

La Utilización del Inventario de Síntomas de Trauma y la Escala de Experiencias Disociativas en una Muestra de Adultas Sobrevivientes de Abuso Sexual

Elba I. Menéndez-Brunet, Ph.D.¹
Universidad Carlos Albizu

Alfonso Martínez-Taboas, Ph.D.
Universidad Carlos Albizu

Abstract

In this study we evaluated the psychometric properties of the Spanish version of the Trauma Symptom Inventory (TSI). A group of 33 adult women with a history of sexual abuse was compared with 25 women with no history of abuse but with a history of psychopathology. Additionally a group of 30 women with no history of sexual abuse nor of psychopathology was used as a comparison group. The results indicated that the TSI obtained a Cronbach Alpha of .98 and a factor analysis confirmed the construct validity of the instrument. The results also indicated that the scores on the TSI discriminated the group of women with sexual abuse from the group with no abuse/no psychopathology. The TSI also discriminated the abuse group from the psychopathology group in some other clinical variables. When the Dissociative Experiences Scale (DES) was correlated with the Dissociation Scale of the TSI, we obtained a statistical significant correlation of $r=.65$. Also, the DES total score was significantly higher in the sexual abuse group. We recommend the use of the TSI as a screening instrument in clinical populations with a history of abuse.

¹ La acción editorial para la aceptación de este artículo estuvo a cargo de la Dra. Aida García. Apreciamos su desempeño en esta labor.

Resumen

En este estudio se evaluaron las propiedades psicométricas de la versión al español del Inventario de Síntomas de Trauma (IST). Un grupo de 33 mujeres adultas con un historial de abuso sexual fue comparado con 25 mujeres sin historial de abuso sexual pero con historial de psicopatología. Adicionalmente, un grupo de 30 mujeres sin historial de abuso ni psiquiátrico se usó como grupo de comparación. Los resultados indicaron que el IST obtuvo un Alfa Cronbach de .98 y un análisis de factores apoyó la validez de constructo del instrumento. Los resultados también indicaron que las puntuaciones en el IST discriminaron al grupo de mujeres con abuso sexual del grupo sin abuso/sin psicopatología. El IST también discriminó el grupo abusado del grupo con psicopatología en algunas variables clínicas. Cuando la Escala de Experiencias Disociativas (EED) fue correlacionada con la Escala de Disociación del IST, se obtuvo una correlación estadísticamente significativa de $r=.65$. Además, la puntuación total de la EED fue significativamente más alta en el grupo abusado sexualmente. Recomendamos el uso del IST como un instrumento de cernimiento en poblaciones clínicas con historial de abuso.

Al día de hoy hay un consenso de que las experiencias de abuso sexual son una de las variables que mejor predicen la presencia de ciertos trastornos psiquiátricos, tales como el trastorno de estrés post-traumático (TEPT), trastornos disociativos, trastornos alimentarios, depresión y el trastorno de personalidad fronterizo (Fergusson & Mullen, 1999; O'Beirne-Kelly & Reppucci, 1997; Putnam, 2003; Zanarini, 1997). Diversos estudios epidemiológicos indican que este tipo de experiencia contribuye de manera única a explicar la varianza de la presencia de ciertas psicopatologías en la población general (Molnar, Buka & Kessler, 2001; Ullman & Brecklin, 2002; véase la revisión que realizan Everett & Gallop, 2001).

Por ejemplo, investigaciones recientes muestran que las mujeres que fueron victimizadas sexualmente cuando niñas,

están más propensas a manifestar depresión y estigmatización (Walker, 1996), disociación (Chu, 1998), conductas auto destructivas (Santa Mina & Gallop, 1998), ansiedad y sentimientos de aislamiento (Briere, 1992), tendencias a la revictimización (Briere, Woo, McRae, Foltz & Sitzman (1997), uso de sustancias (Mullen, Martin, Anderson, Romans & Herbison, 1993) y depresión (Pribor & Dinwiddie, 1992). Además, tienden a utilizar más los servicios de salud debido a enfermedades físicas que las mujeres no abusadas (Hulme, 2000). A nivel interpersonal, presentan más desconfianza en relaciones íntimas e informan más disfunciones sexuales (Chu, 1998; Mullen, Martin, Anderson, Romans & Herbison, 1994).

