

Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua
Facultad de Ciencias Médicas
UNAN Managua



Tesis para optar al título de Psiquiatra
Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas
de Violencia intrafamiliar atendidas en la Comisaria de la
mujer durante el período Febrero 2012 a Diciembre 2012
en el Distrito II de Managua.

Autora: Dra. Mélida José López Herrera

Doctor en Medicina y Cirugía, residente del III año de especialidad en Psiquiatría.

Tutor: Dr. Luis Molina Dávila

Doctor en Medicina y Cirugía. Especialista en Psiquiatría. Médico Base en HJDF.

Asesor Metodológico: Dr. Manuel Enrique Pedroza

Ph.D. en Ciencias Agrícolas. Director de Investigación, UNAN-Managua.

Asesor Metodológico: Dr. Juan Almendarez Peralta

Doctor en Medicina y cirugía. MSC Salud pública. Profesor titular UNAN León

Febrero del 2013

Opinión del tutor

El presente estudio monográfico cumple con todo el rigor metodológico y científico. Su discusión está bien documentada y enriquecida con bibliografía internacional, lo que hace darle a la tesis una buena precisión y fiabilidad.

Es pertinente resaltar varios aspectos que son medulares en el presente trabajo: un tema de sumo interés en la población actual, como es la presencia del estrés postraumático en las mujeres del Distrito II, donde si encontramos una prevalencia que alerta al sistema de salud, y su importancia radica en que este trabajo da lugar a planes de intervención y prevención oportuna, así como la realización de estudios venideros

En relación a la autora crucial del estudio Dra. Mélida López, como tutor fui testigo de la dedicación, empeño, desvelos, momentos de preocupación, esfuerzo, tiempo y búsqueda continua de información para la realización de la tesis

Además muy importante en la especialidad de psiquiatría los valores humanos que la resaltan , sus cualidades innatas para ejercer el campo de la salud mental, en todos los aspectos durante los tres años de formación ; como estudiante ,como discípula ,siempre solidaria y amiga ,como medica siempre dispuesta ,honesta , capaz .

Para mí fue un orgullo haber abonado un poco a algo que la Dra. yalo traía formado.

Dr. Luis Molina Dávila

Dedicatoria

Esta tesis va dedicada a todos las personas, instituciones, diversidad de credo religioso, político, para que se motiven a trabajar en pro del núcleo de la sociedad que es la familia, y no por ser un concepto sino que es una realidad, es el nido de donde salen seres humanos que van actuar según el modelado y crianza de sus padres o tutores.

La mujer que sufre violencia y desarrolla un trastorno psicológico así como el hombre que la da así como los hijos que la presencian e imitan forman parte de una familia sufren un desgaste y si no se hacen intervenciones oportunas y útiles se perpetuara, y la principal acción es la PREVENTIVA

Esta dedicatoria es un llamado a trabajar verdaderamente en busca de la paz, armonía, igualdad, de nuestra sociedad erradicando lo malo reforzando lo bueno y buscando lo mejor para los integrantes del núcleo familiar.

Dra. Mélida José López Herrera.

Agradecimientos

- ✓ A Dios, nuestro Padre bueno, que me ha dado su amor y su bendición siempre, no porque lo merezca, sino solo por su infinita misericordia.
- ✓ A nuestra Madre Santísima, la siempre Virgen María, que me ha dado su amor, su gracia, su intersección y me ha cubierto con sus manos Santísima, en los momentos más difíciles de mi vida.
- ✓ A mis padres, pilar fundamental en mi vida, por ser los mejores padres del mundo mi padre Armando López, que desde el Cielo me está dando su amor y guía siempre, y a mi madre Marlene Herrera, que en todos los años de estudio y en todas las áreas de mi vida, me ha apoyado SIEMPRE.
- ✓ A mi esposo Dr. Danilo Centeno, por su AMOR, paciencia, comprensión, empatía, y todo su apoyo en TODO, y en especial, los momentos más complicados de estos tres años de estudio.
- ✓ A mi hermana Lic. Marlene López por su amor y apoyo incondicional.
- ✓ Al Dr. Luis Molina Dávila por ser un docente con calidad y calidez humana que le gusta enseñar, compartir sus conocimientos, por su empatía, paciencia, y en especial por su guía para la realización de este estudio.
- ✓ A Dr Manuel Pedroza, por su dedicación en enseñarnos Metodología en el curso que nos impartieron en la UNAN-Managua, pero sobre todo por su paciencia, tiempo, compartir sus conocimientos y ayuda para la realización de esta tesis.

- ✓ Al Dr Juan Almendarez por su apoyo brindado para la realización de esta tesis

- ✓ Al Comisionado Mayor Julio Rugama Cantillano Jefe del Distrito II de la Policía Nacional de Managua por su humildad, accesibilidad, calidez humana que caracteriza a un líder, por su apoyo en todo lo pertinente a este estudio.

- ✓ Al Lic. Claudio Mendoza, por su colaboración en la realización de las encuestas.

- ✓ A todos mis amigos; que me brindaron su apoyo siempre y se alegran con la realización de esta tesis, ya que significa la terminación de una etapa más de mi vida profesional.

Dra. Mélida José López Herrera

Resumen

El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar la presencia de Trastorno por estrés postraumático en las mujeres víctimas de VIF atendidas en la comisaría de la mujer Distrito II/Managua en el periodo comprendido de Febrero 2012 a Diciembre 2012.

La muestra del estudio corresponde a las víctimas que se encontraron en sus casas y que aceptaron la realización de la encuesta, dicho instrumento fue elaborado según los objetivos específicos de la investigación y se utilizó la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de Echeburúa que evalúa los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según criterios diagnósticos DSM-IV de las víctimas

Los resultados más relevantes fueron en cuanto a sus características sociodemográficas el 70.8% de las mujeres que participaron en el estudio tienen entre 20 a 39 años de edad, una gran parte tiene bajo nivel de escolaridad, la mayor parte de las víctimas han sentido como redes de apoyo a la Comisaría de la Mujer, sus familiares y vecinos. El 79.2% de las mujeres han recibido maltrato de sus parejas y el 12.5% de su ex pareja.

La frecuencia del maltrato se consideró muy frecuente en el 25.0% de las mujeres (3 o más veces por semana) y frecuente (de 1 a 2 veces por semana) el 39.6%. El 52.1% tiene 2 años o menos de duración de la violencia y un 12.5% más de 2 años hasta 4 años. En cuanto al maltrato psicológico, el 91.7% refirió que fueron insultadas, le gritó su agresor, el 70.8% fue descalificada frente a otros, el maltrato físico encontrado el 52.1% denunciaron que le lanzaron un objeto, al 35.4% las empujaron, al 31.3% le pegaron cachetadas, y el maltrato sexual fueron obligadas a tener sexo un 41.7 %

Los síntomas más frecuentes de TEPT fue el 66.7% de las mujeres tenían recuerdos intrusivos, el 39.6% sueños intrusivos, el 31.2% "Flashbacks", el 41.7% tenían síntomas de evitar pensar y el 68.7% tenían síntomas de insomnio, el 50.0% irritabilidad. La relación entre escolaridad y síntomas globales de gravedad mostró una tendencia a ser más alta conforme el nivel de escolaridad es menor afectando más el grupo de analfabetas. Al comparar la frecuencia de violencia con la frecuencia de síntomas de gravedad global se encontró que entre más frecuente fueron los episodios de violencia fue mayor la frecuencia de síntomas, encontrándose asociación.

Índice:

Resumen	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
I. Introducción	1
II. Antecedente	3
III. Justificación	8
IV. Planteamiento del problema	9
V. Objetivos	11
VI. Marco teórico	12
VII. Diseño metodológico	46
VIII. Resultados	51
IX. Discusión de resultados	57
X. Conclusión	59
XI. Recomendación	60
XII. Bibliografía	61
XIII. Anexos	68

I.- Introducción

La violencia ha sido definida como cualquier relación, proceso o condición por lo cual un individuo o grupo social viola la integridad física, psicológica o social de otra persona. Es considerada como el ejercicio de una fuerza indebida de un sujeto sobre otro, siempre que sea experimentada como negativa (Rodríguez Barroso, 2009). Se considera la violencia intrafamiliar como toda acción u omisión cometida en el seno de la familia por uno o varios de sus familiares, que menoscabe su integridad y cause un serio daño a su personalidad y/o a la estabilidad familiar.

La violencia contra la mujer en el hogar representa un grave problema social. Se trata de un fenómeno frecuente que produce unas consecuencias muy negativas en las víctimas, en los familiares y en la sociedad en su conjunto (Echeburúa E. P., 2002). Es un fenómeno global que se extiende por todos los países y afecta a mujeres de todos los niveles socioculturales, económicos (Echeburúa, Corral, & Zubizarreta, 2001). Su impacto en la salud es tan grande que se considera como un problema importante de salud pública (ONU, 1994). Una de las formas más comunes de violencia contra las mujeres es el maltrato por parte de su pareja (Orengo, 2001), siendo más probable que las mujeres sufran ataques repetidos, lesiones, violaciones o quemaduras en el caso de ser atacadas por otro tipo de agresores (ONU., 1985.).

El maltrato a la mujer por su pareja tiene un alto impacto en su salud. Además de las lesiones físicas, consecuencia directa del maltrato físico, afecta negativamente a la salud como consecuencia del estrés que genera, existiendo evidencia de que sus efectos son también a largo plazo, incluso aunque el abuso haya terminado (Brewin C. D., 1996). La sintomatología citada con mayor frecuencia es ansiosa, depresiva o somática, y se ha encontrado, en muchos casos, que las mujeres maltratadas presentan también baja autoestima (Echeburúa E. , 2004).

Los trastornos psicológicos más frecuentes son la depresión y el trastorno por estrés postraumático(Brewin C. A., 2000), (APA, 1994), siendo bastante común la comorbilidad entre el trastorno por estrés postraumático y depresión(Echeburúa E. C., 1997). También hay datos de que las mujeres maltratadas por su pareja tienen otros problemas tales como sentimientos de culpa, aislamiento social, abuso de drogas e ideas e intentos de suicidio(Echeburúa E. C., 2000).

En las últimas décadas diferentes movimientos y asociaciones han representado una nueva fuerza y una realidad esperanzadora en la lucha contra la violencia de género(Sampedro, 2002). Esto ha permitido que poco a poco muchos gobiernos contemplen en sus legislaciones aspectos orientados a la prevención, control y castigo contra la violencia de género, especialmente contra la mujer.

Nicaragua es un país signatario de compromisos internacionales de lucha contra la violencia y ha definido que la Violencia Doméstica es un problema importante de Salud Pública y de derechos humanos y ha dado pasos importantes en su la lucha por su erradicación, tanto en la organización del estado, como la creación de mecanismos legales para su prevención, atención y castigo. Sin embargo el problema persiste debido a que la cultura androcéntrica influye en la victimización secundaria, retardación de justicia e impunidad a mujeres, niños, niñas y adolescentes víctimas de VIF.

II ANTECEDENTES

Las políticas públicas se ocupan del problema desde 1996, cuando el Ministerio de Salud reconoció que la violencia intrafamiliar era un grave problema de salud pública en el país, cuyos efectos a corto, mediano y largo plazo pueden ser físicos y psicológicos que pueden llegar a generar discapacidad física, social y mental y, en casos graves provocar muerte a las víctimas.

En Nicaragua, la violencia doméstica es bastante frecuente. El 21% de las entrevistadas, declaro haber recibido algún maltrato físico por algunapersona antes de cumplir 15 años de edad, el 19% fueron maltratadas físicamente a partirde los 15 años de edad, siendo el maltrato mayor mientras había menor nivel deescolaridad y con respecto a la edad se encontró un incremento, pasando de un 8%entre las edades de 15 a 19 años hasta el 31% en las de 40 a 44 años.

Entre las mujeres que reportaron maltrato físico a partir de los 15 años, tres cuartaspertes de ellas (76%) relataron que el responsable fue su marido o ex marido, 12%identificaron al padre, 10% a la madres y un 4% otro familiar.El 48% de las mujeres alguna vez casadas o unidas reportó que había recibidomaltratos verbales o psicológicos, el 27% violencia física y el 13% violencia sexual porparte de alguna pareja o ex pareja.En total los datos indican que la mitad de mujeres alguna vez casadas o unidas enNicaragua ha experimentado al menos uno de los tres tipos de violencia en su vida yun 10% ha experimentado todos los tres tipos de violencia(INIDE, 2008).

En este sentido, un meta-análisis en el que fueron revisados 11 trabajos que relacionaban violencia doméstica y estrés postrauma (TEPT), se desprende que la tasa de prevalencia de esta categoría diagnóstica en las mujeres maltratadas oscila entre un 31% y un 84.4%, con una media ponderada de un 63.8%, un tasa muy superior a la encontrada en la población general de mujeres, en la que se estima que entre un 1.3% y un 12.3% han padecido este trastorno a lo largo de su vida. La autora concluye que

podrían ser los instrumentos de evaluación utilizados y la muestra de mujeres objeto de estudio los factores que estarían explicando esta variabilidad en la tasa de prevalencia del TEPT en víctimas de violencia doméstica(Golding, 1999).

Sin embargo otro estudio en España con 71 víctimas en centros de acogida encontraron que el 61.1% de ellas había desarrollado un TEPT(Villavicencio P. y., 1999). Igualmente, en el País Vasco, se evaluaron 164 mujeres maltratadas que habían acudido en busca de tratamiento psicológico a centros especializados, y encontraron que un 55% presentaba este trastorno, independientemente del tipo de maltrato experimentado(Echeburúa E. C., 1997). En un estudio posterior, hallaron en una muestra de 212 víctimas que un 46% de ellas cumplía criterios para el diagnóstico de TEPT(Amor P. E., 2002).

Da la impresión que la frecuencia de este cuadro clínico está influenciado, entre otros factores, de la presencia o ausencia de relaciones sexuales forzadas. Así pues en un estudio se encontró que el TEPT afecta a un 54% de las víctimas que han recibido maltrato sexual frente a un 42% de aquellas sometidas a violencia doméstica, pero que no han sufrido este tipo de vejaciones (Amor et al., 2001b). Aunque se ha observado que algunas mujeres que se han quedado de violencia psicológica por parte de su pareja, es común que también sufran diversos tipos de maltrato(Echeburúa E. C., 1998).

Por otro lado diversos estudios realizados en distintas partes del mundo han mostrado que los problemas de salud mental ocurren en mujeres que han sufrido cualquier tipo de abuso de la pareja: físico, psicológico y/o sexual. Aunque existe evidencia empírica de que el maltrato psicológico solo, sin estar acompañado de abuso físico y o sexual, también se asocia con problemas de salud mental(Echeburúa E. C., 1997) , en otros estudios se ha encontrado peor estado de salud mental en mujeres que han sido sometida a más formas de violencia(Amor P. E., 2002)⁴.

También existe evidencia empírica de peor salud mental en las mujeres que han sufrido un maltrato más intenso por parte de su pareja (APA., 1994). También se ha observado que no todas las mujeres experimentan el mismo nivel de impacto psicológico. Ello depende de: Los recursos personales, presencia de estresores adicionales, respuesta institucional, acceso a respuestas tangibles y al apoyo social, factores históricos aprendidos y personales, aspectos positivos de la relación, estrategias de afrontamiento y/o supervivencia para hacer frente a los malos tratos(Dutton M. A., 1992).

Paz M, Matud P (2009) En este estudio se analizó la salud mental de un grupo de mujeres maltratadas por su pareja (n = 176) en El Salvador y se comparó con la de mujeres de la población general que no eran maltratadas por su pareja (n = 84). Se encontró que las mujeres maltratadas por su pareja tenían significativamente más sintomatología de estrés postraumático de reexperimentación, evitación y aumento de la activación Las mujeres maltratadas por su pareja que sufrían un maltrato más intenso físico, psicológico y sexual tenían peor salud mental, presentando más sintomatología, tanto de estrés postraumático de reexperimentación, evitación y aumento de la activación, como somática, depresiva y de ansiedad e insomnio, así como mayor disfunción social.

Más de la mitad de las mujeres maltratadas por su pareja (58%) había sufrido maltrato físico, psicológico y sexual; 24.4% sufrió maltrato físico y psicológico, 4.5% psicológico y sexual, y 13.1% sufrió únicamente maltrato psicológico. Las puntuaciones de las mujeres maltratadas por su pareja en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta et al. (1997) mostraron que 52.3% cumplía los criterios para ser diagnosticadas de trastorno de estrés postraumático. Y aunque únicamente 29 de las mujeres no maltratadas por su pareja cumplimentaron dicha escala, ya que el resto no recordaba haber experimentado ningún suceso traumático, sólo una de ellas (que supone 3.4%) tenía trastorno de estrés postraumático

Aguirre P, Cova F, Paz M, Garrido C, Mundaca I, Rincón P, Troncoso P y Vidal P (2010) En esta investigación se caracteriza una muestra de 42 mujeres consultantes por violencia doméstica. A través de una entrevista semiestructurada y de la Escala de Gravedad del TEPT¹, se evaluó la presencia de estrés postraumático en ellas y se analizó la percepción de las propias consultantes respecto de su situación y la atención recibida en las instituciones y programas a los que asistían. Se encontró que un 40,5% de la muestra reunía los criterios de TEPT y que un 26,2% adicional presentaba sintomatología subumbral significativa. Un 39,3% de las mujeres cuya situación de violencia había terminado continuaban presentando TEPT

Se aprecia que las conductas consideradas como violencia psicológica, son experimentadas por un elevado porcentaje de mujeres al menos una vez por mes. La gran mayoría de ellas reporta haber sido víctima de insultos (97,6%), seguido por los gritos y descalificaciones frente a otros con un porcentaje de ocurrencia de 92,9% y un 88,1% respectivamente. Respecto a las conductas consideradas como violencia física leve se observa que un 85,7% de las mujeres ha sido empujada, mientras que a un 78,6% le han pegado cachetadas, y a un 54,8% de los casos le han lanzado un objeto. Se observa que un 81,0% ha sido obligada a tener relaciones sexuales. Las conductas que siguen en frecuencia son patear o morder y golpear con un objeto, ambas con un 42,9% de ocurrencia en la historia de la relación. La conducta de quemar (16,7%) fue la que obtuvo el menor porcentaje de ocurrencia.

Rincón P 2003, estudio 50 mujeres, que demandaban asistencia psicológica por ser o haber sido víctimas de violencia doméstica en surelación de pareja, cumpliendo criterios DSM-IV para el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático. La media de edad de las participantes es de 35 años y el rango oscila entre los 16 y los 57 años, 74% de la muestra no supera los 40 años de edad, se puede afirmar que las víctimas son mujeres jóvenes.

El 88% de las participantes no vivía con el agresor, estando solteras, casadas, en trámite de separación, separadas o divorciadas, y el 12% sí lo hacía. La gran mayoría de las participantes, 82%, tenía hijos. El 68% de la muestra consideraba que pertenecía al estrato socioeconómico medio; el 24%, al estrato socioeconómico medio-bajo y el 8% restante, al estrato socioeconómico bajo. El 10% de las participantes tenía estudios primarios incompletos, el 44% los había completado, un 42% tenía estudios secundarios y un 4%, universitario. La frecuencia de la violencia doméstica en un 52% padeció violencia doméstica a diario y un 38% estima que su frecuencia era de dos a tres veces por semana.

La asistencia médica por lesiones fue un 52% de las participantes siendo el tipo de asistencia más común la curación de hematomas y contusiones (36%). Un 72% de las participantes había denunciado la situación de malos tratos en que se encontraba, con una media de 2.92 denuncias. La gran mayoría de las participantes cuenta con apoyo social o familiar.

III.- Justificación

El desarrollo del estudio sobre Trastorno por estrés postraumático tiene como propósito la prevención del mismo. Para alcanzar el propósito indicado este estudio, permitió determinar sobre las condiciones de vida, la historia de maltrato, las características del maltrato y su efecto en la salud mental de nuestras mujeres que son víctimas de VIF, con lo cual se podrá plantear el desarrollo de acciones y programas que permitan enfrentarlos.

Frente a la carencia de información sobre Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de VIF, en nuestro país se justifica obtener datos en mujeres atendidas en unidad de atención de la Policía Nacional, ya que muchas de ellas no llegan a buscar asistencia en nuestro sistema de salud pese de necesitarlo.

Este estudio permitió conocer una realidad de nuestra sociedad, viendo el efecto de la Violencia en quienes son un pilar fundamental en la sociedad, en las familias, como lo es la mujer. Por lo dicho anteriormente, lo que se plantea son algunas alternativas para prevenirla violencia y de esta manera mejorar la calidad de atención de las víctimas de VIF.

También los resultados de esta investigación sirven de referencia para investigaciones futuras, para quienes estén interesados en realizar programas de intervención terapéutica en víctimas con Trastorno Psicológico, que sean derivadas a la unidad hospitalaria (Hospital de atención Psicosocial), por parte de la Comisaria y/o atención primaria así como realizar cualquier otro tipo de planificación sanitaria a cualquiera de los niveles primario, secundario o terciario.

