



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Jaramillo, Diva Estela; Uribe, Tulia María; Ospina, Doris Elena; Cabarcas, Germán
Medición de distrés psicológico en mujeres maltratadas, Medellín, 2003
Colombia Médica, vol. 37, núm. 2, abril-junio, 2006, pp. 133-141
Universidad del Valle
Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28337208>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Medición de distrés psicológico en mujeres maltratadas, Medellín, 2003¹

DIVA ESTELA JARAMILLO, ENF., MSP², TULIA MARÍA URIBE, ENF., MDSE³,
DORIS ELENA OSPINA, PSICOL. MSC⁴, GERMÁN CABARCAS, MATEM., MCM⁵

RESUMEN

Objetivo: Este trabajo establece la correlación entre distrés en mujeres maltratadas y malos tratos inflingidos por sus compañeros.

Materiales y métodos: La muestra la constituyen 199 mujeres consultantes por violencia doméstica a las comisarías de familia de Medellín, durante el año 2003. Para medir el distrés se utilizó la lista de Síntomas de distrés (SCL-90R) de Derogatis y para medir los malos tratos la Escala de Tácticas de Resolución de Conflictos (CTS) de Straus y Gelles. La edad de las mujeres osciló entre 16 y 72 años, media de 35.47 años y desviación estándar de 10.00.

Resultados: Se calcularon los promedios de las nueve dimensiones de síntomas primarios y los tres índices globales de distrés, que son significativamente mayores, $p < 0.0001$, que los valores de referencia establecidos por Derogatis para mujeres *no pacientes* y cercanos a los de las mujeres pacientes psiquiátricas en tratamiento ambulatorio, pues los superan en algunas dimensiones. Se calcularon el índice total de violencia y el de severidad de las lesiones; se vio correlación con los tres índices globales y las nueve dimensiones de síntomas de la SCL-90R. El síndrome de estrés post-traumático se encontró en 54.2% de las mujeres, que presentaron mayor frecuencia de agresiones mayores con o sin ataque sexual, p de 0.0091 y 0.027, respectivamente.

Conclusiones: Los estudios en violencia doméstica muestran una relación compleja entre estrés y malos tratos, ambos factores de riesgo para el deterioro de la salud y calidad de vida de las mujeres. La aplicación de los instrumentos puede aumentar las oportunidades para la comunicación con las mujeres e incrementar el reconocimiento del problema y sus consecuencias.

Palabras clave: Mujeres maltratadas; Estrés postraumático; Violencia doméstica; Estrés.

Measurement of psychological distress in battered women, Medellín, 2003

SUMMARY

Objective: This paper deals with the correlation between distress in battered women and abuse by their mates.

Materials and methods: The sample involves 199 women referring their domestic violence cases to family legal agencies in Medellín, Colombia, during 2003. To measure distress the Derogatis Distress Symptom List (SCL-90R) was used. To measure abuse the Strauss and Gelles Conflict Tactics Scale (SCT) was used. The age of the women was between 16 and 72 yo. Average age 35.47 years. Standard deviation 10.00.

Results: According to SCL-90R nine primary symptoms dimensions and three global distress indexes were calculated. Those are superior ($p < 0.0001$), than the reference values established by Derogatis for non-patient women and close to the women's psychiatric patients ambulatory treatment. The total violence index and the severity of the injuries index were calculated and a correlation was found with the three global indexes and the nine symptom dimensions in the SCL-90R. The posttraumatic stress syndrome was found in 54.2% of the women that presented more frequent major aggressions, with or without sexual attack, respectively p 0.091 and 0.027.

Conclusions: Studies on domestic violence indicate a complex relationship between stress and battering. Both are risk factors for women's health and quality of life. The application of instruments could enhance the opportunities for communication with the women and increases the recognition of the problem and its consequences.

1. Investigación realizada por el grupo Salud de las Mujeres, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia, con el financiamiento de COLCIENCIAS.

2. Docente Titular, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. e-mail: divajara@epm.net.co

3. Docente Jubilada, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. e-mail: tumagui@epm.net.co

4. Docente Auxiliar, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. e-mail: doris@tone.udea.edu.co

5. Docente Jubilado, Universidad Nacional de Colombia, Medellín, Colombia. e-mail: gcabarcas@epm.net.co

Recibido para publicación febrero 16, 2005 Aceptado para publicación marzo 15, 2006

Key words: *Battered women; Domestic violence; Distress; Posttraumatic stress disorder.*

En la actualidad el estrés se entiende como una transacción entre la persona y el ambiente, o como una situación resultante de la interpretación y valoración de los acontecimientos que la persona hace¹. Desde este punto de vista, el estrés es la condición que resulta cuando existe una discrepancia, real o percibida, entre las demandas de la situación y los recursos biológicos, psicológicos o sociales que el individuo interpreta como una amenaza que pone en peligro su bienestar¹. Cuando el estrés se presenta en forma crónica, prolongado en el tiempo, continuo, aunque no de necesidad intenso, pero que exige adaptación permanente, supera la capacidad de control del individuo, se rompe el equilibrio entre demanda y resistencia y aparecen las llamadas enfermedades de adaptación. Es decir, el organismo se encuentra sobre-estimulado, se agotan sus resistencias fisiológicas y el estrés se convierte en distrés². Esta es una situación generalmente crónica, con la que se convive sin darse cuenta, que da origen a numerosas alteraciones emocionales como ansiedad, miedos, fobias, inseguridad, tensiones, cansancio, agotamiento y problemas de relación social, entre otros³.