Aunque la literatura no es totalmente consistente, varios factores han sido asociados a un peor pronóstico en mujeres abusadas sexualmente en la niñez. Entre los más importantes están: más de un perpetrador; penetración completa o parcial; duración y frecuencia extensa del abuso; utilización de diversos tipos de abuso sexual; presencia de coerción y fuerza durante el abuso; abuso perpetrado por el padre biológico o abuso intrafamiliar (Briere, 1992; Chu, 1998).

Alegaciones recientes es que no todas las personas expuestas a un evento traumático o abusivo reaccionan con sintomatología psiquiátrica. Más de la mitad de las personas que son expuestas a eventos traumáticos no llegan a presentar disfunciones psiquiátricas, lo que apunta a diferencias individuales al momento de procesar la experiencia traumática (Fletcher, 2003). Más aún, esto ha llevado a muchos investigadores a estudiar a esas personas que son resilientes ("resilients") ante las adversidades de la vida, enfocándose en las fortalezas internas o externas de esos individuos (Ryff & Singer, 2003). Entre esos factores que se han asociado a una resiliencia al trauma se encuentran: apoyo social percibido y recibido; acoplamientos activos dirigidos al problema;

patrones cognoscitivos y psicobiológicos de personalidad; y no haber tenido un historial previo de otros abusos (Fletcher, 2003; McCloskey, 1997).

Un mecanismo específico merece atención: nos referimos a la disociación. La disociación es un constructo relacionado a tener alteraciones de memoria, conciencia e identidad que es común en personas con historiales de abuso. Se ha encontrado que el uso desmedido de defensas disociativas se relaciona con el posterior desarrollo de un Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT) y a un peor pronóstico en terapia (Ozer, Best, Lipsey & Weiss, 2003). Tal parece que las defensas disociativas ayudan a la persona en el momento cercano al trauma, haciendo que la persona se pueda distanciar cognoscitiva y emocionalmente del dolor y del terror circundante (Steinberg, 1995). Sin embargo, este adormecimiento emocional tiende a impedir el procesamiento emocional que se requiere para lograr una mejoría o cura terapéutica.

Dado a que a nivel epidemiológico el TEPT resulta común y la secuela emocional resultante tiende a ser severa y a veces crónica, es imperioso que tengamos disponibles instrumentos confiables y válidos para medir dicha secuela psicológica. El propósito de este estudio es explorar las propiedades psicométricas del Inventario de Síntomas de Trauma (IST) (Briere, 1995) en una muestra de mujeres con historial de abuso sexual. Este instrumento fue desarrollado por Briere para auscultar síntomas que se han relacionado a personas que pasan por una variedad de experiencias traumática. Asimismo, ausculta dificultades sexuales y de visión interna del yo. Debido a que el IST tiene una escala para medir disociación, aprovechamos la ocasión para correlacionar la misma con la Escala de Experiencias Disociativa, la cual ha sido utilizada en varios estudios en Puerto Rico, con buenas propiedades psicométricas

(Martínez-Taboas, 1991; Martínez-Taboas & Bernal, 2000; Francia-Martínez, Roca de Torres, Alvarado, Martínez-Taboas & Sayers, en prensa).

Para añadir rigurosidad a la presente investigación, comparamos los perfiles en el IST del grupo de mujeres abusadas sexualmente con otros dos grupos de mujeres. En primer lugar, las comparamos con un grupo control de mujeres sin sintomatología psiquiátrica y otro grupo de mujeres en tratamiento psicoterapéutico, pero sin historial de abuso sexual.

Para este estudio realizamos las siguientes hipótesis. En primer lugar, que la versión al español del IST obtendría unas propiedades psicométricas aceptables. En segundo lugar, que un análisis de factores corroboraría la construcción teórica del instrumento. En tercer lugar, que el grupo de mujeres con abuso sexual obtendría puntuaciones significativamente más altas en el IST que los dos otros grupos de mujeres. En cuarto lugar, que la puntuación total en la Escala de Experiencias Disociativas (EED) sería significativamente más alta en el grupo de mujeres abusadas. En quinto lugar, que obtendríamos una correlación significativa entre la EED y la Escala de Disociación del IST.

Método

Participantes

Las participantes de este estudio fueron 88 mujeres entre las edades de 18-48 años. El primer grupo estuvo constituido por 33 mujeres con historial documentado de abuso sexual, con una edad promedio de 30.19 años ($SD=7.96$); el 54% eran casadas o convivían y el resto eran solteras o divorciadas. El 84% de éstas tenían un bachillerato o algún tipo de educación postgraduada. Todas estas mujeres, al momento del estudio, estaban recibiendo algún tipo de tratamiento psicológico.

