

ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DOMÉSTICA

Post-traumatic stress in women victims of domestic violence

ISAAC DUGARTE

Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.

Email: isaacdugarte2020b@gmail.com

MARÍA PORRAS

Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela.

Email: mariaengraciaporras@gmail.com

Admisión: 02-08-2023
Aceptación: 02-10-2023

RESUMEN

La investigación tuvo por objetivo determinar el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. La metodología fue de nivel descriptivo, con modelo de estudio de campo y diseño no experimental transeccional descriptivo. La población estuvo constituida por mujeres víctimas de violencia doméstica de la ciudad de Maracay, Estado Aragua; con una muestra no probabilística accidental de 100 mujeres voluntarias. Se aplicó la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) propuesta por Echeburúa et al. (2016). Se encontró presencia del trastorno de estrés postraumático y alta intensidad de sus síntomas. Además, se reportó que un episodio único de violencia, el vivirla en el momento actual, más tiempo experimentando la violencia, las secuelas físicas generadas y la revictimización, incrementaban la reexperimentación, el aumento de la activación y reactividad psicofisiológica y el estrés postraumático.

PALABRAS CLAVE: Estrés postraumático, mujeres, víctimas, violencia doméstica

ABSTRACT

The objective of the research was to determine posttraumatic stress in women victims of domestic violence. The methodology was descriptive, with a field study model and a non-experimental transectional descriptive design. The population consisted of women victims of domestic violence in the city of Maracay, Aragua State; with an accidental non-probabilistic sample of 100 women volunteers. The Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale (EGS-R) proposed by Echeburúa et al. (2016) was applied. Presence of PTSD and high intensity of its symptoms were found. In addition, it was reported that a single episode of violence, living it in the present moment, more time experiencing violence, the physical sequelae generated and re-victimization, increased re-experiencing, increased psychophysiological activation and reactivity and post-traumatic stress.

KEY WORDS: Post-traumatic stress, women, victims, domestic violence

COMO CITAR: Dugarte, I. y Porras, M. (2023). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Sistemas Humanos*, 3(2), 39-55 pp

INTRODUCCIÓN

Desde los inicios del mundo, la humanidad ha sido víctima de cambios y situaciones traumáticas que generan transiciones en sus vidas que pueden llegar a acarrear cambios radicales tanto en su psicología como en su propia fisiología. Southwick y Friedman, 2001 (citado por Coelho y Costa, 2010) sugieren que varios sistemas neurobiológicos son activados cuando el organismo se enfrenta a situaciones amenazadoras. Estos sistemas, que implican varias regiones cerebrales y sistemas de neurotransmisores, desencadenan en el organismo un conjunto de respuestas, específicamente ansiedad, miedo, huida o lucha, que tienen como finalidad principal proteger. Concordando con que la víctima de algún suceso aterrador puede llegar a desarrollar luego de haber sufrido el trauma, lo que es el padecimiento y la patología sintomática del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT).

Según Campos y López (2017), el TEPT es una afección de salud mental que las personas pueden llegar a desarrollar tras vivenciar o experimentar directamente algún evento traumático, tener una exposición directa del mismo u observar que alguien lo vive. Este episodio puede ser vivido desde el punto de vista de la persona que lo padece, como una experiencia que pusiera en peligro su vida, su bienestar y su salud, como el caso de la guerra, un desastre natural, una agresión sexual o agresión hacia la integridad propia de la persona.

De la misma manera, el término TEPT, el cual, según Campos y López (2017), engloba dos aspectos bien definidos: por una parte, una respuesta de estrés que naturalmente es patológica, y por otra, el trauma, refiriendo así que el estrés es un concepto científico que alude a una respuesta inespecífica del organismo ante una demanda externa o interna. Cabe destacar que, frente a un estresor, el organismo responderá buscando la adaptación y el equilibrio (homeostasis), donde dicho estresor puede ser físico o psicológico y la respuesta puede resultar adaptativa (eustrés) o patológica (distrés). Consecuente a esto, la respuesta de estrés de los pacientes con TEPT no corresponde a una exageración de la respuesta normal de estrés, sino que incluye diversos indicadores biológicos que permiten caracterizar e individualizar la respuesta específica de este cuadro clínico.

Aunado a esto, tomando en cuenta la descripción del TEPT, según la American Psychiatric Association (APA, 2016), específicamente en el DSM-5, al padecer este trastorno se generan alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo asociadas al suceso traumático, que comienzan o empeoran después de este, por lo que al desarrollar dicha variable con el uso del contenido teórico desarrollado por la APA (2016) se describe el trastorno con sus síntomas, diagnósticos diferenciales y otros principios que ayudan a los clínicos a diagnosticar y a clasificar los desórdenes psicológicos. Así mismo, explica detalladamente los diferentes síntomas de esta enfermedad mental producto de una experiencia traumática, el plazo mínimo de tiempo que se debe considerar para descartar o afirmar que la persona padece de la misma, los riesgos, incidencias y otros factores determinantes.

Por otro lado, en cuanto a las causas del TEPT se habla a nivel mundial, según un estudio de la Organización Mundial para la Salud y la Organización Panamericana para La Salud (OMS, OPS, 2013), llevado a cabo en 21 países, que más del 10% de los encuestados declararon que habían sido testigos de actos de violencia (21,8%) o habían sufrido violencia interpersonal (18,8%), accidentes (17,7%), exposición a conflictos bélicos (16,2%) o eventos traumáticos relacionados con seres queridos (12,5%). Se estima en el estudio que un 3,6% de la población mundial ha sufrido un trastorno de estrés postraumático (TEPT) en el último año a causa de estos sucesos. De igual forma, tras evaluar la prevalencia del TEPT en sujetos luego de haber vivenciado sucesos y circunstancias de violencia y agresión, mencionan que en el continente americano existe una continuidad del TEPT a lo largo de la vida del 4,6%. Así mismo,

establecen tras el estudio realizado que en Latinoamérica existe la presencia y persistencia del TEPT a lo largo de la vida, con un índice del 2,5.

Con relación a la violencia doméstica, Fernández, 2003 (citado por Rodríguez, 2013) permite comprender que esta tiene relación directa con aquellos ataques que, comúnmente, el hombre tiene con la mujer en un contexto más íntimo; ya que, es a través de estos ataques o agresiones, donde el hombre tiene sometimiento y control de la víctima, en este caso particular la mujer como pareja de dicho hombre. Igualmente, Pueyo y Redondo, 2007 (citado por Rodríguez, 2013), hablan de que la violencia doméstica se da cuando existen agresiones físicas, psicológicas, sexuales o de otras índoles, llevadas a cabo reiteradamente por parte de un familiar, causando un daño físico o psicológico y vulnerando la libertad de la otra persona.

