



CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS DE LA VICTIMIZACIÓN.

Jólluskin, G. (*), Videla, R. (*) y Seijo, D. (**)

(*) Departamento de Psicología Social. Universidad de Santiago de Compostela.

(**) Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación. Universidad de Granada

E-mail: psgsjg@usc.es

PALABRAS CLAVE: Trastorno de Estrés Postraumático, efecto de victimización, delincuencia.

RESUMEN:

La literatura científica se ha focalizado en la relación entre la salud mental del delincuente y el delito. En concreto, se ha llegado a formular una relación directa entre patología y delincuente: la desviación psicopática.

Paradójicamente, en relación a la víctima y los subsecuentes daños que la victimación le podría causar, no se ha llevado a cabo un gran esfuerzo científico en contraste con el mostrado con el agresor. A su vez, la acción política y social en soporte a la víctima ha sido prácticamente nula hasta 1995 (Albarrán, 1995), e incluso "el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales" (Ministerio de Asuntos Sociales, 1991) da entrada a un soporte para los agresores, entendidos como personas de riesgo o marginales, pero no así para las víctimas.

Si bien, no se pueden establecer las líneas básicas de la enfermedad mental ligada a la victimación, porque las derivaciones no sólo dependerían, del delito, del delincuente, o de las circunstancias del delito, sino también de las predisposiciones del agredido mediadas por la edad, género, apoyo social etc. Además, los síntomas y secuelas así como su duración son muy variables. No obstante, existe un criterio diagnóstico común, el "Trastorno por Estrés Postraumático". En este trabajo obtenemos resultados inequívocos que informan de efectos significativos mediados por la acción criminal en todas las variables de medida del "Trastorno por Estrés Postraumático" (TEP).

Introducción

La literatura científica se ha centrado en la relación entre el delito y el estado mental del delincuente, llegándose a formular una relación directa entre patología y la conducta del delincuente: la desviación psicopática, término acuñado por Kraepelin y que aparece recogido en los instrumentos más sofisticados de evaluación psicológica, tal como el MMPI. A su vez, las diversas legislaciones han dado cabida al análisis de la responsabilidad del autor del delito en el

hecho delictivo en sí. En este sentido, nuestro ordenamiento jurídico requiere que se haya cometido un crimen para llegar a una decisión de culpabilidad. Además, es preciso establecer una responsabilidad, o sea, demostrar la autoría. Finalmente, se da cabida a la imputabilidad, es decir, la aptitud de una persona para responder de los actos que lleva a cabo. Dicha aptitud implica la capacidad de comprender lo injusto de un hecho, a la vez que la capacidad de dirigir libremente su conducta. En otras palabras, para que un delincuente sea declarado no imputable se estudian los deterioros cognitivos y mentales.

Sin embargo, a la hora de arrojar alguna luz sobre los daños que el sufrir un determinado delito puede ocasionar no se ha realizado una gran labor. A su vez, la acción política y social en soporte a la víctima ha sido prácticamente nula hasta 1995 (Albarrán, 1995), e incluso "el Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales" (Ministerio de Asuntos Sociales, 1991) da entrada a un soporte para los agresores, entendidos como personas de riesgo o marginales, pero no así para las víctimas. El primer gran hito lo encontramos en 1984, año en que se promulgó la Ley Orgánica 9/1984 de "Terrorismo y Rebelión" (B.O.E. de 27 de diciembre), regulada posteriormente en el Real Decreto 336/1986 (B.O.E. de 24 de enero), que encomendaba al Estado el deber de resarcir los daños corporales (incapacidad, invalidez o muerte) a las víctimas de actos terroristas. Recientemente, la Ley 35/1995 (B.O.E. de 12 de diciembre) amplía el objeto de compensación en tres ámbitos: el de los delitos (delitos contra la libertad sexual, violentos), el tipo de víctima (directas e indirectas) y el objeto del daño (físicos o mentales). Sin embargo, se excluyen específicamente las víctimas participantes (es decir, aquellas que su comportamiento hubiera podido contribuir directa o indirectamente a la comisión del delito o al agravamiento de sus perjuicios) e infungibles (esto es, aquellas con vinculación precisa con el delincuente). Ciertamente, la mayoría de las víctimas podrían englobarse en estas dos categorías a menos que se perfilara más precisamente estas tipologías (p.e., Peris, 1988).

