



*revista de
experiencias
clínicas y neurociencias*



Estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia de género y su relación con el trastorno por estrés postraumático

Giselle Vetere

*Licenciada en Psicología y Profesora de Psicología
Investigadora asociada de la carrera de Investigación en Salud
Equipo de Violencia familiar del Hospital General de Agudos Dr. C. Argerich
Instituto de Investigaciones en Psicología, Universidad de la Marina Mercante
E-mail: gisellevetere@hotmail.com*

Betina Macagno

*Dra. en Psicoanálisis. Psicóloga de planta del Htal. Dr. C. Argerich.
Coordinadora de Equipo de Grupos de pacientes con trastorno mental severo*

Florencia Kalejman

Psicóloga de Planta del Equipo de Violencia Familiar del Htal. Dr. C. Argerich

María Eugenia Sánchez

Especialista en Psiquiatría. Psiquiatra del equipo de Urgencias del Htal. Dr. C. Argerich

Ricardo Rodríguez Biglieri

*Director del Instituto de Terapia Cognitiva Conductual.
Investigador del Instituto de Investigaciones en psicología UdeMM*

Solange Medina

Psicóloga del Equipo de Urgencias del Htal. Posadas

Silvia Pujol

Directora de Programas Especiales. DGSM. Ministerio de Salud

Resumen

Estado del arte: En nuestro país, se estima que alrededor de un 40% de la población femenina sufre maltrato físico y/o psíquico por parte de su pareja y que entre el 21 y el 60% de los casos desarrolla un trastorno por estrés posttraumático. Los conocimientos sobre las estrategias de afrontamiento en esta población son escasos. *Objetivos:* Identificar si existen diferencias significativas en las estrategias de afrontamiento empleadas por víctimas de violencia de género entre quienes desarrollan trastorno por estrés posttraumático y quiénes no. *Metodología:* Participaron 30 mujeres a quienes se administró un consentimiento informado, cuestionario sociodemográfico, cuestionario afrontamiento CRI-A y la SCID-I. *Resultados:* Se hallaron diferencias estadísticamente significativas, evidenciándose un uso mayor en el grupo con trastorno por estrés pos traumático, en las estrategias de análisis lógico, búsqueda de orientación y apoyo, evitación cognitiva y aceptación-resignación; y un uso significativamente menor de revalorización positiva, resolución de problemas y descarga emocional. *Discusión:* Las estrategias de revalorización positiva, resolución de problemas y descarga emocional se relacionan con la disminución de la severidad de la sintomatología tanto depresiva como ansiosa. Por otra parte, el empleo de estrategias de Evitación Cognitiva se relaciona con el incremento de sintomatología ansiosa y depresiva. **Palabras clave:** Violencia de género - Trastorno por estrés post traumático - Estrategias de afrontamiento.

COPING STRATEGIES IN WOMEN VICTIMS OF GENDER VIOLENCE AND THEIR RELATION WITH PTSD

Abstract

Summary: In our country, it is estimated that about 40% of the female population are physically and/or mentally abused by their partners, and between 21% and 60% of those women develop post-traumatic stress disorder. In this population, the knowledge about coping strategies is limited. *Objectives:* Identify whether significant differences exist as regards coping behaviors used in victims of gender violence between those women who develop post-traumatic stress disorder and those who do not. *Methods:* The study involved 30 women who received an informed consent, a sociodemographic questionnaire, the questionnaire of the coping responses inventory CRI-A and the SCID-I. *Results:* There were statistically significant differences regarding the use of logical analysis, seeking guidance and support, cognitive avoidance, and acceptance-resignation, used more by the post-traumatic stress disorder group; and minor use of positive reappraisal, problem solving and emotional discharge have been related to the decrease in the severity of depressive and anxious symptomatology. On the other hand, the usage of Cognitive Avoidance has been related to the increase in anxious and depressive symptomatology.

Keywords: Gender violence - Post-traumatic stress disorder - Coping strategies.