En los estudios sobre maltrato físico a mujeres, el estrés se ha analizado como causa y efecto de la violencia intrafamiliar. Cuando el estrés se entiende como causa de esta violencia, se considera una respuesta justificada e involuntaria del agresor y no una estrategia de afrontamiento cuya utilización ha sido elegida por el otro⁴. Esta interpretación se deriva de las explicaciones que la teoría sistémica hace de la violencia familiar en la que predomina la noción de causalidad circular, que atribuye igual responsabilidad a hombres y a mujeres por la violencia y percibe a ambos como víctimas⁵. Mc Cubbin *et al.*⁶ afirman que los malos tratos son el resultado del estrés y la frustración producida en la unidad familiar, que se manifiesta en agresiones hacia los miembros más débiles. En relación con lo anterior, Gelles⁷ considera que la violencia familiar está en íntima relación con el estrés social. Así, desde esta perspectiva se entiende que la violencia familiar se presenta cuando un individuo se encuentra bajo estrés y carece de los recursos personales y estrategias de afrontamiento para mitigar su impacto⁸. Esta interpretación se ubica dentro de las teorías sociológicas, que plantean que situaciones como desempleo, malas condiciones laborales, bajos ingresos económicos y déficit en asistencia social,

entre otros, son el origen social del estrés que provoca la violencia familiar. Desde este enfoque, la atención se centra en el agresor y en la identificación de las causas que generan el estrés, y se piensa que la falta de estrategias de afrontamiento hace que éste se perpetúe.

Cuando el estrés se considera un efecto de la violencia intra-familiar, se entra en el modelo explicativo que plantea la violencia como una condición estructural. En este sentido, la violencia hacia las mujeres se entiende como una consecuencia de la desigualdad entre los sexos y debilidades en estructuras como el matrimonio y la familia, pues se hace imposible comprender la naturaleza de la violencia sin captar el contexto donde ocurre. Quienes hacemos énfasis en esta perspectiva nos ubicamos regularmente en las teorías feministas, que plantean que la violencia masculina hacia las mujeres es una expresión de poder, cuya raíz es social y no radica en la psicopatología individual de los agresores⁵.

Los malos tratos, entendidos como amenaza grave a la identidad e integridad de las mujeres, se convierten en un gran generador de estrés, e implican la agresión como evento puntual pero además, incluyen la tensión que se produce por la posibilidad de agresiones futuras⁵. En esta perspectiva, se considera que, además del estrés que se produce de manera directa con el maltrato, también se presenta el derivado de las situaciones que tienen que enfrentar las mujeres maltratadas en áreas como la laboral, la social y la familiar, ámbitos en los que ellas tienen que hacer esfuerzos emocionales importantes para ocultar las secuelas de la violencia. En ese sentido, independientemente de que los malos tratos se produzcan como causa del estrés social o como manifestación de la inequidad entre los sexos, se pueden ver como una estrategia inadecuada de resolución de conflictos en el ámbito familiar, que deteriora la calidad de vida y la salud de las mujeres.

Las investigaciones que se ocupan de identificar técnicas para resolver problemas en la pareja, han mostrado que el patrón de violencia entre hombres y mujeres es diferente y que la severidad de las lesiones recibidas es más alta en mujeres que en hombres⁵. Algunas de estas investigaciones señalan que la frecuencia y la severidad del maltrato se relacionan significativamente con el tipo de respuestas de las mujeres en los ámbitos cognoscitivo, emocional y conductual. Walter⁹ considera que las respuestas de las mujeres ante las situaciones de estrés son ineficaces debido a que ellas padecen de desesperanza. Es decir, piensan que cualquier respuesta de enfrentamiento

carece de efectividad para cambiar su situación. También se considera que estas respuestas predicen la sintomatología ante el estrés como depresión, ansiedad, dolores de cabeza persistentes, dolores de espalda y problemas estomacales, entre otros. Estos trabajos evidencian que el número total de síntomas físicos y psicológicos discrimina los grupos, por cuanto las mujeres que han sufrido formas severas de maltrato físico tienen más síntomas que aquellas que han experimentado maltrato físico ligero o leve⁵. Römken¹⁰ encontró que las mujeres maltratadas manifestaban más quejas físicas que depresivas; lo que le hizo sugerir que las víctimas tienden en un primer momento a negar, a nivel cognoscitivo, el impacto emocional de la victimización.

De la misma manera, Bowker y Maurer¹¹ describen la severidad de los malos tratos como predictor de la frecuencia de las agresiones sexuales y no sexuales. Hanneke *et al.*¹² mostraron que las mujeres que habían sufrido con frecuencia violación marital mostraban menor autoestima, tenían peores actitudes hacia su propio matrimonio/relación, manifestaban más reacciones psicósomáticas y tenían más probabilidad de haber intentado suicidarse.