El segundo grupo estuvo compuesto de 25 mujeres que estaban recibiendo algún tipo de psicoterapia, pero sin historial de abuso sexual. La edad promedio fue de 28.72 años ($SD=7.99$); el 44% eran casadas o convivían y el 84% de éstas tenían un bachillerato o algún tipo de educación postgraduada.

El tercer grupo se constituyó por 30 mujeres sin historial de abuso sexual, sin estar recibiendo psicoterapia y en este estudio son clasificadas como el grupo control. Su edad promedio es de 23.13 años ($SD=4.74$); el 26% son casadas o conviven y el 90% tiene un bachillerato. Al momento de hacer el estudio, estas mujeres eran estudiantes graduadas de la Universidad Carlos Albizu. Todas las participantes de este estudio se seleccionaron por disponibilidad y las participantes de los primeros dos grupos provenían del Programa de Abuso Sexual y de la Clínica de Salud Mental de la Comunidad, de la Universidad Carlos Albizu.

Instrumentos

El Inventario de Síntomas de Trauma (IST) (Briere, 1995) está dirigido a auscultar experiencias o síntomas de naturaleza post-traumática. El mismo puede detectar sintomatología traumática aguda o crónica, como lo son la violación sexual, abuso físico, accidentes, desastres naturales, y abuso sexual en la niñez. El IST se compone de 100 reactivos los cuales se dividen para formar parte de tres escalas de validez y 10 escalas clínicas. Las escalas de validez son: nivel de respuestas (NR), respuestas atípicas (RA) y respuestas inconsistentes (RI). Estas escalas permiten detectar aquellas participantes que tienden a negar síntomas comunes para la mayoría de las personas, aquellas que informan respuestas aberrantes o poco comunes, y aquellas que responden a los reactivos de forma inconsistente o al azar. Las escalas clínicas son las siguientes:

Excitación ansiogénica (EA). Mide síntomas de ansiedad, especialmente aquellos asociados con hiperexcitación postraumática.

Depresión (D). Mide sintomatología depresiva, tanto en estados de ánimo como en distorsiones cognitivas depresivas.

Irritabilidad y enojo (IE). Mide afecto irritable y enojo, al igual que cogniciones y conductas asociadas a estas emociones.

Experiencias intrusivas (EI). Mide sintomatología intrusiva asociada al estrés postraumático, tales como pesadillas y memorias repentinas del trauma.

Evitación defensiva (ED). Mide evitación postraumática cognoscitiva y conductual. Se refiere a un esfuerzo consciente de eliminar pensamientos o memorias dolorosas.

Disociación (DIS). Mide sintomatología disociativa, con énfasis en despersonalización, desrealización y adormecimiento emocional.

Preocupaciones sexuales (PS). Mide insatisfacción sexual, disfunción sexual y pensamientos o sentimientos sexuales indeseados.

Conductas sexuales disfuncionales (CSD). Mide conducta sexual que resulta disfuncional, ya sea por conductas de promiscuidad o por su potencial autodestructivo.

Problemas de auto-referencia (PAR). Mide problemas relacionados al concepto del yo, tal como confusiones de identidad.

Conductas de reducción de tensión (CRT). Mide la tendencia de la participante a buscar métodos externos para reducir tensión o angustia, tales como la auto-mutilación y amenazas suicidas.

Cada uno de los reactivos del IST se puede puntuar de acuerdo a la frecuencia en que ocurre dentro de un periodo de 6 meses. Se utiliza una escala que fluctúa desde 0 ("nunca me ha sucedido") hasta un 3 ("frecuentemente"). El IST no había sido administrado en Puerto Rico, pero en su estudio

de estandarización la prueba demostró tener una alta confiabilidad de consistencia interna en las escalas clínicas (.74 a .91). Se utilizó la traducción realizada por la psicóloga Rebecca Ward, la cual fue sometida a una traducción revertida (Brislin, 1986).