Consecuentemente, al hablar de su prevalencia, la OMS (2005), tras un estudio realizado en Londres y Ginebra, pone de manifiesto que la violencia doméstica es la más común en la vida de las mujeres, mucho más que las agresiones o violaciones perpetradas por extraños o simples conocidos. Aunado a esto, Rivas (2000), realizó un estudio sobre la violencia en mujeres de la ciudad de Mérida, Venezuela; donde se mostró que la mayoría de la población estudiada sufre de violencia en sus hogares (74%), el maltrato es más frecuente en mujeres jóvenes (76.5%), casadas (38.5%), dedicadas al oficio del hogar (41.5%) y con un nivel de instrucción de secundaria incompleta (26.5%).

En el mismo orden de ideas, se ha evidenciado, según los resultados obtenidos en la investigación realizada en Chile por Aguirre *et al.* (2010) que con la participación de 42 mujeres víctimas de violencia doméstica se evaluó la presencia de TEPT en ellas, junto con la percepción de su propia situación y la atención recibida en las instituciones y programas que las ayudaron. Usando una entrevista semiestructurada y la escala de gravedad de Estrés Postraumático (TEPT), se encontró que el 40.5% de la muestra cumplía con los criterios de TEPT, y el 26.2% presentaba significativa sintomatología sub-umbral, de igual manera se evidenció que el 39.3% de mujeres cuya situación de violencia había terminado, presentaban TEPT.

Del mismo modo según la investigación realizada por Campos y López (2017) en Perú de la sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en una muestra de 236 mujeres mayores de edad víctimas de violencia doméstica, cuyo objetivo primordial fue determinar el nivel de frecuencia e intensidad del estrés postraumático, los resultados concluyeron que existe una alta sintomatología del TEPT en dicha población, debido a que los resultados mostraron un índice de 45.22% de padecimiento, presentándose 25% en su forma aguda; 17.8% en su forma crónica; 7.1% en su forma de inicio moderado; 3.5% en su forma de inicio moderado crónico y 46.5% en su forma sub síndrome. Igualmente, se evidenció que la frecuencia de los síntomas de reexperimentación fue del 28.5%, los síntomas de evitación fueron del 39.2%, los síntomas de activación fueron del 32.3%.

Ahora bien, al hablar específicamente de Venezuela, según Massiah (2016) al menos el 60% de los venezolanos, han sufrido de estrés postraumático, originado por el daño psicológico de un suceso que pudo atentar contra su vida, según estadísticas calculadas por especialistas de la salud mental. Aunado a esto se registra que en el año 2020 el estado Aragua llegó a ocupar el cuarto lugar entre los estados de Venezuela con más violencia de todo el país, mostrando una tasa de 60,5 de muertes violentas por cada 100 mil habitantes (m/h), de acuerdo a lo publicado por el informe regional anual del Observatorio Venezolano de Violencia de Aragua (OVV Aragua, 2020).

Asimismo, se estableció que, durante todo el año, en la referida entidad, hubo un total de 24 asesinatos de mujeres perpetradas por hombres en diferentes situaciones; donde prevalecen edades

entre 16 y 75 años de las mujeres que fueron asesinadas, de las cuales seis eran madres que dejaron un total de 15 huérfanos. Se evidenció que el tipo de femicidio más notorio con un 54% fue el íntimo o familiar, el cual ocurre en un contexto donde hay un vínculo con la pareja, expareja y familiares; y donde existió anteriormente un ciclo de diferentes tipos de violencia como físicas, sexuales, psicológicas, económica, entre otros, que aumentaron hasta llegar a este hecho lamentable de la muerte.

Por lo tanto, al observar los resultados obtenidos en Latinoamérica respecto a la presencia del Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica, el aumento es evidente, debido a las cifras de violencia contra la mujer de los últimos años en Venezuela. Específicamente, el último año en el estado Aragua, los casos de violencia a la mujer se llevan a cabo, con mayor énfasis en el ámbito privado; dado a esto muestra la gran importancia de la investigación en cuanto al estudio y evaluación de la prevalencia y sintomatología del Trastorno de Estrés Postraumático en dicha población en la ciudad de Maracay del estado Aragua.

En atención a la problemática expuesta, esta investigación se justifica desde diferentes puntos de vista a saber: Desde el contemporáneo y social, porque podría ayudar a dichas mujeres que padecen de estrés postraumático por causa de la violencia doméstica a acoplarse a la actual sociedad en medio de los desafíos que diariamente se presentan. Por otro lado, este estudio se justifica desde el punto de vista práctico, porque presentará diferentes recomendaciones que faciliten, a través del estudio de la ciencia de la psicología, la rehabilitación de mujeres con trastorno de estrés postraumático causado por violencia doméstica.

Finalmente, la relevancia científica del estudio se centra en los aportes que presenta el mismo para la psicología, considerando las posibles manifestaciones del TEPT en mujeres venezolanas, para proponer recomendaciones pertinentes que ayuden al alivio de síntomas y la atención de estos casos que, en general, parecen ser muy comunes. Igualmente, dicho trabajo científico servirá de base y antecedente para futuros estudios sobre el TEPT en poblaciones víctimas de violencia. Basándose en la problemática expuesta, se formula la siguiente interrogante: ¿Cómo es el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica? Por lo tanto, se plantea como objetivo general de la investigación: determinar el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica.

MATERIALES Y MÉTODOS

En la presente investigación se utilizó el método cuantitativo, ya que en ella se midió la variable en función de una magnitud y cantidad determinada. Es de nivel descriptivo, porque su objetivo fue evaluar con la mayor precisión posible diversos aspectos, dimensiones, componentes y características de la variable Estrés Postraumático. En cuanto al modelo de la investigación, se presenta como un estudio de campo, en el cual se tomaron en cuenta los datos recopilados en el ambiente natural donde se desenvuelven los sujetos. Se utilizó un diseño de investigación no experimental transeccional descriptivo, ya que este observa los acontecimientos sin realizar ningún tratamiento o intervención directa, puesto que busca es describir, establecer y analizar dichos sucesos que ocasionaron o fueron factor de influencia para que se desarrollara el Estrés Postraumático en las mujeres víctimas de violencia doméstica.

