

**DESCRIPCIÓN DEL ESTADO DE SALUD MENTAL Y  
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN VÍCTIMAS DE ASALTO  
A MANO ARMADA EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN  
(COLOMBIA)**

A DESCRIPTION OF THE MENTAL HEALTH AND COPING STRATEGIES IN VICTIMS OF ASSAULT WITH A  
WEAPON IN THE CITY OF MEDELLÍN (COLOMBIA)

*Carlos Alberto Marín Monsalve, Yolima Janeth Palacio Suaza, Yessenia Orrego Barrios, Daniel Camilo Aguirre Acevedo  
Universidad de San Buenaventura - Medellín, Colombia*

**ABSTRACT**

The study looked to describe the state of mental health and coping strategies expressed during and after assault with a deadly weapon, from October 2006 to March 2007, in the city of Medellín, Colombia. Participants were 50 adults differentiated by sex. The clinical interview International Neuropsychiatric Inventory (MINI), and the protocol of characterization of assault with a deadly weapon designed by the researchers, were applied to the victims. Comparisons with averages of males and females were made, in relation to mental health and coping strategies used during and after the assault. There were no significant differences in clinical symptoms between men and women, who showed state health perturbations with symptoms of post traumatic stress and anguish disorders sometimes in life. Differences were found in coping strategies during and after assault; during assault women reactions were immobility and/or silence, men reactions were physical or verbal aggression; after assault women requested for psychological support and company while men used security devices.

**Keywords:** Assault, mental health, coping strategies.

**RESUMEN**

Se buscó describir el estado de salud mental y las estrategias de afrontamiento manifestadas durante y después del asalto, diferenciadas según el sexo, en personas víctimas de asalto a mano armada en la ciudad de Medellín, en Colombia, entre Octubre de 2006 a Marzo de 2007. Los participantes fueron 50 personas adultas de ambos géneros, a quienes se les aplicó la entrevista clínica International Neuropsychiatric Interview (MINI) y el protocolo de caracterización de asalto a mano armada diseñado por los investigadores. Se compararon los promedios de hombres y mujeres con relación al estado de salud mental y a las estrategias de afrontamiento utilizadas durante y después del asalto. La presencia de variables clínicas por categoría diagnóstica no presentó diferencias significativas entre hombres y mujeres, quienes presentaron alteración en el estado de salud mental con síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático Actual y Trastorno por Angustia alguna vez en la vida. Se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres en las estrategias de afrontamiento durante y después del asalto, durante el asalto, las mujeres reaccionaron en estado de inmovilidad y/o mutismo y los hombres con agresiones físicas o verbales; después del asalto, las mujeres, a diferencia de los hombres, requirieron apoyo psicológico y compañía de otras personas, los hombres utilizaron dispositivos de seguridad.

**Palabras clave:** Asalto, salud mental, estrategias de afrontamiento.

Fecha de recepción/Date of reception: : 11/10/2008

Fecha de aprobación/Date of approval: : 12/11/2008

Dirección de correspondencia/Mail address:

Carlos Alberto Marín Monsalve  
Universidad de San Buenaventura  
Carrera 56 C número 51-90  
Medellín  
Colombia  
E-mail: carlos.marin@usbmed.edu.co

En Medellín, de acuerdo a las estadísticas, durante el año 2006, el indicador de victimización (Boletín Medellín como vamos: percepción de la seguridad en Medellín, 2006), confirmó que el 9% de las personas habitantes del Municipio de Medellín afirmaron haber sido víctimas de algún delito, y que la mayor proporción de personas con esta respuesta se encuentran en la zona centrorientada (12%) y suroccidental (11%); con respecto a la categoría de edades, la mayor proporción de víctimas de algún delito se encuentran entre 18 y 25 años (11%) y la menor proporción en las personas mayores de 55 años (7%) demostrándose, de igual manera, que entre los delitos de los que fueron víctimas las personas están el atraco o robo callejero con el 62% y el asalto o robo a residencia con 15%; otros delitos como el robo a vehículos y robo en transporte público registran en conjunto un 15% de ocurrencia.