Es de anotar que aunque los índices de frecuencia y severidad son muy importantes a la hora de valorar el maltrato, algunas investigaciones han mostrado que a pesar de la evidencia existente sobre que la violencia rigurosa o prolongada crea secuelas muy graves, también la violencia leve genera reacciones traumáticas severas. Es decir, de la misma manera, mujeres que han experimentado malos tratos durante un corto período pueden sufrir consecuencias psicológicas tan serias como las que han sufrido esa situación en años. Por esta razón se considera que en el futuro las investigaciones deben ayudar a descubrir en qué medida la intimidación, el control y otras tácticas de ejercicio del poder pueden explicar reacciones traumáticas profundas que no se explican con el grado, severidad o duración del maltrato⁵.

Como consecuencia de los malos tratos, las mujeres presentan con frecuencia el síndrome de estrés postraumático¹³, que se entiende como una reacción a un evento traumático extremo que implica amenaza o riesgo de muerte o daños y amenaza a la integridad física. Algunos de los síntomas característicos del estrés postraumático son: re-experimentación del trauma, donde se incluyen recuerdos, pesadillas e imágenes ajenas sobre la situación traumática; negación de señales internas y externas asociadas con el trauma e incremento del estado de alerta que

causa insomnio, irritabilidad, falta de concentración e hipervigilia. Varios investigadores han mostrado que el estrés postraumático es la categoría de diagnóstico que mejor describe los síntomas observados en la mayoría de las mujeres maltratadas pero que también contribuye a que el problema de la violencia doméstica quede oculto en los informes epidemiológicos de salud mental. A esto se suma que dicho síndrome crea en las mujeres la duda de estar volviéndose «locas» razón por la cual muchas temen hablar de lo que les pasa⁵.

Dada la compleja relación entre distrés, malos tratos y las dificultades y carencias existentes en el medio colombiano para orientar intervenciones en el campo de la violencia doméstica, este trabajo pretende conocer los niveles de distrés en las mujeres maltratadas, consultantes en las Comisarías de Familia de la ciudad de Medellín y determinar su relación con la frecuencia y la intensidad del maltrato recibido, así como con la severidad de las lesiones ocasionadas por el mismo. Se considera que de esta manera se contribuye al conocimiento que los profesionales de la salud deben tener sobre la gravedad del problema y se ofrecen algunos recursos para pensar en posibles intervenciones.

METODOLOGÍA

Muestra. La muestra, determinada por conveniencia, se conformó con 199 mujeres maltratadas, consultantes, durante el 2003, en 11 de las 17 comisarías de familia existentes en la ciudad de Medellín. Se consideró que al tomar una muestra de 199 mujeres se podrían establecer comparaciones con un estudio similar que hizo Humphreys¹⁴ en una muestra de 50 mujeres, albergadas en casas refugio, en la ciudad de San Francisco, EEUU. El número de mujeres escogido en cada comisaría fue proporcional al número de mujeres consultantes en los últimos seis meses. Como en seis de las comisarías el flujo de consultantes fue muy bajo, no se tuvieron en cuenta para la selección de la muestra. Las mujeres en cada comisaría se eligieron así:

- a) las encuestadoras se presentaban en las comisarías en las horas de mayor flujo de asistencia;
- b) las comisarías (o los comisarios), una vez atendían a la mujer, solicitaban su consentimiento para participar en el estudio;
- c) las mujeres que aceptaban participar eran entrevistadas;

- d) en las comisarías donde el número de mujeres consultantes fue poco, se obtuvo la lista de mujeres consultantes en el último mes y se contactaron para solicitarles su participación en el estudio.

Instrumentos. El distrés de las mujeres en la muestra se midió con la Lista de Síntomas SCL-90 R, la cual identifica síntomas psicológicos en la población mediante nueve dimensiones de síntomas primarios y tres índices globales de distrés. Las dimensiones de síntomas primarios son: somatización (SOM), obsesivo-compulsivo (O-C), sensibilidad interpersonal (I-S), depresión (DEP), ansiedad (ANX), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (PHOB), ideas paranoides (PAR) y psicoticismo (PSY). Los tres índices globales proveen datos para la valoración total del estado psicológico y para proporcionar un resumen tanto de la sintomatología como del distrés psicológico, y reflejan distintos aspectos del desorden psicológico. El índice global de severidad (GSI) refleja el nivel actual o profundidad del trastorno, combina información y relaciona el número de síntomas informados, con la intensidad del distrés percibido. El índice de síntomas positivos de distrés (PSDI) reproduce el nivel promedio de distrés que se comunica para cada una de las dimensiones de los síntomas, y se puede interpretar como una medida de intensidad de los síntomas. Finalmente, el índice total de síntomas positivos (PST) refleja el número de síntomas ofrecidos positivamente por las encuestadas¹⁵.

