

IMPACTO PSICOLÓGICO EN MUJERES MALTRATADAS



aecid
Agencia Española
de Cooperación
Internacional
para el Desarrollo



PACAM
patronato de ayuda a casos
de mujeres maltratadas

Patronato de Ayuda a Casos de Mujeres Maltratadas
(PACAM)

REPÚBLICA DOMINICANA 2009

Referencias Bibliográficas

de Expresión de Ira de Estado-Rasgo. Madrid: TEA.



Organización de las Naciones Unidas. (5 de Marzo de 2009). ONU llama borrar la discriminación contra la mujer. *Hoy Digital* , págs. 1-2.



Quiroga, M., Foschi, M., González, A., Moles, P., & Parisi, G. (2006). Personality traits and psychiatric disorders in females with violent partner relationships: a correlational study. *Vertex* , 17, 405-411.



Reynolds, C. R., Richmond, B., & Lowe, P. (2007). *AMAS: Escala de Ansiedad Manifiesta de Adultos*. México, D.F.: Manual Moderno.



Rodríguez de Armenta, M. (2008) *SOS...9 Mujeres maltratadas* .Ediciones Pirámide, 129, 237,236,237.



Spielberger, C., Gorsuch, R., & Lushene, R. (2008). *STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo* (7 ed.). Madrid: TEA.



Snaith, R.P., Baugh, S.J., Clayden, A.D, Husain, A. & Sipple, M.A. (1982). The Clinical Anxiety Scale: An Instrument Derived From the Hamilton Anxiety Scale. Recuperado el 29 de 7 de 2009, de [http://. bjp.rcpsych.org](http://bjp.rcpsych.org)



Steinmetz, D., & Tabenkin, H. (2008). Screening for domestic violence in primary care setting. *Harefuah* , 147, 978-981, 1030, 1029.



Walker, L. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.

Impacto psicológico en mujeres víctimas de violencia familiar:

El caso de la República Dominicana.

Evelyn Soraya Lara, Evelin González y Nancy Reinoso

Patronato de Ayuda a Casos de Mujeres Maltratadas, PACAM

Carlos B. Ruiz-Matuk.

Nota de Autor

Evelyn Soraya Lara, Evelin R. González y Nancy S. Reinoso, Departamento de Psicología, Patronato de Ayuda a Casos de Mujeres Maltratadas.

Esta investigación ha recibido el apoyo financiero de la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo.

Las correspondencias relativas al artículo deben ser dirigidas a Evelyn Soraya Lara, Patronato de Ayuda a Casos de Mujeres Maltratadas.

E-mail: pacamrd@gmail.com

Referencias Bibliográficas

Echeburúa, E., P.Corrall, Amor, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997).

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta* , 23, 503-526.



Elsberg, M. (1999).

Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan women: Results from a population-based study. *American Psychologist* , 54, 30-36.



Encuesta Nacional Demográfica y Salud. (2007). Calverton, Maryland, EEUU: Macro Internacional.



Hirigoyen, M. F. (1999). *El acoso moral* . Barcelona: España: Cairós.



Koss, M. P. (2000). Blame, Shame, and Community: Justice responses to violence against women. *American psychologist* , 55, 1332-1334.



McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., y otros.(1995).

The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Annals of Internal Medicine* , 123, 737-746.



Miguel-Tobal, J., M.I.Casado, Cano-Vindel, A., & Spielberger, C. (2006). *STAXI-2: Inventario*

Referencias Bibliográficas

American Psychiatric Association. (2000).

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

Washington, DC: American Psychiatric Association.



Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P. d., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (2002).

Repercusiones Psicopatológicas de la Violencia Doméstica en la Mujer en Función de las Circunstancias del Maltrato.



Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology, 2, 227-246.



Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2006). *BDI-II: Inventario de Depresión de Beck.*

Buenos Aires: PAIDÓS.



Derogatis, L. R. (2002).

Manual SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas. Madrid: TEA.



Dutton, M. A. (Septiembre de 1996).

Critique of the "Battered Women" Syndrome Model.

