



revista de  
experiencias  
clínicas y neurociencias



# Alteraciones psíquicas postraumáticas en comerciantes víctimas de delitos

**Julián Achilli**

*Médico psiquiatra, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata.*

**María Celia Rodríguez**

*Médica psiquiatra, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata.*

**Jorge Oscar Folino**

*Profesor de Psiquiatría, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata.  
E-mail: folino@med.unlp.edu.ar*

---

## Resumen

**Introducción:** Las consecuencias de los delitos trascienden el área de la seguridad pública y constituyen un problema de salud pública. Los comerciantes están particularmente expuestos a ser víctimas de delitos y, por ello, a tener padecimientos postraumáticos. **Objetivos:** Describir alteraciones psíquicas en comerciantes víctimas de delito en La Plata, Argentina, y explorar la relación entre la sintomatología postraumática, factores demográficos, victimológicos y situacionales. **Materiales y métodos:** Se obtuvo información sobre sintomatología psíquica mediante instrumentos de autoinforme en 126 comerciantes víctimas de delito identificados en estudio de corte transversal. Se conformaron grupo de casos y controles a los efectos de explorar la asociación de la sintomatología con características del delito y de la víctima. **Resultados:** el 20.6% brindó información compatible con trastorno por estrés postraumático; el 13%, con depresión media/severa y el 69.8%, con trastorno adaptativo. La condición de caso se asoció significativamente con la violencia del delito, con la efectiva sustracción de bienes y con el valor de los mismos.

**Palabras claves:** Delito - Víctima - Trastorno por estrés post traumático - Depresión - Trastorno adaptativo - Comerciante.

POSTTRAUMATIC MENTAL DISORDERS IN TRADERS VICTIMS OF CRIME

## Abstract

**Introduction:** Crime consequences are not only a security problem; they are also a community health question. Because shop assistants are particularly exposed to crime victimization, they are at risk from suffering posttraumatic stress disorders. **Objectives:** To describe posttraumatic symptomatology of crime victimized shop assistants and to explore the relationship between the symptoms and demographic, victim and situational factors. **Materials and methods:** Self-reported information about mental symptomatology was gathered from 126 victimized shop assistants identified during cross-sectional study. Case and control groups were formed to explore association between symptomatology and crime and victim characteristics. **Results:** The 20.6% of respondents reported information compatible with posttraumatic stress disorder; the 13 %, with moderate/severe depression and the 69.8% with adjustment disorder. The condition of being a case was associated with the violent characteristic of the crime, with the subtraction of goods and the economic value of the goods.

**Keywords:** Crime - Victim - Posttraumatic stress disorder - Depression - Adjustment Disorder - Shop assistant

## Introducción

Los delitos trascienden el ámbito de la seguridad pública y de la salud física, pues son eventos traumáticos que también afectan psicológicamente a la víctima, alteran su capacidad de afrontamiento con los recursos psicológicos habituales y generan diversos trastornos mentales (1). Las consecuencias de ser víctima de delitos pueden alterar las relaciones íntimas, disminuir habilidades parentales, desencadenar conflictividad en las relaciones sociales y dificultades en el ámbito laboral (2).

Teniendo en cuenta las relevantes consecuencias que puede producir la condición de ser víctima de delito, indagamos sobre la salud mental de una población altamente expuesta a ese tipo de evento traumático: las personas que atienden comercios de venta al público (denominados de aquí en más comerciantes, independientemente que sean dueños o empleados). El comerciante suele trabajar en un local con vidrieras de exhibición, cartel en el que se anuncia sobre la comercialización y el producto, y acceso sencillo a los clientes. Ese local es un ámbito donde se produce intercambio de bienes o servicios y, por lo tanto, es esperable que haya dinero, entre otros valores. Con esas características, los comercios se han constituido en blanco común de los asaltos y centro de las noticias relacionadas con la inseguridad en la comunidad (3).

En los antecedentes bibliográficos se informa que en la población general la probabilidad de padecer un evento traumático en la vida tiene un rango entre el 68% y el 90% (4, 5) y, que la prevalencia de trastorno por estrés postraumático -TEPT- en la vida se ubica entre el 6.8% y el 12.3% (6). También se informa sobre los hallazgos de trastornos psíquicos postraumáticos en poblaciones específicas, como estudiantes universitarios (7), víctimas de violencia sexual, familiar o terrorismo (8-16), veteranos de guerra (17-23), en quienes fueron asaltados o amenazados con arma (4, 24, 25). En estos últimos se encontró que la probabilidad de padecer TEPT se ubica entre el 1.8 % y el 25%, pero la población estudiada incluye personas asaltadas en sus hogares o en la calle (4, 24, 25). Todos estos antecedentes permiten un acercamiento al conocimiento del fenómeno, pero quedan aún sin responder interrogantes relacionados con el impacto específico que los delitos ocasionan en los comerciantes: ¿generan trastornos psíquicos los delitos que padecen los comerciantes? ¿Qué tipo de trastorno y de qué gravedad? ¿A qué factores se asocian estos trastornos?