La población estuvo constituida por mujeres víctimas de violencia doméstica de la ciudad de Maracay, Estado Aragua. La muestra fue seleccionada a través de un muestreo no probabilístico, accidental o casual, el cual consiste en trabajar con lo que se encuentra disponible y está al alcance, es decir, sujetos voluntarios, constituidos por las mujeres víctimas de violencia doméstica que asistieron al Instituto de la Mujer en Aragua, a la Fiscalía de Violencia de Género del Municipio Girardot, a

la Defensoría del Pueblo en Maracay y al Tribunal de Violencia ubicados en la ciudad de Maracay, Estado Aragua. Así mismo, se realizó el cálculo del tamaño de la muestra a través de la fórmula para población infinita o desconocida, puesto que se desconoce el tamaño real de la población. Tomando en cuenta un nivel de confianza 95% y error muestral de 10%. A su vez, se asume una varianza máxima de la proporción en la que aparece y no aparece la variable Estrés Postraumático en dicha población, obteniendo entonces un resultado de 100 sujetos voluntarios en total para la aplicación del instrumento.

El instrumento que se aplicó de manera presencial para medir la variable fue la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R) propuesta por Echeburúa *et al.* (2016), la cual es una escala estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas. Consta de 21 *ítems* en correspondencia con los criterios diagnósticos planteados por la APA (2016) en el DSM-5 divididos en 4 núcleos (dimensiones): los *ítems* del 1 al 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación (rango de 0 a 15 puntos), del 6 al 8 a los de evitación conductual/cognitiva (rango de 0 a 9 puntos), del 9 al 15 a alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (rango de 0 a 21 puntos) y del 16 al 21 a los síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (rango de 0 a 18 puntos). Se considera un síntoma presente cuando se puntúa, al menos, con dos puntos en el ítem correspondiente. El rango de la escala global oscila de 0 a 63 puntos.

Además de los síntomas nucleares del TEPT, se han añadido cuatro *ítems* destinados a evaluar de forma complementaria la presencia de síntomas disociativos por la importancia que se concede a estos síntomas en el DSM-5 y seis *ítems* para valorar el grado de afectación o funcionalidad relacionado con el suceso traumático; aunque estos no fueron aplicados en la presente investigación para evitar que el instrumento fuera largo y las mujeres no respondieran.

Esta escala supone una versión modificada y actualizada de la EGS (Echeburúa *et al.*, 1997), que mostraba unas buenas propiedades psicométricas. Su aplicación es de forma colectiva o individual en un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos. Posee cuatro respuestas alternativas de acuerdo a la frecuencia con que se presenta el síntoma 0 = "Nada", 1 = "Una vez por semana o menos/Poco", 2 = "De 2 a 4 veces por semana/Bastante" y 3 = "5 o más veces por semana/Mucho".

Para su interpretación y corrección se consideraron los 21 *ítems* con un total de 63 puntos como máximo, tomando como referencia si se encuentra presente o no el diagnóstico del TEPT en función a los criterios propuestos por la APA (2016) en el DSM-5, llegando a la conclusión de que se debe al menos padecer un síntoma de reexperimentación, un síntoma de evitación, dos síntomas de alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y dos síntomas de aumento de la activación/reactividad psicofisiológica, lo cual, para considerar un síntoma presente, este debe puntuarse por lo menos con dos puntos en el ítem correspondiente. Igualmente, para interpretar las puntuaciones obtenidas en la EGS-R, se estudiaron los puntos de corte de la EGS-R y de sus cuatro núcleos de síntomas mediante el análisis de las curvas ROC.

Cuadro 1*Baremo de interpretación de la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS-R)*

Escala	Rango	Puntuación requerida	Interpretación
Reexperimentación	(0-15)	$X \geq 2$ puntos en 1 ítem	Padece reexperimentación del suceso traumático
Evitación conductual/cognitiva	(0-9)	$X \geq 2$ puntos en 1 ítem	Padece evitación conductual/cognitiva
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	(0-21)	$X \geq 2$ puntos en 2 ítems	Padece alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo
Aumento de la activación y reactividad psicológica	(0-18)	$X \geq 2$ puntos en 2 ítems	Padece aumento de la activación y reactividad psicológica

Nota. Echeburúa *et al.* (2016)

En cuanto a las propiedades psicométricas, el instrumento propuesto por Echeburúa *et al.* (2016) de manera global mostró una buena validez discriminante ($g = 1.27$), esta se calculó en la puntuación total de la EGS-R y de las diferentes subescalas, mediante la *t* de Student y la *g* de Hedges (tamaño del efecto). Para determinar el grado de validez convergente de la EGS-R, se calculó la correlación biseccional puntual entre la puntuación total de la escala y la presencia o no del TEPT según el diagnóstico categorial del DSM-5 en la muestra total y en los dos grupos (clínico y normativo), obteniendo una correlación de 0.78 en la muestra total, comprobado a través de un análisis factorial confirmatorio. Al estudiar la validez concurrente, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, entre la escala EGS-R con el BDI-II y el STAI-E, obteniendo resultados satisfactorios. Puesto que, se obtuvieron puntajes de 0.62 en el BDI-II y 0.57 en el STAI-E, encontrando así relaciones estadísticamente significativas y de magnitud elevada entre la puntuación total de la EGS-R y la sintomatología depresiva (BDI-II) y ansiosa (STAI-E).

En relación con la confiabilidad de manera general, la totalidad de las escalas muestran una alta consistencia interna, puesto que se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.91 para la escala total (21 ítems). Igualmente, se evidenció una alta eficacia diagnóstica del 82.48% indicando así que la escala es apropiada para discriminar a las mujeres víctimas de violencia doméstica respecto al posible diagnóstico de TEPT.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Una vez que se completó el proceso de recolección de información, los instrumentos fueron revisados y corregidos, introduciendo los datos en un programa estadístico con el cual se realizaron los procedimientos necesarios para responder a los objetivos de la investigación. En primer orden, se aplicaron estadísticas descriptivas para determinar el comportamiento del estrés postraumático y sus dimensiones, lo cual se muestra en tablas con la Media (\bar{X}), Desviación estándar (*S*) y la interpretación de la media de acuerdo con el baremo.

Posteriormente, se utilizó la prueba de bondad de ajuste Kolmogorov-Smirnov para determinar la normalidad en la distribución de la población, resultando en una distribución no normal, por lo que se aplicaron pruebas de tipo no paramétrico para lo correspondiente a las comparaciones por algunos factores asociados con la experiencia de violencia doméstica. Fueron usadas con esta finalidad la *U* de Mann Whitney y la *H* de Kruskal Wallis con un nivel de significancia estándar de $p < 0,05$.

