

fundación

ASMOZ

formación on-line

Asistencia a las Víctimas de Experiencias Traumáticas

1.4. Daño físico y daño psicológico

Profesor: © Enrique Echeburúa Odriozola



Universidad
del País Vasco

Euskal Herriko
Unibertsitatea

ÍNDICE

1. Introducción	3
2. ¿Qué es el daño psicológico?	4
2.1. Las lesiones psíquicas	6
2.2. Las secuelas emocionales	7
3. El problema de la causalidad	7
4. Tasas de prevalencia	8
5. Gravedad de los síntomas	11
6. Conclusiones	13
Lecturas recomendadas	16

1. INTRODUCCIÓN

Los delitos violentos son sucesos negativos, vividos de forma brusca, que generan terror e indefensión, ponen en peligro la integridad física o psicológica de una persona y dejan a la víctima en tal situación emocional que es incapaz de afrontarla con sus recursos psicológicos habituales.

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

Sin embargo, tradicionalmente el Derecho Penal ha prestado atención a las *lesiones físicas* de las víctimas, pero ha hecho caso omiso del *daño psicológico*. Sólo recientemente se ha cambiado este enfoque, cuando se ha asumido que la salud es mucho más que la mera ausencia de enfermedad. Así, por ejemplo, en la última reforma del Código Penal de 1995 (Ley Orgánica 14/1999, referida al maltrato doméstico) se ha incluido la violencia psíquica habitual como delito (y no como una mera falta) en el reformulado artículo 173.

La evaluación del daño psíquico (el "*quantum doloris*") sufrido en las víctimas es importante para planificar el tratamiento, así como para tipificar los daños criminalmente, establecer una compensación adecuada o determinar la incapacidad laboral. Respecto a estos últimos puntos, los manuales de daño corporal y de discapacidad hacen referencia a los déficits somáticos e incluyen una baremación estandarizada de las lesiones corporales (en relación con los accidentes de coche, por ejemplo), pero apenas prestan atención a la valoración de los daños psíquicos.

El daño psicológico requiere ser evaluado también en las *víctimas indirectas* de los sucesos violentos, que son las personas que, sin ser directamente concernidas por el hecho delictivo, sufren por las consecuencias del mismo. Es el caso, por ejemplo, de las madres que han sufrido el impacto brutal de la agresión sexual y asesinato de una hija o el de los hijos que se ven obligados bruscamente a readaptarse a una nueva vida tras el asesinato de su padre en un atentado terrorista. En la

muerte violenta de un ser querido existen, en un primer momento, sentimientos de dolor, tristeza, impotencia o rabia; en un segundo momento, de dolor e impotencia; finalmente, de dolor y soledad (que no necesariamente mejoran con el transcurso del tiempo) (Echeburúa, 2004).

2. ¿QUÉ ES EL DAÑO PSICOLÓGICO?

El daño psicológico se refiere, por un lado, a las *lesiones psíquicas* agudas producidas por un delito violento, que, en algunos casos, pueden remitir con el paso del tiempo, el apoyo social o un tratamiento psicológico adecuado; y, por otro, a las *secuelas emocionales* que persisten en la persona de forma crónica como consecuencia del suceso sufrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana (*Tabla 1*). En uno y otro caso el daño psíquico es la consecuencia de un suceso negativo que desborda la capacidad de afrontamiento y de adaptación de la víctima a la nueva situación (Esbec, 2000).

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

- Cambio drástico en el estilo de vida, con miedo a acudir a los lugares de costumbre; necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.
- Alteraciones en el ritmo y el contenido del sueño.
- Disfunción sexual

TABLA 1

DAÑO PSÍQUICO EN VÍCTIMAS DE DELITOS VIOLENTOS

(Esbec, 2000, modificado)

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

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

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

El daño psicológico cursa habitualmente en fases. En una primera etapa suele surgir una reacción de sobrecogimiento, con un cierto enturbiamiento de la conciencia y con un embotamiento general, caracterizado por lentitud, un abatimiento general, unos pensamientos de incredulidad y una pobreza de

reacciones. En una segunda fase, a medida que la conciencia se hace más penetrante y se diluye el embotamiento producido por el estado de "shock", se abren paso vivencias afectivas de un colorido más dramático: dolor, indignación, rabia, impotencia, culpa, miedo, que alternan con momentos de profundo abatimiento. Y, por último, hay una tendencia a reexperimentar el suceso, bien espontáneamente o bien en función de algún estímulo concreto asociado (como un timbre, un ruido, un olor, etc.) o de algún estímulo más general: una película violenta, el aniversario del delito, la celebración de la Navidad, etc.