IV.- Planteamiento del problema

Caracterización del problema

La violencia, medio que debiera estar ya desterrado en una sociedad civilizada, sigue actuando entre nosotros como si fuera el único medio por el cual unos pocos hacen oír su voz, mientras que la mayoría, perjudicada, ha de seguir aguantando. La violencia intrafamiliar y sexual en Nicaragua es un grave problema de salud, seguridad y derechos humanos. En los últimos años en Nicaragua se ha venido incrementado 2006 hubo 21,604 denuncias por VIF y en 2011 hubo 33,535 denuncias (incremento del 55%), cada vez son más mujeres nicaragüense que pierden años de vida saludable.

Delimitación del problema

El maltrato a la mujer por su pareja tiene un alto impacto en la salud de la mujer, su descendencia y el desarrollo del país. Además de las lesiones físicas y psicológicas consecuencia directa del maltrato, afecta negativamente a la salud producto del estrés que genera, existiendo evidencia de que sus efectos son también a largo plazo, incluso aunque el abuso haya terminado. Los trastornos psiquiátricos más frecuentes son la depresión y el trastorno por estrés postraumático que limitarán profundamente su participación de la vida social y económica.

Formulación del problema

Por lo antes expuesto, formulamos el siguiente problema

¿Cuál es la frecuencia del cuadro clínico del Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de VIF atendidas en la Comisaria / Distrito II, Managua, en el periodo Febrero 2012- Diciembre 2012.

Sistematización del problema

1. ¿Cómo se determina los factores de riesgos para estrés postraumático?
2. ¿Cuáles son las manifestaciones de violencia que sufren las víctimas?
3. ¿Cuáles son los síntomas más frecuentes de estrés postraumático que presentaron las víctimas en estudio?
4. ¿Cuál es la relación entre algunos factores sociodemográficos, tipo de manifestación, frecuencia y duración de la violencia con la aparición de estrés postraumático?

V.- Objetivos.

5.1.- Objetivo General:

Evaluar la frecuencia del cuadro clínico del Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de VIF atendidas en la Comisaria de la mujer del Distrito II de Managua, en el periodo de Febrero 2012 a Diciembre 2012.

5.2.- Objetivos Específicos:

- 1) Describir las características socio-demográficas de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar que participaron en el estudio.
- 2) Analizar las manifestaciones de violencia intra-familiar más frecuentes en las mujeres estudiadas.
- 3) Determinar los síntomas más frecuentes de estrés postraumático que presentaron las víctimas en estudio
- 4) Comparar algunas variables socio-demográficas, tipo, frecuencia y duración de la violencia con la aparición de estrés pos trauma de las mujeres estudiadas.

VI.- Marco Teórico.

6.1 Prevalencia del Trastorno por estrés postraumático

Kaplan, Sadock y Grebb (1994/1996) y Paunovic y Öst (2001) hablan de una prevalencia vital (referida a algún momento de la vida) del 1-3% en la población general, que hayan experimentado acontecimientos traumáticos o no; un 5-15% más de personas presentarían formas subclínicas del trastorno. En el *National Comorbidity Survey*, un estudio epidemiológico llevado a cabo a nivel nacional en Estados Unidos con 5.877 personas de 15 a 54 años y siguiendo criterios DSM-III-R, la prevalencia vital del TEPT fue del 7,8% (10,4% para las mujeres y 5% para los varones; esta razón de 2 a 1 es usual). La prevalencia actual suele estar entre la mitad y la tercera parte de la vida (Breslau, 2001). Por lo que se refiere a población española, Crespo y cols. (1998, citado en Bobes y cols., 2000, cap. 2) hallaron una prevalencia del 8% en población femenina navarra.

En un estudio sueco con 1.824 personas aleatoriamente seleccionadas, la prevalencia vital fue del 5,6% (2 mujeres por cada hombre) (Frans y cols., 2005). Prevalencias más bajas han sido halladas en un estudio realizado en seis países europeos (entre ellos España) con 21.425 adultos, mediante entrevista y con criterios del DSM-IV (ESEMEd/MHEDEA 2000 Investigators, 2004). La prevalencia **anual** del TEPT fue **0,9%** (0,4% en varones y 1,3% en mujeres).

Las cifras de prevalencia son naturalmente mucho más altas en personas que han sufrido algún trauma. Se calcula que al menos la mitad de las personas ha experimentado uno o más acontecimientos traumáticos. En el *National Comorbidity Survey*, un 61% de los varones y un 51% de las mujeres informaron haber experimentado al menos un acontecimiento traumático; un trauma en el 27% de los varones y el 26% de las mujeres, y más de un trauma en el 34% de los varones y el 25% de las mujeres.

La prevalencia del TEPT tras la exposición a un suceso traumático se sitúa entre el 15% y el 24% en la población general (Bobes y cols., 2000, cap. 2; Breslau, 2001), aunque este porcentaje varía mucho según el tipo de trauma. En el *National Comorbidity Survey*, este porcentaje fue del 8,1% para los varones y 20,4% para las mujeres. Esta diferencia entre sexos se explica porque las mujeres sufren una mayor exposición a traumas intensos y tienen una mayor probabilidad de desarrollar TEPT cuando sufren el mismo tipo de trauma (con la excepción de la violación y el abandono en la infancia). Según diversos estudios revisados por de Paúl (1995) y otros trabajos que se mencionan a continuación, la prevalencia del TEPT en personas que han experimentado ciertos traumas han sido más altas.

6.1.1 Prevalencia del Trastorno por estrés postraumático por Violación.

La prevalencia vital del TEPT suele ser del 50% o superior en las víctimas de violación. Los porcentajes son mayores si el agresor es un extraño y si ha habido agresión física o amenaza con arma. Calhoun y Resick (1993) y Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995) citan otros datos interesantes. En un estudio retrospectivo la prevalencia vital de TEPT fue del 31% en comparación con el 5% entre las no víctimas; la prevalencia actual fue del 11%. En dos estudios prospectivos (con menos problemas de recuerdo, por tanto) la prevalencia del TEPT, sin tener en cuenta el criterio temporal de al menos 1 mes de duración, fue del 90-94% a las 2 semanas de la violación, del 60-64% a las 4 semanas y del 47-51% a las 12 semanas. Todos los datos anteriores se refieren a mujeres. Sin embargo, el 6-10% de las víctimas adultas son hombres y el porcentaje puede subir hasta el 18% si se incluye a los niños. En comparación a las mujeres es más probable que los hombres desarrollen TEPT tras una violación: 65% contra 46% en el *National Comorbidity Survey* (Kessler y cols., 1995).

Conviene tener en cuenta que la violación es algo frecuente. Según datos de estudios TEPT - 8, americanos, el 15-24% de las mujeres han sufrido al menos una violación y el 12-31% un intento de violación (Resick y Schnicke, 1993). En una investigación de alcance nacional citada por Foa, Hearst-Ikeda y Perry (1995), el 13%

de las mujeres americanas habían sido violadas y el 11% habían sufrido un intento de violación al menos una vez. En otros estudios con universitarias americanas o neozelandesas en los que se tuvo en cuenta la peor agresión sexual sufrida, el 11-12% de las mujeres sufrieron un intento de violación y el 14-15% fueron violadas (Gavey, 1991). Sólo del 10% al 50% de las violaciones son denunciadas a la policía (Echeburúa y cols., 1995).

Por otra parte, el 27% de las mujeres y el 12% de los hombres que sufrieron **acoso sexual con contacto genital** desarrollaron TEPT según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler y cols., 1995). La prevalencia del acoso sexual es mayor que la de la violación.

6.1.2 Prevalencia del Trastorno por estrés postraumático por Maltrato físico y/o psicológico

En una muestra española la prevalencia vital del TEPT ha sido del 51%; el porcentaje fue del 48% entre las mujeres maltratadas física y psicológicamente y del 54% entre las maltratadas sólo psicológicamente (Zubizarreta y cols., 1994). En el caso de los maltratos físicos en la infancia, la prevalencia vital ha sido del 22% en varones y 49% en mujeres según el *Nacional Comorbidity Survey* (Kessler y cols., 1995). Según este mismo estudio, en el caso del abandono en la infancia la prevalencia vital ha sido del 24% en varones y 20% en mujeres

A diferencia de otros agentes estresantes, el maltrato físico y/o psicológico suele ser crónico y hay una diversidad de razones por las que una persona adulta puede aguantar dicha situación: miedo al agresor, indefensión, estar deprimida, falta de apoyo social, pensar que las cosas cambiarán, no querer reconocer el fracaso de la relación, sentirse más o menos culpable de lo que pasa, miedo a la soledad, minimización del maltrato, justificación de este, dependencia económica, dependencia afectiva, preocupación por los hijos, miedo al qué dirán, altruismo (no querer dejar al otro “tirado”: “¿cómo se las arreglará el pobre desgraciado?”).

Parece que la tasa de prevalencia de este cuadro clínico depende, entre otros factores, de la presencia o ausencia de relaciones sexuales forzadas. Así pues, el TEPT afecta a un 54% de las víctimas que han recibido maltrato sexual frente a un 42% de las aquéllas sometidas a violencia doméstica, pero que no han sufrido este tipo de abuso.

La tasa de prevalencia del TEPT es muy elevada en mujeres maltratadas. Porejemplo, Golding (1999) -a partir de un meta-análisis, basado en 11 investigacionesencontró una prevalencia media de este cuadro clínico del 63,8% (con un rango que osciló entre el 31% y el 84,4%). Otras investigaciones ofrecieron tasas de prevalencia similarmente elevadas (*cfr.* Amor, Bohórquez y Echeburúa, en prensa). Esta prevalencia media es muy parecida a la que sufren las víctimas de agresiones sexuales (70%) y significativamente superior a la existente en la población general de mujeres (entre el 1,3% y el 12,3%).

Asímismo un considerable porcentaje de mujeres maltratadas se ven afectadas por el denominado por Hickling y Blanchard (1997) sub-síndrome de estrés postraumático (es decir, la presencia de dos de los tres criterios diagnósticos, siendo uno el de reexperimentación y otro el de evitación o el de hiperactivación). La prevalencia del TEPT en la muestra de 212 víctimas de violencia domésticaque acudieron a tratamiento psicológico. Como se puede observar la prevalencia delTEPT es de 46%, y del sub-síndrome de este cuadro clínico del 16%. Por tanto,aproximadamente tan sólo una de cada tres víctimas de maltrato que acude atratamiento psicológico no presenta sintomatología clínicamente relevante de estetrastorno.

6.2 Violencia Intrafamiliar.

6.2.1 Definición y tipos de violencia

La violencia ha sido definida como toda acción que tiene dirección e intención de una persona realizada contra otra con la intención de causarle daño, infringirle dolor físico, psicológico o ambos. MINSAL, N. (2009.)

Tiene como principal indicador la existencia de un desbalance en el ejercicio del poder entre las personas e implica la existencia real o simbólica de una persona con más poder que la otra persona, donde el empleo de la fuerza y el abuso de poder constituyen el método por excelencia para resolver los conflictos interpersonales, políticos, jurídicos y otros. Para ello se hace uso de diferentes mecanismos psicológicos, físicos y económicos dirigidos a provocar daño en las personas con la clara intención de someterla, doblegarla y anularla en su condición de ser humano con existencia propia. La violencia en cualquiera de sus manifestaciones es una violación a los Derechos Humanos de las personas. MINSAL, N. (2009.)

Las personas principalmente afectadas por la violencia intrafamiliar son las mujeres, niñas, niños, ancianas y ancianos, razón por la cual se le denomina también violencia basada en género (Echeburúa E. , 16-18 de febrero de 2005).

La VIF puede ser: física, psicológica, sexual, género, pareja. MINSAL, N. (2009.)

- a. **Violencia Física:** Violencia que ocurre cuando una persona que está en relación de poder respecto de otra, le infringe o intenta infringir daño no accidental, usando fuerza física o algún tipo de arma, que provoca lesiones físicas externas y/o internas, visibles o no, que incluye lesiones a la autoestima. El castigo físico reiterado, aunque no sea severo, también es considerado violencia física. MINSAL, N. (2009.)

- b. Violencia Psicológica:** Es toda acción u omisión que infringe o intenta infligir daño a la autoestima, la identidad y/o el desarrollo de la persona. Incluye insultos constantes, negligencia, abandono emocional, humillación, descalificaciones y comparaciones negativas, ridiculizaciones, burlas, chantajes y manipulación emocional, amenazas e intimidaciones, degradación, aislamiento de y control de las amistades y familiares; así como la destrucción de mascotas y objetos de valor sentimental para la persona violentada. MINSA, N. (2,009.)
- c. Violencia Sexual:** Es todo acto en el que una persona en relación de poder respecto a otra, haciendo uso de la fuerza física, coerción o intimidación psicológica, la obliga a realizar actos sexuales contra su voluntad, o a participar en interacciones sexuales, tales como ver escenas de pornografía que propicien victimización en las que el agresor intenta obtener gratificación. MINSA, N. (2,009.)
- d. Violencia de género:** Es todo acto de violencia hacia las mujeres, niñas y adultas basadas en su género, que tiene como resultado posible o real daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la privada. La violencia contra las mujeres incluye el feminicidio. MINSA, N. (2,009.)
- e. Violencia de pareja.** Se refiere a la ocurrencia de diversas formas de violencia contra la mujer, ejercida generalmente por sus maridos, ex maridos o ex compañeros de vida, la cual se expresa mediante todo ataque material o psíquico que incide en su libertad, dignidad y seguridad, y que afecta su integridad psíquica, moral y/o física. MINSA, N. (2,009.)

6.2.2 Modelo ecológico de la violencia

El Modelo Ecológico considera simultáneamente los distintos contextos en los que se desarrolla una persona contemplando tres subsistemas que definen la forma en que el medio influye en la persona, a su vez propone cuatro dimensiones psicológicas que consideran las particularidades individuales de cada ser humano; ambos componentes van a mantener una reciprocidad que se verá expresada en la actuación integral de la persona y su relación con el medio que le rodea. MINSA, N. (2,009.)

6.2.2.1 Subsistemas del modelo ecológico

- **Macrosistema:** Es el contexto más amplio, remite a las formas de organización social, los sistemas de creencias y los patrones de comportamiento donde se han aprendido roles, mandatos y atribuciones sociales de género sobre los cuales se establecen formas de relación entre las personas basadas en el desequilibrio y abuso de poder que sostienen ideas de discriminación hacia la mujer y malos tratos por considerarla seres inferiores. MINSA, N. (2,009.)
- **Ecosistema:** Nivel compuesto por los elementos de la comunidad más próximos a la persona; las instituciones que como la escuela, la religión, los medios de comunicación, el ámbito laboral, las instancias de administración de justicia, juegan un papel mediador entre la cultura y la persona reproduciendo y/o recreando formas violentas de relación tales como las justificaciones u omisiones en los planes de estudio que refuerzan roles de inequidad de género en niñas y niños. MINSA, N. (2,009.)
- **Microsistema:** Nivel que comprende los vínculos más cercanos de la persona ubicados en la familia que por ser el primer espacio de socialización juega un papel importante en la formación del sí mismo de la persona dado que aquí operan los mensajes y el aprendizaje de los modelos de relación abusivos. Todo lo bueno o no tan bueno que suceda en la familia va a incidir directa o

indirectamente en la persona, en su experiencia y vivencia de episodios de violencia. MINSA, N. (2,009.)

- **Persona:** Subsistema sobre el cual van a influir los tres subsistemas señalados en dependencia de su individualidad. En la persona delimitan cuatro dimensiones psicológicas interdependientes:
 - *Dimensión Cognitiva:* Comprende las estructuras, esquemas de conocimiento y formas de percibir y conceptualizar el mundo que cada persona se configura.
 - *Dimensión Conducta:* Abarca la variedad de comportamientos con los cuales la persona se relaciona con el mundo.
 - *Dimensión Psicodinámica:* Se refiere a la dinámica psicológica de la persona en los niveles superficiales y profundos, manifiestos y latentes que explican sus emociones, sentimientos, ansiedades, angustias, conflictos conscientes e inconscientes, entre otros.
 - *Dimensión Interaccional:* Explica las pautas de relación y de comunicación interpersonal. MINSA, N. (2,009.)

6.2.3 El Ciclo de la Violencia en la Pareja

A través de este Ciclo se explica la dinámica cíclica de la violencia conyugal y la razón por la cual muchas mujeres se quedan atrapadas en dicha relación violenta de pareja. Este ciclo está compuesto por tres fases distintas que varían en tiempo e intensidad para cada pareja (Echeburúa E. y., 1998): Acumulación de tensiones; Explosión o Incidente Agudo; Respiro de calma y cariño o Tregua Amorosa.

- Fase de acumulación de tensiones: MINSA, N. (2,009.)
 - Durante esta fase ocurren incidentes menores de agresión que van creando un clima de temor e inseguridad en la mujer, a partir de que su marido o compañero se enoja por cualquier cosa, le grita o la amenaza.

- En general el comportamiento de la mujer es de negación y racionalización de lo ocurrido que se expresa en la justificación del comportamiento de su pareja, no se defiende, se muestra pasiva y casi convencida de que no existe salida por lo tanto no realiza ningún esfuerzo para cambiar su situación.
- Su estado emocional es tan precario que puede llevarla a frecuentes estados depresivos y de ansiedad que la incapacitan para valorar lo que está sucediendo porque su energía esta puesta en evitar un daño mayor.
- Fase de Explosión o Incidente agudo:
 - Las tensiones son descargadas a través de golpes, empujones, o maltrato psicológico excesivo.
 - En esta fase ambos operan con una pérdida de control y con gran nivel de destructividad de parte del hombre hacia la mujer, donde el primero comienza por querer enseñarle una lección a su mujer, sin intención de causarle daño y se detiene solamente cuando piensa que ella aprendió la lección.
 - Ella es golpeada y experimenta incertidumbre acerca de lo que sobrevendrá; enfrenta de forma anticipada la casi certeza de que será golpeada gravemente por lo que cualquier acto o palabra que ella realice para tratar de detener el incidente agudo y como una forma de salir de la angustia que sobreviene ante lo incierto de la relación, tiene efecto de provocación sobre la agresividad del hombre.
 - Esta disociación va acompañada de un sentimiento de incredulidad sobre lo que está sucediendo, el miedo le provoca un colapso emocional que la lleva a paralizarse por lo menos las primeras 24 horas dejando pasar varios días antes de decidirse a buscar ayuda.
 - Ante lo impredecible del momento, a veces suele darse un distanciamiento de la pareja que puede llevar a la mujer a buscar ayuda profesional, irse de la casa, aislarse más o en algunos casos cometer homicidio o suicidarse. En algunos casos es su misma pareja quien le

cura las lesiones o la lleva al hospital reportando ambos la causa de las lesiones como un “accidente doméstico”.MINSA, N. (2,009.)

- Fase de Tregua amorosa:MINSA, N. (2,009.)
 - Viene inmediatamente después de terminar el incidente de violencia aguda, al que le sigue un período de relativa calma.
 - El comportamiento de parte del hombre es extremadamente cariñoso, amable, con muestras de arrepentimiento, pide perdón, promete no volver a golpearla bajo la condición de que la mujer no provoque su enojo.
 - Con estos gestos inusuales de cariño el hombre da muestras de que ha ido demasiado lejos, pretende compensar a la mujer y convencer a las personas enteradas de lo sucedido que su arrepentimiento es sincero.
 - Esta fase generalmente se acorta o desaparece con el tiempo en que se agudizan lo episodios violentos.
 - Así mismo, en este momento es cuando la mujer abandona cualquier iniciativa que haya considerado tomar para poner límite a la situación violenta en que vive.

6.2.4 Las Etapas de la Violencia de Pareja

Son etapas que caracterizan las experiencias de mujeres en diferentes momentos como un proceso gradual de sentirse atrapada en una relación violenta: *Etapas de Entrega; Etapas de Aguante; Etapas de Desenganche; Etapas de Recuperación* (Echeburúa E. C., 1998.).

- ***Etapas de Entrega:*** Al momento de formar pareja una mujer busca una relación positiva y significativa. Ella proyecta en su compañero cualidades que ella desea tenga él. Si él la maltrata, tiende a justificar sus actos, y a creer que él terminará el abuso si ella logra satisfacerlo.MINSA, N. (2,009.)

- ***Etapas de Aguantar:*** La mujer se resigna a la violencia. Posiblemente trata de fijarse en los aspectos más positivos de la relación, para minimizar o negar el abuso. Modifica su propio comportamiento como un esfuerzo por alcanzar algún nivel de control sobre la situación (por ejemplo saliendo temprano del trabajo, evitando visitar amigas o evitando hacer algo que podría ser motivo de enojo en su pareja.) En parte se siente culpable por el abuso y trata de esconder su situación a las demás personas. Se siente atrapada en la relación y sin posibilidad de salir.