Recuperado el 12 de 4 de 2009, de <http://www.vawnet.org>

Resumen

Se investigó el impacto psicológico en 31 mujeres víctimas de violencia doméstica, que acudieron durante enero-abril de 2009 en busca de tratamiento a una institución de ayuda a la mujer maltratada en República Dominicana. Se aplicó un cuestionario de registro (PACAM, 2003), la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, P. Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasua, 1997), el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (Spielberger, Gorsuch, & Lushene, 2008), el Inventario de Depresión de Beck (Beck, Steer, & Brown, 2006), el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (Miguel-Tobal, M.I. Casado, Cano-Vindel, & Spielberger, 2006), la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (Reynolds, Richmond, & Lowe, 2007) y el Cuestionario de 90 Síntomas (Derogatis, 2002). Se encontró puntuaciones elevadas en el Trastorno de Estrés Postraumático, depresión, ansiedad e ira, una correlación significativa negativa entre el tiempo de relación y de maltrato con la reexperimentación ($r = .375, p < .05$; $r = .468, p < .05$, respectivamente) y con el control externo de la ira ($r = .382, p < .05$; $r = .403, p < .05$, respectivamente). Se interpretó estos resultados como la confirmación de la presencia de un "síndrome de la mujer maltratada". Palabras clave: Mujeres Maltratadas. Trastorno de estrés postraumático. Psicopatología.

Impacto psicológico en mujeres víctimas de violencia familiar:

El caso de la República Dominicana.

La violencia contra la mujer es, sin duda, uno de los más grandes desafíos de la salud pública por sus grandes implicaciones para el bienestar físico y psicológico de la mujer. Ha sido reconocida internacionalmente como un problema significativo. Según estadísticas de la ONU una de cada cinco mujeres ha sufrido una violación o un intento de violación, mientras que en algunos países una de cada tres mujeres ha sido maltratada (Organización de las Naciones Unidas, 2009).

En República Dominicana se ha identificado que el 16 por ciento de mujeres ha experimentado violencia física alguna vez por parte de su esposo o compañero, mientras que un 6 por ciento experimentó violencia sexual y 26 por ciento violencia emocional. Aproximadamente tres de cada diez mujeres (30 por ciento) han sido víctimas de algún tipo de violencia (Encuesta Nacional Demográfica y Salud, 2007).

Existe una amplia literatura que apoya que las víctimas de violencia tienen más probabilidad de presentar problemas de salud que mujeres que no han sido víctimas de maltrato (Kruse, 2003). La evidencia existente acerca de las consecuencias psicológicas de la violencia doméstica ha impulsado a muchos investigadores a identificarlo como el "síndrome de la mujer maltratada". Leonor Walker (1984) describe el síndrome como una adaptación a la situación aversiva caracterizada por el incremento de la habilidad de la persona para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor, además de presentar distorsiones cognitivas como la minimización, negación o disociación; por el cambio en la forma de verse a sí misma, a los demás y al mundo. También pueden desarrollar los síntomas del Trastorno del Estrés Postraumático, sentimientos depresivos y de rabia, baja autoestima, culpa y rencor. Suelen presentar problemas somáticos, disfunciones sexuales, conductas adictivas y dificultades en sus relaciones personales.

superan la influencia moderadora del estrato socioeconómico.

En conclusión, la existencia de un conjunto de síntomas tales como estrés postraumático, depresión y ansiedad, que son consecuencias de la violencia doméstica, nos permite confirmar

la presencia de un "síndrome de la mujer maltratada", que debe considerarse en un continuo que podría producir diferencias en sus manifestaciones a través del tiempo y del contexto.

Todo esto sugiere la necesidad de la aplicación de programas de intervención integral, tomando en cuenta estas variables psicopatológicas y su desarrollo. Por ello, a la luz de estos datos, se recomienda continuar con el seguimiento de apoyo psicoterapéutico a las mujeres incluidas en este estudio y la inclusión de los datos obtenidos en estos seguimientos a las víctimas en nuevas investigaciones donde se incorpore el registro de variables contextuales para entender más a fondo la evolución de las secuelas psicopatológicas de la mujer maltratada. En otro orden, se recomienda que para judicializar los casos de mujeres víctimas de violencia se tome en cuenta las secuelas psicológicas del maltrato recibido en cada caso.

En este sentido, podemos suponer que la presencia de la sintomatología asociada al síndrome puede manifestarse en un continuo que variaría de acuerdo al tiempo de la relación o de la cronicidad del maltrato, o incluso a la presencia de variables antecedentes al problema.

Un dato importante que puede confirmar este punto fue encontrar que a mayor tiempo en la relación de violencia la mujer víctima mostró menos reexperimentación del trauma, así como un menor control interno y mayor expresión externa de la ira. Hirigoyen (1999) indica que las víctimas llegan a descubrir su injusta suerte al tomar conciencia de la violencia sufrida, por tal razón es que la ira aparece a través del tiempo, siendo al principio, una reacción reprimida y, por lo tanto, ineficaz.

Una limitación importante para este estudio fue el carácter incidental y su tamaño. La muestra estudiada fue pequeña lo que limitó la potencia de las pruebas estadísticas para hacer comparaciones entre grupos estáticos como las mujeres denunciantes del maltrato frente a las no denunciantes o tipo de maltrato. El carácter incidental, por otro lado, redujo las posibilidades de encontrar grupos pertenecientes a diferentes estratos socioeconómicos.