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

2.1. Las lesiones psíquicas

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

Las lesiones psíquicas más frecuentes son los trastornos adaptativos (con estado de ánimo deprimido o ansioso), el trastorno de estrés postraumático o la descompensación de una personalidad anómala. Más en concreto, a un nivel cognitivo, la víctima puede sentirse confusa y tener dificultades para tomar decisiones, con una percepción profunda de indefensión (de estar a merced de todo tipo de peligros) y de incontrolabilidad (de carecer de control sobre su propia vida y su futuro); a nivel psicofisiológico, puede experimentar sobresaltos continuos; y, por último, a nivel conductual, puede mostrarse apática y con dificultades para retomar la vida cotidiana (Baca, Echeburúa y Tamarit, 2006).

2.2. Las secuelas emocionales

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

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

Esta transformación de la personalidad puede ser un estado crónico o una secuela irreversible de un trastorno de estrés postraumático (F43.1) que puede surgir como consecuencia de haber sufrido un delito violento (Echeburúa, 2004).

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

3. EL PROBLEMA DE LA CAUSALIDAD

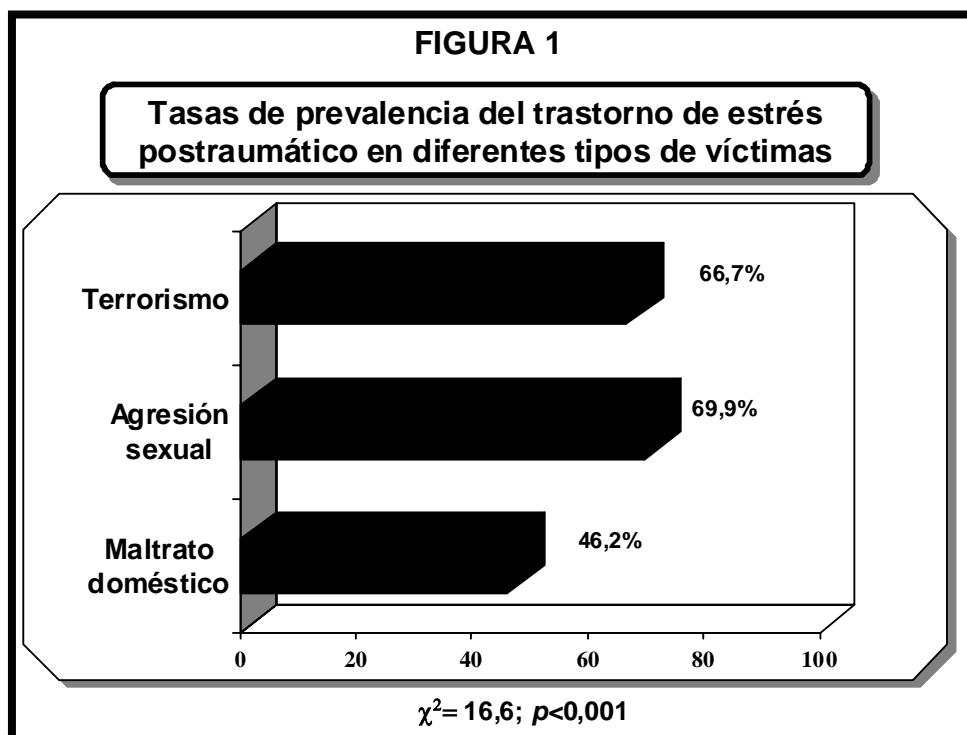
No es siempre fácil poner en conexión el daño psicológico sufrido *ahora* con el suceso violento padecido *anteriormente*. Sin embargo, el establecimiento de la relación de causalidad entre el delito violento y la lesión psíquica resulta esencial a efectos penales y de responsabilidad civil, según se desprende de la Ley de Asistencia a las Víctimas de Delitos Violentos y de Agresiones Sexuales (Ley 35/1995, de 11 de diciembre) y la Ley de Asistencia a las Víctimas de Terrorismo (Real Decreto 1211/97, de 18 de julio).

La relación de causalidad puede no ser unívoca, sino que está enturbiada por la mediación de las concausas, que, a diferencia de las causas, son necesarias, pero

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

4. TASAS DE PREVALENCIA

En general, las tasas de prevalencia del trastorno de estrés postraumático en los diferentes tipos de víctimas son altas en todos los casos (el 54,5% del total de la muestra), pero hay diferencias significativas entre ellas (*Figura 1*). En concreto, entre el 65% y el 70% de las víctimas de agresiones sexuales y de terrorismo presentan el cuadro clínico, sin apenas diferencias entre unas y otras. Sin embargo, las víctimas de violencia familiar lo sufren en menor medida (un 46% de la muestra).