Para valorar esta escala Derogatis¹⁵ presenta grupos poblacionales control y con ellos los investigadores pueden establecer comparaciones.

La frecuencia y la intensidad del maltrato y la severidad de las lesiones ocasionadas por el mismo, se midieron con la Escala de Tácticas de Resolución de Conflictos (CTS), elaborada por Straus y Gelles¹⁶ en 1986 con las adiciones hechas por Saunders¹⁷ en 1994 que es la más utilizada en la investigación sobre violencia familiar en Estados Unidos de Norteamérica. Este instrumento consta de 19 puntos que se distribuyen en tres partes de acuerdo con la forma de resolver los conflictos. La primera parte contiene los puntos relacionados con la forma razonada, discusión racional, debate y razonamiento; la segunda se refiere a la agresión verbal, actos verbales o no verbales que simbólicamente hacen daño al otro o amenazan con hacer daño.

La tercera parte, indaga sobre los actos de violencia física que van desde tirar algo al otro hasta el uso de un cuchillo o un arma. Esta parte se subdivide, a su vez, en

dos: la primera averigua sobre las agresiones menores y la segunda sobre las agresiones mayores.

En este estudio, se le agrega a la CTS una pregunta sobre ataque sexual y cuatro preguntas sobre lesiones físicas y severidad de las lesiones que se producen como resultado del maltrato, elaboradas por Saunders¹⁷, en tanto la CTS no los contempla. La confiabilidad de la CTS se ha establecido entre 0.88 y 0.95 en muestras de esposos y esposas. La validez de esta escala se basa en un gran número de estudios que utilizaron el instrumento y cuyos hallazgos son consistentes con investigaciones previas¹⁶.

RESULTADOS

Características sociodemográficas. Las edades de las mujeres de la muestra fluctuaron entre 16 y 72 años, con una media de 35.47 años y una desviación estándar de 10.00. Se entrevistaron mujeres de todos los estratos socioeconómicos en que esta dividida la ciudad de Medellín; sin embargo, 95% de las entrevistadas pertenecen al estrato 2, es decir, que por las características de la vivienda y el acceso a servicios públicos se clasifican en estrato bajo, al que, según información del Departamento Nacional de Planeación pertenece el 35.9% de la población nacional. De las mujeres 84.9% tienen entre 1 y 25 años de unión marital y 96.5% tienen hijos; 61.3% no están empleadas, y de ellas 46.5% son amas de casa; el resto, 14.8% se reconocen desempleadas. En estudios, 30.7% tienen primaria completa o incompleta, 54.2% entre secundaria completa o incompleta, 14.1% formación tecnológica y sólo dos mujeres no tienen ninguna escolaridad.

Distrés. Se midió la consistencia interna de la SCL-90R mediante el alpha de Cronbach¹⁸, que fue 1.0. Además, se calcularon los promedios de las nueve dimensiones de síntomas primarios y tres índices globales de distrés, los cuales se comparan con valores de referencia establecidos por Derogatis¹⁵ para mujeres no pacientes y pacientes psiquiátricas ambulatorias del mismo rango de edad de las mujeres entrevistadas (Cuadro 1). Las medias obtenidas en la muestra son significativamente mayores que las de las mujeres no pacientes, para todas las dimensiones de los síntomas, $p < 0.0001$. Igualmente, cuando los resultados se comparan con los valores de las mujeres pacientes psiquiátricas en tratamiento ambulatorio, se observa que los valores de la muestra son muy cercanos a los de referencia, pues los superan en algunas dimensiones, como la somatización, la hostilidad y la

Cuadro 1
Promedio de las dimensiones de síntomas primarios e índices globales en mujeres de Medellín y
mujeres de referencia de Derogatis¹⁴

Dimensiones de síntomas	Valores de referencia (Derogatis)		Muestra de mujeres Medellín, Colombia	
	Mujeres no pacientes adultas	Mujeres pacientes psiquiátricas ambulatorias adultas	Media	Valor t
	Media	Media	Media	Valor t
Somatización (SOM)	0.43	0.99	1.31	14.96
Obsesivo compulsivo (O-C)	0.44	1.51	1.41	18.11
Sensibilidad interpersonal (S I)	0.35	1.44	1.35	19.91
Depresión (DEP)	0.46	1.94	1.70	20.73
Ansiedad (ANX)	0.37	1.59	1.11	12.74
Hostilidad (HOS)	0.33	1.17	1.25	14.09
Ansiedad fóbica (PHOB)	0.19	0.81	0.79	10.93
Ideación paranoide (PAR)	0.34	1.21	1.48	18.45
Psicoticismo (PSY)	0.15	0.98	0.95	16.08
Índice de global de severidad (GSI)	0.36	1.35	1.29	20.59
Total de síntomas positivos (PST)	22	52.03	47.33	20.63
Índice de síntomas positivos de distrés (PSDI)	1.37	2.22	2.38	24.60

Cuadro 2
Frecuencias en el uso de las diferentes formas de resolución del conflicto

Formas de resolución	Frecuencia	%
No violentas	107	53.7
Violencia psicológica	197	98.9
Agresiones menores	148	74.4
Agresiones mayores	48	24.1
Agresiones mayores con violencia sexual	78	39.2
Violencia sexual	86	43.2
Índice de violencia total*	157	78.9

* El índice de violencia total se calculó como la suma de las frecuencias de agresiones menores, mayores y violencia sexual

ideación paranoica.