Introducción

La violencia doméstica implica el maltrato físico o psicológico ejercido por parte de un miembro de la familia, quien ejerce un abuso de poder sobre otro integrante del grupo familiar. Este artículo se centra en el abuso por parte de un compañero hacia su pareja. Las agresiones sufridas por parte de una pareja pueden funcionar como evento traumático y conducir al desarrollo de un trastorno por estrés posttraumático (TEPT). Los índices de TEPT entre las mujeres golpeadas son mucho más altos que en la población general (1, 2, 3), presentándose en un 21-60% de los casos, independientemente del tipo de maltrato experimentado (físico o psicológico) (4, 5).

En nuestro país, se estima que alrededor de un 40% de la población femenina sufre maltrato físico y psíquico por parte de su pareja, independientemente de su nivel socioeconómico (6). Diversas investigaciones sugieren que la violencia física suele acompañarse de violencia psíquica, y que entre un tercio y la mitad de los casos sufre también violencia sexual (7).

Dada la frecuencia con que se recibían de denuncias de violencia familiar en el año 2006 la Corte Suprema de Justicia de la Nación creó la Oficina de Violencia Doméstica (OVD). Según dicho organismo, en nuestro país, en el último semestre del 2012 se registraron 119 femicidios, lo que equivale al asesinato de una mujer cada día y

medio. En 2014 el número de mujeres asesinadas por parejas o ex parejas ascendió a 277 (8). Asimismo, las estadísticas de la OVD mostraron un incremento de más del 63% en el número de casos que atendió durante el período comprendido entre los años 2010 y 2015 (6896 y 11276 casos, respectivamente). Asimismo, del total de casos tratados durante 2016 los porcentajes indicaron que las mujeres han sido las principales afectadas por hechos de violencia (61% fueron casos de mujeres adultas y 16% niñas). Por otro, el porcentaje total de niños afectados alcanzó al 14%, y el 9% fueron casos de adultos varones (8).

A diferencia del TEPT que se desarrolla tras la exposición a un evento traumático único (Ej. accidente de tránsito o catástrofe natural), las personas con TEPT como consecuencia del maltrato doméstico tienen una elevada probabilidad de experimentar el evento traumático de manera reiterada (9).

En estos casos existe una ruptura del marco de seguridad que supone el hogar, lo que conlleva un estado de permanente hiperactivación e hipervigilancia. Ello puede acarrear la vivencia de un grave fracaso personal al afectar la relación de pareja y familiar, lo que suele generar sentimientos de culpa y pérdida de autoestima en la víctima. Con frecuencia conduce al abandono de muchas de las actividades cotidianas, con la consecuente disminución de actividades placenteras y la aparición de síntomas de

presivos. Lamentablemente, la finalización de la relación con el agresor se convierte muchas veces en la situación de mayor amenaza e incluso de riesgo para la propia vida. Las víctimas recurren con frecuencia a soluciones de afrontamiento inadecuadas (consumo de alcohol y drogas, reclusión, etc.), como estrategia para manejar la situación o las emociones asociadas. De esta manera, se produce una desorganización masiva: abandono del hogar, amigos, trabajo y/o lugares habituales de referencia.

Ha habido un creciente interés en el campo de estudio de la violencia doméstica y en los modos en que las mujeres afrontan dicha problemática. Si bien diversos autores han dado cuenta de los intentos realizados por las mujeres para lidiar con esta situación (10,11), es reciente el esfuerzo por identificar estrategias que podrían estar orientadas a una salida saludable de la misma (12, 13,14).

Si bien contamos con abundante bibliografía respecto de estrategias disfuncionales que podrían favorecer el desarrollo del TEPT, tales como la evitación y la negación, son escasos los conocimientos respecto de las estrategias protectoras de dicho cuadro.