En relación con el tiempo transcurrido desde el suceso traumático, en la *figura 3* se señalan las tasas de prevalencia de las víctimas recientes y no recientes de agresiones sexuales, según los criterios expuestos en la *figura 2*. Se ha estudiado en particular esta submuestra porque en el caso del maltrato el problema presentado es crónico y en el caso del terrorismo el número total de sujetos investigados ha sido pequeño.

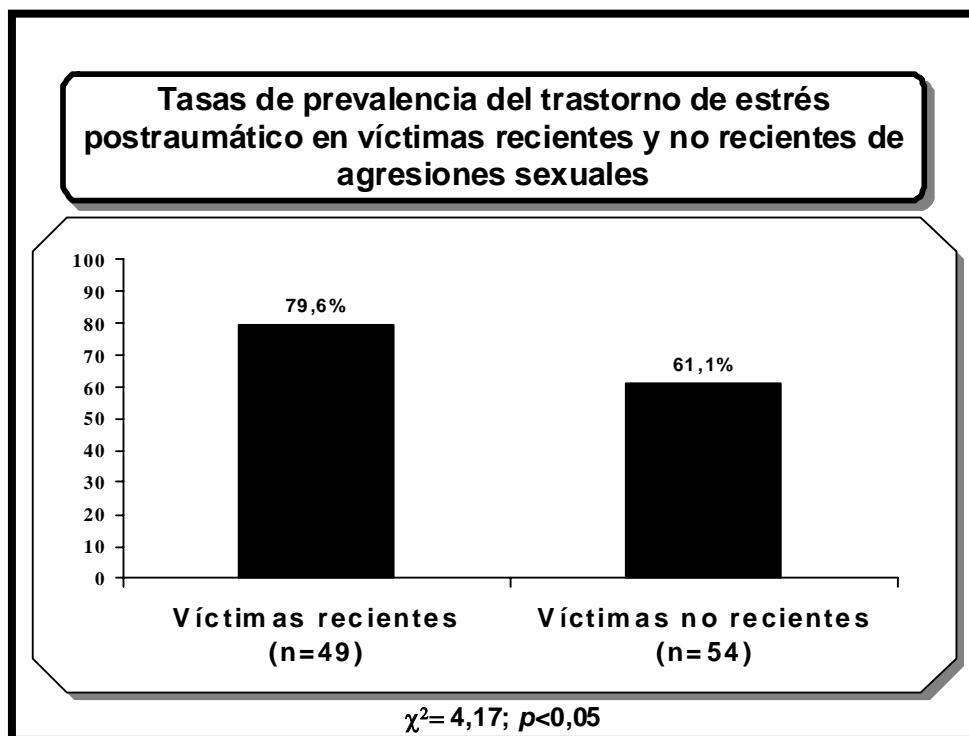


FIGURA 2

Como se puede observar, las víctimas recientes (80%) presentan el cuadro clínico con mucha más frecuencia que las no recientes (61%). No es, sin embargo, irrelevante que casi 2 de cada 3 de estas últimas sigan sufriendo del trastorno de estrés postraumático meses o años después de haber experimentado el delito violento.

