

Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctima de violencia doméstica: Revisión de literatura integrada

Post-traumatic stress disorder in women victim of domestic violence: An Integrative Review of Literature

Autores: Wanda Irizarry Justiniano (1), Marta Rivero Méndez (2).

Dirección de contacto: wanda.irizarry@upr.edu

Fecha recepción: 16/11/2017

Aceptado para su publicación: 22/06/2018

Fecha de la versión definitiva: 18/07/2018

Resumen

Introducción: El propósito de esta revisión de literatura integrada es identificar el estado de conocimiento existente en la literatura sobre el trastorno por estrés postraumático (TEPT) relacionado a la violencia doméstica (VD). Objetivo: se discutirán las brechas existentes en la literatura, sintetizar los estudios realizados y otros artículos publicados para unificar el conocimiento del fenómeno y sus implicaciones para enfermería y otras disciplinas de la salud. **Metodología:** Se revisaron las siguientes bases de datos: MEDLINE, CINAHL, ERIC, *Academic Search Complete*, Fuentes Académicas, MedicLatina, *Psychology & Behavioral Sciences Collection*, PsycINFO®, NIH-PubMed y Scielo, en el período comprendido entre 2000 al 2015. Se seleccionaron 24 artículos empíricos y otros teóricos basado en los criterios de inclusión y exclusión. **Conclusión:** Se concluye, que dada la alta incidencia del TEPT (33% al 84%) entre las víctimas de VD y las consecuencias que repercuten en la salud física y mental a corto y a largo plazo en las mujeres es importante que, como profesionales de la salud, se lleve a cabo intervenciones adecuadas y efectivas en los centros de asistencia de salud o salas de emergencias. Se debe tener presente el componente emocional y psicológico de cada mujer que busque ayuda para identificar el TEPT por su alta prevalencia en este tipo de población. Se recomienda, que se continúe investigando para comprender más cabalmente el perfil de la mujer maltratada, el apoyo familiar y social, y buscar posibles soluciones a los problemas existentes identificados por la literatura.

Palabras clave

Violencia Doméstica; Trastorno de Estrés Postraumático; Violencia Íntima de Pareja; Violencia Conyugal; Violencia Contra la Mujer.

Abstract

Introduction: An Integrative Review of Literature to identify what is known of Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) and its consequence on women victims of Domestic Violence (VD). Objective: To identify the existing knowledge of post-traumatic stress disorder (PTSD) related to domestic violence (VD), and the existing gaps in the literature, by synthesizing research studies and articles published to unify a new general knowledge of the phenomenon in nursing and other health disciplines. **Methodology:** Revision of the international journals in databases: MEDLINE, CINAHL, ERIC, *Academic Search Complete*, Academic Sources, MedicLatina, *Psychology & Behavioral Sciences Collection*, PsycINFO®, NIH-PubMed, Scielo, in the period between 2000 to 2015. A further review was carried out of which 24 scientific articles were selected based on the criteria of inclusion and exclusion. **Conclusion:** We concluded that given the high incidence of PTSD (33% to 84%) between the victims of VD and the consequences for the physical and mental health in the short as well as in the long term in women it is important that, as health professionals, we carry out appropriate and effective interventions in primary care centers. Health care professionals should be aware of the emotional and psychological components of each woman who seeks help, in order to be able to identify TEPT, due to its high prevalence in this type of population. It is recommended, to continue researching this subject in order to understand more fully the profile of the battered woman.

Key words

Domestic Violence; Post-traumatic Stress Disorder; Intimate Partner Violence; Spousal Violence; Violence Against Women.

Categoría profesional y lugar de trabajo

(1) Doctorado en Ciencias de Enfermería. Catedrática Auxiliar del Departamento de Enfermería del Recinto Universitario de Mayagüez, Universidad de Puerto Rico; (2) Doctorado en Ciencias de Enfermería. Catedrática de la Escuela de Enfermería del Recinto de Ciencias Médicas, Universidad de Puerto Rico.

INTRODUCCIÓN

La violencia doméstica (VD) contra la mujer es un grave problema de salud mundial y su prevención es una prioridad de salud pública dada su extensión, magnitud y consecuencias en las mujeres y en sus familias. La violencia infligida por la pareja la define la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2011, como, "todo comportamiento que, en una relación de pareja, causa daño físico, sexual o psicológico, incluidos los actos de agresión física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y los comportamientos dominantes" (1). En el Estudio Multipaís, realizado por los investigadores García-Moreno et al. (2), en el 2005, para la OMS, sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer, indicaron que, "el porcentaje de mujeres que habían tenido pareja alguna vez y que habían sufrido violencia física o sexual, o ambas, por parte de su pareja a lo largo de su vida oscilaba entre el 15% y el 71%". Algo semejante ocurrió, con el Informe de *United Nations Secretary-General's United to End Violence against Women* (3), en el 2009, en el cual informaron que 70 % de las mujeres experimentan violencia doméstica en algún momento de su vida. Por otro lado, un estudio realizado por la región del Pacífico Occidental, entre 2009 al 2011, sobre la VD, los cuales utilizaron la metodología de estudio de la OMS, en sus hallazgos encontraron una altas tasas de prevalencia física y/o sexual, entre 60% y 68% (4). Como se observa en las estadísticas de nivel mundial, la incidencia de la VD, en las últimas dos décadas, no disminuyó. Por consiguiente, según Heise y García (1, 5), Jewkes et al. (1, 6), y Raya et al. (7) señalaron, que los problemas físicos, mentales y sexuales causado por la VD, afectan la salud a corto y largo plazo de la mujer.

Según los estudios de Sarasua et al. (8) y Labrador et al. (9), que existen tres tipos de maltrato que se relacionan entre sí, dentro del contexto de la violencia de pareja hacia la mujer: el físico, el psicológico y el sexual. Coincidiendo con otras investigaciones, el motivo principal del maltrato es el control de la víctima (10-15). Es importante destacar, que de los tres tipos de maltrato reconocido en la literatura, el que más prevalece, y tiene efectos negativos a corto y a largo plazo, sobre las víctimas son los problemas emocionales o psicológicos (11-12, 16-17). La víctima de VD, como consecuencia, suele experimentar síntomas de depresión, sentimientos de incapacidad, constante hiperactivación y re-experimentación o pensamientos recurrentes de sus vivencias, dudas sobre si misma y sobre la propia capacidad para tomar decisiones y culparse por las situaciones que le suceden y finalmente distorsiones cognitivas de la realidad (18-21).

Blázquez et al. (22) planteó que aunque el abuso físico puede ocurrir sin abuso emocional, lo más frecuente es que el agresor comience con maltrato psicológico y acabe con maltrato físico. Otros autores señalan, que el hecho de haber maltrato psicológico, no significa que el maltrato físico ocurra o se dé, sin embargo el agresor sí continúa con el maltrato emocional o psicológico por años y muchas veces la víctima no lo percibe como abuso (16, 22-23). Al mismo tiempo, existen varios modelos que explican la VD, entre ellos se encuentra: el Modelo Ecológico de Violencia Intrafamiliar y de Pareja de Corsi, en 1994, se enfoca en el problema de la VD desde la perspectiva de los distintos contextos en los que se desarrolla los individuos (personal, relaciones, comunidad y sociedad), de esta manera ayuda a identificar los distintos niveles en los que se manifiesta la violencia, los factores que influyen en ella, y proporciona un marco para explicar la interacción entre dichos factores; la Rueda de Poder y Control de Duluth, de Minnesota, Estados Unidos, donde se observa, a través de la figura de una rueda, el patrón de acciones que un agresor o victimario usa para controlar y dominar intencionalmente a su pareja o víctima; y la Teoría del Ciclo de la Violencia Conyugal, Walker (24), se caracteriza por tres fases: Fase I (Aumento de la tensión en la pareja), Fase II (Incidencia aguda de agresión) y Fase III (Arrepentimiento y reconciliación), entre otros. De los modelos antes mencionados, el que es más fácil de explicar, a una mujer sobreviviente de VD, es el de Walker, donde se muestra la dinámica que suele suceder cuando el abuso emocional va acompañado de agresión física, el cual puede variar en tiempo e intensidad para cada pareja.