Entre la escasa bibliografía existente sobre esta población específica, se destaca un reciente estudio que informa que el 2% de los empleados víctimas de delito padeció TEPT, el 6% depresión mayor y el 8% la comorbilidad de ambos trastornos en los 3 meses subsiguientes al evento traumático (24). En otra investigación se detectó que los empleados que experimentaron el robo de los bancos donde trabajaban, sufrieron diversos efectos negativos en áreas psicológica, física, laboral y personal (26). Las categorías diagnósticas más verificadas posteriormente al psicotrauma de ser víctima de delito son la depresión, el tept y los trastornos adaptativos (27). También fueron reconocidos diversos cambios en el funcionamiento psi-

cosocial individual con nocivo impacto en la calidad de vida, especialmente en el desempeño de los roles sociales y laborales, en la satisfacción con la vida, bienestar y condición socio-económica (2). Ninguno de estos hallazgos proviene de países latinoamericanos, lo que sumó la motivación de explorar si esos hallazgos también se verificarían en este medio, que cuenta con propias características delictivas y respuestas sociales (28). En síntesis, justificamos hacer el estudio porque la obtención de esa información en el medio local aportaría insumo para futuras comparaciones transculturales y, así, podría contribuir al avance teórico; pero, fundamentalmente, porque suministraría conocimientos básicos para eventuales acciones preventivas, como el dimensionamiento del fenómeno y su descripción.

Con la meta de contribuir a responder los interrogantes planteados, nos propusimos los objetivos de describir el tipo y prevalencia de sintomatología psíquica en comerciantes víctimas de delito en la ciudad de La Plata, Argentina, y explorar la asociación con diversas características del delito y de la víctima.

## Materiales y métodos

Este estudio es parte de un amplio proyecto que se inició con diseño observacional descriptivo de corte transversal para estudiar la prevalencia de delitos en comercios de la ciudad La Plata, Argentina, y la sintomatología y conductas desencadenadas por el delito. Los comerciantes de 649 comercios fueron entrevistados y 129 de ellos informaron que el comercio había sufrido, por lo menos, un delito en el año previo (29). De esos 129 comerciantes, 3 no habían experimentado ser víctimas por haber comenzado a trabajar en el comercio posteriormente al delito, por lo que fueron excluidos. Finalmente, la población del presente artículo quedó formada por los 126 comerciantes restantes.

En la primera parte de este estudio describimos los 126 sujetos en términos de sintomatología psíquica. Posteriormente, utilizamos un diseño de casos y controles. Conformamos el grupo de casos con aquellos sujetos que habían padecido grados relevantes de sintomatología compatibles trastornos y el grupo de controles con los sujetos que, habiendo sido también víctimas, no padecieron trastornos. Los criterios de relevancia se mencionan más adelante, junto con cada una de las estimaciones.

La selección de la muestra en el estudio original se hizo estratificando la ciudad en cuatro secciones según la densidad comercial (alta; media/alta; media/baja; baja) y posteriormente seleccionando aleatoriamente 25, 27, 42 y 50 manzanas respectivamente. El criterio de estratificación se basó en asesoramiento directo ofrecido por la Cámara de Comerciantes de La Plata y conceptos del modelo clásico concéntrico (30). En cada una de esas manzanas fueron visitados todos los comercios y fueron entrevistados todos los comerciantes que consintieron. La tasa de consentimiento fue cercana al 80%.

Los entrevistadores fueron estudiantes de 4to. y 5to. año de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata y docentes universitarios que reci-

bieron entrenamiento para la tarea y material didáctico complementario. El entrenamiento se realizó en clases con contenidos específicos del proyecto y con táctica de desempeño de roles de entrevistador y de entrevistado. La colección de los datos se realizó en fechas programadas, sobre manzanas designadas y con la participación activa de los docentes.

La entrevista estructurada se hizo con un cuadernillo de colección de datos en papel, que incluía ítems de la Encuesta Internacional sobre Criminalidad y Victimización -ENICRIV- (31), otros elaborados en base a los de la Encuesta de Victimización para Comercios del UNICRI -United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute- (32), las versiones españolas de la Escala de Trauma de Davidson (33, 34) y de la Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde (34, 35); el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo -State-Trait Anxiety Inventory, STAI- (34, 36) y los criterios evolutivos del DSM-IV TR (37) además de ítems ad hoc. El contexto temporal utilizado para las escalas sobre sintomatología fue la semana siguiente al evento traumático. También se obtuvo información sobre la duración de las molestias por los síntomas. Finalmente, se consideraron los criterios diagnósticos y el criterio evolutivo -más de 1 mes- de acuerdo a lo establecido en el DSM-IV (37). Teniendo en cuenta que la información sintomática y evolutiva se obtuvo en el marco de entrevistas fuera del contexto clínico, se consideró que no correspondía describir los

hallazgos en términos de diagnóstico de trastorno en sentido estricto, sino en términos de información sintomática compatible con el padecimiento de algún trastorno. El establecimiento de algún diagnóstico específico está supeditado a una mayor interacción clínica entre el paciente y su profesional, circunstancia que no se cumple en este tipo de investigación.