Escala de Experiencias Disociativas (EED; Putnam & Bernstein, 1986). La EED que utilizamos en este estudio es la traducida por Martínez-Taboas (1995). La misma consiste de 28 reactivos autoadministrables y en la cual se mide el nivel de experiencias disociativas de la participante. La EED tiene una alta confiabilidad temporal prueba-reprueba (.84 a .96) y ha demostrado validez de constructo para la disociación (van Ijzendoorn & Schuengel, 1996). Estudios realizados en Puerto Rico con la EED han evidenciado propiedades psicométricas aceptables (Martínez-Taboas, 1995; Martínez-Taboas & Bernal, 2000). La puntuación mínima que una participante puede obtener en la EED es de 0 y la máxima de 100. Se han sugerido unos puntos de corte para la EED, que van desde 0-19 (puntuaciones normales), 20-29 (sugieren presencia de experiencias disociativas moderadas) y de 30 a 100 (sugiere la presencia de disociación patológica).

Escala Breve de Abuso Físico y Sexual (EBAFS). El EBAFS ausculta varios tipos de experiencias de abuso, con énfasis en abuso sexual y abuso físico. La escala se puntúa como sigue: 1= no en lo absoluto; 2= una o pocas veces; 3= algunas veces; 4= bastantes veces; 5= muchísimas veces. Esta escala se puntúa de manera categórica; esto es, se ubica a la participante en el renglón más alto que haya reportado. Este instrumento tiene una confiabilidad interna de .77 (Martínez-Taboas & Bernal, 2000).

Procedimiento

Luego de obtener los debidos permisos de la Clínica y del programa PAS, se procedió a colocar una carta dirigida

al terapeuta en cada expediente de aquellas participantes que podrían ser elegibles para el estudio. En dicha carta se explicaba el propósito del estudio y se solicitó al terapeuta su cooperación en la administración de las tres escalas. Se brindó adiestramiento a cada terapeuta sobre la administración de las mismas. Se le proveyó al terapeuta de cada participante un sobre que contenía un consentimiento de participación voluntaria, el IST, la EED y el EBAFS, además de una hoja de datos sociodemográficos.

Diseño de Investigación

Se utilizó el diseño de grupos comparados con muestras independientes. Se compararon tres grupos: un grupo de adultas abusadas sexualmente, uno con psicopatología pero sin historial de abuso sexual y otro grupo control. Se compararon los promedios de cada grupo en la IST y la EED. Se realizó un análisis de varianza entre grupos para comparar las puntuaciones obtenidas en las diez escalas clínicas entre las participantes de los tres grupos. También se realizó un análisis de correlación entre las puntuaciones en la EED y la escala DIS del Inventario de Síntomas de Trauma. Como parte de los análisis, se realizaron análisis de confiabilidad interna del IST y un análisis de factores de la misma. Se estableció un nivel de significancia de .05.

Resultados

Al realizar un análisis de varianza para analizar las puntuaciones promedios en la EED se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo abusado (GA) y el grupo normal ($p < .05$) (véase Tabla 1). La puntuación promedio para el grupo normal (GN) fue de 9.27, la cual es la de esperarse en un grupo de personas jóvenes sin sintomatología psiquiátrica. El grupo en terapia no abusado

(GNA) obtuvo un 18.04, lo cual aún está en los límites normales. El GA, sin embargo, tuvo un promedio de 20.70, puntuación que cae dentro de personas con presencia de experiencias disociativas sugestivas de alguna patología disociativa. Se realizó un análisis para conocer el porcentaje de participantes que obtuvo una puntuación mayor de 30, la cual muchas veces se utiliza como un punto de corte para identificar sintomatología disociativa. En el GN un 10% obtuvo más de 30, en el GNA un 20% y en el GA un 27%.

Tabla 1.

Promedio, Desviación Estándar y Prueba de F para el Grupo de Abuso, el Grupo en Terapia No-Abusado y el Grupo Normal.

Escala	Grupo Normal		Grupo No Abusado		Grupo Abusado		F	df
	M	DE	M	DE	M	DE		
EED	9.27	9.99	18.04	17.54	20.70	13.37	5.822	2*, 87

* $p < .006$, la diferencia es entre el grupo normal y el abusado.

El segundo análisis que se realizó fue una correlación entre las puntuaciones totales en la Escala de Experiencias Disociativas y la escala de disociación (DIS) del Inventario de Síntomas de Trauma. El análisis de correlación de Pearson mostró una correlación moderada alta y significativa ($r = .65$, $p < .01$) entre ambas escalas.