Como resultado de la VD, según Labrador et al. (25) los cuadros psicopatológicos asociados con más frecuencia en la víctima son: los trastornos de ansiedad, depresión, disfunciones sexuales, abuso y dependencia de sustancias. De la literatura analizada, el trastorno por estrés postraumático (TEPT), es el que mejor explica la sintomatología y las consecuencias psicológicas que sufren estas mujeres (12, 14, 25-29). El TEPT se describe como, un síndrome complejo en el cual una víctima con trauma se afectada negativamente por el pensamiento continuo de un acontecimiento traumático (18, 30). De igual forma, otras organizaciones y autores amplían la definición como por ejemplo la Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (31) de los Estados Unidos (NAMI, según sus siglas en inglés), la cual define al TEPT como: "un trastorno de ansiedad que puede surgir después de que una persona pasa por un evento traumático que le causó pánico e impoten-

cia extrema, como por ejemplo combate militar, una agresión, un accidente o un desastre natural". Por otra parte, el Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V) (18) y Rincón et al. (29) añaden, violación, abuso, accidentes serios o cautiverio o por haber presenciado o saber de un acto violento o trágico.

Además Golding (32), en 1999 publicó un meta análisis de la prevalencia del TEPT en víctimas de VD, el objetivo principal del estudio fue la búsqueda de factores de riesgo para trastornos mentales producidos por la violencia física en la relación de pareja. Este trabajo es considerado un estudio de referencia, donde encontró que la prevalencia estimada del TEPT en mujeres víctimas de VD oscilaba entre el 31% al 84.4 %, con una media ponderada de 63.8% (95%, CI: 60.5 a 67.1). Este estudio se utiliza, por varios de los investigadores, como un parámetro de referencia y de comparación de la prevalencia del TEPT. Como por ejemplo en las investigaciones realizadas por Labrador et al. (15) de 33.9%, Rincón et al. (29), de 61.7% y Calvete et al. (33), de 67.5%, coincidiendo con los parámetros señalados por Golding (32).

El propósito principal de la revisión de literatura es llevar a cabo un abordaje y resoluciones seguras de diagnósticos, tratamientos y cuidados para las mujeres víctimas de VD, se debe unificar los conocimientos y el consenso hallado a través de las diferentes metodologías de investigación e identificar las brechas existentes. El maltrato en contra de la mujer en la relación íntima de pareja es un problema social e inaceptable que nos atañe a todos los profesionales de salud sin importa cual sea la disciplina que ejerzamos. Se hace necesario concienciar la magnitud del problema de la VD y sus consecuencias en la salud física y emocional de la mujer, y buscar posibles soluciones.

El objetivo principal de ésta revisión de literatura integrada es unificar los conocimientos y el consenso hallado a través de las diferentes metodologías de investigación relacionada con la VD y el TEPT. Los objetivos específicos son:

1. Identificar lo qué es el TEPT y cómo afecta a las víctimas de VD.
2. Examinar los diseños de investigaciones que prevalecen sobre el tema.
3. Revisar el consenso de la prevalencia de TEPT en la población de mujeres víctimas de VD.
4. Determinar cuáles son los problemas señalados en la literatura sobre las consecuencias físicas, emocionales y sociales en las mujeres sobrevivientes de VD.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para conseguir los objetivos propuestos primero se identificó el tema de interés, después se establecieron criterios de inclusión y exclusión, luego se seleccionaron trabajos empíricos y trabajos teóricos y finalmente se realizó la interpretación y síntesis de los hallazgos. La Tabla 1 presenta los criterios que se utilizaron para la revisión de literatura (ver Tabla 1) y en la Tabla 2 se presentan los artículos recuperados en las bases de datos (ver Tabla 2). Las palabras claves que se utilizaron para hacer la búsqueda de literatura en la base de dato fueron: violencia doméstica, violencia íntima de pareja, violencia conyugal y violencia contra la mujer combinándola con trastorno por estrés postraumático, tanto en el idioma español como en inglés.

Descriptor y estrategia de búsqueda	Violencia Doméstica y/o Trastorno de Estrés Postraumático. Violencia Íntima de Pareja y/o Trastorno de Estrés Postraumático. Violencia Conyugal y/o Trastorno de Estrés Postraumático. Violencia Contra la Mujer y/o Trastorno de Estrés Postraumático. Domestic Violence and/or Post-traumatic Stress Disorder, Intimate Partner Violence and/or Post-traumatic Stress Disorder. Spousal Violence and/or Post-traumatic Stress Disorder. Violence Against Women and/or Post-traumatic Stress Disorder.
Fecha de comienzo de búsqueda de la revisión bibliográfica	La búsqueda de artículos de la revisión de literatura cubrió los meses de marzo a diciembre de 2016.
Criterios de inclusión	Artículos relevantes, investigaciones y resúmenes. Límites de año de publicaciones: 2000-2016. Idiomas: Inglés y/o Español. Artículos clásicos como el de Golding (32).
Criterios de exclusión	Artículos que no cumplieron con la metodología científica. No acceso a texto completo o disponible. Artículos no relacionados con el tema de estudio.
Artículos identificados en las bases de datos	285
Artículos identificados por otras fuentes académicas y fuentes primarias de otros artículos	24
Artículos seleccionados para la elaboración de la Tabla Matrix	24
Artículos no seleccionados por criterios de exclusión	229
Artículos duplicados	24

Tabla 1. Resumen de la estrategia de búsqueda utilizada

Base de Datos	Número de artículos	Número de artículos relevantes	Número de artículos excluidos
Medline	36	7	29
CINAHL	47	6	41
Eric	22	5	17
Academic Search Complete	68	8	60
MedicLatina	8	5	3
Psychology & Behavioral Sciences Collection	13	6	7
PsycINFO®	55	7	48
NIH-PubMed	19	6	13
Scielo	17	6	11
Total de artículos	285	56	229

Tabla 2. Artículos recuperados en las bases de datos

RESULTADOS

De la revisión bibliográfica, se obtuvieron 47 artículos relevantes, investigaciones y resúmenes potenciales en la base de datos. Además, se obtuvieron 24 artículos relevantes, investigaciones, y resúmenes potenciales de datos estadísticos de prevalencia e incidencia del TEPT, identificados por otras fuentes académicas y fuentes primarias en fuentes secundarias. De los cuales, 30 resultaron útiles para la revisión, entre ellos, 24 estudios de investigaciones y 6 artículos teóricos relacionados a los temas del TEPT. De los estudios de investigaciones se identificó: 1 estudio analítico observacional de casos y controles, 1 estudio longitudinal, 3 diseño cuasi experimental, 12 transversal,

2 cualitativos y 1 mixto. Donde predominó en las investigaciones la disciplina de la psicología con 19 artículos relevantes de la VD y el TEPT.

Se elaboró una Matrix (Tabla 3) basado en la literatura consultada, con la siguiente información: autores, año de publicación y país, disciplina a la que pertenece, muestras, diseño de estudio/acercamiento, medición/porcentaje de TEPT, resultados/hallazgos, limitaciones y resumen. Los datos se organizaron en forma alfabética por autores y por disciplina afectada como enfermería, psicología y psiquiatría. Además se analizó los datos buscando las similitudes y las diferencias que se encontró en los hallazgos e interpretaciones de cada una de las investigaciones y de los artículos teóricos en la revisión de literatura pertinente al tema del TEPT.

Autores Años País de Procedencia/ Disciplina	Diseño de Estudio/ Muestra	Prevalencia Del TEPT	Resultados/ Hallazgo	Limitaciones	Resumen
Gabriel L. (2008) EU Enfermería	Investigación cualitativa de estudio de caso N=1		Los conocimientos obtenidos en esta investigación corroboran lo aterrador que puede ser las relaciones violentas en la VD. La investigadora hace un llamado a los proveedores de salud a que reconozcan que sus pacientes no son tratados holísticamente al recopilar la información y al intervenir con la víctima. La violencia de pareja atraviesa todas las fronteras de edad, raza, religión, nivel socioeconómico y ensamblajes. Esto es una preocupación mundial que sigue creciendo fuera de control.	La investigación no pueden ser aplicada a cada víctima o de cada cultura por ser un caso de estudio.	Este estudio de caso de una víctima, quien viajó en la oscuridad sin sospechar que viajó a un mundo de la VD. Donde la víctima identificó su razón para cortar lazos con su abusador, y se reflejan en su camino a través de varias etapas de su vida, para emerger en el otro lado, en la esperanza y en la curación. Este estudio sirve para documentar información sobre VD y ayudar a educar a los estudiantes y profesionales de la salud. Compartió su historia, con la esperanza de dar esperanza a otras que están contemplando su viaje y deseo de emerger como sobrevivientes.
Kelly U. Estados Unidos Enfermería	Estudio mixto; exploratorio N=33	TEPT: 69,7% TDM: 57.6%	Los hallazgos indican que el abuso en las mujeres Latinas, específicamente aquellos que buscan refugio o ayuda, experimentan mayores efectos psicológicos en la VD y que son, probablemente, más severos que en las mujeres blancas o en las mujeres afroamericanas. El TEPT y trastorno depresivo mayor (TDM) no se correlacionaron consistentemente con VD, aunque se encontraron algunas relaciones significativas.	La muestra fue pequeña y esto hizo que no se pudiera generalizar. Dado al tamaño de la muestra lo consideraron exploratorio.	El propósito de este estudio fue describir los síntomas de TEPT y la depresión mayor en las mujeres latinas maltratadas y explorar experiencias en las relaciones entre la VD, los síntomas y la calidad relacionada con la salud de la vida (CRSV).