El afrontamiento hace referencia a las respuestas cognitivas o comportamentales que se implementan para reducir o eliminar el distrés psicológico o las condiciones estresantes. De acuerdo con Moos (14), las estrategias de afrontamiento pueden clasificarse según dos categorías: respuestas por aproximación, entendidas como esfuerzos cognitivos o conductuales para manejarse directamente con el evento estresante, y respuestas de afrontamiento por evitación que incluye los esfuerzos cognitivos y/o conductuales para evitar pensar en el estresor o para intentar reducir la tensión a través de conductas de escape.

El presente estudio analiza y compara los principales recursos de afrontamiento utilizados por mujeres víctimas de violencia de género a fin de identificar si existen diferencias significativas entre quienes desarrollan TEPT y quienes no.

Objetivos

Evaluar la frecuencia con que se presenta el TEPT en pacientes que consultan al equipo de violencia familiar del Hospital Dr. C. Argerich.

Comparar las estrategias de afrontamiento utilizadas por víctimas de violencia de género que padecen TEPT con quienes no han desarrollado dicho cuadro e identificar si existen diferencias significativas en el uso de las mismas.

Método

Materiales

1. Consentimiento informado en que se explican las características y objetivos del estudio, así como el anonimato de los participantes.
2. Cuestionario sociodemográfico: Consiste en una serie de preguntas respecto de los datos sociodemográficos básicos, tales como género, edad, estado civil, canti-

dad de hijos, nivel de instrucción y ocupación.

3. Cuestionario de Respuestas de Afrontamiento – Adultos (CRI-A) (15). Consiste en un cuestionario autoadministrable de 48 preguntas con respuestas en escala de acuerdo a la frecuencia de ocurrencia (no, generalmente no, generalmente sí, sí), que evalúa la utilización de diversas estrategias de afrontamiento y la frecuencia con que se emplean las mismas:
 - Análisis Lógico (AL): intentos cognitivos de comprender y prepararse mentalmente para enfrentar un estresor y sus consecuencias.
 - Revalorización Positiva (R): intentos cognitivos de construir y reestructurar un problema en un sentido positivo mientras se acepta la realidad de una situación.
 - Búsqueda de Orientación y Apoyo (BA): intentos conductuales de buscar información, apoyo y orientación
 - Resolución de Problemas (RP): intentos conductuales de realizar acciones conducentes directamente al problema.
 - Evitación Cognitiva (EC): intentos cognitivos de evitar pensar en el problema de forma realista.
 - Aceptación/Resignación (A): intentos cognitivos de reaccionar al problema aceptándolo.
 - Búsqueda de Gratificaciones Alternativas (BG): intentos conductuales de involucrarse en actividades substitutivas y crear nuevas fuentes de satisfacción.
 - Descarga Emocional (DE): intentos conductuales de reducir la tensión expresando sentimientos negativos.
4. Módulo de TEPT de la SCID I (DSM IV)

La SCID I (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders) (16), es una entrevista clínica estructurada para el diagnóstico de los trastornos mentales del eje I del DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales) diseñada para investigación en psiquiatría. Puede dividirse en módulos correspondientes a las distintas secciones del DSM a fin de administrar sólo aquellos que interesen al investigador. Su administración por parte del investigador permite determinar si el sujeto evaluado cumple o no con los criterios de inclusión en las categorías establecidas para el diagnóstico de trastorno mental según el DSM-IV.

Criterios de inclusión

Mujeres mayores de 18 años, alfabetizadas, que consultaron en un equipo de violencia familiar o violencia de género de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Metodología

Se invitó a participar a 32 mujeres mayores de 18 años que concurrieron a un equipo de violencia familiar o violencia de género de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Participaron en el estudio 30 mujeres a quienes se les solicitó el consentimiento informado para participar del estudio, seguidamente se administrarán un cuestionario sociodemográfico, el cuestionario de respuestas de afrontamiento (CRI-A) y el módulo de evaluación de TEPT del SCID-I. Se determinará la presencia o ausen-

cia de TEPT, se identificarán las principales estrategias de afrontamiento empleadas y se evaluará si existe alguna asociación entre determinadas estrategias de afrontamiento y la presencia de TEPT.