Cierto es que no resulta fácil establecer las líneas básicas de las consecuencias psicológicas que trae consigo la victimación, ya que las derivaciones no sólo dependerían, en su caso, del delito, del delincuente, de las circunstancias del delito (uso de armas, tiempo de exposición, etc.), sino también de las predisposiciones del agredido mediadas por la edad, género, apoyo social etc. (p.e., Arce y Fariña, 1995; Echeburúa y Gerrickaechevarría, 2000). Por otro lado, los síntomas, secuelas y duración de los mismos varían considerablemente en cada persona (v. gr., Echeburúa y otros, 1997). Sin embargo, el "Trastorno por Estrés Postraumático" nos sirve como criterio diagnóstico común (véase la discusión en Meek, 1990). Ahora bien, los datos están sesgados ya que proceden casi exclusivamente de víctimas de agresiones sexuales, a niños, allanamiento de morada o delitos con violencia o armas por lo que resta por poner de manifiesto la incidencia en otro tipo de delitos tanto desde una perspectiva de muestra como de estudio de casos (p.e., Haward, 1981; Maguire, 1981; Gotfredson, 1986).

En esta línea, Arce y Fariña (1995) concluyeron, tras una revisión de la literatura, que la aparición del "Trastorno por Estrés Postraumático" podría llegar al 25% de las víctimas de cualquier delito, incrementándose la probabilidad hasta un 50-60% en casos de agresiones sexuales. Ciñéndonos sólo a las víctimas de agresiones sexuales, Echeburúa y Guerricaechevarría (2000), en una revisión de la literatura, advierten que sólo de un 20% un 30% permanecen estables después de la agresión, entre el 17 y el 40% sufren cuadros clínicos, en tanto el resto experimenta algunos síntomas. En relación con la duración temporal de la sintomatología, el 70% de las víctimas de agresiones sexuales en la infancia presentan un cuadro clínico a corto plazo que disminuye hasta un 30% a largo plazo (Mullen y otros, 1994; cit. en Echeburúa y Guerricaechevarría, 2000). En suma, hay una probabilidad extremadamente alta de padecer un trastorno agudo, pero ésta

decrece en buena medida con el paso del tiempo, esto es, no se cronifica.

No obstante, la literatura precedente no ha sido, a nuestro entender, muy acertada a la hora de establecer los instrumentos de medida. Así, mayoritariamente se han tomado medidas no muy precisas y difíciles de concretar en términos de enfermedad y, por extensión, del daño causado (Arce y Fariña, 1995). Entre las medidas usadas, provenientes generalmente de autoinformes, se ha recurrido generalmente al distress (miedo, ira, estado de shock, o trastornos emocionales) o a sintomatología muy diversa y difícil de catalogar tal como dolores o retraimiento.

Método

Muestra.

Para proceder a nuestro estudio tomamos una muestra de toda Galicia de un total de 1087 sujetos con edades comprendidas entre los 16 y los 87 años, el 58.2% de los cuales eran mujeres y el 41.8 %, hombres.

Procedimiento

A través de alumnos voluntarios de las Facultades de Psicología de Santiago de Compostela y Magisterio de la Universidad de Vigo, se distribuyeron los cuestionarios en las cuatro provincias, proporcionándoles las instrucciones adecuadas e indicando la confidencialidad de la información obtenida, con el fin de que lo transmitiesen a aquellas personas que respondiesen a los cuestionarios. Se se les otorgaba un plazo para cubrirlo, finalizado el cual se recogían para devolverlos en la facultad.

Instrumentos y variables de medida.

Mediante un cuestionario estructurado se analizaron en las cuatro provincias gallegas los índices de victimación directa e indirecta a través de dos preguntas en las que se solicitaba a los encuestados que contestaran si habían sido víctimas directas o indirectas de algún delito e indicaran de qué delito se había tratado.

En segundo lugar, quienes habían sido víctimas de algún hecho delictivo, contestaban a una escala de gravedad de síntomas del "Trastorno por Estrés Postraumático" (Echeburúa et al., 1995), donde se consideran los criterios de reexperimentación del hecho, evitación, aumento de la activación y síntomas psicofisiológicos requeridos por el DSM-IV para el diagnóstico de estrés postraumático. Se determinaba, además, la duración y la intensidad del síntoma.