Tabla 1
Estadísticos descriptivos para el estrés postraumático

Dimensión/Variable	\bar{X}	S	Interpretación
Reexperimentación	9,33	3,049	Presente
Evitación conductual/cognitiva	6,29	2,240	Presente
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	9,34	4,558	Presente
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	9,36	3,996	Presente
Estrés postraumático	34,32	9,248	Presente

De la Tabla 1, se desprende que el estrés postraumático estuvo presente en las mujeres víctimas de violencia doméstica que participaron en la investigación, al igual que las cuatro dimensiones que se valoran en dicho trastorno. En conformidad con estos resultados y con lo referido por la APA (2016), se evidenciaron percepciones negativas en estas mujeres cuando se les preguntó sobre el suceso traumático, con alteraciones a nivel cognitivo, emocional y conductual, que fueron producto, aparentemente, de sus experiencias de violencia.

Para discriminar en las dimensiones, la presencia de reexperimentación indicó que estas mujeres suelen vivenciar sensaciones de miedo, angustia o ansiedad cuando piensan en las circunstancias de violencia que han vivido; incluso la sensación llega a ser tan real que reviven las imágenes desagradables con tal intensidad que manifiestan síntomas fisiológicos como sudoración, sobresaltos, mareo, intranquilidad; lo cual también puede ocurrir si llegan a ser testigos de una situación similar a la que ellas han pasado. Además, llegan a tener sueños recurrentes con estos hechos que pueden interferir en sus patrones de descanso.

Cabe destacar que Echeburúa *et al.* (2016), explican que la reexperimentación se relaciona con la revivencia de la violencia con imágenes y pensamientos que vienen a generar malestar, tal como ocurrió con las mujeres que participaron en la investigación. En este sentido, dichas féminas pueden tener breves recuerdos, alucinaciones o presenciar este tipo de hechos y manifestar reacciones emocionales y/o fisiológicas tan intensas como las que expusieron en el momento en que estaban siendo violentadas. Es conveniente en este punto indicar que, según Risco (2005), cada reexperimentación es una réplica de la reacción original, que repite el trauma (la violencia doméstica) y perpetúa la respuesta en la mujer, lo cual se estaría suscitando en las participantes.

Sobre lo anterior, este cuadro de indicadores corresponde con el criterio B de la APA (2016), en los cuales se señalan recuerdos sobre el evento traumático como pensamientos intrusivos, sueños angustiantes sobre lo sucedido, malestar emocional y fisiológico cuando se piensa en el hecho o se observa a otra persona siendo violentada dentro del hogar, dado que esto es el suceso traumático considerado en la presente investigación.

La evitación conductual/cognitiva también estuvo presente en el grupo muestral, lo cual indicó, interpretando lo referido por Echeburúa *et al.* (2016), que estas mujeres tienden a evitar personas, lugares o situaciones que les hagan recordar su experiencia de violencia doméstica; también evitan hablar del tema porque esto les genera malestar emocional; del mismo modo que hacen los esfuerzos cognitivos necesarios para no pensar ni imaginar nada relacionado con el suceso traumático.

De acuerdo con Rojas (2016), la evitación supone un esfuerzo tal que puede causar agotamiento emocional en la persona porque es una tarea recurrente a nivel cognitivo y conductual que requiere de la voluntad de no pensar o imaginar la situación; o tratando de desviar la atención de este tipo de

pensamientos intrusivos cuando llegan a aparecer, porque la mujer está consciente de que le generan malestar emocional y ansiedad por lo cual activaría mecanismos o recursos psicológicos que la ayuden a minimizar este tipo de pensamientos.

Según Risco (2005), la evitación se da en dos formas: en un sentido estricto que comprende el proceso ya descrito de esfuerzos por evitar todo aquello que le recuerde a la persona el hecho traumático, que en este caso sería que las mujeres traten de no pensar en su situación de violencia o eviten estar con personas o en lugares que evoquen estos recuerdos que les causan sensaciones negativas tanto emocionales como fisiológicas. Y una segunda forma, de carácter disociativo o de embotamiento psíquico donde se experimenta enajenación y limitaciones en las áreas emocionales y cognitivas.

Esta última forma de evitación ha sido denominada por Echeburúa *et al.* (2016), como alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo, las cuales estuvieron presentes en las mujeres víctimas de violencia doméstica que participaron en la investigación y comprenden una visión negativa de ellas mismas y de su futuro, con una profunda sensación de desesperanza y desinterés por las actividades cotidianas, distanciamiento de otras personas y la limitación de sentir emociones positivas como alegría, amor o satisfacción personal, dando cabida, mayormente a sentimientos negativos.

Lo anteriormente descrito se asocia con el Criterio D de la APA (2016), para el TEPT: esfuerzos para evitar situaciones asociadas al hecho traumático, anhedonia, amnesia psicogénica que se manifiesta en la incapacidad para recordar algún aspecto relevante del suceso (hace cuánto fue, cómo fue, quién lo perpetró), desapego social y embotamiento emocional que se relaciona con las limitaciones para sentir emociones, de preferencia aquellas relacionadas con sentimientos positivos hacia ellas mismas, hacia los demás o hacia su entorno.

En este orden de ideas, las mujeres estarían viviendo situaciones de agotamiento emocional y cierto desinterés por las actividades cotidianas, especialmente aquellas que asocian con los hechos de violencia de los que han sido víctimas; cuestión que pudiera repercutir negativamente en la forma en la cual visualizan su futuro o cómo se sienten respecto a la socialización con otras personas; posiblemente porque tienen un alto grado de desesperanza, no quieren ser cuestionadas sobre lo que han vivido ni desean dar explicaciones sobre su experiencia.

También hubo un aumento de la activación y reactividad psicofisiológica, lo cual indicó que la hipervigilancia es un síntoma presente en las mujeres víctimas de violencia doméstica que participaron en la investigación. De acuerdo con Echeburúa *et al.* (2016), se evidenció en este grupo un estado de alerta constante desde que vivieron el hecho traumático, el cual se manifiesta en irritabilidad o episodios de ira que no tienen justificación ni causa aparente, algunas conductas de riesgo, dificultad para concentrarse en las actividades cotidianas o trastornos del sueño.

Este aumento de la excitabilidad corresponde con el Criterio E recogido en el DSM (2016), en cuanto a los problemas para dormir tanto como de insomnio como mantener el sueño, problemas de concentración o sensación de alerta como si algo fuera a sucederles, aun cuando el contexto no tenga factores de riesgo presentes. De esta manera, hay una activación constante y respuestas exageradas de sobresalto desde su experiencia de violencia, que no suelen ajustarse a sus vivencias actuales y, por lo tanto, tienden a valorarse por otras personas como no adaptativas.