Este concepto indica que la misma mujer posee distintas formas de reconocer la violencia y cuenta con sus propias posibilidades de salir, según el momento en que se encuentra en su relación de pareja. En esta etapa de aguantar ocurren con mayor frecuencia las experiencias que se describen como el ciclo de la violencia. MINSA, N. (2,009.)

- ***Etapas de Desenganche:*** La mujer comienza a darse cuenta de su condición de mujer maltratada. Una vez que logra poner nombre a su experiencia puede buscar ayuda. Ahora puede estar desesperada por salir, pero puede temer por su vida o la de sus hijos e hijas. Su miedo y su enojo pueden impulsarla a querer salir de la relación. Esto es un proceso que puede requerir varios intentos antes de conseguirlo exitosamente. La mujer comienza a reconocer actitudes y comportamientos de su pareja como actos de violencia, y en consecuencia puede mostrar rechazo hacia cualquier actitud de éste (positiva o negativa), y mostrarse intolerante a cualquier acercamiento que venga de él. MINSA, N. (2,009.)

- ***Etapas de Recuperación:*** El trauma de la mujer no termina con salir de la relación. Normalmente pasa por un proceso de duelo por la pérdida de la relación y una búsqueda de sentido de su vida. Trata de entender lo que su compañero le hizo, y por otro lado busca explicaciones sobre las razones que le hicieron quedarse en la relación todo ese tiempo sin arribar a una clara conclusión. MINSA, N. (2,009.)

6.2.4. Situación de violencia intrafamiliar según Instituto de Medicina Legal de Nicaragua año 2012.

Mes	Casos	% VIF por pareja	% VIF por otro familiar	% Violencia infantil	% violencia a tercera edad
Febrero	746	59%	29%	8%	4%
Marzo	730	62%	28%	8%	2%
Abril	781	57%	31%	9%	3%
Mayo	864	63%	26%	8%	3%
Junio	880	62%	28%	8%	2%
Julio	853	60%	30%	8%	2%
Agosto	689	61%	31%	7%	1%
Septiembre	666	61%	30%	7%	2%
Octubre	701	54%	34%	10%	2%
Noviembre	722	63%	29%	6%	2%

Boletín mensual-Instituto de Medicina Legal 2012

6.3 Trastornos por estrés postraumático

El trastorno de estrés postraumático (TEPT), aparece descrito por primer vez en las nosologías psicopatológicas en la tercera edición del DSM (APA .. , 1980.) Lo hace como una categoría diagnóstica dentro de los trastornos de ansiedad, que engloba un conjunto de síntomas de estrés, que se manifiestan de forma similar en la mayoría de las personas expuestas a un acontecimiento psicológicamente traumático que, por lo general, se encuentra fuera del marco habitual de la experiencia humana. Sin embargo, el concepto clínico que subyace bajo este término ya fue descrito en el siglo XIX con víctimas de accidentes ferroviarios. Así, desde que comenzó a estudiarse, se han venido utilizando una gran variedad de términos para denominar las secuelas que a nivel psicológico provoca la exposición a traumas graves, como neurosistraumática,

neurosis de espanto, etc. Pero fueron los conflictos bélicos, especialmente la I y II Guerra Mundial y la Guerra de Vietnam, los que consolidaron el interés por este trastorno, al poner de manifiesto que un porcentaje importante de soldados americanos presentaban sintomatología postraumática.

6.3.1 Etiología del estrés postraumático

Muchos han sido los modelos psicológicos que han tratado de explicar la etiología del trastorno de estrés postraumático. Sin embargo, algunos de ellos ofrecen explicaciones parciales del TEPT, que resultan insuficientes para dar cuenta de la complejidad de esta categoría diagnóstica.

La compleja etiología del trastorno de estrés postraumático exige modelos capaces de explicar, por un lado, sus tres aspectos nucleares, esto es, los síntomas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación y, por otro, la influencia de ciertos factores, como los antecedentes psiquiátricos o estilos de afrontamiento en su desarrollo y mantenimiento. Estos modelos deben incluir, también, la dimensión temporal, que permita explicar tanto el estrés postraumático crónico como el estrés postraumático agudo, y deben aportar y justificar la elección de unas determinadas técnicas de intervención.

- **Teoría del aprendizaje:** Desde esta teoría, se formula una explicación del TEPT sobre la base del condicionamiento clásico y el condicionamiento operante. En este sentido y bajo el prisma del condicionamiento clásico, se sugiere que cualquier situación o estímulo, inicialmente neutro, puede elicitar respuestas de miedo y ansiedad por su asociación con el estímulo traumático. En concreto, el suceso traumático (estímulo incondicionado, EI), elicitador natural de miedo, provocaría en la víctima intensas respuestas de temor y ansiedad (respuestas incondicionadas, RI).

Mediante un proceso de condicionamiento por continuidad temporal o física, la infinidad de estímulos neutros presentes durante la ocurrencia del trauma se convertirían en estímulos condicionados (EC), por lo que su presencia evocaría en el individuo respuestas condicionadas de terror y ansiedad (RC). De la misma manera, ciertos estímulos cognitivos, como la narración a un tercero de lo ocurrido, etc. pueden desencadenar estas respuestas de terror y ansiedad.

- **Modelos cognitivos:** Muchas teorías cognitivas del TEPT proponen que la base de este trastorno sería un fracaso persistente del sistema cognitivo para resolver las discrepancias entre la nueva información asociada al trauma y el contenido de las representaciones mentales preexistentes. El procesamiento satisfactorio de la nueva información relacionada con el trauma ocurre cuando se produce algún cambio en el sistema de creencias previo, que permite su integración. Por el contrario, la incapacidad del sujeto para incorporar la nueva información en su sistema de creencias previo sobre el mundo llevaría a un procesamiento anómalo de la información que provocaría reacciones psicopatológicas como el TEPT.
- **Teoría del procesamiento emocional:** La teoría del procesamiento emocional (Foa E. B., 1985), trata de dar cuenta de las estructuras cognitivas del miedo y, desde esta perspectiva, intenta explicar la re-experimentación de los síntomas presentes en el trastorno de estrés postraumático (Foa E. B., 1989).

Proponen la formación de una red de miedo, una red asociativa en la memoria a largo plazo que contiene tres elementos: información estimular sobre el suceso traumático, información sobre las reacciones fisiológicas, cognitivas y conductuales del individuo durante el suceso traumático e información que asocia los dos tipos de información anteriores. Esta red de miedo patológica que sigue al trauma se distinguiría de las estructuras de miedo normal en que contiene elementos erróneos.

Concretamente, las estructuras de miedo patológico reflejan la existencia de una amenaza percibida que no tiene que coincidir necesariamente con la existencia de una amenaza real.

De esta manera, la exposición a un estímulo con significado de amenaza transformaría la estructura néscica en una estructura de miedo. Este modelo plantea que los síntomas de re-experimentación del TEPT serían el resultado de la activación de uno o más elementos de la red de miedo, tras la exposición a un estímulo externo asociado al trauma. Los síntomas de evitación/embotamiento son considerados como estrategias puestas en marcha por el individuo en un intento de minimizar el riesgo de activación de la red de miedo y, en consecuencia, de la frecuencia de los síntomas de re experimentación. Para ello, el individuo restringiría los contactos con estímulos externos asociados al trauma.

Por tanto, el miedo intenso y el malestar refuerzan el TEPT, al impedir a la víctima el enfrentamiento prolongado con las situaciones que evocan el trauma. Asimismo, la evitación sistemática, al bloquear el acceso a estas estructuras de miedo y, en consecuencia, impedir la habituación a la ansiedad generada por los estímulos, favorecería la cronificación de los síntomas del TEPT.

6.3.2 Factores de Riesgo para el desarrollo del TEPT en adultos

Aunque en un principio el TEPT fue conceptualizado como una respuesta normal tras la exposición a un acontecimiento traumático, en la actualidad hay un acuerdo en aceptar que la exposición a un suceso altamente estresante no es suficiente para explicar el desarrollo del TEPT, y que ciertos factores personales y situacionales estarían jugando un papel fundamental en la vulnerabilidad a este trastorno.

La mayoría de las investigaciones sobre el TEPT han clasificado los factores de riesgo en función de un criterio temporal, esto es, han diferenciado entre aquellos factores de riesgo anteriores al trauma, aquéllos que tienen lugar durante el trauma y los que ocurren después.

Se llevó a cabo un meta-análisis en el que revisaron los estudios sobre predictores y factores de riesgo de TEPT publicados en inglés desde el año 1980 (Brewin CR A. B., 2000). El meta análisis incluyó 77 estudios, de los cuales 28 se habían llevado a cabo en población militar y el resto en población civil. En su revisión fueron estudiados 14 factores de riesgo que incluían: género, edad del sujeto en el momento del trauma, estatus socioeconómico, nivel educativo, inteligencia, raza, historia psiquiátrica previa, abuso en la infancia, otras experiencias previas de traumatización (excluyendo el abuso), experiencias adversas en la infancia, historia familiar de trastornos psiquiátricos, severidad del trauma, apoyo social y exposición a nuevos sucesos estresantes.

Estudiaron el tamaño del efecto de los factores señalados teniendo en cuenta: 1- el tipo de población (militar versus civil); 2- el género de los participantes; 3- el diseño de la investigación (retrospectivo versus prospectivo); 4- el tipo de análisis (análisis basado en la presencia/ausencia de TEPT versus análisis de las puntuaciones de TEPT como un continuo); 5- la evaluación del TEPT (entrevista o cuestionario) y 6- el momento en el que ocurre el trauma (infancia o edad adulta versus edad adulta únicamente) . Los resultados señalan que el género, la edad del individuo en el momento de la exposición y la raza predicen el TEPT en algunas poblaciones pero no en otras.

En concreto, el efecto del género fue significativo en población civil pero no en población militar. Por el contrario, la edad del sujeto en el momento en el que ocurre el trauma resultó un factor de riesgo para el TEPT únicamente en población militar. La raza (minorías negras vs otros grupos minoritarios) resultó ser un predictor débil del

TEPT, pero su efecto fue significativamente mayor en población militar que en población civil, no siendo un predictor del TEPT en la población de mujeres.

Otros factores como un nivel bajo de educación, la exposición previa a otros sucesos traumáticos y experiencias adversas durante la infancia son predictores más consistentes del TEPT, pero su implicación en el desarrollo de este trastorno parece depender del tipo de población estudiada (civil versus militar) y de la metodología utilizada en las diferentes investigaciones. Por el contrario, estos autores encuentran un acuerdo entre los diferentes estudios en considerar la historia psiquiátrica, la experiencia de abuso en la infancia y los antecedentes psiquiátricos familiares los factores anteriores al trauma implicados, aunque moderadamente, en una mayor vulnerabilidad para el desarrollo del TEPT, independientemente del tipo de población estudiada y del diseño y metodología de la investigación. No obstante, serían los factores que operan durante o después del trauma, en concreto, la severidad del acontecimiento estresante, la falta de apoyo social y la exposición a nuevos estresantes vitales los más determinantes en el desarrollo del TEPT, siendo su efecto mayor que los factores pre-trauma.

Estos datos resultan muy relevantes al señalar que el valor de las experiencias previas en la infancia es moderado, mientras que es muy importante lo que ocurre tras el trauma.

En la siguiente tabla se puede observar el peso de cada factor en el desarrollo del TEPT. De la comparación de los 14 factores se desprende que es la falta de apoyo social el factor más determinante en el desarrollo del TEPT. Hay que señalar que la mayoría de los estudios que relacionan falta de apoyo social y TEPT lo han hecho considerando los aspectos positivos de este factor, tales como la percepción de apoyo emocional y apoyo material proveniente de la red social. En otro estudio con víctimas de una agresión sexual, en el que tuvieron en cuenta, además, los aspectos negativos del apoyo social, como la indiferencia o el criticismo. Encontraron que un entorno social negativo es un mejor predictor del TEPT que la falta de apoyo social (Ullman, 2001).

Factores de riesgo en el desarrollo del TEPT (Brewin CR A. B., 2000.).

FACTORES DE RIESGO	NÚMERO DE ESTUDIOS	PARTICIPANTES	PESO PROMEDIO
Género femenino	25	11.261	.13
Menor edad exposición	29	7207	.06
Bajo nivel socioeconómico	18	5957	.14
Bajo nivel educativo	29	11047	.10
Bajo nivel intelectual	6	1149	.18
Raza (minorías negras vs otros grupos minoritarios)	22	8165	.05
Historia psiquiátrica	22	7307	.11
Abuso durante la infancia	9	1746	.14
Exposición previa a sucesos traumáticos	14	5147	.12
Experiencias adversas en la infancia	14	6969	.19
Historia psiquiátrica familiar	11	4792	.13
Severidad del trauma	49	13653	.23
Falta de apoyo social	11	3276	.40
Exposición a nuevos estresores	8	2804	.32

6.3.3 Factores de riesgo del TEPT en víctimas de violencia doméstica

En líneas generales, tal y como el propio DSM-IV (APA, 1994) señala, el trastorno de estrés postraumático puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante se prolonga en el tiempo, ocurre en un terreno supuestamente seguro y es obra de otros seres humanos. Además, la probabilidad de desarrollar este trastorno aumenta cuanto más intenso es o más cerca físicamente se halla el agente estresante. En el caso de las víctimas de maltrato no sólo se dan todas estas circunstancias agravantes, sino que más allá de eso, el abusador es o ha sido una

persona querida por la víctima, siendo, precisamente, esa cercanía emocional uno de los agravantes más importantes para el TEPT.

Echeburúa (2005) afirma que el carácter intencionado que subyace a la violencia y que la distingue de otros sucesos traumáticos, como los accidentes o las catástrofes naturales, es un agravante del daño psicológico. Añade que ante un suceso provocado deliberadamente las estrategias de afrontamiento serían más escasas en comparación con un suceso negativo de carácter fortuito, frente al que se podrían establecer estrategias basadas en la resignación o en aspectos religiosos para sentirse reconfortado. Si además el acontecimiento traumático provoca heridas físicas concomitantes, como ocurre frecuentemente en las víctimas de violencia doméstica, la probabilidad de desarrollar un TEPT y la gravedad del mismo aumentan significativamente.

La mayoría de los estudios sobre factores predictores del TEPT en víctimas de violenciadoméstica se han centrado en el maltrato físico, concretamente en aspectos como la frecuencia,severidad, proximidad en el tiempo de las últimas agresiones, duración del maltrato y grado deamenaza a la integridad física percibido por la víctima. Algunos de ellos han sido recogidos acontinuación.El estudio que llevaron a cabo con 77 mujeresmaltratadas de casas de acogida analiza la relación entre las características del maltrato entérminos de gravedad (severidad y frecuencia de las agresiones), duración de la relación violentay malestar experimentado por la víctima y el trastorno de estrés postraumático. Los resultadosindicaron que el grado de malestar experimentado durante el maltrato era el factor, que demanera más fuerte, correlacionaba con el desarrollo del trastorno de estrés postraumático (Kemp, 1991).

Lascaracterísticas del maltrato en términos de frecuencia y severidad, pero no así de duración,fueron también variables predictoras de la sintomatología postraumática. En un estudio másreciente, (Woods, 2000) estudió la gravedad del TEPT en un grupo de 160 mujeres maltratadas yencontró que éste correlacionaba significativamente con

la severidad y frecuencia de la violencia experimentada y con el riesgo vital que había supuesto para la víctima.

(Echeburúa E. A., 2002) Afirman que el carácter reciente de los episodios violentos está asociado tanto al TEPT como a la sintomatología ansiosa y depresiva que manifiestan las víctimas. En este sentido, las mujeres maltratadas que continuaban conviviendo con el agresor o que se había separado recientemente mostraban una mayor gravedad de la sintomatología postraumática. Sin embargo, como ya se ha comentado, es frecuente que aun cuando ha finalizado la relación, la mujer maltratada continúe manteniendo contacto con el agresor, durante el proceso de separación o el régimen de visitas a los hijos, siendo el maltrato, que generalmente sigue sufriendo en estos encuentros, un importante agravante de la sintomatología postraumática.

(Amor P. E., 2001) Concluyen en su estudio que cuanto más reciente había sido el último episodio de maltrato mayor era la intensidad del trastorno de estrés postraumático, sobre todo si durante el mismo la mujer había sido forzada a establecer relaciones sexuales. La relación entre maltrato sexual y TEPT ha sido estudiada por (Bennice, 2003.), encontrando que la violencia doméstica que incluye abuso sexual aumenta la probabilidad de desarrollar este trastorno y correlaciona positivamente con la gravedad del mismo. Una investigación reciente de (Dutton M. G., 2006) nuevamente confirma estos resultados. En el estudio en el que participaron 406 mujeres, encontraron una mayor prevalencia del TEPT y depresión en mujeres expuestas a niveles graves de violencia física psicológica y sexual en comparación con mujeres expuestas a la misma gravedad de violencia física y psicológica, pero que no habían sufrido malos tratos sexuales.

En cuanto al tipo de maltrato experimentado, es el maltrato psicológico en comparación con el maltrato físico el que guarda más relación con la respuesta traumática, siendo más predictivo del desarrollo del TEPT que la severidad o la frecuencia del daño físico (Arias, 1999), (Street, 2001).

Recientemente (Taft, 2005) han llevado a cabo una investigación con 96 mujeres maltratadas para estudiar aquellos aspectos del maltrato psicológico que pudieran estar relacionados con el riesgo de TEPT. Encontraron que es el comportamiento denigrante el más fuertemente asociado a la sintomatología postraumática en mujeres maltratadas.

La disponibilidad de redes de apoyo social y familiar en la víctima son también variables significativas en el desarrollo de TEPT (Brewin et al. 2000). En el estudio de Amor et al. (2002) las mujeres que carecían de apoyo social y familiar eran las que presentaban una mayor gravedad psicopatológica, tanto del trastorno de estrés postraumático como de la sintomatología ansiosa y depresiva. En la misma dirección, en el estudio de Taft et al. (2005) encontraron que el aislamiento de la víctima agrava su sensación de indefensión y vulnerabilidad y la sintomatología de TEPT, al impedirle el acceso a las fuentes de apoyo social y de recursos tangibles. (Corral, 2004) afirma que, además del aislamiento social y familiar de la víctima, la falta de apoyo institucional es otro de los factores que agravarían la sintomatología postraumática.

La permanencia en una casa de acogida y la exposición infantil al maltrato han sido otros factores estudiados por su implicación en el desarrollo del TEPT. (Villavicencio P. &, 1999.) Encontraron en un estudio con 80 mujeres maltratadas que el tiempo de permanencia en el centro de acogida correlacionaba negativamente con el desarrollo de TEPT y la exposición durante la infancia a la violencia en la familia de origen lo hacía de manera positiva. Así pues, la exposición al maltrato en la familia de origen, que tal y como se ha comentado anteriormente, no parece una variable relacionada con victimización en la edad adulta, sí parece estar relacionada con la manifestación de respuestas emocionales menos adaptativas en mujeres víctimas de malos tratos (Villavicencio y Sebastián, 1999) y, en concreto, con una mayor gravedad del TEPT (Messman-Moore, 2005).

Finalmente, la probabilidad de desarrollar un TEPT y la gravedad del mismo aumenta en aquellas mujeres maltratadas que han sido expuestas a otro tipo de

experiencias violentas o con una historia previa de exposición a acontecimientos traumáticos. Por tanto, el impacto de los episodios traumáticos en la salud mental es acumulativo y predispone a las mujeres con una historia previa de exposición a sucesos traumáticos para el desarrollo del trastorno de estrés postraumático cuando son agredidas por su pareja (Mercy JA, 2003).

En definitiva, los resultados obtenidos hasta el momento sobre factores predictores del TEPT no son del todo concluyentes. En relación con la violencia, parecen ser el maltrato psicológico, la severidad y frecuencia de los episodios violentos, la cercanía en el tiempo de la última agresión y el haber sido forzada a establecer relaciones sexuales los predictores más fuertes de la respuesta postraumática. La falta de apoyo social y familiar es también un factor significativo en el desarrollo de este cuadro clínico. Sin embargo, son necesarias líneas futuras de investigación que aclaren el papel que podrían estar jugando otros aspectos como la extensión del maltrato a los hijos, la experiencia de violencia durante el embarazo o las amenazas de muerte en el desarrollo del TEPT.

6.3.4 Cuadro clínico de TEPT

Según la versión revisada del DSM-IV (APA, 2000), que no difiere en su definición de esta categoría diagnóstica respecto a la cuarta edición (APA, 1994), el TEPT aparece cuando la persona ha sufrido, ha sido testigo o le han explicado uno o más acontecimientos, caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás, y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión (véase tabla 8.1). Hay tres aspectos nucleares característicos de este cuadro clínico: **la re-experimentación** del suceso traumático en forma de pesadillas, imágenes y recuerdos constantes e involuntarios, **la evitación** conductual y cognitiva de los estímulos asociados al trauma y **la hiper-activación** fisiológica.