<p>Sabri B, Bolyard R, MCFadgion A, Stockman J, Luce M, Callwood G, Coverston C, Cambell J. (2013) Estados Unidos Enfermería</p>	<p>Estudio transversal N=431</p>	<p>TEPT con Depresión 58.2%, TEPT-6% Depresión -34.1%</p>	<p>Las experiencias de VD son factores de riesgo para que existan problemas de salud mental, a su vez, aumenta la necesidad de servicios de salud mental. Los investigadores identificaron que las mujeres negras no buscan ayuda para los problemas de salud mental. Por lo tanto, los profesionales de trabajo social en los contextos de atención de salud deben evaluar cuidadosamente a las mujeres por su experiencias de VD y desarrollar planes de tratamiento adaptados que aborden sus antecedentes de maltrato y su necesidad relacionada con la salud mental.</p>	<p>El estudio se centró en las mujeres de ascendencia africana, y por lo tanto limita la generalización de los resultados a las mujeres de otros grupos raciales / étnicos. Probablemente sesgo de recuerdo debido a la naturaleza retrospectiva del estudio, y el uso de datos de autoinforme pudo afectar la validez de los resultados.</p>	<p>Este estudio examinó la exposición a la violencia y el riesgo de letalidad en las relaciones de pareja como factores relacionados con la concurrencia de problemas salud mental y el uso de los recursos de salud mental entre las mujeres de ascendencia africana (EU e Islas Vírgenes de EU)</p>
<p>Wuest J, Ford M, Merrit M, Wilk P, Campbell J, Lent B, Varcoe C, Smye V. (2010) Canada Enfermería</p>	<p>Estudio transversal N=309</p>	<p>TEPT: 4.2% Depresión clínica: 28.2%</p>	<p>Según los investigadores se debe reforzar en todos los ámbitos de la atención sanitaria, donde asisten las mujeres con dolor crónico, la importancia de la evaluación para una historia de abuso infantil y maltrato. Además, subrayaron la importancia de la evaluación rutinaria de las lesiones relacionadas con el abuso y el TEPT y la severidad de los síntomas depresivos cuando se trabaja con mujeres que informaron dolor crónico.</p>	<p>Medidas de VD se completaron sólo por mujeres recientemente separadas y no tomaron en cuenta experiencias únicas de VD. El sesgo de memoria de las participantes y basaron su estudio en el cribado auto informe y no en diagnóstico médico.</p>	<p>El objetivo de éste fue examinar las funciones de las lesiones relacionadas con el abuso a través de la vida, el TEPT, la severidad de los síntomas y la gravedad de los síntomas depresivos en la mediación de los efectos de la gravedad del maltrato en la VD, psicológicos VD, y la relación del abuso infantil en la severidad del dolor crónico en las mujeres sobrevivientes de VD.</p>
<p>Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., et al. (2010). Chile Psicología</p>	<p>Estudio transversal N=42</p>	<p>TEPT (66.7%) SEPT (26.2%).</p>	<p>A pesar que la totalidad de la muestra estaba compuesta por mujeres afectadas por violencia doméstica, la alta prevalencia de sintomatología TEPT indica que las intervenciones destinadas a atenderlas no eran suficientemente efectivas en este ámbito.</p>	<p>El tamaño de la muestra era pequeña.</p>	<p>Las secuelas físicas y psicológicas en las víctimas de VD son numerosas, siendo el desarrollo del TEPT una de las más frecuentemente observadas.</p>
<p>Bermúdez, M., Matud, M. Y Buela, G. (2009) Salvador Psicología</p>	<p>Estudio transversal N=260</p>	<p>TEPT 52.3%</p>	<p>Se encontró que las mujeres maltratadas por su pareja tenían significativamente más sintomatología de estrés postraumático de reexperimentación, evitación y aumento de la activación. También presentaban más síntomas depresivos, somáticos, de ansiedad e insomnio y disfunción social.</p>	<p>El muestreo no fue aleatorio, todos los datos son de autoinforme, por lo que solamente pudieron hablar de asociaciones y no relaciones causa-efecto entre las variables.</p>	<p>En este estudio se analizó la salud mental de un grupo de mujeres maltratadas por su pareja en El Salvador y se comparó con la de mujeres de la población general que no eran maltratadas por su pareja.</p>

<p>Blasco, C., Herbert, H. y Martínez, M. (2014). España Psicología</p>	<p>Estudio transversal N=104</p>		<p>Mientras que algunas mujeres no muestran síntomas de depresión o bien del TEPT, otras desarrollan principalmente la depresión leve, y el resto a las mujeres una depresión más severa comorbilidad y TEPT. La exposición a VD no conduce necesariamente al desarrollo de psicopatología en todas las mujeres o a un patrón único de mala salud mental. Los resultados indicaron que las mujeres expuestas a VD muestran diferencias en la vulnerabilidad y resistencia al desarrollo de la psicopatología, los síntomas somáticos, así como las alteraciones en el sistema endocrino y los dos pueden estar relacionados.</p>	<p>El método utilizado para la selección de la muestra, las mujeres de VD las reclutaron en los centros para ayudar a las víctimas y no en salas de atención primaria donde se podría reunir una muestra mayor.</p>	<p>Los autores analizaron las diferencias individuales en el impacto de la VD tiene sobre la mujer y la sintomatología de la depresión y el TEPT, y así determinar la asociación de los diferentes perfiles de disfunción mental con los niveles de saliva basal con el cortisol y la dehidroepiandrosterona (DHEA) , así como síntomas de salud física.</p>
<p>Blasco, C., Sánchez, S. y Martínez, M. (2010). España Psicología</p>	<p>Estudio longitudinal N=91</p>	<p>Abuso Psicológico TEPT: T-1: 39.1 T-2: 21.7 Abuso Físico y Psicológico T-1: 24.2 T- 2: 18.2</p>	<p>Este estudio muestra que el patrón de recuperación de la salud mental depende del tipo de VD a que las mujeres fueron expuestas. Mientras que quienes experimentan VD físico-psicológica tienen una mayor probabilidad de reducción de VD a lo largo del tiempo y, por lo tanto, podría recuperarse, las mujeres expuestas a la atención psicológica VD solamente, tienen una alta probabilidad de exposición continua al mismo tipo de VD tiene escasa posibilidad de recuperación.</p>	<p>Las limitaciones incluyen el tamaño de la muestra y el hecho de que las mujeres participantes las reclutaron en los centros de ayuda a la mujer.</p>	<p>El objetivo de este estudio fue evaluar los síntomas y el comportamiento suicida en la depresión, la ansiedad y el TEPT durante tres años de seguimiento en mujeres víctimas de VD.</p>
<p>Blázquez, M. Y Moreno, J. (2008). España Psicología</p>					<p>Los autores señalaron que el maltrato psicológico es la forma de maltrato más común entre la mujeres que se auto clasifican como maltratadas, seguido del maltrato sexual, estructural, físico y económico. A su vez, señalaron que la violencia psicológica puede ser inherente a la violencia física, anteceder a la misma, o bien se puede dar al margen de estas agresiones.</p>
<p>Blázquez M, Moreno J, García M. (2010). España Psicología</p>	<p>Revisión teórica del maltrato psicológico VIP</p>		<p>Los autores concluyen sobre la necesidad de poner en marcha estudios que favorezcan el conocimiento de aspectos tales como la prevalencia y las manifestaciones de la violencia psicológica y los factores de riesgo que favorecen la aparición y el mantenimiento de dicho maltrato, así como poner en marcha iniciativas dirigidas a prevenir las formas de violencia psicológica que desencadenan más tarde el maltrato físico en las relaciones.</p>		<p>Este artículo pretende revisar las propuestas teóricas más representativas en el estudio de la violencia conyugal identificando el papel del maltrato psicológico en cada una de ellas.</p>