Los datos se cargaron en una base informatizada con medidas de seguridad y se analizaron con el paquete estadístico SPSS (38). En la sección descriptiva del estudio se calcularon proporciones y medidas de tendencia central y dispersión; en la sección de casos y controles, se calculó la razón de odds con intervalo de confianza del 95%. La significación de las diferencias entre medias se estimó con estadísticas no paramétricas.

## Resultados

El 62% de los entrevistados fue de sexo femenino. El promedio de edad general fue de 36.7 años (DT 12.2). El promedio de la cantidad de delitos sufridos en el último año fue 2.3 (mediana 1; mínimo 1; máximo 17; moda 1).

La sintomatología relacionada con la experiencia de haber sido víctima del delito se midió a nivel intervalar y nominal. La distribución de valores de los instrumentos auto-informados se expone en la Tabla 1. Se destaca una considerable dispersión de los valores.

**Tabla 1.** Síntomas psíquicos postraumáticos.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desvío típico
Davidson, Sub escala Frecuencia	126	0.00	58.00	12.16	12.63
Davidson, Sub escala Gravedad	126	0.00	50.00	11.57	12.24
Davidson Total	126	0.00	108.00	23.73	24.52
Zung total	108	23.00	67.00	38.98	11.08
STAI total	105	3.00	54.00	28.05	13.39

Nota: Davidson: Escala de Trauma de Davidson. Zung: Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde. STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory*).

El 21.4% de los sujetos tuvo valor mayor de 40 en la puntuación total de la Escala de Trauma de Davidson, que es el punto de corte diagnóstico recomendado por los autores (33, 34). Al combinar el criterio clínico con el criterio evolutivo establecido en el DSM-IV (37), se obtuvo que el 20.6% de los sujetos dio información que satisfacía los criterios diagnósticos del TEPT.

Los valores obtenidos con la escala de Zung se transformaron en categorías ordenadas “depresión ausente”, “depresión subclínica y variantes normales”, “depresión

media-severa” y “depresión grave” (34). El 13% de los entrevistados que completaron la escala, informó sintomatología compatible con “depresión media/severa” (ver Tabla 2).

La presencia de síntomas compatibles con trastorno adaptativo se exploró excluyendo los casos que satisfacían los criterios diagnósticos de TEPT e incluyendo a aquellos que tenían valores mayores a al umbral de 40 en la escala de Zung de acuerdo a lo sostenido por Bech (39), o mayores de 19 en la escala Ansiedad-Estado de

**Tabla 2.** Categorías de depresión según la escala de Zung.

	n	%	Porcentaje válido
Depresión ausente	51	40.5	47.2
Depresión subclínica y variantes normales	43	34.1	39.8
Depresión media-severa	14	11.1	13.0
Total	108	85.7	100
Perdidos	18	14.3	
Total	126	100	

Nota: Zung: Escala Autoaplicada para la Medida de la Depresión de Zung y Conde.

STAI o mayores a 2 en la escala de Davidson. El resultado fue que el 69.8% de los entrevistados ofreció información compatible con trastorno adaptativo.

Solamente 12 entrevistados (9.5%) no informaron sintomatología compatible con trastorno psíquico posteriormente a la victimización.

Se exploró la diferencia de las medias de diversos factores y la condición de haber padecido alguno de los trastornos atribuible a la experiencia traumática de la victimización, encontrándose resultados sin sig-

nificación estadística, con la excepción del valor de lo robado (ver Tabla 3). Tampoco se hallaron asociaciones significativas con las siguientes variables dicotómicas: sexo (OR=1.9; IC 95% 0.5; 7.5); convivencia en pareja (OR=0.9; IC 95% 0.3; 3.1); ser empleado (OR=1.4; IC 95% 0.4; 4.6); estar parcial o totalmente insatisfecho (OR=0.4; IC 95% 0.1; 1.3). Cabe destacar que el n del grupo sin trastornos es pequeño, lo que puede influir en la probabilidad de detectar diferencias con significación estadística.

**Tabla 3.** Diferencias entre medias de factores personales y victimológicos medidos intervalarmente.

	Condición de caso (1)	n	Media	Desviación típica	U de Mann-Whitney	p (1)
Edad de la víctima	Sí	12	37.08	12.99	656.5	0.93
	No	111	36.69	12.22		
Años de escolaridad de la víctima	Sí	11	14.64	2.42	367.5	0.1
	No	95	13.18	4.49		
Satisfacción con nivel de ingresos	Sí	11	2.27	1.01	477.5	0.19
	No	112	1.89	0.93		
Valoración de la Gravedad del hecho	Sí	6	2.17	0.98	270	0.53
	No	105	1.95	0.79		
Cantidad de delitos en el último año	Sí	11	2.18	1.54	576	0.9
	No	107	2.33	2.49		
Personas en el negocio en el último delito	Sí	7	1.71	1.11	338	0.6
	No	107	1.57	0.97		
Valor de lo robado (\$)	Sí	5	1084	2191	92	0.03
	No	85	2116	37368		
Cantidad de ladrones	Sí	5	1.80	0.45	185	0.37
	No	94	1.70	1.03		
Edad del victimario (1)	Sí	5	26.60	5.94	177.5	0.41
	No	91	24.88	9.18		

Nota: Los n varían debido a exclusión de los valores perdidos. p=Significación asintótica bilateral. La condición de caso se estableció con aquellos que informaron sintomatología compatible con algún trastorno (TEPT, Trastorno Adaptativo o Depresión media/severa). La edad del victimario fue estimada por la víctima respecto al victimario mayor.