Todo ello conlleva una interferencia en el funcionamiento social, laboral y familiar, dificultades de concentración y conciliación del sueño, pérdida de interés por lo que anteriormente resultaba atractivo desde el punto de vista lúdico e interpersonal, y un cierto embotamiento afectivo para recibir y expresar sentimientos de intimidad y ternura.

Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (DSM-IV y DSM-IV-TR):

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ocurren las siguientes circunstancias:
 - 1) La persona ha experimentado, ha presenciado, o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
 - 2) La persona ha respondido con temor, desesperanza o con horror intensos.
- B. La persona experimenta persistentemente el acontecimiento traumático, mediante uno o más de los siguientes síntomas:
 - 1. Recuerdos del acontecimiento (imágenes, pensamientos o percepciones) recurrentes e intrusivos.
 - 2. Sueños desagradables y recurrentes sobre el acontecimiento.
 - a. Conductas o sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo.
 - b. Malestar psicológico intenso cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.
 - c. Reactividad fisiológica cuando el sujeto se expone a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del acontecimiento traumático.

- C. Evitación persistente de los estímulos asociados con el trauma y falta de capacidad general de respuesta (no existente antes del trauma), que se ponen de manifiesto en, al menos, tres de los siguientes fenómenos:
1. Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados con el trauma.
 2. Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que provocan el recuerdo del trauma.
 3. Incapacidad para recordar alguno de los aspectos importantes del trauma.
 4. Disminución marcada del interés o de la participación en actividades significativas.
 5. Sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás.
 6. Limitación en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapacidad de enamorarse).
 7. Sentimientos de futuro desolador.
- D. Síntomas persistentes de hiper-activación (no existentes antes del trauma), que se ponen de manifiesto en, al menos, dos de los siguientes fenómenos:
1. Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 2. Irritabilidad o explosiones de ira.
 3. Dificultades de concentración.
 4. Hipervigilancia.
 5. Respuestas de alarma exagerada.
- E. La duración del trastorno descrito en los apartados B, C y D es superior a un mes.
- F. El trastorno ocasiona un malestar clínico o es causa de una alteración significativa en el funcionamiento social, laboral o en otras áreas importantes de la vida.

A continuación se presentan los criterios para el diagnóstico de TEPT contemplados en la CIE-10 (OMS, 1992).

Criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (CIE-10).

- A. La persona ha estado expuesta a un acontecimiento estresante o situación (tanto breve como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo discomfort en casi todo el mundo.
- B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (*flashbacks*), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
- C. Evitación de circunstancias parecidas relacionadas con el acontecimiento traumático.
- D. Una de las dos:
 - 1. Incapacidad para recordar parcial o totalmente aspectos importantes del periodo de exposición al agente estresante.
 - 2. Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación, manifestados por al menos dos de los síntomas siguientes:
 - a. Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
 - b. Irritabilidad.
 - c. Dificultad de concentración.
 - d. Facilidad para distraerse.
 - e. Sobresaltos y aprensión exagerados.
- E. **Los criterios B, C, y D se cumplen en los 6 meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin de periodo de estrés (si el inicio de los síntomas se produce tras más de 6 meses es necesario especificarlo).**

6.3.5 Síntomas de TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica

CRITERIOS	SÍNTOMAS DEL TEPT
Re-experimentación	<ul style="list-style-type: none">• Recuerdos intrusivos• Pesadillas• <i>Flashbacks</i>• Malestar psicológico• Malestar fisiológico
Evitación	<ul style="list-style-type: none">• Evitar pensar, sentir...• Evitar actividades, lugares...• Amnesia• Anhedonia• Sensación de desapego o enajenación• Restricción de la vida afectiva• Sensación de futuro desolador
Híper-activación	<ul style="list-style-type: none">• Insomnio• Irritabilidad• Dificultad de concentración• Hipervigilancia• Respuesta de alarma

6.3.6 Métodos Diagnósticos del Trastorno por estrés postraumático

Los instrumentos más utilizados para la evaluación de la sintomatología relacionada con el TEP han sido habitualmente los auto informes, entre los que podemos encontrar dos tipos de instrumentos de evaluación, por una lado las entrevistas y por el otro los cuestionarios, inventarios y escalas. Adicionalmente, en la actualidad los investigadores han dirigido también su interés a la búsqueda de marcadores psicofisiológicos y neurobiológicos característicos de los pacientes con TEP.

Evaluación mediante entrevista diagnóstica y mediante auto-informe

Comenzaremos describiendo las tres *entrevistas* más utilizadas para la evaluación del TEP:

- Structured Clinical Interview for PTSD (SCID) (Spitzer, Williams y Gibbon, 1987). Está basada en criterios para el TEP del DSM III-R, permite comprobar la existencia del trastorno y sus diferentes síntomas, si bien no llega a indicar la frecuencia de los mismos. Ha sido utilizada con frecuencia para realizar evaluaciones pre-postratamiento.
- Clinician Administered PTSD Schedule (CAPS) (Blake, Weathers, Nagy, Kaloupek, Klauminzer, Charney y Keane, 1990). Es otra de las entrevistas más utilizadas y también fue diseñada como la anterior, bajo los criterios del DSM III-R. Sus mayores limitaciones se encuentran en la necesidad de invertir mucho tiempo para su administración (60 minutos), y en que su diseño y aplicación solo está enfocado a excombatientes de guerra.
- PTSD Symptom Scale Interview (PSS-I) (Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993). La primera de las entrevistas que ha sido diseñada y utilizada para las víctimas de agresiones sexuales. Arroja información sobre la severidad de cada uno de los síntomas, se invierten 20 minutos en su administración y su formato permite modificarla para otros tipos de situaciones traumáticas.

En cuanto al segundo tipo de instrumentos de evaluación, los *cuestionarios, inventarios y escalas*, existe un buen número de ellos que, además, han demostrado buenas propiedades psicométricas.

- Impact of Event Scale (IES) (Horowitz, Wilner y Álvarez, 1979). Un instrumento breve que solo incluye dos escalas relacionadas con los síntomas de intrusión y evitación. Las correlaciones obtenidas con otros auto-informes, son bajas, pero sin embargo, al ser uno de los primeros instrumentos diseñados sigue siendo uno de los más usados. Ha sido utilizado para diferentes situaciones traumáticas, como por ejemplo víctimas de desastres naturales y accidentes, combatientes de guerra y víctimas de ataques sexuales.

- Mississippi Scale for Combat-Related Post-traumatic Stress Disorder (M-PTSD) (Keane, Caddell y Taylor, 1988). Se diseñó originalmente para combatientes y para evaluar el trastorno por estrés postraumático relacionado con el combate, aunque posteriormente se ha desarrollado una versión para civiles. La gran limitación de este instrumento es que no muestra una correspondencia directa con los criterios del DSM-IV por lo que se hace difícil establecer un punto de corte para determinar la presencia o ausencia del trastorno.
- PTSD Symptom Scale-Self Report (PSS-SR) (Foa, Riggs, Dancu y Rothbaum, 1993). Tiene la característica de estar diseñado especialmente para la evaluación en víctimas de agresiones sexuales, permitiendo conocer tanto los síntomas como su severidad, y está adaptado a los criterios del DSM III-R y a los del DSM-IV.
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) (Hathaway y McKinley, 1951) y *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2* (MMPI-2) (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen y Kaemmar, 1989). Dentro de ambos cuestionarios de personalidad encontramos dos escalas que aportan información sobre el trastorno por estrés postraumático. Por un lado la escala Keane PTSD Scale (PK Scale) (Keane, Malloy y Fairbank, 1984) y por otro, la denominada Schlenger and Kulka PTSD Scale (PS Scale) (Schlenger y Kulka, 1989), que arrojan información sobre la existencia o ausencia de la existencia del trastorno.
- PennInventory (Hammarberg, 1992). Ha sido validado tanto para situaciones traumáticas civiles como de combate. Además ha demostrado buenas propiedades psicométricas y aporta información de la frecuencia e intensidad de los síntomas que aparecen en los criterios del DSM-III- R.

6.3.7 EDAD DE COMIENZO Y CURSO

Según la *American Psychiatric Association* (1994), el TEPT puede comenzar a **cualquier edad**, incluso en la infancia. En muestras clínicas la edad media ha sido 21,5 años (Brown y cols., 2001). Los síntomas suelen comenzar dentro de los 3 primeros meses después del trauma, aunque pueden retrasarse varios meses o

incluso años. Con frecuencia el trastorno suele cumplir inicialmente los criterios del trastorno por estrés agudo. Según Bryant, Moulds y Nixon (2003) el 80% de las personas que desarrollan trastorno de estrés agudo tras un trauma cumplen criterios de TEPT 6 meses más tarde; y el 63-80% sufren TEPT 2 años después del trauma.

En cuanto a los **predictores del desarrollo del TEPT**, las personas que **disocian en el momento del trauma** es más probable que presenten sintomatología del TEPT más adelante. Incluso TEPT - 6 más importante, al menos entre víctimas de accidentes automovilísticos, la disociación y rumiación persistentes 4 semanas después del trauma son muy útiles para identificar a las personas que es más probable que desarrollen un TEPT crónico. Según el meta análisis de Ozer y cols. (2003) la disociación peritraumática es el predictor más fuerte del desarrollo del TEPT; otros predictores son la ausencia de apoyo percibido, las emociones peritraumáticas, la amenaza percibida para la vida y, en menor medida, el ajuste previo, la experiencia de uno o más traumas previos y la historia familiar de psicopatología.

Según el estudio de Gershuny, Cloitre y Otto (2003), la relación entre disociación peritraumática y la gravedad del TEPT es explicada por dos variables: el miedo a la muerte y el miedo a perder el control experimentados durante el evento traumático. En contraste con lo dicho hasta aquí, algunos autores sostienen que la disociación peritraumática, más que un factor de riesgo para el TEPT, sería sólo una parte del mismo. Un predictor más potente podría ser la evitación experiencial o el intento de evitar y controlar las experiencias internas aversivas (pensamientos, memorias, sentimientos, sensaciones).

Zlotnick y cols. (2001) hallaron en un estudio prospectivo que el 9% de los pacientes con trastornos de ansiedad (no incluido el TEPT) e historia de trauma tuvo un **inicio demorado del TEPT** durante los 7 años siguientes. La única diferencia entre estos casos y los de TEPT crónico fue que los primeros tenían

una mayor probabilidad de haber sufrido un trauma infantil. Entre los pacientes con historias de trauma, aquellos que terminaron por desarrollar TEPT se distinguieron de los que no lo hicieron en presentar más trastornos comórbidos del eje I y II del DSM-IV, más intentos de suicidio y más experiencias traumáticas, especialmente traumas infantiles (maltrato físico, abuso sexual). Además fue menos probable que estuvieran casados y se caracterizaron por tener un peor funcionamiento psicosocial y una menor satisfacción global con su vida.

Los síntomas del trastorno y la predominancia relativa de la reexperimentación del trauma, la evitación o la hiperactivación pueden **variar a lo largo del tiempo** y agravarse durante periodos de estrés. Según Yehuda, Marshall y Giller, (1998), cerca de la mitad de los casos **se recuperan** en los 3-6 primeros meses, mientras que en muchos otros (30-40%) los síntomas persisten más de 12 meses después del trauma.

Según el *Nacional Comorbidity Survey*, sólo el 20% se recuperan en los 6 primeros meses y el 40% a los 12 meses después del trauma. **Cerca de un 60% llegan a recuperarse en el plazo de 6 años**, momento en que parece alcanzarse un valor asintótico; este porcentaje es independiente de haber recibido o no tratamiento, aunque **la recuperación es más rápida con terapia**. De acuerdo con Yehuda, Marshall y Giller (1998), a los 2-3 años la mayoría de las personas ya no presentan TEPT, pero en las que siguen presentando el trastorno, los síntomas tienden a intensificarse y a complicarse con trastornos comórbidos. Sin embargo, según el *Nacional Comorbidity Survey*, el 55% de las personas aún presentan TEPT después de 3 años.

En un estudio realizado con 4.000 mujeres en Estados Unidos a escala nacional, Resnick y cols. (1993, citado en Astin y Resick, 1997) encontraron los siguientes **porcentajes de personas cuyo TEPT no había remitido** con el paso del tiempo: violación, 32%; otras agresiones sexuales, 31%; agresión física, 39%; trauma no relacionado con un delito (desastres naturales o debidos al hombre, accidentes),

9%. Según el *Nacional Comorbidity Survey*, en cerca del 40% de las personas con TEPT, este nunca remite incluso después de muchos años (10) e independientemente de si han recibido tratamiento o no.

Según Kaplan, Sadock y Grebb (1994/1996), **factores de buen pronóstico** para la recuperación son el inicio rápido de los síntomas, la corta duración de estos (menos de 6 meses), un buen nivel de funcionamiento premórbido, una buena red de apoyo social, no ser niño o anciano y la ausencia de otros trastornos psiquiátricos o médicos. TEPT - 7

6.4 La Comisaria / Distrito II, Managua

El 25 de noviembre de 1993, Día Internacional de la No Violencia contra la Mujer, la Policía Nacional en coordinación con el Instituto Nicaragüense de la Mujer (INIM) y con la participación de organizaciones de la sociedad civil, inauguró la primera Comisaría de la Mujer y la Niñez en el distrito V de la Policía Nacional, concebido inicialmente como proyecto piloto.

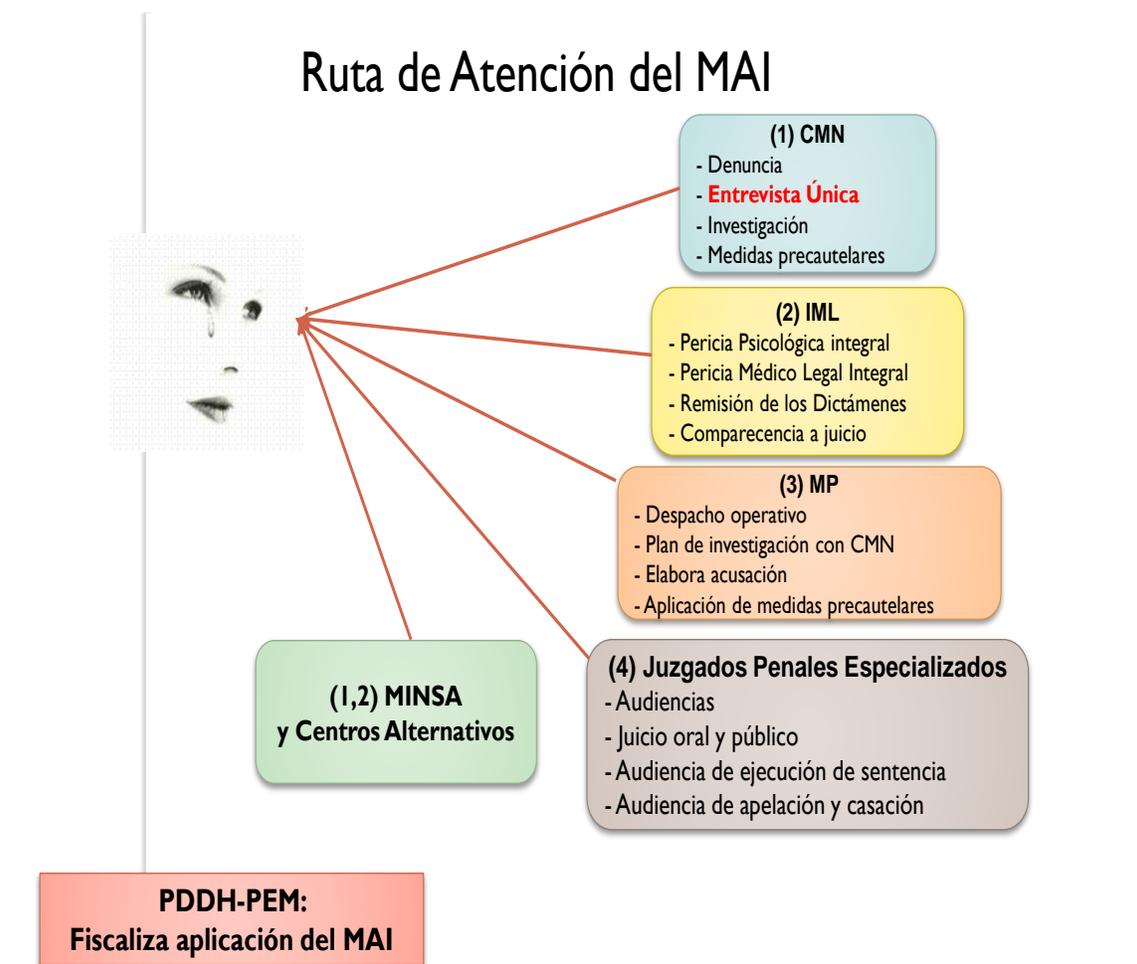
En 1996 las Comisarías pasan a formar parte de la estructura de la Policía Nacional bajo la Dirección de Investigaciones Criminales. Al siguiente año según ordeno 049-97 se creó el Departamento Nacional de las Comisarías de la Mujer y la Niñez.

Para el 2001 la Policía Nacional implementó el proyecto Red de Servicios de Atención a Mujeres, Niñez y Adolescentes, Víctimas y Sobrevivientes de Violencia Intrafamiliar y Sexual, mediante el cual se elaboró el Modelo de Atención Policial para víctimas de violencia, en coordinación con el INIM, la Red de Mujeres Contra la Violencia y centros alternativos de la Red.

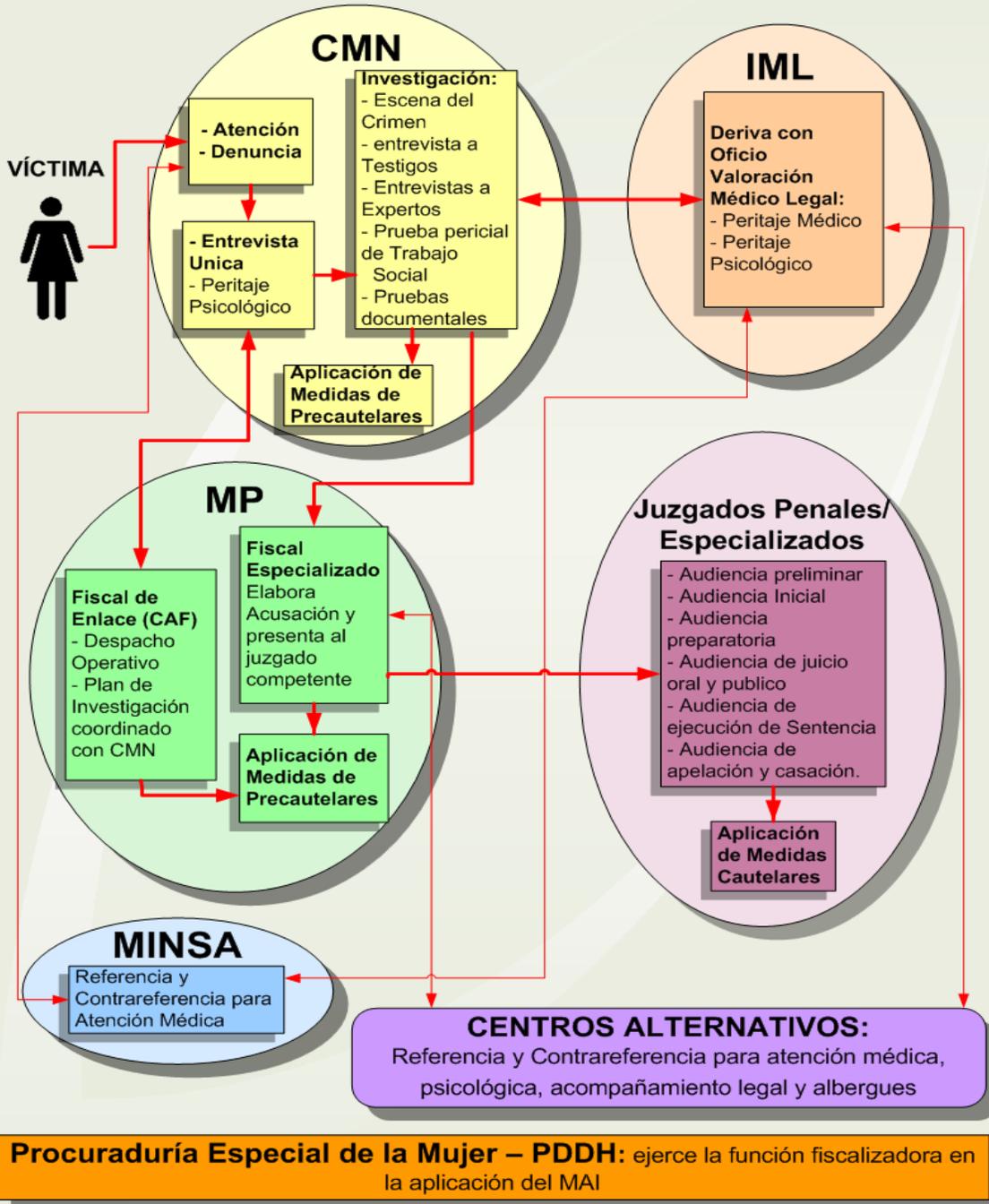
En el año 2006 la Policía Nacional creó la Dirección Comisaría de la Mujer y la Niñez a través de la disposición institucional 023/006, dándole mayor rango y autonomía dentro de su organigrama, convirtiéndose en una especialidad nacional destinada a investigar los delitos de la violencia intrafamiliar y sexual. Actualmente existen 35 comisarías en todo el país, que brindan atención en casos de violencia física psicológica y sexual en contra de la mujer y la niñez nicaragüense.