Comparando estos resultados con otras investigaciones, hubo similitudes con los hallazgos de Aguirre *et al.* (2010), que en general reportaron que la mayoría de las mujeres de su muestra cumplía con los criterios diagnósticos del TEPT, que además se evidenciaba en aquellas que habían sido víctimas, pero

que ya no vivían la violencia. Igualmente, Campos y López (2017), señalaron una alta sintomatología, especialmente en su forma aguda y con algunas mujeres ubicadas en el sub-síndrome.

En la línea de las evidencias recogidas sobre el TEPT, eran esperables estos resultados, pues según lo que informan Irizarry y Rivero (2017), hay una alta incidencia del trastorno en las mujeres víctimas de violencia doméstica, con repercusiones a corto y largo plazo tanto en la salud mental como en la salud física. Entonces, el hecho de que se obtuviera una presencia de los cuatro componentes definitorios del trastorno coincide con otros estudios y se ajusta al hecho de que la violencia genera traumas en aquellas personas que la vivencian, los cuales se manifiestan en malestar psicológico intenso al recordar el maltrato, pensamientos intrusivos o desesperanza.

La presencia del TEPT, con una alta intensidad, en este grupo de mujeres víctimas de violencia doméstica en el estado Aragua, también puede asociarse con la falta de apoyo social y familiar hacia ellas, como explican Resnick *et al.* (2007), siendo que en el país suelen invisibilizarse estos casos, según lo referido por Marcano y Palacios (2017), pues las víctimas suelen mantener en silencio lo que ocurre por miedo, vergüenza o evitar críticas; o por la impunidad de otros casos; lo cual minimiza su calidad de vida y potencia el malestar psicológico asociado a estos hechos.

Tabla 2

Comparaciones para la frecuencia de los episodios

Dimensión/Variable	Episodio Único (n=30)		Episodio Continuo (n=70)		Sig.
	\bar{X}	Interpretación	\bar{X}	Interpretación	
Reexperimentación	9,10	Presente	9,43	Presente	0,589
Evitación conductual/cognitiva	6,40	Presente	6,24	Presente	0,548
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	10,87	Presente	8,69	Presente	0,014*
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	10,07	Presente	9,06	Presente	0,303
Estrés postraumático	36,43	Presente	33,41	Presente	0,173

Nota: *Significativo al nivel $p < 0,05$

Se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas asociadas a la frecuencia con la cual se han sufrido episodios de violencia doméstica, pues tanto en los episodios únicos como en el caso de los continuos, que se han vivido en repetidas ocasiones; las alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo estuvieron presentes, pero con mayor intensidad en las mujeres que han experimentado una única situación de violencia (Tabla 2).

En conformidad con lo esperado, había una discrepancia a la cuestión de que la violencia recurrente generaría mayor TEPT, pues según lo explicado por Proveyer (2008), los ciclos repetidos de violencia agudizan el miedo y anulan la autoestima, por lo cual no se encuentran soluciones adecuadas al problema. No obstante, no fue el caso de las participantes en la presente investigación, pues están acudiendo a un centro especializado en búsqueda de ayuda; lo cual, posiblemente, se debe al hecho de que ya han concientizado su problema y la gravedad del mismo, o han sufrido de consecuencias físicas que las hizo comprender la necesidad de detener la situación y romper el ciclo.

Ahora bien, la intensidad de las alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo fue mayor en aquellas que han vivido la situación en un episodio único, posiblemente porque no esperaban un acto así o porque no sabrían cómo reaccionar ante el otro y se culpabilizan a ellas mismas. Sin embargo, de la Tabla 2 se desprende que todas las dimensiones y el TEPT estuvieron presentes en ambos grupos, lo cual coincidió con los resultados de Aguirre *et al.* (2010), por lo que se puede afirmar que estos síntomas se relacionan con el miedo a una nueva agresión, la expectativa que esas mujeres que solo han sido víctimas una vez tienen por saber si ocurrirá nuevamente o cuándo se presentará ese hecho.

Tabla 3

Comparaciones para el tiempo desde que ocurrió el suceso

Dimensión/Variable	Menos de un año (n=51)		Entre 1 a 2 años (n=33)		Más de 3 años (n=16)		Sig.
	\bar{X}	Interpretación	\bar{X}	Interpretación	\bar{X}	Interpretación	
Reexperimentación	7,63	Presente	10,82	Presente	11,69	Presente	0,000**
Evitación conductual/ cognitiva	5,98	Presente	6,73	Presente	6,38	Presente	0,159
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	8,92	Presente	10,00	Presente	9,31	Presente	0,697
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	7,98	Presente	9,67	Presente	13,13	Presente	0,000**
Estrés postraumático	30,51	Presente	37,21	Presente	40,50	Presente	0,000**

Nota: **Significativo al nivel $p < 0,01$

Según los resultados de la Tabla 3, hubo diferencias estadísticamente significativas asociadas al tiempo transcurrido desde que ocurrió el suceso de violencia de género, en las dimensiones reexperimentación, aumento de la activación y reactividad psicofisiológica y en el estrés postraumático, manifestada en una tendencia a incrementar la presencia e intensidad de los síntomas a medida que aumentaba el tiempo que había pasado desde los episodios de violencia doméstica.

Conforme a los resultados de Aguirre *et al.* (2010), el escenario era esperable, pues ellos también reportaron que el trastorno de estrés postraumático aumentaba y se agravaba a medida que las mujeres tenían un mayor tiempo siendo víctima de hechos de violencia doméstica. En este sentido, el vivir durante un mayor tiempo las situaciones de violencia, incrementa también la exposición a los factores que causan el trauma, así como la intensidad de los síntomas experimentados.

Un punto que puede explicar este hecho, donde se parece tener conciencia del problema, pero no se hace un esfuerzo real por terminarlo, es explicado por Montero (2010), mediante una analogía con el Síndrome de Estocolmo, en una proposición que ha denominado "Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica", en el cual las mujeres que son víctimas frecuentes y durante un tiempo prolongado de estos hechos sufren cambios cognitivos y funciones de adaptación que las hace mantenerse dentro de estos escenarios, argumentando que lo hacen por miedo, por falta de apoyo social, o asumiendo la culpabilidad de los actos del otro, como si ella misma provocara la violencia y por ello debe permanecer en el contexto de maltrato, aun cuando esto la dañe física y emocionalmente.