Implicaciones psicológicas de la victimación.

Desafortunadamente, sólo los delitos contra la propiedad fueron susceptibles del análisis de las consecuencias psicológicas, ya que en otras agrupaciones no encontramos un número de respuestas suficiente. Los resultados son inequívocos al informar de efectos significativos mediados por la acción criminal en todas las variables de medida del "Trastorno por Estrés Postraumático" (TEP) (véanse los resultados directos en la Tabla 1).

Variable	m	t	gl	p
Pensamientos recurrentes	.30	6.256	250	.000
Sueños desagradables/pesadillas	.23	5.889	250	.000
Revivir la agresión	.39	7.888	250	.000
Malestar psicológico	.26	5.900	250	.000
Reacciones psicofisiológicas	.29	6.793	250	.000
Evitación pensamientos	.26	6.071	250	.000
Evitar actividades. lugares	.14	4.332	248	.000
No recuerdo	.08	2.996	248	.003
Pérdida de interés por ocio	.06	2.626	248	.009
Sensación de desapego	.13	3.918	249	.000
Restricción vida afectiva	.09	3.283	249	.001
Sensación futuro desolador	.31	6.911	250	.000
Dificultades conciliar sueño	.21	5.377	252	.000
Explosiones de ira	.48	8.480	248	.000
Dificultades concentrarse	.47	9.037	249	.000
Hipervigilancia	.59	9.336	250	.000
Sobresaltos	.37	7.123	249	.000
Respiración entrecortada	.10	3.583	249	.000
Sofocos	.10	3.380	249	.001
Palpitaciones	.19	5.084	249	.000
Dolor o malestar en el pecho	.09	3.353	249	.001
Sudoración	.15	4.344	249	.000
Mareos	.08	3.049	249	.003
Nauseas	.07	3.007	248	.003
Sensación de irrealidad	.16	4.276	247	.000
Embotamiento	.06	2.425	248	.016
Oleadas de calor y frío	.13	3.919	248	.000
Temblores o estremecimientos	.12	3.573	248	.000
Miedo a morir	.18	4.729	248	.000
Miedo a volverse loco	.09	3.235	248	.001

Transcurridos más de tres meses desde el hecho criminal, observamos que no han desaparecido espontáneamente los efectos. Por el contrario, éstos se han cronificado (véase la tabla 2). En consecuencia, se cumplen los Criterios A (acontecimiento traumático, en este caso, el delito), B (reexperimentación); C (evitación); D (activación), E (se han cronificado) y F (afecta a diversas áreas del individuo). En resumen, se puede advertir la presencia de una sintomatología típica del "Trastorno por Estrés Postraumático".

En relación con las consecuencias psicológicas, se estima que entre las 4 y 6 semanas es la duración normal del período de crisis (Friedman et al., 1982) en tanto se ha cronificado a los 3 meses (Hanson et al., 1987; APA, 1995). En consecuencia, cabe preguntarse, ¿se mantienen constantes los efectos con el paso del tiempo, se reducen, o aumentan? La respuesta es que con el paso del tiempo se mantienen presentes todos los síntomas que componen el "Trastorno por Estrés Postraumático" (véase la tabla 2).

VARIABLE	m	t	gl	p
Pensamientos recurrentes	.42	9.085	252	.000
Sueños desagradables/pesadillas	.25	5.987	252	.000
Revivir la agresión	.23	6.100	251	.000
Malestar psicológico	.32	7.096	251	.000
Reacciones psicofisiológicas	.27	6.177	251	.000
Evitación pensamientos	.25	6.378	250	.000
Evitar actividades. lugares	.24	5.907	251	.000
No recuerdo	.16	4.381	249	.000
Pérdida de interés por ocio	.09	3.106	250	.002
Sensación de desapego	.08	3.235	250	.001
Restricción vida afectiva	.14	4.268	251	.000
Sensación futuro desolador	.13	3.907	252	.000
Dificultades conciliar sueño	.21	5.377	252	.000
Explosiones de ira	.31	6.416	251	.000
Dificultades concentrarse	.5	9.63	251	.000
Hipervigilancia	.54	9.417	252	.000
Sobresaltos	.47	8.803	252	.000
Respiración entrecortada	.08	3.264	249	.001
Sofocos	.07	3.308	250	.001
Palpitaciones	.15	4.461	251	.000
Dolor o malestar en el pecho	.05	3.184	250	.002
Sudoración	.13	4.402	251	.000
Mareos	.08	3.015	251	.003
Nauseas	.05	2.878	250	.004
Sensación de irrealidad	.09	3.235	249	.001
Embotamiento	.06	2.290	249	.023
Oleadas de calor y frío	.13	4.125	251	.000
Temblores o estremecimientos	.10	3.380	249	.001
Miedo a morir	.18	4.852	249	.000
Miedo a volverse loco	.09	3.505	251	.001