<p>Buesa S, Calvete E. (2013) España Psicología</p>	<p>Estudio transversal N=157</p>		<p>Los resultados mostraron que únicamente el apoyo percibido por parte de confianza se asociaba a menos síntomas de depresión y TEPT. Este resultado es importante porque las participantes informaron que este tipo de apoyo social era del que carecían más. El mayor grado de satisfacción lo mostraron para el apoyo formal, que no se asoció con los síntomas psicológicos pero sí con la ruptura con la relación abusiva.</p>	<p>La principal limitación se deriva de la naturaleza de la muestra, ya que el estudio se realizó en un contexto terapéutico, esto pudo influir en la valoración positiva del apoyo social formal. Asimismo, la falta de resultados de moderación puede deberse a que la muestra de este estudio está compuesta prácticamente en su totalidad por mujeres víctimas de un maltrato severo.</p>	<p>En este estudio se evaluó el papel de diversos tipos de apoyo social percibido (formal, familiar, red social y de una persona significativa) en los síntomas de depresión y TEPT en mujeres víctimas de VD. Se evaluó si el apoyo social, solo y en interacción con la violencia experimentada, se asociaba con los síntomas y si el apoyo social predecía la ruptura con la relación abusiva en el seguimiento.</p>
<p>Cáceres J. (2004) España Psicología</p>	<p>Estudio transversal N=166</p>	<p>Violencia psicológica un 62%</p>	<p>Un 62 % de los sujetos superó la puntuación indicadora de violencia psicológica grave. En el caso de la violencia física, este porcentaje asciende al 46 %. Por lo que al género se refiere, las diferencias en cuanto a violencia psicológica denunciada por hombres y mujeres no alcanzan significación estadística, ya que los hombres señalaron ser objeto de tanta violencia psicológica como las mujeres.</p>	<p>Sesgo por la muestra.</p>	<p>Este estudio analizó tanto la intensidad de violencia física, psicológica y sexual denunciada por hombres y mujeres, a través de un cuestionario, como la frecuencia de determinados actos violentos concretos. Ambos datos, frecuencia e intensidad, se ponen en relación con el género y el grado de armonía relacional de la pareja en cuyo contexto ocurre dicha violencia.</p>
<p>Calvete E, Estévez A, Corral S. (2007) España Psicología</p>	<p>Estudio transversal N=114</p>	<p>TEPT: 67.54%</p>	<p>Los resultados mostraron que el 67.54% de las mujeres cumplían criterios para diagnóstico de TEPT. Las mujeres puntuaron más alto en esquemas cognitivos con contenidos referentes al abuso, vulnerabilidad al daño, imperfección, culpa, apego, abandono y dependencia. Un modelo de ecuaciones estructurales mostró que la asociación entre violencia y esquemas cognitivos estaba completamente mediada por la presencia de síntomas de TEPT.</p>	<p>La naturaleza transversal del estudio impidió demostrar causalidad entre las variables. El tamaño de la muestra fue relativamente modesto. No se evaluaron la ocurrencia de abuso en la infancia de las participantes.</p>	<p>Este estudio evaluó la asociación entre síntomas del TEPT y esquemas cognitivos disfuncionales en víctimas de VD.</p>
<p>Cova F, Rincón P, Grandón P, Vicente B. (2011) Chile Psicología</p>	<p>Revisión de literatura</p>	<p>Concepto de TEPT</p>	<p>Según los autores, encontraron que es una categoría diagnóstica aún poco consolidada. Desde el punto de vista clínico, la relación entre magnitud, evento y respuesta traumática no sea lineal. Los profesionales de la salud mental, tienen una tendencia a sobre estimar el impacto del evento y no toman otras variables que pueden ser más importantes.</p>		<p>Los autores presentan una visión global de las controversias existentes respecto de la conceptualización del TEPT. Hace una comparación del diagnóstico TEPT entre los DSM-III, DSM-IV y DSM-V. Señalaron las fortalezas y debilidades de los criterios diagnósticos y como se aborda en las investigaciones.</p>

<p>Labrador F, Alonso E. (2007) España y México Psicología</p>	<p>Diseño cuasi-experimental</p>		<p>Según los investigadores el programa de tratamiento aplicado en mujeres maltratadas en México resulta altamente eficaz para: reducir la sintomatología específica de TEPT y lograr una mejoría en otros problemas asociados que se presentan en este tipo de víctimas, aunque este no era el objetivo central del programa.</p>	<p>Una muestra no muy numerosa y la ausencia de un grupo control que permita comparar los resultados obtenidos en esta muestra con mujeres maltratadas no intervenidas.</p>	<p>El objetivo de esta investigación fue evaluar empíricamente la eficacia de un programa de intervención breve y específico para el tratamiento del TEPT en mujeres mexicanas víctimas de VD.</p>
<p>Labrador F, Fernández R, Rincón P. (2009) España y Chile Psicología</p>	<p>Estudio cuasi-experimental de medidas repetidas (pretratamiento, postratamiento y seguimientos). N=20</p>	<p>TEPT 63.8% según Golding (1999) TEPT: 33.9% Grupo de TX TEPT 32.7% Grupo control</p>	<p>En la evaluación del postratamiento consiguieron una mejoría significativa en la sintomatología del TEPT (superación del TEPT en más del 80% de las participantes) y en los problemas asociados: depresión, autoestima, inadaptación social y cogniciones postraumáticas. Mejorías que según los investigadores se mantienen y se incrementan en el seguimiento de los 6 meses.</p>	<p>Escasa representación de la clase baja o mediana, así como el índice de mujeres laboralmente activas y el tamaño de la muestra fue reducido.</p>	<p>El objetivo de esta investigación fue evaluar la eficacia de un tratamiento breve e individual del TEPT en mujeres víctimas de VD. El tratamiento aplicado en formato individual, constaba de ocho sesiones, incluyendo psicoeducación, entrenamiento en control de la activación, terapia cognitiva y terapia de exposición.</p>
<p>Labrador F, Fernández M, Rincón P. (2010) España y Chile Psicología</p>	<p>Estudio transversal N=212</p>	<p>TEPT: 37%</p>	<p>En cuanto a las variables psicopatológicas aparece una menor incidencia del TEPT y TDM. Se observa la presencia de determinadas variables concomitantes, destacando problemas de adaptación, baja autoestima y cogniciones disfuncionales de tipo postraumático.</p>	<p>Sólo considera a mujeres que demandaron ayuda.</p>	<p>El objetivo del estudio es conocer las características y los problemas de las mujeres víctimas de VD, parece necesario para poder ofrecer una atención Psicológica adecuada. Se considera que las consecuencias psicológicas de la violencia son más frecuentes y graves que las físicas, salvo casos excepcionales como los de muertes o lesiones graves.</p>
<p>López L, Apolinaire J, Array M, Moya A. (2007) Cuba Psicología</p>	<p>Estudio analítico observacional de casos y controles N=120</p>		<p>La violencia hacia la mujer en la relación de pareja genera un alto nivel de estrés, que se asocia a estilos de afrontamientos dirigidos a las emociones, los que están interconectados con el locus de control externo y la limitación en la percepción de los apoyos, que repercuten nocivamente en su estado de salud.</p>	<p>Problemas en la interpretación causal de los resultados, por la estructura, es difícil saber si los fenómenos de riesgo, existen desde antes de la aparición del daño.</p>	<p>Este estudio le permitiría a los prestadores de los servicios que atienden a mujeres maltratadas, unos conocimientos sobre la respuesta de estrés, que haría posible el mejor desempeño de las prácticas de intervención; por ello, su objetivo fue analizar la respuesta de estrés en mujeres víctimas de VD. Con el fin de que las víctimas de VD desarrollen e implementen técnicas apropiadas de expresión y de utilización de las respuestas al estrés.</p>