Además, el sistema patriarcal, como refiere Pérez (1995), le permite al hombre usar la fuerza como un medio de control, mientras que la mujer se muestra sumisa a estos factores y evita revelar su malestar emocional para no ser víctima de críticas sociales, en una especie de indefensión aprendida, que la sitúa a ella como la víctima perpetua del maltrato, como si ese fuera su rol y su lugar. De esta manera, al ser la violencia una constante social, pueden reexperimentar sus vivencias mediante las experiencias de otras mujeres, manifestando estados de alerta e hipervigilancia, porque valoran su entorno como de riesgo y, ello, consecuentemente, intensifica el estrés postraumático.

Tabla 4
Comparaciones considerando si el hecho ocurre en la actualidad

Dimensión/Variable	Si (n=39)		No (n=61)		Sig.
	\bar{X}	Interpretación	\bar{X}	Interpretación	
Reexperimentación	11,44	Presente	7,98	Presente	0,000**
Evitación conductual/cognitiva	6,64	Presente	6,07	Presente	0,052
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	10,26	Presente	8,75	Presente	0,188
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	11,74	Presente	7,84	Presente	0,000**
Estrés postraumático	40,08	Presente	30,64	Presente	0,000**

Nota: **Significativo al nivel $p < 0,01$

En aquellas mujeres que actualmente son víctimas de violencia de género se vivencian con mayor intensidad los criterios planteados para el estrés postraumático, como muestra la Tabla 4, ya que hubo diferencias estadísticamente significativas en la reexperimentación, aumento de la activación y reactividad psicofisiológica y el estrés postraumático. De esta manera, se puede afirmar que estar siendo víctima constante de estos hechos, incrementa la intensidad del síntoma, pues se trata de un suceso actual que no permite la superación del mismo, ni la puesta en marcha de mecanismos adecuados de afrontamiento; pues las mujeres están dentro del contexto de riesgo, conviven con quién propicia el maltrato, siendo entonces personas vulnerables y sensibles ante la posibilidad de que ocurra nuevamente la situación.

De acuerdo con Alonso (2007), el hecho de vivir en la actualidad la situación de violencia doméstica explica las diferencias estadísticamente significativas encontradas, pues en estos casos existe impredecibilidad para saber cuándo ocurrirán estos sucesos o para controlar la gravedad de los mismos; lo cual hace que las mujeres sean más vulnerables y se mantengan en un estado de alerta e hipervigilancia constante, pues el entorno de seguridad que se supone representa el hogar ya no existe, porque se percibe como peligroso y riesgoso; entonces se activan las alarmas cognitivas y emocionales para tratar de evitar la violencia; o se reexperimentan los episodios ante palabras o vivencias similares que en su momento detonaron la agresión.

Tabla 5
Comparaciones considerando secuelas físicas experimentadas

Dimensión/Variable	Si (n=49)		No (n=51)		Sig.
	\bar{X}	Interpretación	\bar{X}	Interpretación	
Reexperimentación	10,84	Presente	7,88	Presente	0,000**
Evitación conductual/cognitiva	6,37	Presente	6,22	Presente	0,249
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	9,29	Presente	9,39	Presente	0,758
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	11,20	Presente	7,59	Presente	0,000**
Estrés postraumático	37,69	Presente	31,08	Presente	0,000**

Nota: **Significativo al nivel $p < 0,01$

Según los resultados reflejados en la Tabla 5, la reexperimentación, el aumento de la activación y reactividad psicofisiológica y el estrés postraumático tuvieron diferencias estadísticamente significativas al considerar si han experimentado o no secuelas físicas por la violencia doméstica; siendo mayores en aquellas mujeres que han tenido alguna consecuencia física derivada de golpes, empujones, bofetadas, tirones de cabello, entre otros; cuestión esperable al tener en cuenta el estudio de referencia elaborado por Golding (1999), en el cual se reportó mayor TEPT y otros trastornos mentales en mujeres que habían sufrido violencia doméstica y tenido una secuela como cicatrices, fracturas y otros.

Los resultados coinciden con los hallazgos de Aguirre *et al.* (2010), quienes indicaron que las secuelas físicas productos de la violencia de género aumentan la intensidad del estrés postraumático y la presencia de sus síntomas y criterios diagnósticos. También, Blasco *et al.* (2014), señalaron que la violencia física generaba ansiedad, depresión e hiperactivación en las mujeres, que podían desarrollar a mediano o largo plazo alteraciones psicopatológicas importantes.

Tabla 6
Comparaciones considerando revictimización

Dimensión/Variable	Si (n=34)		No (n=66)		Sig.
	\bar{X}	Interpretación	\bar{X}	Interpretación	
Reexperimentación	10,79	Presente	8,58	Presente	0,001**
Evitación conductual/cognitiva	6,15	Presente	6,36	Presente	0,750
Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo	7,97	Presente	10,05	Presente	0,011*
Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica	11,15	Presente	8,44	Presente	0,001**
Estrés postraumático	36,06	Presente	33,42	Presente	0,207

Nota: **Significativo al nivel $p < 0,01$

*Significativo al nivel $p < 0,05$

La revictimización fue un factor que implicó diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones reexperimentación y aumento de la activación y reactividad psicofisiológica; siendo mayor en intensidad en aquellas mujeres que habían sido revictimizadas por otro suceso traumático como la

violencia intrafamiliar en la infancia o adolescencia, el no atender sus denuncias o violencia de pareja en otras ocasiones.

No obstante, las alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo fueron mayores en el caso de las mujeres no revictimizadas, por lo que, sería posible que este grupo en particular experimente con mayor intensidad los estados emocionales negativos al considerar que lo que vive no tiene una situación que la haya generado; o que sus percepciones sobre esta realidad estén alteradas porque no tiene con qué comparar cómo actuar o cómo reaccionar.

De acuerdo con Dupret (2012), la revictimización se refiere a la reiteración de una victimización anterior, repitiendo violencias contra alguien, en este caso las mujeres, que ya han sido víctimas anteriormente de distintos tipos de maltrato. En este orden de ideas, las mujeres pueden estar experimentando nuevamente maltrato físico, verbal, psicológico o sexual en su ámbito privado; o también ser víctimas de las instituciones y la sociedad que no atienden adecuadamente estos hechos, cercenando sus derechos e incluso haciéndolas sentir culpables.

Lo anterior coincide con lo referido por Irizarry y Rivero (2018), en su revisión de distintos estudios, en lo que reportaron que algunos factores legales como la burocracia, la invisibilización de los casos de maltrato y violencia doméstica, el poco apoyo institucional o la misma sociedad revictimizan a las mujeres que han sido objeto de violencia doméstica; lo cual afectaría su salud mental e incrementaría el estrés postraumático. Entonces, como explican Mercy *et al.* (2012), estos episodios traumáticos son acumulativos, por lo cual el haber sido anteriormente víctima aumenta la vulnerabilidad en las mujeres de reexperimentar los síntomas y agravar el TEPT.