En relación al primer objetivo del estudio se procedió a calcular la cifra porcentual de pacientes con TEPT sobre el total de pacientes participantes. Con la finalidad de comparar los grupos respecto de variables Estado Civil, Nivel Educativo y Ocupación se utilizó el estadístico X^2 mientras que se utilizó una prueba t de Student

para comparar los grupos en relación a las variables edad y las distintas estrategias de afrontamiento.

Resultados

En cuanto a las variables sociodemográficas, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en ninguna de las variables estudiadas (edad, estado civil, nivel educativo y ocupación), tal como puede observarse en la Tabla 1.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos y Pruebas de Significación respecto de las variables sociodemográficas.

		Con TEPT	Sin TEPT	Prueba de Significación <i>t</i> (gl=28)
		σ (DE)	σ (DE)	
Edad		30.3 (4.9)	33.1(5.2)	-1.39 (ns)
		N (total=20)	N (Total=10)	
				Prueba de significación X^2
Estado Civil	Casado	4	3	1.06 (ns)
	Soltero	11	6	
	Unión libre	5	1	
Nivel Educativo	Primario	3	3	1.25 (ns)
	Secundario	10	5	
	Terciario-Universitario	7	2	
Ocupación	Desocupado	8	3	3.99 (ns)
	Sub-ocupado	4	5	
	Trabajador bajo dependencia	1	1	
	Trabajador Autónomo	1	1	

En cuanto a la presencia de TEPT en la muestra estudiada, cabe destacar en primer lugar que el 66,66% de las mujeres que concurrieron al equipo de violencia familiar ha desarrollado un TEPT a raíz del vínculo de violencia establecido con su pareja.

Respecto del uso de estrategias de afrontamiento específicamente, no se registraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el empleo de estrategias de Búsqueda de gratificaciones alternativas ($t= -.68$; $gl=28$; $p>0.05$).

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas, evidenciándose un uso mayor en el grupo con TEPT, en las estrategias de Análisis lógico ($t= 20.24$; $gl= 28$; $p< 0.005$), Búsqueda de orientación y apoyo ($t= 9.01$; $gl= 28$; $p< 0.005$), Evitación cognitiva ($t= 14.45$, $gl= 28$; $p< 0.005$), y Aceptación-resignación ($t= 15.81$; $gl= 28$; $p< 0.005$). Por otra parte, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la utilización de estrategias de Revalorización positiva ($t= -4.14$; $gl= 28$; $p< 0.005$), resolución de problemas ($t= 59.03$; $gl= 28$; $p< 0.005$), y

descarga emocional ($t= 2.95$; $gl= 28$; $p< 0.005$), siendo la utilización de las mismas significativamente menor los sujetos que desarrollaron un TEPT. Ver Tabla 2.

Discusión

El conocimiento de los recursos de afrontamiento empleados por las mujeres en situación de violencia de género podría facilitar la comprensión respecto de los recursos que se asocian al TEPT y cuáles, al contrario, no se asocian condicho cuadro.

Los resultados del presente estudio muestran que los participantes con TEPT registraron una tendencia menor a emplear las estrategias de afrontamiento de revalorización positiva, la resolución de problemas y descarga emocional cuando se los comparó con los participantes sin TEPT. Estas estrategias han sido relacionadas en diversos estudios (17, 18) con la disminución de la severidad de la sintomatología tanto depresiva como ansiosa, por lo que cabe la posibilidad que su escaso empleo por

Tabla 2. Resultados de la comparación en el uso de estrategias de afrontamiento entre el grupo que desarrolló TEPT y el grupo que no desarrolló TEPT mediante prueba t de Student.