En cambio, al explorar la relación de la condición de caso con el tipo de delito experimentado (robo/robo calificado vs. otros delitos, hurto, daño, estafa), se encontró que la experiencia de ser víctima del delito más violento, el robo, aumentó significativamente la probabilidad de padecer trastorno psíquico (OR=3.9; IC 95% 1.2; 13.3). Lo mismo ocurrió con aquellas victimizaciones donde no se pudo frustrar la sustracción de bienes (OR=4.5; 1.2; 16.3).

A continuación se expone la distribución de algunas variables dicotómicas para las que no fue posible utilizar estadísticos de asociación por haber casilleros con pocos o ningún caso. Hubo 13 casos que informaron que conocían de alguna manera al victimario y el 100% tuvo algún tipo de trastorno, mientras que entre los que no conocían a sus victimarios, el 93% tuvo el trastorno. El 100% de los que fueron amenazados con arma blanca o contundente tuvieron algún trastorno, mientras que entre los que fueron amenazados con arma de fuego, el 96% tuvo algún trastorno. Quince víctimas se resistieron al robo y todos tuvieron algún tipo de trastorno. Entre los que no se resistieron, el 93% tuvo algún trastorno. De los que no resultaron heridos el 95% tuvo algún trastorno, al igual que el único caso que resultó gravemente herido; en cambio, entre los 5 que informaron haber sido levemente heridos hubo 1 caso sin trastorno (20%). Hubo 1 caso que sufrió abuso sexual y también tuvo la consecuencia de trastorno psíquico compatible con TEPT.

Preguntamos sobre la apreciación personal acerca de la gravedad del delito siguiendo lineamientos bibliográficos (31, 32). La medición objetiva de la gravedad del delito suele intentarse con indicadores que combinan diversas características, como por ejemplo, si hubo lesiones y uso de arma. La pregunta de nuestra encuesta, por el contrario, iba dirigida a la apreciación subjetiva de la víctima acerca de la gravedad. La víctima puede basar su apreciación tanto en criterios similares a los que utiliza la medición objetiva como en criterios muy particulares, como el miedo que sintió o el esfuerzo que le costó obtener algún bien que le robaron. La importancia de esta apreciación personal radica en que puede relacionarse con la sintomatología y suele motivar conductas, como por ejemplo, denunciar. El delito fue considerado muy grave por el 33.3% de los entrevistados; medianamente grave por el 36.9% y poco grave por el 29.7%. El 51.4% consideró que debería haber recibido apoyo de organismo especializado luego de la victimización.

No detectamos asociación significativa entre la condición de haber padecido trastorno y la de haber realizado denuncia del delito (OR=0.52; IC 95% 0.1; 2.8), ni entre la autovaloración de la gravedad del delito agrupada dicotómicamente (muy grave/medianamente grave vs. poco grave) (OR=2.5; IC 95% 0.5; 13.1). Sin embargo, la opinión afirmativa de las víctimas de que deberían haber recibido apoyo de organismo especializado sí se asoció de manera significativa con el padecimiento de trastorno: mientras el 11.3% de los que no padecieron trastorno no consideró necesario haber recibido apoyo de organismo especializado, el 100% de los que padecieron trastorno sí consideró que debería haberlo recibido.

El 15.4% de quienes tuvieron algún trastorno hizo alguna consulta, ya sea a profesional de la salud mental (84.6%) u otros -otros profesionales, curanderos, etc.-. Al seleccionar los casos con TEPT, el patrón de asociación con los factores se mantuvo igual con excepción del tipo de consulta realizada: el 100% de estas personas hizo sólo consultas profesionales.

Exploramos también la asociación de los factores mediante análisis de regresión logística. Lo hicimos teniendo como variable dependiente la condición de presentar "información compatible con TEPT" y, también, la condición de presentar "información compatible con algún trastorno". Tal como era esperable por los resultados del análisis bivariado, no se alcanzó a obtener un modelo con asociación significativa.