CONCLUSIONES

De acuerdo con los hallazgos de la investigación, el estrés postraumático y sus cuatro dimensiones, estuvieron presentes en las mujeres víctimas de violencia doméstica que participaron en la investigación, lo cual indicó que suelen reexperimentar con frecuencia las emociones asociadas a las situaciones de violencia, evitando pensar en ello o ignorando el cómo se sienten al respecto para no revivir el malestar emocional relacionado. Además, tienen hipervigilancia y exagerada alerta ante posibles repeticiones de este tipo de hechos.

De acuerdo con lo anterior, es posible que el trastorno de estrés postraumático sea una entidad psicológica frecuente en las mujeres víctimas de violencia de género, lo cual las hace estar en un constante estado de alerta ante la posibilidad de que este tipo de hechos en contra de su persona puedan ocurrir nuevamente. Estas mujeres experimentarían emociones negativas y alteraciones cognitivas producto de recordar lo sucedido; por lo que, posiblemente, utilicen mecanismos de defensa como la evitación para tratar de dejar atrás o minimizar los pensamientos al respecto.

Por otro lado, se encontraron una serie de diferencias estadísticamente significativas asociadas con factores que parecían incrementar la intensidad del trastorno en general y de algunas de sus dimensiones en particular. En este orden de ideas, un episodio único de violencia incrementaría el estado de ánimo negativo, posiblemente porque estas mujeres no habían tenido nunca un entorno violento o su perpetrador no había demostrado tales intenciones.

Asimismo, un mayor tiempo de ocurrido el hecho de violencia junto con el que en el momento actual también esté sucediendo, aumenta la reexperimentación, las alteraciones cognitivas y la reactivación psicofisiológica, dejando ver que estas mujeres parecen no contar con los recursos

psicológicos suficientes y el apoyo social necesario para trabajar sobre lo que las afecta; manifestando el temor, miedo y ansiedad que les genera la violencia, con síntomas físicos y psicológicos.

Con esta base, se recomienda a la sociedad en general, en el marco de instituciones especializadas, el ofrecimiento de acompañamiento psicológico a las mujeres que han sido y son víctimas de violencia de género, sin invisibilizar su problema. Con la finalidad de brindar el acompañamiento psicológico adecuado que las ayude a minimizar el impacto de los síntomas del estrés postraumático en su calidad de vida y su bienestar psicológico.

Cabe destacar que es relevante evitar la utilización de nomenclaturas o formas de llamar a estas mujeres de modos que puedan resultar estigmatizante, como el uso de la palabra víctima, para evitar que continúen identificándose como tal. Para ello, es recomendable emplear términos como mujeres que experimentan violencia de género, cuestión que también ayudaría a la fase de tratamiento en cuanto a acoger sin juzgar, realizando la contención de los casos con una perspectiva ecuánime y que no refuerce el rol de víctima, sino más bien a que ella tome responsabilidad en el manejo de su vida.

Es importante, considerando este escenario, que la sociedad y las instituciones especializadas promuevan estilos de afrontamiento adaptativos y funcionales como la búsqueda de ayuda instrumental y la atención de las necesidades individuales, en cuanto a las mujeres víctimas de violencia de género. Con ello, se pretende continuar despertando conciencia social e individual sobre este flagelo, de modo que las víctimas, tanto directas como indirectas, reconozcan lo que viven y sepan que existen personas dispuestas a ayudarlas a solventar lo que ocurre y ayudarlas a mejorar su calidad de vida.

A los psicólogos, se recomienda la realización de diferentes formas de atención terapéutica para trabajar los síntomas y conseguir el alivio de los mismos. En este sentido, se puede recurrir a terapias individuales, donde se realicen intervenciones como la reestructuración cognitiva, para minimizar los pensamientos intrusivos sobre la situación de violencia; el entrenamiento en asertividad, para fomentar la comunicación adecuada; o la identificación de posibles agresores y evitar la revictimización, con el propósito de reducir el riesgo de nuevos episodios de violencia. En cuanto a la terapia grupal, se puede recurrir a técnicas de relajación y a la sobreexposición para trabajar en el manejo del malestar emocional y las reacciones de hipervigilancia.

Otra recomendación oportuna para los psicólogos es trabajar con el insight o conciencia de los conflictos intrapersonales y su resolución; mediante la expresión guiada de emociones y pensamientos respecto a la propia mujer y su visión de sí misma, así como a los hechos de violencia, en un ambiente confortable, agradable y seguro. Esto ayudará a reforzar la autoestima, incrementar el autocontrol y tener una visión de sí mismas más favorable y de autoconfianza.

También es útil recomendar a los psicólogos la psicoeducación a la sociedad en general, mediante programas de concienciación respecto a lo que es la violencia doméstica y cómo brindar la ayuda adecuada a las víctimas, con la finalidad de evitar primeramente la revictimización, pero orientados a no criticar ni juzgar a aquellos en dicha situación, sino fomentar la ruptura de este ciclo y el apoyo para la búsqueda de acompañamiento profesional.

Finalmente, a futuros investigadores, se sugiere continuar en esta línea de investigación, comparando el comportamiento del estrés postraumático en las mujeres víctimas de violencia doméstica en distintos estados de Venezuela; considerando también factores sociodemográficos como el nivel socioeconómico, nivel de instrucción y quién propicia el maltrato, para conocer si son factores

diferenciadores, con el propósito de generalizar resultados y elaborar nuevas recomendaciones con base en los posibles hallazgos.