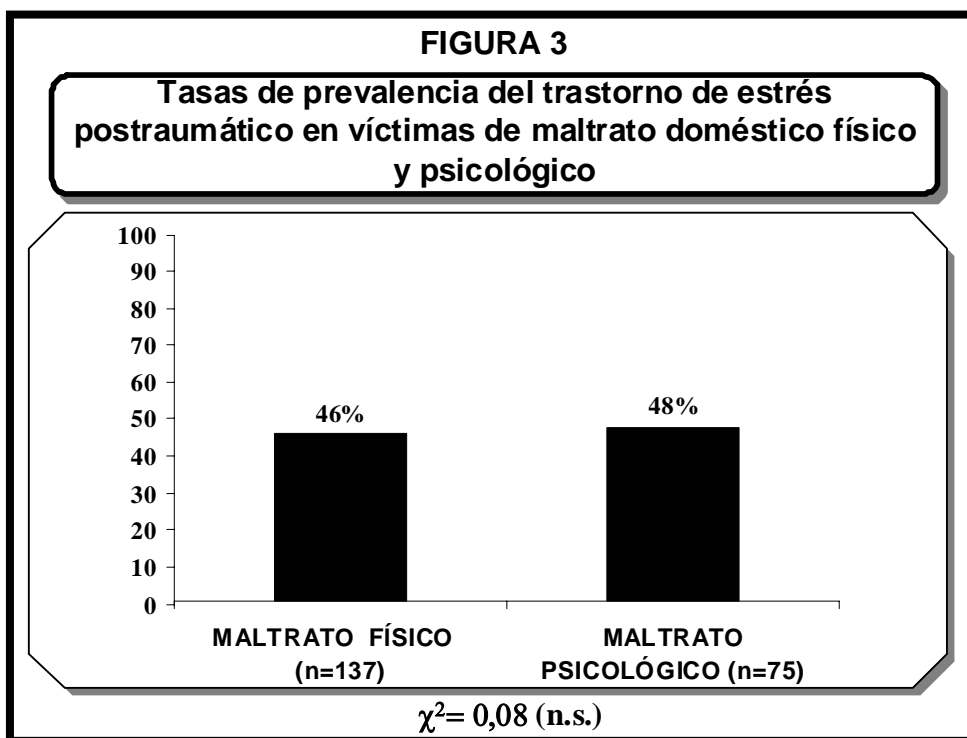
Por otra parte, respecto a las víctimas de maltrato doméstico, el tipo de violencia, sea ésta física o psicológica, no supone cambios respecto a la tasa de prevalencia del cuadro clínico ni a la mayor o menor gravedad de este trastorno (*tabla 2*). En

uno y otro caso las víctimas afectadas representan entre el 45% y el 50% del total de la muestra (*Figura 3*).

TABLA 2
GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO FÍSICO Y PSICOLÓGICO

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

(n.s.) no significativo



5. GRAVEDAD DE LOS SÍNTOMAS

En conjunto, las puntuaciones obtenidas por los diferentes tipos de víctimas son altas, muy por encima del punto de corte (15). Sin embargo, las víctimas de agresiones sexuales y de terrorismo (en este último caso, a nivel tendencial) presentan una mayor gravedad que las que han sufrido una situación de violencia familiar (*tabla 3*).

TABLA 3
COMPARACIONES INTERGRUPALES EN FUNCIÓN DE LA GRAVEDAD DEL
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

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

• $p < 0,001$

Por otra parte, las víctimas recientes de agresiones sexuales tienen unos síntomas más intensos del trastorno de estrés posttraumático que las víctimas no recientes. Las conductas de evitación tienden, sin embargo, a cronificarse. De hecho, no hay diferencias en estas conductas en uno y otro tipo de víctimas (*tabla 4*).

TABLA 4
GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS
RECIENTES Y NO RECIENTES DE AGRESIÓN SEXUAL

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

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

6. CONCLUSIONES

El conocimiento del daño psicológico, así como la necesidad de su evaluación, no son una cuestión meramente académica. De lo que se trata, en última instancia, es de conocer la situación psíquica de la víctima, tratarla adecuadamente, reparar el daño causado, prevenir la revictimización y evitar la creación de nuevas víctimas (Baca *et al.*, 2006).

Los sucesos más traumáticos -las agresiones sexuales, los secuestros, la muerte de un ser querido, etc.- dejan frecuentemente huellas devastadoras y secuelas

imborrables, a modo de *cicatrices psicológicas*, y hacen a las personas más vulnerables a los trastornos mentales y a las enfermedades psicosomáticas (Finkelhor, 1999).

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

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

Respecto a la violencia familiar, el trastorno de estrés postraumático está presente en casi la mitad de la muestra (sin distinciones entre el maltrato físico y el maltrato psicológico ni en cuanto a la frecuencia del trastorno ni en cuanto a la gravedad del mismo), que, aun siendo un porcentaje por debajo del existente en las agresiones sexuales, es, sin embargo, clínicamente relevante, lo que resulta congruente con los datos obtenidos en otros estudios.

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

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

LECTURAS RECOMENDADAS

- Avia, M.D. y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente*. Madrid. Alianza Editorial.
- Baca, E., Echeburúa, E. y Tamarit, J. (Eds.) (2006). *Manual de victimología*. Valencia. Tirant lo Blanch.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid. Pirámide.
- Esbec, E. (2000). Evaluación psicológica de la víctima. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo. *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid. Edisofer.
- Finkelhor, D. (1999). Victimología infantil. En J. Sanmartín (Ed.). *Violencia contra niños*. Barcelona. Ariel.