Las estadísticas de las Comisarías de la Mujer y la Niñez, indican que en Managua, Chinandega, Matagalpa, León, Granada, Carazo, Masaya, Estelí, Jinotega, RAAN y RAAS ocurre más violencia contra las mujeres, niñas y niños. Datos del año 2011 de las Comisarías, revelan que de las denuncias de violencia intrafamiliar, sólo un 15% de los casos llegan a procesos judiciales.

Ruta de atención a las mujeres víctimas de violencia en la comisaria de la mujer:



RUTA DE ATENCIÓN DEL MAI



Beneficios del MAI

- Atención centrada en las víctimas de violencia intrafamiliar y sexual.
- Cambio en la percepción de la violencia con enfoque de género, generacional, intercultural y de derechos humanos.
- Coordinación efectiva y asertiva de las instancias que integran el MAI.
- Entrevista única.
- Incorporación de la imagen traumática y las lesiones psíquicas como elementos de prueba.
- Disminución de la impunidad y victimización secundaria.
- Mayor especialización de las instituciones y del personal que aplica el MAI.
- Sistema de información y estadísticas armonizado e integrado.
- Operatividad del Título III “De las medidas de atención, protección, sanción, precautelares y cautelares” de la Ley Integral de Lucha Contra La Violencia hacia Las Mujeres.
- Agiliza y simplifica los procesos de investigación de los delitos de VIFS.
- Efectividad en el uso del tiempo y cumplimiento de los procedimientos legales.
- Relación costo/beneficio positiva para las víctimas y las instituciones.
- Contribuye a la recuperación de las víctimas y resarcimiento efectivo de sus derechos humanos.
- Genera confianza en el sistema de justicia.

VII.- Diseño metodológico.

7.1. Tipo de estudio: Descriptivo, corte transversal

7.2 Área de estudio: Son los barrios que geográficamente le corresponden recibir atención en el Distrito II.

7.3 Población de estudio: Mujeres víctimas de violencia intrafamiliar atendidas en la Comisaria de la Mujer del distrito II en el periodo que comprendió el estudio y que cumplieron con los criterios de inclusión. Según el registro de la Comisaria son un total de 68 víctimas y se les realizó encuesta a las que se encontraron en su domicilio que fueron 48 víctimas.

7.4 Criterios de inclusión

- Mujeres atendidas en la Comisaria de la mujer en Distrito II, Managua por denuncia de Violencia Intrafamiliar, en el periodo establecido
- Víctimas que hayan sido encontradas en su domicilio, y que aceptaron la realización de la encuesta.

7.5 Criterios de Exclusión

- Mujeres que tenían un diagnóstico actual o previo de trastorno mental orgánico, psicótico, o cualquier otra enfermedad mental previa según DSM-IV-TR.
- Con estado de depresión grave que sugiera la inmediata y clara posibilidad de suicidio.
- Que sufran dependencia de alcohol o drogas.

7.6 Instrumento de recolección de datos: Se diseñaron los instrumentos que contemplan la información pertinente para alcanzar los objetivos, que incluyen datos sociodemográficos de las mujeres, situación y tipo de violencia pasada y actual e incluye información sobre una Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático. Esta es una escala de evaluación heteroaplicada, a modo de

entrevista estructurada, que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según criterios diagnósticos DSM-IV (Echeburúa E. C., 1997). El mismo ha sido sometido a validación mediante una prueba piloto que se realizó a tres víctimas que fueron atendidas en la Comisaría, donde se encontró que dos víctimas presentaron síntomas de TEPT, siendo estos datos indicadores que si era factible la implementación del instrumento que fue diseñado para la realización de este estudio y que iba a responder a la pregunta de investigación.

7.7 Fuente de información: *Primaria* mediante entrevistas a cada mujer en su vivienda o en un sitio que considere adecuado para la entrevista previa invitación. *Secundaria* mediante revisión de la información disponible en la Comisaría de la mujer del distrito II para sacar listado con dirección de cada mujer, para su respectiva visita.

7.8 Procedimiento de recolección de datos

- 7.8.1 Se visitó la Comisaría de la mujer, previa autorización de la dirección de la Policía Nacional, para dar a conocer el interés del estudio y compartir la importancia de la información. Además establecer compromisos éticos claros para evitar afectar el prestigio de la institución.
- 7.8.2 Se revisaron las denuncias de las mujeres, se registró el nombre y su dirección para visitarlas en su casa y planificar una entrevista si lo considera a bien.
- 7.8.3 El equipo de investigación contó con cuatro miembros, que formaron dos equipos donde se dividió por igual el número de direcciones, los encuestadores se presentaron y explicaron los objetivos del estudio y la forma como la mujer se puede beneficiar con la información generada por el estudio. Se abordó profesionalmente cada caso evitando profundizar el daño a la salud mental. La evaluación se llevó a cabo en sesiones individualizadas (entrevista), con una duración total de una hora aproximadamente.
- 7.8.4 Una vez aplicada la entrevista se registró la información en el instrumento que se había diseñado.

7.9 Operacionalización de variables

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o <u>Indicadores</u>	Técnica de Recolección de la Información y Actores Que Participan <u>Encuesta</u> <u>Entrevista</u> <u>G- Focal</u>		
1. Describir las características socio-demográficas de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar en estudio.	1. Factores socio-demográficos	1.1 Sociales 1.2.Género 1.3Educativos 1.4Geográfico 1.5Laboral	1.1.1 Edad 1.1.2 Estado civil 1.1.3 Red de Apoyo** 1.1.4 Ocupación 1.1.5 Dependencia Económica 1.1.6 Convive con su pareja 1.1.7 Persona quien administra el dinero 1.2.1 Num. de agresores 1.2.2 No. de hijos 1.2.3 No. de parejas 1.3.1 Escolaridad 1.3.2 Conocimiento Ley 779 1.4.1 Procedencia ciudadana 1.5.1 Tipo de Trabajo** 1.5.2 Ingreso	Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes		
2. Analizar las manifestaciones de VIF más frecuentes en las mujeres en estudio.	Manifestaciones de VIF		2.1 Violencia Sicológica 2.2 Violencia Física 2.3 Violencia Sexual 2.4 Violencia mixta 2.5 Duración de VIF 2.6 Asistencia Médica por lesiones 2.7 Episodios de maltrato 2.8 Denuncias realizadas	Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes Pacientes		

Objetivos Específicos	Variable Conceptual	Subvariables, o Dimensiones	Variable Operativa o <u>Indicadores</u>	Técnica de Recolección de la Información y Actores Que Participan <u>EncuestaEntrevistaG- Focal</u>		
3. Determinar los síntomas más frecuentes de estrés postraumático que presentaron las víctimas en estudio	Síntomas más frecuentes de estrés postraumático		3.1 Síntomas de reexperimentación 3.2 Síntomas de evitación 3.3 Síntomas de activación	Paciente Paciente Paciente		
4. Comparar el tipo de manifestación de violencia con la aparición de estrés postrauma de las mujeres en estudio			4.1. Violencia Psicológica 4.2 Violencia Física 4.3 Violencia Sexual 4.4 Violencia mixta 4.5 Síntomas de reexperimentación 4.6 Síntomas de evitación 4.7 Síntomas de activación	Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente Paciente		

7.10 Plan de Análisis: Los datos obtenidos de las fichas de Recolección de datos fueron procesados y analizados en el paquete estadístico SPSS en su versión 20 para Windows.

Se realizó el análisis estadístico pertinente, según la naturaleza de c/u de las variables y los objetivos del estudio. Se realizó la frecuencia de cada una de las variables de interés. Se estimó la prevalencia de gravedad clínica según escalas y de forma global.

Se analizaron de forma bi-variado las variables sociodemográficas y las características del maltrato con las escalas de gravedad de síntomas.

Se usaron como pruebas de asociación, en variables cualitativas nominales, el Coeficiente V de Cramer, donde valores cercanos a 1 indican un grado de asociación fuerte y valores próximos a 0 implican un débil grado de asociación.

En variables cualitativas ordinales se usó la prueba de Tau de Goodman y Kruskal, donde cuanto más próximos estén los valores de estas medidas a 0 más débil será la asociación entre las variables y cuanto más cercanos a 1 (o a -1) sean los valores de todas estas medidas, mayor será la asociación positiva (negativa) entre las variables.

Como prueba de significancia estadística se usó el valor de probabilidad (p) de Chi Cuadrada de Pearson. La información se presenta en tablas y gráficos según la pertinencia de la información.

7.11 Aspectos éticos

Para obtener la muestra se visitó la Comisaria de la mujer Distrito II y con previa autorización del Jefe de la Policía Nacional Distrito II se tomaron las direcciones de las víctimas de VIF en el periodo de estudio y se procedió a visitarlas para aplicarle la ficha de recolección de datos. La evaluación se llevó a cabo en sesiones individualizadas (entrevista), con una duración total de una hora aproximadamente. En primer lugar, se explicó a las participantes el objetivo de la investigación. Se les informó que su participación es importante para conocer las características del maltrato sufrido y conocer la existencia o no de un cuadro clínico compatible con estrés postraumático. Que su participación era voluntaria, que podía perfectamente decidir que no participaba, sin el temor de ver afectado su apoyo a su demanda y que si se diagnosticaba algún daño a su salud mental, sería referida al nivel más adecuado para su abordaje.

La autora se ha comprometido ante las autoridades a velar por el secreto que las mujeres han confiado a las autoridades y evitar que la información generada en las entrevistas y el estudio lleguen a perjudicar el prestigio de la institución y la moral de las mujeres que han confiado tanto en las autoridades como en la investigadora. Los resultados de la investigación fueron presentados formalmente a las autoridades del distrito II de forma oral y escrito, apoyando las recomendaciones pertinentes.

VIII.- Resultados

Al revisar los archivos de la Comisaría de la mujer del distrito III se encontraban registradas 68 mujeres. De este total solamente 48 mujeres se encontraron y aceptaron participar de la entrevista y del estudio una vez que se les explicó los objetivos del estudio. El resto de mujeres no fueron ubicadas en la dirección dada o se rehusaron a dar información.

8.1 Características socio demográficos

El 70.8% de las mujeres que participaron en el estudio tienen entre 20 a 39 años de edad, solamente 1 es adolescente y el resto tienen 40 a más años. La ocupación más frecuente fue ama de casa correspondiente a 23 víctimas, seguida de comerciante. La procedencia más representada fue la urbana correspondiente a 39 víctimas (ver tabla 1).

Pocas mujeres cursaron y completaron los estudios universitarios, una gran parte tiene bajo nivel de escolaridad, en que prevalece la secundaria incompleta o menos instrucción, (ver gráfico 1).

Muchas de las mujeres viven con sus parejas en combinación con otros familiares incluyendo hijos, padres y familia política, este resultado corresponde a 16 mujeres. (ver gráfico 2).

Más de la mitad de las mujeres entrevistadas viven con su pareja en unión de hecho (54.2%) y el 29.2% son casadas. El 66.7% tiene entre 1 y 3 hijos y el 22.9% de 4 a 6 hijos (Vea tabla 2).

El 50.0% no recibe salario alguno y el 25.0% recibe un salario de 1,000 a 3,500 córdobas. El 47.9% de las sus familias recibe un ingreso de 2,000 a 5,000 córdobas y el 39.6% reciben un ingreso promedio de 5,001 a 10,000 córdobas. En el 41.7% de las

mujeres refirieron que su pareja administra el dinero de la familia, el 25.0% que son ellas mismas quienes lo administran y el 29.2% que administran el dinero que ganan entre ella y su pareja (vea tabla 3).

El 25.0% de las mujeres refirieron que no saben cuánto gana su pareja (Vea gráfico 3) y el 39.6% tienen una relación de dependencia de su pareja (vea gráfico 4).

En cuanto al conocimiento, que tienen las mujeres de las leyes que las protegen de la violencia el 70.8% de las mujeres perciben que en Nicaragua hay leyes que las protegen de sufrir de violencia. Un poco menos del 50.0% conocen que la ley 779 protege a la mujer que sufre violencia. Muy pocas (25.0%) establecieron el modelo que se aplica en las comisarías. El 89.6% consideraron que las mujeres requieren de atención médica y jurídica. El 91.6 % reconocen su derecho a los órganos de justicia de forma gratuita y el 95.8% reconoció que cualquier forma de violencia es penado por la ley (ver tabla 4).

Durante situaciones actuales, de violencia, la mayor parte de las víctimas han sentido como redes de apoyo a la Comisaría de la Mujer, sus familiares y vecinos (ver gráfico 5).

El 79.2% de las mujeres han recibido maltrato de sus parejas y el 12.5% de su ex pareja. El 6.3% por un hijo o hija y un 2.1% por un hermano o hermana. La mayoría tienen de vivir con el agresor 4 años y menos, aunque hay un 41.7% que tienen más de 6 años de vivir con el agresor (ver tabla 5)

8.2 Manifestaciones de violencia

La frecuencia del maltrato se consideró muy frecuente en el 25.0% de las mujeres (3 o más veces por semana) y frecuente (de 1 a 2 veces por semana) el 39.6%.

El 52.1% tiene 2 años o menos de duración de la violencia y un 12.5% más de 2 años hasta 4 años. Otras tienen más (ver tabla 6).

8.2.1 Caracterización del Primer episodio de violencia

En cuanto al primer episodio de maltrato, el 39.6% de las mujeres iniciaron maltrato después del primer año de convivencia, y un 29.2% al nacimiento de su primer hijo, un 12.5% desde el noviazgo. (Ver tabla 6)

Los tipos de violencia psicológica, que más han padecido las mujeres fueron ser insultadas, gritarles, descalificar frente a otros, descalificarlas en privado y romper objetos intencionalmente (ver tabla 7).

El tipo de violencia física en que más han recibido fueron lanzar objetos, empujar, pegar cachetadas y dar golpiza (ver tabla 8).

El tipo de violencia sexual que prevaleció fue que han recibido fue la obligaron a tener relaciones sexuales (ver tabla 9).

En general se considera que 12 mujeres presentaron maltrato psicológico, 2 físico, 25 psicológico y físico, 1 sexual y 8 una mezcla de las tres formas de maltrato estudiadas (ver gráfico 6).

Solo el 10.4% recibieron atención médica e igual porcentaje denunció el maltrato en esa ocasión. De todas ellas el 45.8% contó en aquel momento con apoyo de un familiar. La mayor parte de las víctimas no presentaron lesiones (ver tabla 10).

8.2.2 Caracterización últimos episodios de violencia

En cuanto a los últimos episodios de violencia el más frecuente fue de 1 a 3 meses correspondiente a 18 víctimas seguido por menos de un mes y más de 3 meses a 6 meses ambos con 11 víctimas

Al llegar a denunciar el maltrato a la comisaría de la mujer, el 91.7% refirió que fueron insultadas, le gritó su agresor, el 70.8 fue descalificada frente a otros, al 47.9% la descalificaron en privado y en el 50.0% rompieron objetos intencionalmente como amenaza y en el 43.8% la amenazaron con golpearla, siendo estas formas de maltrato psicológico (ver tabla 11).

En cuanto a maltrato físico el 52.1% denunciaron que le lanzaron un objeto, al 35.4% las empujaron, al 31.3% le pegaron cachetadas, al 22.9% les dieron una golpiza y al 35.4% las golpearon con un objeto. Hubo otras formas graves de maltrato físico en menor proporción como ser amenazadas por armas, agresión por armas, patear o morder y quemar (ver tabla 12).

En cuanto a violencia sexual en el 41.7% fueron obligadas a tener sexo y en 12.5 la obligaron a tener sexo oral o anal (ver tabla 13).

El tipo de maltrato en los últimos episodios fueron , 9 mujeres por maltrato psicológico, 3 por maltrato físico, 1 por maltrato sexual, 15 por maltrato psicológico y físico, 2 por maltrato físico y sexual y 18 por una combinación de las tres formas de maltrato (ver gráfico 7).

Al llegar a la comisaría el 41.7% de las mujeres tenían contusiones, el 2.1% esguinces e igual proporción por heridas por arma blanca.El 18.8% recibió atención médica por alguna de sus lesiones. El 97.9% denunciaron el maltrato y el 41.7% recibieron apoyo de algún familiar y el 83.3% contó con apoyo social (Vea tabla 14).

8.3 Síntomas más frecuentes de estrés postraumático que presentaron las víctimas en estudio

En cuanto al tiempo que experimentan los síntomas, la mayor parte de las encuestadas refirieron que es más de tres meses con un 83 %El 66.7% de las mujeres tenían recuerdos intrusivos, el 39.6% sueños intrusivos, el 31.2% “Flashbacks”, el 16.7% malestar psicológico en la sub escala de re-experimentación. (Ver tabla 15)

El 41.7% tenían síntomas de evitar pensar / sentir, el 25.0 evitar actividades, lugares, el 16.7% amnesia, el 23.0% pérdida de interés en actividades significativas, el 16.7% sensación de desapego o enajenación, el 25.0% restricción de la vida afectiva e igual proporción en sensación de futuro desolador, para la sub escala de evitación. (Ver tabla 15)

El 68.7% tenían síntomas de insomnio, el 50.0% irritabilidad, el 27.1% de dificultad de concentración, el 14.6% de hiper vigilancia y el 6.3% respuesta de sobre salgo para la sub escala de aumento de aumento de la activación (ver tabla 15).El 83.0% de la mujeres tienen esos síntomas desde hace más de 3 meses (ver gráfico 8).

8.4 Comparación de algunas variables socio-demográficas, tipo, frecuencia y duración de la violencia con la aparición de estrés pos trauma de las mujeres estudiadas

Se hicieron algunos cruces de variables, encontrando que la edad no muestra una tendencia de la prevalencia de síntomas globales, ni por cada una de las sub escalas estudiadas, su relación no fue estadísticamente significativa. Igual comportamiento tuvo el número de hijos agrupados (ver tabla 16).

La relación entre escolaridad y síntomas globales de gravedad mostró una tendencia a ser más alta conforme el nivel de escolaridad es menor afectando más el grupo de analfabetas, primaria incompleta y primaria completa, siendo mucho menor en

los niveles altos de escolaridad. Esta asociación fue estadísticamente significativa, aunque su asociación fue débil (ver tabla 17).

La dependencia económica mostró una asociación débil sin significancia estadística y la relación entre tipo de violencia mostró una mayor asociación (ver tabla 18). Al comparar la frecuencia de violencia con la frecuencia de síntomas de gravedad global se encontró que entre más frecuente fueron los episodios de violencia fue mayor la frecuencia de síntomas, encontrándose asociación con significancia estadística. En la duración de la violencia se encontró que entre más tiempo tuvieron las mujeres de violencia más alta la frecuencia de síntomas, esta relación mostró una asociación débil, sin significancia estadística. (Ver tabla 19)

Contar con redes de apoyo mostró una modesta asociación con significancia estadística, de tal forma que contar con apoyo social tiene menor frecuencia de daño (Ver tabla 19).

IX.- Discusión de resultados

Las mujeres que demandaron atención en la Comisaría de la mujer por violencia intrafamiliar se caracterizan por estar en el grupo de 20 a 40 años y con nivel de escolaridad bajo, coincidiendo con Rincón P.

Pocas mujeres cursaron y completaron los estudios universitarios, una gran parte tiene bajo nivel de escolaridad, en que prevalece la secundaria incompleta coincidiendo con Rincón P.

En relación al principal agresor, es la pareja coincidiendo con el Boletín epidemiológico a nivel nacional, del Instituto de Medicina Legal 2012, consignado en las estadísticas en marco teórico en el acápite de violencia, a través de este resultado se observa una cultura violenta que está arraigada en la sociedad nicaragüense.

Con respecto a características de los últimos episodios de violencia en cuanto a la atención médica por alguna de sus lesiones, menos de un cuarto de las víctimas, busco atención médica sin embargo coinciden en que en su mayoría denunciaron maltrato, que la lesión más frecuente fueron las contusiones y que cuentan con apoyo familiar. todo esto comparado con Rincón P. Estos resultados exponen que son pocas las mujeres que buscan la atención medica y que por lo tanto la detección y manejo por parte de atención primaria estará subregistrador por lo que las promoción en prevención será la acción más adecuada por el MINSA

De acuerdo con el tipo de maltrato el más frecuente fue la violencia psicológica, física, y sexual seguida de la violencia psicológica, y luego la física y sexual, no coincidiendo con INIDE,2008 pero si coincidiendo en la principal forma de maltrato con Paz M, Matud P (2009).