Por otro lado, se realizó un análisis de confiabilidad interna alfa de Cronbach con el IST. La misma reveló una alta confiabilidad interna de .98. Debe mencionarse que este índice es mayor que el reportado en el instrumento original (.74 a .81) (Briere, 1995).

Se llevó a cabo un análisis de varianza para determinar si existían diferencias significativas entre las puntuaciones de los tres grupos en las diez escalas clínicas. Para conocer entre

cuáles grupos específicamente había diferencias, se realizó un análisis post hoc, utilizando Sheffé, el cual reveló diferencias significativas en todas las escalas clínicas entre el grupo abusado y el grupo normal (véase Tabla 2). Sin embargo, sólo se encontraron diferencias significativas entre el grupo abusado y el grupo en terapia no abusado en la escala PS y la EI.

Tabla 2.

Promedios de los Tres Grupos en el Inventario de Síntomas de Trauma

Variable	Normal	No Abusado	Abusado
Ansiedad (EA)	48.20	60.00*c	63.27*a
Depresión (D)	47.27	57.04* c	60.58*a
Enojo (IE)	48.90	56.52* c	60.91*a,
Intrusivas (EI)	45.97	53.00* c	62.21*a,b
Evitativas (ED)	47.03	56.12* c	62.06*a
Disociación (DIS)	48.77	56.20	60.36*a
Preocupación sexo (PS)	46.00	52.00*	59.45*a,b
Sexo disfuncional (CSD)	48.57	56.44.	59.42*a
Auto-referencia (PAR)	47.00	54.72* c	59.30*a
Reducción tensión (CRT)	50.33	61.36* c	61.24*a

Nota: * $p < .05$. a= diferencias entre el grupo abusado y el grupo normal; b= diferencias entre el grupo abusado y el grupo no abusado; c= diferencias entre el grupo no abusado y el grupo normal.

Para tratar de hacer nuestros hallazgos compatible con el trabajo clínico, establecimos un punto de corte por escala de $T=60$ para distinguir problemas clínicos de esos no clínicos. Se calculó el por ciento de personas que habían obtenido una puntuación T mayor que 60 en cada escala clínica del IST. Los resultados pueden observarse en la Tabla 3. Puede notarse que en el grupo normal ninguna escala sobrepasó el 10%.

Esto sugiere que la inmensa mayoría de las personas en el grupo normal no informaron síntomas post-traumáticos como los que evalúa el IST. Sin embargo, en el grupo no abusado los porcentajes fueron más elevados, en donde, incluso, en dos escalas (AA y TRB) puntuaron sobre el 50%. Esto implica que una minoría significativa de esas mujeres reportaron síntomas típicamente relacionados al trastorno de estrés post-traumático. Por su parte, las participantes en el grupo abusado tuvieron una tendencia a puntuar más alto que cualquiera de los otros dos grupos, exceptuando las escalas de AI, DSB y TRB. De hecho, en 6 de las 10 escalas, la puntuación sobrepasó al 50%. Esto apunta a que el IST fue exitoso en detectar toda una constelación compleja y variada de sintomatología post-traumática en el grupo abusado.

Tabla 3.

Porcentaje de Personas que Obtuvieron una $T > 60$ en las Escalas Clínicas del Inventario de Síntomas de Trauma.

Escala	Grupo Normal	Grupo no Abusado	Grupo Abusado
AA	10%	56%	60%
D	6	48	54
AI	10	48	48
IE	3	32	57
DA	10	32	57
DIS	10	40	57
SC	3	24	39
DSB	3	40	33
ISR	6	40	45
TRB	10	60	54

Análisis de Factores

Se realizó un análisis factorial de las escalas del IST. El mismo agrupó todos los reactivos de las escalas en dos conglomerados o componentes. El primer factor explica el

56.47% de la varianza. El segundo factor explica el 22.51% de la varianza (véase Tabla 4). Estos resultados son congruentes con el análisis factorial de la prueba original, el cual agrupó la escala en dos factores.

Las escalas que se agruparon en el primer factor miden sintomatología clínica internalizante, como lo son: ansiedad, disociación, depresión, coraje, pensamientos intrusivos, evitación cognitiva de memorias y pensamientos, preocupaciones sexuales y la auto-referencia disfuncional. Las escalas que se agruparon en el segundo factor miden conducta externalizante, tales como conducta sexual disfuncional y conductas de reducción de tensión.

Tabla 4.

