



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA MÉDICA, PSIQUIATRÍA Y SALUD
MENTAL

“TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES
RECEPTORAS DE VIOLENCIA DE PAREJA”

T E S I S
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN PSIQUIATRÍA
P R E S E N T A :
DRA. LIZ SOSA MORA

TUTORES

Dra Martha Ontiveros Uribe
Tutor teórico

Dra Danelia Mendieta
Tutor metodológico



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
DR RAMON DE LA FUENTE MUÑIZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Mujer el mundo está amueblado por tus ojos
Se hace más alto el cielo en tu presencia
La tierra se prolonga de rosa en rosa
Y el aire se prolonga de paloma en paloma

Al irte dejas una estrella en tu sitio
Dejas caer tus luces como el barco que pasa
Mientras te sigue mi canto embrujado
Como una serpiente fiel y melancólica
Y tú vuelves la cabeza detrás de algún astro

¿Qué combate se libra en el espacio?
Esas lanzas de luz entre planetas
Reflejo de armaduras despiadadas
¿Qué estrella sanguinaria no quiere ceder el paso?
En donde estás triste noctámbula
Dadora de infinito.....

Vicente Huidobro

AGRADECIMIENTOS

Especialmente al Lic. Miguel Ángel Caballero Gutiérrez, Psicólogo perteneciente al departamento de investigaciones epidemiológicas del Instituto Nacional de Psiquiatría quien me ayudo a organizar las ideas y la información logrando este resultado.

Al Dr. Lino Palacios Cruz por su invaluable apoyo en el área metodológica y a la Dra Lourdes García Fonseca coordinadora de la clínica de género y sexualidad quien ha abierto las mentes de muchos psiquiatras, incluyendo la mía, para ver con nuevos ojos el problema de la salud mental de las mujeres.

A todos los que han creído en mi, mis amigos, mis padres, mis hermanos...

A las mujeres que abrieron sus recuerdos, sentimientos, corazones y me dieron su confianza.....

A todas y todos aquellos que continúan en la lucha de los derechos de la mujer, especialmente al Centro de Atención y Prevención de la Violencia Familiar por permitirme el acceso a las mujeres allí atendidas, donde conocí a personas increíblemente comprometidas con lo que hacen y me dieron la fortaleza para crecer, creer y sumarme a su lucha diaria.....

CONTENIDO

I. Introducción

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El TEPT como problema de salud pública

Antecedentes históricos

Prevalencia del TEPT

Consecuencias para la salud del TEPT

Comorbilidad

Criterios diagnósticos

Síntomas asociados

Factores de riesgo

Acontecimientos traumáticos

Clasificación de Meichenbaum

Clasificación de Terr

Perfiles diferenciales en diferentes tipos de víctimas

VIOLENCIA HACIA LA MUJER

Magnitud del problema

Situación de la violencia hacia la mujer en México

Definición de la violencia hacia la mujer

La violencia doméstica y su impacto en la salud mental

II. Planteamiento del problema

III. Justificación del estudio

IV. Objetivos

V. Pregunta de investigación

VI. Material y método

Procedimiento

Instrumentos de medición

Variables

VII. Tipo de estudio

VIII. Resultados

IX. Tablas

X. Discusión

XI. Conclusiones

XII. Bibliografía

Palabras clave: Trastorno de estrés postraumático, criterios diagnósticos, violencia hacia la mujer, receptoras de violencia doméstica, salud mental, CAPS-1, MINI, trastornos psiquiátricos

INTRODUCCION

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO

EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMATICO COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.

En la 4ta Reunión del Grupo de Consenso Internacional sobre Depresión y Ansiedad, llevada a cabo en Montecatini, Italia, en abril de 1999, el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) fue el tema principal debido a su alta prevalencia, impacto social y carga financiera sobre la sociedad. Representa un gran problema de salud pública para países tanto en vías de desarrollo como desarrollados (**Palacios C.L., 2002**).

Incluido en las clasificaciones internacionales en el epígrafe de trastornos de ansiedad, por definición es distinto al resto de los trastornos psiquiátricos, ya que su inicio depende de la exposición única o repetida a un acontecimiento traumático. Se trata de un problema de una magnitud epidemiológica importante.

Recientes estudios epidemiológicos demuestran que aproximadamente del 40 a 90% de las muestras comunitarias de adultos se han expuesto a un hecho traumático. Los índices de prevalencia en la vida de TEPT varían de 5 al 15% en países del primer mundo (**Palacios C.L., 2002, Hilberman C.E., 1984**).

A pesar de la creciente bibliografía existente sobre esta enfermedad, existen todavía lagunas importantes en la comprensión de la naturaleza de este fenómeno y su tratamiento.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Aunque el estrés postraumático no fue formalmente reconocido como un trastorno mental hasta el año 1980, ya se había descrito un siglo antes.

En los últimos 300 años se han utilizado una gran variedad de términos para denominar las secuelas mentales de los traumas graves como: nostalgia, corazón del soldado, corazón irritable, neurosis de combate, fatiga de combate. Cada uno de estos nombres reflejaba el marco teórico que subyacía al concepto, tanto desde el punto de vista etiológico (fatiga, conflicto mental, etc.) como desde el punto de vista de su naturaleza (neurosis, trastornos de la circulación, etc.) (Cía, A.H., 2001).

En el siglo XIX diversos neurólogos y psiquiatras definieron los síntomas característicos del actual trastorno de estrés postraumático bajo la denominación de neurosis histérica o de conversión. En el año de 1920, Freud definió el concepto de trauma psíquico sufrido por los ex combatientes como una “ruptura de la barrera de estímulos”.

Durante la guerra civil americana se había descrito el *shell shock*, cuyos síntomas se atribuían a las lesiones neurológicas producidas por la explosión de la pólvora. Años después, muchos combatientes de la primera Guerra Mundial presentaron un cuadro similar, con sentimientos de intenso miedo, terror, desesperanza y desamparo que se denominó neurosis del combate, al considerarse que su origen era un daño psicológico y no físico (Bobes J.G., 2000).

Tras la segunda Guerra Mundial, resurgió el interés médico por las manifestaciones clínicas de este síndrome que se conoció como neurosis traumática.

Durante la década de los años setenta la atención en E. U. se centró en la guerra de Vietnam, y se desarrollaron amplios estudios empíricos entre los veteranos de este conflicto. Así mismo, vinculado con la creciente importancia de los movimientos feministas, se describió el síndrome traumático por violación y se crearon los primeros centros de ayuda para mujeres violadas (**Walker L.E., 1979**).

En 1979, **Ann Burgess y Linda Holstrom** describieron el síndrome de la mujer violada. Destacaron que la presencia de pesadillas y flashbacks que experimentaban estas mujeres eran parecidos a los que habían sido descritos en soldados expuestos al combate. Por otro lado también se produjo una mayor sensibilización respecto a la violencia intrafamiliar. Los diversos síndromes que se estaban estudiando ampliamente (mujer violada, mujer maltratada, niño maltratado y veterano de Vietnam) se incluyeron en la misma categoría diagnóstica: trastorno de estrés postraumático.

PREVALENCIA DEL TEPT

La prevalencia a lo largo de la vida del TEPT, según los datos del Estudio Nacional de Comorbilidad (ECA) en E.U., es del 5% en hombres y 11% en mujeres, en un rango de edades de 15 a 54 años (**Kessler R.C., 1995**).

Dicho estudio, informó que el 60% de los hombres y el 50% de las mujeres habían experimentado uno o más eventos estresantes a lo largo de sus vidas, con una magnitud que podría ser calificada dentro del criterio A del DSM –III-R para el TPEP (un suceso fuera del rango habitual de la experiencia humana y que pudiera ser marcadamente generador de estrés severo para casi cualquier individuo). El evento estresante con mayor probabilidad de ocasionar TEPT en ambos sexos fue la violación.

La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México (**Medina-Mora M.E., 2003**) muestra que los trastornos más frecuentes actuales y a lo largo de la vida, en la población mexicana son los de ansiedad (14.3% alguna vez han presentado un trastorno de este tipo). Los trastornos afectivos y de ansiedad son más frecuentes para las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes para los hombres. La prevalencia del TEPT para hombres fue de 1.9 para alguna vez en la vida, 0.4 en los últimos 12 meses y 0.2 en el último mes; para las mujeres fue de 3.3, 0.8, y 0.2 respectivamente.

Alrededor del 30% de la población general se ve expuesta a lo largo de su vida a un acontecimiento capaz de desencadenar este trastorno, pero tan solo del 10 al 20% lo desarrollan (**Palacios C.L., 2002**).

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DEL TEPT

Se ha documentado la asociación entre los trastornos depresivos, de ansiedad (específicamente el TEPT) y el uso de los servicios de salud; **Koss M.P.** (1991) encontró que las mujeres que presentaban algún tipo de victimización reportaban peor estado de salud que las que no tenían este antecedente. **Deykin E. Y. y Keane T.M.** (2001) en un estudio de 156 veteranos de la guerra de Vietnam, mostraron que la asociación entre el TEPT y el trastorno depresivo mayor tenía una relación significativa con un mal estado de salud física y la mayor frecuencia con que se utilizaban los servicios de salud.

El paciente presenta un considerable deterioro en su funcionamiento social, ocupacional o personal.

El curso del padecimiento con frecuencia es crónico: solo 50% de los pacientes se recuperan dentro de los primeros años después del incidente. Muchos de quienes no se recuperan aún tendrán síntomas 15 años después (**Kessler R. C. 1995**).

Se ha encontrado que la duración promedio de los síntomas del TEPT es mayor en las mujeres (con un promedio de 48.1 meses), que en los hombres (promedio 12.1 meses). (**Kessler R.C. 1995**)

El TEPT crónico parece asociarse también con un riesgo incrementado para el desarrollo secundario y crónico de trastornos afectivos, ansiosos, por uso de sustancias o trastornos de personalidad comórbidos (**Kessler R.C. 1995**).

COMORBILIDAD

Los trastornos psiquiátricos frecuentemente asociados con el TPEP son el trastorno depresivo mayor, trastorno de angustia, fobia social, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por uso de sustancias principalmente por alcohol, trastornos de personalidad (límitrofe, evitativo, antisocial, etc.) y los trastorno disociativos (**Ramos L.L. y Saltijeral M.T., 1996**).

En un estudio realizado en 1993 (**Sierles F.S.**), se evaluó la presencia de otros trastornos psiquiátricos en 25 veteranos de combate hospitalizados para tratamiento de TEPT, 40 de ellos (20%) cumplieron con los criterios operacionales para un diagnóstico comórbido, 5 (20%) para dos diagnósticos y 2 (8%) para tres. Los diagnósticos coexistentes incluyeron alcoholismo, dependencia de polisustancias, trastorno de personalidad antisocial, trastorno de somatización, depresión, y síndrome orgánico cerebral.

Breslau N. y cols (1997) realizaron un estudio para determinar el riesgo de comorbilidad de depresión, ansiedad y uso de sustancias con el TEPT en una muestra de 801 mujeres. El 13.8% de la muestra presentó TEPT, la frecuencia a lo largo de la vida de uno o más eventos traumáticos fue del 40%. El diagnóstico de TEPT se asoció con un riesgo mayor para depresión y ansiedad. La existencia del trastorno depresivo premórbido incrementaba la vulnerabilidad para desarrollar TEPT después de un evento traumático.

Murray y Colleen (2001) valoraron 44 mujeres que fueron víctimas de violencia por parte de su pareja, 68.2% cumplieron criterios para depresión mayor y 50% para TEPT. La severidad de la depresión y la presencia de síntomas de TEPT fueron altamente relacionados ($r=0.84$).

La importancia de la comorbilidad radica en que se relaciona con la cronicidad de la enfermedad y puede fomentar una mayor resistencia a las intervenciones tanto farmacológicas como psicoterapéuticas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios diagnósticos para este trastorno de ansiedad se formularon por primera vez en el Manual Diagnóstico y Estadístico para los Trastornos Mentales (DSM-III), dentro del epígrafe correspondiente a los trastornos de ansiedad. Bajo este capítulo se sigue manteniendo, tanto en el actual DSM IV y DSM IV-R. Como en el CIE 10.

El diagnóstico de TEPT a diferencia de otros trastornos psiquiátricos, requiere la presencia de un evento desencadenante como parte de su fenomenología.

Específicamente en las clasificaciones diagnósticas, se requiere la presencia de un estresor mayor (criterio A) para que pueda hacerse el diagnóstico.

El DSM-IV (**APA 1994**), reúne una serie de pautas a fin de diagnosticar el TEPT, las cuales no han sido modificadas por la nueva versión revisada o DSM-IV-R (**APA 2001**).

Criterio A.

El acontecimiento traumático está definido como haber experimentado, presenciado o le han explicado uno o más eventos en donde la integridad física, propio y/o ajena resultan seriamente comprometidas, la persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.

Criterio B.

El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una o más de las siguientes formas:

- 1) Recuerdos intensos,
- 2) Sueños recurrentes,
- 3) Reexperimentación del evento,
- 4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos que simbolizan o recuerdan el evento
- 5) Respuestas fisiológicas al exponerse a dichos estímulos.

Criterio C.

Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), como lo indican tres o más de los siguientes síntomas:

- 1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el evento traumático
- 2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma
- 3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
- 4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas
- 5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás
- 6) Restricción de la vida afectiva
- 7) Sensación de un futuro limitado

Criterio D

Síntomas persistentes de aumento de la actividad fisiológica (arousal), ausentes antes del trauma, tal y como lo indican dos o más de los siguientes síntomas:

- 1) Dificultad para conciliar o mantener el sueño
- 2) Irritabilidad o ataques de ira
- 3) Dificultad para concentrarse
- 4) Hipervigilancia
- 5) Respuestas exageradas de sobresalto

Criterio E

Estas alteraciones (criterios B, C y D) se prolongan más de un mes

Criterio F.

Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificaciones.

Se especifica como TEPT agudo si los síntomas duran menos de 3 meses y crónico si los síntomas duran tres meses o más.

De inicio demorado si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses.

SINTOMAS ASOCIADOS

Un siglo de observaciones clínicas han notado la presencia de un rango de problemas psicológicos asociados con un trauma, que no están incluidos en el diagnóstico de TEPT del DSM-IV, la presencia en la clasificación internacional de enfermedades (**CIE-10**) del diagnóstico: *Cambios de la personalidad que persisten después de un evento traumático*, refleja el gran desconocimiento que en la vida de un individuo, tiene el experimentar un estresor prolongado y/o severo. **Van der Kolk B.A.** (1996) menciona que pueden aparecer un complejo de adaptaciones caracterológicas como una falta de regulación del afecto, una disminución en la capacidad para integrar la experiencia (disociación) e

incapacidad para diferenciar información relevante de la no relevante, como ocurre en la mal interpretación de las sensaciones somáticas (somatización).