Sub-escala CRI	Grupo	N	Media	DE	t (gl=28)
Análisis Lógico	TEPT	20	16.50	1.51	20.24*
	Sin TEPT	10	12.90	1.31	
Revalorización positiva	TEPT	20	11.50	1.66	-4.14*
	Sin TEPT	10	14.90	1.31	
Búsqueda de orientación y apoyo	TEPT	20	10.50	.61	9.01*
	Sin TEPT	10	8.90	.56	
Resolución de Problemas	TEPT	20	9.20	1.20	59.03*
	Sin TEPT	10	14.50	1.56	
Evitación Cognitiva	TEPT	20	14.00	.93	14.54*
	Sin TEPT	10	9.90	.81	
Aceptación - Resignación	TEPT	20	12.40	.87	15,81*
	Sin TEPT	10	8.10	1.02	
Búsqueda de gratificaciones alternativas	TEPT	20	12.00	1.10	-.68
	Sin TEPT	10	12.90	1.05	
Descarga Emocional	TEPT	20	9.10	1.22	2,95*
	Sin TEPT	10	12.50	1.31	

*= $p < .005$

parte de pacientes con TEPT pueda relacionarse con el incremento de dicha sintomatología. Se necesitarían más estudios para evaluar dicha hipótesis y el impacto de suministrar intervenciones terapéuticas destinadas a aumentar el uso de dichas estrategias.

Previamente se ha debatido sobre la contaminación de ciertos ítems del CRI-A, especialmente los de la sub-escala Análisis Lógico, ya que en lugar de evaluar dicho constructo (análisis lógico), podrían estar evaluando la tendencia a emplear estrategias de tipo rumiativo. Este hecho podría explicar la tendencia de los pacientes con TEPT a presentar mayores puntuaciones en la estrategia Análisis Lógico, ya que en realidad ello estaría reflejando una mayor tendencia de este grupo a la rumiación. Dicho resultado es convergente con varios estudios que vinculan la exacerbación de procesos rumiativos con el desarrollo de diferentes formas de psicopatología (18). Los pacientes con TEPT también registraron una mayor tendencia a emplear la estrategia Búsqueda de Apoyo externo a la hora de enfrentar situaciones negativas, lo que señala la importancia de promover el acceso a información y orientación adecuada de manera que aumenten la disponibilidad y accesibilidad de estos recursos.

Un resultado congruente con modelos teóricos cognitivos conductuales respecto del mantenimiento del TEPT es que los pacientes con este cuadro presenten una tendencia mayor hacia el empleo de estrategias de Evitación Cognitiva. Ello implica intentos de evitar pensamientos y reacciones emocionales asociadas que se perciben displaceros y dolorosos. No obstante, dicha estrategia se ha asociado en numerosas investigaciones (14, 19, 20) con el incremento de niveles de depresión y

ansiedad, por lo que sería de sumo interés investigar más su relación con el TEPT en aras de dilucidar su acción como posible factor contribuyente al mantenimiento del cuadro.

Respecto del uso de la estrategia Aceptación-Resignación, el hecho que los pacientes con TEPT registraran una tendencia mayor respecto de quienes no presentaban el cuadro parece un resultado contrario a ciertos modelos cognitivos conductuales. Desde estos modelos la aceptación se consideraría una estrategia que se asociaría con una tendencia menor a la psicopatología. Al respecto, cabe señalar que los reactivos del CRI-A en esta sub-escala no evalúan el constructo Aceptación desde dicha perspectiva teórica, sino que toman una definición del constructo similar al concepto de Resignación. La Aceptación implica una actitud activa de apertura hacia las experiencias internas dolorosas, lo que implica el cese de estrategias tendientes al control de pensamientos o emociones displaceros, a la vez que se potencia la acción encaminada hacia objetivos vitales. La resignación, en cambio, implica una actitud pasiva, consistente en soportar el dolor a la vez que se paraliza toda acción dirigida a metas vitales relevantes para el sujeto (21). Este resultado es sumamente relevante para la conceptualización del TEPT y sería importante examinar en investigaciones posteriores la relación entre la resignación y el mantenimiento del cuadro.