En el Cuadro 1 se muestra cómo, del total de 90 síntomas de la SCL-90-R las mujeres informaron, en promedio 47.3 (PST). Igualmente, en un rango de intensidad de síntomas de 0-4, las mujeres dieron en promedio una intensidad de 2.4 (PSDI). Estos datos ubican a las mujeres en un perfil de distrés muy cercano al de pacientes psiquiátricas ambulatorias, según Derogatis¹⁵.

Tácticas de resolución de conflictos. Para esta escala la confiabilidad, medida con el alpha de Cronbach¹⁸, fue 0.8. Igualmente, se calculó la frecuencia de utilización, por parte del compañero de la mujer, de cada una de las tácticas de resolución de los conflictos. El resultado se presenta en el Cuadro 2.

Como puede apreciarse, los diferentes tipos de violencia utilizados por los compañeros de las mujeres para resolver los conflictos se presentan con muy alta frecuen-

cia. La violencia psicológica, es decir, utilizar el insulto, tirar cosas, herir los sentimientos del otro y amenazar, fue la forma más utilizada, 98.9%. En 80.4% de los casos se halló una repetición de 70 ó más veces en el año. Las agresiones menores, como tirarle cosas, empujarla, darle con la mano, patear, morder, pegar y pegarle con alguna cosa, junto con las agresiones mayores: darle una paliza, agarrarla por el cuello, amenazar con cuchillo o revólver y usar cuchillo o revólver, y la violencia sexual, constituyen una combinación utilizada por ellos muy frecuentemente, 78.9%; 26.1% de los casos mostraron una repetición de 70 ó más veces en el año. Igualmente, fue alto el empleo en forma conjunta de las agresiones mayores y la violencia sexual, 39.2%. Por último, la violencia sexual la utilizaron 43.2% de los compañeros de las mujeres de la muestra, con una repetición de 2 ó más veces en el año en 35.7% de los casos.

Las preguntas adicionales para medir las consecuencias físicas generadas por las agresiones se clasificaron en cuatro categorías: leve, moderada, severa y daños permanentes. A partir de esta clasificación, se establecieron siete categorías (0 a 6), las cuales resultan de agrupar las consecuencias de las agresiones con la frecuencia de las mismas. En el Cuadro 3 se muestran estas combinaciones y el número de mujeres que las sufrieron.

De acuerdo con esta clasificación, la mayor proporción de mujeres se encuentra en las categorías de menor severidad de las lesiones. Sin embargo, es importante resaltar cómo 21.1% de las mujeres en este estudio fueron vícti-

Cuadro 3
Proporción de mujeres de acuerdo con el grado de severidad de las lesiones producidas por el maltrato

Categorías de lesión	Severidad de la lesión				Total	
	Leves	Moderadas	Severas	Permanentes	Nº	%
0	0	0	0	0	40	20.1
1	1 ¹	0	0	0	69	34.7
2	2 ²	0	0	0	21	10.6
3	1 ó 2	1	0	0	27	13.6
4	1 ó 2	1 ó 2 ³	1 ó 2 ⁴	0	12	6.0
5	1 ó 2	1 ó 2	1 ó 2	1	13	6.5
6	1 ó 2	1 ó 2	1 ó 2	1 ó 2 ⁵	17	8.5
Total					199	100

1. Entre 1 y 9 lesiones leves 2. Entre 10 y más lesiones leves 3. Entre 2 y más lesiones moderadas
 4. Entre 2 y más lesiones severas 5. Entre 2 y más lesiones permanentes

Cuadro 4
Correlaciones y valores de p entre el índice total de violencia, el de severidad de las lesiones y los tres índices globales y las nueve dimensiones de síntomas de la escala SCL-90R

Índicesíntoma		Índice total de violencia	Índice de severidad de las lesiones
Somatización (SOM)	r	0.17	0.07
	p	0.002	0.34
Obsesivo compulsivo (O-C)	r	0.22	0.19
	p	0.00	0.01
Sensibilidad interpersonal (I-S)	r	0.06	0.11
	p	0.42	0.11
Depresión (DEP)	r	0.18	0.06
	p	0.01	0.42
Ansiedad (ANX)	r	0.27	0.14
	p	0.00	0.05
Hostilidad (HOS)	r	0.20	0.08
	p	0.01	0.24
Ansiedad fóbica (PHOB)	r	0.19	0.01
	p	0.01	0.93
Ideación paranoide (PAR)	r	0.22	0.19
	p	0.00	0.01
Psicoticismo (PSY)	r	0.13	0.12
	p	0.06	0.08
Índice de global de síntomas (GSI)	r	0.24	0.13
	p	0.00	0.07
Total de síntomas positivos (PST)	r	0.10	0.06
	p	0.14	0.41
Índice global de síntomas positivos de distrés (PSDI)	r	0.34	0.19
	p	<0.0001	0.01

mas de una combinación de lesiones leves, moderadas y severas y, 15% tuvieron por lo menos un daño permanente como pérdida dental, dolores crónicos, lesiones de columna vertebral y cicatrices faciales.

