Blanchard, E.B. (1997). The private practice psychologist and manual-based treatments: posttraumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 191-203.
- Horowitz, M.J., Wilner, N. y Álvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- 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.
- Parson, E.R. (1995). Mass traumatic terror in Oklahoma City and the phases of adaptational coping: I. Possible effects of intentional injury/harm on victim's posttraumatic responses. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 25, 155-184.
- 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.
- 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 Psychologists Press.
- Trappler, B. y Friedman, S. (1996). Posttraumatic stress disorder in survivors of the Brooklyn bridge shooting. *American Journal of Psychiatry*, 153, 705-707.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. y Emparanza, Í. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.

APÉNDICE 1

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

(Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997)

NOMBRE:

Nº:

EDAD:

FECHA:

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

0: NADA

1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO

2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA/BASTANTE

3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO

SUCESO TRAUMÁTICO: _____

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió (meses/años)?: _____

¿Desde cuándo experimenta el malestar?: _____

REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?

3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN:
(Rango 0-15)

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?

6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE EVITACIÓN:
(Rango 0-21)

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?
3. ¿Tiene dificultades de concentración?
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?

PUNTUACIÓN DE SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN:
(Rango 0-15)

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO:
(Rango 0-51)

Escala complementaria

Manifestaciones somáticas de la ansiedad en relación con el suceso

- Respiración entrecortada (disnea) o sensación de ahogo
 - Dolores de cabeza
 - Palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia)
 - Dolor o malestar en el pecho
 - Sudoración
 - Mareos, sensación de inestabilidad o desmayo
 - Náuseas o malestar abdominal
 - Sensación de extrañeza respecto a uno mismo o de irrealidad
 - Entumecimiento o sensación de cosquilleo (parestias)
 - Sofocos y escalofríos
 - Temblores o estremecimientos
 - Miedo a morir
 - Miedo a volverse loco o a perder el control
- Puntuación específica de las manifestaciones somáticas de la ansiedad: (Rango 0-39)

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el de aumento de la activación.

- SÍ
- Agudo (1-3 meses)
 - Crónico (> 3 meses)
 - Con inicio demorado
- NO

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

	PUNTO DE CORTE	PUNTUACIÓN OBTENIDA
ESCALA GLOBAL (Rango 0-51)	15	
ESCALAS ESPECÍFICAS		
<i>Reexperimentación</i> (Rango 0-15)	5	
<i>Evitación</i> (Rango 0-21)	6	
<i>Aumento de la activación</i> (Rango 0-15)	4	