Finalmente, pusimos a prueba la hipótesis de que la sintomatología podía estar en relación con haber sido víctima de más de un delito. Para ello, estratificamos a la población en base a la mediana de la cantidad de delitos sufridos en el año y contrastamos las medias de las siguientes variables intervalares con la Prueba U de Mann-Whitney: puntaje Davidson total (p=0.11); puntaje Davidson gravedad (p=0.22); puntaje Davison frecuencia (p=0.05); puntaje STAI (p=0.62); puntaje Zung total (p=0.46), edad (p= 0.55). Asimismo, testeamos la distribución de los casos con chi cuadrado, teniendo en cuenta las condiciones siguientes: "compatible con algún trastorno" (p=0.84); "compatible con TEPT" (p=0.12); "compatible con trastorno adaptativo" (p=0.21) y "compatible con depresión" (p=0.08). Los resultados permitieron sostener la hipótesis nula de no diferencias en la distribución de las variables entre quienes habían sido víctimas de un único delito y quienes habían sido víctimas de más de un delito.

## Discusión

Con este estudio nos propusimos estimar la prevalencia de síntomas psíquicos en comerciantes que habían sido víctimas de delitos y explorar la asociación de la sintomatología con factores aportados por la víctima y por el delito. La información que pudimos obtener no se conocía en el medio latinoamericano y resultará útil para comparaciones transculturales y relevantes para planificar acciones preventivas en salud mental para los comerciantes, que forman una población altamente expuesta a las vivencias traumáticas de ser víctima de delitos.

Nuestros hallazgos permiten sostener que la experiencia que sufre el comerciante que es víctima de un delito tiene altas probabilidades de resultar en efectos deletéreos de la salud mental. Así queda expuesto con el hallazgo de que sólo el 9.5% de los comerciantes víctimas no informaron sintomatología compatible con trastornos psíquicos y con las disquisiciones que siguen, en las que mantendremos vigente el reparo de no extrapolar la información obtenida de manera directa a condición diagnóstica de trastorno, sino a "compatibilidad con trastorno".

Los resultados fueron compatibles con una prevalencia del 21% de TEPT. El hallazgo resulta muy cercano a los

máximos valores informados en la bibliografía respecto a quienes fueron asaltados o amenazados con arma (25). Igualmente relevantes fueron los hallazgos compatibles con depresión. Mientras que otros estudios informaron prevalencias del 6% de depresión mayor (24), en el presente estudio encontramos una prevalencia de depresión media-severa del 11%. En lo concerniente a la sintomatología compatible con trastorno adaptativo, la encontramos presente en más de las dos terceras partes de los victimizados. Indudablemente, los resultados ponen de manifiesto que la experiencia de ser víctima de delito es, para los comerciantes, traumática y fuertemente patógena.

Esta potencialidad patógena trasciende la percepción de gravedad que tuvieron las víctimas respecto del delito. La percepción de que el delito fue poco, medianamente o muy grave se distribuyó aproximadamente en tercios y, sin embargo, solamente el 9.5% de todos los sujetos no informó sintomatología compatible con trastorno. Dicho de otra manera, mientras que aproximadamente 1 de cada 3 comerciantes pudo haber considerado al delito poco grave, lo que haría esperable la ausencia de trastorno, sólo 1 de cada 10 no informó sintomatología compatible con trastorno subsiguientemente a la victimización. Cabe interpretar, en base a estos hallazgos, que parte de las víctimas ha subestimado el auténtico impacto que la experiencia traumática ocasionó en la salud. El hallazgo es compatible con las opiniones de otros autores que sostienen que quienes padecen TEPT pueden subestimar el nexo causal de algunos síntomas con el evento traumático (40).

El estudio aporta evidencias desafiantes a la discusión teórica. Los hallazgos no permitieron verificar la mayor susceptibilidad de factores personales como el sexo femenino que fuera informada en otros estudios (41, 42) ni tampoco la relación con la edad de las víctimas, ni con el efecto sumatorio de experiencias traumáticas similares (43). La condición de caso, esto es haber informado sintomatología compatible con trastorno subsiguiente a la victimización, se asoció significativamente con la violencia del delito, con la efectiva sustracción de bienes y con el valor de los mismos. En el mismo sentido se verificó fuerte asociación con haber sido amenazados con arma de fuego o arma blanca, con haberse resistido al robo o con haber resultado herido o haber sido abusado sexualmente. Estos hallazgos permiten sostener que la configuración violenta de la experiencia ha tenido un impacto determinante en la producción de sintomatología. En lo que concierne a la influencia de reiteradas experiencias de victimización delictual, los hallazgos orientan a interpretar que la eventual relación es compleja. Al contrario de una supuesta relación lineal con la acumulación de experiencias traumáticas, las reacciones humanas muestran patrones heterogéneos que impiden simples generalizaciones. Por ejemplo, se ha encontrado que los policías expuestos a eventos traumáticos en los que quedaban heridos sus compañeros de trabajo tuvieron aumento del riesgo de manifestaciones sintomáticas y cambios de conducta, comparativamente con quienes estuvieron expuestos a similares eventos sin sufrimiento de sus compañeros (44). Los resultados con la población de comerciantes pueden

ser consecuencia de que, mientras algunos quedan sensibilizados a nuevas experiencias traumáticas, otros responden de manera más adaptativa, como por ejemplo, incrementando medidas de seguridad que le hacen sentir más seguro o incorporando el riesgo en la cotidianidad existencial y subestimando las eventuales severas consecuencias que el delito podría tener. El presente estudio no permite optar por alguna de estas alternativas interpretativas pero motiva futuras exploraciones.