Con respecto a las principales manifestaciones de violencia se encontró que las predominantes en la psicológicas fueron insultos, le gritó su agresor, fue descalificada frente a otros, descalificaron en privado y una gran parte rompieron objetos, En cuanto a maltrato físico el 52.1% denunciaron que le lanzaron un objeto, en relación a la violencia física a la mayoría las empujaron, le pegaron cachetadas, dieron una golpiza y las golpearon con un objeto. En cuanto a violencia sexual un poco menos de la mitad fueron obligadas a tener sexo , coincidiendo con Aguirre P , Cova F, Paz M , Garrido C, Mundaca I, Rincón P , Troncoso P y Vidal P (2010).

En cuanto a la presencia de síntomas de Trastorno por estrés postraumático, se encontró presencia de síntomas según escala de Echeburúa, en las tres subescalas, sin embargo se encontraron más, síntomas de re experimentación y activación, coincidiendo con Paz M, Matud P (2009) en que se encuentra la presencia de las tres.

En relación a la prevalencia está entre un 25 % a un 68.7 %, coincidiendo con frecuencia alta con Golding 1999. Siendo el trastornos por estrés postraumático uno de los trastornos psiquiátrico presente como consecuencia de la violencia intrafamiliar

En relación con la frecuencia del maltrato y tipo de violencia se encontró que a mayor frecuencia y entre mas florida fueron las manifestaciones de violencia en especial el mixto físico, psicológico y sexual, seguido del físico y sexual, el sexual hubo una mayor presencia de estrés postraumático, no siendo así para la duración del maltrato estos resultados coincidiendo con Paz M, Matud P (2009) y APA 1944

X.- Conclusiones

- ✓ La frecuencia del cuadro clínico de TPEP oscila entre un 25 % y 68.7%.
- ✓ La mayoría de las mujeres que participaron en el estudio tienen entre 20 a 39 años de edad, una gran parte tiene bajo nivel de escolaridad, la mayor parte de las víctimas han sentido como redes de apoyo a la Comisaría de la Mujer y el agresor en su mayoría fue su pareja.
- ✓ La mayoría de las víctimas del estudio sufrieron la violencia intrafamiliar por parte de su pareja y en su mayoría también saben que cuentan con apoyo legal, pero no con apoyo de salud mental
- ✓ En el maltrato psicológico las manifestaciones más frecuentes fueron insultos, le gritó su agresor, descalificaciones frente a otros, el maltrato físico encontrado fueron lanzaron un objeto y empujar y entre las de maltrato sexual fue que las obligaban a tener relaciones sexuales
- ✓ Los síntomas más frecuentes de TEPT fueron recuerdos intrusivos, sueños intrusivos, "Flashbacks", evitar pensar, insomnio, e irritabilidad
- ✓ La relación entre escolaridad y síntomas globales de gravedad mostró una tendencia a ser más alta conforme el nivel de escolaridad es menor afectando más el grupo de analfabetas. Al comparar la frecuencia de violencia con la frecuencia de síntomas de gravedad global se encontró que entre más frecuente fueron los episodios de violencia fue mayor la frecuencia de síntomas.
- ✓ El tiempo de presentación de los síntomas en la mayor parte de las encuestadas fue mayor de tres meses, por lo que el cuadro clínico es crónico.

XI.- Recomendaciones

1. Realización e implementación de instrumentos sencillos de realizar por médicos generales en atención primaria sobre la detección de violencia intrafamiliar
2. Si se detectan casos de violencia intrafamiliar derivar de forma obligatoria al equipo de salud mental de dicho centro de atención primaria para su abordaje interdisciplinario por psicología , psiquiatría y trabajo social , de no contar con equipo de salud mental derivar a atención terciaria para su valoración inicial
3. Promover actividades donde se involucre el equipo administrativo, equipo de salud mental y la comunidad, programando actividades como charlas psicoeducativas dentro de la comunidad, las cuales tendrían un calendario, con el objetivo propio de la acción de psicoeducar y de dar a la vez el enfoque que es un problema de salud que debe interesar a toda la sociedad.
4. Realizar otros estudios de prevalencia en víctimas de violencia intrafamiliar, con el objetivo de identificar los principales trastornos psiquiátricos ya que puede haber comorbilidad , o encontrar otro trastorno psiquiátrico que no es trastorno por estrés postraumático como son los trastornos depresivos y los de ansiedad.
5. Coordinar con MINSA o cualquier otra institución la realización de estudios experimentales , ya sea con psicofármacos o diferentes tipos de psicoterapia en pacientes que ya han sido valoradas por equipo de salud mental y se les ha diagnosticado algún trastorno psiquiátrico por el factor violencia

XII. Bibliografía

(s.f.).

- Aguirre P, Cova F, Paz M, Garrido C, Mundaca I, Rincon P, Troncoso P y Vidal P (2010) **Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica**. Revista chilena de neuro-psiquiatría versión On-line ISSN 0717-922 **Rev, chil. neuro-psiquiatr. V 48 n.2 Santiago jun. 2010** doi 10.4067/So717-92272010000300004. REV CHIL NEURO-PSIQUIATR 2010, 48 (2): 114- 122.
- Amor, P. E. (2001). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y en víctimas de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(114), 605-629.
- Amor, P. E. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud Internacional*, 2, 227-246.
- Amor, P. E. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246.
- APA. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IVTR*. Washington, DC, Estados Unidos.
- APA, .. (1980.). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (3rd ed. ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales: DSM-IVTR*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Arias, I. &. (1999). Psychological abuse: Implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence and Victims*, 14, 55-67.
- Báguena, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el tratamiento del trastorno de estrés postraumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Báguena, M. J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.
- Bennice, J. A. (2003.). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on posttraumatic stress disorder symptomatology. *Violence & Victims*, 18, 87-94.

- Bobes, J., Bousoño, M., Calcedo, A. y González, M.P. (2000). Trastorno de estrés postraumático. Barcelona: Masson
- Breslau N, Kessler RC. The stressor criterion in DSM IV posttraumatic stress disorder: an empirical investigation. *Biol Psychiatry* 2001; 50:699-704
- Brewin CR, A. B. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.*, 68(5), 748-766.
- Brewin CR, A. B. (2000.). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *J Consult Clin Psychol.*, 68(5), 748-66.
- Brewin, C. A. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766.
- Brewin, C. D. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103(4), 670-686.
- Bryant, R. y. (2000). En A. P. Association., *Acute stress disorder: A hand-book of theory, assessment and treatment.* . Washington:.
- Calhoun, K.S. y Resick, P.A. (1993). Post-traumatic stress disorder. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2ª ed., pp. 48-98). Nueva York: Guilford
- Convención de Belém do Pará. (1996). *Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer.*
- CORTE SUPREMA DE JUSTICIA, INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL. Boletín mensual-Instituto de Medicina Legal 2012
- Corral, P. (2004). Perfil del agresor doméstico. En Ariel. (Ed.), *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (págs. (pp. 239-250)). Barcelona:: En J. Sanmartín (Ed.),.
- Davidson, P. y. (2001). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,, 69(2), 305-316.
- Dutton, M. A. (1992). Empowering and healing the battered woman. . 10.
- Dutton, M. G. (2006). Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. *Journal of Interpersonal Violence.*, 21(7), 955-68.

- Echeburúa, E. (16-18 de febrero de 2005). Seminario Internacional sobre Agresión y Violencia en Psicología Clínica: Perspectivas Actuales. *Tratamiento psicológico del trauma*. Madrid.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de delitos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. A. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica*, 2, 135-150.
- Echeburúa, E. A., Corral, P., & Zubizarreta, I. y. (2001). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y en víctimas de agresiones sexuales. *Análisis y modificación de conducta*, (27), 605-629.
- Echeburúa, E. C. (1997). Psychological treatment of chronic posttraumatic stress disorder in victims of sexual aggression. *Behavior Modification*, 21(4), 433-456.
- Echeburúa, E. C. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Echeburúa, E. C. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), 7-19.
- Echeburúa, E. C. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), 7-19.
- Echeburúa, E. C. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96), 527-555.
- Echeburúa, E. C. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24.(96.), 527-555.
- Echeburúa, E. C. (2000). Escala de Inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E. P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: Variables relevantes. *Acción Psicológica*, 135-150.
- Echeburúa, E. y. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

- ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the ESEMeD European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (suppl. 420), 21–27.
- Fecteau, G. y. (1999). Cognitive behavioural treatment of posttraumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 27, 201-214.
- Foa, E. B. (1985). Treatment of anxiety disorders: Implications for psychopathology. . En N. E. Hillsdale, & I. A. (Eds.) (Ed.), *Anxiety and the anxiety disorders* (págs. 451-452.).
- Foa, E. B. (1989). Behavioral/cognitive conceptualisation of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy*, 20, 155-176.
- Foa, E. C. (2000). Psychological and environmental factors associated with partner violence. . *Trauma, Violence and Abuse*, 1(1), 67-91.
- Foa, E., Dancu, C., Hembree, E., Jaycox, L., & Meadows, E. S. (1999). A comparison of exposure therapy, stress inoculation training and their combination for reducing posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,.
- Foa, E.B., Hearst-Ikeda, D. y Perry, K.J. (1995). Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 948-955.
- Frans, Ö., Rimmö, P.-A., Åberg, L. y Fredrikson, M. (2005). Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 291-299.
- Gavey, N. (1991). Sexual victimization prevalence among New Zealand University students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 464-466.
- Golding, J. M. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2).
- Hickling, E.J. y Blanchard, E.B. (1997). The private practice psychologist and manual-based treatments: Posttraumatic stress disorder secondary to motor vehicle accidents. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 191-203.

- INIDE. (2008). *Encuesta nicaragüense de demografía y salud 2006/07. Informe final*. Managua.
- Kaplan H I, Sadock B J & Grebb J A. 1994. *Synopsis of Psychiatry* 7th Edition. Baltimore: Williams & Wilken.
- Kemp, A. R. (1991). Posttraumatic stress disorder (PTSD) in battered women: A shelter sample. *Journal of Traumatic Stress*,, 4, 137-148.
- Kessler RC, S. A. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52, 1048 –1060.
- Labrador Encinas, F. F.-V. (2010.). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105.
- Marks, I. L. (1998). Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring. *Archives of General Psychiatry*,, 55(4), 317-325.
- Mercy JA, B. A. (2003). Violence and mental health: perspectives from the World Health Organization's World Report on Violence and Health. *International Journal of Mental Health*,, 32(1), 20-36.
- Messman-Moore, T. L. (2005). Posttraumatic symptoms and self-dysfunction as consequences and predictors of sexual revictimization. *Journal of Traumatic Stress*,, 18., 253–261.
- Minsa, N. (2,009.). *Normas y protocolos para la Prevención, detección y Atención de la violencia Intrafamiliar y sexual*. . Managua.
- ONU. (1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. *A/RES/48/104*. Ginebra: Organización de las Naciones Unidad.
- ONU. (1985.). Informe de la conferencia mundial para el examen y la evaluación de los logros del decenio de las Naciones Unidas para la mujer. Igualdad, desarrollo y paz. *A/CONF.116/28/Rev1*. Nairobi.: Organizacion de las Naciones Unidas.
- OPS. (2003.). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. . Publicación Científica y Técnica No. 588. , OMS, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud., Washington, D.C.
- Orengo, F. R. (2001). Prevalencia y tipos de trastornos por estrés postraumático en población general y psiquiátrica. *Psiquis*,, 22(4), 169-176.

- Paunovic N, Ost LG, Cognitive-behavior therapy vs. exposure therapy in the treatment of PTSD in refugees. *Behav Res Ther.* 2001 Oct; 39(10):1183-97
- Paz M, MATUD P (2009), Salud Mental de las mujeres maltratadas por su pareja en el Salvador, *Revista Mexicana de Psicología*, vol 26, num 1, pp. 51-59
- Resick, P. &. (1992.). Cognitive processing therapy for assault victims. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*,, 60(5), 748-760.
- Resick, P.A. y Schnicke, M.K. (1993). Cognitive processing therapy for rape victims. Newbury Park, CA: Sage
- Rincón P, (2003). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia domestica: evaluación de programas de intervención. Universidad complutense Madrid, facultad de psicología,
- Rodríguez Barroso, X. y. (2009). *Violencia doméstica en etapa climatérica en mujeres de mediana edad*. (E. C. Editor, Ed.) Buenos Aires, Argentina: Apuntes.
- Rosen, G. (1999). Treatment fidelity and research on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders*,, 13:, 173-184.
- Rothbaum, B. M. (2000). Terapia cognitiva-conductual. En T. K. Foa, *Tratamiento del estrés postraumático* (págs. 81-107). Barcelona: Ariel Psicología.
- Sampedro, J. (2002). La humanización en el derecho penal. .
- Solomon, S. &. (2002). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder: A practice-friendly review of outcome research. *Journal of Clinical Psychology*,, 58(8), 947-959.
- Street, A. y. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: Examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims*,, 16(1), 65-78.
- Taft, C. T. (2005). Posttraumatic stress disorder symptomatology among partners of men in treatment for relationship abuse. *Journal of Abnormal Psychology*,, 114,, 259–268.
- Tarrier, N. S. (1999). Twelve month follow-up of a trial of cognitive therapy or imaginal exposure in the treatment of PTSD. *British Journal of Psychiatry*,, 175, 571-575.
- Ullman, S. F. (2001). Psychosocial correlates of PTSD symptom severity in sexual assault survivors. ((. press)., Ed.) *Journal of Traumatic Stress*.

- Villavicencio, P. &. (1999.). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales/Instituto de la Mujer., Madrid:.
- Villavicencio, P. y. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. (M. d. Sociales., Ed.)
- Woods, S. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues Mental Health Nursing*, 21(3), 309-324.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., de Corral, P., Saucá, D. y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades violentas* (pp. 129-152). Madrid: Pirámide.

XIII.- Anexos



Entrevista

*Trastornos por estrés postraumático en mujeres víctimas de
Violencia intrafamiliar atendidas en la Comisaria / Distrito II,
Managua, en el periodo Febrero 2012- Diciembre 2012*

		Ficha No. /___/___/___/	
I.- Factores socio demográficos:			
Edad: /___/___/		Número de hijos: /___/___/	
Estado Civil: <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Viuda <input type="checkbox"/> Unión de hecho	Nivel de Escolaridad : <input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Universidad incompleta <input type="checkbox"/> Universidad completa <input type="checkbox"/> Técnico	Ocupación: <input type="checkbox"/> Ama de casa <input type="checkbox"/> Trabajadora doméstica <input type="checkbox"/> Comerciante <input type="checkbox"/> Profesora <input type="checkbox"/> Estilista <input type="checkbox"/> Profesional	
Procedencia: <input type="checkbox"/> Urbana <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Semiurbana		Si trabaja, salario:	
		Ingreso familiar:	
¿Quién administra el ingreso familiar? <input type="checkbox"/> Madre / Padre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hermano (a) <input type="checkbox"/> Pariente <input type="checkbox"/> Otro familiar		¿Con quién(es) convive usted? <input type="checkbox"/> Madre y/o Padre <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijos <input type="checkbox"/> Padres/Parejas/hijos <input type="checkbox"/> Pareja/hijos <input type="checkbox"/> Familia política/Pareja/hijos <input type="checkbox"/> Familia política/Pareja <input type="checkbox"/> Padres/Pareja/Hijastros <input type="checkbox"/> Familia política/Pareja/Hijastros	
Sobre su situación financiera: <input type="checkbox"/> ¿Conoce usted cuánto gana su pareja? <input type="checkbox"/> Usted depende económicamente de su pareja?			
¿Cuántas parejas ha tenido usted?: /___/___/		De las parejas que usted ha tenido ¿de cuántos ha recibido algún tipo de maltrato? /___/___/	

II. Sobre conocimientos: De las siguientes aseveraciones de la violencia intrafamiliar responder según crea conveniente de la siguiente manera: (1) Totalmente en desacuerdo, (2) En desacuerdo, (3) Indiferente, (4) De acuerdo, (5) Totalmente de acuerdo.

Aseveraciones	Respuesta				
	1	2	3	4	5
1) Nicaragua tiene leyes que protegen a las mujeres que sufren violencia					
2) La ley 779 protege a la mujer que sufre violencia					
3) El modelo de atención integral a la mujer se aplican en las comisarias					
4) La protección de las mujeres que viven violencia requiere de atención médica, jurídica, psicológica y social					
5) Tienen el derecho de acceder a los órganos de justicia de forma gratuita					
6) Cualquiera que sea el tipo de violencia y que traiga consecuencias físicas psicológicas o ambas es penado por la ley					
7) Todas las mujeres tienen derecho tanto en el ámbito público como en el privado a vivir una vida libre de violencia, a su libertad e integridad sexual y reproductiva, así como al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos sus derechos humano					

III.- Sobre el agresor: Red de apoyo de la paciente

<p>¿Quién es la(s) persona que le da el maltrato?</p> <p><input type="checkbox"/> Pareja</p> <p><input type="checkbox"/> Padre/Madre</p> <p><input type="checkbox"/> Tíos</p> <p><input type="checkbox"/> Hermanos</p> <p><input type="checkbox"/> Abuelos</p>	<p>Tiempo de convivencia con el agresor ¿Hace cuánto tiempo convive usted con él?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de 2 años</p> <p><input type="checkbox"/> 2 años a 4</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 4 años a 6</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 6 años a 8</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 8 años</p>	<p>: Cuenta usted con Red de apoyo?</p> <p><input type="checkbox"/> Familia</p> <p><input type="checkbox"/> Vecinos</p> <p><input type="checkbox"/> Amigos</p> <p><input type="checkbox"/> Iglesia</p> <p><input type="checkbox"/> Comisaría de la mujer</p> <p><input type="checkbox"/> Equipo de salud mental</p> <p><input type="checkbox"/> Otras instituciones</p>
---	---	--

IV.- Manifestaciones de la violencia		
<p>¿Con qué frecuencia se da el maltrato?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Muy frecuente(3 o más veces por semana) <input type="checkbox"/> Frecuente (1 o 2 veces por semana al mes) <input type="checkbox"/> Infrecuente (1 vez cada dos semanas) <input type="checkbox"/> Muy infrecuente (1 vez al mes o menos) 	<p>Duración del maltrato: ¿Cuánto tiempo lleva recibiendo maltrato en años?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 2 años y menos <input type="checkbox"/> Más de 2 años a 4 años <input type="checkbox"/> Más de 4 años a 6 años <input type="checkbox"/> Más de seis años a 8 años <input type="checkbox"/> Más de 8 años 	<p>Episodios de violencia. Primer episodio de maltrato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Noviazgo <input type="checkbox"/> Primer año de convivencia <input type="checkbox"/> Después del primer año de convivencia <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Nacimiento de los hijos
V.- Tipos Violencia Intrafamiliar (Ha sufrido algún tipo de estas agresiones)		
<p>Violencia Psicológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Gritar <input type="checkbox"/> Insultar <input type="checkbox"/> Descalificar frente a otros <input type="checkbox"/> Descalificarla en privado <input type="checkbox"/> Prohibir que salga <input type="checkbox"/> Amenazar con golpearla <input type="checkbox"/> Romper objetos intencionalmente <input type="checkbox"/> Impedirla trabajar de forma remunerada <input type="checkbox"/> Obliga a entregarle sus ingresos, haciendo él uso exclusivo de los mismos 	<p>Violencia Física:</p> <p>Criterios de Violencia física menos grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Lanzar un objeto <input type="checkbox"/> Empujar <input type="checkbox"/> Pegar cachetadas <p>Criterios de Violencia física grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Patear o morder <input type="checkbox"/> Golpear con un objeto <input type="checkbox"/> Dar golpiza <input type="checkbox"/> Quemar <input type="checkbox"/> Amenazar con un arma <input type="checkbox"/> Agredir con un arma 	<p>Violencia sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> La obliga a tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> La obliga tener sexo oral / anal <input type="checkbox"/> Le introduce otro objeto en su vagina durante la relación sexual <input type="checkbox"/> La golpea durante el acto sexual <hr/> <p>Clasifique el tipo de maltrato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Físico, psicológico y sexual <input type="checkbox"/> Psicológico y sexual <input type="checkbox"/> Físico y sexual

Tipos de lesiones: <input type="checkbox"/> Contusiones <input type="checkbox"/> Esguinces <input type="checkbox"/> Heridas <input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> No corresponde	En ese entonces recibió usted atención médica por algún tipo de lesión: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Denuncio el maltrato que recibía en ese entonces? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
VII.- Conto usted con Red de apoyo?:		
¿Conto en aquel momento con apoyo familiar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	¿Contó en aquel momento con apoyo social? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Últimos Episodio de Maltrato: <input type="checkbox"/> En el último mes <input type="checkbox"/> De 1 mes a 3 meses <input type="checkbox"/> Más de 3 meses a 6 meses <input type="checkbox"/> Más de 6 meses
VIII.- Tipos Violencia Intrafamiliar (Esta vez sufrió algún tipo de estas agresiones)		
Violencia Psicológica: <input type="checkbox"/> Gritar <input type="checkbox"/> Insultar <input type="checkbox"/> Descalificar frente a otros <input type="checkbox"/> Descalificarla en privado <input type="checkbox"/> Prohibir que salga <input type="checkbox"/> Amenazar con golpearla <input type="checkbox"/> Romper objetos intencionalmente <input type="checkbox"/> Impedirla trabajar de forma remunerada <input type="checkbox"/> Obliga a entregarle sus ingresos, haciendo él uso exclusivo de los mismos	Violencia Física: Criterios de Violencia física menos grave: <input type="checkbox"/> Lanzar un objeto <input type="checkbox"/> Empujar <input type="checkbox"/> Pegar cachetadas Criterios de Violencia física grave: <input type="checkbox"/> Patear o morder <input type="checkbox"/> Golpear con un objeto <input type="checkbox"/> Dar golphiza <input type="checkbox"/> Quemar <input type="checkbox"/> Amenazar con un arma <input type="checkbox"/> Agredir con un arma	Violencia sexual: <input type="checkbox"/> La obliga a tener relaciones sexuales <input type="checkbox"/> La obliga tener sexo oral / anal <input type="checkbox"/> Le introduce otro objeto en su vagina durante la relación sexual <input type="checkbox"/> La golpea durante el acto sexual Clasifique el tipo de maltrato: <input type="checkbox"/> Psicológico <input type="checkbox"/> Físico <input type="checkbox"/> Sexual <input type="checkbox"/> Físico, psicológico y sexual <input type="checkbox"/> Psicológico y sexual <input type="checkbox"/> Físico y sexual

Tipos de lesiones: <input type="checkbox"/> Contusiones <input type="checkbox"/> Esguinces <input type="checkbox"/> Heridas <input type="checkbox"/> Fracturas <input type="checkbox"/> No corresponde	Recibió usted atención médica por algún tipo de lesión: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
	Denuncio el maltrato que recibía? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
IX.- Conto ahora usted con Red de apoyo?:		
¿Conto en este momento con apoyo con apoyo familiar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		¿Contó en este momento con apoyo social? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
X.- Cuadro clínico de Trastorno de Estrés Postraumático: Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma. 0 = NADA, 1= UNA VEZ POR SEMANA O MENOS/POCO, 2 = DE 2 A 4 VECES , PORSEMANA/BASTANTE, 3 = 5 O MÁS VECES POR SEMANA/MUCHO		
Re-Experimentación (Rango 0-15)		Puntos
1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?		-
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso?		
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?		
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?		
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?		
Evitación (Rango 0-21)		
1. ¿Se ve obligada a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso?		
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares, personas que evocan el recuerdo del suceso?		
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?		
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o por la participación en actividades significativas?		