En realidad, nuestra muestra presentó una tendencia muy amplia hacia uno de los estratos que pertenecen a niveles educativos altos. Sin embargo, aunque existe esta limitación en el sentido de poder generalizar los datos obtenidos en el estudio, es importante tomar en cuenta que al encontrarse en una población que no es justamente la de bajos recursos económicos, que a su vez podría estar afectada por problemas de tipo sociales, económicos, de salud, muchas veces confundidos con los efectos de maltrato, y aún así ver las mismas secuelas psicológicas encontradas en los estratos socioeconómicos bajos (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua & Zubizarreta, 2001), puede interpretarse como un apoyo a la teoría que afirma la presencia de un síndrome o cuadro psicopatológico en la mujer víctima de maltrato. En otras palabras, los efectos o las consecuencias psicopatológicas en las mujeres maltratadas

El modelo del síndrome de mujer maltratada ha sido criticado atribuyéndole vaguedad en su terminología, una insuficiencia para describir la variedad de las reacciones psicológicas de la mujer maltratada, la creencia de la exclusividad de secuelas psicológicas ante otras clases de consecuencias (salud, económicas, sociales, laborales, etc.), y la creación de una imagen psicopatológica en la mujer (Dutton, 1996).

Sin embargo, muchas investigaciones al respecto han apoyado históricamente la manifestación de este síndrome. Por ejemplo, McCauley, y otros (1995) encontraron que, comparadas con mujeres que no habían sido abusadas, pacientes que eran maltratadas en el momento de la consulta poseían más síntomas físicos, mayores niveles de depresión, ansiedad, y somatización, así como menores niveles de autoestima. Las pacientes maltratadas también abusaban de alcohol o drogas y habían intentado suicidio con mayor probabilidad.

Otro estudio, realizado en Nicaragua, con el propósito de medir la prevalencia y sus factores de riesgo de perturbación emocional en mujeres, halló que las que habían reportado abuso de parte de su compañero mostraron una probabilidad 6 veces mayor que las demás de experimentar perturbaciones emocionales (Elsberg, 1999).

En un estudio realizado en Argentina sobre las correlaciones entre rasgos de personalidad y trastornos psíquicos en mujeres con vínculos violentos de pareja (Quiroga, Foschi, González, Moles, & Parisi, 2006) se encontró una manifestación de síntomas depresivos y baja autoestima en las víctimas. Los instrumentos utilizados mostraron trastornos de ansiedad general y síntomas paranoides en mujeres con vínculos violentos tanto unidireccionales como bidireccionales.

En una investigación realizada en España sobre las repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta, & Sarasua, 2002) se encontró que la violencia sufrida por las víctimas

estudiadas era grave; la mayoría (62 por ciento) había sufrido maltrato físico, un 33 por ciento de la muestra había sido forzada por parte de su pareja y la violencia se había extendido al 63 por ciento de estas familias. Así mismo, desde una perspectiva psicopatológica, el trastorno de estrés postraumático estaba presente en el 46 por ciento de la muestra, que es un porcentaje similar al existente en las agresiones sexuales y más del doble del que se produce como consecuencia de cualquier otro tipo de delito.

Aún con esta acumulación de evidencias sobre las secuelas del maltrato en las mujeres, los datos revelan que la frecuencia de sentencias judiciales para compañeros que han ejercido maltrato y violaciones son minúsculas (Koss, 2000). En nuestro país esta situación no es diferente. Sin embargo, no existe mucha información que muestre las secuelas psicológicas en las mujeres dominicanas como consecuencia de la violencia doméstica.

De esta forma, este estudio tiene como propósito suplir esta deficiencia en la recopilación de datos que evalúen el impacto psicológico en mujeres dominicanas maltratadas, y las alteraciones psicopatológicas consecuentes en ellas.

Método

Participantes

La muestra del estudio es de 31 mujeres víctimas de maltrato doméstico que acudieron en busca de tratamiento al Patronato de Ayuda a Casos de Mujeres Maltratadas, PACAM, en República Dominicana, en el lapso enero-abril de 2009. La demanda de ayuda de estas mujeres es producida por la información difundida a través de medios de comunicación, charlas barriales, material informativo y/o referidas por otras mujeres que han recibido los servicios de la institución. En la Tabla 1 aparecen descritas las características de la muestra. Estas mujeres, en general, son relativamente jóvenes (la mayoría es de menos de 40 años),

Discusión

El presente estudio tuvo como propósito determinar el impacto psicológico y las alteraciones psicopatológicas consiguientes en mujeres dominicanas maltratadas. Las víctimas de violencia presentan un cuadro psicopatológico caracterizado por el trastorno de estrés postraumático, síntomas de ansiedad, depresión y sufrimiento psíquico. Dentro de los cuadros clínicos estudiados en las participantes destaca con una presencia elevada el estrés postraumático.