<p>Muñoz F, Burgos M, Carrasco A, Martín M, Río J, Villalobos M, Ortega I. (2006) España Psicología</p>	<p>Estudio cualitativo interpretativo, Diseño fenomenológico N=35</p>		<p>Mejorar el conocimiento de la situación de las mujeres víctimas de la VD desde una perspectiva no directiva, lo que permitiría mejorar la calidad de las intervenciones.</p>	<p>Complejidad del fenómeno de estudio. Proyección de la perspectiva del investigador. Volumen ingente de datos. Se proponen estrategias para mejorar la credibilidad, la conformabilidad y la transferibilidad.</p>	<p>Analizar la experiencia de mujeres víctimas de la VD atendidas en centros de atención primaria desde el punto de vista de las mujeres.</p>
<p>Raya L, et al. (2004) España Psicología y Salud Pública</p>	<p>Estudio transversal N=425</p>		<p>Los resultados de este trabajo muestran que el maltrato global se asocia con una peor salud psíquica y una peor salud auto-percibida. Las lesiones físicas no son la única «prueba» de la existencia de violencia doméstica. Los profesionales de atención primaria pueden desempeñar un papel esencial para ayudar a las mujeres que sufren abusos de sus parejas.</p>	<p>Se excluyó a las mujeres que acudían acompañadas por su pareja. Se excluyó a las mujeres que no sabían leer. Además, la ausencia de información sobre la historia de abuso físico o sexual durante la infancia de la mujer, la cual representa un posible factor de confusión para el estudio de los problemas de salud.</p>	<p>Los autores estudiaron el impacto en la salud física y psíquica de la VD. Además, hacen un llamado, a los profesionales de la salud, para que reconozcan la realidad sobre el impacto que tiene VD en la salud de la mujer.</p>
<p>Rincón P. (2003) Chile Psicología</p>	<p>Diseño cuasi experimental N=50</p>		<p>Según la investigadora la reducción del trastorno de estrés postraumático, se cumplió completamente, y además se modificaron variables no directamente abordadas como depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas.</p>	<p>No contar con una muestra mayor, ausencia de un grupo de control y las participantes no las asignaron de manera aleatoria.</p>	<p>Esta tesis doctoral trata sobre la aplicación de un programa de tratamiento, basado en los conocimientos disponibles acerca del TEPT y de este tipo de víctimas, y de este modo, incluye las técnicas que demuestran ser eficaces en este problema.</p>
<p>Rincón P, Labrador F, Arinero M, Crespo M. (2004) Chile y España Psicología</p>	<p>Estudio transversal N=70</p>	<p>TEPT: 61.7%</p>	<p>Según los investigadores poder identificar las características propias del TEPT en mujeres víctimas de VD permitiría desarrollar intervenciones más específicas para este tipo de población que, por un lado, se dirijan de forma más precisa a los síntomas característicos que muestran, y por otro, tendrían en consideración la necesidad de facilitar una nueva forma de adaptación social.</p>	<p>Los investigadores sólo contactaron con los datos de aquellas víctimas que demandan atención psicológica.</p>	<p>En este artículo se evaluaron sus consecuencias psicológicas en mujeres maltratadas. Los resultados apoyan los datos de investigaciones previas acerca de la sintomatología postraumática, encontrándose un porcentaje importante de TEPT y de SEPT.</p>
<p>Sarasua B, Zubizarreta I, Echeburúa E, De Corral P. (2007) España Psicología</p>	<p>Estudio transversal N=148</p>	<p>TEPT: 42% en Mujeres jóvenes 27% en Mujeres mayores</p>	<p>Según los hallazgos las víctimas más jóvenes sufrían maltrato físico más a menudo y estaban expuestas a un mayor riesgo para sus vidas que las víctimas de más edad. Además, las víctimas de menor edad mostraban más síntomas depresivos y tenían una autoestima menor que las más mayores. A su vez, la gravedad del TEPT en las víctimas jóvenes se relacionaba con la presencia de relaciones sexuales forzadas; en las víctimas mayores, sin embargo, se relacionaba más con la percepción de amenaza para sus vidas.</p>	<p>Emplearon como métodos de medida autoinforme exclusivamente, los grupos de edad establecidos. Una muestra pequeña de víctimas jóvenes, tanto conviviendo con el agresor y como no conviviendo</p>	<p>En esta investigación se estudiaron las repercusiones psicopatológicas de la violencia de pareja en la mujer en función de la edad</p>

<p>Hien D, Ruglass L. (2008) Estado Unidos Psiquiatría</p>		<p>TEPT 33% a 84%</p>	<p>TEPT es una de las consecuencias psiquiátricas más comunes de exposición a la VD en general. Los estudios muestran tasas significativamente más altas de TEPT (que van desde 33% a 84%) entre las mujeres sobrevivientes de la VD en comparación con las mujeres en general.</p>		<p>Este artículo presentó una visión general de lo que se sabe sobre la epidemiología y el tratamiento de la VD en las relaciones heterosexuales. Además de examinar las tasas de prevalencia conocidos en los EU de VD, sobre las diferencias de género y étnicas, así como los correlación y consecuencias psiquiátricas de la exposición VD.</p>
--	--	---------------------------	---	--	---

Tabla 3. Matrix de los artículos recuperados en las bases de datos.

DISCUSIÓN

Prevalencia del TEPT

Según Aguirre et al. (10), el TEPT es el trastorno más frecuentemente desarrollado por las víctimas de VD. Según la revisión de literatura consultada, se encontró que la prevalencia de TEPT en víctimas de VD oscila entre el 33% al 84%, coincidiendo con los parámetros señalados por Golding (32) en su meta análisis con víctima de VD. Aunque, de acuerdo con las investigaciones, prácticamente el 100% de las víctimas presenta o manifiesta algún tipo de sintomatología postraumática (10-11,13,29-33,37). No obstante, se observó diferencia en el estudio realizado por Sabri et al. en la prevalencia del TEPT, con un 6% en la población de mujeres negras en los Estados Unidos de América y en las Islas Vírgenes (26). Aunque, estos resultados pudieron verse afectados, según Sabri et al., por las limitaciones del estudio, entre ellos se encuentra sesgo de recuerdo debido a la naturaleza del estudio transversal retrospectivo y en la manera que se colectaron los datos por autoinforme lo que pudo afectar la validez de los hallazgos (26). Además, este estudio se centró en mujeres de ascendencia africana, y éstas por su situación económica, por no tener un Seguro Médico o por no tener empleo, no buscan ayuda, por lo general, de los recursos de Salud Mental, según el estudio.

Síntomas asociados al TEPT

De acuerdo con el DSM-V (18) y Rincón et al. (29) hay tres aspectos característicos de este trastorno: Reexperimentación de los acontecimientos traumáticos; Conductas de evitación de los estímulos aso-

ciados con el trauma; Síntomas debidos al exceso de activación entre las cuales se encuentran dificultades de concentración, irritabilidad, problemas para conciliar el sueño y otros. (33, 34). Además de los problemas emocionales y los síntomas psicológicos del TEPT, la víctima de VD experimenta otras consecuencias físicas, que pueden incluir deterioro de la función inmunológica, dificultad para dormirse o permanecer dormido/a, aumento de la resistencia a la insulina, obesidad central, aumento en el riesgo de diabetes, hipertensión, dolor crónico, fracturas, problemas de memoria o amnesia, trastornos gastrointestinales, fibromialgia, y la consecuencia mayor, de esta realidad que vive dentro VD, es la pérdida de la vida o el suicidio (7-8,10,13-15,34-38). Como resultado de los trastornos físicos, las víctimas pueden presentar otros trastornos emocionales o psicológicos como son problemas de autoestima baja, sentimientos de vergüenza y sentirse culpable por los hechos, lo que constituye un factor de riesgo para el desarrollo de otros trastornos (7,10,39).