Bessel y cols (1996) investigaron la relación entre la exposición a un estrés severo, la presencia del TEPT y síntomas tradicionalmente asociados con “histeria”: a) problemas para discriminar estímulos, b) la auto regulación y la integración cognitiva de la experiencia. Valoraron a 395 individuos en tratamiento psiquiátrico con antecedente de algún evento traumático y 125 sin tratamiento. Encontraron una fuerte asociación entre TEPT y la presencia de síntomas disociativos y de somatización; principalmente en aquellos que cumplían criterios para TEPT a lo largo de la vida, pero no actual.

Sujetos que desarrollaron TEPT después de un trauma personal durante la etapa adulta tenían significativamente menos síntomas asociados que aquellos que reportaron un trauma en la infancia, pero significativamente más síntomas que las víctimas de desastres. Concluyeron que la disociación, somatización y disregulación del afecto, representan un espectro de adaptación al trauma.

FACTORES DE RIESGO

No todo aquel que se expone a un suceso traumático desarrolla el TPEP. Existen varios factores de riesgo que incrementan la posibilidad de su presentación y cronicidad (**Hidalgo R.B., 2000**), como experimentar el evento en etapas tempranas, que se padezcan múltiples hechos traumáticos, su severidad, el género de quien lo experimenta, una historia personal de estrés y de problemas conductuales o psicológicos, psicopatología comórbida, factores genéticos, historia familiar de psicopatología, historia de TEPT en los padres o una exposición subsecuente a sucesos medioambientales reactivantes.

Por otro lado, los factores de riesgo se clasifican de acuerdo a la persona y al hecho traumático experimentado. Por ejemplo, en diferentes estudios se publica que las mujeres corren un riesgo más alto que los hombres de desarrollar un TPEP, a pesar de exponerse con menos frecuencia a experiencias traumáticas (**Kessler R.C.,1995**).

Es decir, el significado que el individuo le asigna al suceso y a sus consecuencias, es tan relevante como el evento traumático en sí mismo.

ACONTECIMIENTOS TRAUMATICOS

El hecho de que un trauma emocional grave tiene un impacto sobre las personas, lo sabe intuitivamente casi todo el mundo: “las experiencias transforman” (**Bruke J.,1997**). De las personas que han experimentado un evento traumático, algunos las superan, mientras que otros parecen quedarse fijados en el acontecimiento.

De manera científica, se sabe que el impacto de los acontecimientos traumáticos pueden modificar al individuo en los planos biológico, psicológico y social (**Caballero G. M.A. 2002, Caballero G.M.A.1998, Ramos L.L.y Jiménez R.T. 1997, Ramos L.L.y Saltijeral M.T. 1994, Hajar M.M. y Tapía Y.J. 1992, García S.S. y Ramos L.L.1998**).

Las razones por las cuales la victimización puede tener un impacto severo aun no se conocen, ya que se relacionan con factores anteriores al evento, como las características demográficas, las experiencias traumáticas anteriores, los patrones de personalidad, la psicopatología previa y las estrategias de enfrentamiento para solucionar los conflictos. Asimismo, es muy importante la forma en que se experimenta el propio suceso y la reacción inmediata; tanto la personal, como la que se moviliza dentro de las redes sociales cercanas y las instituciones con las que tiene contacto el individuo (policía,

funcionarios, médicos, abogados, etc.) en el proceso de victimización. (**Ramos L.L. y Saltijeral M.T.,1994**).

En el DSM-III-R se proporcionaron, por primera vez criterios operativos del acontecimiento traumático, desde entonces los criterios se han ido ajustando y precisando.

Para la **CIE-10**, un acontecimiento es traumático cuando su naturaleza es excepcionalmente amenazante o catastrófica, ese suceso provocaría casi en cualquier persona molestias. El DSM-IV entiende por estresante el acontecimiento caracterizado por muertes o amenazas para la integridad física de la persona o los demás.

Aunque en ambas clasificaciones se describe con claridad qué debe entenderse por acontecimiento estresante, determinar si un suceso concreto es o no traumático no es siempre fácil; algunos encajan perfectamente en las descripciones (ejemplos son un terremoto, un atentado terrorista, una guerra), mientras que otros presentan una naturaleza más dudosa (el fallecimiento de un familiar por cáncer). Por ello, en la actualidad se considera que es insuficiente tomar en cuenta sólo la naturaleza del acontecimiento, cada vez se concede mayor importancia al modo en que el individuo interpreta el acontecimiento (criterio A-2 del DSM-IV).

La importancia de los aspectos subjetivos está avalada también por las discrepancias epidemiológicas; si el 61% de los varones y el 51% de las mujeres en E. U. han estado expuestos a lo largo de su vida al menos a un acontecimiento traumático, ¿porqué tan sólo el 5% de los varones y el 10% de las mujeres cumplen los criterios para el trastorno de estrés postraumático? (**Cia H.A., 2001**)

Meichenbaum D. (1994) y **Terr L.C.** (1991) clasifican los eventos traumáticos, teniendo en cuenta el tipo de síntomas que ocasiona y su duración.

Clasificación de **Meichenbaum D.** (1994)

TIPOS DE EVENTOS TRAUMATICOS
A. Eventos traumáticos de "corto plazo"
1) Un evento traumático es un acontecimiento que, por sus características extremas, demanda grandes esfuerzos para sobrellevarlo. Puede ser un hecho traumático aislado o una serie de eventos continuos. Los mismos pueden destruir las sensaciones de seguridad y protección y, generalmente, no duran más de un par de minutos u horas. Estos eventos probablemente den lugar, a largo plazo a sufrimientos secundarios al estrés. Algunos ejemplos pueden ser los siguientes: a) Desastres naturales b) Accidentes c) Desastres deliberadamente ocasionados por el hombre (bombardeos, ataques terroristas) 2) Estos eventos ocasionan terror, miedo intenso, amenaza a la vida, sensación de desamparo o impotencia, vulnerabilidad, pérdida de control e inseguridad, pudiendo generar a largo plazo, cambios con relación a los afectos, conductas y en la calidad de vida
B. Eventos traumáticos de "largo plazo"
1) Eventos traumáticos repetidos y prolongados: a) Desastres naturales y tecnológicos b) Acontecimientos donde el hombre es el factor causante (prisioneros políticos, rehenes, abuso sexual infantil, víctimas del holocausto, refugiados, etc.)
C. Exposición vicaria (ocurre especialmente en niños)
1) Se da frecuentemente cuando los hijos u otros allegados tienen que convivir con aquel que ha sido afectado por el evento traumatizante. Un estudio realizado en 350,000 hijos de sobrevivientes del holocausto encontró dificultades para la adaptación en relación a baja autoestima e impedimentos afectivos, lo cual no se presenta en todos los casos.

Clasificación de Terr L.C. (1991)

Terr llevó a cabo una diferenciación entre lo que denominó eventos traumáticos de Tipo I, a corto plazo y de tipo II, a largo plazo o prolongados.

TIPOS DE EVENTOS TRAUMATICOS
Traumas de tipo I (Eventos traumáticos cortos e inesperados)
<ol style="list-style-type: none">1. Eventos repentinos, peligrosos y abrumadores2. Experiencias traumáticas aisladas, por lo general, poco frecuentes3. De duración limitada4. Eventos que son recordados en detalle y crean recuerdos más vívidos y complejos que los de tipo II5. Por lo general conducen a síntomas típicos del TEPT, como son las ideas intrusivas, la evitación y la sobreexcitación6. Tienden a ser reexperimentados7. Generalmente, se da una pronta recuperación, aunque en ocasiones puede cronificarse8. Ejemplos: ser víctima de violación, catástrofes naturales, accidentes automovilísticos graves, asaltos a mano armada o francotiradores
Traumas del tipo II (Factores estresantes in interrumpidos y repetidos)
<ol style="list-style-type: none">1. Traumas variables, múltiples, crónicos y de larga duración, repetidos y anticipados2. Por lo general son causados intencionalmente por el hombre3. Inicialmente, se presentan como factores estresantes del tipo I, pero tienden a reaparecer4. La víctima suele sentirse indefensa, atrapada e incapaz de defenderse5. Los recuerdos son, por lo general, confusos, borrosos y aislados, frecuentemente síntomas de disociación; a medida que pasa el tiempo, la disociación se vuelve una forma de manejar la situación para que no sea tan dolorosa y abrumadora6. Pueden conducir a una visión equivocada de sí mismo y del mundo; y, además pueden estar acompañados por sentimientos de culpa, vergüenza y desvalorización7. Generalmente conducen a problemas de carácter, trastornos de identidad de larga duración y a problemas de las relaciones interpersonales, lo cual se manifiesta en alejamiento de los demás, con una disminución de la capacidad afectiva y en la reactividad emocional8. Los intentos de autodefensa pueden involucrar el uso de respuestas disociativas, negación e insensibilidad o anestesia afectiva, el abandono de uno mismo y el consumo de drogas9. Ejemplos de esta clase de incidentes serían el abuso sexual y físico continuo VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, guerras, tortura o secuestros con reclusiones prolongadas.

PERFILES DIFERENCIALES DEL TRASTORNO EN DIFERENTES TIPOS DE VICTIMAS

La victimización individual puede representar un factor de riesgo significativo para el desarrollo de trastornos psiquiátricos. En la etapa adulta eventos como violación, asalto físico y maltrato en la pareja, tienen importantes secuelas psicológicas. **Briere J. y Woo R. (1997)** estudiaron el impacto de la violencia en 93 mujeres adultas que solicitaron atención en una unidad de emergencia psiquiátrica. Una historia de abuso físico y sexual en la infancia fue frecuente (53% y 42% respectivamente). En la etapa adulta 29% reportaron abuso físico dentro de la relación de pareja y 37% abuso sexual o violación. Los resultados mostraron que un alto porcentaje tenían uno o más tipos de eventos traumáticos individuales a lo largo de sus vidas.

Las víctimas de un acontecimiento intenso y amenazante tienen una gran probabilidad de experimentar el trastorno de estrés postraumático. No todos los sucesos son, sin embargo, equivalentes.

En concreto, las agresiones sexuales, la violencia familiar, violencia delictiva, el terrorismo y, en menor medida, el diagnóstico de una enfermedad grave son los traumas que generan con mayor frecuencia e intensidad este cuadro clínico (**Hilberman C.E. 1984, Ramos L.L. y Jiménez R.E., 1997**).

El elemento principal de este trastorno es la percepción de amenaza incontrolable por parte de la víctima a su integridad física o psicológica. El carácter reciente del trauma, cualquiera que éste sea, hace más probable la presencia y, en su caso, la gravedad del trastorno de estrés postraumático.

Un tercio de las víctimas no recientes que han estado expuestas al trauma hace ya muchos meses e incluso años, pueden padecer el trastorno o, al menos, un conjunto de síntomas significativos. Este cuadro no remite de manera espontánea y tiene a cronificarse como en el caso de las víctimas de agresiones sexuales (**Cía 2001**).

Respecto a la violencia familiar, el trastorno de estrés postraumático está presente en la mitad de las víctimas (sin distinción entre el maltrato físico y el psicológico), que es un porcentaje similar al existente en las agresiones sexuales (**Duncan R. 1996, Kali A.1998, Astin M.C.1995, Saunders D.G.1994, Riggs D.S. 1997, Vitanza S. 1995, Houskamp B.M. 1991, West G.C. 1990, Kemp A. 1991**).

Entre las víctimas de maltrato y las de agresiones sexuales tampoco existen diferencias en otras variables psicopatológicas (ansiedad, depresión), excepto en la inadaptación global a la vida cotidiana, que está más acentuada en el caso de las mujeres maltratadas. Observaciones clínicas indican que la ansiedad tiende a aparecer con más frecuencia en las víctimas de agresiones sexuales; y la depresión en las de maltrato, quizá por la indefensión derivada del carácter crónico de esta situación (**Cía H.A. 2001**).

VIOLENCIA CONTRA LA MUJER

La violencia contra la mujer ha sido reconocida recientemente como un asunto de derechos humanos que tiene un profundo impacto sobre el bienestar físico y mental de las afectadas, hasta hace poco tiempo recibía escasa atención como tema de salud pública. En años recientes, ha aparecido un volumen creciente de investigaciones sobre las consecuencias de la violencia contra la mujer sobre la salud física y mental y la carga que ello impone sobre los sistemas de atención de la salud (**Heise L. 1994**).

Estas investigaciones muestran cifras con variaciones de importancia, producto de las diferencias metodológicas utilizadas, haciendo difícil la comparación entre dichos estudios.

A nivel mundial, la carga de salud por la victimización de género entre mujeres de 15 a 44 años es comparable a la representada por otros factores de riesgo y enfermedades que ya son altas prioridades dentro de la agenda mundial, incluyendo el virus de la inmunodeficiencia humana, la tuberculosis, la sepsis durante el parto, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares.

La estimación exacta de la carga global de salud por violencia contra la mujer se ve dificultada por la falta de datos sobre la incidencia y el impacto del abuso sobre la salud. El Banco Mundial estima que la violación y la violencia doméstica representan la pérdida de 5% de los años de vida saludable de mujeres en edad reproductiva en países subdesarrollados en período de transición demográfica (**Heise L. 1994**).

El Banco Mundial en su anuario *Informe sobre el desarrollo mundial* (1993) estimaron los años de vida perdidos por hombres y mujeres por distintas causas. El trabajo contabilizó cada año perdido por muerte prematura como un año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD) y, cada año de discapacidad o enfermedad, como una fracción de AVAD, con un valor variable dependiente de la gravedad de la discapacidad.

Según dicho análisis, la violación y la violencia doméstica aparecen como una causa significativa de discapacidad y muerte entre mujeres en edad reproductiva, tanto en los países industrializados como en desarrollo. En los países de primer mundo, la victimización de género representa casi un año de vida perdido por mujeres de 15 a 44 años por cada cinco años de vida saludable. Sobre una base per cápita, la carga de salud

por violación y violencia doméstica que afecta a mujeres de edad reproductiva es aproximadamente la misma en países industrializados y en desarrollo pero, dado que la carga general de enfermedad es mucho mayor en los países en desarrollo, se atribuye un porcentaje menor a la victimización de género.

Las víctimas de la violencia se enfrentan en ocasiones con una cultura en las que las creencias socialmente transmitidas consideran que la mujer es la responsable de provocar el ataque sexual o físico (**Ramos L.L. y Saltijeral M.T. 1994**).

SITUACION DE LA MUJER EN MEXICO

En México la Norma Oficial Mexicana (**Secretaría de Salud NOM-190-SSA1-1999**) para la prestación de servicios de salud y criterios para la atención médica de la Violencia Familiar, destaca que aunque en nuestro país no se conoce de modo preciso y directo la magnitud y repercusiones de este problema de salud pública, la violencia familiar, también identificada como violencia doméstica por caracterizar formas de relación en las unidades domésticas, no debe minimizarse.