Nuestros hallazgos son estimulantes del diseño de acciones preventivas en salud pública. Encontramos que la información de sintomatología relevante se asoció significativamente con la opinión de las víctimas de que deberían haber recibido apoyo de algún organismo especializado. En el mismo sentido, cabe destacar que detectamos una alta proporción que buscó ayuda asistencial, especialmente entre los que tenían sintomatología compatible con TEPT. Los hallazgos de la necesidad de apoyo insatisfecha y de la búsqueda individual de colaboración profesional configura el perfil de personas pasibles de servicios tendientes a disminuir el impacto en su salud y en la confianza a las instituciones.

Los hallazgos están en línea con evidencias que sostienen que la conformación del trastorno psíquico post-traumático depende de las acciones del medio ambiente significante además de los otros factores, tales como las características del psicotrauma, y la vulnerabilidad y resiliencia del sujeto (27). Específicamente, se ha informado que entre los factores que favorecen la resiliencia se encuentran el sostén del empleador y la intervención de profesional de la salud mental inmediatamente luego de la experiencia traumática (45); las reuniones de reflexión y contención posteriores al hecho delictivo (26); el apoyo social y familiar a través de la sensación de pertenencia a un grupo (46-48) y la intervención breve inmediata (49).

Párrafos aparte merecen los resultados relacionados con la respuesta conductual y las creencias de las víctimas sobre la eficacia de alguna intervención policial o judicial. Ni la percepción de mayor gravedad del delito ni haber tenido sintomatología compatible con trastorno se asociaron a la denuncia policial del crimen. El hallazgo nos motiva a conjeturar que, además de la perturbación en el bienestar y en el funcionamiento laboral, haya influido la afectación de las expectativas de las víctimas de delitos o su tendencia evitativa (4, 24, 41). Por ejemplo, el empleado víctima puede eludir pensar en el nexo causal con el delito como parte de su tendencia evitativa, tan típica del TEPT. También puede asumir que esos malestares deben ser tolerados en base a determinadas pautas culturales de dureza. Esas particularidades del proceso atribucional o de la respuesta personal pueden obstaculizar no sólo la superación, sino, también, las acciones legales esperables en comunidades organizadas, como es la cooperación para la investigación y prevención de los delitos. Teniendo en cuenta esas alternativas, surge necesaria la divulgación sobre el tema para que víctimas, gerentes o sindicatos puedan contribuir en la identificación de posibles manifestaciones sintomáticas o disfuncionales y facilitar el acceso al tratamiento (50). Con la influencia del deterioro de las expectativas y/o de la resignación a no

obtener respuesta estatal a la problemática de la víctima se abren otras líneas de acciones preventivas relacionadas con la percepción de falta de control sobre el fenómeno (51). El control percibido por quien padece la experiencia traumática puede ser examinado de acuerdo a un modelo temporal: desde la perspectiva hacia el pasado, el sujeto se pregunta si pudo haber prevenido lo ocurrido; desde su presente se pregunta qué puede hacer ahora; desde la perspectiva hacia el futuro se plantea si podrá prevenir que le ocurra nuevamente. El modelo propone que en la medida que el sujeto perciba un mayor control, la evolución resultará más favorable (52). Nuestros hallazgos dan cuenta de un importante subgrupo de comerciantes víctimas de delito que, a pesar de tener síntomas, valorar con gravedad lo que les ocurrió y sentir que debían haber recibido ayuda institucional, no accionaron los dispositivos legales. Este subgrupo no cree que la acción legal pueda ser efectiva y, por lo tanto, considera que todo queda fuera de su control o estrecha su control a otras medidas alejadas de la acción institucionalizada, como por ejemplo, esconder los billetes de mayor valor o duplicar cerraduras o atender tras las rejas. Estas facetas del proceso subjetivo se erigen como blanco relevante para el trabajo preventivo de las instituciones sanitarias y de seguridad pública. Por otra parte, también nos señalan una heurística desafiante que planificamos explorar con tácticas de investigación cualitativa.

Finalmente, debemos reconocer como debilidad que la colección de datos a nivel comunitario haya sido realizada por encuestadores con diferente grado de capa-

citación (docentes y estudiantes). Si bien los estudios comunitarios no suelen ser ejecutados por encuestadores clínicos profesionales, su contratación posiblemente podría haber redundado en importante fortaleza. Por su parte, postulamos como fortaleza la metodología de muestreo y amplitud de la muestra.

## Conclusiones

Según nuestro estudio, la experiencia de los comerciantes de ser víctima de delito tiene significativa potencialidad patógena y se relaciona con las características de violencia de la experiencia.