Asímismo, se destacan la ansiedad y la depresión. Estos datos corroboran la evidencia existente acerca de las consecuencias psicológicas de la violencia doméstica que Walker (1984) identificó como el "síndrome de la mujer maltratada" y refutan la posición de Dutton (1996) quien le atribuye una vaguedad terminológica, la cree insuficiente, debido a que existe una gran variedad de reacciones psicológicas de la mujer maltratada, y le acusa de crear una imagen psicopatológica en la mujer.

No obstante, nuestros hallazgos apoyan la idea de que la identificación del síndrome puede ser útil si se considera como una categoría descriptiva y no diagnóstica. Por ejemplo, en este sentido, lo que la mujer pueda padecer es transitorio y secundario al vínculo traumático-violento que establece el maltratador. Además, el padecimiento no la invalida para desempeñar la crianza de sus hijos ni implica patología ni alienación mental. La sintomatología disminuirá gradualmente. Pero, lo hará de forma mucho más acelerada cuando se reciba apoyo psicológico. Los resultados de este estudio confirman los hallazgos encontrados por McCauley y Colbs. (1995) de que las mujeres mostraban mayores niveles de depresión, ansiedad y somatizaciones, los de Quiroga, Foschi, González, Moles, & Parisi, (2006), quienes encontraron manifestaciones de síntomas depresivos y baja autoestima en las víctimas, así como los de Amor, y Colbs. (2002) quienes también encontraron la presencia de estrés postraumático, ansiedad y depresión.

externo de la ira ($r = .382, p < .05$; $r = 403, p < .05$, respectivamente). Por último, el tiempo sintiendo malestar se correlacionó significativamente con el control interno de la ira ($r = .358, p < .05$) y con el índice de expresión de ira ($r = .386, p < .05$).

Tabla 7. Correlaciones entre tiempo de relación, tiempo de maltrato y tiempo sintiendo malestar con los indicadores de Estrés Postraumático y la Ira.

	Tiempo de la relación	Tiempo de maltrato	Tiempo sintiendo malestar
TEPT	-0.209	-0.327	-0.124
REXP	-0.375*	-0.368*	-0.262
E	-0.185	-0.294	-0.068
A	0.03	-0.067	-0.002
EEI	0.266	0.252	0.457
ERI	0.109	0.033	0.184
EExt	0.124	0.075	0.197
EII	-0.049	-0.113	0.097
CEI	-0.343	-0.382*	-0.403*
CII	-0.253	-0.323	-0.358*
IEI	0.264	0.276	0.386*

* Correlación es significativa al nivel de 0.05 (2-colas).
 ** Correlación es significativa al nivel de 0.01 (2-colas).

Nota: TEPT = Trastorno de Estrés Postraumático; REXP = Reexperimentación; E = Evitación; A = Activación; EEI = Escala de Estado de Ira; EEI = Escala de Rasgo de Ira; EII = Expresión Interna de la Ira; CEI = Control Externo de Ira; CII = Control Interno de la Ira; IEI = Índice de Expresión de Ira.

cuentan con un nivel académico alto. Presentan una larga historia de maltrato.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra

		Frecuencia	%
Nivel Académico	Primario	1	3.3
	Secundario	2	23.3
	Técnico	1	3.3
	Universitario	21	70.0
	Total	30	100.0
		Media	DT
Edad en años		38.77	7.531
(Rango : 25-26 años)			

Instrumentos:

Los instrumentos de evaluación empleados en esta investigación son los siguientes:

-Cuestionario de registro para las víctimas de violencia doméstica (PACAM, 2003).

A partir de los datos suministrados por la mujer se evaluó el tipo de maltrato, años de relación, duración del maltrato, edad y nivel educativo.

-Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)
 (Echeburúa, P.Corrall, Amor, Zubizarreta, & Sarasua, 1997).

La Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático es una entrevista estructurada que sirve para evaluar la gravedad e intensidad de los síntomas de este cuadro clínico -según los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) en víctimas de diferentes sucesos traumáticos.

Esta escala, estructurada en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, consta de 17 ítems, de los que 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. El rango es de 0 a 51, en la escala global; de 0 a 15, en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21, en la de evitación; de 0 a 15, en la de activación. La eficacia diagnóstica de la escala es muy alta (95,45%) si se establece un punto de corte global de 15, y unos puntos de corte parciales de 5, 6 y 4 en las subescalas de reexperimentación, evitación e hiperactivación, respectivamente. Las propiedades psicométricas de la escala son asimismo muy satisfactorias (Echeburúa, P.Corrall, Amor, Zubizarreta & Sarasua, 1997). El coeficiente de fiabilidad alfa para esta muestra es de 0.93.

-Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)
(Spielbelger, Gorsuch, & Lushene, 2008)

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la Ansiedad-Rasgo y de otros 20 relacionados con la Ansiedad-Estado. El rango de las puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte para la población femenina en el STAI-Estado es de 31 (correspondiente al percentil 75). La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la escala de Ansiedad-Rasgo, bastante más alta, como es lógico, que en la de Ansiedad-Estado (r=0,40). La consistencia interna oscila de 0,83 a 0,92. AMOR *et al.* Repercusiones de la violencia doméstica 233 RIPCS/IJCHP, Vol. 2, N°2. Por otra parte, la validez convergente con otras medidas de ansiedad oscila entre 0,58 y 0,79. En la presente muestra, este instrumento presenta unos niveles de consistencia interna de 0.81.

-Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
(Beck, Steer, & Brown, 2006)

Es un instrumento de autoinforme que consta de 21 ítems (rango: 0-63 puntos) y evalúa la intensidad de los síntomas depresivos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre

rasgo de ansiedad y las medidas de los síntomas de ansiedad por la escala de Hamilton (r = .405, p < .05). Por último, en la Tabla 6 pueden verse las correlaciones significativas entre la Ansiedad medida por la escala de Hamilton y los síntomas de ansiedad general y fóbica

medidas por el SCL-90. Todas las correlaciones significativas fueron positivas.

Tabla 6. Correlaciones entre las escalas de ansiedad aplicadas a las participantes.

	Inquietud/ hipersensi- bilidad	Ansiedad Fisiológica	Preocu- paciones sociales/ estrés	Escala de Mentira	State Trait Anxiety Scale	Estado de Ansiedad	Rasgos de Ansiedad	ANSIEDAD (Halmiton)	Asiedad (SCL-90)	Asiedad Fóbica (SCL-90)
Escala de Ansiedad Manifiesta de Adultos	.957(**)	.882(**)	.904(**)	.234	.317	.245	.354	.182	.238	.069
Inquietud/hipers Sensibilidad		.796(**)	.864(**)	.149	.351	.249	.419(*)	.228	.296	.060
Ansiedad Fisiologica			.781(**)	-.109	.220	.175	.239	.234	.328	.155
Preocupaciones sociales/estrés				.042	.260	.163	.337	-.063	.122	-.039
Escala de Mentira					.127	.173	.046	.023	.203	-.042
State Trait Anxiety Scale						.940(**)	.903(**)	.320	.372(*)	.282
Estado de Ansiedad							.703(**)	.211	.173	.134
Rasgos de ansiedad								.405(*)	.559(**)	.420(*)
ANSIEDAD (Halmiton)									.754(**)	.643(**)
Ansiedad (SCL-90)										.758(**)

* Correlación es significativa al nivel de 0.05 (2-colas).
** Correlación es significativa al nivel de 0.01 (2-colas).

Asimismo, se realizó un análisis de correlaciones entre las variables asociadas al tiempo del maltrato y las dimensiones del estrés postraumático y la ira (ver Tabla 7). Se descubrió que existe una correlación significativa, aunque negativa, entre el tiempo de relación y de maltrato con la reexperimentación (r = .375, p < .05; r = .468, p < .05, respectivamente). El tiempo de maltrato y el tiempo sintiendo malestar se correlacionaron significativamente con el control

correlaciona significativamente con todas las escalas incluidas en el análisis. En contraste, la ansiedad manifiesta no se correlacionó con ninguna de las variables clínicas.

Tabla 5. Matriz de correlaciones entre las variables estudiadas.

	Beck Depression Inventory	Escala de Ansiedad Manifiesta de Adultos	State Trait Anxiety Scale	ANSIEDAD	Escala de Estado de Ira	Intensidad del Sufrimiento psíquico y psicossomático global
Trastorno de Estrés Post Traumático	.481(*)	.232	.398(*)	.613(**)	.361	.592(**)
Beck Depression Inventory		.512(**)	.412(*)	.577(**)	.461(*)	.712(**)
Escala de Ansiedad Manifiesta de Adultos			.317	.182	.084	.308
State Trait Anxiety Scale				.320	.225	.471(**)
ANSIEDAD					.316	.749(**)
Escala de Estado de Ira						.373(*)

* Correlación es significativa al nivel de 0,05 (2-colas).
 ** Correlación es significativa al nivel de 0,01 (2-colas).