Señala que el espectro de daños a la salud se da tanto en lo biológico, (desde retraso en el crecimiento de origen no orgánico, lesiones que causan discapacidad parcial o total pérdida de años de vida saludable, hasta la muerte), como en lo psicológico y en lo social, pues existe un alto riesgo de perpetuación de conductas lesivas, desintegración familiar, violencia social e improductividad.

La forma más endémica de violencia contra la mujer es el abuso por parte de su compañero íntimo, estudios realizados en varios países, muestran que entre un cuarto y más de la mitad de mujeres informan haber sido abusadas físicamente por una pareja

actual o pasada. Un mayor porcentaje de mujeres ha estado sujeta a abuso emocional y psicológico.

Cada uno de los estudios es individualmente válido, pero no son directamente comparables porque cada uno utilizó un instrumento diferente con preguntas para comprobar el abuso. La mayoría de los estudios pregunta a las encuestadas si han sido “abusadas”, “golpeadas” o “involucradas en una relación violenta”. La experiencia clínica y la investigación sugieren que los formatos de pregunta que requieren que una mujer se identifique a sí misma como abusada, generalmente subestiman la violencia física y psicológica de las relaciones íntimas (**Heise L. 1994**).

En México un impedimento para conocer la prevalencia de la violencia doméstica son los problemas legales que involucra, lo cual es una importante causa de que no se reporte.

Un estudio (**Hijar M.M. y Tapia Y.J. 1992**) que formó parte de una encuesta para conocer la demanda de los servicios de urgencia por lesiones traumáticas, provocadas por causas accidentales tanto como intencionales, realizado en 24 hospitales del departamento del Distrito Federal, resaltó que en el caso de las mujeres y los niños el hogar es el principal sitio donde ocurre la violencia.

La epidemiología de la violencia doméstica es poco conocida y los estudios al respecto varían de acuerdo a la población donde se realizaron. En 1990 en un estudio donde se entrevistaron 342 mujeres en una colonia popular del Estado de México, 33% reportaron abuso sexual y 33% abuso físico por parte de sus parejas (**Díaz O.C. y Sotelo J.,1996**).

Ramírez R.J. y Uribe V.G. (1993), realizaron un estudio de la frecuencia de la violencia en 1391 mujeres mayores de 12 años, en zonas rurales y urbanas en el estado de Jalisco. Encontraron que el 44% de las mujeres en zonas rurales y el 57% en zonas

urbanas habían tenido algún tipo de abuso físico en sus casas. El maltrato en el 60% de los casos fue inflingido por el esposo y 40% por los padres. De las variables demográficas examinadas se encontró una asociación entre la violencia doméstica, bajos niveles de educación y familias con 7 ó más hijos.

Ramirez R.J. y Patiño G.M. (1997) en un estudio sobre violencia doméstica contra la mujer, en 57 mujeres en Guadalajara, encontraron que el 46% habían sido víctimas de violencia, siendo la pareja el principal perpetrador. Una tercera parte presentaron violencia emocional, una de cada cinco violencia física y 12% violencia sexual.

DEFINICION DE VIOLENCIA HACIA LA MUJER

Pese a la existencia de un movimiento mundial contra la violencia de género, no existe una definición única que oriente a todos los activistas, la declaración de las Naciones Unidas contra la violencia hacia la mujer la define como: “todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que resulta, o puede resultar en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico contra la mujer, incluyendo las amenazas de tales actos, la coerción o las privaciones arbitrarias de la libertad, que ocurren tanto en la vida pública como en la privada” (**Heise L., 1998**).

La Norma Oficial Mexicana para la atención de la Violencia Familiar (**NOM-190-SSA1-1999**) la define como: ” El acto u omisión único o repetitivo, cometido por un miembro de la familia, en relación de poder –en función del sexo, la edad o la condición física- en contra de otro u otros integrantes de la misma, sin importar el espacio físico donde ocurra el maltrato físico, sexual o abandono”.

LA VIOLENCIA DOMESTICA Y SU IMPACTO EN LA SALUD MENTAL

El impacto negativo sobre la salud mental de las mujeres por la exposición a la violencia ejercida por su pareja se ha informado en distintas investigaciones. Actualmente se reconoce que hay personas que después de experimentar un trauma severo e inesperado, o de haber estado expuestos al maltrato de manera repetida e impredecible, desarrollan síntomas físicos y psicológicos que continúan afectando su capacidad de actuar por un tiempo prolongado después del trauma original, lo cual constituye parte de los síntomas para diagnosticar un trastorno de estrés postraumático (TPEP) (**Valdez R. y Juárez C., 1998**).

Koos M.P., (1991) señala que la respuesta de la mayoría de las mujeres sometidas a la violencia de género, es un profundo malestar, que si no se resuelve, desarrolla patrones sintomáticos crónicos de larga duración, que coinciden con el trastorno de estrés postraumático.

Entre los padecimientos más frecuentemente encontrados son la depresión, la ansiedad, el abuso de alcohol y drogas, y el trastorno por estrés postraumático (**Ramos L.L. 1996, Valdez R. 1998, Saltijeral M.T. y Ramos L.L. 1998**).

Las diferencias entre la sintomatología depresiva de los hombres y de las mujeres están ampliamente documentadas en la bibliografía internacional. En general, se presenta en una proporción de tres mujeres por cada hombre, sin embargo esta diferencia de género no ha sido suficientemente explicada en los estudios. Hasta el momento algunos autores han propuesto tres explicaciones: a) las diferencias neuroendocrinas, b) los patrones cognitivos en las mujeres y c) el rol de género asignado a las mujeres y los estresores que conlleva (**Burt V.K. y Hendrick V., 2000**).

Entre las razones psicosociales que podrían explicar la mayor vulnerabilidad de las mujeres a los trastornos de ansiedad y depresión, se encuentra los ingresos económicos inferiores, su responsabilidad como cuidadoras, mayor probabilidad de ser víctimas de violencia sexual y doméstica y un estatus social desfavorable (**Burt V.K. y Hendrick V., 2000**).

En un estudio realizado en México por **Casco T. y Natera G.**, (1997) se encontró que la violencia conyugal es el mayor predictivo de alcoholismo en las mujeres y que la mayoría de las mujeres golpeadas que beben alcohol empiezan a beber excesivamente cuando su marido comienza a maltratarlas. El tipo de drogas que más consumen las mujeres maltratadas son las prescritas por su médico.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la frecuencia del trastorno de estrés postraumático en mujeres receptoras de violencia por parte de su pareja?

¿La presencia del diagnóstico de TEPT se asocia con otros trastornos psiquiátricos?

OBJETIVOS

1. Evaluar la frecuencia del trastorno por estrés postraumático en mujeres que son receptoras de violencia por parte de su pareja a través de un instrumento basado en criterios diagnósticos del DSM IV.
2. Evaluar la presencia de comorbilidad del trastorno por estrés postraumático con otros trastornos psiquiátricos del eje I, según las categorías diagnósticas del DSM IV, en esta población de mujeres.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La magnitud de la violencia contra la mujer representa un problema de salud pública con implicaciones importantes en la salud mental, se ha encontrado una alta incidencia de trastornos psiquiátricos cuya prevalencia e incidencia necesitan ser estudiados sistemáticamente. De los trastornos psiquiátricos que con mayor frecuencia se han documentado en las mujeres receptoras de violencia está el trastorno por estrés postraumático, cuya presencia a su vez se asocia con otros trastornos como depresión mayor, ansiedad generalizada, crisis de angustia, abuso y dependencia de sustancias y trastornos de personalidad

Los estudios realizados hasta la actualidad son suficientes para demostrar el problema de salud mundial que representa la violencia ejercida por la pareja contra la mujer, sin embargo la comprensión de las consecuencias en la salud mental es un área aun en exploración que se puede abordar desde distintos aspectos. La investigación realizada hasta el momento en este campo dificulta la comparación entre los resultados, en México existe una gran cantidad de estudios descriptivos, siendo aun necesaria la utilización del

método científico con instrumentos validados que den resultados confiables de la frecuencia de los trastornos mentales asociados con este problema, específicamente del trastorno de estrés postraumático.

MATERIAL Y MÉTODO

Sujetos: Se entrevistaron 60 mujeres sin tratamiento psiquiátrico en quienes un trabajador de la salud mental detectó la presencia de violencia física, psicológica o sexual, ejercida por su pareja, actual o pasada.

Criterios de inclusión

- a) Sexo femenino
- b) Sepan leer y escribir
- c) Haber sido atendidas por un trabajador de la salud mental
- d) Haber recibido algún tipo de violencia por parte de su pareja, actualmente o en el pasado

Procedimiento: Se realizaron las entrevistas a mujeres canalizadas por trabajadores de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales) de tres instituciones: Instituto Nacional de Psiquiatría, Centro de Salud Comunitario “Castro Villagrana” (CECOSAM) y la Unidad de Atención y Prevención para la Violencia Familiar (UAPVIF) Tlalpan.

Las mujeres llegaron por voluntad propia a los sitios donde se realizó el estudio, en la UAPVIF y el CECOSAM fueron valoradas inicialmente por psicólogos.

Las mujeres del Instituto Nacional de Psiquiatría, acudieron a valoración de primera vez al servicio de preconsulta, canalizadas por alguna institución de atención a la violencia doméstica, o por iniciativa propia. En ambos casos un psiquiatra realizó o confirmó la detección de la violencia de pareja.

A cada una de las mujeres se le aplicaron los tres instrumentos clínicos del estudio en entrevista única, con una duración promedio de 1 hora.

Todas las pacientes firmaron una carta de consentimiento, donde se garantizó la confidencialidad y anonimato.

Se valoraron variables sociodemográficas tales como edad, tiempo de unión, escolaridad, ocupación, número de hijos.

TIPO DE ESTUDIO. Descriptivo, transversal.

INSTRUMENTOS DE MEDICION

M.I.N.I. (Mini Internacional Neuropsychiatric Interview)

El M.I.N.I. es una entrevista corta y estructurada que fue desarrollada en conjunto por psiquiatras y médicos en los Estados Unidos y Europa, para el diagnóstico de los trastornos psiquiátricos del DSM-IV y el CIE-10.

Fue diseñada para satisfacer la necesidad de una entrevista psiquiátrica corta pero exacta, para ensayos clínicos multicéntricos, estudios epidemiológicos y como un primer paso en el rastreo de resultados en marcos clínicos sin fines de investigación, tiene un tiempo de aplicación de aproximadamente 15 minutos.

Entre las características más notables de la entrevista se encuentran:

- e) Corta y barata
- f) Simple, clara y fácil de aplicar
- g) Altamente sensible
- h) Específica
- i) Compatible con los criterios diagnósticos internacionales, incluyendo la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10) y el manual

diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales en su cuarta edición (DSM-IV).

- j) Capacidad de capturar las variantes subsindromáticas importantes
- k) Útil en la psiquiatría clínica y en los marcos de investigación

El M.I.N.I. incluye los trastornos psiquiátricos más comunes, se basa en los datos de estudios epidemiológicos como el E.C.A. (***Epidemiologic Catchment Area Study***) y el N.C.S. (***National Comorbidity Survey***).

Siendo diagnósticos que tenían una prevalencia a 12 meses de 0.5%, se incluyeron diecinueve trastornos en total: 17 trastornos del eje I, un módulo de suicidio y un trastorno de eje II (trastorno antisocial de la personalidad); incluyéndose este último ya que tiende a ser el más estable en el tiempo y consistente a través de los estudios de trastornos de personalidad, y debido a que tiene un impacto significativo en las decisiones clínicas y el pronóstico.

En la actualidad existen variantes de la entrevista original (M.I.N.I.), siendo estas:

M.I.N.I.- PLUS. Incluye 23 trastornos, ofrece preguntas sobre exclusiones, subtipificación de trastornos y cronología (ejemplo: edad de inicio) e incluye módulos para trastornos por somatización (hipocondriasis, trastorno dismórfico corporal, trastorno por dolor); trastorno de la conducta; trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno adaptativo, trastorno disfórico premenstrual y trastornos mixtos (ansiosos-depresivo). También ofrece un número de nuevos diseños algorítmicos para el manejo de trastornos psicóticos y jerarquizar exclusiones en el caso que un paciente tenga más de un trastorno en el tiempo.

M.I.N.I.-Screen. La necesidad urgente de un instrumento de tamizaje para cuidados primarios que penetre a más de seis trastornos cubiertos por el SDDS y el PRIME-MD, pero conservando la brevedad de estos instrumentos llevó al desarrollo de esta entrevista.

M.I.N.I.-Kid. Utilizado para la detección de los trastornos más comunes en la infancia y la adolescencia.

VALIDEZ

Dos estudios paralelos fueron conducidos para evaluar la validez de los diagnósticos del M.I.N.I. en dos sitios, la universidad del sur de florida en Tampa y el INSERM (Instituto Nacional para la Salud Mental) en París. Estos estudios usaron una versión del M.I.N.I. que incluía varios diagnósticos en la vida que ahora están confinados al M.I.N.I. plus. Todos los sujetos participantes fueron mayores de 18 años.

Cada uno de los sujetos en los Estados Unidos primero completó la versión evaluada por el paciente del M.I.N.I. (M.I.N.I. PR) y la versión evaluada por el clínico (M.I.N.I. CR) seguida por el SCID-P. En Paris , a cada uno de los sujetos les fue administrada el M.I.N.I. evaluado por el clínico seguida por el CIDI (Composite Internacional Diagnostic Interview). A 80 sujetos (40 de cada sitio) les fueron aplicados tanto el SCID-P (Structured Clinical Interview) y el CIDI. Para 20 sujetos en cada sitio se aplicó el SCID-P antes que el CIDI, en los restantes 20 primero el CIDI que el SCID-P.

Para evaluar la confiabilidad del MINI, a 42 sujetos en cada sitio le fue administrado el MINI por dos entrevistadores (como una prueba de confiabilidad interevaluador) y subsecuentemente por un tercer entrevistador ciego, 1 a 2 días después de la evaluación inicial (como prueba de confiabilidad de prueba-reprueba).

Un total de 636 sujetos (330 en los Estados Unidos y 306 en Paris) completaron los dos estudios. Las dos muestras fueron uniformemente distribuidas por género; los promedios de edad fueron 44.8 años en los E.U. y 42.2 años en Francia.

CONCORDANCIA DE LOS DIAGNOSTICOS DEL MINI CON EL SCID-P

En general, los diagnósticos del MINI fueron caracterizados por buenos o muy buenos valores de kappa, con solamente un diagnóstico (para dependencia de sustancias actual) debajo de 0.50. La sensibilidad fue de 0.70 o mayor para todos excepto 3 valores (distimia, trastorno obsesivo compulsivo y dependencia de sustancias actual). La especificidad y los valores predictivos negativos fueron de 0.85 o más altos a través de todos los diagnósticos. Los valores predictivos positivos fueron muy buenos (cerca de 0.75) para depresión mayor, manía en la vida, trastorno de pánico en la vida y actual, agorafobia en la vida, trastorno psicótico en la vida, anorexia y trastorno de estrés postraumático. Fueron buenos (0.60-0.74) para manía actual, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia actual, trastorno obsesivo compulsivo, dependencia actual de alcohol, dependencia en la vida a sustancia y bulimia. Fueron aceptables, pero en un rango más bajo a (0.45-0.59) para distimia, trastorno psicótico actual, fobia simple en la vida y actual, y dependencia actual de sustancias.

CONCORDANCIA DE LOS DIAGNOSTICOS DEL MINI-PR CON EL SCID-P

Aunque los diagnósticos generados por los pacientes, usando en MINI-PR estaban caracterizados por puntajes muy bajos en kappa, comparados con los diagnósticos generados por el clínico, el acuerdo fue aceptable (0.45-0.59) para el trastorno depresivo mayor, manía en la vida, trastorno de pánico actual y en la vida, agorafobia actual y en la vida, trastorno psicótico en la vida, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de ansiedad

generalizada y trastorno de estrés postraumático. El acuerdo fue bueno (0.60-0.74) para dependencia de alcohol, dependencia a sustancias en la vida y anorexia. El acuerdo, sin embargo, fue pobre (debajo de 0.45) para diagnósticos con alta comorbilidad como distimia, fobia simple, fobia social y dependencia actual a sustancias; también fue pobre para las psicopatologías más severas: manía actual y trastorno psicótico actual. Basados en estos hechos, se debe restringir el uso de la versión valuada por el paciente en aquellos quienes parecieran tener psicopatología menos severa.

CONCORDANCIA DEL MINI CON LOS DIAGNOSTICOS DEL CIDI

Los valores de kappa fueron buenos o muy buenos para la mayoría de los diagnósticos, con solamente 2 valores por debajo de 0.50 en fobia simple y trastorno de ansiedad generalizada. La sensibilidad fue de 0.70 ó mayor para todos, menos 4 valores (trastorno de pánico, agorafobia, fobia simple y bulimia en la vida).

La especificidad fue de 0.70 o mayor para todos los diagnósticos. Los valores predictivos positivos fueron aceptables para la bulimia en la vida (0.52), episodio hipomaniaco actual (0.56) y fobia social (0.55), pero pobre para trastorno de ansiedad generalizada (0.34).

Para los trastornos psicóticos, la concordancia entre instrumentos fue muy buena si la comparación con el CIDI fue basada en un diagnóstico, un síndrome o una aproximación sintomática. Los pacientes sin trastornos, síntomas o síndromes fueron identificados con una alta especificidad, resultando en valores predictivos negativos muy buenos. Los valores de sensibilidad fueron muy buenos, y los valores predictivos positivos fueron buenos o muy buenos. Donde existieron discrepancias en el MINI y el CIDI, ellas pudieron

ser atribuidas ampliamente a la coexistencia de síntomas afectivos y psicóticos. (**Sheehan D.V. y Lecrubier Y. 1998, Palacios C.L., 2001**)

Escala para el Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el clínico (CAPS)

El CAPS-1 es una escala de 30 ítems, incluye preguntas que evalúan cada uno de los 17 síntomas que constituyen el constructo del trastorno de estrés postraumático (TEPT) del DSM-IV, así como 8 ítems que evalúan síntomas identificados en trabajos clínicos y de investigación como asociados a características del TEPT en el adulto.

Se utiliza como instrumento diagnóstico y para evaluación de la gravedad de los síntomas.

Consta de un primer apartado que corresponde al criterio A del DSM-IV en el que se evalúa el acontecimiento traumático sufrido por el sujeto (hasta tres acontecimientos) desde una doble perspectiva:

1. Naturaleza del acontecimiento
2. Repercusión en el sujeto (respuesta emocional)

El segundo apartado evalúa cada uno de los síntomas que figuran en los criterios diagnósticos del DSM-IV. Además, evalúa otros cinco síntomas que con frecuencia se asocian al trastorno: culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia de lo que le rodea, desrealización y despersonalización.

La evaluación de los síntomas se realiza desde una doble perspectiva; cuantitativa, asignando una puntuación determinada, y categorial; determinando si el síntoma se

encuentra o no presente. Para la evaluación cuantitativa, el evaluador debe puntuar separadamente la frecuencia e intensidad de cada síntoma, para ello dispone de una escala Likert de 5 puntos (de 0 a 4) con criterios operativos claramente especificados. Para determinar si el síntoma está o no presente el entrevistador debe tener en cuenta las puntuaciones de frecuencia e intensidad. Un síntoma se halla presente cuando recibe como mínimo 1 punto de frecuencia y 2 puntos de intensidad (**Bobes J., 2000**).

La evaluación categorial o de presencia diagnóstica sigue los algoritmos diagnósticos del DSM-IV. Así, para que el diagnóstico esté presente se necesita además de la presencia del suceso traumático que al menos este presente un síntoma del criterio B, tres síntomas del criterio C, 2 síntomas del criterio D, que los síntomas hayan estado presentes al menos durante 1 mes y que haya habido angustia o deterioro en el funcionamiento social o laboral importante.

Las propiedades psicométricas del CAPS-1 se han evaluado en diferentes estudios (**Blake y cols 1990**) utilizando una muestra 5 veteranos con TEPT encontraron un acuerdo diagnóstico perfecto entre los dos clínicos que hicieron evaluaciones simultaneas del TEPT usando el CAPS-1.

Weathers y cols (1995) realizaron una evaluación de las propiedades psicométricas del CAPS-1. En este estudio se incluyeron 123 veteranos de guerra. A 60 de los cuales se les entrevistó 2 veces (con intervalo de 2 y 3 días) por 2 entrevistadores distintos para calcular la confiabilidad prueba post prueba, a los 63 adicionales sólo se les aplicó una entrevista con el CAPS-1. A todos los sujetos del estudio se les aplicó el módulo para trastorno de estrés postraumático del SCID por un médico en forma independiente.

La confiabilidad prueba-post prueba. Para los 17 ítems los coeficientes para cada uno de los 3 pares de evaluadores oscilaban entre 0.90 y 0.98, y para los criterios de síntomas entre 0.85 y 0.87

La validez convergente de estrés postraumático con el TEPT-SCID fue de un coeficiente kappa de 0.78, se encontró una buena sensibilidad (0.84) y excelente especificidad (0.95) . Los coeficientes de correlación entre la puntuación total de gravedad del CAPS-1 y la puntuación del Mississippi Scale for Combated-related PTSD fue de 0.91, y con la escala de trastorno de estrés postraumático de Keane del inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota de 0.77.

Para la versión en español del CAPS-1, se ha realizado un estudio multicéntrico en España (**Bobes G.J. y Bausoño G.M. 2000, Bobes G.J. y Calcedo-Barba A. 2000**), obteniéndose las siguientes propiedades psicométricas:

Consistencia interna. El coeficiente alfa de Cronbach para el total del instrumento fue de (0.91) y para las tres dimensiones fueron: criterio B (0.83), criterio C (0.79) y criterio D (0.76).

Confiabilidad prueba re prueba. El coeficiente de correlación intraclass para el total del Instrumento fue de 0.94. Por dimensiones, los coeficientes obtenidos fueron: criterio B (0.93), criterio C (0.92) y criterio D (0.87).

Validez concurrente. El coeficiente de correlación de Spearman entre las puntuaciones del CAPS-1 total y las puntuaciones en CGI fue de 0.699.

Validez discriminante. Los pacientes obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que los controles en el CAPS-1 total y en cada una de las dimensiones. Los

pacientes con comorbilidad psiquiátrica obtuvieron puntuaciones significativamente más elevadas que los pacientes sin comorbilidad. Los pacientes considerados graves en el CGI obtuvieron puntuaciones significativamente superiores a los considerados leves en el CAPS-1. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones del CAPS total ni en sus dimensiones (salvo el criterio B) entre los pacientes con TEPT agudo, crónico o de inicio demorado.

Bobes G.J. y col. (2000) estudiaron las propiedades psicométricas de la versión española de 5 instrumentos de medida para su uso en la investigación y la práctica asistencial con pacientes que padecen trastorno de estrés posttraumático: el cuestionario para experiencias traumáticas (TQ), la entrevista diagnóstica administrada por el clínico (CAPS-1), la Escala de trauma de Davidson (DTS), la Escala TOP-8 y el Índice global de Duke (DGRP).

Concluyeron que la versión española de los cinco cuestionarios han demostrado poseer adecuada fiabilidad y validez en la evaluación de pacientes con TEPT, dados los resultados obtenidos y coincidiendo con las recomendaciones aceptadas internacionalmente, la entrevista CAPS-1, aparece como el instrumento más adecuado para aplicarse puntualmente al principio y al final de un ensayo clínico con finalidades diagnósticas.

Una versión alternativa del CAPS-1, llamada CAPS-2, está también disponible. El CAPS-2 está diseñada para la evaluación del estado sintomático actual y se hicieron evaluaciones en un periodo de tiempo de una semana, más que un mes. El CAPS-2 es particularmente valioso para evaluaciones repetidas sobre intervalos relativamente breves, y puede ser útil en la evaluación del resultado de un tratamiento. (**Palacios C.L. 2001**)

Cuestionario modificado de Hudson, McIntosh y Marshall para las modalidades y frecuencia de la violencia ejercida por el compañero/esposo en contra de la mujer.

Se trata de un instrumento desarrollado por investigadores del Programa interdisciplinario de Estudios de género de la universidad de Guadalajara, para un estudio de la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer (**Ramírez R.J. y Patiño G.M. 1997**), consta de 63 preguntas, agrupadas en subescalas específicas para tres tipos de violencia: psicológica, física y sexual.

En respuesta a la necesidad de instrumentos diagnósticos sensibles para la evaluación de la violencia hacia la mujer, **Hudson W.W. & McIntosh S.R. (1981)** desarrollaron una escala denominada Index Spouse Abuse (ISA) dirigida a monitorear y evaluar el progreso de un tratamiento en investigaciones clínicas, evalúa cambios en la disminución o severidad del abuso físico y emocional, percibido por las propias mujeres. El ISA consta de 30 ítems, dividida en dos subescalas para medir magnitud o severidad de la violencia física y no física inflingida hacia la mujer por su esposo o pareja, es autoaplicable y cada pregunta representa alguna forma de comportamiento por parte de la pareja o esposo que es considerada como abusiva.

Marshall L.L. (1992) desarrolló la Severity of Violence Against Women Scale (SVAWS) que mide la severidad de 46 actos percibidos como agresivos, violentos o abusivos cometidos por el hombre hacia las mujeres. El objetivo del instrumento fue determinar la severidad de los actos percibidos como violentos, tomando en cuenta las diferencias individuales en la interpretación de los mismo, ya que una mujer puede percibir un acto como violento o agresivo y otra como leve o normal (**Ramírez R.J. y Patiño V.G.,1997**).

El cuestionario modificado de Hudson W.W. & McIntosh S.R. (1981) y Marshall L.L. (1992) para los tipos de violencia ejercida por la pareja /esposo hacia la mujer, se desarrolló en base a las preguntas de los instrumentos originales, ha sido utilizada en otra investigación llevadas a acabo en la División de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente” (**Saltijeral M.T. y Ramos L.L., 1999**) para evaluar las características psicosociales de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar.

TIPOS DE VARIABLES

Variable	Tipo de variable
Edad	Nominal
Estado civil	Catagórica
Escolaridad	Catagórica
Ocupacion	Catagórica
Lista de chequeo de eventos	Catagórica
Violencia hacia la mujer por parte de su pareja	Dicotómica
Trastorno de Estrés Postraumático	Dicotómica
Comorbilidad	Dicotómica

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variables operacionales:

Edad: Determinada por el número de años que tiene el paciente, tomando como punto de partida su fecha de nacimiento, se obtuvo el dato directamente durante el interrogatorio.

Estado civil: Condición que se definió por la situación de haber tenido una relación de pareja con un hombre y la situación actual de dicha relación: Separada, divorciada, viuda, unión libre o casada.

Escolaridad: Variable que hace referencia al número de años cursados y completados en el sistema educativo, se inició el recuento de años escolares a partir del primer año de primaria.

Ocupación: Factor que se definió por la situación de estar laborando o no en alguna actividad remunerada económicamente.

Lista de chequeo de eventos: Se definió como experiencias traumáticas y estresantes que pueden provocar trastorno de estrés postraumático, diferentes a la violencia de pareja, siendo tan abrumadoras que afectarían a casi todas las personas, citándose la guerra, la tortura, catástrofes naturales, asaltos, violaciones y accidentes. Mediante una lista de chequeo de eventos contenida en el CAPS-1 donde se recolectaron datos de 17 eventos estresantes, donde se especifica si el sujeto experimentó el evento, lo presenció, se lo explicaron o relataron.

Violencia contra la mujer por parte de su pareja: Para fines del presente estudio se considerará como un patrón repetitivo de abuso por parte de la pareja (novio, esposo o concubino), el cual se caracteriza por una serie de conductas coercitivas hacia la mujer que pueden incluir: el abuso físico (empujones, bofetadas, golpes, mordeduras, quemaduras, heridas con arma blanca o de fuego), el abuso emocional (intimidación, humillaciones verbales, manipulación, omisión, abandono y negligencia) y/o el abuso sexual (que consiste en forzar físicamente o emocionalmente a la mujer a tener relaciones sexuales o acceder a cierto tipo de conducta sexual).

Trastorno por Estrés Postraumático. Presencia de cualquier tipo de violencia recibida por parte de la pareja/esposo (Criterio A). La presencia de un determinado síntoma se considero cuando en el CAPS-1 éste era puntuado mayor o igual a 1 en frecuencia y mayor o igual a 2 en intensidad.

Requiriéndose para diagnosticar la presencia del trastorno 1 síntoma del Criterio B: el acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente, 3 o más del Criterio C: evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, ausente antes del trauma, 2 o más del Criterio D: síntomas persistentes de aumento de la actividad fisiológica (arousal) ausentes antes del trauma. La presencia del Criterio E: estas alteraciones (criterios B, C y D) se prolongan más de un mes y del criterio F: estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Se especificó como TEPT agudo si los síntomas duran menos de 3 meses y crónico si los síntomas duraron tres meses o más.

Comorbilidad. Se definió como la presencia de uno o más trastornos psiquiátricos conjuntamente con el diagnóstico de TEPT.

RESULTADOS

Se entrevistaron 60 mujeres, sin tratamiento psiquiátrico, en el periodo de mayo a noviembre de 2003, en edades entre 16 y 58 años (media 38.2 años, ds ± 10.8 , mediana 38) (**Tabla 1**). De la muestra total el 43.3% (n=27) fueron pacientes de primera vez de la clínica de Género y Sexualidad del Instituto Nacional de Psiquiatría, el 45% (n=27) de la Unidad de Atención y Prevención para la violencia Intrafamiliar Tlalpan (UAPVIF Tlalpan) y 11.6% (n=7) de la unidad de psicología del Centro de Salud "Castro Villagrana".

Variables demográficas.

El tiempo que permanecieron unidas a la pareja violenta, varió de 6 meses a 40 años (media 17.18 años, ds ± 11.06 , mediana 15.5) (**Tabla 2**), cada una de las mujeres tenía entre 1 y 6 hijos (media 2.52 hijos, ds ± 1.17 , mediana 2) (**Tabla 3**).

El 56.7% estaba casada al momento de la entrevista (n=34), 21.7% estaba en unión libre (n=13), 15% separadas (n=9) y 6.6% divorciadas (n=4). (**Tabla 4**).

La escolaridad (**Tabla 5**) varió desde primaria incompleta hasta licenciatura y postgrado, el 5% no habían completado la primaria (n=3), el 16.7% tenía la primaria completa o la secundaria incompleta (n=10), 43.3% de la muestra completó la secundaria o tenía algún año de preparatoria (n=26), el 8% completo la preparatoria (n=5) y el 18.3% tenía algún año de carrera técnica (n=11). Sólo el 8.3 % de las pacientes habían continuado sus estudios hasta la licenciatura (n=5).

El 41.7% de las mujeres realizaba actividades dentro del hogar sin remuneración económica (n=25) (**Tabla 6**), 23.3% tenían algún empleo o eran obreras (n=14), 21.7% realizaban alguna actividad por su parte o eran comerciantes (n=13), el 5% fueron

empleadas domésticas (n=3), 3.3% tenían trabajos eventuales (n=2), 1.7% eran estudiantes (n=1) y 3.3 % (n=2) habían realizado alguna actividad reciente con remuneración económica y actualmente se encontraban desempleadas.

Frecuencia de trastornos psiquiátricos

El 98.3 % (n=59) de las pacientes cumplieron criterios según el M.I.N.I. para algún trastorno psiquiátrico.

El número de diagnósticos comórbidos varió de 0 a 10 (media 4.3, ds ± 2.66 , mediana 4) (**Tabla 8**), los diagnósticos más frecuentes fueron el episodio depresivo actual: EDM actual, (68.3%, n=41), trastorno de ansiedad generalizada: TAG (50%, N=30), agorafobia (40%, n=24) y trastorno de estrés postraumático actual: TEPT (40%, n=24). El 45% (n=27) de las mujeres con EDM actual registraron la presencia de síntomas melancólicos, el 36.7% (n=22) presentaron un riesgo de suicidio ligero, 8.3% (n=5) moderado y 16.7% (n=10) grave. (**Tabla 7**)

Del las 27 mujeres valoradas en la UAPVIF Tlalpan, se canalizaron 15 al Instituto Nacional de Psiquiatría, por presentar un trastorno psiquiátrico que ameritaba tratamiento farmacológico, las mujeres (n=7) atendidas en el centro de salud “Castro Villagrana” recibieron atención psicológica y psiquiátrica en el mismo centro de atención.

PRESENCIA DEL DIAGNOSTICO DE TEPT SEGÚN CAPS-1

El 58.3% (n=35) definieron la presencia de violencia por parte de su pareja como un evento excesivamente traumático, cumpliendo el criterio A del CAPS-1. (**Tabla 9**)

El 53.3% (n=32) de las mujeres, cumplieron todos los criterios para la presencia de TEPT, de la muestra total el 3.3% se clasificó como actual agudo, 33.3% actual crónico,

3.3% a lo largo de la vida agudo y 13.3% a lo largo de la vida crónico. El diagnóstico que se presentó con mayor frecuencia fue el TEPT actual crónico (62.5% de las pacientes con TEPT, n=20). **(Tabla 10)**

Al valorar el inicio del padecimiento el 31.3% (n=10) reportaron un inicio tardío de los síntomas es decir, después de 6 meses del evento traumático. **(Tabla 11)**

La presencia de rasgos asociados al TEPT se encontró con variaciones **(Tabla 12)**, siendo el más frecuente la culpa por la realización u omisión de actos, presente en el 84.4% de las mujeres con TEPT. La culpa de sobrevivencia incluida como un rasgo en el CAPS-1 no se preguntó por no aplicarse al caso de las entrevistadas, el 62.5% reportaron reducción de la alerta a su entorno, el 50% desrealización y el 31.3% despersonalización.

Las mujeres con TEPT presentaron 1 a 9 diagnósticos comorbidos (media 5.28, ds \pm 2.57, mediana 5.5) **(Tabla 8)**, siendo los más frecuentes el EDM actual (78.1%, n=25), 50% con rasgos melancólicos (n=16), TAG (59.4%, n=19), agorafobia (43.8%, n=14) y fobia social (31.2%, n=10). El 31.2% (n=10) calificaron para riesgo suicida ligero, 9.4% (n=3) moderado y 25% (n=8) grave. **(Tabla 7)**

Concordancia del diagnóstico de TEPT entre el MINI y el CAPS-1

Con el MINI se detectaron 24 pacientes (40%) con TEPT actual, 4 de las cuales no cumplieron criterios según el CAPS-1 para dicho diagnóstico.

Con el CAPS-1, se detectaron 22 pacientes con TEPT actual, 20 de ellas identificadas también con el MINI (91% de las pacientes con TEPT actual). **(Tabla 7)**

La edad **(Tabla 1)** de las mujeres diagnosticadas con TEPT varió entre 19y 56 años (media 36.28, ds \pm 9.96, mediana 34.5), y el tiempo de unión a la pareja violenta **(Tabla 2)**

de 1 a 30 años (media 13.53, ds \pm 9.16, mediana 11.5.), el número de hijos varió de 1 a 5 (Media 2.34, ds \pm 1.09, mediana 2).

Lista de chequeo de eventos.

El 56.7% de la muestra total, reportaron haber sido asaltadas físicamente fuera del contexto de la violencia de pareja, el 40% haber sido asaltadas sexualmente y 36.7 haber tenido otra experiencia sexual no deseada, también fuera de contexto de la pareja, 31.7% haber experimentado sufrimiento humano severo y el 43.3% la muerte inesperada de un ser querido. El 40% reportaron haber presenciado un accidente de transporte y 28,3% haberlo experimentado. (**Tabla 13, Tabla 14**)

Cuestionario de violencia

El tipo de violencia y la frecuencia con que se presenta en cada de sus formas, según el cuestionario de Hudson & McIntosh y Marshall, se presenta en la (**Tabla 15, Tabla 16**).

DISCUSION

La Violencia dentro de la familia y contra las mujeres es una realidad actual: los informes e investigaciones sobre el asunto son claros y categóricos. **Pamplona F y del Río A. (2003)**, en un análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre la Violencia contra las Mujeres (ENVIM), realizada entre noviembre de 2002 y marzo de 2003 se obtuvo, por medio de una entrevista con un cuestionario cerrado, una muestra de 26,042 usuarias de los servicios de salud de 15 años o más que acudieron a consulta por cualquier motivo a hospitales y centros de salud de primero y segundo niveles del IMSS, el ISSSTE y la Secretaría de Salud en las 32 entidades federativas de México. La encuesta muestra una alta prevalencia de la violencia entre las mujeres entrevistadas, observándose una diferencia entre declaración y exploración, sólo 6.7% declaró padecer violencia de su pareja; sin embargo, al preguntarles sobre hechos de agresión psicológica, física, sexual o económica sufridas, la prevalencia fue de 21.5% (n=5369). **(Pamplona F. y Del Río A., 2003)**

La segmentación de la violencia en diversos componentes o tipos permitió la medición más precisa, porque se prescinde de la percepción primaria de la encuestada y se le lleva a referentes concretos de las agresiones sufridas. El alto porcentaje de mujeres que ha padecido los tres tipos de violencia (21.8%): psicológica (91.2%), sexual (32.6%) o física (45.4%), manifestó el alto riesgo en que viven; de manera colateral, dicha intersección muestra que el fenómeno se presenta de forma combinada. Lo cual coincide con los resultados obtenidos en el cuestionario modificado de Hudson, MacIntosh y Marshall para los tres tipos de violencia ejercida por la pareja/esposo contra la mujer, utilizado en este estudio.

La bibliografía sobre la violencia en la pareja informa de diversos factores condicionantes para explicar el fenómeno; algunos de ellos son de orden estructural,

como la edad y la educación, y otras, situacionales, como la participación en el mercado de trabajo o el estado conyugal. Muchas otras han sido incorporadas en los análisis, según se traten de encontrar asociaciones entre consumo de alcohol o drogas con la violencia, o entre la historia de las agresiones sufridas a lo largo de la vida con las sobrellevadas en el presente por mencionar algunos ejemplos (**Pamplona F. 2003, Duncan R. 1996, Kali A. 1999, Astin M.C. 1995, Saunders D.G. 1994, Huges M.J. 2000**)

En la ENVIM se encontró que el 80% de las mujeres que padecieron violencia son mujeres jóvenes. En cuanto a la escolaridad de las entrevistadas, la encuesta ofrece un perfil bajo; 29% declararon no tener instrucción o no haber terminado la primaria, el 28.5% contestó haber terminado la primaria o haber cursado cuando menos un año de educación secundaria. La muestra utilizada para el presente estudio difirió en que uno de los criterios de inclusión era saber leer y escribir, los resultados mostraron que el 43.3% habían terminado la secundaria o tenían algún año de preparatoria y por orden de frecuencia 11% tenía alguna carrera técnica. Además de que la muestra se limitó a habitantes de la zona urbana del sur del Distrito Federal y Estado de México.

Una variable situacional que se señaló de mayor importancia en la ENVIM fue el estado conyugal; el más importante es que un mayor porcentaje de mujeres agredidas viven con su pareja en unión libre, en este estudio el mayor porcentaje de las mujeres estaba casada (34%) seguido por las que estaban en unión libre (13%). En base a los resultados de la ENVIM, Pamplona y del Río (2003) sugieren que podría suponerse que las mujeres jóvenes que por algún motivo quedaron solas son más vulnerables a padecer violencia por parte de la pareja y que en la categoría de adultas jóvenes, el divorcio tenga el mismo papel.

Las consecuencias de la violencia de pareja sobre la salud mental de las mujeres esta consignada en la bibliografía de todo el mundo (**Heise L., 1998, Ramos L.L. y Saltijeral M.T.1998, Ramos L.L. y Romero M. 1995, Saltijeral M.T., Ramos L.L. y Caballero G.M.A. 1998, Valdez R. y Juárez C. 1998, Dinwiddie 1992, Duncan R. 1996**). Los diagnósticos psiquiátricos asociados a la violencia de pareja hacia la mujer, más frecuentemente mencionados son el Trastorno depresivo mayor (TDM), Trastorno de ansiedad generalizada (TAG), Distimia, fobia social, abuso y/o dependencia de alcohol y drogas y el trastorno de estrés postraumático (TEPT). (**Valdez R. y Juárez C.,1998**)

La relación entre el maltrato a las mujeres y la depresión ha sido ampliamente documentada en la bibliografía internacional, **Saunders D.G. y cols (1994)** encontraron que en una muestra de 363 mujeres que acudieron a los servicios médico familiares, la depresión fue el indicador más significativote que vivían una relación de maltrato, **Gleason W.J. (1993)** encontró una frecuencia de depresión mayor de 63% en una muestra de 62 mujeres maltratadas y de 37% para estrés postraumático. Frecuencia similar a la obtenida en este estudio de 68.3% de mujeres maltratadas con TDM y 40% con TEPT actual.

Los diagnósticos psiquiátricos encontrados con mayor frecuencia en el presente estudio, fueron el EDM (68.3%), TAG (50%), Agorafobia (40%) y TEPT (40%), lo cual coincide con la bibliografía revisada.

El TEPT ha sido un diagnóstico comúnmente asociados a traumas como la violación, el abuso sexual en la infancia y víctimas de guerra. En los últimos 10 años, la bibliografía internacional ha enfatizado que las mujeres maltratadas presentan síntomas que cumplen los criterios para TEPT (**Duncan R.,1996, Kali A.,1999, Huges M.J. y Jones L. (2000)**) realizaron un meta análisis de la bibliografía publicada en los últimos 10 años, se revisaron 42 artículos con el tema de TEPT y violencia doméstica, concluyendo principalmente que:

- a) los síntomas descritos en la mujer maltratada descrito coinciden con el diagnóstico de TEPT del DSM-IV. La frecuencia descrita en los diversos estudios varía del 13 al 84% (**Kali A.,1999, Astin M.C.,1995, Saunders D.G. 1994,Vitanza S. 1995, Houskamp B.M. 1991, Kemp A. 1991, West G.C. 1990**).
- b) En las mujeres que se encuentran en algún refugio especializado en la atención de la violencia, la frecuencia varió de 40 a 84%
- c) La presencia de múltiples victimizaciones incrementa la probabilidad de presentar un TEPT u otros trastornos psiquiátricos
- d) No necesariamente la severidad de la violencia se asocia con la presencia del TEPT, pero si con la exacerbación de los síntomas. El abuso psicológico puede ser tener más consecuencias que el físico.
- e) En los estudios revisados se observa que las muestras son pequeñas, lo que puede introducir sesgos en forma de confusión o modificación de efectos que deben controlarse en el análisis.

La investigación sobre el origen, comportamientos y consecuencias del TPET y la violencia de pareja hacia las mujeres empieza a conocerse, **Arroyo A. (2002)**, examinó el TEPT en la mujer maltratada mediante la consulta de las bases de datos del *Medlaine, PsylInfo, Healthstar, Current contents y Biosis Preview*, en los años 1985 a 2001. Encontrando datos de prevalencia del trastorno de 63.8%. Concluye que el diagnóstico de TEPT puede admitirse en la mujer maltratada, aunque se requieren más estudios longitudinales que avalen el diagnóstico. El estudio de Arroyo enlisto los diversos instrumentos utilizados para diagnosticar el trastorno, poniendo en evidencia la necesidad de métodos prácticos e instrumentos validados para hacer el diagnóstico tanto de la violencia hacia la mujer, como de los diagnósticos psiquiátricos. La entrevista estructurada

del DSM-IV para el TEPT aplicada por el clínico (CAPS), que fue utilizada en el presente estudio, tiene excelentes propiedades psicométricas (**Blake, 1990**) y ha demostrado ser el instrumento más adecuado para aplicarse en ensayos clínicos, con finalidades diagnósticas (**Bobes G.J.,2000**)

Otras formas de trastornos psiquiátricos se encuentran con frecuencia asociadas al TEPT, en especial en las mujeres víctimas de violencia se han descrito la depresión y la distimia, (**Huges M.J. y Jones L., 2000, Duncan R.,1996**). En un estudio realizado en un grupo de 44 mujeres víctimas de violencia de pareja (**Stein M.B. 2001**), se encontró una frecuencia de 68.2% de TDM y 50.0% de TEPT, con una alta comorbilidad entre estos dos diagnósticos, 42.9% de los casos con TEPT secundario a la violencia de pareja se asociaron con un EDM ($p>0.001$).

Estos resultados son similares a los obtenidos en este estudio donde se encontró una frecuencia de 53.3% de TEPT y el 78.1% de las mujeres con este diagnóstico presentaron un EDM actual, el 59.4% un TAG y el 43.8% agorafobia.

CONCLUSIONES.

El 53.3 % de la muestra utilizada para este estudio presentó el diagnóstico de trastorno de estrés postraumático (TEPT), se encontró una alta frecuencia de diagnósticos psiquiátricos en las mujeres receptoras de violencia, los más frecuentes fueron el episodio depresivo mayor actual (EDM actual), el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) y la agorafobia, los cuales también se presentaron en comorbilidad con el TPET.

Un alto porcentaje de la pacientes con EDM actual presentaron rasgos melancólicos.

La distimia fue un diagnóstico que en este estudio tuvo una baja frecuencia (16.7%), sin embargo, cabe aclarar que el MINI es un instrumento que no valora este apartado cuando esta presente un EDM actual, clínicamente la frecuencia del diagnóstico de distimia es mayor.

Los resultados obtenidos son comparables a los estudios previos publicados en la bibliografía internacional, de donde puede deducirse que el TEPT actualmente se manifiesta como un diagnóstico psiquiátrico que forma parte de las consecuencias a la salud mental de la violencia hacía las mujeres.

Aunque el DSM-IV-R, no incluye de forma explícita el maltrato doméstico como un evento que predisponga al TEPT, la evidencia general apoya que es una experiencia traumática continua que supone una considerable victimización en las afectadas.

Lo cual hace necesaria la investigación sistematizada en muestras más amplias que la utilizada en este estudio, que representen a la población femenina víctima de maltrato en nuestro país.

Sin embargo, este estudio presenta una alta frecuencia de diagnósticos psiquiátricos que ameritan atención especializada, tomando en cuenta que el tratamiento integral de las consecuencias de la violencia hacía las mujeres, debe ser llevado a cabo por un grupo interdisciplinario.

TABLAS Y GRAFICAS

Tabla 1. Edad de las mujeres

Edad de las mujeres En años	Muestra total n=60		TEPT n=32	
	n=	%	n=	%
15 a 24	5	8.3	4	12.5
25 a 34	18	30	11	34.4
35 a 44	19	31.7	10	31.3
45 a 54	15	25	6	18.7
55 a 64	3	5	1	3.1

Tabla 2. Tiempo que las mujeres permanecieron o permanecían unidas a su pareja en el momento de la entrevista.

Tiempo de unión Con la pareja	Muestra total n=60		TEPT n=32	
	n=	%	n=	%
0 a 9	18	30	13	40.6
10 a 19	16	26.6	9	28.1
20 a 29	15	35	8	25
30 a 39	10	16.7	2	6.3
40 a 44	1	1.7	0	0

Tabla 3. Número de hijos que reportaron las pacientes en el momento de la entrevista

Número de hijos	Muestra total n=60		TEPT n=32	
	n=	%	n=	%
1	14	23.3	7	21.8
2	18	30	13	40.6
3	19	31.7	8	25
4	5	8.3	2	6.3
5	3	5	2	6.3
6	1	1.7	0	0

Tabla 4. Estado Civil

Estado civil	Muestra total n=60		TEPT n=32	
	n=	%	n=	%
Separada	9	15	6	18.7
Divorciada	4	6.6	4	12.5
Unión libre	13	21.7	3	9.4
Casada	34	56.7	19	59.4

Tabla 5. Nivel de escolaridad alcanzado por las mujeres

Escolaridad	Muestra total n=60		TEPT n=32	
	n=	%	n=	%
Primaria incompleta	3	5	3	9.4
Primaria completa o secundaria incompleta	10	16.7	4	12.5
Secundaria completa o preparatoria incompleta	26	43.3	14	43.8
Preparatoria completa	5	8.3	1	3.1
Algún año de carrera técnica	11	18.3	6	18.8
Algún año de licenciatura	5	8.3	4	12.5

Tabla 6. Actividad realizada por las mujeres con o sin remuneración económica

Actividad	Muestra total n=60		TEPT n=32	
	n=	%	n=	%
Hogar	25	41.7	9	28.1
Empleada u obrera	14	23.3	7	21.9
Trabaja por su cuenta o comerciante	13	21.7	10	31.2
Empleada doméstica	3	5	3	9.4
Desempleada	2	3.3	1	3.1
Estudiante	1	1.7	1	3.1
Empleada eventual	2	3.3	1	3.1

Tabla 7. Frecuencia de diagnósticos psiquiátricos y comorbilidad con el TEPT

Diagnóstico según MINI	Muestra total n=60		TEPT n=32		Sin TEPT n=28	
	n=	%	n=	%	n=	%
Episodio depresivo actual	41	68.3	25	79.1	16	57.1
Episodio depresivo vida	14	23.3	8	25	6	21.4
Episodio depresivo con rasgos melancólicos	27	45	16	50	11	39.3
Distimia	10	16.7	5	15.6	5	17.8
Riesgo suicida ligero	22	36.7	10	31.2	12	42.9
Riesgo suicida moderado	5	8.3	3	9.4	2	7.1
Riesgo suicida grave	10	16.7	8	25	2	7.1
Episodio hipomaniaco vida	3	5	3	9.4	0	0
Trastorno de angustia actual	14	23.3	12	37.5	2	7.1
Trastorno de angustia vida	5	8.3	3	9.4	2	7.1
Agorafobia	24	40	14	43.8	10	35.7
Trastorno de angustia actual con agorafobia	10	16.7	8	25	2	7.1
Trastorno de angustia vida con agorafobia	3	5	1	3.1	2	7.1
Fobia social	13	21.7	10	31.2	3	10.7
Trastorno obsesivo compulsivo	2	3.3	2	6.2	0	0
Trastorno de estrés postraumático actual	24	40	20	62.5	4	14.3
Dependencia de alcohol	1	1.7	0	0	1	3.6
Abuso de alcohol	1	1.7	1	3.1	0	0
Bulimia	1	1.7	1	3.1	0	0
Trastorno de ansiedad generalizada	30	50	19	59.4	11	39.3

Tabla 8. Número de diagnósticos psiquiátricos y de comorbilidad con el TEPT

Número de diagnósticos	Muestra total n=60		TEPT n=32 Comorbilidad		Sin TEPT n=28 Comorbilidad	
	Media 4.33 ds 2.65		Media 5.34 ds 2.55		Media 3.25 ds 2.36	
	n=	%	n=	%	n=	%
0	1	1.6	0	0	1	3.6
1	11	18.3	4	12.5	7	25
2	5	8.3	1	3.1	4	14.3
3	9	15	4	12.5	5	17.9
4	9	15	3	9.4	6	21.4
5	4	6.6	4	12.5	0	0
6	6	10	5	15.6	1	3.6
7	5	8.3	2	6.25	3	10.7
8	6	10	6	18.7	0	0
9	3	5	3	9.4	0	0
10	1	1.7	0	0	1	3.6

Tabla 9. Número de pacientes que presentaron algún criterio para TEPT según el CAPS-1

	n=	%
Criterio A	35	58.3
Criterio B	Actual	24 40
	Vida	12 20
Criterio C	Actual	24 40
	Vida	11 18.3
Criterio D	Actual	24 40
	Vida	10 16.7
Criterio E	Actual	22 36.7
	Vida	12 20
Criterio F	34	56.7

Tabla 10. Porcentaje de pacientes con el diagnóstico de TEPT y su comparación con la muestra total.

Diagnóstico	Número de pacientes con el Dx	Muestra total n=60	TEPT n=32
TEPT actual agudo	2	3.3	6.3
TEPT actual crónico	20	33.3	62.5
TEPT vida agudo	2	3.3	6.3
TPET vida crónico	8	13.3	25
Total	32	53.2	100

Tabla 11. Especificación de inicio del TEPT

Diagnostico	n=	Muestra total n=60 %	TEPT n=32 %
TPET inicio agudo	22	16.7	68.7
TPET inicio tardío	10	36.5	31.3
Total	32	53.2	100

Tabla 12. Frecuencia de rasgos asociados en mujeres con el diagnóstico de TEPT (N=32)

Rasgos asociados	n=	%
Culpa por realización u omisión de actos	27	84.4
Reducción de alerta hacia su entorno	20	62.5
Desrealización	16	50
Despersonalización	10	31.3

Tabla 13. Lista de Chequeo de eventos, muestra total (N=60).

EVENTO	Me ocurrió a mi		Lo presencie		Aprendí de él		No esta seguro		No aplica	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
1. Desastre natural	13	21.6	9	15	12	20	1	1.7	25	41.7
2. Incendio o explosión	2	3.3	6	10	3	5	3	5	46	76.7
3. Accidente de transporte (accidente automovilístico, en bote, en tren, en avión)	17	28.3	24	40	2	3.3	0	0	17	28.3
4. Accidente serio del trabajo, en el hogar, o durante alguna actividad recreativa	16	26.7	4	6.7	6	10	1	1.7	33	55
5. Exposición a sustancias tóxicas (químicos peligrosos o radiación)	2	3.3	1	1.7	3	5	1	1.7	53	88.3
6. Asalto físico (ser atacado, golpeado, pateado)	34	56.7	7	11.7	2	3.3	1	1.7	16	26.7
7. Asalto con arma (balaceado, amenazado con un cuchillo, arma o bomba)	15	25	7	11.7	1	1.7	1	1.7	36	60
8. Asalto sexual (violación, intento de violación, hacer cualquier tipo de acto sexual por la fuerza o amenaza de daño)	24	40	2	3.3	1	1.7	2	3.3	31	51.7
9. Otra experiencia sexual no deseada o incomoda	22	36.7	2	3.3	3	5	1	1.7	32	53.3
10. Combate o exposición en zonas de guerra (como militar o como civil)	1	1.7	1	1.7	0	0	0	0	58	96.7
11. Ser capturado (ser secuestrado, rehén, prisionero de guerra)	2	3.3	0	0	0	0	1	1.7	57	95
12. Enfermedad o lesión que amenace la vida	11	18.3	10	16.7	3	5	0	0	36	60
13. Sufrimiento humano severo	19	31.7	8	13.3	3	5	2	3.3	28	46.7
14. Muerte violenta, repentina (suicidio, homicidio)	4	6.7	10	16.7	5	8.3	2	3.3	39	65
15. Muerte inesperada, repentina de alguien cercano a usted	26	43.3	11	18.3	1	1.7	1	1.7	21	35
16. Lesión o daño serio, o muerte que le haya provocado a alguien	2	3.3	1	1.7	0	0	1	1.7	56	93.3
17. Cualquier otra experiencia o evento estresante	19	31.7	2	3.3	0	0	4	6.7	35	58.3

Tabla 14. Lista de Chequeo de eventos. Diferencia de la frecuencia en porcentaje entre los pacientes con a) TEPT (N=32, y b) sin TEPT (N=28)

EVENTO	Me ocurrió a mi		Lo presencié		Aprendí de él		No estoy seguro		No aplica	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
1. Desastre natural	28.1	14.3	15.6	14.3	15.6	0	3.1	25	37.5	46.4
2. Incendio o explosión	0	7.1	15.6	3.6	0	10.7	3.1	7.1	81.25	71.4
3. Accidente de transporte (accidente automovilístico, en bote, en tren, en avión)	37.5	17.9	31.25	50	3.6	3.6	0	24.4	28.1	28.6
4. Accidente serio del trabajo, en el hogar, o durante alguna actividad recreativa	37.5	14.3	9.4	3.6	6.25	14.3	0	3.6	46.9	64.3
5. Exposición a sustancias tóxicas (químicos peligrosos o radiación)	3.1	3.6	3.1	0	9.4	3.6	0	3.6	84.4	92.9
6. Asalto físico (ser atacado, golpeado, pateado)	62.5	50	15.6	7.1	6.25	0	0	3.6	15.6	39.3
7. Asalto con arma (balaceado, amenazado con un cuchillo, arma o bomba)	21.9	28.6	12.5	10.7	3.1	0	0	3.6	62.5	57.1
8. Asalto sexual (violación, intento de violación, hacer cualquier tipo de acto sexual por la fuerza o amenaza de daño)	40.6	39.3	6.25	0	3.1	0	3.1	3.6	46.9	57.1
9. Otra experiencia sexual no deseada o incómoda	46.9	25	3.1	3.6	9.4	0	0	3.6	40.6	67.9
10. Combate o exposición en zonas de guerra (como militar o como civil)	3.1	0	0	3.6	0	0	0	0	96.9	96.4
11. Ser capturado (ser secuestrado, rehén, prisionero de guerra)	0	7.1	0	0	0	0	0	3.6	100	89.3
12. Enfermedad o lesión que amenace la vida	21.9	14.3	12.5	21.4	0	7.1	3.1	0	62.5	57.1
13. Sufrimiento humano severo	40.6	21.4	12.5	14.3	0	10.7	3.1	3.6	43.8	50
14. Muerte violenta, repentina (suicidio, homicidio)	6.25	7.1	9.4	25	9.4	7.1	0	7.1	75	53.6
15. Muerte inesperada, repentina de alguien cercano a usted	46.9	39.3	18.9	17.9	0	3.6	9.4	3.6	25	35.7
16. Lesión o daño serio, o muerte que le haya provocado a alguien	12.5	0	3.1	0	0	0	0	3.6	84.4	96.4
17. Cualquier otra experiencia o evento estresante	40.6	21.4	3.1	3.6	0	0	6.25	7.1	50	0

Tabla 15

CUESTIONARIO MODIFICADO DE HUDSON Y MCINTOSH PARA LAS MODALIDADES Y FRECUENCIA DE LA VIOLENCIA EJERCIDA POR EL COMPAÑERO/ESPOSO EN CONTRA DE LA MUJER.

VIOLENCIA PSICOLÓGICA: Total de la muestra (N=60)

	Durante el tiempo que ha estado unida a su compañero				En el último año							
	Alguna vez		Nunca		Una vez		Algunas veces		Frecuentemente		Diario o casi a diario	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
¿se enoja si lo contradice o no esta de acuerdo con él?	14	23.3	2	3.3	0	0	10	16.7	22	36.7	12	20
¿le grita?	15	25	4	6.7	3	5	15	25	14	23.3	9	15
¿la ha insultado?	16	26.7	6	10	2	3.3	10	16.7	20	33.3	6	10
¿le exige obediencia sus antojos o caprichos?	13	21.7	16	26.7	4	6.7	12	20	10	16.7	5	8.3
¿se enoja si la comida, el trabajo de la casa, o el lavado de la ropa no esta cuando él piensa que debería estar hecho?	15	25	14	23.3	1	1.7	10	16.7	13	21.7	7	11.7
¿la cela (es celoso y sospecha de sus amistades)?	17	28.3	9	15	4	6.7	8	13.3	9	15	13	21.7
¿ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble?	17	28.3	14	23.3	1	1.7	17	28.3	9	15	2	3.3
¿le prohíbe que se junte o vea a sus amigas?	20	33.3	14	23.3	2	3.3	9	15	9	15	6	10
¿la ha amenazado con el puño?	18	30	16	26.7	2	3.3	15	25	7	11.7	2	3.3
¿piensa que no debería trabajar o seguir estudiando?	14	23.3	21	35	2	3.3	12	20	9	15	2	3.3
¿le dice que sin él usted no sirve para nada, que no puede cuidarse usted sola?	12	20	18	30	3	5	10	16.7	12	20	5	8.3
¿ha amenazado con lastimarla?	13	21.7	20	33.3	4	6.7	12	20	7	11.7	4	6.7
¿la insulta o falta a respeto (deshonra) enfrente de otras personas?	17	28.3	10	16.7	4	6.7	10	16.7	14	23.3	5	8.3
¿le da ordenes?	15	25	13	21.7	1	1.7	12	20	12	20	7	11.7
¿ha amenazado con echarla de la casa?	13	21.7	17	28.3	3	5	15	25	8	13.3	4	6.7
¿se burla o no respeta sus sentimientos?	14	23.3	5	8.3	4	6.7	15	25	17	28.3	5	8.3
¿toma actitudes autoritarias con usted como apuntarle con el dedo o tronarle los dedos?	14	23.3	14	23.3	4	6.7	16	26.7	9	15	3	5
¿la maltrata a usted cuando él toma (bebe)?	10	16.7	29	48.3	1	1.7	12	20	6	10	2	3.3
¿le exige que se quede en casa?	16	26.7	20	33.3	1	1.7	10	16.7	9	15	4	6.7
¿la ha amenazado con dañar o estropear sus pertenencias personales?	13	21.7	26	43.3	4	6.7	11	18.3	3	5	3	5
¿la menosprecia (la hace menos)?	16	26.7	9	15	5	8.3	10	16.7	14	23.3	6	10
¿le ha aventado algún objeto?	15	25	25	41.7	3	5	10	16.7	5	8.3	2	3.3
¿siente miedo de él?	15	25	7	11.7	5	8.3	17	28.3	9	15	7	11.7
¿ha amenazado a alguien que usted estima y quiere?	14	23.3	25	41.7	1	1.7	11	18.3	7	11.7	2	3.3
¿le dice que no es atractiva y que es fea?	12	20	22	36.7	3	5	8	13.3	10	16.7	5	8.3
¿se enoja si usted le dice que esta tomando (bebiendo demasiado)?	15	25	17	28.3	6	10	10	16.7	9	15	3	5
¿la trata como una ignorante o una tonta?	18	30	12	20	0	0	9	15	16	26.7	5	8.3
¿la ha amenazado diciendo o actuando como que va a matarla?	14	23.3	25	41.7	4	6.7	11	18.3	3	5	3	5
¿la trata como si fuera su sirvienta?	19	31.7	15	25	1	1.7	8	13.3	11	18.3	6	10
¿se enoja si no atiende a los hijos como el piensa que debería ser?	14	23.3	16	26.7	4	6.7	13	21.7	11	18.3	2	3.3
¿es codo (agarrado, tacaño) con el dinero para mantener la casa?	13	21.7	14	23.3	2	3.3	12	20	12	20	7	11.7
¿la ha amenazado con un cinturón, palo o algo parecido?	10	16.7	32	56.7	3	5	11	18.3	1	1.7	1	1.7
¿la amenaza o asusta con algún arma (pistola, cuchillo, navaja, agujas de tejer)?	10	16.7	41	68.3	3	5	4	6.7	1	1.7	1	1.7
¿la ha amenazado con matarse él mismo?	8	13.3	35	58.3	4	6.7	8	13.3	5	8.3	0	0

VIOLENCIA FISICA

	Durante el tiempo que ha estado unida a su compañero				En el último año							
	Alguna vez		Nunca		Una vez		Algunas veces		Frecuente mente		Diario o casi a diario	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
¿la ha sacudido, zarandeado o jaloneado?	23	38.3	6	10	4	6.7	22	36.7	4	6.7	1	1.7
¿la ha empujado o aventado a propósito?	18	30	12	20	3	5	21	35	5	8.3	1	1.7
¿le ha jaloneado el pelo?	19	31.7	20	33.3	4	6.7	11	18.3	5	8.3	1	1.7
¿la ha retenido o sujetado a la fuerza?	19	31.7	15	25	7	11.7	12	20	6	10	1	1.7
¿la ha golpeado en la cara y/o en la cabeza?	22	36.7	9	15	3	5	22	36.7	3	5	1	1.7
¿la ha golpeado con los puños?	19	31.7	24	40	1	1.7	13	21.7	2	3.3	1	1.7
¿la ha golpeado con la palma de la mano (cachetada)?	20	33.3	16	26.7	7	11.7	15	25	1	1.7	1	1.7
¿le ha torcido el brazo?	16	26.7	29	48.3	6	10	5	8.3	4	6.7	0	0
¿la ha encerrado?	6	10	42	70	5	8.3	4	6.7	3	5	0	0
¿la ha golpeado con la parte posterior de la mano?	10	16.7	39	65	5	8.3	5	8.3	0	0	1	1.7
¿la ha pateado?	16	26.7	33	55	2	3.3	7	11.7	2	3.3	0	0
¿la ha amarrado?	3	5	55	91.7	0	0	2	3.3	0	0	0	0
¿le ha dado nalgadas?	9	15	41	68.3	4	6.7	6	10	0	0	0	0
¿la ha golpeado con un palo, un cinturón o algo parecido?	6	10	45	75	2	3.3	6	10	1	1.7	0	0
¿la ha golpeado a muerte?	3	5	51	85	3	5	1	1.7	2	3.3	0	0
¿ha intentado ahorcarla o asfixiarla?	7	11.7	46	76.7	3	5	3	5	1	1.7	0	0
¿la ha quemado?	3	5	50	83.3	4	6.7	1	1.7	2	3.3	0	0
¿la ha rasguñado?	9	15	41	68.3	4	6.7	5	8.3	1	1.7	0	0
¿la ha mordido?	7	11.7	45	75	4	6.7	3	5	1	1.7	0	0
¿ha brincado sobre usted?	5	8.3	47	78.3	4	6.7	2	3.3	2	3.3	0	0
¿la ha herido con un arma (cuchillo, pistola)?	4	6.7	56	93.3	0	0	0	0	0	0	0	0

VIOLENCIA SEXUAL

	Durante el tiempo que ha estado unida a su compañero				En el último año							
	Alguna vez		Nunca		Una vez		Algunas veces		Frecuente mente		Diario o casi diario	
	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%	n=	%
¿le ha exigido tener relaciones sexuales sin importar si usted lo desea o no?	20	33.3	15	25	3	5	15	25	6	10	1	1.7
¿la ha forzado (utilizando la fuerza física) a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad?	13	21.7	31	51.7	3	5	10	16.7	2	3.3	1	1.7
¿la ha obligado a hacer el sexo oral en contra de su voluntad?	13	21.7	34	56.7	2	3.3	11	18.3	0	0	0	0
¿la amenaza con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales aunque usted no lo desee?	10	16.7	34	56.7	3	5	7	11.7	5	8.3	1	1.7
¿la ha obligado a tener sexo anal contra su voluntad?	12	20	38	63.3	4	6.7	5	8.3	1	1.7	0	0
¿la ha obligado a hacer actos sexuales que a usted no le complacen o no le gustan?	18	30	28	46.7	4	6.7	6	10	3	5	1	1.7
¿la ha obligado a ver revistas, películas pornográficas o algo parecido?	3	5	47	78.3	4	6.7	4	6.7	2	3.3	0	0
¿ha usado algún objeto en usted de manera sexual en contra de su voluntad?	2	3.3	55	91.7	1	1.7	0	0	2	3.3	0	0

CUESTIONARIO MODIFICADO DE HUDSON Y MCINTOSH PARA LAS MODALIDADES Y FRECUENCIA DE LA VIOLENCIA EJERCIDA POR EL COMPAÑERO/ESPOSO EN CONTRA DE LA MUJER.

Tabla 16. VIOLENCIA PSICOLÓGICA: Diferencia de frecuencia en porcentaje entre pacientes con TEPT (a) y sin TEPT (b).

	Durante el tiempo que ha estado unida a su compañero				En el último año							
	Alguna vez		Nunca		Una vez		Algunas veces		Frecuentemente		Diario o casi a diario	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
¿se enoja si lo contradice o no esta de acuerdo con él?	21.9	25	3.1	3.6	0	0	12.5	21.4	43.8	28.6	18.8	21.4
¿le grita?	28.1	21.4	3.1	10.7	0	10.7	28.1	21.4	31.2	14.3	9.4	21.4
¿la ha insultado?	31.2	21.4	6.2	14.3	0	7.1	6.2	28.6	46.9	17.9	9.4	10.7
¿le exige obediencia sus antojos o caprichos?	18.8	21.4	15.6	39.3	3.1	10.7	21.9	17.9	21.9	7.1	12.5	3.6
¿se enoja si la comida, el trabajo de la casa, o el lavado de la ropa no esta cuando él piensa que debería estar hecho?	31.2	21.4	6.2	39.3	3.1	0	15.6	17.9	31.2	10.7	12.5	10.7
¿la cela (es celoso y sospecha de sus amistades)?	31.2	25	9.4	17.9	9.4	3.6	12.5	14.3	12.5	21.4	25	17.9
¿ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble?	31.2	25	12.5	35.7	3.1	0	28.1	28.6	21.9	7.1	3.1	3.6
¿le prohíbe que se junte o vea a sus amigas?	34.4	32.1	21.9	25	0	7.1	12.5	17.9	21.9	7.1	9.4	10.7
¿la ha amenazado con el puño?	40.6	17.9	15.6	39.3	0	7.1	28.1	25	12.5	7.1	3.1	3.6
¿piensa que no debería trabajar o seguir estudiando?	28.1	17.9	31.2	39.3	3.1	3.6	18.6	21.4	15.6	14.3	3.1	3.6
¿le dice que sin él usted no sirve para nada, que no puede cuidarse usted sola?	25	14.3	18.8	42.9	9.4	0	18.6	14.3	21.9	17.9	6.2	10.7
¿ha amenazado con lastimarla?	25	17.9	15.6	53.6	9.4	3.6	25	14.3	15.6	7.1	9.4	3.6
¿la insulta o falta a respeto (deshonra) enfrente de otras personas?	31.2	25	15.6	17.9	3.1	10.7	12.5	21.4	31.2	14.3	6.2	10.7
¿le da ordenes?	25	25	9.4	35.7	3.1	0	18.8	21.4	28.1	10.7	15.6	7.1
¿ha amenazado con echarla de la casa?	28.1	14.3	21.9	35.7	3.1	7.1	25	25	15.6	10.7	6.3	7.1
¿se burla o no respeta sus sentimientos?	28.1	17.9	0	17.9	3.1	10.7	25	25	34.4	21.4	9.4	7.1
¿toma actitudes autoritarias con usted como apuntarle con el dedo o tronarle los dedos?	34.4	10.7	9.4	35.7	6.2	10.7	28.1	25	18.8	10.7	3.1	7.1
¿la maltrata a usted cuando él toma (bebe)?	21.9	10.7	43.8	50	3.1	3.6	18.9	21.4	9.4	10.7	3.1	3.6
¿le exige que se quede en casa?	40.6	10.7	21.9	46.4	0	3.6	18.9	14.3	12.5	17.9	6.3	7.1
¿la ha amenazado con dañar o estropear sus pertenencias personales?	28.1	14.3	37.5	50	9.4	3.6	12.5	25	6.3	3.6	6.3	3.6
¿la menosprecia (la hace menos)?	31.2	21.4	3.1	28.6	3.1	14.3	21.9	10.7	31.2	14.3	9.4	10.7
¿le ha aventado algún objeto?	31.2	17.9	31.2	53.6	3.1	7.1	21.9	10.7	9.4	3.6	3.1	3.6
¿siente miedo de él?	34.4	17.9	3.1	21.4	6.2	10.7	25	32.1	15.6	14.5	15.6	7.1
¿ha amenazado a alguien que usted estima y quiere?	28.1	17.9	31.2	53.6	0	3.6	25	10.7	12.5	10.7	3.1	3.6
¿le dice que no es atractiva y que es fea?	21.9	17.9	31.2	42.9	6.2	3.6	9.4	17.9	25	7.1	6.3	10.7
¿se enoja si usted le dice que esta tomando (bebiendo demasiado)?	28.1	21.4	25	32.1	12.5	7.1	25	7.1	18.8	10.7	6.3	3.6
¿la trata como una ignorante o una tonta?	37.5	21.4	0	32.1	0	0	15.6	14.3	31.2	21.4	6.2	10.7
¿la ha amenazado diciendo o actuando como que va a matarla?	25	21.4	31.2	53.6	12.5	0	18.8	17.9	6.2	3.6	6.2	3.6
¿la trata como si fuera su sirvienta?	40.6	21.4	12.5	39.3	0	3.6	15.6	10.7	21.9	14.3	9.4	10.7
¿se enoja si no atiende a los hijos como el piensa que debería ser?	28.1	17.9	15.6	39.3	9.4	3.6	21.9	21.4	25	10.7	0	7.1
¿es codo (agarrado, tacaño) con el dinero para mantener la casa?	25	17.9	15.6	32.1	6.2	0	21.9	25	21.9	10.7	9.4	14.3
¿la ha amenazado con un cinturón, palo o algo parecido?	21.9	10.7	50	64.3	6.2	3.6	18.8	17.9	3.1	0	0	3.6
¿la amenaza o asusta con algún arma (pistola, cuchillo, navaja, agujas de tejer)?	15.6	17.9	65.6	71.4	3.1	7.1	12.5	0	3.1	0	0	3.6
¿la ha amenazado con matarse él mismo?	9.4	17.9	62.5	53.6	6.2	7.1	12.5	17.9	9.4	3.6	0	0

Tabla 16. VIOLENCIA FISICA: Diferencia de la frecuencia en porcentaje de pacientes con TEPT (a) y sin TEPT (b)

	Durante el tiempo que ha estado unida a su compañero				En el último año							
	Alguna vez		Nunca		Una vez		Algunas veces		Frecuente mente		Diario o casi a diario	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
¿la ha sacudido, zarandeado o jaloneado?	40.6	35.7	6.3	14.3	3.1	10.7	43.8	28.6	6.3	7.1	0	3.6
¿la ha empujado o aventado a propósito?	37.5	21.4	6.3	35.7	6.3	3.6	43.8	25	6.3	10.7	0	3.6
¿le ha jaloneado el pelo?	40.6	21.4	21.9	46.4	6.3	7.1	21.9	14.3	9.4	7.1	0	3.6
¿la ha retenido o sujetado a la fuerza?	40.6	21.4	9.4	42.3	9.4	14.3	31.2	7.1	6.3	10.7	3.1	3.6
¿la ha golpeado en la cara y/o en la cabeza?	46.9	25	3.1	28.6	3.1	7.1	40.6	32.1	6.3	3.6	0	3.6
¿la ha golpeado con los puños?	37.5	25	34.4	46.4	0	3.6	25	17.9	3.1	3.6	0	3.6
¿la ha golpeado con la palma de la mano (cachetada)?	40.6	25	12.5	42.3	12.5	10.7	31.2	17.9	3.1	0	0	3.6
¿le ha torcido el brazo?	34.4	17.9	37.5	60.7	6.3	14.3	12.5	3.6	9.4	3.6	0	0
¿la ha encerrado?	15.6	3.6	59.4	82.1	6.3	10.7	12.5	0	6.3	3.6	0	0
¿la ha golpeado con la parte posterior de la mano?	21.9	10.7	56.3	75	9.4	7.1	12.5	3.6	0	0	0	3.6
¿la ha pateado?	37.5	14.3	46.9	64.3	3.1	3.6	12.5	10.7	0	7.1	0	0
¿la ha amarrado?	9.4	0	84.4	100	0	0	6.3	0	0	0	0	0
¿le ha dado nalgadas?	18.8	10.7	59.4	78.6	9.4	3.6	12.5	7.1	0	0	0	0
¿la ha golpeado con un palo, un cinturón o algo parecido?	12.5	7.1	71.9	78.6	3.1	3.6	12.5	7.1	0	3.6	0	0
¿la ha golpeado a muerte?	9.4	0	78.2	92.9	6.3	3.6	3.1	0	3.1	3.6	0	0
¿ha intentado ahorcarla o asfixiarla?	18.8	3.6	71.9	82.1	3.1	7.1	6.3	3.6	0	3.6	0	0
¿la ha quemado?	6.3	3.6	78.2	89.3	9.4	3.6	3.1	0	3.1	3.6	0	0
¿la ha rasguñado?	15.6	14.3	65.6	71.4	6.3	7.1	12.5	3.6	0	3.6	0	0
¿la ha mordido?	12.5	10.7	75	75	6.3	7.1	6.3	3.6	0	3.6	0	0
¿ha brincado sobre usted?	12.5	3.6	78.2	78.6	6.3	7.1	3.1	3.6	0	7.1	0	0
¿la ha herido con un arma (cuchillo, pistola)?	6.3	7.1	93.8	92.9	0	0	0	0	0	0	0	0

Tabla 16. VIOLENCIA SEXUAL: Diferencias en la frecuencia en porcentaje de pacientes con TEPT (a) y sin TEPT (b),

	Durante el tiempo que ha estado unida a su compañero				En el último año							
	Alguna vez		Nunca		Una vez		Algunas veces		Frecuente mente		Diario o casi diario	
	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b	a	b
¿le ha exigido tener relaciones sexuales sin importar si usted lo desea o no?	34.4	32.1	25	25	9.4	3.6	25	25	6.3	10.7	0	3.6
¿la ha forzado (utilizando la fuerza física) a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad?	31.2	10.7	43.8	60.7	9.4	0	9.4	25	6.3	0	0	3.6
¿la ha obligado a hacer el sexo oral en contra de su voluntad?	31.2	10.7	43.8	71.4	6.3	0	18.8	17.9	0	0	0	0
¿la amenaza con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales aunque usted no lo desee?	21.9	10.7	50	64.3	9.4	0	9.4	14.3	9.4	7.1	0	3.6
¿la ha obligado a tener sexo anal contra su voluntad?	28.1	10.7	50	78.6	6.3	3.6	12.5	7.1	3.1	0	0	0
¿la ha obligado a hacer actos sexuales que a usted no le complacen o no le gustan?	31.2	28.6	37.5	57.1	12.5	0	12.5	7.1	3.1	7.1	3.1	0
¿la ha obligado a ver revistas, películas pornográficas o algo parecido?	6.3	3.6	78.1	78.6	6.3	7.1	6.3	7.1	3.1	3.6	0	0
¿ha usado algún objeto en usted de manera sexual en contra de su voluntad?	6.3	0	87.5	0	3.1	96.4	0	0	3.1	0	0	3.6

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association (APA). **Diagnostic and statistical manual of mental disorder, 4ta Ed.**, Washington, D.C. 1994.
2. American Psychiatric Association (APA) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4ta Ed Rev.**, Washington, D.C. 2001.
3. Andrine M., Lemieuz MA. **Abuse-Related Posttraumatic Stress Disorder: Evidence for Chronic Neuroendocrine Activation in Women.** Psych Med 1995, 57: 105-115.
4. Astin, M. C., Ogland-Hand, S., Coleman, E.M. **Posttraumatic Stress Disorder and childhood abuse in battered women: Comparison whit martially distressed women.** J Cons Clin Psuch 1995; 63(2), 308-312.
5. Arroyo, A. **Mujer Maltatada y Trastorno por Estrés Postraumático.** Rev Psiquiatría Fac Med Barna 2002; 29(2):77-82.
6. 6.. Blake D.D. **Post traumatic stress disorder and doping in veterans who are seeking medical treatment.** J Clin Psychol 1990, 48(6):225-30.
7. Bobes, G. J., Bausoño G. M., Calcedo B. A. **TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.** Ed. Masson, Barcelona, España, 2000.
8. Bobes, G. J., Calcedo-Barba, A., García, M. **Evaluacion de las propiedades psicométricas de la versión española de cinco cuestionarios para la evaluación del trastorno de estrés postraumático.** Actas Esp Psiquiatr 2000; 28(4):207-218.
9. Breslau N., Davis G. **Psychiatric sequelae of posttraumatic stress disorder in women.** Arch Gen Psychiatry 1997, 55: 81-87.

10. Briere, J., Woo, R., McRae, B. **Lifetime victimization history, demographics, and clinical status in female psychiatric emergency room patients.** J Nerv Mental Disease 1997; 185(2):95-101.
11. Bruke, J. **Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States.** Am. Psych Association 1997.
12. Burges, A.H., Holstom, L.L. **Adaptative Strategies and Recovery from Rape.** Am J Psich 1979; 136: 1278-1282.
13. Burt, V.K., Hendrick, V. **Tratado de Psiquiatría, capítulo 33.** Tercera edición. Ed. Masson, E.U.A 2000.
14. Caballero, M.A. **Estrés postraumático e impacto psicológico a corto y mediano plazo del robo a casa, estudio cualitativo de víctimas.** Tesis de licenciatura en Psicología, UNAM, México D.F. 1998.
15. Caballero, M.A., Ramos, L.L. **Violencia Familiar en adolescentes y su relación con el intento de suicidio y la sintomatología depresiva.** Psiquiatría 2002; 18(3):131-139.
16. Casco, T., Natera G. **Marital violence and its relationships to excessive drinking in México.** Contemporary Drug Problems 1997; winter: 787-804.
17. Cía, H.A. **Trastorno de estrés postraumatico.** Ed. Imaginador, Buenos Aires, Argentina 2001.
18. Díaz, O.C., Sotelo, J. **Domestic Violence in Mexico.** JAMA 1996; 275(24):1937-1941.

19. Dinwiddie, S.H., Reich, T. Cloninger, C.R. **Psichiatric disorder among wife batterers.** Comp psychiatry 1992; 33(6):411-6.
20. Deykin E.Y., Keane, T.M., Kaloupek, D. **Posttraumatic Stress Disorder and the use of Healt Services.** Psych Med 2001; 63: 835-841.
21. Duncan, R., Saunders, B., Kilpatrick, D. **Childhood physical assault as a risk factor for PTSD, depression and substance abuse.** Am Journal Orthopsy 1996, 66(3): 437-448.
22. García, S.S., Ramos, L.L. **Medios de comunicacion y violencia.** Ed Fondo de Cultura Económica, Mpexico, D.F. 1998.
23. Gleason, W.J. **Mental disorders in battered women. An empirical study.** Violence and Victims 1993; 8:45-68.
24. Heise L. **VIOLENCIA CONTRA LA MUJER. La carga oculta de salud.** Programa mujer, salud y desarrollo, Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. Nov 1994.
25. Hidalgo RB, Davidson J. **POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER: EPIDEMIOLOGY AND HEALTH-RELATED CONSIDERATIONS.** J Clin Psychiatry 2000, 61 (suppl 7):5-13.
26. Hjar, M.M., Tapía Y.J., Lozano, A.R. **Violencia y lesiones.** Salud Mental 1992; 15(1):15-23.
27. Hilberman, C.E., Perri, P.R. **Victims of Violence and Psychiatric Ilones.** Am J Psychiatry 1984; 141(3):378-383.
28. Houskamp, B.M., Foy, D.W. **The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women.** J Int Viol 1991; 15(2):165-173.

29. Hudson, W.W., McIntosh, S.R. **The assessment of spouse abuse: two quantifiable dimension.** J Marriage Fam 1981; 43(4):873-875.
30. Hughes, M.J., Jones, L. **Domestic Violence and Posttraumatic Stress Disorder.** Department of Health and Human Services School of Social Work, San Diego State University, January 2000.
31. Kali, A., Rosen, D., Gruberg, G. **Impact of Domestic Violence and Mother's Well-Being on children in Families receiving welfare benefits.** Investigación patrocinada por el centro de pobreza y riesgo para la salud mental del Taylor Institute and University of Michigan. April 1998.
32. Kemp, A., Rawlings, E.I., Gree, B.L. **Posttraumatic stress disorder in battered women: A shelter simple.** J Traumatic Stress 1991; 4(1):137-148.
33. Kessler, R.C. **Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey.** Arch Gen Psych 1995; 52: 1048-1060.
34. Koss, M.P., Koss, P.G., Woodruff, W.J. **The deleterious effects of criminal victimization on women's health care and medical utilization.** Arch Intern Med 1991; 151:342-347.
35. Marshall, L.L. **Development of the severity of violence against women scales.** J of Fam Viol 1992; 7(2):105-121.
36. Mechenbaum, D. **A clinical handbook/practical therapist manual for assessing and treating adults with PTSD.** Institute Press 1994; Waterloo, Ontario, Canada.

37. Medina-Mora, M.E., Borges, G., Lara, C.M. **Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México.** Salud Mental 2003; 26(4):1-16.
38. Palacios, L. **Trastorno por estrés postraumático: Factores asociados a la remisión y/o persistencia del diagnóstico. Una evaluación de su curso en pacientes de una muestra mexicana en el Instituto Nacional de psiquiatría “Ramón de la Fuente”.** Tesina de especialidad de Psiquiatría; Instituto Nacional de Psiquiatría, México D.F. 2001.
39. Palacios L., Heinze G. **Trastorno por estrés postraumático: una revisión del tema (Primera parte).** Salud Mental 2002, 25(3): 19-26.
40. Pamplona, F., del Río, A. **VIOLENCIA Y RELACIONES DE PODER EN LA PAREJA. Análisis de los resultados de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres (ENVIM).** Género y Salud 2003; 1(3): 25-34.
41. Ramirez, R. J., Uribe, V.G. **Mujer y Violencia: Un hecho cotidiano.** Salud Publica Mex 1993; 35: 148-160.
42. Ramirez, R. J., Patiño GM. **Algunos aspectos sobre la magnitud y trascendencia de la violencia doméstica contra la mujer: un estudio piloto.** Salud mental 1997; 20(2): 5-16.
43. Ramos, L.L., Jimenez, R.E. **Necesidades de atención a la salud mental en las mujeres violadas.** Salud Mental 1997; 20(supl Julio):47-54.
44. Ramos, L.L., Saltijeral, M.T. **El impacto emocional en las víctimas de la violencia.** Anales del Instituto Mexicano de Psiquiatría 1994.
45. Ramos, L.L., Saltijeral, M.T., Caballero, M.A. **Impacto de la violencia en la salud mental. Estado actual y perspectivas.** Salud Mental 1996; 19(Supl):19-32.

46. Riggs, D.S. **Posttraumatic stress Disorder and the perpetration of domestic violence.** NCP Clin Quarterly 1997; 7(2).
47. Saltijeral, M.T., Ramos, L.L., Caballero, M.A. **Las mujeres que han sido víctimas de maltrato conyugal: tipos de violencia experimentada y algunos efectos sobre la salud mental.** Salud Mental 1998; 21(2):10-18.
48. Saunders, D.G. **Posttraumatic Stress symptom profiles of battered women: A comparison of survivor in two settings.** Violence and victims 1994, 9(10): 31-44.
49. Secretaría de Salud. **Norma Oficial Mexicana (NOM-190-SSA1-1999). Para la prestación de Servicios de Salud, criterios para la Atención Médica de la Violencia Familiar.** México 1999.
50. Sheehan, D.V., Lecrubier, Y. **The Mini Internacional Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10.** J Clin Psych 1998; 59 (suppl 20):22-33.
51. Sierles, F.S., Jang-June Ch. **Posttraumatic Stress Disorder and Concurrent Psychiatric Illness : A Preliminar Report.** Am J Psychiatry 1983; 140(9):1177-1179.
52. Stein, M.B., Kennedy, C. **Major depressive and posttraumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence.** J Affective Disorders 2001; 66:133-138.
53. Terr, L.C. **An outline Childhood Traumas: and overview.** Am J Psych 1991; 148: 10-12.
54. Valdez R., Juárez, C. **Impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres: análisis y perspectivas en México.** Salud Mental 1998, 21 (6):1-10

55. Van der Kolk, B.A., Pelcovitz, D., Roth, S. **Dissociation, Somatization, and Affect Dysregulation: The Complexity of Adaptation to Trauma.** Am J Psychiatry 1996; 153(7):83-93.
56. Vitanza, S., Vogeli L.C., Marshall, L.L. **Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women.** Violence and victims 1995: 10(1): 23-34.
57. Walker, L.E. **The Battered Woman.** Ed Harper Perennial. New York 1979.
58. Weathers F.W., Blake D.D. **The development of clinician administered PTSD-scale.** J Trauma Stress 1995; 8(1) 75-90.
59. West, G.C., Fernandez, A., Hillard, J.R. **Psychiatric disorder of abused women at a shelter.** Psych Quart 1990; 61:295-301.