REFERENCIAS

- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P. y Vidal, P (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista Chilena de Neuro-psiquiatría*, 48 (2), 114-122. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000300004
- Alonso, E. (2007). *Mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés postraumático: validación empírica de un programa de tratamiento*. (Tesis Doctoral, Universidad Complutense de Madrid). Madrid, España. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/7552/1/T29877.pdf>
- Alvarado, P. (2013). *Evaluación de un tratamiento psicológico para el estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica en ciudad Juárez*. (Tesis doctoral, Universidad autónoma de Barcelona). Barcelona, España. <https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/129333/pma1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- American Psychiatric Association (2016). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)* (Quinta edición). España: Editorial Médica Panamericana. https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf
- Blasco, C., Herbert, J. y Martínez, M. (2014). Different profiles of mental and physical health and stress hormone response in women victims of intimate partner violence. *Journal of Acute Disease*; 303-313. [http://doi:10.1016/S2221-6189\(14\)60066-4](http://doi:10.1016/S2221-6189(14)60066-4)
- Campos, I y López, S. (2017). *Sintomatología del trastorno de estrés postraumático y autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica en Arequipa*. (Tesis de pregrado, Universidad nacional de San Agustín). Arequipa, Perú. <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/7078/P5caunik.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Carvajal, A. (2015). *Eficacia de un programa de tratamiento para mujeres víctimas de violencia de pareja con estrés postraumático*. (Tesis de maestría, Universidad Católica de Colombia). Bogotá, Colombia. <https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/2561/1/Eficacia%20de%20un%20Programa%20de%20Tratamiento-violencia%20de%20pareja.pdf>
- Coelho, L y Costa, J (2010). Bases neurobiológicas del estrés post-traumático. *Revista Anales de Psicología*, 1(26), 1-10. https://www.um.es/analesps/v26/v26_1/01-26_1.pdf
- Dupret, M. (2012). La violencia intrafamiliar contra niños y adolescentes ¿Cómo intervenir y cómo prevenir? *Cuaderno/Investigaciones*. Universidad Politécnica Salesiana. Abya-Yala.
- Echeburúa, E; Amor, P; Sarasua, B; Zubizarreta, I; Holgado, F y Muñoz, J (2016). *Escala de Gravedad de Síntomas Revisada (EGS-R) del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: propiedades psicométricas*. (Artículo de investigación). San Sebastián, España. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082016000200004

- Escalante, J. y Aguilar, A. (2018). *Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de desplazamiento forzado en Colombia*. (Tesis de pregrado, Universidad cooperativa de Colombia). Santa Marta, Colombia. https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/7005/1/2018_trastorno_mujeres_victimas.pdf
- Giraldo, R. (2012). *Violencia doméstica y exclusión social de mujeres maltratadas en Colombia*. (Tesis doctoral, Universidad de Oviedo). Oviedo, España. <https://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/handle/10651/19327/TDGiraldoArias.pdf;jsessionid=F130F82AF15E9BD79C99436590800742?sequence=2>
- Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132. <https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>
- Gómez, A. (2013). *Evaluación de un programa de tratamiento para el trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia criminal mediante exposición por realidad virtual*. (Tesis doctoral, Universidad nacional autónoma de México). Distrito Federal, México. <http://www.ciencianueva.unam.mx/bitstream/handle/123456789/75/052.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gómez, A. (2016). *Estrés postraumático y asertividad en víctimas de delito de violencia contra la mujer*. (Tesis de pregrado, Universidad Rafael Landívar). Quetzaltenango, Guatemala. <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2016/05/22/Gomez-Ana.pdf>
- Gómez, S. (2010). *Programa de apoyo emocional a mujeres con estrés postraumático por violencia doméstica*. (Tesis de posgrado, Universidad de Panamá). Ciudad de Panamá, Panamá. <http://up-rid.up.ac.pa/620/1/1556453b23.pdf>
- Irizarry, W. y Rivero, M. (2018). Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctima de violencia doméstica: Revisión de literatura integrada. *Nure Investigation*, 15(95), 1-17). <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1389/844>
- Marcano, A. y Palacios, Y. (2017). Violencia de género en Venezuela. Categorización, causas y consecuencias. *Comunidad y Salud*, 15(1), 73-85. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932017000100009&lng=es&tlng=es.
- Massiah, M (2016, 08 de mayo). Seis de cada 10 venezolanos han sufrido estrés postraumático. Venezuela. *Revista digital: El Impulso*. <https://www.elimpulso.com/2016/05/08/seis-de-cada-10-venezolanos-ha-sufrido-estres-postraumatico/>
- Mercy, J., Butchard, A., Dahlberg, L., Zwi, A. y Krug, E. (2003). Violence and mental health. *International Journal of Mental Health*, 32, 1, 20-35. <https://www.jstor.org/stable/41345043>
- Montero, A. (2010). *El síndrome de la Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica*. Sociedad Española de Psicología de la Violencia.
- Observatorio Venezolano de Violencia (2020). *24 mujeres han muerto por femicidio en Aragua entre enero y noviembre de 2020*. Aragua, Venezuela. <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/24-mujeres-han-muerto-por-femicidio-en-aragua-entre-enero-y-noviembre-de-2020/>

- Observatorio Venezolano de Violencia (2020). *Aragua registró una tasa de 60,5 muertes violentas en 2020*. Aragua, Venezuela. <https://observatoriodeviolencia.org.ve/news/aragua-registro-una-tasa-de-605-muertes-violentas-en-2020/>
- Organización Mundial para la Salud (2005). *Estudio pionero sobre la violencia doméstica*. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2005/pr62/es/>
- Organización Mundial para la Salud y Organización Panamericana para La Salud (2013). *La salud mental en la Región de las Américas*. Estados Unidos. https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es
- Pérez, A. (1995). *Una cuestión incomprendida*. El maltrato a la mujer. Horas y Horas.
- Proveyer, C. (2008). *La Violencia se Aprende. Servicio de Noticias de la Mujer de Latinoamérica y Caribe*. Agencia Latinoamericana de Información. ALAI, América Latina en Movimiento.
- Resnick, H., Acierno, R., Amstadter, A., Self-Brown, S. y Kilpatrick, D. (2007). An acute post-sexual assault intervention to prevent drug abuse: Updated findings. *Addictive Behaviors*, 32, 2032-2045. <http://doi:10.1016/j.addbeh.2007.01.001>
- Risco, L. (2005). Trastorno de Estrés Postraumático I Cuadro Clínico. *Atención Primaria, Medwave*, V (11). <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/APS/1876>
- Rivas de Mora, S (2000). *Violencia Doméstica contra la mujer en pacientes femeninas del ambulatorio Belén*. (Artículo de investigación). Mérida, Venezuela. <http://www.saber.ula.ve/bitstream/handle/123456789/21820/articulo1.pdf;jsessionid=1739D7CC77DCBB17C77E8AC86707656F?sequence=2>
- Rodríguez, L (2013). *Definición, fundamentación y clasificación de la violencia*. (Artículo de investigación). <https://trasosdigital.files.wordpress.com/2013/07/articulo-violencia.pdf>
- Rojas, M. (2016). Trastornos de estrés postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, LXXIII (619) 233 – 240. <https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art07.pdf>

NOTA ESPECIAL

Artículo de investigación derivado del Trabajo Especial de Grado, Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica, presentado para optar al título de Psicólogo en la Universidad Rafael Urdaneta, Maracaibo, Venezuela

Los datos de esta investigación se encuentran almacenados y disponible en la Base de Datos de CINVEPSI. Email: cincvpsi@uru.edu

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores indican que no existe relación financiera o personal alguna que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con la elaboración de este artículo.