5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?				
6. ¿Se siente limitada en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)?				
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)?				
Aumento De La Activación (Rango 0-15)				
1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño?				
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira?				
3. ¿Tiene dificultades de concentración?				
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?				
5. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?				
¿Desde cuándo experimenta el malestar? <input type="checkbox"/> 1-3 meses <input type="checkbox"/> > 3 meses				
XI.- Tipo de violencia:				
Tipo de violencia	Síntomas			
	Re-experimentación	Evitación	Activación	Sumatoria
Físico y psicológico				
Psicológico				
Físico				
Físico, psicológico y sexual				
Psicológico y sexual				

Tabla 1. Características socio demográficas de las mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012.

Variables	Número	Porcentaje
Edad		
• Menor de 20	1	2.1
• 20 a 29	17	35.4
• 30 a 39	17	35.4
• 40 a 49	8	16.7
• 50 a 59	5	10.4
Ocupación		
• Ama de casa	23	47.9
• Trabajadora doméstica	3	6.3
• Comerciante	10	20.8
• Profesora	5	10.4
• Estilista	4	8.3
• Medico	1	2.1
• Otros	2	4.2
Procedencia		
• Urbana	39	81.3
• Semiurbana	9	18.8
Total	48	100.0

Gráfico 1. Escolaridad de las mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012 – Diciembre 2012.

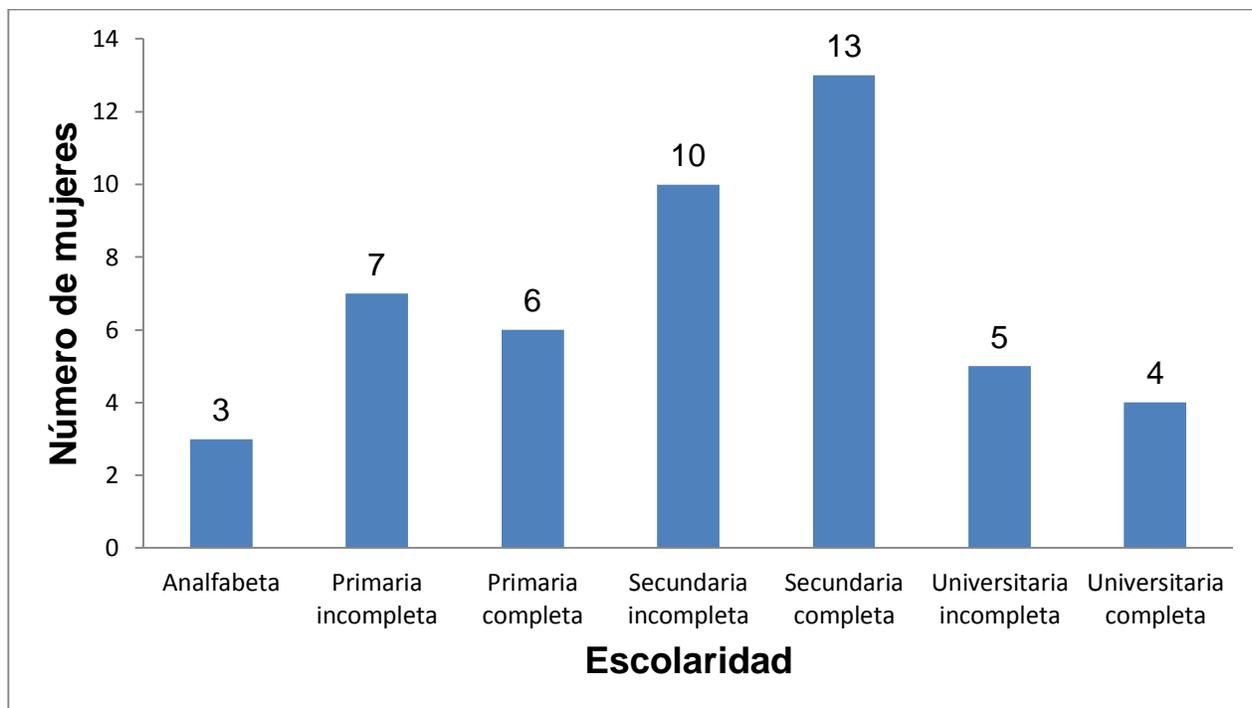


Gráfico 2. Personas con que viven las mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012.

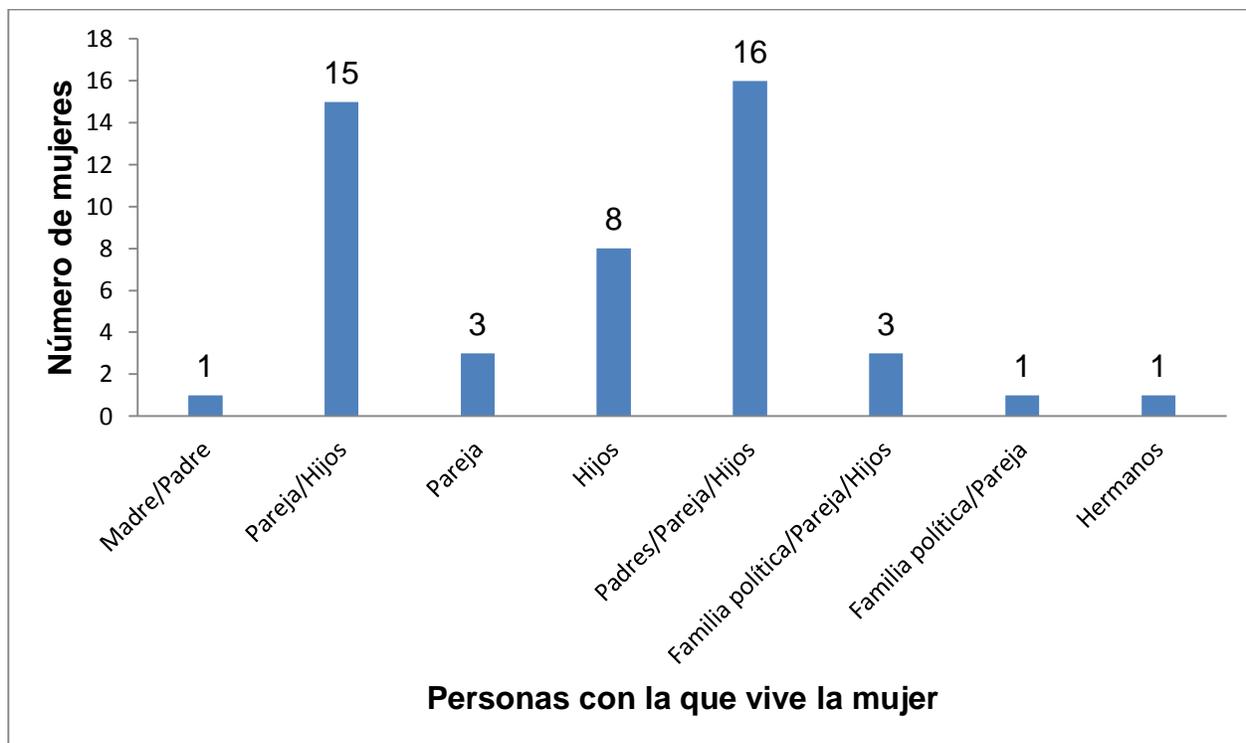


Tabla 2. Algunas características sexuales y reproductivas de las mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012.

Variables	Número	Porcentaje
Estado civil		
• Soltera	6	12.5
• Casada	14	29.2
• Viuda	2	4.2
• Unión de hecho	26	54.2
Número de hijos		
• 0	4	8.3
• 1 a 3	32	66.7
• 4 a 6	11	22.9
• 7 y mas	1	2.1
Total	48	100.0

Tabla 3. Características socio económicos de las mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012 - Diciembre 2012.

Variables	Número	Porcentaje
Salario		
• No recibe	24	50.0
• 1,000 a 3,500	12	25.0
• 3,501 a 5,000	7	14.6
• 5,001 a 10,000	4	8.3
• 10,001 a 15,000	1	2.1
Ingreso familiar		
• 2,000 a 5,000	23	47.9
• 5,001 a 10,000	19	39.6
• 10,001 a 15,000	2	4.2
• 15,001 a 20,000	3	6.3
• 20,001 a 30,000	1	2.1
Persona que administra el dinero		
• Pareja	20	41.7
• Paciente	12	25.0
• Otro familiar	2	4.2
• Pareja/Paciente	14	29.2
Total	48	100.0

Gráfico 3. Conocimientos de las mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012 sobre cuánto gana su pareja.

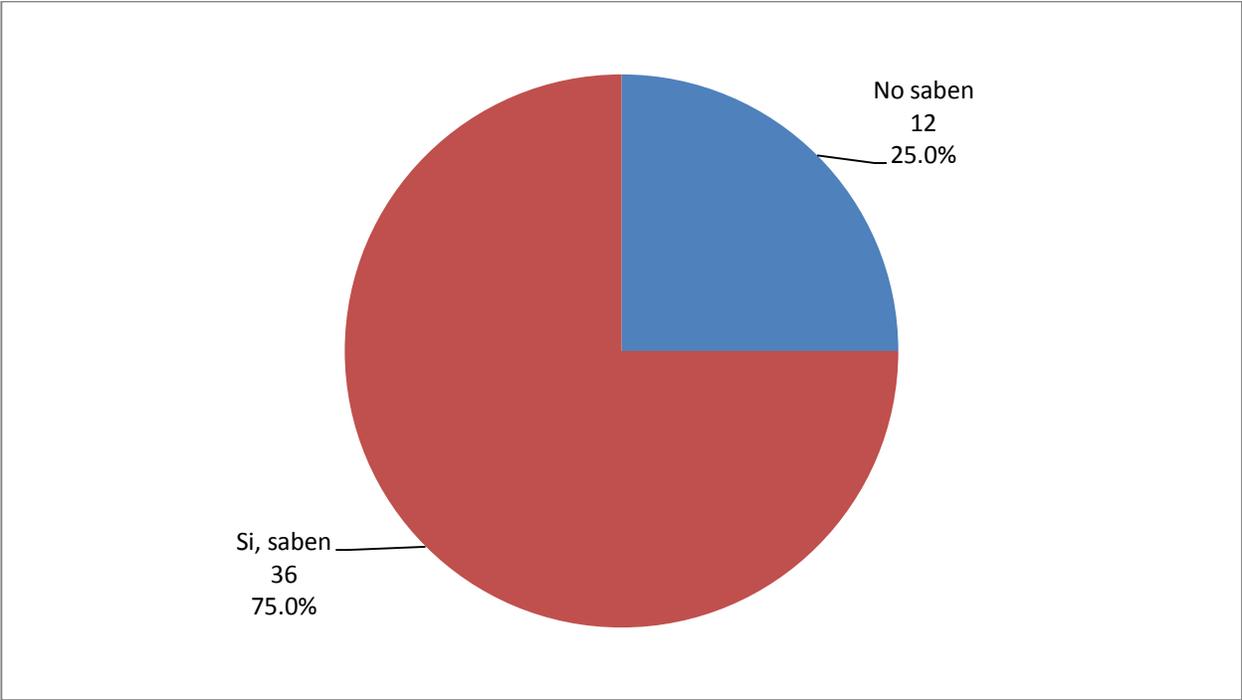


Gráfico 4. Dependencia económica de las mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012 en relación a su pareja.

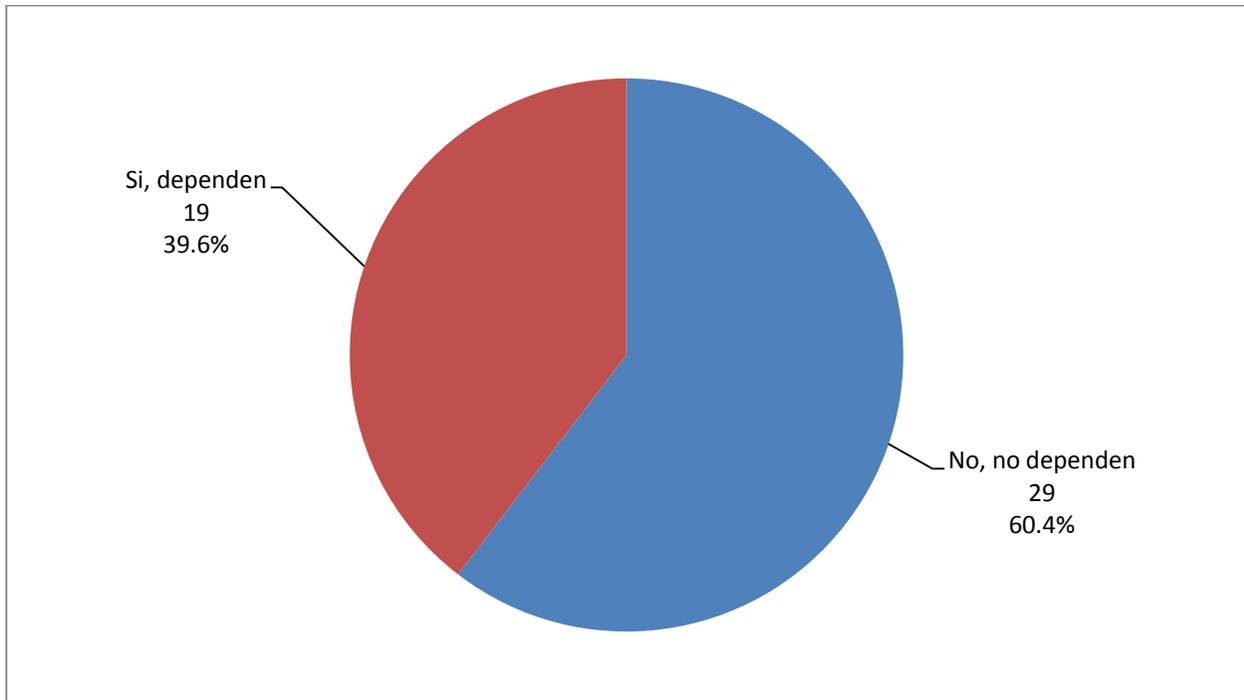


Tabla 4. Percepción que tienen las mujeres atendidas en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012, sobre el esfuerzo del estado para la prevención y la atención de la Violencia Intrafamiliar. (n=48)

Aseveración	Totalmente desacuerdo		En desacuerdo		Indiferente		De acuerdo		Totalmente de acuerdo	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Nicaragua tiene leyes que protegen a las mujeres que sufren violencia	0	0.0	5	10.4	9	18.8	29	60.4	5	10.4
La ley 779 protege a la mujer que sufre violencia	3	6.3	5	10.4	18	37.5	20	41.7	2	4.2
El modelo de atención integral a la mujer se aplican en las comisarias	1	2.1	8	16.7	27	56.3	10	20.8	2	4.2
La protección de las mujeres que viven violencia requiere de atención médica, jurídica.	0	0.0	2	4.2	3	6.3	38	79.2	5	10.4
Tienen el derecho de acceder a los órganos de justicia de forma gratuita	0	0.0	1	2.1	3	6.3	40	83.3	4	8.3
Cualquiera que sea el tipo de violencia y que traiga consecuencias físicas psicológicas o ambas es penado por la ley	0	0.0	1	2.1	1	2.1	42	87.5	4	8.3
Todas las mujeres tienen derecho tanto en el ámbito público como en el privado a vivir una vida libre de violencia, a su libertad e integridad sexual y reproductiva, así como al reconocimiento, goce, ejercicio y protección de todos sus derechos humano	0	0.0	1	2.1	3	6.3	39	81.3	5	10.4

Gráfico 5. Redes de apoyo que refirieron tener las mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012.

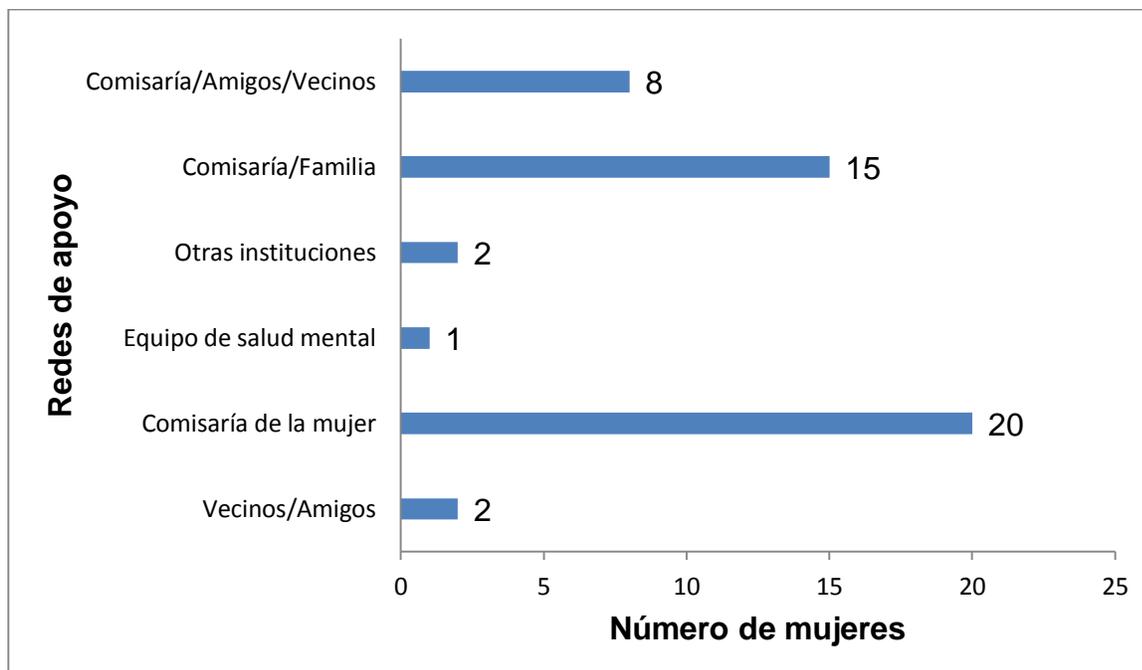


Tabla 5. Referencias que hacen las mujeres atendidas en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2011- Diciembre 2012, sobre los antecedentes de Violencia Familiar.