Los resultados no sólo dejaron aprendizaje sobre la dimensión del nexo entre victimización de comerciantes y trastornos en la salud mental, sino, también, acerca de la heterogénea conducta postraumática. Encontramos importante proporción de comerciantes víctimas con frustradas expectativas de haber recibido asistencia institucionalizada por parte del estado. Pensamos que los hallazgos conforman un insumo para acciones preventivas a nivel comunitario.

## Agradecimientos

Los autores agradecen a los docentes y alumnos de la cátedra de psiquiatría de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNLP por su colaboración en el proyecto Victimización y trastorno por estrés post traumático ■

## Referencias bibliográficas

- Cogle J, Resnick H, Kilpatrick DG. A prospective examination of PTSD symptoms as risk factors for subsequent exposure to potentially traumatic events among women. *J Abnorm Psychol* 2009; 118 (2): 405-11.
- Hanson RF, Sawyer GK, Begle AM, Hubel GS. The impact of crime victimization on quality of life. *J Trauma Stress* 2010; 23 (2): 189-97.
- Gallo D. La inseguridad es la mayor preocupación. *La Nación*. 5 agosto 2012: 1.
- Medina-Mora Icaza ME, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J, Fleiz-Bautista C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Salud Publica Mex* 2005; 47 (1): 8-22.
- Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 (7): 626-32.
- Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 2005 Jun; 62 (6): 617-27.
- Martín Ayala LJ, Ochotorena J de P. Trastorno por estrés postraumático en víctimas de situaciones traumáticas. *Psicothema* 2004; 16 (1): 45-9.
- Echeburúa E, Paz de Corral PJA. Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema* 2002; 14 (Suppl.): 139-46.
- Rosen CS, Cohen M. Subgroups of New York City children at high risk of PTSD after the September 11 attacks: a signal detection analysis. *Psychiatr Serv* 2010; 61 (1): 64-9.
- Neria Y, DiGrande L, Adams B. Posttraumatic stress disorder following the September 11, 2001, terrorist attacks: a review of the literature among highly exposed populations. *Am Psychol* 2011; 66 (6): 429-46.
- Gore Felton C, Gill M, Koopman C, Spiegel D. A review of acute stress reactions among victims of violence: Implications for early intervention. *Aggression Violent Behav* 1999; 4 (3): 293-306.
- Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. Cognitive factors in persistent versus recovered post-traumatic stress disorder after physical or sexual assault: A pilot study. *Behav Cognitive Psychother* 1997; 25: 147-59.
- Morgan CA, Grillon C, Lubin H, Southwick SM. Startle defi-