Se calculó un índice ponderado total de severidad de la lesión según su gravedad y se correlacionó con el tipo de agresión. La correlación muestra asociación con el índice de violencia total ($r=0.52$, $p<0.0001$), con las agresiones menores ($r=0.50$, $p<0.0001$), con las agresiones mayores ($r=0.42$, $p<0.0001$) y con las agresiones mayores con violencia sexual ($r=0.44$, $p<0.0001$).

Distrés y tácticas de resolución de conflicto. Se realizó correlación entre los tres índices globales y las nueve dimensiones de síntomas de la SCL-90 R con el índice total de violencia y el de severidad de las lesiones de la escala de tácticas de conflicto (Cuadro 4).

La dimensión de sensibilidad interpersonal (I-S) y el total de síntomas positivos (PST), no mostraron correlación con el índice total de violencia ni con el índice de severidad de las lesiones. Los demás índices y síntomas de la SCL-90R se correlacionaron con el índice total de violencia. Por su parte, el índice de severidad de las lesiones presentó correlación con las dimensiones obsesivo-compulsiva, la ideación paranoide y el índice global de síntomas positivos de distrés (PSDI).

Síndrome de distrés post-traumático y tácticas de resolución de conflicto. Si se tiene en cuenta que entre las experiencias típicas que pueden conducir a un síndrome de estrés post-traumático están el abuso sexual y el asalto físico y que

Saunders *et al.*¹⁹, recomiendan utilizar 28 de las preguntas de la SCL-90R (3, 12, 13, 14, 17, 18, 23, 24, 28, 38, 39, 41, 44, 45, 51, 54, 56, 59, 66, 68, 70, 79, 80, 81, 82, 84, 86, 89), con el fin de analizar el síndrome, se procedió a calcularlo en las mujeres de la muestra. Se sumó la media de cada uno de los puntos propuestos y las sumas iguales o mayores de 0.89 se consideraron indicativas del síndrome. Así, se vio que 54.2% (108) de las mujeres presentaron síndrome de estrés post-traumático.

Las mujeres con síndrome de distrés post-traumático experimentaron significativamente una mayor frecuencia de agresiones mayores con y sin ataque sexual con valores de *p* de 0.0091 y 0.027, respectivamente. Además, el índice de agresiones fue significativamente mayor en estas mujeres que en las mujeres sin distrés post-traumático, *p*=0.02.

DISCUSIÓN

El presente trabajo muestra por una parte, la alta confiabilidad de las dos escalas utilizadas, SCL-90-R y Tácticas de Conflicto, en tanto que el *alpha* de Cronbach¹⁸, para ambas fue alto, 1.0 y 0.8, respectivamente. Por otra parte, evidencia altos niveles de distrés en las mujeres maltratadas, que se reflejan en el índice global de severidad (GSI), que, al combinar el número de síntomas informados con la intensidad del distrés percibido, es un buen indicador del nivel y de la profundidad del distrés en estas mujeres. Asimismo, el total de síntomas positivos (PST) que refleja la intensidad de los síntomas, duplicó la media de las mujeres no pacientes de referencia, y se acerca a la media de las mujeres pacientes psiquiátricas ambulatorias. El índice de síntomas positivos de distrés (PSDI) que refleja el número de síntomas percibidos por las mujeres, duplicó el valor de referencia informado para mujeres no pacientes y superó el de mujeres pacientes psiquiátricas ambulatorias. En el mismo sentido, las nueve dimensiones de síntomas primarios que proveen información para valorar la sintomatología y el distrés de las mujeres, obtuvieron valores muy altos.

Además, los resultados de la presente investigación, son similares a los obtenidos por Fajardo *et al.*²⁰, los cuales muestran que la población que se estudió de mujeres colombianas maltratadas, si se comparan con un grupo de no maltratadas, se caracterizan por presentar una tendencia a la somatización y un alto nivel de neuroticismo, que las lleva a ser más conflictivas en sus relaciones sociales

y a tener un mayor cuidado al expresar sus pensamientos. También son semejantes a los obtenidos por Humphreys¹⁴ los cuales indican que las mujeres maltratadas presentan, con mayor frecuencia que las no maltratadas, disfunción corporal, pensamientos repetitivos, inferioridad, depresión y ansiedad.