Aunque promisorios, los resultados presentados son preliminares y deben tomarse con prudencia puesto que podría existir un sesgo debido al tamaño de la muestra ($n=30$). Por otra parte, dada la diferencia en el tamaño muestral de ambos grupos, los resultados deben interpretarse con cautela. ■

Referencias bibliográficas

1. Kubany E S, Haynes SN, Abueg FR, Brennan JM, Manke FP, Stahura C. Development and validation of the trauma-related guilt inventory (TRGI). *Psychological Assessment* 1996;8:428-444.
2. Kubany ES, Haynes SN, Leisen MB, Owens JA, Kaplan A, Burns K. Development and preliminary validation of the traumatic life events questionnaire. *Psychological Assessment* 2000; 12:192-209.
3. Kubany ES, Owens JA, McCaig MA, Hills EE, Lannce-Spencer, C. y Tremayne, K. J. Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD. *Journal of Consulting & Clinical Psychology* 2004; 72:3-18.
4. Bobes García J, Bousoño García M, Calcedo Barba A, González García-Portilla M. Trastorno de Estrés Postraumático. Barcelona:Editorial Masson; 2000.
5. Kessler R, McGonagle K, Ahao S. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-II-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:8-19.
6. Pontecorvo C, Mejía R, Aleman M, Vidal A, Majdalani MP, Fayanas R, et al. Violencia doméstica contra la mujer: una encuesta en consultorios de atención primaria. *Medicina (B Aires)*. 2004;64Suppl6:492-6. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v64n6/v64n6a03.pdf>
7. Majdalani, M, Alemán M, Fayanas R, Guedes A, Mejía R. Validación de un cuestionario breve para detectar situaciones de violencia de género en las consultas clínicas. *Revista Panamericana de Salud* 2005; 17Suppl 2:79-83.
8. Oficina de Violencia Doméstica. Estadísticas. Estadísticas diciembre 2016. Disponible en <http://www.ovd.gov.ar/ovd/verGesdoc.do?temald=K186>
9. Labrador FJ, Alonso E. Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctima de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace* 2005; 76/77:47-65.
10. Barnett OW. Why battered women do not leave, part. 1 External inhibiting factors within society. *Trauma Violence & Abuse* 2000; 4:343-372.
11. Kocot T, Goodman L. The Roles of Coping and Social Support in Battered Women's Mental Health. *Violence Against Women* 2003; 9:323-346.
12. Cluss PA, Chang JC, Hawker L, Hudson Scholle S, Dado D, Buranosky R, et al. The process of change for victims of intimate partner violence: Support for a Psychological Readiness Model. *Women's Health Issues* 2006; 16:262-274.
13. Moe AM. Silenced Voices and Structured Survival. Battered Women's Help Seeking. *Violence Against Women* 2007; 13Suppl 7:676-699.
14. Ansara DL, Hindin MJ. (2010). Formal and informal help-seeking associated with women's and men's experiences of intimate partner violence in Canada. *Social Science and medicine* 2010; 1 Suppl 8: 1010-1016.
15. Moos R. Coping Responses Inventory Psychological Assessment Resources. USA: Inc Florida; 1993.
16. Mikulic I, Crespi M. Adaptación y validación del inventario de respuestas de afrontamiento de Moos (CRI-A) para adultos. *Anuario de Investigaciones* 2008; 15 Suppl 2:305- 312.
17. First M, Spitzer R, Gibbon M, Williams J. Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders – Patient Edition (SCID I/P, Version 2.0). Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 1996.
18. Rodríguez Biglieri R, Auné S, Vetere G. Regulación emocional en pacientes con trastornos de ansiedad: un estudio comparativo con una muestra comunitaria. *Anuario de Investigaciones, facultad de Psicología, UBA* 2012; 19 (1): 273-280.
19. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. Specificity of cognitive regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy* 2010; 48:974-983.
20. Nolen-Hoeksema S, Wisco B, Lyubomirsky S. Rethinking Rumination. *Perspectives On Psychological Science* 2008; 3: 400-424.
21. Hayes SC, Strosahl K, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press; 1999.