No obstante, los estudios han tenido una cobertura desigual, ya que han sido los delitos más violentos, entre ellos los sexuales, los que mayor interés han suscitado, Norris, et al. (1997) concluyen que aunque las víctimas de delitos más violentos como los sexuales, pueden verse severamente afectadas, las de los delitos contra la propiedad, manifiestan un importante nivel de perturbación, como indica la sintomatología y las reacciones que desarrollan. Por lo tanto, el delito en cualquier escenario genera una percepción de inminente peligro y desprotección a la salud física y a la salud mental de la persona.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, diversos estudios afirman que las actitudes de hombres y mujeres, víctimas de asalto a mano armada utilizan diferentes estrategias que son producto del aprendizaje en un determinado contexto económico, social, y cultural. Además, como señalan Tecla y Garza (1971), no es posible conocer un fenómeno sin tener en cuenta sus antecedentes y sin considerarlo en forma transitoria.

Por otro lado, en el ámbito del estrés postraumático, los estudios en la población general indican consistentemente diferencias de género en la experiencia del trauma y en el desarrollo del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT). Planteado de una manera más específica, se señala que mientras los hombres reportan más frecuentes eventos traumáticos, la tasa de TEPT encontrado entre las mujeres es al menos el doble que entre los hombres (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

En el año 1994, Nicolson menciona que la relación que existe entre los efectos del asalto y el TEPT, se hace

evidente en términos de la reexperimentación del suceso a través de los sueños, en los pensamientos y en las asociaciones intrusivas, en la pérdida de interés en las propias actividades, en el distanciamiento hacia los demás, en la reducción del afecto, en la hipervigilancia, en los trastornos en el dormir y en problemas de memoria y de la concentración.

Para Ramos y Andrade (1990) la gravedad del fenómeno delictivo ha generado diversos cambios en el estilo de vida de las personas, quienes en ocasiones han elaborado diferentes estrategias para enfrentarse a este problema y así disminuir las probabilidades de convertirse en víctimas. Los que han sido víctimas directas de algún delito posiblemente presenten algunas reacciones psicológicas, desde leves hasta severas, dependiendo del tipo y de las condiciones del suceso. Autores como Sonria y Esbec (citados por Echeberua, et al., 2002), indican los efectos más comunes que se pueden dar en la victimización criminal:

- Cambios en las creencias personales de la víctima: pasa a sentirse vulnerable, quedando afectado el concepto de sí misma (Herrero & Garrido, 2002).
- Pensamiento repetitivo sobre el suceso: en lo que se hizo, lo que no se hizo, lo que se debió hacer y lo que se haría si volviese a pasar lo mismo, lo que conduce a la tendencia a revivir el suceso, generando posteriormente reacciones de angustia.
- Percepción negativa del futuro: el mundo se ve como algo negativo e inseguro donde no vale la pena esforzarse por hacer o conseguir nada.
- Sentimientos de temor: va disminuyendo con el paso del tiempo; sin embargo, es posible que el miedo aumente generando reacciones psicopatológicas como la ansiedad y la angustia.
- Ruptura de la vida cotidiana: se desestabilizan las rutinas de la víctima, modifica su horario de dormir, de comer y demás actividades diarias, se pueden presentar también posibles disfunciones sexuales.
- Modificación de las relaciones: dificultad para expresar a sus seres queridos lo que necesita de ellos, puede generar rupturas en las relaciones afectivas, o bien, modificar el estilo relacional de una manera dicotómica al aislamiento o a la dependencia emocional.
- Aparición de sentimiento de culpa y responsabilidad: suelen aparecer la vergüenza, la humillación, la culpa y la ira.
- Incapacidad para tomar decisiones: bloqueo emocional que impide un proceso de razonamiento adecuado, generando dependencia hacia las decisiones de otros.

Las personas víctimas de delitos, tales como el asalto, pueden desarrollar lesiones psíquicas, denominadas por Echeburúa (2001) como “daño psicológico” y plantea que diversos tipos de sucesos permiten establecer una tipología acerca del nivel de daño psicológico que se puede manifestar en su estructura personal y por ende, en su estado de salud mental. Para Echeburúa, el daño psicológico se refiere, en primera instancia, a las lesiones psíquicas, que en algunos casos, pueden cambiar con el paso del tiempo, por medio del apoyo social o un tratamiento psicológico adecuado; en segunda instancia, a las secuelas emocionales que persisten en la persona de forma crónica como consecuencia del acontecimiento sufrido y que, según Pynos, Sorenson y Steinberg (1993) interfieren negativamente en su vida cotidiana, desbordando la capacidad de afrontamiento y adaptación de la víctima a la nueva situación.