No obstante, observamos que algunos de ellos (pensamientos recurrentes sobre los hechos; dificultades para conciliar el sueño; explosiones de ira; y sensación de irrealidad) disminuyen en gravedad (consúltese la tabla 3). En otras palabras, el paso del tiempo reduce el alcance del "Trastorno por Estrés Postraumático" en algunos síntomas, pero se mantiene la gran mayoría de ellos.

VARIABLE	m_{antes}	$m_{despues}$	t	gl	p
Pensamientos recurrentes	.66	.39	4.539	249	.000
Sueños desagradables/pesadillas	.30	.24	1.512	249	.132
Revivir la agresión	.23	.22	.397	249	.692
Malestar psicológico	.39	.30	1.920	249	.056
Reacciones psicofisiológicas	.26	.24	.548	249	.584
Evitación pensamientos	.30	.24	1.432	248	.153
Evitar actividades. lugares	.26	.23	.662	249	.509
No recuerdo	.15	.15	.000	247	1.000
Pérdida de interés por ocio	.08	.09	-.342	247	.732
Sensación de desapego	.06	.08	-.556	247	.579
Restricción vida afectiva	.13	.13	.000	248	1.000
Sensación futuro desolador	.09	.11	-.714	248	.476
Dificultades conciliar sueño	.32	.19	2.765	249	.006
Explosiones de ira	.48	.28	3.446	247	.001
Dificultades concentrarse	.48	.48	-.145	248	.885
Hipervigilancia	.58	.52	1.191	249	.235
Sobresaltos	.37	.43	-1.530	248	.127
Respiración entrecortada	.1	.07	1.403	246	.162
Sofocos	.1	.06	1.571	247	.117
Palpitaciones	.19	.13	1.895	248	.059
Dolor o malestar en el pecho	.07	.06	.688	248	.492
Sudoración	.15	.12	1.153	248	.250
Mareos	.07	.06	.499	248	.618
Nauseas	.07	.05	.816	247	.415
Sensación de irrealidad	.16	.08	2.345	246	.020
Embotamiento	.06	.05	.160	247	.873
Oleadas de calor y frío	.13	.11	.699	247	.485
Temblores o estremecimientos	.12	.08	1.375	246	.170
Miedo a morir	.18	.17	.308	247	.758
Miedo a volverse loco	.09	.08	.521	247	.603

Nota: m_{antes} = Media de las respuestas contiguas a los hechos; $m_{despues}$ = Media de las respuestas en el momento de la encuesta, siempre más de 3 meses de los hechos.

Discusión de los resultados

A modo de conclusión, podemos decir que, por lo que se desprende de nuestros resultados, queda claramente reflejada la limitación de la Ley 35/1995 y el subsiguiente Real Decreto 738/1997, de 23 de Mayo, que en su artículo 17 acota las ayudas por gastos de tratamiento terapéutico a los daños en la salud mental vinculados única y exclusivamente a las víctimas de delitos contra la libertad sexual.