Variables	Número	Porcentaje
¿De quién recibe usted maltrato?		
• Pareja	38	79.2
• Ex-pareja	6	12.5
• Hijo/a	3	6.3
• Hermano/a	1	2.1
Tiempo de convivencia con el agresor		
• 2 años y menos	10	20.8
• Más de 2 años a 4 años	14	29.2
• Más de 4 años a 6 años	4	8.3
• Más de 6 años a 8 años	5	10.4
• Más de 8 años	15	31.3
Total	48	100.0

Tabla 6. Referencias que hacen las mujeres atendidas en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012, sobre los antecedentes de Violencia Familiar.

Variables	Número	Porcentaje
Frecuencia de la VIF		
• Muy frecuente	12	25.0
• Frecuente	19	39.6
• Infrecuente	11	22.9
• Muy infrecuente	6	12.5
Duración de VIF		
• 2 años y menos	25	52.1
• Más de 2 años a 4 años	6	12.5
• Más de 4 años a 6 años	8	16.7
• Más de 6 años a 8 años	1	2.1
• Más de 8 años	5	10.4
Primer episodio de maltrato		
• Noviazgo	6	12.5
• Primer año de convivencia	9	18.8
• Después del primer año de convivencia	19	39.6
• Nacimiento de los hijos	14	29.2

Tabla 7. Referencia que hace las mujeres atendidas en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012-Diciembre 2012, sobre el tipo de violencia Intrafamiliar que ha vivido (n=48).

Tipo de violencia psicológica	Número	Porcentaje
Insultar	42	87.5
Gritar	38	79.2
Descalificar frente a otros	35	72.9
Descalificarla en privado	33	68.8
Romper objetos intencionalmente	17	35.4
Amenazar con golpearla	16	33.3
Impedirla trabajar de forma remunerada	9	18.8
Prohibir que salga	6	12.5
Obliga a entregarle sus ingresos haciendo él uso exclusivo de los mismos	2	4.2

Tabla 8. Referencia que hace las mujeres atendidas en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012, sobre el tipo de violencia Intrafamiliar que ha vivido (n=48).

Tipo de violencia física	Número	Porcentaje
Lanzar un objeto	25	52.1
Empujar	21	43.8
Pegar cachetadas	16	33.3
Dar golpiza	12	25.0
Golpear con un objeto	4	8.3
Amenazar con un arma	4	8.3
Agredir con un arma	1	2.1
Patear o morder	0	0.0
Quemar	0	0.0

Tabla 9. Referencia que hace las mujeres atendidas en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012, sobre el tipo de violencia Intrafamiliar que ha vivido (n=48).

Tipo de violencia sexual	Número	Porcentaje
La obliga a tener relaciones sexuales	10	20.8
La obliga tener sexo oral / anal	1	2.1
Le introduce otro objeto en su vagina durante la relación sexual	0	0.0
La golpea durante el acto sexual	0	0.0

Gráfico 6. Tipo de maltrato que sufrieron en el primer episodio de violencia, las mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012.

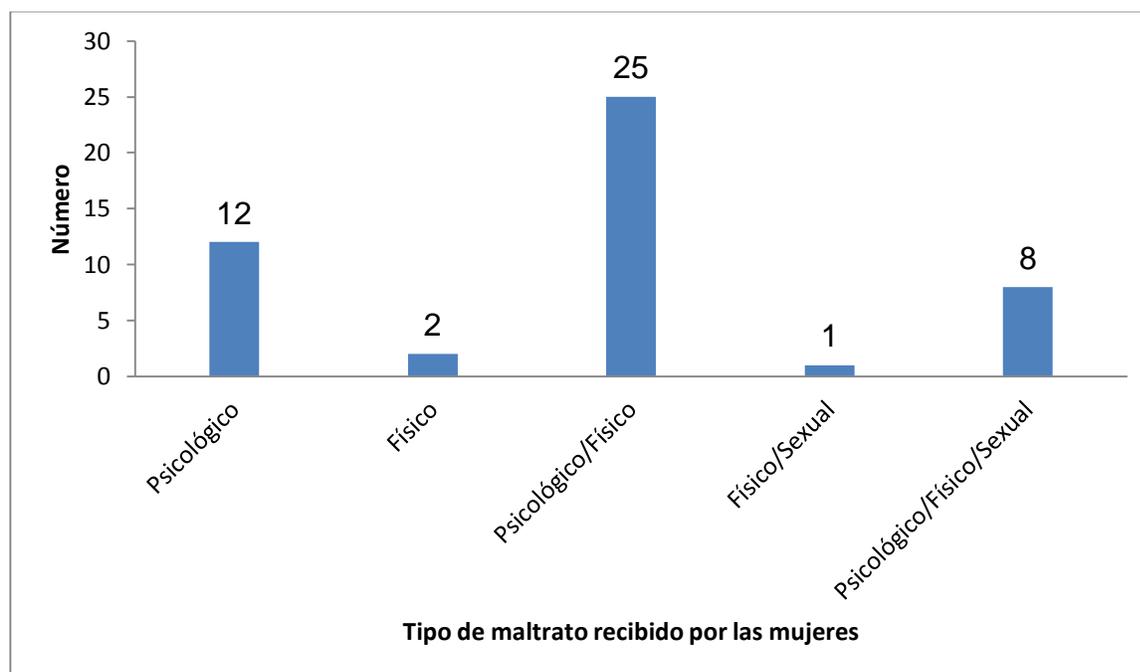


Tabla10. Características de la historia del primer episodio de maltrato recibido por las mujeres por las que demandaron atención en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012.

Variables	Número	Porcentaje
Tipos de lesiones		
• Contusiones	6	12.5
• Esguinces	4	8.3
• Ninguna o no valorada	38	79.2
¿Recibió usted atención médica por algún tipo de lesión?		
• No	43	89.6
• Si	5	10.4
¿Denuncio el maltrato que recibía en ese entonces?		
• No	43	89.6
• Si	5	10.4
¿Contó en aquel momento con apoyo de algún familiar?		
• No	26	54.2
• Si	22	45.8
Total	48	100.0

Tabla 11. Referencia que hace las mujeres atendidas en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012-Diciembre 2012, sobre el tipo de violencia Intrafamiliar por la que acudió (n=48).

Últimos episodios de maltrato	Número	Porcentaje
Últimos Episodio De Maltrato		
• Último mes	11	22.9
• De un mes a 3 meses	18	37.5
• Más de 3 meses a 6 meses	11	22.9
• Más de 6 meses	8	16.7
Tipo de violencia psicológica		
Insultar	44	91.7
Gritar	44	91.7
Descalificar frente a otros	34	70.8
Descalificarla en privado	23	47.9
Romper objetos intencionalmente	24	50.0
Amenazar con golpearla	21	43.8
Impedirla trabajar de forma remunerada	3	6.3
Prohibir que salga	10	20.8
Obliga a entregarle sus ingresos haciendo él uso exclusivo de los mismos	0	0.0

Tabla12. Referencia que hace las mujeres atendidas en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012, sobre el tipo de violencia Intrafamiliar que ha vivido (n=48).

Tipo de violencia física	Número	Porcentaje
Lanzar un objeto	25	52.1
Empujar	17	35.4
Pegar cachetadas	15	31.3
Dar golpiza	11	22.9
Golpear con un objeto	17	35.4
Amenazar con un arma	4	8.3
Agredir con un arma	1	2.1
Patear o morder	2	4.2
Quemar	2	4.2

Tabla13. Referencia que hace las mujeres atendidas en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012 –Diciembre 2012, sobre el tipo de violencia Intrafamiliar que ha vivido (n=48).

Tipo de violencia sexual	Número	Porcentaje
La obliga a tener relaciones sexuales	20	41.7
La obliga tener sexo oral / anal	6	12.5
Le introduce otro objeto en su vagina durante la relación sexual	0	0.0
La golpea durante el acto sexual	0	0.0

Gráfico 7. Tipo de violencia que sufrieron las mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar al ser atendidas en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012.

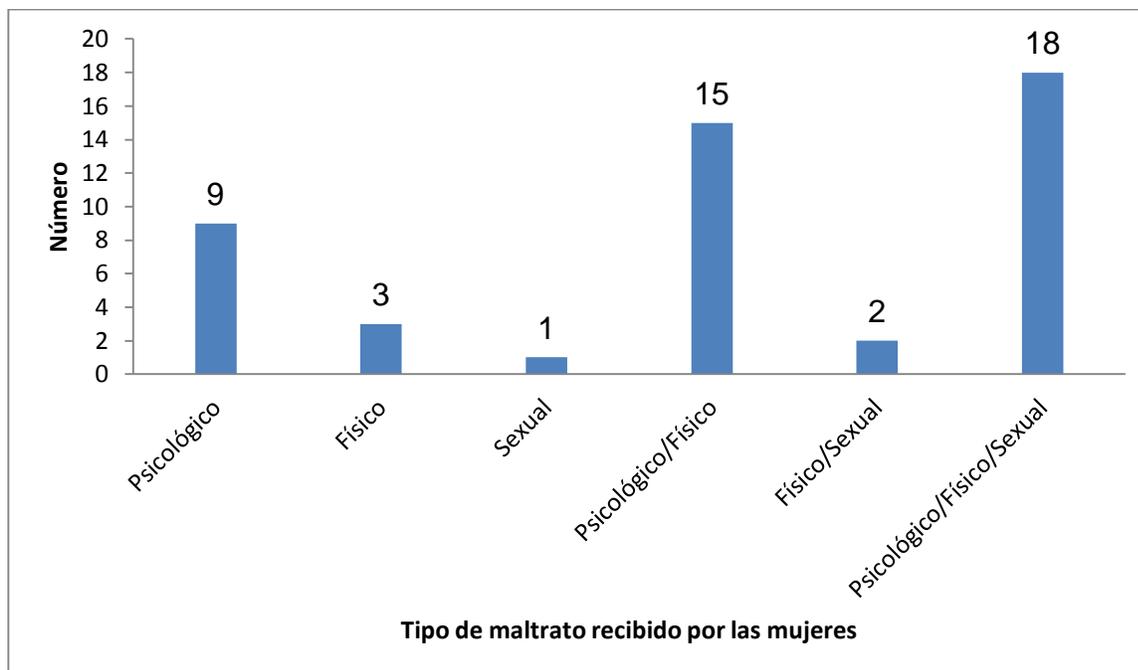


Tabla 14. Características de la historia de maltrato recibido por las mujeres atendidas en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012.

Variables	Número	Porcentaje
Tipos de lesiones		
• Contusiones	20	41.7
• Esguinces	1	2.1
• Heridas por arma blanca	1	2.1
• Ninguna o no valorada	26	54.2
¿Recibió usted atención médica por algún tipo de lesión?		
• No	39	81.3
• Si	9	18.8
¿Denuncio el maltrato que recibía en ese entonces?		
• No	1	2.1
• Si	47	97.9
¿Conto en aquel momento con apoyo de algún familiar?		
• No	28	58.3
• Si	20	41.7
¿Conto con apoyo social?		
• Si	40	83.3
• No	8	16.7
Total	48	100.0

Tabla15. Síntomas de estrés postraumático en mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012. (n=48).

Síntoma	Puntuación (Casos)				Presencia de síntoma	
	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Número	Prevalencia (%)
Sub-escala de re experimentación						
• Recuerdos intrusivos	5	11	29	3	32	66.7
• Sueños intrusivos	8	21	19	0	19	39.6
• “Flashbacks”	12	21	15	0	15	31.2
• Malestar psicológico	12	28	8	0	8	16.7
• Malestar fisiológico	19	29	0	0	0	0.0
Sub-escala de evitación						
• Evitar pensar/Sentir	8	20	19	1	20	41.7
• Evitar actividades, lugares	12	24	12	0	12	25.0
• Amnesia	18	22	8	0	8	16.7
• Pérdida de interés en actividades significativas	11	26	11	0	11	23.0
• Sensación de desapego o enajenación	11	29	8	0	8	16.7
• Restricción de la vida afectiva	12	23	12	0	12	25.0
• Sensación de futuro desolador	15	23	12	0	12	25.0
Sub-escala de aumento de la activación						
• Insomnio	8	7	33	0	33	68.7
• Irritabilidad	11	13	24	0	24	50.0
• Dificultades de concentración	8	27	13	0	13	27.1
• Hipervigilancia	15	26	6	1	7	14.6
• Respuesta de sobresalto	21	24	2	1	3	6.3

Se requiere puntaje de bastante o mucho para ser considerado síntoma (Echeburúa et al 1997b).

Gráfico 8. Tiempo desde que experimenta el malestar que hace referencia las mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012.

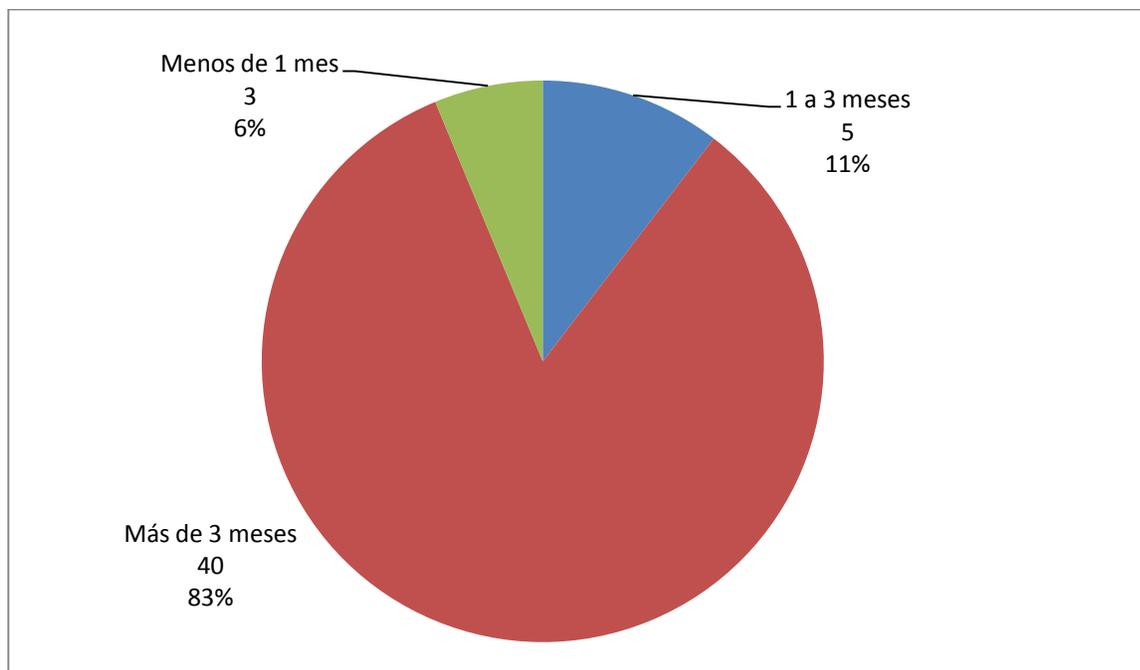


Tabla 16. Síntomas de gravedad clínica relacionada a estrés postraumático en mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012 –Diciembre 2012 según edad y número de hijos.

Variables	Frecuencia de síntomas de gravedad clínica (%)							
	Re-experimentación		Evitación		Aumento de la activación		Global	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Edad¹								
• Menor de 20 (1)	1	100.0	1	100.0	1	100.0	<u>1</u>	<u>100.0</u>
• 20 a 29 (17)	13	76.5	13	76.5	15	88.2	14	82.4
• 30 a 39 (17)	12	70.6	12	70.6	12	70.6	12	70.6
• 40 a 49 (8)	7	87.5	7	87.5	7	87.5	7	87.5
• 50 a 59 (5)	5	100.0	5	100.0	5	100.0	<u>5</u>	<u>100.0</u>
Número de hijos²								
• 0 (4)	4	100.0	4	100.0	4	100.0	4	<u>100.0</u>
• 1 a 3 (32)	23	71.9	23	71.9	25	78.1	24	75.0
• 4 a 6 (11)	10	90.9	10	90.9	10	90.9	10	90.9
• 7 y más (1)	1	100.0	1	100.0	1	100.0	1	<u>100.0</u>
Total	38	79.2	38	79.2	40	83.3	39	81.3

¹Tau de Goodman y Kruskal=0.2446; p=0.5795

²Tau de Goodman y Kruskal=0.0552; p=0.4491

Tabla 17. Síntomas de gravedad clínica relacionada a estrés postraumático en mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012, según escolaridad.

Variables	Frecuencia de síntomas de gravedad clínica (%)							
	Re- experimentación		Evitación		Aumento de la activación		Global	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Escolaridad³								
• Analfabeta (3)	3	100.0	3	100.0	3	100.0	3	100.0
• Primaria incompleta (7)	7	100.0	7	100.0	7	100.0	7	100.0
• Primaria completa (6)	6	100.0	6	100.0	6	100.0	6	100.0
• Secundaria incompleta (10)	7	70.0	7	70.0	7	70.0	7	70.0
• Secundaria completa (13)	12	92.3	11	84.6	12	92.3	12	92.3
• Universidad incompleta (5)	2	40.0	2	40.0	3	60.0	2	40.0
• Universidad completa (4)	1	25.0	2	50.0	2	50.0	2	50.0
Total	38	79.2	38	79.2	40	83.3	39	81.3

³Tau de Goodman y Kruskal=0.0016; p=0.0330

Tabla 18. Síntomas de gravedad clínica relacionada a estrés postraumático en mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012, según dependencia económica y tipo de violencia recibida.

Variables	Frecuencia de síntomas de gravedad clínica (%)								
	Re- experimentación		Evitación		Aumento de la activación		Global		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Dependencia económica⁴									
• Si (19)	15	78.9	16	84.2	17	89.5	16	84.2	
• No (29)	23	79.3	22	75.9	23	79.3	23	79.3	
Tipo de Violencia⁵									
• Psicológico (9)	2	22.2	6	66.7	8	88.9	7	77.8	
• Físico (3)	1	33.3	2	66.7	2	66.7	2	66.7	
• Sexual (1)	0	0.0	1	100.0	2	100.0	1	100.0	
• Psicológico/físico (15)	6	40.0	10	66.7	10	66.7	10	66.7	
• Físico/sexual (2)	0	0.0	2	100.0	2	100.0	2	100.0	
• Psicológico/físico/sexual (18)	1	5.6	17	94.4	17	94.4	17	94.4	
Total	38	79.2	38	79.2	40	83.3	39	81.3	

⁴Coefficiente V de Cramer=0.0614; p=0.9623

⁵Coefficiente V de Cramer=0.3333; p=0.3766

Tabla 19. Síntomas de gravedad clínica relacionada a estrés postraumático en mujeres atendidas por Violencia Intrafamiliar en la Comisaría de la mujer del distrito II de Managua en el período de Febrero 2012- Diciembre 2012, según frecuencia, duración y redes de apoyo a la mujer.

Variables	Frecuencia de síntomas de gravedad clínica (%)							
	Re- experimentación		Evitación		Aumento de la activación		Global	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Frecuencia de la VIF⁶								
• Muy frecuente (12)	12	<u>100.0</u>	12	<u>100.0</u>	12	<u>100.0</u>	12	<u>100.0</u>
• Frecuente (19)	18	<u>94.7</u>	19	<u>100.0</u>	19	<u>100.0</u>	19	<u>100.0</u>
• Poco frecuente (11)	8	72.7	7	63.6	9	81.8	11	100.0
• Raras veces (6)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Duración de VIF⁷								
• 2 años y menos (25)	16	64.0	16	64.0	17	68.0	17	68.0
• Más de 2 años a 4 años (6)	5	83.3	5	83.3	6	100.0	5	83.3
• Más de 4 años a 6 años (8)	8	<u>100.0</u>	8	<u>100.0</u>	8	<u>100.0</u>	8	<u>100.0</u>
• Más de 6 años a 8 años (1)	1	<u>100.0</u>	1	<u>100.0</u>	1	<u>100.0</u>	1	<u>100.0</u>
• Más de 8 años (5)	5	<u>100.0</u>	5	<u>100.0</u>	5	<u>100.0</u>	5	<u>100.0</u>
¿Contó en aquel momento con apoyo familiar?⁸								
• Si (20)	18	<u>90.0</u>	19	<u>95.0</u>	20	<u>100.0</u>	19	<u>85.0</u>
• No (28)	20	71.4	19	67.9	20	71.4	20	71.4
¿Contó en aquel momento con apoyo social?⁹								
• Si (40)	31	77.5	32	80.0	33	82.5	32	80.0
• No (8)	7	<u>87.5</u>	6	75.0	7	<u>87.5</u>	7	<u>87.5</u>
Total	38	79.2	38	79.2	40	83.3	39	81.2

⁶Tau de Goodman y Kruskal=1.0000; p=0.0000

⁷Tau de Goodman y Kruskal=0.1287; p=0.2153

⁸Coficiente V de Cramer=0.2977; p=0.0609

⁹Coficiente V de Cramer=0.2977; p=0.0271