El proceso de victimización, puede llevar a las personas víctimas de asalto a desarrollar algunos sesgos cognitivos, o ideas erróneas impregnadas por la propia percepción de los sucesos. Según Echeburúa, Corral y Amor (2004) pueden llegar a generar con el paso del tiempo ya sea a mediano o largo plazo algunos problemas psicológicos más severos tales como:

- Trastornos de conducta: dependencia emocional excesiva, embotamiento afectivo y pasividad.
- Irritabilidad: debido a la baja tolerancia a la frustración en acontecimientos cotidianos, manifestándose en reacciones agresivas hacia familiares o personas cercanas o, inclusive hacia si mismos
- Ataques de angustia: miedo constante acompañado de taquicardia, sudoración, náuseas, temblores, y ocurre principalmente, cuando las víctimas se exponen a situaciones relacionadas con el hecho traumático
- Estrés postraumático: respuesta intensa de miedo, terror e indefensión caracterizado por la experimentación del suceso traumático en forma de sueños, imágenes y recuerdos constantes; de igual manera, se presenta una evitación a nivel cognitivo y conductual de lugares y/o situaciones asociadas al evento traumático, respuestas de hiperactivación, vigilancia, dificultad para conciliar el sueño y para concentrarse.

Para manejar las demandas específicas internas y/o externas, evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona es necesario desarrollar esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, denominados por Lazarus y Folkman, (1980 p. 141) estrategias de afrontamiento, las cuales definen como un “proceso cambiante en el que el

individuo, en determinados momentos, debe contar principalmente con estrategias defensivas, y en otros con estrategias que sirvan para resolver problemas, todo ello a medida que va cambiando su relación con el entorno”, entonces, el afrontamiento es el esfuerzo por resolver el estrés psicológico. En este sentido, es importante anotar dos cuestiones: (1) No existe estrategia de afrontamiento universalmente efectiva o inefectiva y (2) Los pensamientos y acciones de afrontamiento de una persona deben describirse en detalle de acuerdo al contexto y al momento en el que se produce.

Fernández y Abascal (1997) plantean las estrategias de afrontamiento como “procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes”. Se proponen diversos tipos de estrategias de afrontamiento, tales como: centradas en el problema, solución de problemas, búsqueda de apoyo social, espera, evitación emocional, búsqueda de ayuda profesional, reacción agresiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía. Las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly (1986): a) Adaptativas: reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo (ejercicio físico, relajación, alimentación adecuada) o b) Desadaptativas: reducen el estrés a corto plazo pero deterioran la salud a largo plazo (abuso de alcohol, y/o drogas, fumar, aislamiento social).

El objetivo de este artículo es describir el estado de salud mental actual de personas que fueron víctimas del delito por medio del asalto a mano armada, considerándose, de igual manera, las estrategias de afrontamiento manifestadas durante y después del asalto, diferenciadas según el sexo, ya que los efectos en las víctimas de asalto dependerán de una variedad de factores psicológicos que dan cuenta del grado de vulnerabilidad de la persona (psicopatología previa, personalidad vulnerable), entre menos herramientas psicológicas tenga esta persona, mayor será el grado de fragilidad ante el impacto emocional luego de la situación de estrés, generada por un asalto (Echeburúa, 2002).

## MÉTODO

### *Participantes*

Se tomó una muestra compuesta por 50 participantes (24 hombres y 26 mujeres) mayores de 18 años de edad, residentes de la ciudad de Medellín, víctimas de asalto a

mano armada. Se tuvieron como criterios de inclusión a la muestra: 1) que las víctimas fueran mayores de 18 años, 2) que fueran habitantes de las comunas del municipio Medellín, 3) que la experiencia de asalto se hubiese efectuado desde Octubre de 2006 a Marzo de 2007, y 4) que otorgaran su consentimiento para participar en el estudio.

### *Instrumentos*

Se realizó la exploración del estado de salud mental a través de la entrevista estructurada MINI (MINI International Neuropsychiatric Interview), entrevista de breve duración que evalúa los principales trastornos psiquiátricos del eje I del DSM-IV y el CIE-10. La MINI está dividida en módulos identificados por letras; cada uno corresponde a una categoría diagnóstica. Al comienzo de cada módulo (con excepción del módulo de los trastornos psicóticos), se presentan en un recuadro gris, una o varias preguntas “filtro” correspondientes a los criterios diagnósticos principales del trastorno. Al final de cada módulo, una o varias casillas diagnósticas permiten al clínico indicar si se cumplen los criterios diagnósticos. Lecrubier et al. (1997), plantean que en los estudios de validez y de confiabilidad realizados, entre calificadores y test-retest, se comprueba que el MINI tiene una puntuación de validez y confiabilidad aceptablemente alta, y que la sensibilidad y especificidad son buenos o muy buenos para todos los diagnósticos con la excepción del trastorno de ansiedad generalizada (TAG) ( $Kappa = ,36$ ), agorafobia (sensibilidad = ,59) y la bulimia ( $kappa = ,53$ ).