Total de la Varianza Explicada por los Dos Factores del IST

Escala	Componente 1	Componente 2
AA	.86	
D	.84	
AI	.77	
IE	.85	
DA	.78	
DIS	.83	
SC	.81	
ISR	.82	
DSB		.94
TRB		.82

Escala Breve de Abuso Físico y Sexual

Se realizó un análisis cualitativo de este instrumento. A través del mismo se logró diferenciar a las mujeres abusadas sexualmente de las que no habían sido abusadas. Además se identificó a aquellas que habían sido castigadas de manera severa o que habían sido maltratadas emocional, psicológica o físicamente. Este instrumento también tiene la utilidad de

reportar si la persona presenci6 violencia en el hogar o su vecindario durante su niñez y adolescencia y posible maltrato durante la adultez.

Los resultados indicaron que del grupo abusado sexualmente, el 81% fue víctima de abuso sexual intrafamiliar o extrafamiliar antes de los 13 años. El 59% fue víctima de violencia sexual después de los 13 años y el 68% fue maltratado durante la niñez de manera física o emocional. El 59% ha sido víctima de violencia física durante su adultez. Por último, el 40% presenci6 escenas de violencia en el hogar o vecindario durante su niñez o adolescencia. En la Tabla 5 se puede apreciar que tanto el grupo control como el no abusado reportan la ausencia de muchas de estas variables o un porcentaje mucho menor.

Tabla 5.

Tipos de Maltrato Sufrido en los Tres Grupos

Tipo de abuso	Normal	Grupo no-abusado	Grupo abusado
Abuso sexual antes de los 13 años	0%	0%	81%
Abuso sexual después de los 13 años	0%	0%	59%
Abuso físico o emocional durante la niñez	24%	40%	68%
Abuso físico durante la adultez	0%	0%	59%
Presenci6 violencia en el hogar/comunidad	36%	16%	40%

Discusión

En el presente estudio se exploraron los perfiles de sintomatología traumática en tres grupos de participantes a través del Inventario de Síntomas de Trauma y la Escala de Experiencias Disociativas. Sólo un grupo de participantes present6 historiales extensos de trauma psicológico.

Los resultados demostraron que existen diferencias significativas entre los promedios del grupo de abuso sexual y el grupo normal. Estas diferencias se demostraron en todas las escalas clínicas del IST. Esto indica que el IST pudo diferenciar con gran precisión los perfiles de estos dos grupos, aportando a la validez discriminatoria del instrumento.

Por otra parte, el grupo en terapia no abusado sexualmente y el grupo normal no se diferenciaron en tres escalas: Disociación (DIS), Preocupaciones Sexuales (PS) y Conducta Sexual Disfuncional (CSD). Este resultado sugiere que las mujeres de la muestra clínica tenían niveles similares de experiencias disociativas que la población normal. De hecho, al examinar la Escala de Experiencias Disociativas (EED), notamos que tanto el grupo normal como el grupo no abusado presentan un promedio de disociación normativo y no patológico. Asimismo, las preocupaciones sexuales y conducta sexual disfuncional no parecen ser razones por las cuales van a terapia.

Al comparar el grupo abusado y el grupo no abusado, notamos que todas las medias (a excepción de la escala CRT) son más altas en el primer grupo. Sin embargo, sólo hubo diferencias significativas en dos escalas: Experiencias Intrusivas (EI) y Preocupaciones Sexuales (PS). Este resultado también se sostiene con las investigaciones, ya que las experiencias intrusivas responden a recuerdos de eventos traumáticos (Courtois, 1988). Este resultado nos dice que las sobrevivientes de abuso sexual reportan tener más pesadillas, "flashbacks" y pensamientos intrusivos que las mujeres no abusadas y las del grupo control. De igual manera, la puntuación más alta en PS apunta al hecho de que las mujeres abusadas informan más insatisfacción, disfunción sexual y sentimientos o pensamientos sexuales no deseados.

Debe recalcar que el IST no es un instrumento para predecir si una persona ha tenido experiencias traumáticas o

no. Esto se debe a que es raro que una experiencia de trauma esté asociada con un perfil de síntomas específicos (Briere, 1992). De hecho, las víctimas de un evento traumático, en este caso el abuso sexual, son un grupo heterogéneo de personas. Ellas tienen que haber experimentado e interpretado el evento de distintas maneras, deben tener o no historial de otros traumas, varían en términos de sus recursos internos y externos a los cuales recurren en tiempos de crisis, y tienen diferentes maneras de expresar la angustia (Schiraldi, 2000).