Como consecuencia, según Labrador et al. (15), la presencia reiterada de reexperimentación y evitación, sin aparente control por parte de la víctima, e incluso con un aumento progresivo, en muchos de los casos, no le permiten otra explicación a la víctima, de que ella está perdiendo la razón o su salud mental, por consiguiente que cada vez será peor la situación. Además, la constante hiperactivación, facilita la presencia de conductas de ira y cólera, cansancio e impotencia, del mismo modo, se añaden la dificultad para dormir y descansar, dando como resultado, que la víctima piense que no tiene fuerzas para salir de su circunstancia, que inevitablemente no hay solución a sus problemas (15-16,18,42). Con respecto, a los síntomas asociados al TEPT, se debe señalar que las

mayoría de las víctimas de VD, son mujeres jóvenes que por lo general tienen un nivel educativo bajo, que están en la relación por aproximadamente 2 a 15 años y la frecuencia del maltrato muchas veces puede ser a diario o semanal. Y solamente cuando el maltrato va en aumento es que deciden salir de la relación y buscar ayuda. Además la víctima, por lo general, busca ayuda primeramente de un médico o centro de asistencia, que ayuda psicológica, lo que muchas veces tardan en diagnosticarse el TEPT.

Factores relacionados con el agresor

En la revisión de literatura se encontró que existen factores que son detonantes y que contribuyen para que el victimario agrede a la víctima. Estos factores son necesarios de estudiar, porque no solamente amerita cuidado e intervenciones adecuadas a la víctima de VD, sino también para el agresor. En la búsqueda de dar soluciones para la VD, que cada día va en aumento, como se puede constatar con el Informe de la OMS, en el 2017, las estimaciones mundiales publicadas por la OMS indican que alrededor de una de cada tres (35%) mujeres en el mundo sufren violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por terceros en algún momento de su vida (40). Por tal motivo, es relevante identificar el perfil del agresor y así desarrollar programas y aplicar intervenciones adecuadas, que al final ayudaría a mejorar la calidad de vida familiar de las poblaciones a riesgos y la prevención del TEPT.

De acuerdo con Blázquez et al. (16) y Echeburúa et al. (42) encontraron que, algunas culturas son más susceptibles y con una predisposición hacia la agresión o violencia, crianza, personalidad, actitudes y componentes emocionales del individuo, como son la ira, la rabia o la impotencia, y la predisposición hostil de la persona, además de pobres habilidades de comunicación y de solución de problemas. También existen otras variables que, contribuyen a la agresión como, son los celos, el estrés y el consumo de sustancias tóxicas como son el alcohol y las drogas, y la percepción de debilidad de la víctima.

Precipitación del TEPT

En el contexto del fenómeno de la VD, se desarrolla de forma paradójica una relación interpersonal de protección entre la mujer y el agresor, formándose un mecanismo activo para amortiguar y/o evitar la incidencia de estresores amenazantes. Según Montero, las agresiones por parte del agresor son consistentes, repetidas e inesperadas lo que man-

tiene un elevado nivel de estrés en la víctima. Todo ello unido al sentimiento de indefensión dará lugar al TEPT en la víctima (43).

Blázquez et al. (16) realizaron una revisión teórica sobre el maltrato psicológico en la VD, donde plantearon que, el sufrimiento de la víctima, lejos de constituirse un atenuante contra la violencia al suscitar sentimientos de empatía en el agresor, constituye un estímulo que dispara la agresión, cuyo impacto emocional en la salud mental de la víctima se afecta a corto y largo plazo (11,44-46). Como consecuencia, según Blázquez et al., una vez trasgredidos los límites de la relación entre el agresor y la víctima de VD, el empleo de la violencia como una herramienta de control de la conducta se hace cada vez más habitual (16). Las estrategias utilizadas a estos efectos se traducen en diversas actitudes y comportamientos, tales como humillación, descalificación o ridiculización, amenazas repetidas de abandono y un sinnúmero de expresiones que se comprenden como agresión emocional o psicológica y que finalmente repercute en la salud mental de la víctima (16). Para Aguirre et al. los síntomas de TEPT se relacionan con el temor a que se vuelva a repetir la agresión, de manera que evitar el contacto con el agresor y brindar protección concreta es una prioridad para la pronta recuperación de la salud física y mental de la víctima (10).

Follingstad et al. encontraron que el maltrato emocional o psicológico son previos al maltrato físico, ya que la mayoría de las veces resulta invisible ante los ojos de la propia víctima, de su red de apoyo y de la misma sociedad que la revictimizan, lo que genera graves secuelas en la salud mental de quien la padece (47). Cabe señalar, que dentro el maltrato psicológico, una de las consecuencias más graves, es el desarrollo del TEPT, y que muchas veces, la víctima desconoce la condición, por lo tanto puede durar con los síntomas activo del TEPT hasta pasado más de 20 años (10,17,34). Por esto, es importante conocer el perfil del agresor, las manifestaciones del TEPT y las secuelas que deja en la víctima de VD y en su núcleo familiar, y así prevenir la aparición del TEPT en la víctima.

Comorbilidad del TEPT

No obstante, algunos investigadores concuerdan, que aunque la depresión tiende asociarse a la condición del TEPT (48,13) no se puede descartar la presencia de otros trastornos comórbidos al TEPT, como son la depresión mayor, los trastornos de ansiedad y el abuso continuo de sustancias psicoactivas, y a

nivel neuroendocrino se puede observar cambios inflamatorios relacionado al dolor crónico en la víctima (13-14, 29,49-50). Por otro lado, como consecuencia del TEPT, se estima que el 59% de los hombres y el 44% de las mujeres con TEPT cumplen criterios para tres o más diagnósticos psiquiátricos con una incidencia de: 10% fobia específica (miedos irracionales a determinadas situaciones: animales, sangre y otros), 7% crisis de angustia, 6% trastornos de ansiedad social y 15% subsíndrome de estrés postraumático (SEPT), riesgo a ideas suicidas y los datos sugieren que los síntomas psicológicos pueden continuar años después de terminar el abuso (13,29-32,49). Cabe señalar, que la VD constituye un factor precipitante para la mala salud física de la mujer, pero sobre todo la parte más afectada es la psicológica, lo que muchas veces resulta invisible para los proveedores de los centros de servicios de salud, siendo el apoyo psicológico una prioridad para esta población afectada. Una de las críticas al proceso de estimado es que no existe un instrumento de cribado estandarizado que mida las consecuencias de los tres tipos de violencia, especialmente sobre la salud mental de la víctima. Según Rabin et al. (51), en un estudio que realizó sobre las diferentes herramientas de detección de violencia íntima de pareja (VIP), encontró que tanto en la práctica clínica como la investigación se ven obstaculizadas por la falta de una evaluación exhaustiva de las propiedades psicométricas de las herramientas de detección de VIP existentes. Muchas de las herramientas de detección actuales son prometedoras, pero se necesitan críticamente más pruebas y validación en diversas poblaciones utilizando una medida de comparación universalmente aceptada (51).

Consecuencias del TEPT a nivel social

En el nivel social los conflictos que enfrentan la víctima de VD, que presentan un diagnóstico de TEPT, y que buscan ayuda en los centros de salud y en su entorno social, se encuentran: la clara situación de desamparo constantemente percibida, en especial antes de abandonar el hogar, la desorganización y ruptura con las actividades habituales y el entorno social una vez abandonado éste. Muchas veces esto se agrava por la necesidad de desarrollar nuevas habilidades o conocimientos para trabajar, y así poder enfrentar una nueva situación que generalmente son difíciles por las restricciones económicas y ruptura de las redes sociales lo que muchas veces las imposibilita lograr nuevamente una inserción social (13, 29, 37-38).

Barreras en las víctimas de VD

Algunas de las barreras identificadas en la revisión de literatura, se encuentran: dificultad para buscar ayuda, la vergüenza, sentimiento de humillación y el miedo les impiden tomar medidas para protegerse, dependencia económica, pérdida de control, confusión, sentimiento de culpa, sensación de fracaso personal, sensación de un futuro un incierto, pertenecer a grupos étnicos minoritario, reacción del agresor, principalmente el miedo que tiene de perder la custodia de los hijos (8,10,13,15,16,22,34,37,38,40,52). Dentro de los factores psicológicos se encuentran impotencia (16), apego con el agresor (16,34), compromiso con la relación, maltrato espiritual por las prácticas o creencias religiosas (16,22,34). También se encuentra, los factores socioculturales como son las prácticas patriarcales (22) y sexistas que existen en la sociedad (34), la aceptación del maltrato y su tolerancia en muchas culturas (16,34), ausentismo o abandono laboral (40), la desigualdad entre hombres y mujeres, y la dificultad para recuperar al ajuste social o deterioro de sus redes sociales o familiares y limitación para relacionarse con otros (10,15,22,37,38,40). Por otro lado, se encuentran los factores legales como es la burocracia del sistema legal y la revictimización por parte de la policía o del personal de apoyo, entre otros (8,34,40). Por consiguiente, se observa la asimetría que se da en la relación entre el hombre y la mujer, donde la supremacía del hombre y la sociedad permanece ante la vulnerabilidad de la mujer víctima de VD.