Debido a que encontramos altos niveles de ansiedad en la mayoría de las participantes, lo que pudo verificarse en las diversas escalas utilizadas, se realizó un análisis correlacional entre todos los índices de ansiedad, con el fin de representar el perfil de las mujeres maltratadas en esta dimensión emocional (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta, & Sarasua,2002). La matriz de correlaciones entre estos índices se muestra en la Tabla 6. Como puede observarse, las escalas globales de Ansiedad Manifiesta de Adultos se correlacionan ampliamente entre sí y con la medida global. Por otro lado, la escala de Estado Rasgo, mostró el mismo cuadro: las subescalas se correlacionan ampliamente entre sí. En adicción, las escalas y subescalas que mostraron interrelaciones significativas fueron entre inquietud-hipersensibilidad y rasgo de ansiedad ($r = .419, p < .05$). También se observó una correlación significativa entre el

la población sana y la población aquejada de sintomatología depresiva es 18 (Steer y Beck, 1988). En sus ítems se da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93; desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66. El coeficiente de fiabilidad en el presente estudio fue de 0.95.

-Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (*The State-Trait Anger Expression Inventory-2, STAXI-2*)
 (Miguel-Tobal, M.I.Casado, Cano-Vindel, & Spielberger, 2006)

Esta versión española del *STAXI-2* está formada por 49 ítems, que evalúan diferentes aspectos de la ira. Todos los ítems tienen un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos. El inventario está constituido por seis escalas: Estado de Ira, Rasgo de Ira, Expresión Externa de Ira, Expresión Interna de Ira, Control Externo de Ira y Control Interno de Ira; además, presenta cinco sub-escalas, tres en la escala de estado, que evalúan distintos componentes de la intensidad de la ira como estado emocional (Sentimiento, Expresión Verbal y Expresión Física), y dos sub-escalas en escala de rasgo (Temperamento de Ira y Reacción de Ira). Por último, proporciona un índice de expresión de ira como medida total de la expresión de ira. Para el estudio de fiabilidad y consistencia interna se llevaron a cabo dos estudios. En el primero de ellos se hizo una prueba de correlación test-retest, con un intervalo temporal de dos meses, en la que se obtuvieron correlaciones que oscilaron entre 0,61 de la sub-escala Expresión Interna y 0,71 de la escala Rasgo de Ira. En la escala Estado de Ira, al ser una medida variable en el tiempo, se obtuvieron valores más bajos, oscilando éstos entre 0,17 (Expresión Física) y 0,25 (Sentimiento). En el segundo estudio se calculó el coeficiente alfa de Cronbach en todas las escalas y subescalas, los cuales oscilaron entre 0,67 (Expresión Interna) y 0,89 (Estado de Ira). El estudio sobre su estructura factorial se llevó a cabo sobre una muestra de 1.173 adultos

normales; en todos sus factores se obtuvieron saturaciones superiores a 0,30. Los coeficientes alfa de Cronbach entre 0,74 (Expresión de Ira) y 0,90 (Estado de Ira). En el presente estudio la escala obtuvo niveles de coeficientes alfa de Cronbach de 0.75.

Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos (AMAS-A)
(Reynolds, Richmond, & Lowe, 2007).

Está diseñada para evaluar el nivel de ansiedad que experimentan los individuos a lo largo del rango de edad que va desde la adultez temprana hasta la mediana edad tardía. Está normativizada para individuos de 19 a 59 años. Este instrumento consta de 36 reactivos, contiene tres subescalas de ansiedad y una de validez. La subescalas de Inquietud/Hipersensibilidad (IHS) consta de 14 reactivos. La subescala de Ansiedad Fisiológica (FIS) que es una medición de la respuesta somática a la ansiedad y el estrés; contiene 9 reactivos. La subescala de Preocupaciones Sociales /Estrés (SOC) incluye 7 reactivos que reflejan los factores relacionados con el estrés que se asocian a la edad adulta. La subescala de Mentira es una escala de validez de 6 reactivos que ejemplifican conductas ideales. La puntuación de la subescala de ansiedad total (TOT) es la suma de las puntuaciones de todas las subescalas, exceptuando la de Mentira. Los coeficientes alfa para las escalas del AMAS-A se encontraron en un rango entre 0.71 a.091. En el presente estudio se encontró un coeficiente de Fiabilidad de Alfa de 0.94.

El Cuestionario de 90 Síntomas (SCL-90-R, Symptom Checklist 90 Revised)
(Derogatis, 2002).