Se utilizó también el protocolo de estrategias de afrontamiento utilizadas durante el asalto (Anexo 1), diseñado por los investigadores, con el fin de lograr una descripción de los rasgos particulares del asalto y las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes durante el mismo.

Finalmente, se aplicó el protocolo de estrategias de afrontamiento utilizadas después del asalto (Anexo 2), también diseñado por los investigadores, con el fin de lograr una descripción de las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes después del asalto.

Ambos protocolos se construyeron con el objetivo de adquirir información precisa sobre el evento traumático que diera soporte a las bases teóricas establecidas para la investigación sobre este fenómeno, además, se tuvo en

cuenta para su elaboración que la población evaluada haya sido víctima de los tipos de asaltos que más se generan en la ciudad de Medellín, que los asaltos se hayan presentado directamente hacia las víctimas y que estas experiencias no hubieran pasado por un periodo de tiempo superior al de 2 años, esto con el fin de lograr recapitular información acertada por parte de las víctimas de asalto, participantes en la investigación. Su duración entre explicación y procedimiento fue superior a los 15 minutos según los aspectos expuestos por las víctimas. Los protocolos se construyeron con la asesoría de dos expertos, las variables y las estrategias de afrontamiento a evaluar se definieron teniendo en cuenta los objetivos del estudio, las descripciones que se requerían para la comprensión del fenómeno a estudiar, los conceptos de diversos autores, especialmente los de Carbonell, M. y Carvajal, C. (2004) y de Fernández-Abascal (1997). Los expertos avalaron los protocolos y no se realizó validación estadística.

### *Procedimiento*

La recolección de información se realizó de manera individual a cada participante con el fin de resolver cualquier interrogante respecto a la manera de responder a los instrumentos. En primera instancia, se les proporcionó el consentimiento informado, donde confirmaban que estaban de acuerdo con participar en el proceso de investigación y con las cláusulas establecidas en el documento. Posteriormente, se comenzó con la explicación de la entrevista MINI, y del protocolo de caracterizaciones de asalto; consecuentemente, se les habló del tiempo y se les proporcionaron los materiales necesarios para la realización de las pruebas (lápices, borradores, sacapuntas y las copias de las pruebas). En el proceso no se registraron mayores inconvenientes y en promedio fueron 50 minutos para esclarecer y completar los datos.

## **RESULTADOS**

A continuación, se presentan los datos concernientes a la presencia y ausencia de los cuadros clínicos provenientes de la evaluación del MINI con respecto a las derivaciones obtenidos por cada sexo, los resultados establecidos en el MINI manifestaron ausencia de la mayoría de los cuadros clínicos establecidos por esta prueba, por lo que no necesariamente surgen como producto de un evento traumático; por tal motivo no se incluirán en las gráficas expuestas. Consecuentemente se mencionarán aquellos cuadros clínicos que

manifestaron presencia en los resultados obtenidos, al establecerse que un hecho traumático puede llevar a desarrollar cuadros clínicos específicos.

**Tabla 1.** Presencia de las categorías diagnósticas (entrevista MINI) de 50 hombres y mujeres mayores de 18 años de la ciudad de Medellín, víctimas de asalto a mano armada, desde Octubre de 2006 a Marzo de 2007

	Hombres = 24		Mujeres = 26		Total = 50		$\chi^2$	p
	F	%	F	%	F	%		
Trastorno de angustia alguna vez en la vida	4	17	9	35	13	26	2,1	,148
Crisis de angustia con síntomas limitados	9	38	6	23	15	30	1,2	,266
Trastorno de angustia actual	1	4	0	0	1	2	1,1	,293
Trastorno de estrés postraumático actual	10	42	10	38	20	40	0,1	,817

En la Tabla 1 el cuadro clínico de estrés postraumático actual muestra una puntuación en el grupo de los trastornos de ansiedad, con una presencia del 38,0% en mujeres participantes en la investigación y del 42,0% de hombres participantes en la investigación. En la crisis de angustia con síntomas limitados hay una presencia del 23,0% en mujeres y de 38,0% en hombres. El trastorno de angustia alguna vez en la vida, presenta un porcentaje de 35,0% de mujeres y de 17,0% de hombres. Los porcentajes menores de ausencia de cuadros clínicos se presentaron en el trastorno de angustia actual, con presencia de 4,0% de hombres, y en el episodio de angustia actual, con un porcentaje de 0,0% en mujeres.