- cits in women with sexual assault-related PTSD. *Ann N Y Acad Sci* 1997; 821: 486-90.
14. Ullman SE, Brecklin LR. Sexual assault history and suicidal behavior in a national sample of women. *Suicide Life Threat Behav* 2002; 32 (2): 117-30.
  15. Roth S, Newman E, Pelcovitz D, Van-der KB, Mandel FS. Complex PTSD in victims exposed to sexual and physical abuse: results from the DSM-IV Field Trial for Posttraumatic Stress Disorder. *J Trauma Stress* 1997; 10 (4): 539-55.
  16. Steil R, Straube ER. Posttraumatic stress disorder in children and adolescents. *Z Klin Psychol Psychother* 2002; Zeitschrift (1): 1-13.
  17. Zatzick DF, Weiss DS, Marmar CR, Metzler TJ, Wells K, Golding JM, et al. Post-traumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in female Vietnam veterans. *Mil Med* 1997; 162 (10): 661-5.
  18. Zatzick DF, Marmar CR, Weiss DS, Browner WS, Metzler TJ, Golding JM, et al. Posttraumatic stress disorder and functioning and quality of life outcomes in a nationally representative sample of male Vietnam veterans. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (12): 1690-5.
  19. Ward W. Psychiatric morbidity in Australian veterans of the United Nations peacekeeping force in Somalia. *Aust N Z J Psychiatry* 1997; 31 (2): 184-93.
  20. Riggs DS, Byrne CA, Weathers FW, Litz BT. The quality of the intimate relationships of male Vietnam veterans: problems associated with posttraumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1998; 11 (1): 87-101.
  21. King LA, King DW, Fairbank JA, Keane TM, Adams GA. Resilience-recovery factors in post-traumatic stress disorder among female and male Vietnam veterans: hardiness, post-war social support, and additional stressful life events. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74 (2): 420-34.
  22. King DW, King LA, Foy DW, Keane TM, Fairbank JA. Post-traumatic stress disorder in a national sample of female and male Vietnam veterans: Risk factors, war-zone stressors, and resilience-recovery variables. *J Abnorm Psychol* 1999; 108 (1): 164-70.
  23. Engel CC Jr, Ursano R, Magruder C, Tartaglione R, Jing Z, Labbate LA, et al. Psychological conditions diagnosed among veterans seeking department of defense care for Gulf War - Related health concerns. *J Occup Environ Med* 1999; 5: 384-92.
  24. Belleville G, Marchand A, St-Hilaire M-H, Martin M, Silva C. PTSD and depression following armed robbery: patterns of appearance and impact on absenteeism and use of health care services. *J Trauma Stress* 2012 Aug; 25 (4): 465-8.
  25. Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, Schultz LR, Davis GC, Andreski P. Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55 (July): 626-32.
  26. Miller-Burke J, Attridge M, Fass PM. Impact of traumatic events and organizational response. A study of bank robberies. *J Occup Environ Med* 1999 Feb; 41 (2): 73-83.
  27. Kunst MJJ. Mental Health Problems and Satisfaction with Amount of State Compensation for Intentional Violent Crime Victimization. *Community Ment Health J* 2012; 48: 527-34.
  28. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la violencia y la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud; 2003.
  29. Rodríguez MC, Achilli J, Ruiz RR, Etchegoyen G, Folino JO. Victimization de comerciantes en la ciudad de La Plata. *Intercambios* 2014; submitted.
  30. Park RE, Burgess EW, McKenzie RD. The City. 1st edition. Chicago: The University of Chicago Press; 1925.
  31. Organización de los Estados Americanos. Observatorio Interamericano de Seguridad Ciudadana. Encuestas de Victimization en las Américas. [Internet]. 2011. Available from: [http://www.oas.org/dsp/esp/analisis/cpo\\_observatorio\\_enlaces\\_victimizacion.asp#BR](http://www.oas.org/dsp/esp/analisis/cpo_observatorio_enlaces_victimizacion.asp#BR).
  32. Naciones Unidas. Manual para encuestas de victimización. Ginebra: ONUDD, Oficina de Enlace en Nuevo León, México; 2010.
  33. Davidson JR, Book SW, Colket JT, Tupler LA, Roth S, David D, et al. Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychol Med* 1997; 27 (1): 153-60.
  34. García-Portilla González MP, Bascarán Fernández MT, Sáiz Martínez PA, Parellada Redondo M, García MB, Bobes García J. Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. 5<sup>ta</sup> edición. Barcelona: Ars Médica; 2008.
  35. Zung W. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 63-70.
  36. Spielberger C, Gorsuch R, Lushene R. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. 2<sup>da</sup> edición. Madrid: TEA Ediciones; 1986.
  37. American Psychiatric Association. DSM IV - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
  38. Spss I. SPSS for Windows Base 10.0 (10.0.7). Chicago: SPSS, Inc.; 2000.
  39. Bech P. The Bech, Hamilton and Zung scales for mood disorders: Screening and listening. A twenty year update with reference to DSM-IV and ICD-10. 2<sup>nd</sup> edition. Berlin: Springer; 1996.
  40. Jacobs WJ, Dalenberg C. Subtle presentations of post-traumatic stress disorder. Diagnostic issues. *Psychiatr Clin North Am* 1998; 21: 835-45.
  41. Fichera G, Neri L, Musti M, Coggiola M, Russignaga D, Costa G. Progress of PTSD symptoms following workplace robbery: gender and age differences in a sample of bank employees. *G Ital Med Lav Ergon* 2011; 33 (3 suppl): 351-4.
  42. Amir M, Sol O. Psychological impact and prevalence of traumatic events in a student sample in Israel: The effect of multiple traumatic events and physical injury. *J Trauma Stress* 1999; 12 (1): 139-54.
  43. Johansen VA, Wahl AK, Eilertsen DE, Weisaeth L. Prevalence and predictors of post-traumatic stress disorder (PTSD) in physically injured victims of non-domestic violence. A longitudinal study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007; 42 (7): 583-93.
  44. Violanti JM, Gehrke A. Police trauma encounters: precursors of compassion fatigue. *Int J Emerg Mental Heal* 2004; 6 (2): 75-80.
  45. Findorff-Dennis MJ, McGovern PM, Bull M, Hung J. Work related assaults. The impact on victims. *AAOHN J* 1999 Oct; 47 (10): 456-65.
  46. Benito Ruiz A, Oudda Santos L, Benito Ruiz G, Lahera Forteza G, Fernández Liria A. Los factores de resiliencia ante las situaciones traumáticas. Análisis tras los atentados del 11 de marzo en una muestra de pacientes en el CSM de Alcalá de Henares. *Rev la Asoc Española Neuropsiquiatr* 2010; 30 (107): 375-91.
  47. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol* 2000; 5: 748-66.
  48. Ozer E, Best S, Lipsey T, Weiss D. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychol Bull* 2003; 129 (1): 52-73.
  49. Boscarino JA, Adams RE. Overview of findings from the world trade center disaster outcome study: recommendations for future research after exposure to psychological trauma. *Int J Emerg Mental Heal* 2008; 10 (4): 285-90.
  50. Flannery RB Jr. The employee victim of violence: recognizing the impact of untreated psychological trauma. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2001; 16 (4): 230-3.
  51. Foa E, Zinbarg RE, Rothbaum B. Uncontrollability and unpredictability in posttraumatic stress disorder: an animal-model. *Psychol Bull* 1992; 112 (2): 218-38.
  52. Frazier PA, Berman M, Steward J. Perceived control and posttraumatic distress: A temporal model. *Appl Prev Psychol* 2002; 10: 207-23.