Es un instrumento de autoaplicación desarrollado para evaluar el grado de malestar psicológico actual que experimenta una persona. Está normativizada para individuos de más de 13 años de edad. Consiste en un listado de 90 síntomas de variado nivel de gravedad, frente a los cuales el respondiente debe indicar en qué medida lo ha molestado o perturbado cada uno de estos problemas durante el período comprendido entre el día de la evaluación y la semana

A modo de resumen se presentan las puntuaciones obtenidas por la Escala SCL-90 en la Tabla 4.

Tabla 4. Intensidad, presencia y número de síntomas de sufrimiento psíquico y psicossomático de las mujeres maltratadas.

	Min	Max	Media	DT
Intensidad del Sufrimiento psíquico y psicossomático global	0.22	3.67	1.62	0.83
Número de Síntomas Presentes	13.00	87.00	59.26	21.10
Intensidad sintomática media	1.11	3.79	2.32	0.67
Somatización	0.08	3.75	1.72	1.05
OC	0.00	3.60	1.81	0.95
Sensibilidad Interpersonal	0.00	3.67	1.47	0.93
Depresión	0.15	3.69	2.09	1.02
Ansiedad	0.10	3.70	1.80	1.02
Hostilidad	0.00	3.33	1.32	1.03
Ansiedad Fóbica	0.00	4.00	1.06	1.06
Ideación Paranoide	0.00	3.83	1.38	0.83
Psicoticismo	0.00	3.60	1.27	0.83
Síntomas misceláneos	0.00	3.86	1.79	0.88

Para profundizar en las relaciones entre las variables clínicas o psicológicas se realizó un análisis correlacional entre las escalas globales utilizadas para el estudio. La matriz de las correlaciones se presenta en la Tabla 5. Puede destacarse que el Trastorno de Estrés Postraumático se correlaciona con la Depresión, el Estado de Ansiedad (aunque no la ansiedad manifiesta), y la Intensidad del Sufrimiento psíquico y psicossomático global. Esta escala tampoco correlacionó significativamente con el Estado de Ira. Por otro lado, la depresión se

muy elevado (ver la Tabla 3). La puntuación promedio de depresión puede ser considerada muy alta (24.3) si la comparamos con una puntuación corte de 18 que corresponde al percentil 75. Las escalas de ansiedad también mostraron rangos relativamente altos en su mayoría. La misma situación se observa al medir la Ira. Todo esto nos describe una situación en que las participantes víctimas de maltrato muestran un nivel de adaptación muy pobre y un cuadro psicopatológico preocupante.

Tabla 3. Alteraciones psicopatológicas en las mujeres maltratadas

Variables	N	Media	DT
Trastorno de Estrés Post Traumático			
Escala Global (Rango: 3-51)	28	26.82	11.87
Reexperimentación (Rango 0-15)	28	7.04	4.19
Evitación (Rango: 0-21)	28	10.79	5.57
Aumento de la Activación (Rango: 0-15)	28	9.00	4.16
Depresión			
Beck Depression Inventory (Rango: 2-55)	30	24.33	13.61
Ansiedad			
Escala de Ansiedad Manifiesta de Adultos (Rango: 8-57)	31	24.13	9.43
Inquietud/hipersensibilidad (3-21)	31	10.26	3.88
Ansiedad Fisiológica (Rango: 0-17)	31	5.87	3.76
Preocupaciones sociales/estrés (Rango: 1-12)	31	4.48	2.16
Escala de Mentira (Rango: 1-7)	31	3.52	1.95
State Trait Anxiety Scale (Rango: 39-95)	31	61.65	15.23
Estado de Ansiedad (Rango: 16-54)	31	29.26	9.19
Rasgo de ansiedad (Rango: 21-51)	31	32.39	7.30
ANSIEDAD (Escala de Halmiton (Rango: 22-73)	29	47.41	12.33
Ira			
Escala de Estado de Ira (Rango: 15-54)	30	26.23	10.78
Escala de Rasgo de Ira (Rango: 10-38)	30	22.87	7.66
Expresión Externa de Ira (Rango: 6-19)	30	10.87	3.81
Expresión Interna de Ira (Rango: 6-18)	30	12.57	3.27
Control Externo de Ira (Rango: 6-24)	30	14.63	5.37
Control Interno de la Ira (Rango: 6-24)	30	14.93	4.86
Índice de Expresión de Ira (Rango: 4-51)	30	29.87	12.81

inmediatamente anterior. Para responder se ofrece una escala de cinco opciones: “nada en absoluto”, “un poco”, “moderadamente”, “bastante” y “mucho o extremadamente”, que en la corrección es valorada en un rango de “0 a 4 puntos”. Este cuestionario consta de nueve dimensiones primarias de síntomas (*Somatización, Obsesión-Compulsión, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide, Psicoticismo,*) y tres índices globales de psicopatología: *de Gravedad Global, (GSI) de Malestar Positivo (PSDI), y total de Síntomas Positivos (PST)*. Las propiedades psicométricas del SCL-90-R han resultado apropiadas y estables a través del tiempo, países, grupos de edad y tipos de población evaluada (pacientes versus no pacientes). Sin abundar en detalles, la fiabilidad de las nueve dimensiones alcanza valores cercanos o superiores a $r = 0.70$ en la mayoría de los estudios de Habilidad test-retest, y en torno a 0.80 en los análisis de consistencia interna (Derogatis, 1994; Derogatis & Savitz, 2000). En el presente estudio la escala demostró tener adecuadas propiedades psicométricas, obteniéndose coeficientes alfa de Cronbach de 0.98