Es de anotar, que en los resultados obtenidos en cuanto a la presencia de síntomas clínicos por categoría diagnóstica no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres (p es mayor a ,05).

**Tabla 2.** Estadísticas de la variable de estrategias de afrontamiento utilizadas durante el asalto según el sexo

	Hombres = 24		Mujeres = 26		Total = 50	
	F	%	F	%	F	%
Gritos	0	0	6	23	6	12
Estado de inmovilidad o mutismo	10	42	15	58	25	50
Agresiones físicas o verbales	13	54	5	19	18	36
Otro	1	4	0	0	1	2

$\chi^2 = 11,5; p = ,009$

Con relación a las estrategias de afrontamiento utilizadas durante el asalto, en la Tabla 2 se observa que el 58,0% de las mujeres reaccionaron en estado de inmovilidad o mutismo, siendo este el mayor porcentaje; mientras que en la misma reacción se observa un porcentaje de 42,0% en los hombres. Los hombres presentaron un porcentaje de 54,0% en agresiones físicas o verbales utilizadas como estrategia de afrontamiento, porcentaje diferente en relación al que se encuentra en las mujeres, siendo de 19,0%. La estrategia que menos utilizan los hombres son los gritos, se observa un porcentaje de 0% en los hombres y de 23,0% en las mujeres participantes en la investigación. Los resultados obtenidos en cuanto a la presencia de la variable Estrategias de afrontamiento utilizadas durante el asalto según el sexo son significativos con un valor p igual a 0,009.

**Tabla 3.** Estadísticas de la Variable Estrategias de afrontamiento utilizadas después del asalto según el sexo

	Masculino n=24		Femenino n=26		Total n=50	
	F	%	F	%	F	%
Ayuda psicológica	3	13	8	31	11	22
Compañía constante de otras personas al momento de salir de la casa	1	4	11	42	12	24
Dispositivos de Seguridad	13	54	4	15	17	34
Otros	7	29	3	12	10	20

$\chi^2 = 16,9; p = ,001$

En la Tabla 3, se observan las estrategias de afrontamiento utilizadas después del asalto, encontramos que el 42,0% de las mujeres prefieren recurrir a la compañía constante de otras personas al momento de salir de la casa, seguida de la ayuda psicológica, aquí se encuentra el 31,0% de las mujeres; la estrategia menos utilizada son los dispositivos de seguridad, solo el 15% de las mujeres; por el contrario, esta es la más utilizada por los hombres ya que el 54,0% prefieren utilizar dispositivos de seguridad; en menor porcentaje se observa que el 13,0% de los hombres utilizan ayuda psicológica y un 4,0% de los hombres recurren a la compañía de otras personas al momento de salir de la casa.

Los resultados obtenidos en cuanto a la presencia de la variable Estrategias de afrontamiento utilizadas después del asalto según el sexo, muestran diferencias significativas entre hombres y mujeres, con un valor

p de ,001.

**Tabla 4.** Estadísticas de la Variable otras Estrategias de afrontamiento utilizadas después del asalto según el sexo

	Masculino n=24		Femenino n=26		Total n=50	
	F	%	F	%	F	%
Ayuda psicológica y Compañía constante de otras personas al momento de salir de la casa	0	0	1	4	1	2
Ayuda psicológica y Dispositivos de Seguridad	3	13	1	4	4	8
Ninguna	4	17	1	4	5	10

$\chi^2 = 4,6; p = ,201$

En la Tabla 4 se observa que un 13,0% de los hombres utilizaron ayuda psicológica y dispositivos de seguridad; mientras las mujeres recurrieron a este mismo tipo de ayuda en un 4,0%. Un 4,0% de las mujeres recurrieron a la ayuda psicológica y compañía constante de otras personas al salir de la casa; los hombres utilizaron este mismo tipo de ayuda en un 0%.

