





2015, 21(2-3), 181-194

## AFRONTAMIENTO Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES MALTRATADAS POR SU PAREJA

Mariana Carolina Miracco, Guillermina Rutzstein y Eduardo Gustavo Keegan

Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires

**Resumen:** La violencia ejercida hacia la mujer por parte de un compañero íntimo representa un grave problema a nivel mundial según lo muestran diversas investigaciones e informes globales recientes. Este estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre la presencia de sintomatología de trastorno de estrés posttraumático (TEPT) y el afrontamiento de las mujeres maltratadas. Participaron 87 mujeres de entre 19 y 69 años ( $M = 42.79$ ;  $DE = 10.65$ ) asistidas por esta problemática, quienes completaron varios instrumentos autoadministrables. Se encontraron diversas asociaciones estadísticamente significativas entre las variables relativas al TEPT y la presencia de estrategias de afrontamiento disfuncionales, entre ellas la evitación cognitiva ( $r = .38$ ;  $p < .001$ ). Se discuten los resultados destacándose la relevancia de analizar las diversas estrategias empleadas por estas mujeres para afrontar la situación de maltrato, así como de identificar y abordar prioritariamente el TEPT en esta población para reducir su impacto y favorecer un afrontamiento más saludable.

**Palabras clave:** afrontamiento, trastorno de estrés posttraumático, maltrato en la pareja, violencia contra la mujer.

La principal forma de violencia padecida por las mujeres no es ejercida por extraños sino que tiene lugar en el contexto de sus vínculos afectivos o de parentesco. En particular, la violencia perpetrada hacia la mujer por parte de un compañero íntimo representa un grave problema a nivel mundial. Según las Naciones Unidas (ONU, 2013), siete de cada diez mujeres en

**Abstract:** Intimate partner violence represents a serious worldwide issue according to research data and recent global reports. The aim of this study was to analyze the relationship between the presence of posttraumatic stress disorder (PTSD) symptomatology and coping in women who suffer this situation. Eighty seven women between ages 19 and 69 ( $M = 42.79$ ;  $SD = 10.65$ ), assisted because of this issue, completed diverse self-administered scales. Several statistically significant associations between PTSD variables and presence of maladaptive coping strategies were found, among them cognitive avoidance ( $r = .38$ ;  $p < .001$ ). Results are discussed highlighting the relevance of analyzing the different coping strategies displayed by these women and identifying and approaching PTSD as a priority in order to reduce its impact and promote a healthier coping in this population.

**Key words:** coping, posttraumatic stress disorder, intimate partner violence, violence against women.

Title: *Coping and posttraumatic stress disorder in women who suffer intimate partner violence*

el mundo refieren haber sido víctima de abusos físicos o sexuales en algún momento de su vida, en la mayoría de los casos por parte de sus parejas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud es la forma más frecuente de violencia contra la mujer y en América afecta a casi el 30% de las mujeres (OMS, 2013).

La violencia perpetrada por la pareja implica todo comportamiento que cause un daño físico, sexual y/o psicológico, incluidas las agresiones corporales, la imposición de una conducta sexual, el maltrato psicológico y los comportamientos controladores ejercidos por un compañero íntimo (OMS, 2002, 2011). Esta definición con-

\*Dirigir la correspondencia a:  
Mariana Carolina Miracco. Av. Corrientes 4021, 9° piso,  
departamento B, código postal C1194AAG.  
54 11 4865 3386  
[mmiracco@psi.uba.ar](mailto:mmiracco@psi.uba.ar)  
[mariana\\_miracco@yahoo.com.ar](mailto:mariana_miracco@yahoo.com.ar)

© Copyright 2015: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

templa tanto la violencia provocada por los cónyuges y los compañeros actuales como los anteriores (Heise & García-Moreno, 2002; Jewkes, Sen, & García-Moreno, 2002).

Según numerosos estudios, este tipo de violencia suele asociarse con un deterioro global y funcional en la salud física de las mujeres, que incluye diversos trastornos somáticos como el dolor crónico, problemas ginecológicos y riesgo aumentado de padecer enfermedades de transmisión sexual (ver la revisión de Dillon, Hussain, Loxton, & Rahman, 2013). En cuanto a su salud mental, las mujeres maltratadas por su pareja suelen padecer trastornos depresivos y de ansiedad, y en particular trastorno de estrés postraumático (TEPT, Asociación Psiquiátrica Americana, 2013) (Dillon et al., 2013; Golding, 1999).

El TEPT ha sido definido por consenso científico como un trastorno que incluye diversos síntomas de activación fisiológica y un intenso malestar en relación con una situación vivida como traumática, así como manifestaciones de re-experimentación de la misma. Este complejo sintomático suele acompañarse de intentos de evitación de recuerdos, pensamientos y actividades vinculadas con el trauma, y de un distanciamiento de los demás así como de dificultad para experimentar emociones positivas. La violación, el abuso sexual en la infancia y la violencia por parte de una pareja se encuentran entre las causas más frecuentes del padecimiento de este trastorno en las mujeres (Blanco-Prieto, 2004). Cuando este cuadro es producto del maltrato en la pareja tiene características específicas que lo complejizan dada la recurrencia de los episodios de violencia y las características mismas del vínculo (Herman, 2004; Labrador & Alonso, 2005; Montero-Gómez, 2001). Se estima que alrededor del 60% de las mujeres maltratadas desarrollan TEPT (Golding, 1999), oscilando entre el 31 y el

84%, a lo largo de diversas muestras (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta, & Sarasua, 2002; Arias & Pape, 1999; Calvente, Estévez, & Corral, 2007; Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasua, 1997; Jones, Hughes, & Unterstaller, 2001). El TEPT como consecuencia de la violencia en la pareja puede manifestarse a largo plazo, pudiendo evidenciarse muchos años luego de la separación del agresor (Woods, 2005). Houskamp y Foy (1991) señalaron que existiría una relación entre la intensidad y duración de este último y la severidad de los síntomas de dicho trastorno.

Según Kemp, Green, Hovanitz y Rawlings (1995), el empleo de estrategias de afrontamiento evitativo o de desconexión para enfrentar los episodios de violencia física se encuentra entre los predictores más fuertes de TEPT en esta población, junto con experimentar eventos vitales negativos, la experiencia de maltrato físico y la falta de apoyo social percibido.

El afrontamiento se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se ponen en marcha para enfrentar las demandas externas y/o internas, los cuales dependen de la evaluación que realice la persona acerca de su capacidad para modificar la situación estresante (Lazarus & Folkman, 1984). Las estrategias de afrontamiento incluyen las conductas y planes que las personas desarrollan para afrontar el estrés (Menaghan, 1983). Si bien es un área en la que aún no hay un consenso científico claro, el afrontamiento ha sido estudiado fundamentalmente en función de tres categorías básicas: de acuerdo con el foco del afrontamiento, sea éste predominantemente sobre el problema o sobre la emoción; en términos de aproximación o distanciamiento de la situación percibida como problemática; y del predominio de estrategias cognitivas o conductuales (Skinner, Edge, Altman, & Sherwood, 2003). Se ha señalado que las mujeres mal-

tratadas experimentarían un deterioro en su capacidad de afrontamiento como consecuencia de la violencia sufrida en el marco de una relación afectiva importante, siendo más propensas a implementar estrategias pasivas (fantaseo, evitación) que activas (como la búsqueda de apoyo social) (Bernhard, 2000; Finn, 1985; Shepherd-McMullen, Mearns, Stokes, & Mechanic, 2015; Walker, 1994). Esto podría deberse a los efectos de la ansiedad y el deterioro psicofísico producto del estrés sostenido en el tiempo que tiene lugar ante este tipo de situaciones (Echeburúa, Amor, & Corral, 2002; Montero-Gómez, 2001).

Existe cierta evidencia de que el tipo de estrategia que las mujeres implementen en este contexto tendrá un impacto en su salud mental (Calvete, Corral, & Estévez, 2008; Mitchell & Hodson, 1983; Mitchell et al., 2006). Mitchell y Hodson (1983) hallaron que las mujeres que se comprometían con intentos conductuales directos para enfrentar la violencia y sus efectos presentaban menos depresión y un mayor sentido de dominio y autoestima, independientemente de que los resultados fuesen exitosos, mientras que aquellas que hacían mayor uso del afrontamiento centrado en las emociones parecían presentar más síntomas de TEPT, hallazgo señalado por otros investigadores (Arias & Pape, 1999; Lilly & Graham-Bermann, 2010). Algunos autores encontraron que ciertas variables vinculadas con el afrontamiento mediaban la relación entre padecer violencia en la pareja y la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en esta población. Específicamente, Mitchell et al. (2006) encontraron que diversas formas de afrontamiento resultaron significativas como mediadoras en la asociación entre violencia en la pareja y la presencia de ansiedad: el distanciamiento, las estrategias de evitación o escape tales como comer de más, abusar de drogas ilícitas o de medicación, el afrontamiento confrontativo

y el autocontrol. Calvete, Corral y Estévez (2008) también analizaron el papel del afrontamiento como posible variable mediadora y moderadora de la asociación entre padecer violencia física y psicológica por parte de un compañero íntimo y la salud mental de la mujer. Las autoras destacaron que el afrontamiento de tipo evitativo se evidenció como variable mediadora entre el impacto del abuso psicológico y el malestar en las mujeres maltratadas, aunque no evaluaron el TEPT de manera específica en su estudio. En cambio, Flanagan, Jaquier, Overstreet, Swan, y Sullivan (2014) hallaron que el afrontamiento evitativo medió la relación entre sufrir violencia psicológica y sexual por parte de la pareja y la severidad de TEPT en mujeres que experimentaban violencia bidireccional. Flicker, Cerulli, Swogger y Talbot (2012) encontraron que el afrontamiento evitativo se asoció con la presencia de síntomas de depresión y TEPT en mujeres que habían pedido una orden de protección por violencia por parte de su pareja. En el estudio de Krause, Kaltman, Goodman y Dutton (2008) el afrontamiento evitativo se asoció con la presencia de síntomas de TEPT en el seguimiento a un año, al igual que la severidad de la violencia sufrida y el abuso sexual en la infancia.

En resumen, la evidencia sugiere la relevancia de analizar la relación entre estas variables, y más específicamente la relación entre el afrontamiento y la presencia de TEPT, trastorno de mayor prevalencia estimada en esta población.

El objetivo del presente estudio es analizar la relación entre el afrontamiento y la presencia de sintomatología de TEPT en mujeres maltratadas por su pareja, asistidas en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y conurbano bonaerense. Este estudio forma parte de un trabajo de investigación más amplio cuyo objetivo general fue estimar la prevalencia de TEPT en esta población, así

como comparar estrategias de afrontamiento en mujeres maltratadas con y sin dicho trastorno<sup>1</sup>. La hipótesis que guía este estudio es que la presencia de sintomatología de TEPT se asociará con la presencia de estrategias de afrontamiento disfuncionales, en particular de aquellas vinculadas con la evitación.

## Método

### *Participantes y procedimiento*

La muestra fue de tipo propositivo o intencional, no probabilística, conformada por mujeres que habían sufrido o estaban sufriendo violencia en su pareja al momento de la encuesta, y que estaban siendo asistidas en instituciones especializadas en dicha problemática de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y conurbano bonaerense.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres mayores de 18 años con antecedentes de maltrato por parte de su pareja, que se encontraran asistiendo a un dispositivo grupal focalizado en la temática, a un tratamiento psicológico individual, o a ambos tipos de dispositivos, y que estuviesen dispuestas a participar en la investigación. Se entregaron 130 encuestas en instituciones orientadas específicamente a la problemática. 27 mujeres no devolvieron los cuestionarios. De los 103 casos restantes, se excluyeron 2 casos que no cumplían con los criterios de inclusión (por no corresponderse los datos con la presencia de maltrato en la pareja). De los 101 datos recolectados, se excluyeron 10 casos que no completaron los cuestionarios correspondientes a las variables más relevantes del estudio. Dado que los criterios de exclusión fueron la presencia de esquizofrenia u otros trastor-

nos psicóticos en fase aguda, y trastorno bipolar en fase aguda o retraso mental, se excluyeron 4 casos cuyas respuestas en la Entrevista Clínica Breve Semiestructurada implicaron la posibilidad de estar cursando una fase aguda de alguno de estos trastornos al momento de completar la encuesta. De acuerdo con las pautas éticas vigentes (American Psychological Association, 2002, 2010) estas mujeres, así como aquellas que evidenciaron riesgo suicida, fueron orientadas y remitidas a los dispositivos de atención específicos de la institución en la que se encontraban asistiendo y/o a otras instituciones públicas específicas.

Las participantes promediaron los 40 años de edad ( $M = 42.79$ ;  $DE = 10.65$ ) y en su mayoría tenían uno o más hijos (89.7%). En cuanto a la nacionalidad, en su mayoría eran argentinas (92.9%). El nivel educativo predominante fue universitario incompleto (23.0%). Alrededor de la mitad consignó estar empleada (30.2%) o trabajar por cuenta propia (20.9%). Más de la mitad (57.5%) refirió ser el sostén económico de su hogar. Respecto de su estado civil, más de un tercio refirió estar separada (34.5%). La mayoría (82.4%) consignó no estar conviviendo con el agresor al momento de completar la encuesta. Las características sociodemográficas generales se muestran en la Tabla 1.

En relación con el maltrato sufrido, en promedio las participantes refirieron haberlo padecido por más de 10 años ( $M = 12.27$ ;  $DE = 9.35$ ). El 98.8% consignó haber padecido maltrato de tipo psicológico, el 86% maltrato físico y el 45.3% maltrato de tipo sexual. Al analizarse los porcentajes de los tipos de maltrato combinados, el 43% de la muestra consignó los tres tipos, mientras que el 41.9% refirió haber padecido maltrato psicológico y físico solamente, y el 3.5% solo maltrato psicológico y sexual. La modalidad de maltrato más frecuentemente

<sup>1</sup> Tesis Doctoral de la primera autora, financiada por dos Becas Internas Doctorales otorgadas por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las participantes

		MEDIA (DE)	RANGO
Edad		42.79 (10.65)	19-69
Cantidad de hijos		2.35 (1.16)	1-7
Duración del maltrato en años		12.27 (9.35)	0.58-35
		N	%
Nacionalidad	Argentina	78	92.9
	Paraguaya	3	3.6
	Uruguaya	1	1.2
	Peruana	1	1.2
	Estadounidense	1	1.2
	Dato perdido	3	3.6
Estado civil	Soltera	18	20.7
	En pareja	6	6.9
	Casada	14	16.1
	Separada	30	34.5
	Divorciada	18	20.7
	Viuda	1	1.1
Nivel educativo	Primaria incompleta	6	6.9
	Primaria completa	10	11.5
	Secundaria incompleta	14	16.1
	Secundaria completa	16	18.4
	Terciario incompleto	7	8
	Terciario completo	8	9.2
	Universitario incompleto	20	23.0
	Universitario completo	6	6.9
Ocupación	Ama de casa	14	16.3
	Empleada doméstica	6	7
	Empleada	26	30.2
	Trabaja por cuenta propia	18	20.9
	Profesional	6	7
	Desempleada	10	11.6
	Otra	6	7
	Dato perdido	1	0.87

referida fueron los episodios de maltrato psicológico categorizados como insultos, amenazas, humillación y/o desvalorización (96.5%), seguida de los episodios de maltrato físico de severidad leve (empujones, forcejeos, rasguños, tirones de

pelo) (74.4%) y de severidad moderada (bofetadas, golpizas, mordeduras, encierro) (66.3%). En cuanto al tiempo transcurrido desde el último episodio de maltrato físico, la media fue de 3.43 años ( $DE = 4.39$ ; Mínimo = 0; Máximo = 20). El 65.4%

refirió haber recibido tratamiento psicológico (individual) a causa del maltrato sufrido. El 81.5% consignó haber asistido a un grupo de ayuda mutua abocado a la temática.

Los datos fueron recabados en diversos centros de asistencia de la problemática (Centros Integrales de la Mujer, Organizaciones No Gubernamentales). En primer lugar se procedió a obtener el consentimiento de las autoridades de cada centro. Luego se obtuvo el consentimiento informado de cada participante, de manera que cada una voluntariamente aceptaba o no formar parte de la investigación, independientemente del consentimiento de la institución y del tratamiento brindado por ésta. Los cuestionarios eran auto-administrables y fueron completados cuando las participantes finalizaban los encuentros grupales semanales o su sesión individual.

#### *Instrumentos*

*Cuestionario Socio-Demográfico.* Este cuestionario fue diseñado específicamente para esta investigación y recabó aspectos tales como la edad, el estado civil, el nivel educativo, la ocupación, la presencia y cantidad de hijos, la duración del maltrato padecido, la convivencia con el agresor, el padecimiento de episodios de abuso físico, y el momento de consulta por este problema.

*Cuestionario de Violencia Doméstica.* Este cuestionario se basó en la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta, & Sauca, 1994; en Echeburúa & Corral, 1998) y evaluó a través de 20 ítems el tipo de violencia padecida (psicológica, física, y/o sexual), las características de los episodios de maltrato, la presencia de maltrato físico durante el noviazgo y/o embarazo, los medios empleados por el agresor y la

percepción de riesgo en los episodios de violencia sufridos.

*Escala de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático.* Este instrumento se basó en la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de Echeburúa y colaboradores (1997). Constó de dos partes: una en la que se solicitó describir brevemente algún suceso considerado traumático vinculado con el maltrato sufrido, cuándo tuvo lugar y si se experimentaba malestar en relación con el mismo; y otra formada por 17 ítems en formato tipo Likert que evaluaban presencia y severidad de la sintomatología de este trastorno según criterios del DSM IV-TR, en sus tres subgrupos (re-experimentación, evitación y aumento de la activación). Los autores de la mencionada escala han dado cuenta de sus buenas propiedades psicométricas (Echeburúa, et al., 1997).

*Cuestionario sobre Situaciones Problemáticas de la Vida.* Este instrumento está basado en el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRI; Moos, 1993), adaptación UBA-CONICET (Ongarato, de-la-Iglesia, Stover, & Fernández-Liporace, 2009), y evaluó respuestas y estrategias de afrontamiento frente al estrés. Las propiedades psicométricas de la escala adaptada en nuestro medio resultaron adecuadas, hallándose cuatro factores: *aproximación cognitiva, aproximación conductual, evitación cognitiva y evitación conductual.* Se evaluó este instrumento en una amplia muestra, destacándose la confirmación del modelo empírico tetrafactorial que evalúa el afrontamiento de acuerdo con su dirección (aproximación/evitación) y su método (cognitivo/conductual) (Rial-Boubeta, De-la-Iglesia, Ongarato, & Fernández-Liporace, 2011). El inventario consta de dos partes: una primera en la que se describe una situación problemática que haya tenido lugar en los 12 meses previos, y la segunda, de 22 ítems, dividida en cuatro

subescalas: *afrontamiento por aproximación conductual*, *afrontamiento por aproximación cognitiva*, *afrontamiento por evitación conductual* y *afrontamiento por evitación cognitiva*, en formato tipo Likert.

*Entrevista Estructurada de Evaluación de Estrategias Adaptativas en Mujeres Maltratadas.* Esta entrevista evaluó a través de 23 ítems las estrategias de afrontamiento empleadas por las mujeres ante esta problemática, vinculadas con la búsqueda de ayuda y las creencias asociadas con ella, la percepción de los recursos formales e informales de apoyo, y los significados atribuidos tanto a la experiencia de maltrato en sí misma como a su capacidad percibida de control de los acontecimientos (Miracco, Rutzstein, Keegan et al., no publicada). Presenta un formato tipo Likert de 3 opciones (1 = *casi nunca*, 2 = *a veces* y 3 = *casi siempre*). Se sometió esta entrevista a evaluación por parte de cinco expertos en la temática con el fin de verificar la pertinencia de las preguntas. Luego de la incorporación de las modificaciones sugeridas se procedió a entrevistar a 10 mujeres que habían padecido este tipo de maltrato con el fin de determinar si las preguntas resultaban pertinentes, resultando la entrevista clara y comprensible para las participantes. Para evaluar la fiabilidad de la misma se realizó un análisis de consistencia interna, el que arrojó un coeficiente favorable (alfa de Cronbach = .858). Se encontraron asociaciones significativas entre los puntajes totales de esta entrevista y algunas subescalas del CRI (con aproximación cognitiva-  $r = .265$ ;  $p = .014$ - y conductual-  $r = .364$ ;  $p = .001$ -, y evitación conductual-  $r = .226$ ;  $p = .037$ ).

*Entrevista Clínica Breve Semi-Estructurada.* Esta entrevista se basó en la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), DSM-IV (Sheehan et al., 1998, traducción de Ferrando, Bobes & Gibert, 2000). Fue confeccionada especialmente

para la identificación de sintomatología principal de trastornos mentales severos - trastorno bipolar, trastornos psicóticos-; incluyendo 13 preguntas. Las opciones de respuesta fueron dicotómicas (Sí = presencia de sintomatología; No = ausencia de sintomatología). Ante caso afirmativo se procedía a verificar la presencia de dichos síntomas por medio de preguntas adicionales con el fin de chequear la presencia de los criterios de exclusión (trastorno bipolar o psicótico en fase aguda).

#### *Análisis de datos*

El análisis de los datos se realizó mediante *software* con el programa estadístico Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, versión 19 (SPSS 19). Se realizaron análisis descriptivos de las variables. Para responder a los objetivos del presente estudio se analizaron asociaciones entre diversas variables (correlaciones  $r$  de Pearson). Se informa el intervalo de confianza como indicador de la potencia.

## **Resultados**

El 39.1% de la muestra cumplió los criterios requeridos para el diagnóstico de TEPT, mientras que un 18.4% evidenció un TEPT *parcial* o subsindrómico, de acuerdo con los criterios de Echeburúa et al. (2002). La Tabla 2 muestra las medidas de TEPT y afrontamiento.

Respecto del objetivo específico del presente estudio, se encontraron diversas asociaciones estadísticamente significativas entre las variables de afrontamiento y presencia y grado de severidad de sintomatología de TEPT. Así, el puntaje total de TEPT correlacionó de modo positivo y moderado (Cohen, 1988; Ferguson, 2009) con la estrategia de evitación cognitiva, mientras que lo hizo de modo negativo y bajo con evitación conductual. Es decir, las mujeres que pre-



Tabla 2. Medias, desvíos y rango de medidas de TEPT y afrontamiento

		<i>M</i>	<i>DE</i>	MIN-MAX
ESCALA DE SINTOMAS DE TEPT	TEPT Total	19.22	12.25	0-49
	Re-experimentación	5.26	3.82	0-15
	Evitación	7.75	5.89	0-21
	Activación	6.21	4.32	0-15
CRI	Aproximación cognitiva	2.86	0.52	1.43-4
	Aproximación conductual	2.50	0.60	1-4
	Evitación cognitiva	2.45	0.65	1-4
	Evitación conductual	2.64	0.68	1-4
ENTREVISTA ESTRATEGIAS ADAPTATIVAS	Estrategias adaptativas Total	53.39	7	37-68

Tabla 3. Asociaciones entre Puntuaciones de la Escala de Síntomas de TEPT y CRI y Estrategias Adaptativas de Afrontamiento

Escala de Síntomas de TEPT	CRI-Aproximación				CRI-Evitación				Estrategias Adaptativas	
	Cognitiva		Conductual		Cognitiva		Conductual		<i>r</i>	IC 95%
	<i>r</i>	IC 95%	<i>r</i>	IC 95%	<i>r</i>	IC 95%	<i>r</i>	IC 95%		
TEPT Total	.05	[-.17,.26]	-.05	[-.25,.15]	.38***	[.18,.54]	-.24*	[-.44,-.04]	-.12	[-.32,.10]
Re-experimentación	.21	[.00,.38]	.10	[-.13,.31]	.21	[-.04,.41]	-.10	[-.32,.14]	.02	[-.19,.25]
Evitación	.05	[-.22,.30]	-.01	[-.21,.21]	.41***	[.22,.56]	-.17	[-.37,.03]	-.09	[-.28,.11]
Activación	-.11	[-.30,.11]	-.21*	[-.40,.00]	.35**	[.14,.53]	-.38***	[-.56,-.17]	-.24*	[-.43,-.01]

Nota. TEPT = Trastorno de estrés postraumático; CRI = Cuestionario sobre situaciones problemáticas de la vida; *r* = Correlación de Pearson; IC = Intervalo de confianza. \**p* < .05; \*\**p* < .01; \*\*\**p* < .001

sentaron más síntomas de TEPT evidenciaron mayor empleo de estrategias de afrontamiento vinculadas con la evitación cognitiva y menor empleo de estrategias de afrontamiento vinculadas con la evitación conductual.

Considerando las subescalas del TEPT, se detectó una asociación positiva y moderada entre aquella de evitación y la subescala de evitación cognitiva del CRI. Finalmente, la presencia de activación se asoció negativamente con aproximación conductual (aunque de forma baja) y evitación conductual (de forma moderada), y por el contrario, lo hizo de forma positiva y moderada con evitación cognitiva. Es decir, las mujeres con mayor presencia de síntomas de activación evidenciaron menos estrategias conductuales en general, y más

estrategias de afrontamiento vinculadas con la evitación cognitiva. Finalmente, y de manera congruente con estos últimos resultados, se halló una asociación negativa y baja entre la presencia de síntomas de activación y el empleo de estrategias adaptativas de afrontamiento ante la situación de maltrato. Estos resultados se muestran en la Tabla 3.

## Discusión

El objetivo del presente estudio fue analizar la relación entre el afrontamiento y la presencia de sintomatología de TEPT en mujeres maltratadas por su pareja. En primer lugar, se halló una asociación estadísticamente significativa y moderada entre la presencia y severidad de síntomas de

TEPT y la presencia de estrategias de evitación cognitiva. Esto implica que las mujeres que presentaron más síntomas de TEPT evidenciaron un mayor empleo de estrategias de afrontamiento vinculadas con la evitación cognitiva, de manera congruente con lo esperado. Este tipo de estrategias implican fantasear con otro estado de cosas, dejar que los acontecimientos sucedan sin intervenir sobre ellos en función de una idea de destino, posponer el pensar sobre la situación conflictiva, y/o negar la seriedad del problema. Se ha señalado que el afrontamiento focalizado en la emoción (incluida la evitación, vs. el afrontamiento enfocado en el problema) se asociaría con una mayor presencia de síntomas de TEPT en mujeres maltratadas por su pareja (Flanagan et al., 2014; Lilly et al., 2010). Esto podría deberse a que la presencia de malestar asociada con el TEPT desencadenaría una búsqueda de estrategias predominantemente orientadas a aliviarlo. Sin embargo, se ha encontrado que el afrontamiento evitativo tendría un impacto negativo sobre la sintomatología de TEPT en esta población (Krause et al., 2008). En la misma línea, Flicker et al. (2012) encontraron que a mayor presencia de desconexión (evitación), negación y autoinculpación, se observaba una mayor presencia de dicha sintomatología. Estos hallazgos implican que si las mujeres en este contexto intentan desconectarse sistemáticamente de los pensamientos, recuerdos y emociones vinculados con las situaciones traumáticas de maltrato, a largo plazo esta estrategia incrementa el malestar.

Por otra parte, según algunos estudios el diagnóstico de TEPT o de depresión mayor en el último año se asociaría con un aumento en la probabilidad de conductas de búsqueda de ayuda formal, como la consulta profesional (Krause et al., 2008; Lewis et al., 2005). Por lo tanto, si bien la presencia de estos trastornos puede interferir con el empleo de estrategias adaptativas de afron-

tamiento, también puede conducir a la búsqueda de ayuda que, a su vez bien encauzada, puede redundar en un afrontamiento más saludable a medio y largo plazo. Sin embargo, es posible que la consulta resulte tardía en cuanto al costo en sentido amplio, en términos de tiempo y disfuncionalidad en la vida cotidiana, para muchas de estas mujeres. Por otro lado, el abordaje clínico de esta población debería otorgar un papel central al TEPT (Calvete et al., 2007; Echeburúa et al., 1998; Sarasua & Zubizarreta, 2000). De no tratarse dicho trastorno, la mujer que lo padece estará en peores condiciones para beneficiarse de los recursos disponibles y le resultará más difícil sostener el ya complejo proceso de afrontar su situación. El abandono de tratamientos y el retiro de denuncias podrían deberse en parte a este fenómeno, así como a la desesperanza derivada de la cronificación del cuadro (Montero-Gómez, 2001).

Las mujeres con mayor presencia de síntomas de TEPT evidenciaron un menor empleo de estrategias de evitación conductual. Este tipo de estrategias implican actividades que permiten la descarga emocional y la búsqueda de recompensas alternativas, tales como leer para distraerse, escuchar música, o entablar nuevos vínculos. La relación inversa hallada entre estas variables podría sugerir que este tipo de estrategias, que serían saludables en cierta medida, son más difícilmente empleadas por las mujeres con dicho cuadro. Sería necesario el distanciamiento del problema en algunos momentos para poder afrontarlo saludablemente. En este sentido, y más específicamente, los resultados hallados señalan que la presencia de síntomas de activación vinculados con el TEPT interferiría con la implementación de estrategias adaptativas en esta población. Las mujeres con este trastorno tenderían a emplear más la evitación cognitiva, mientras que les resultaría más difícil llevar a cabo estrategias funcionales de

aproximación al problema así como actividades distractoras y relajantes. En este aspecto, sin embargo, lo hallado difiere de lo señalado por otros investigadores en cuanto a la relación inversa entre TEPT y estrategias funcionales de afrontamiento. En el estudio de Flicker et al. (2012) ninguna estrategia se asoció de manera negativa con TEPT. Por otra parte, también se halló una asociación entre los puntajes de la subescala de activación de TEPT y las estrategias de afrontamiento evaluadas por el CRI. Más específicamente, a mayor presencia de síntomas de activación se evidenció una mayor presencia de evitación cognitiva, así como una menor presencia de estrategias conductuales, tanto por aproximación como por evitación. Esto resulta coherente si pensamos que los síntomas de activación implican dificultades de concentración, trastornos del sueño, hiperalerta, que interferirían con la implementación de estrategias adaptativas. Asimismo, las mujeres con mayor presencia de estos síntomas lucharían más contra ellos, es decir, tenderían más a la evitación cognitiva, aunque sin éxito. Sin embargo, no se halló tal asociación para las otras dos subescalas de TEPT, de manera contraria a lo esperado, aunque en el caso de la reexperimentación la asociación se acercó mucho al nivel de significación, en particular con las estrategias cognitivas, tanto por aproximación como por evitación, también de forma esperable. Las mujeres con este tipo de síntomas intentarían deshacerse de los pensamientos, recuerdos e imágenes mientras que el efecto logrado (mayor presencia de estos síntomas), conduciría a la rumiación acerca de los mismos. El hecho de que los valores referidos a esta variable no hayan resultado estadísticamente significativos podría deberse al tamaño de la muestra.

Las estrategias conductuales mencionadas resultarían saludables en combinación con estrategias focalizadas en el problema, tanto a nivel cognitivo como a nivel conductual (Echeburúa et al., 1998; Shepherd-McMullen et al., 2015). Es decir, un aspecto clave sería la flexibilidad en las estrategias empleadas. El afrontamiento de esta problemática implicaría un proceso dinámico y complejo, que puede tomar diversas formas tanto entre las diferentes mujeres que la atraviesan, como para una misma mujer a lo largo del tiempo, y para distintos dominios o aspectos de la situación (Barnett, 2000, 2001; Bauman, Haaga, & Dutton, 2008; Cluss et al., 2006; Flicker et al., 2012; Muñoz-Cobos et al., 2009). Los dispositivos de atención clínica de esta población deberían contemplar dicha complejidad y analizar las diversas estrategias implementadas, fomentando su flexibilidad y potenciando el empleo de aquellas más adaptativas (Shepherd-McMullen et al., 2015).

Entre las implicancias de estos resultados para la clínica con esta población debe señalarse el papel de la exposición como ingrediente activo de probada eficacia para el tratamiento del TEPT (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009). Particularmente en esta población la terapia debería abordar por medio de la psicoeducación y la exposición los efectos de la violencia sufrida y sus secuelas traumáticas sobre la salud mental de las mujeres afectadas (Echeburúa et al., 1998; Kubany et al., 2004). La promoción de actitudes de aceptación de las experiencias internas y la práctica de habilidades de atención plena o *mindfulness* (Kabat-Zinn et al., 1992) también podrían resultar beneficiosas para contrarrestar la evitación cognitiva asociada con el TEPT y sus consecuencias en las mujeres maltratadas (Dutton, Bermudez, Matás, Majid, & Myers, 2011).

Este estudio presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra representa una limitación importante a considerar, así como la baja magnitud de algunas asociaciones encontradas. Esto sugiere que los resultados sean interpretados con cautela. Por otra parte, este estudio es de corte transversal. Para conocer el papel de diversas variables posiblemente mediadoras o moderadoras de la relación entre TEPT y afrontamiento se requiere de otros análisis, profundizando en los aspectos psicométricos de algunas medidas empleadas en este estudio, así como de estudios longitudinales evaluándose y controlándose otros aspectos, tales como la presencia de depresión clínica y de rumiación, el apoyo social percibido o el momento o fase del proceso de afrontamiento (Cluss et al., 2006; Muñoz-Cobos et al., 2009; Prochaska & DiClemente, 1982). Finalmente, y en relación con este último punto, la mayoría de las participantes de este estudio estaban separadas del agresor al momento de la encuesta. Los resultados evidenciaron los deletéreos efectos a largo plazo de esta

problemática. Sin embargo, sería importante poder evaluar estas cuestiones en fases previas para favorecer el incremento de la seguridad y la calidad de vida de las mujeres afectadas por esta problemática, y disminuir el riesgo de revictimización en esta población (Iverson et al., 2013).

#### Agradecimientos

Agradecemos la colaboración de los directivos y profesionales de las Organizaciones No Gubernamentales y Centros Integrales de la Mujer de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires que posibilitaron llevar a cabo la presente investigación, y muy especialmente la participación de las mujeres que brindaron sus testimonios y completaron los cuestionarios compartiendo vivencias sumamente dolorosas e íntimas. A ellas nuestro más sincero agradecimiento

Artículo recibido: 11-03-2015  
aceptado: 22-11-2015

## Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fifth Edition. (DSM-5). Washington DC: APA.
- American Psychological Association. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (s.f.). Reprint corrections, Publication of the American Psychological Association, Sixth Edition. Recuperado de: <http://www.apastyle.org/manual/corrections-faqs.aspx>
- American Psychological Association (APA). (2002). Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct. Consultado en: <http://www.apa.org/ethics/code2002.pdf>.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.
- Arias, I., & Pape, K. T. (1999). Psychological abuse: Implications for adjustment and commitment to leave violent partners. *Violence and Victims*, 14, 55-67.
- Barnett, O. W. (2000). Why battered women do not leave, part 1. External inhibiting factors within society. *Trauma Violence & Abuse*, 1, 343-372.
- Barnett, O. W. (2001). Why battered women do not leave, part 2. External inhibition factors - social support and internal in-

- hibition factors. *Trauma, Violence & Abuse*, 2, 3-35.
- Bauman, E., Haaga, D., & Dutton, M. A. (2008). Coping with intimate partner violence (IPV): Battered women's use and perceived helpfulness of emotion-focused coping strategies. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 17, 23-41.
- Bernhard, L. A. (2000). Physical and sexual violence experienced by lesbian and heterosexual women. *Violence Against Women*, 6, 68-79.
- Blanco-Prieto, P. (2004). Consecuencias de la violencia sobre la salud de las mujeres. La detección precoz en consulta. En C. Ruiz-Jarabo Quemada & P. Blanco-Prieto (Eds.) *La violencia contra las mujeres. Prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (pp. 81-96). Madrid: Díaz de Santos.
- Calvete, E., Corral, S., & Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence Against Women*, 14, 886-904.
- Calvete, E., Estévez, A., & Corral, S. (2007). Trastorno por estrés posttraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19, 446-451.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*, 2nd edition. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cluss, P. A., Chang, J. C., Hawker, L., Hudson-Scholle, S., Dado, D., Buranosky, R., & Goldstrohm, S. (2006). The process of change for victims of intimate partner violence: Support for a psychological readiness model. *Women's Health Issues*, 16, 262-274.
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International Journal of Family Medicine*. Descargado de: <http://www.researchgate.net/publication/235691986>, 16 de noviembre de 2015.
- Dutton, M. A., Bermudez, D., Matás, A., Majid, H., & Myers, N. L. (2011). Mindfulness-based stress reduction for low-income, predominantly African American women with PTSD and a history of intimate partner violence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 23-32.
- Echeburúa, E., Amor, P. J., & Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: Variables relevantes. *Acción Psicológica*, 2, 135-150.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (1998). *Manual de Violencia Familiar*. Quinta Edición. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés posttraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: A guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40, 532-538.
- Finn, J. (1985). The stresses and coping behaviors of battered women. Social casework. *The Journal of Contemporary Social Work* (June), 341-349.
- Flanagan, J. C., Jaquier, V., Overstreet, N., Swan, S. C., & Sullivan, T. P. (2014). The mediating role of avoidance coping between intimate partner violence (IPV) victimization, mental health, and substance abuse among women experiencing bidirectional IPV. *Psychiatry Research*, 220, 391-396.
- Flicker, S. M., Cerulli, C., Swogger, M. T., & Talbot, N. L. (2012). Depressive and post-traumatic symptoms among women seeking protection orders against intimate partners: Relations to coping strategies and perceived responses to abuse disclosure. *Violence Against Women*, 18, 420-436.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for PTSD. Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. (2nd ed.) New York: Guilford Press.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Heise, L., & Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, & R. Lozano (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 87-121). Geneva: World Health Organization.
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia*. Madrid: Espasa Calpe.
- Houskamp, B. M., & Foy, D. W. (1991). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6, 367-375.
- Iverson, K. M., Litwack, S. D., Pineles, S. L., Suvak, M. K., Vaughn, R. A., & Resick, P. A. (2013). Predictors of intimate partner violence revictimization: The relative impact of distinct PTSD symptoms, dissociation, and coping strategies. *Journal of Traumatic Stress*, 26, 102-110.
- Jewkes, R., Sen, P., & Garcia-Moreno, C. (2002). Sexual vio-

- lence. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy, A. B. Zwi, & R. Lozano (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 147–181). Geneva: World Health Organization.
- Jones, L., Hughes, M., & Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence & Abuse*, 2, 99-119.
- Kabat-Zinn, J., Massion, A. O., Kristeller, J., Peterson, L. G., Fletcher, K., Pbert, L., ... Santorelli, S. F. (1992). Effectiveness of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders. *American Journal of Psychiatry*, 149, 936-943.
- Kemp, A., Green, B. L., Hovanitz, C., & Rawlings, E. I. (1995). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in battered women: Shelter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 43-55.
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L., & Dutton, M. A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: A longitudinal study. *Journal of Traumatic Stress*, 21, 83-90.
- Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., & Williams, P. L. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 3-18.
- Labrador, F. J., & Alonso, E. (2005). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctima de violencia doméstica: Un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76/77, 47-65.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. 2º ed. Barcelona: Martínez Roca.
- Lewis, S. F., Resnick, H. S., Ruggiero, K. J., Smith, D. W., Kilpatrick, D. G., Best, C. L., & Saunders, B. E. (2005). Assault, psychiatric diagnoses, and sociodemographic variables in relation to help-seeking behavior in a national sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 18, 97–105.
- Lilly, M. M., & Graham-Bermann, S. A. (2010). Intimate partner violence and PTSD: The moderating role of emotion-focused coping. *Violence and Victims*, 25, 604-16.
- Menaghan, E. G. (1983). Individual coping efforts: Moderators of the relationship between life stress and mental health outcomes. En H. B. Kaplan (Ed.), *Psychosocial stress: Trends in theory and research* (pp. 157-191). New York: Academic Press.
- Mitchell, M. D., Hargrove, G. L., Collins, M. H., Thompson, M. P., Reddick, T. L., & Kaslow, N. J. (2006). Coping variables that mediate the relation between intimate partner violence and mental health outcomes among low-income African American women. *Journal of Clinical Psychology*, 6, 1503–1520.
- Mitchell, R. E., & Hodson, C. A. (1983). Coping with domestic violence: Social support psychological health among battered women. *American Journal of Community Psychology*, 11, 629-654.
- Montero-Gómez, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: Una propuesta teórica. *Clinica y Salud*, 12, 371-397.
- Moos, R. (1993). *Coping Responses Inventory Adult Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Muñoz-Cobos, F., Burgos-Varo, M. L., Carrasco-Rodríguez, A., Martín-Carretero, M. L., Río-Ruiz, J., Ortega-Fraile, I., & Villalobos-Bravo, M. (2009). El torbellino de la violencia. Relatos biográficos de mujeres que sufren maltrato. *Atención Primaria*, 41, 493-500.
- Ongarato, P., de-la-Iglesia, G., Stover, J. B., & Fernández-Liporace, M. (2009). Adaptación de un Inventario de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes y Adultos. *Anuario de Investigaciones*, 16, 383-391.
- Organización de las Naciones Unidas (2013). Campaña del Secretario General de Naciones Unidas. Únete para poner fin a la violencia contra las mujeres. Disponible en: <http://www.un.org/es/women/endviolence/orangedaymay2013.shtml>
- Organización Mundial de la Salud (2002). Informe sobre la salud en el mundo 2002. Reducir los riesgos y promover una vida sana. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2002/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2011). Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/gdr-prevencion-violencia-por-la-pareja-contras-las-mujeres.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Resumen de orientación. Disponible en: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564625/es/>

- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19*, 276-288.
- Rial-Boubeta, A., de-la-Iglesia, G., Ongarato, P., & Fernández-Liporace, M. (2011). Dimensionalidad del Inventario de Afrontamiento para adolescentes y universitarios. *Psicothema, 23*, 464-474.
- Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe
- Sheehan, D.V., Lecrubier, Y., Harnett-Sheehan, K., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., ... Dunbar, G. (1998). The M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview. *Journal of Clinical Psychiatry, 59*, 22-33.
- Shepherd-McMullen, C., Mearns, J., Stokes, J. E., & Mechanic, M. B. (2015). Negative mood regulation expectancies moderate the relationship between Psychological Abuse and Avoidant Coping. *Journal of Interpersonal Violence, 30*, 1553-1566.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin, 129*, 216-269.
- Walker, L. E. (1994). *Abused women and survivor therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Woods, S. J. (2005). Intimate partner violence and post-traumatic stress disorder symptoms in women: What we know and need to know. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 394-402.