LIMITACIONES

Existen varias limitaciones encontradas en esta revisión de literatura incluyendo la dificultad de obtener en la base de datos artículos de investigaciones completas. Por otro lado, se encontraron pocos artículos con diseños cualitativos y mixtos y la búsqueda solo se limitó al idioma español e inglés.

CONCLUSIONES

A través de la revisión de la literatura se pudo constatar la importancia de que los profesionales de la salud hagan intervenciones adecuadas y efectivas en los centros de asistencias hospitalarios. Como por ejemplo las salas de emergencias, para detectar problemas de salud físicos y mentales en mujeres

víctimas de VD, ya que por lo general son los lugares donde acuden las víctimas para buscar ayuda. Cabe señalar que, en el Informe de la OMS (54), se destaca que el aspecto más dañino del maltrato no es la violencia en sí misma sino la “tortura mental” y el “vivir con miedo y terror” que experimentan las víctimas. Lo que conlleva, que las víctimas de VD aprendan a vivir con temor y llegan a creer que es imposible hacer cambio en su circunstancia de vida. Por otro lado, de los tres diferentes tipos de violencia, el maltrato psicológico es el que genera un profundo desgaste físico y emocional que va quebrantando la voluntad de la víctima.

De acuerdo con las investigaciones consultadas, la prevalencia de sintomatología TEPT va desde 33.9% a 84% (Tabla 3). Por ende, esta investigadora ve que de acuerdo a la revisión de literatura, las intervenciones, destinadas a atender a las víctimas, no son lo suficientemente efectivas en los centros de asistencia hospitalarios. En estos centros es el lugar donde por lo general las víctimas acuden para buscar ayuda por primera vez. Estos datos, de las investigaciones cuantitativas, encontrados en la revisión de literatura, concuerda con los resultados del meta análisis de Goldig (32). La prevalencia de la enfermedad demuestra que la magnitud del problema TEPT no se atiende adecuadamente. Además, que la prevalencia del TEPT puede subestimarse por las limitaciones de los estudios o por los sesgos, como por ejemplo, el momento en que los investigadores tomaron la muestra, instrumentos que no midieron los objetivos de los investigadores o que la muestra era pequeña. Ya que la mayoría de los datos se tomaron en centros en la que las víctimas fueron a buscar ayuda. Por otro lado, sí no existe un perfil claro de “mujer maltratada”, características de las víctimas de VD (7-8, 26, 29, 55), esto puede ocasionar que, no se le dé el tratamiento adecuado y efectivo, para el TEPT, en los centros de asistencia hospitalarios. Evidentemente, según Labrador et al. (15, 56) el apoyo psicológico es una prioridad y es evidente la importancia de integrar tratamientos e intervenciones específicos para el TEPT, así como cambios en las políticas de salud y las públicas, tanto en los aspectos sociales como judiciales, de cada país.

En resumen, de todos los tipos de violencia conocido, el más difícil de identificar es la violencia emocional y psicológica, ya que varios de los autores e investigadores señalan y la reconocen como el tipo de violencia invisible, tanto para la sociedad, los sistema de justicia, el agresor, las redes de apoyo familiares y sociales, pero aún más, para la propia víctima. El apoyo familiar y social, son fundamenta-

les para la recuperación de la víctima, sin embargo se encontró, en la revisión de literatura, que son temas que necesitan estudiarse a profundidad. La red de apoyo puede servir de ayuda para la pronta recuperación de la salud física y la recuperación del equilibrio emocional de la mujer.

Por otro lado, en la revisión de literatura, se encontraron 12 estudios cuantitativos, que tenían un diseño transversal. Esta metodología estudia, en un momento dado del tiempo, los efectos de los daños psicológicos en las víctimas de VD. Además, se encontraron dos investigaciones cualitativas y una mixta. Se encontraron pocos artículos relacionados con estos diseños, dos y uno respectivamente, en la base de datos pertinentes al tema, lo que significa que, hace falta más tipos de investigaciones longitudinales, cualitativas y mixtas donde se observe a las víctimas por períodos de tiempo más largo y se le aplique tratamiento adecuado, apoyo social y económico, para poder tener un consenso en el perfil de la víctima y de la prevalencia del TEPT.

Entre las brechas encontradas en la revisión de literatura están: No hay un consenso en la utilización de un instrumento de cribado para identificar los tipos de maltratos en las mujeres víctima de VD, en los centros de servicios de hospitalarios, donde se pueda identificar los trastornos psicológicos. La mayoría de las veces, cuando la víctima de VD acude a un médico en busca de ayuda, es mal diagnosticada, por lo tanto no recibe tratamientos adecuados y efectivos para el TEPT u otras condiciones relacionadas a psicopatología. La falta del cumplimiento de las políticas públicas y de las leyes que favorecen el bienestar de las mujeres víctimas de VD, en cada país. Otra brecha es el desconocimiento, de la víctima, a que lugar acudir para buscar ayuda. Necesidad de tener un perfil con las características de la mujer maltratada, para identificar la sintomatología y la prevalencia del TEPT, que puede presentar la víctima de VD, ya que esto amerita atenderse (ver Tabla 3: Matriz de los artículos recuperados en las bases de datos).

REFERENCIAS

1. Butchart A, García-Moreno C, Christopher M. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: Qué hacer y cómo obtener evidencia. Organización Mundial de la Salud: 2011- [acceso 6 enero 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44810/1/9789275316351_spa.pdf
2. García-Moreno C, Jansen HA, Watts C, Ellsberg M,

- Heise L, investigadores principales. Estudio multi-país de la OMS, sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. 2005- [acceso 3 octubre 2015]. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
3. United Nations Secretary-General's United to End Violence against Women. United Nations Department of Public Information. 2009- [acceso 30 septiembre 2016]. DPI/2546C, Noviembre 2009. Disponible en: http://www.un.org/es/events/endviolenceday/pdfs/unite_the_situation_sp.pdf
 4. García-Moreno C., Pallitto C. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. World Health Organization. 2013- [acceso 23 de noviembre 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf
 5. Heise L, García-Moreno C. Violence by Intimate Partners. En: Krug EG et al., (Eds). World report on violence and health; 2002. Chapter 4: p. 87-121. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/44810/1/9789275316351_spa.pdf
 6. Jewkes R, Sen P, García-Moreno C. Sexual violence. En: Krug EG et al., eds. World Report on Violence and Health; 2002. Chapter 6: p. 149-181. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/am/10665/44810/1/9789275316351_spa.pdf
 7. Raya L, Ruiz I, Plazaola J, Brun S, Rueda D, García L, González J, Garralon L, Arnalte M, Lahoz B, Acemel M, Carmona M. La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. Atención Primaria. 2004; 34(3):117-127. Disponible en: <http://www.elsevier.es>
 8. Sarasua B, Zubizarreta I, Echeburúa E, De Corral P. Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. Psicothema. 2007; 19(3):459-466. Disponible en: <http://www.psicothema.com/resumen.asp?id=3386>
 9. Labrador FJ, Rincón PP, De Luis P, Fernández R. Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programas de Actuación, Madrid. 2004. ISBN 9788436818468
 10. Aguirre P, Cova F, Domarchi M, Garrido C, Mundaca I, Rincón P et al. Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. Rev. chil. neuro-psiquiatr. [Internet]. 2010 Jun [citado 1 enero 2016]; 48(2):114-122. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004>
 11. Cáceres Carrasco J. Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: papel del contexto. Clínica y Salud. 2004; 15(1): 33-54. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617820002.pdf>
 12. Blasco-Ros C, Sánchez-Lorente S, Martínez M. Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. BMC Psychiatry. 2010;10:98. doi:10.1186/1471-244X-10-98.
 13. Kelly UA. Symptoms of PTSD and Major Depression in Latinas Who Have Experienced Intimate Partner Violence. Issues Mental Health Nursing. 2010 Feb;31(2):119-127. doi:10.3109/01612840903312020
 14. Wuest J, Ford M, Merritt M, Wilk P, Campbell JC, Lent B, Varcoe C, Smye V. Pathways of Chronic Pain in Survivors of Intimate Partner Violence. Journal Womens Health (Larchmt). 2010 Sep;19(9):1665-1674. doi:10.1089/jwh.2009.1856
 15. Labrador FJ, Fernández R, Rincón PP. Evaluación de la eficacia de un tratamiento individual para mujeres víctima de violencia de pareja con trastorno de estrés postraumático. Pensamiento Psicológico. 2009;6(13):49-68.
 16. Blázquez M, Moreno JM, García ME. Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. Psicología y Salud, 2010 Enero-Junio; 20(1): 65-75
 17. Bermúdez MP, Matud MP, Buela G. Salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja en el Salvador. Revista Mexicana de Psicología. Enero 2009; 26(1); 51-59.
 18. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V). 5ta rev. ed. Barcelona: Masson; 2013. Disponible en: https://www.academia.edu/7709881/Guia_de_consulta_de_los_criterios_del_DSM-V_en_espa%C3%B1ol
 19. Taylor WK, Magnussen L, Amundsen MJ. The lived experience of battered women. Violence Against Women. 2001. Mar;7:563-585. doi:10.1177/10778010122182604
 20. Rincón PP. Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: Evaluación de programas de intervención [tesis