Los resultados obtenidos en cuanto a otras estrategias de afrontamiento utilizadas después del asalto según el sexo, muestran que no hay diferencias significativas entre hombres y mujeres, teniendo en cuenta que el valor p encontrado es de ,201.

## DISCUSIÓN

La muestra estudiada estuvo conformada por 50 participantes (24 hombres y 26 mujeres) mayores de 18 años de edad, residentes de la ciudad de Medellín víctimas de asalto a mano armada sucedida entre Octubre de 2006 y Marzo de 2007, a quienes se les aplicó el MINI y el protocolo de caracterización de asalto a mano armada. En los resultados se encontró que las personas víctimas de asalto a mano armada presentaron alteración en el estado de salud mental con síntomas del trastorno por estrés postraumático actual (TEPT) y trastorno por angustia alguna vez en la vida (TPA). Es de anotar, que en dichos resultados en cuanto a la presencia de variables clínicas por categoría diagnóstica no se presentan diferencias significativas entre hombres y mujeres.

En este sentido, a partir de sus estudios Norris, et al. (1997) concluyen que las víctimas de delitos contra la propiedad manifiestan un importante nivel de perturbación, como indica la sintomatología y las reacciones que desarrollan, sin establecer diferencias entre hombres y mujeres, en quienes se genera una percepción de inminente peligro y desprotección en su salud física y mental. Así mismo, Ramos y Andrade (1990), plantean que los que han sido víctimas directas de algún delito posiblemente presenten algunas reacciones psicológicas, desde leves hasta severas, dependiendo del tipo y las condiciones del suceso. Es de tener en cuenta que no todas las potenciales consecuencias psicológicas se producen en todas las víctimas de delitos, y que entre los aspectos determinantes del impacto psicológico está el estado de salud mental previo de la víctima, por esto, el impacto que el delito tiene en los múltiples aspectos de la vida de las víctimas ha sido un importante ámbito de investigación.

Aunque de acuerdo con Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson (1995), en el ámbito del estrés postraumático, los estudios en la población general indican consistentemente diferencias de género en la experiencia del trauma y en el desarrollo del TEPT, y más específicamente, que mientras que los hombres reportan más frecuentes eventos traumáticos, la tasa de TEPT encontrado en las mujeres es al menos el doble que en los hombres. Norris, Foster y Weisshaar (2002) indican que los estudios sugieren el alto riesgo existente para el TEPT, por parte de las mujeres, lo cual puede estar relacionado con factores de vulnerabilidad específica frente a los efectos de la violencia no sexual. Así mismo, los estudios de víctimas de crímenes indican que las mujeres desarrollan TEPT en más elevadas tasas que los hombres cuando se encuentran expuestas a tipos similares de eventos criminales violentos.

En su teoría de procesamiento emocional, Foa y Rothbaum (1998), sugieren que el desarrollo de desordenes como TEPT depende tanto del contenido de la cognición (lo que la persona, cree y registra en la memoria) como del proceso de la cognición (la manera en que la persona piensa, cree e interpreta los eventos). Los rasgos cognitivos adaptativos actúan como amortiguadores contra el desarrollo de TEPT; las víctimas de trauma con estos rasgos al parecer procesan el trauma de una manera efectiva. Por el contrario, se supone que los rasgos cognitivos desadaptativos incrementan la probabilidad de desarrollar TEPT en las víctimas de un trauma debido a que inhiben el procesamiento realista del evento traumático (Manrique, 2003).

Ramos y Andrade (1990) indican que acorde con la gravedad del fenómeno delictivo se generan diversos cambios en el estilo de vida de las personas, quienes recurren a diferentes estrategias para hacer frente a este problema, en este caso, el asalto a mano armada, y desarrolla esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar demandas específicas internas y externas evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos de la persona. Esto es denominado por Lazarus y Folkman, (1980 p. 141) como estrategias de afrontamiento.

En las mujeres participantes en nuestra investigación, se observa que durante el asalto tienden a puntuar más alto tanto en la estrategia de afrontamiento de inmovilidad o mutismo, es decir presentan una estrategia de afrontamiento cognitivo-comportamental, que busca esperar a que la situación se resuelva por sí sola con el pasar del tiempo adoptando un estilo pasivo. Con relación a los hombres, la estrategia de afrontamiento más frecuente durante el asalto es la agresión física o verbal. Lo que indica que los hombres reaccionaron de manera agresiva, expresando ira y hostilidad abiertamente, asumiendo un estilo de afrontamiento activo.