Debe recalcar también que las propiedades psicométricas del IST resultaron adecuadas. Encontramos un Alfa Cronbach de .98, lo que apunta a la alta confiabilidad interna del instrumento. Asimismo, el análisis de factores replicó el reportado por Briere (1995) en su estudio original, en donde se encontraron dos factores. Uno que mide sintomatología clínica internalizante y otro de conductas externalizantes. Estos hallazgos aportan a la validez de constructo del instrumento.

En términos de la Escala de Experiencias Disociativas, los resultados obtenidos en el grupo de abuso sexual son similares a los presentados por Reyes (2000). En la presente investigación se encontró un promedio de 20.7 en la frecuencia de experiencias disociativas, mientras que Reyes encontró un promedio de 25.8 en una muestra de mujeres abusadas. Ambos promedios sugieren que las mujeres abusadas sexualmente presentan experiencias disociativas que ameritan auscultarse a nivel clínico. Este hallazgo ha sido reportado previamente por Martínez-Taboas y colaboradores (Martínez-Taboas, 1991; Martínez-Taboas & Bernal, 2000; Francia-Martínez, Roca de Torres, Alvarado, Martínez-Taboas & Sayers, en prensa). Otro dato interesante es que la EED y la escala que mide la disociación (DIS) dentro del IST se correlacionaron de manera positiva y significativa. Un hallazgo similar lo reportaron Francia-Martínez y colaboradores (en prensa), al

encontrar una correlación positiva y significativa (.69) entre la EED y el Cuestionario de Experiencias Disociativas (Riley, 1986), el cual es otro instrumento que mide sintomatología disociativa. Todos estos datos indican que tenemos en Puerto Rico varios instrumentos con buena psicometría para permitir evaluar la sintomatología disociativa de los clientes puertorriqueños.

Los hallazgos encontrados en la EBAFS ayudaron a identificar quiénes habían sido abusadas sexualmente y quienes no. Es interesante ver que en el grupo no abusado sexualmente, un 40% de las mujeres informó algún tipo de maltrato en la niñez o adolescencia. Este hallazgo concuerda con estadísticas recientes en donde se documenta que el 40% de la población experimentará algún tipo de evento traumático en su vida (Bremner y Brett, 1997). Es posible que estas experiencias de maltrato sean parte de los asuntos que estas mujeres están tratando en terapia. Es posible que ésta sea la razón por la cual no se encontraron diferencias significativas en las escalas de ansiedad, depresión, coraje, evitación defensiva, disociación, conducta sexual disfuncional, problemas de autoreferencia y conductas de reducción de tensión, entre el grupo abusado sexualmente y el no abusado. Precisamente, el maltrato físico, emocional o psicológico durante la niñez produce secuelas como las anteriormente señaladas, la cual se asemeja a los del abuso sexual (Walker, 1996).

Limitaciones y Recomendaciones

Una limitación de este estudio es que no se realizó un proceso debido de evaluación de otras experiencias traumáticas, tales como desastres naturales y pérdidas recientes por muerte o accidentes automovilísticos. Se recomienda realizar una serie de preguntas en una planilla para que el investigador pueda conocer información pertinente

a un posible historial de eventos traumáticos del participante. Tampoco pudimos obtener información sobre el diagnóstico de las mujeres en los dos grupos que recibían psicoterapia. Se recomienda que en un estudio posterior se puedan correlacionar las puntuaciones en el IST con diagnósticos específicos. A nivel teórico esperaríamos que pacientes con ciertos trastornos específicos obtengan puntuaciones más elevadas en el IST (ej. pacientes con TEPT, trastornos disociativos y trastornos limítrofes de personalidad).

A partir de este estudio deben hacerse varias recomendaciones. En primer lugar, el IST no debe nunca utilizarse para hacer diagnósticos de un TEPT u otros. El IST meramente debe utilizarse como un instrumento para auscultar áreas específicas en donde hay una posible disfuncionalidad en casos de personas que presentan historiales de trauma. En segundo lugar, sería interesante utilizar el IST y correlacionarlo con otras pruebas ya estandarizadas, como lo sería el MMPI-2, para documentar el grado de concordancia entre ambos perfiles, tomando en cuenta que el MMPI-2 posee escalas para medir síntomas de TEPT. En tercer lugar, a base de este estudio recomendamos utilizar una T60 como punto de corte para diferenciar perfiles patológicos de esos que aparentan no serlo en el IST.