- doctoral]. Madrid (España). Universidad Complétese de Madrid; 2003. 360 p.
21. Gabriel L. Intimate Partner Violence: The Lived Experience of an Individual's Perception of the Holistic Severing of One's Self from an Intimate Partner Violence Relationship. Dissertation for the Degree of Doctor in Healthcare. 2008. Disponible en: http://gateway.proquest.com/openurl?url_ver=Z39.88-2004&res_dat=xri:pqdiss&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:dissertation&rft_dat=xri:pqdiss:3307027
 22. Blázquez M, Moreno JM. El maltrato psicológico en la pareja. Prevención y educación emocional. Editorial EOS. 2008. Disponible en: <http://www.in-efoc.net/pdfs/15.pdf> ISBN: 978-84-9727-281-0.
 23. Loring MT. Emotional Abuse. New York: Lexington Books, Imprint of Macmillan, Inc. 1994. p. 45.
 24. Walker L. Battered woman syndrome. New York. Springer (1984).
 25. Labrador FJ, Alonso E. Eficacia a corto plazo de un programa de intervención para el trastorno de estrés postraumático en mujeres mexicanas víctimas de violencias doméstica. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica. 2007;12(2):117-130, ISSN 1136-5420/07
 26. Sabri B, Bolyard R, MCFadgion A, Stockman J, Luce M, Callwood G, Coverston C, Cambell J. Intimate Partner Violence, Depression, PTSD and Use of Mental Health Resources among Ethnically Diverse Black Women. Soc Work Health Care. 2013 April;52(4):351-369. doi:10.1080/00981389.2012.745461.
 27. Tsai AC. Intimate Partner Violence and Population Mental Health: Why Poverty and Gender Inequities Matter. PLoS Med. 2013 May;10(5):e1001440. doi:10.1371/journal.pmed.1001440
 28. Warshaw C, Moroney G, Barnes H. Report on mental health issues and service needs in Chicago-area domestic violence programs. Chicago: Domestic Violence & Mental Health Policy Initiative; 2003.
 29. Rincón PP, Labrador FJ, Arinero M, Crespo M. Efectos Psicopatológicos del Maltrato Doméstico. Avances en Psicología Latinoamericana. 2004;22: 105-116. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902210>
 30. Yehuda R. Clinical relevance of biologic findings in PTSD. Psychiatric Quarterly. 2002;73(2):123-133. doi: 10.1023/A:1015055711424
 31. Alianza Nacional de Enfermedades Mentales (NAMI). Trastorno de Estrés Postraumático. Disponible en: <http://espanol.nami.org/Learn-More/Mental-Health-Conditions/Posttraumatic-Stress-Disorder>
 32. Golding JM. Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. Journal of Family Violence. 1999 14: 99-132.
 33. Calvete E, Estévez A, Corral S. Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. Psicothema. 2007; 19(3): 446-451. ISSN 0214 - 9915 CODEN PSOTEG www.psycothema.com
 34. Hien D, Ruglass L. Interpersonal partner violence and women in the United States: An overview of prevalence rates, psychiatric correlates and consequences and barriers to help seeking. NIH Public Access. Int J Law Psychiatry. 2009; 32(1): 48-55. doi: 10.1016/j.ijlp.2008.11.003.
 35. Gill JM, Szanton SL, Page GG. Biological underpinnings of health alterations in women with PTSD: A sex disparity. Biol Res Nur. 2005;7(1):44-54. doi: 10.1177/1099800405276709
 36. Blasco-Ros C, Herbert J, Martínez M. Different profiles of mental and physical health and stress hormone response in women victims of intimate partner violence. Journal of Acute Disease. 2014; 303-313. doi: 10.1016/S2221-6189(14)60066-4
 37. Buesa S, Calvete E. Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2013;31-45. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56025664003>.
 38. López L, Apolinaire J, Array M, Moya A. Respuesta de estrés en la mujer maltratada en la relación de pareja. Una aproximación a su estudio. Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos, Medisur. 2007;5(1):5-9. ISSN:1727-897X
 39. Labrador FJ, Rincón PP, Estupiña F, Alonso E, Lignon S. Violencia doméstica e intervención psicológica. Guía del Psicólogo. 2007; 266:5-7.
 40. Labrador FJ, Fernández ME, Rincón PP. Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. Psicothema. 2010; 22(1):99-105. ISSN 0214 - 9915
 41. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/>

violence-against-women#.W0X5hi0jDuk.email.

42. Echeburúa E, Corral P, Amor PJ. Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*. 2002;14(Supl.):139-146. Disponible en: <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/17-danopsi.pdf>
43. Montero A. Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 2001;12(1), 5-31
44. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 2002 Abril; 359(9314):1331-1336.
45. Kazantzis N, Flett R, Long N, MacDonald C, Miller M. Domestic violence, psychological distress and physical illness among New Zealand women: Results from a community based study. *New Zealand Journal of Psychology*. 2000 Dec; 29(2):64-70.
46. Kramer A. Domestic violence: How to ask and how to listen. *Nursing Clinics of North America*. 2002. Mar; 37(1):189-210.
47. Follingstad DR, Rutledge LL, Berg BJ, Hause ES, Polek DS. The role of emotional abuse in physically abusive relationships. *Journal of Family Violence*. 1990; 5(2):107-120.
48. Echeburúa E, Corral P, Amor PJ. Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación del Conducta*. 1998;24(96):527-555. Disponible en: http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/9-perfilesdife_tept.pdf
49. Brady KT, Killen TK, Brewerton T, Lucerini S. Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2000; 61(7):22-32. Disponible en: https://www.academia.edu/13680717/Comorbidity_of_Psychiatric_Disorders_and_Posttraumatic_Stress_Disorder
50. Kessler RC. Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000; 61(5):4-12.
51. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate Partner Violence Screening Tools. *American journal of preventive medicine*. 2009; 36(5):439-445.e4. doi:10.1016/j.amepre.2009.01.024.
52. McFarlane AC. Posttraumatic stress disorder: A model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*. 2000; 61(5):15-20.
53. Hidalgo N, Gómez P, Bueso N, Jiménez P, Martín H, Pérez, M. Secuelas cognitivas en mujeres víctimas de violencia de género. Congreso para el estudio de la violencia contra las mujeres: Justicia y Seguridad en Granada; 26 al 27 de Nov. Disponible en: <http://www.congresoestudioviolencia.com/2012/articulo20.php> 2012.
54. Organización Mundial de la Salud. Violencia contra la mujer: Un tema de salud prioritario. 1998. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf
55. Muñoz-Cobosa F, Burgos-Varob M, Carrasco-Rodríguez A, Martín-Carretero M, Río-Ruize J, Villalobos-Bravof M, Ortega-Fraileg I. Investigación cualitativa en mujeres víctimas de violencia de género. *Atención Primaria*. [Revista en Internet]. 2006. 37(7):407-412. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-investigacion-cualitativa-mujeres-victimas-violencia-13087383>
56. Cova S Félix, Rincón G Paulina, Grandón F Pamela, Vicente P Benjamín. Controversias respecto de la conceptualización del trastorno de estrés postraumático. *Rev. chilena neuro-psiquiatría*. [Internet]. 2011 [citado 2016 Mayo 25]; 49(3): 288-297. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071792272011000300010&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000300010>.