La pasividad y la indefensión como reacciones asociadas al asalto son incongruentes con los estereotipos de género de rol masculino (Festinger, 1957), resulta disonante concebir a un hombre comportándose de manera pasiva en un evento traumático. Se asume que la tristeza, el miedo y la vulnerabilidad son emociones experimentadas y expresadas con más frecuencia por la mujer; mientras que se asume la cólera como una emoción masculina (Fisher, 1993).

Después del asalto, se observa un porcentaje más alto en las mujeres en la búsqueda de ayuda psicológica, como estrategia comportamental, para solucionar el problema o las consecuencias del mismo, tratando de reducir o eliminar la respuesta emocional generada por la situación. Lo anterior, indica que las mujeres pasan de un estilo pasivo (durante el asalto) a un estilo activo (después asalto). Las mujeres puntúan más alto que los hombres en la búsqueda de compañía constante de otras personas al salir de la casa, o de búsqueda del apoyo social, como una alternativa para solucionar el problema con otra u otras personas. Luego del asalto, los hombres utilizaron dispositivos de seguridad y no ayuda psicológica ni compañía constante de otras personas al momento de salir de la casa. Según estos

resultados, los hombres participantes de la investigación después de la situación de asalto buscan las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales, mostrando un estilo de afrontamiento activo.

Las reacciones sociales que enfrentan víctimas hombres y mujeres tienen mucho que ver con las creencias respecto a la victimización y la perturbación emocional en función del género. Fisher (1993) indica que se ha planteado que estas reacciones están significativamente influenciadas por los estereotipos de género, por las creencias socialmente definidas respecto a los atributos personales del hombre y la mujer. Se espera que el hombre posea elevados niveles de ciertas cualidades inherentes, como ser independiente dominante, asertivo e instrumentalmente competente; por otro lado, se espera que la mujer posea elevados niveles de atributos comunes, incluyendo ser amigable, generosa, interesada en los otros y emocionalmente expresiva. Además, las reglas de demostración de las conductas (reglas culturales de la expresión emocional) dictan que el hombre debe ocultar o controlar sus emociones, mientras que a la mujer se le permite o se alienta que demuestre sus sentimientos.

Aunque este estudio tiene limitaciones por su carácter retrospectivo, representa un avance para definir el perfil clínico de un grupo de pacientes que ha ido en aumento y necesita de ayuda especializada para recuperarse integralmente y dejar atrás el rótulo de víctima.

## REFERENCIAS

- Boletín Medellín Como Vamos, *Encuesta de percepción ciudadana 2006-2007*. Extraído el 13 de Enero de 2008, de <http://www.medellincomovamos.org/busqueda.php?criterio=percepci%F3n>
- Carbonell, M., & Carvajal, C. (2004) El trastorno por estrés postraumático: una consecuencia de los asaltos. *Revista Médica de Chile*, 132, 839-844.
- Echeberúa, E., Corral, P., & Amor, P. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicobema*, 14, 139-141.
- Echeberúa, E., Corral, P., & Amor, P. (2004). Nuevos enfoques terapéuticos del trastorno por estrés post traumático en víctimas de terrorismo. *Clínica y Salud*, 15(3), 273-291.
- Echeberúa, E. (2001). *Superar un trauma. Tratamiento de las víctimas de delitos violentos*. Madrid, España: Pirámide.

- Fernández-Abascal, E. (1997). *Emociones y salud*. Barcelona: Ariel Psicología.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Evanston, USA: Row, Peterson.
- Fisher, A. H. (1993). Sex differences in emotionality: fact or stereotype? *Feminism and psychology*, 3, 303-318.
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape*. New York, USA: Guilford.
- Girdano, D., & Everly, G. S. (1986). *Controlling stress and tension*. (2<sup>a</sup> Ed.). Englewood Cliffs, NJ, USA: Prentice-Hall.
- Herrero, C., & Garrido, E. (2002). Los efectos de la violencia sobre sus víctimas. *Psicothema*, 14, 110-114.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1060.
- Lazarus, A., & Folkman, S. (1980). *Estrés y Adaptación*. Bilbao, España: Desclée de Brouwer.
- Lecubrier Y., Sheehan D. V., Weiller, E., Amorim, P.; Bonora, I., Sheehan, K. H., Janavs, J. Y., & Dunbar, G. C. (1997). *The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI)*. A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European psychiatry*. 12(5), 224-231.
- Manrique, E. (2003). Diferencias de género en la experiencia del trastorno por estrés postraumático: Una perspectiva cognitiva. *Boletín Promotec*, 3, 1-15.
- Norris, F (1997). Applying community psychology to the prevention of trauma and traumatic life events. En J. Freedy, & S. Hobfoll (Eds.), *Traumatic Stress: From theory to practice* (pp. 119- 120) New York, USA: Plenum Press.
- Norris, F. H.; Foster, J. D., & Weisshaar, D. L. (2002). The epidemiology of sex differences in PTSD across developmental, societal, and research contexts. En R. Kimerling, P. Ouimette & J. Wolfe (Eds), *Gender PTSD* (pp. 3 – 42). New York, USA: Guilford.
- Pynoos, R., Sorenson, S., & Steinberg, A. (1993). Interpersonal violence and traumatic stress reactions. En L. Goldberger, & S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2<sup>nd</sup> Ed.) (pp. 212 – 230). New York, USA: Free Press.
- Ramos L, & Andrade P. (1990): Diferencias entre niveles socioeconómicos, sexos y edad en el miedo a la victimización y sus consecuencias. *Psicología social en Mexico*, 3, 3-8.
- Sheehan, D. V, Lecubrier, Y. L., Ferrand, L., & Soto, M. (2000). *MINI International Neuropsychiatric Interview. Versión Español 5.0.0*. Washington, USA: APA.
- Tecla, A., & Garza, A. (1971). *Teoría, técnicas y métodos de investigación social*. México D. F., México: Ediciones de Cultura Popular.

## ANEXO 1

**PROTOCOLO ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS DURANTE EL ASALTO  
VÍCTIMAS DE ASALTO A MANO ARMADA, DE OCTUBRE DE 2006 A MARZO DE 2007**

VARIABLES SITUACIONALES		ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DURANTE EL ASALTO				
		Gritos	Estado de inmovilidad o mutismo	Agresiones físicas o verbales	Otro	Total (%)
		f	f	f	f	f
Lugar del asalto	Establecimiento público					
	Vivienda					
	Vehículo					
	Otros					
	<b>Total</b>					
	Entre las 12 a.m y las 6 a.m					
	<b>Total</b>					
Tipo de arma	Arma de fuego					
	Arma corto punzante (vidrios, latas, cuchillos)					
	Objeto contundente					
	Otros					
	<b>Total</b>					
La víctima iba	Sin acompañantes					
acompañada	Familiares					
	Amigos y/o pareja					
	Otros					
	<b>Total</b>					
Daños materiales y al la integridad física	Heridas que requirieron de intervención hospitalaria					
	Heridas Ambulatorias					
	Ninguna agresión física					
	<b>Total</b>					
Recibió apoyo durante el asalto	Personal de Orden Público					
	Seguridad Privada					
	Transeúntes					
	Otros					
	<b>Total</b>					
Personas o lugares donde acudió después del asalto	Instituciones o personas de orden público					
	Entidades de salud					
	Familia y/o amigos					
	Otros					
	<b>Total</b>					

## ANEXO 2

**PROTOCOLO ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS DESPUES DEL ASALTO  
VÍCTIMAS DE ASALTO A MANO ARMADA, DE OCTUBRE DE 2006 A MARZO DE 2007**

VARIABLES		ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DESPUES DEL ASALTO				
VARIABLES SITUACIONALES		Ayuda psicológica	Compañía constante de otras personas al momento de salir de la casa	Dispositivos de Seguridad	Otros	Total
		f	f	f	f	f
Lugar del asalto	Establecimiento público					
	Vivienda					
	Vehículo					
	Otros					
	Total					
Tipo de arma	Arma de fuego					
	Arma corto punzante					
	(vidrios, latas, cuchillos)					
	Objeto contundente					
	Otros					
	Total					
La víctima iba acompañada	Sin acompañantes					
	Familiares					
	Amigos y/o pareja					
	Otros					
	Total					
Daños materiales y al la integridad física	Heridas que requirieron de intervención hospitalaria					
	Heridas Ambulatorias					
	Ninguna agresión física					
	Total					
Recibió apoyo durante el asalto	Personal de Orden Público					
	Seguridad Privada					
	Transeúntes					
	Otros					
	Total					
Personas o lugares donde acudió después del asalto	Instituciones o personas de orden público					
	Entidades de salud					
	Familia y/o amigos					
	Otros					
	Total					