Al comparar los resultados de los tres estudios llama la atención que los de Fajardo *et al.*²⁰ se obtuvieron con la prueba de personalidad 16PF (prueba estructurada altamente reconocida en el mundo, producto de más de 40 años de investigación empírica por el psicólogo Cattell²¹ quien redujo 4,504 rasgos de personalidad a 16 rasgos básicos, mediante análisis factorial). La prueba se basa en la medida independiente de varios factores psicológicos. Ha sido debidamente validada y revisada y en el momento actual hay varias formas (A, B, C, D, E) que facilitan su aplicación a los diversos intereses específicos de estudio, mientras que los de Humphreys¹⁴ con la aplicación de la SCL-90R de Derogatis¹⁵, la misma utilizada en el presente trabajo, a partir de lo cual podría afirmarse que el perfil psicológico de las mujeres maltratadas tiene mucha firmeza y solidez. En ese sentido, estas pruebas se pueden convertir en instrumentos útiles para la identificación, el diagnóstico y la intervención del maltrato hacia las mujeres, campo donde los profesionales de la salud tienen una necesidad sentida, puesto que las mujeres maltratadas, en el medio colombiano, no tienden a comunicar o denunciar la violencia de que son víctimas. Por tanto, la aplicación de los instrumentos puede potenciar las oportunidades para la comunicación con las mujeres e incrementar el reconocimiento del problema y sus consecuencias. Esta recomendación se puede extender para enriquecer la intervención psicosocial que se ofrece a las mujeres maltratadas en las comisarías de familia de Colombia, pues ellas necesitan intervenciones que complementen las relacionadas con la asistencia judicial.

En el presente trabajo, 54.2% (108) de las mujeres presentaron síndrome de estrés post-traumático, resultado similar a los obtenidos por Humphreys¹⁴, quien en una muestra de mujeres albergadas en refugios de San Francisco, California, EEUU, informa 56% de ellas con el síndrome. También, las mujeres con síndrome de estrés post-traumático, experimentaron significativamente más frecuencia de agresiones mayores con o sin ataque sexual. En el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003²⁰, 4.3% de las mujeres presentaron trastorno por tensión post-traumática alguna vez en la vida y 1.1% en los últimos

doce meses. Estas cifras duplican los porcentajes de aparición en los hombres. De igual manera, los trastornos afectivos como los episodios depresivos son más profundos en las mujeres que en los hombres. Aunque en el estudio no se establece relación entre este trastorno y la violencia doméstica, cuando se relacionan los resultados de ambos trabajos es posible plantear la necesidad de avanzar en investigaciones que expliquen en extenso las diferencias que se observan entre hombres y mujeres con respecto a la salud mental. Sin lugar a dudas ello contribuirá a la comprensión de estos problemas y a la calificación de los servicios de atención en el área.

La no correlación de la sensibilidad interpersonal con los índices de violencia y severidad de la lesión, podría sugerir que independientemente de la violencia que reciben las mujeres maltratadas, presentan unas características de personalidad, que las lleva a experimentar sentimientos de inadecuación e inferioridad en relación con otras personas, y sentimientos de auto-desprecio, inseguridad e inconformidad interpersonal. Asimismo ofrecen una baja capacidad de enfrentamiento que se agudiza ante la exposición al estrés²³. Por supuesto, puntuar alto en la dimensión de sensibilidad interpersonal puede considerarse un factor de riesgo para el establecimiento de una relación conyugal violenta. Por tanto, la intervención a mujeres maltratadas debe, además de intervenir el distrés y las secuelas, físicas y psicológicas del maltrato, dirigir acciones hacia el fortalecimiento de su dimensión personal para mejorar su capacidad de respuesta en cuanto a búsqueda de apoyo social; habilidad para redefinir los eventos estresantes a fin de hacerlos más manejables y minimizar las reacciones inadecuadas, como violencia, consumo de alcohol y depresión. También se debe incrementar su habilidad para buscar recursos de la comunidad y aceptar ayuda de otros; estrategias que han mostrado ser de valor para enfrentar las situaciones de maltrato²³.

Las dimensiones que mostraron correlación, tanto con el índice total de violencia como con el índice de severidad de la lesión fueron el factor obsesivo compulsivo, la ansiedad y el psicoticismo. Es decir, comportamiento obsesivo-compulsivo, ansiedad y psicoticismo, este último entendido como un continuo en la vida humana que puede ir desde una leve alienación interpersonal, con aislamiento, estilo esquizofrénico e ideas de control, hasta un cuadro ampliamente psicótico con pérdida del sentido de realidad y alucinaciones¹⁵. Estas tres dimensiones pueden entenderse fácilmente como formas de comportamiento que

son consecuencia de la situación de maltrato que experimentan las mujeres. De estas dimensiones la obsesivo-compulsiva y la ansiedad son las que más peso tienen dentro del síndrome de estrés post-traumático. Para el caso de las mujeres maltratadas los puntos que tuvieron más peso dentro de la dimensión de psicoticismo fueron sentirse sola aun cuando estuviese acompañada de gente, nunca sentirse cerca de otra persona y sentir que otras personas conocen sus sentimientos privados.

Los índices GSI y PSDI, medidas resumen del distrés, también mostraron correlación con el índice total de violencia y el índice de severidad de la lesión. Esta correlación puede entenderse como un reflejo de la gravedad de la situación que viven las mujeres participantes de este estudio y del estrecho vínculo entre violencia doméstica y distrés, que también se reafirma a partir de la correlación de las demás dimensiones de la SCL-90-R, somatización (SOM), depresión (DEP), hostilidad (HOS), fobia (PHOB) y, el índice total de síntomas positivos de distrés (PST), con el índice total de violencia.