Si bien nuestros resultados, por cuestiones metodológicas, se refieren tan sólo a los delitos contra la propiedad, parece lógico advertir que las lesiones psíquicas no son patrimonio exclusivo de un único tipo de delitos. Además, como psicólogos, también estamos en condiciones de poner de

manifiesto un efecto propio de la persona (p.e., Kilpatrick et al., 1989). En otras palabras, el daño psíquico se perfila por un modelo explicativo en el que se engloban hechos característicos de la acción y de la persona objeto de la acción. En consecuencia, entendemos que sería conveniente que las Oficinas de Atención a Víctimas llevaran a cabo una evaluación psicológica de la víctima, procedieran a una evaluación terapéutica (obsérvese el paralelismo con el concepto de jurisprudencia y justicia terapéutica), y, finalmente, en aquellos casos con tendencias a la cronicidad, derivaran a éstos a centros especializados de atención. No en vano, se estima que la aplicación de un tratamiento de choque contiguo a la agresión puede ser un buen amortiguador del desarrollo de síntomas a medio y largo plazo (Sarasúa et al., 1993). Además, a este apoyo técnico también se le atribuyen otras ventajas, tal como la prevención de la revictimación o el amortiguamiento de la alta probabilidad de que la víctima se convierta con el tiempo en agresor (Peris, 1988).

Para finalizar diremos que, siguiendo a Garrido (1990), se pueden distinguir tres necesidades relevantes identificadas en relación a las víctimas y que, por lo tanto, se deberían atender. En primer lugar, la necesidad de información. En segundo lugar, las necesidades prácticas (p.e., propiedad, daños físicos) y, por último, las necesidades emocionales y psicológicas. En nuestro sistema jurídico, una vez cubierta la necesidad de información, tan sólo se da lugar a una cobertura limitada de las necesidades prácticas, como muerte, invalidez o incapacidad. Por lo que se refiere a las necesidades psicológicas, tan sólo se cubren por lo que se refiere a los delitos contra la libertad sexual.

Referencias Bibliográficas

Albarrán, J. (1995). Los derechos de la víctima. *Anuario de Psicología Jurídica*, 125-135.

APA (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.

Arce, R. y Fariña, F., (1995). Estudio Psicosocial de la Víctima. En M. Clemente (Coord.), *Fundamentos de la Psicología Jurídica*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1995). *Trastorno de Estrés Postraumático Crónico en Víctimas de Agresiones Sexuales*. La Coruña: Fundación Paideia.

Echeburúa, E. y Gerricaechevarría, C. (2000). *Abuso sexual en la infancia: víctimas y agresores. Un enfoque clínico*. Ariel.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (1997). Características psicopatológicas de los ofensores sexuales. En M. Lameiras y A. López (Eds.), *Sexualidad y Salud*. Santiago de Compostela: Tórculo.

Friedman, K., Vischoff, H., Davis, R y Person, A. (1982). *Victims and helpers. Reactions to Crime*. Nueva York: Victims Service Agency.

Garrido, V. (1990). La ayuda educativa a las víctimas del delito. *Bordón*, 42 (4).

Gotfredson, M. R. (1986). Substantive contributions of victimization surveys. *Crime and Justice. Annual Review of Research*, 7.251-270.

Hanson, I., Greenberg, M.S. y Hymer, S. (1987). Describing the Crime Victim: Psychological Reactions To Victimización. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18 (4), 299-315.

Haward, L.R.C. (1981). Psychological consequence on being the victim of a crime. En S. Lloyd-Bostock (Ed.), *Law and Psychology*. Oxford: Centre for Socio-legal Studies.

Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., Veronen, L.J., Best, C.L. & Von, J.M. (1987). Criminal victimization: lifetime prevalence, reporting to police, and psychological impact. *Crime and Delinquency*, 33 (4), 379-89.

Maguire, M. (1981). Victims of residential burglary. En S. Lloyd-Bostock (Ed.) *Law and Psychology*. Oxford: Center for Socio-Legal Studies.

Meek, C. L. (1990). *Post-Traumatic Stress Disorder: Assessment, Differential Diagnosis and Forensic Evaluation*. Hardbound, ISBN.

Ministerio de Asuntos Sociales (1991). *Plan Concertado de Prestaciones básicas de Servicios Sociales. Los centros de Servicios Sociales*. Madrid: Servicio de Publicaciones del Ministerio de Asuntos Sociales.

Peris, J.M. (1988). Aproximación a la victimología. Su Justificación frente a la criminología. *Cuadernos de Política Criminal*, 0034, 39-128

Sarasúa, B, Echeburúa, E. y Corral, P. (1993). Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático en una víctima reciente de violación. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 64.