Referencias

- Bremner, J. D., & Brett, E. (1997). Trauma related dissociative state and long-term psychopathology in posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 10*, 37-49.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma*. Newbury Park, Calif.: Sage.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory (TSI): Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J., Woo, R., McRae, B., Foltz, J., & Sitzman, R. (1997). Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 185*, 95-101.
- Chu, J. A. (1998). *Rebuilding shattered lives*. New York: Wiley.
- Courtois, C. (1988). *Healing the incest wound*. New York: Norton.
- Everett, B., & Gallop, R. (2001). *The link between childhood trauma and mental illness*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fergusson, D. M., & Mullen, P. E. (1999). *Childhood sexual abuse*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Fletcher, K. E. (2003). Childhood posttraumatic stress disorder. En E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Child psychopathology* (pp. 330-372). New York: Guilford.
- Francia, M., Roca de Torres, I., Alvarado, C. S., Martínez-Taboas, A., Sayers, S. (en prensa). Dissociation, depression and trauma in psychiatric inpatients in Puerto Rico. *Journal of Trauma and Dissociation*.
- Hulme, P. (2000). Symptomatology and health care utilization of women primary care patient who experienced childhood sexual abuse. *Child Abuse and Neglect, 24*, 1471-1484.

- Kelly, H. O., & Reppucci, D. (1997). The sequelae of childhood sexual abuse: Implications of empirical research for clinical, legal, and public policy domains. En D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention* (pp.535-552). New York: University of Rochester Press.
- Martínez-Taboas, A. (1995). The use of the Dissociative Experiences Scale in Puerto Rico. *Dissociation*, 8, 14-23.
- Martínez-Taboas, A., & Bernal, G. (2000). Dissociation, psychopathology, and abusive experiences in a nonclinical Latino university student group. *Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology*, 6, 32-41.
- McCloskey, L. (1997). The continuum of harm: Girls and women at risk for sexual abuse across the lifespan. En D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Developmental perspectives on trauma: Theory, research, and intervention* (pp. 553-578). New York: University of Rochester Press.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: Results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91, 753-760.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1993). Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 163, 721-732.
- Mullen, P. E., Martin, J. L., Anderson, J. C., Romans, S. E., & Herbison, G. P. (1994). The effects of child sexual abuse on social, interpersonal and sexual function in adult life. *British Journal of Psychiatry*, 165, 35-47.
- O'Beirne-Kelly, H., & Reppucci, N. D. (1997). The sequelae of childhood sexual abuse: Implications of empirical

- research of clinical, legal and public policy domains. I. D. Cicchetti & S. L. Toth (Eds.), *Developmental perspectives on trauma* (pp.535-552) Rochester, NY: University of Rochester Press.
- Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L., & Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 129, 52-73.
- Pribor, E. F., & Dinwiddie, S. H. (1992). Psychiatric correlates of incest in childhood. *American Journal of Psychiatry*, 149, 455-463.
- Putnam, F. W. (2003). Ten-year research update review: Child sexual abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 269-278.
- Reyes, L. (2000). *Relación de variables de abuso sexual con la frecuencia de experiencias disociativas en una muestra de mujeres latinoamericanas agredidas sexualmente*. Disertación doctoral no publicada, Universidad Carlos Albizu, San Juan, PR.
- Riley, K. C. (1986). Measurement of dissociation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 449-450.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2003). Flourishing under fire: Resilience as a prototype of challenged thriving. En C. L. M. Keyes & J. Haidt (Eds.), *Flourishing: Positive psychology and the life well-lived* (pp.15-36). Washington, DC: American Psychological Association.
- Santa Mina, E., & Gallop, R. (1998). Childhood sexual abuse and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: A literature review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 793-800.
- Schiraldi, G. (2000). *The post-traumatic stress disorder sourcebook*. Illinois: Lowell House.
- Steinberg, M. (1995). *Handbook for the assessment of dissociation*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Ullman, S. E., & Brecklin, L. R. (2002). Sexual assault history and suicidal behavior in a National Sample of Women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 117-130.
- Walker, L.E.A. (1996). *Abused women and survivor therapy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Zanarini, M. C. (Ed.) (1997). *Role of sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.