El síndrome de estrés post-traumático, el PST y las dimensiones somatización, depresión, hostilidad y ansiedad fóbica no mostraron correlación con el índice de severidad de la lesión lo cual parece indicar que la violencia genera efectos adversos sobre la salud de las mujeres independientemente del grado de severidad con que se sufra.

Para concluir, cuando se analiza el distrés en las mujeres maltratadas más que tomar posición sobre una u otra tendencia de interpretación del estrés se hace necesario resaltar que tanto el estrés como la violencia están en íntima relación y que ambos alteran de manera grave la salud y calidad vida de las mujeres. Por ello, la asistencia a mujeres maltratadas debe orientarse a examinar la manera cómo el maltrato altera su funcionamiento y a la vez, la manera cómo la reducción en el funcionamiento disminuye su capacidad de acción y enfrentamiento de las situaciones problemáticas de la existencia. En este sentido, las intervenciones deben orientarse a aumentar la seguridad de las mujeres, a fortalecer su capacidad para la toma de decisiones y a superar las secuelas psicológicas generadas por el maltrato.

Por último, este estudio presenta algunas limitaciones relacionadas con el tamaño de la muestra y la forma de seleccionarla. Una muestra más amplia hubiese permitido una mayor representatividad de las mujeres maltratadas lo que mejoraría la capacidad predictiva de los datos. En

cuanto a la selección de la muestra fue difícil utilizar un muestreo estrictamente al azar porque las mujeres consultantes en las comisarías tienen una alta movilidad que dificulta elegir las de un listado previo.

REFERENCIAS

- Rodríguez J. *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis S.A.; 1995. p. 53-91.
- Mainieri R. *Estrés*. [en línea] [fecha de acceso junio 8 de 2004]; URL disponible en: <http://healthclub.Fortunecety.com/jockey/91/estrés.html>
- López D. *La epidemia del siglo XXI tiene (algunas) soluciones*. [en línea] [fecha de acceso junio 8 de 2004]; URL disponible en: http://e-health.com.ar/saludyvida/archivos/numero27_nota1.htm
- Hoff LA. *Battered women as survivors*. New York: Routledge; 1990. p. 216.
- Villavicencio P, Sebastián J. *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer; 1999. p.9-17.
- McCubbin H, Joy C, Cauble A, Comeau J, Patterson J, Needle R. Family stress and coping: a decade review. *J Marriage Fam* 1980; 42: 855-869.
- Gelles RJ. Violence in the family: A review of research in the seventies. *J Marr Fam* 1980; 42: 873-885.
- Farrington K. La relación entre el estrés y la violencia doméstica: conceptualizaciones y hallazgos actuales. *Rev Intercont Psicol Edu* 1991; 4: 87-103.
- Walker L. *The battered woman*. New York: Harper y Row Publisher; 1979.
- Romkens R. Prevalence of wife abuse in the Netherlands: combining quantitative and qualitative methods in survey research. *J Interpers Violence* 1997; 12: 99-125.
- Bowker LH, Maurer L. The effectiveness of counseling services utilized by battered women. *Women Ther* 1986; 5: 65-82.
- Hanneke C, Shields N, McCall GJ. Assessing the prevalence of marital rape. *J Interpers Violence* 1986; 1: 350-362.
- Hilberman E. Overview: The wife-beater's wife reconsidered. *Am J Psychiatry* 1980; 137: 1336-1347.
- Humphreys J. Spirituality and distress in sheltered battered women. *J Nurs Scholarsh* 2000; 32: 273-278.
- Derogatis LR. *SCL-90 administration, scoring and procedures manual*. Baltimore: Johns Hopkins University, School of Medicine; 1977.
- Straus M, Gelles R. Cambio social y violencia familiar, de 1975 a 1985, tal como lo muestran dos encuestas nacionales. *J Marriage Fam* 1986; 48: 465-479.
- Saunders BE. Posttraumatic stress disorder. [en línea] [fecha de acceso marzo 17 de 2004]; URL disponible en: <http://www.352express.com/wpm/files/40/LeahCh06.pdf>
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and internal structure of test. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
- Saunders BE, Arata CM, Kilpatrick DG. Development of a crime related posttraumatic stress disorder scale for women within the Symptom Checklist-90-Revised. *J Traumat Stress* 1990; 3: 439-448.
- Fajardo JP, Fernández K, Escobar OB, Colombia. Estilo de vida, perfil psicológico y demográfico de mujeres maltratadas por su cónyuge. [en línea] [fecha de acceso 20 de noviembre de 2003]; URL disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com>
- Catell R, Eber H, Tatsuoka M. *Cuestionario de los 16 factores de la personalidad*. México: Manual Moderno S.A.; 1980.
- Ministerio de Protección Social, Fundación FES. *Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003*. Bogotá: Ministerio de Protección Social; 2003.
- Finn J. The stresses and coping behavior of battered women. *J Contemp Social Work* 1985; 66: 341-349.