La escala de ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1959. Ha sido mundialmente utilizada con el objetivo de valorar el grado de ansiedad en pacientes ya diagnosticados. Es una escala que describe la sintomatología ansiosa del paciente. Sin embargo, no es utilizada para realizar diagnósticos finales. En la presente investigación la escala demostró tener adecuadas propiedades psicométricas, obteniéndose coeficientes alfa de Cronbach de 0.89

Procedimiento

Las mujeres fueron estudiadas al momento de su llegada inicial al PACAM, tras haber llenado el cuestionario de registro. El estudio fue realizado en 3 sesiones de una hora cada una por dos psicólogas entrenadas en intervención con mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. Durante la ejecución de las pruebas las terapeutas estaban presentes para resolverles las dudas que se les presentaran. Estas entrevistas fueron realizadas en un consultorio

donde posteriormente recibirían intervención psicoterapéutica. La aplicación de los instrumentos fue contrabalanceada para evitar la amenaza de los instrumentos a la validez interna.

Resultados

En esta sección se describen algunas de las situaciones del maltrato, así como variables socio demográficas y condiciones psicopatológicas de la mujer. Luego se presentan los resultados del análisis de las relaciones, tanto entre las situaciones del maltrato y estas condiciones, cuanto entre las condiciones psicopatológicas.

Contexto del maltrato doméstico

Se indagó con relación a los sucesos del maltrato doméstico al que han sido sometidas las mujeres participantes del estudio al momento de ser evaluadas. La Tabla 2 resume la información obtenida a este respecto. Cabe destacar que sólo el 39 por ciento dijo haber denunciado a su cónyuge, a pesar de que más del 77 por ciento declaró haber sido maltratada físicamente y más de un 87 por ciento verbalmente. La intensidad de la violencia puede probarse al ver la proporción de maltrato psicológico, sexual y económico. La duración también constituye un aspecto relevante. Por ejemplo, si comparamos el promedio de la relación (12.61 años) y del maltrato (11.30 años), la aparición de este último no rebasa más de un año de la relación. Sin embargo, el tiempo de malestar debido al maltrato parece resistir unos años más para su manifestación. Todo esto indica que la situación de maltrato es crónica y de larga evolución, con un rango de tiempo muy amplio (observe los años promedio de duración del maltrato).

Un análisis de las relaciones entre la decisión de denunciar al cónyuge y el tipo de maltrato reveló que la denuncia no tuvo que ver con el tipo de maltrato. Las pruebas Chi

cuadrado aplicadas no indicaron relaciones significativas al nivel de 0.05. Sin embargo, aunque no fue la mayoría, de las nueve mujeres denunciantes 8 habían sido maltratadas físicamente, lo que puede indicar que ser maltratada físicamente es una condición necesaria pero no suficiente para que la mujer se anime a denunciar el maltrato y al maltratador.

Tabla 2. Contexto del maltrato doméstico al que han sido sometidas las participantes

	Frec.	%
Denuncio al cónyuge	9	39.13
Maltrato Físico	24	77.42
Maltrato Psicológico	18	58.06
Maltrato Sexual	8	25.81
Maltrato Económico	5	16.13
	Mean	DT
Tiempo de la relación (Rango: 1-32)	12.61	6.99
Tiempo de Maltrato (Rango: 3 meses-32 años)	11.30	7.30
Tiempo sintiendo malestar (2 meses-32 años)	8.12	8.28

Un análisis sobre las relaciones entre los tipos de maltrato indicó una correlación positiva y significativa entre el maltrato verbal y físico ($r = .483, n = 31, p = .006$), y una correlación negativa significativa entre el maltrato físico y económico ($r = .392, n = 31, p = .029$). Asimismo, el maltrato psicológico y sexual mostraron una correlación positiva significativa ($r = .360, n = 31, p = .05$).

Alteraciones psicopatológicas

Dentro de los cuadros clínicos estudiados en las participantes se destaca el estrés postraumático. Por ejemplo, el promedio de la Escala de Gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático es