

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA Y RELACIONES HUMANAS

TESIS DE GRADO

TÍTULO A OBTENER: LIC.EN PSICOLOGÍA

TEMA: *TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y DESESPERANZA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO DE TRES PARTIDOS DE ZONA SUR DEL CONURBANO BONAERENSE*

ALUMNO: Griselda Noemí Sotelo

LEGAJO: 5021

TUTOR: Lic. Alejandra Aguiño Prieto

Noviembre 2021

Agradecimientos

Quiero dar gracias a los docentes que me acompañaron en este proceso tan impensado a mi edad, a mis compañeros que aun en las diferencias siempre me han hecho sentir una igual, incluida, querida y respetada, colaborando en este camino que alguna vez soñé y hoy concreto felizmente.

Gracias a mi familia que han sido tan pacientes y solidarios en darme una mano y no soltarme nunca.

A mi persona favorita, quien con su dulce compañía entre apuntes, textos y desvelos ha estado a mi lado como el mejor de los compañeros, mi amado hijo Valentino.

Y no me quiero olvidar de Lic. Alejandra Aguiño Prieto, profesora y tutora que admiro, quien me alienta a ser una profesional comprometida y con valores éticos.

Resumen

El objetivo del siguiente trabajo es indagar si existen relaciones significativas entre las variables Desesperanza y Trastorno de Estrés Postraumático en un grupo de 60 mujeres víctimas de violencia de género con edades comprendidas entre 18 y 69 años de edad, que habían radicado denuncias en las Comisarías de la Mujer de los partidos de Quilmes, Berazategui y Florencio Varela de Zona Sur del Conurbano Bonaerense. Los instrumentos utilizados son la Escala de Gravedad de Síntomas Revisada [EGS-R] (Echeburúa et al., 1997) en su versión al español (Echeburúa et al., 2016), la Hopelessness Scale (Escala de Desesperanza, HS; Beck et al., 1974) en su versión validada para población argentina (Mikulic, et. al., 1998) y un cuestionario de datos sociodemográficos ad-hoc diseñado para los objetivos del estudio. La hipótesis general se refutó, sin embargo, se encontró una relación estadísticamente significativa y positiva, entre la desesperanza y la dimensión síntomas disociativos del TEPT, de manera que, a mayor grado de desesperanza mayor resulta la experimentación de di en las víctimas. A su vez, se corroboró que el mayor porcentaje de la muestra de mujeres víctimas de violencia de género poseen un nivel nulo o mínimo de Desesperanza y que no existen diferencias en la variable sociodemográfica culto o religión para la Desesperanza. Finalmente, se han encontrado diferencias significativas en las variables sociodemográficas estado civil, zona de residencia, nivel educativo, tipo de violencia y motivos por los cuales no han denunciado anteriormente.

Palabras clave: TEPT – Desesperanza – Violencia de Género.

Abstract

The objective of the following work is to investigate whether there are significant relationships between the variables Hopelessness and Post-traumatic stress disorder in a group of 60 women victims of gender violence aged between 18 and 69 years old, who had filed complaints in the Police Stations of Women from the Quilmes, Berazategui and Florencio Varela parties from the South Zone of Buenos Aires. The instruments used are the Revised Symptom Severity Scale [EGS-R] (Echeburúa et al., 1997) in its Spanish version (Echeburúa et al., 2016), the Hopelessness Scale (Escala de Desesperanza, HS; Beck et al., 1974) in its version valid for the Argentine population (Mikulic, et. al., 1998) and an ad-hoc sociodemographic data questionnaire designed for the purposes of the study. The general hypothesis was refuted, however, a statistically significant and positive relationship was found between hopelessness and the dissociative symptoms dimension of TEPT, so that, the higher the hopelessness, the greater the experience of dissociative symptoms in the victims. In turn, it was corroborated that the highest percentage of the sample of women victims of gender violence have a null or minimal level of Hopelessness and that there are no differences in the sociodemographic variable cult or religion for Hopelessness. Finally, significant differences have been found in the sociodemographic variables, marital status, area of residence, educational level, type of violence and reasons for which they have not previously reported.

Keywords: TEPT - Hopelessness - Gender Violence.

Índice General

Agradecimientos **2**

Resumen **3**

Abstract **4**

Índice General **5**

Índice de Gráficos **7**

Índice de Tablas **8**

Capítulo I **9**

1. Introducción 9

1.1. Planteamiento del Problema 9

1.2. Justificación y Relevancia 12

1.3. Objetivos 13

1.4. Hipótesis 14

Capítulo II **15**

2. Marco Teórico 15

2.1. Desesperanza 15

2.2. Trastorno de Estrés Postraumático 18

2.3. Violencia de Género 22

2.4. Estado del Arte 25

Capítulo III **29**

3. Metodología de la Investigación 29

3.1. Tipo de Estudio y Diseño 29

3.2. Muestreo 29

3.3. Participantes 29

3.4. Instrumentos 30

3.5. Procedimiento 31

Capítulo IV 32

4. Resultados 32

4.1. Caracterización de la Muestra 32

4.2. Descripción de Variables 35

4.3. Prueba de normalidad 36

4.4. Correlación 36

4.5. Análisis de las Diferencias de Grupos 37

Capítulo V 41

5. Discusión 41

5.1. Limitaciones 43

5.2. Líneas de Investigación Futuras 43

Bibliografía 44

Anexos 53

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribución de la Variable Estado Civil. 32

Gráfico 2. Distribución de la Variable Zona de Residencia. 32

Gráfico 3. Distribución de la Variable Nivel Educativo. 33

Gráfico 4. Distribución de la Variable Culto o Religión. 33

Gráfico 5. Distribución de la Variable Tipo de Violencia. 34

Gráfico 6. Distribución de la Variable Motivos para No Denunciar. 34

Índice de Tablas

Tabla I. Descripción de la Variable Desesperanza. 35

Tabla II. Descripción de la Variable Trastorno de Estrés Postraumático y sus Dimensiones. 35

Tabla III. Descripción de la Dimensión Áreas Afectadas por el Suceso Traumático del TEPT. 35

Tabla IV. Correlación entre Variables. 36

Tabla V. Diferencias Grupales en la Variable Sociodemográfica Estado Civil. 37

Tabla VI. Diferencias Grupales en la Variable Sociodemográfica Zona de Residencia. 37

Tabla VII. Diferencias Grupales en la Variable Sociodemográfica Nivel Educativo. ... 38

Tabla VIII. Diferencias Grupales en la Variable Sociodemográfica Culto o Religión. . 38

Tabla IX. Diferencias Grupales en la Variable Sociodemográfica Tipo de Violencia. .. 39

Tabla X. Diferencias Grupales en la Variable Sociodemográfica Motivos para No Denunciar. 39

Capítulo I

1. Introducción

1.1. Planteamiento del Problema

La violencia contra la mujer ha sido definida por las Naciones Unidas (1993) en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer como

> *"...todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (art.1).*

En lo que respecta a la violencia de pareja, hace referencia a todo comportamiento de la pareja o ex pareja que causa daño físico, sexual o psicológico, incluyendo agresión física, coacción sexual, maltrato psicológico y/o conductas de control.

La Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021) ha dado a conocer los nuevos datos sobre el incremento de la violencia de género, los cuales arrojan cifras alarmantes. A nivel mundial 1 de cada 3 mujeres padece violencia física o sexual por parte de su compañero intimo o partener. A su vez, se destaca que las mujeres comienzan a sufrir violencia a una edad que oscila entre los 15 y los 24 años, la cual es generalmente ejercida por aquellas personas con quien mantienen una relación íntima. En este sentido, el Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, argumentó que la violencia contra la mujer se ha exacerbado por la pandemia de Covid-19.

Asimismo, en nuestro país el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INDEC] (2019) publicó el registro único de casos de violencia contra la mujer durante el periodo comprendido entre 2013-2018. En lo que respecta al total de casos de violencia contra las mujeres, los organismos públicos registraron 576.360 casos. En cuanto al tipo de registro, el 42,6% de los casos corresponden a la búsqueda de asesoramiento, orientación y

asistencia por parte de mujeres de 14 años en adelante. También, se encuentran las denuncias policiales (27,4%), las denuncias judiciales (21,8%) y, en menor medida, las llamadas de emergencia (4,7%) y la atención médica de las víctimas (1,9%). En lo que respecta a la edad de las víctimas, el mayor porcentaje de los casos (66,6%) corresponde a mujeres que tienen entre 18 y 39 años de edad; mientras que, sobre el vínculo de la víctima con el agresor, el 82,1% corresponden a un vínculo de pareja (43%) o ex pareja (39,1%). Además, en cuanto a los tipos de violencia, predomina la violencia psicológica (86,0%), seguida de la física (56,3%), la simbólica (20,1%), la económica y patrimonial (16,8%) y la sexual (7,5%). En la misma línea, la Dirección Provincial de Situaciones de Alto Riesgo y Casos Críticos dependiente del Ministerio de las Mujeres, Políticas de Género y Diversidad Sexual del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (2021) dio a conocer la última estadística que comprende la segunda mitad del año 2020.

La definición actual del Trastorno de Estrés Postraumático abarca síntomas de intrusión donde el acontecimiento traumático invade el pensamiento de forma repetida e incontrolada, re-experimentación del suceso traumático que se produce a través de recuerdos, pesadillas, flashback o reacciones fisiológicas ante estímulos similares, evitación, alteraciones del estado de ánimo y la cognición, y sensación de amenaza tras una experiencia traumática. Por consiguiente, el tipo de suceso traumático padecido puede estar vinculado con la manifestación posterior y la gravedad de ésta. En concreto, en el DSM-5 respecto de su versión anterior, los estresores se exponen de forma más explícita, y se señalan cuatro núcleos de síntomas: re-experimentación que se relaciona con revivir el hecho traumático (algo le recuerda al trauma y siente ese miedo de nuevo), evitación conductual-cognitiva (intenta evitar situaciones o personas que desencadenan recuerdos del evento traumático), alteraciones cognitivas y estado del ánimo negativo (puede manifestarse como una dificultad para concentrarse, para recordar aspectos del

evento traumático, pensamiento negativos sobre sí mismo y/o sobre el mundo, sentimientos de culpa y/o remordimiento, pérdida de interés), síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (hipervigilancia, se manifiesta con nerviosismo y estar atento al peligro constantemente) (American Psychiatric Association, 2013).

Los tipos de experiencias traumáticas que están vinculados con un mayor riesgo de provocar este trastorno son aquellos que implican violencia desarrollada entre dos personas (Kessler et al., 2017). De esta manera, la violencia de género es una de las causas más frecuentes de trauma interpersonal que pueden derivar en un trastorno po estrés postraumático (Dutton et al., 2006). La mujer que padece este diagnóstico puede mostrarse distante o emocionalmente alejada de los demás, lo que puede afectar su vida cotidiana; particularmente aquellas áreas que atañen a sus vínculos sociales, a su capacidad para trabajar u otros aspectos que implican interacciones con otros (Cloitre et al., 2018).

En este sentido, cabe destacar el concepto de desesperanza. Distintos autores han propuesto que las personas desesperanzadas poseen una expectativa negativa sobre el futuro, creyendo que no lograrán aliviar distintas sensaciones o experiencias que les resultan aversivas, negativas y/o dolorosas (Beck et al., 1975; Beck, 1986; Beck et al., 1990; Boffa et al., 2018). La esperanza se define como un estado de ánimo en el cual el sujeto considera que sus deseos son alcanzables, con lo cual, es posible pensar en la desesperanza como lo opuesto a dicho estado anímico (Diccionario de la Real Académica Española, 2021). La desesperanza suele manifestar por medio del pesimismo, no sólo hacia sí mismo sino también hacia el entorno y, particularmente, hacia el futuro. De esta manera, el sujeto desesperanzado considera a los resultados negativos como inevitables y a la vez, se percibe como incapaz de modificar ese porvenir (Ongen, 2012). Por todo ello, Grassi et al. (2010) destaca que la desesperanza no sólo puede afectar el bienestar

físico y psicológico de una persona sino también su posibilidad de recuperarse o rehabilitarse de una experiencia traumática.

Es por lo que, teniendo en cuenta todo lo anteriormente mencionado, el objetivo principal de este estudio será analizar si existen relaciones significativas entre la Desesperanza y el Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia de género, en este caso de tres partidos (Berazategui, Quilmes, Florencio Varela) de Zona Sur del Conurbano Bonaerense que es de donde se obtuvieron los datos de los participantes, así como las asociaciones que se establezcan con aspectos sociodemográficos. Con lo cual, la pregunta que motiva esta investigación es la siguiente:

¿Existe relación significativa entre la Desesperanza y el Trastorno de Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia de género?

1.2. Justificación y Relevancia

La relevancia teórica del presente estudio consiste en ampliar el conocimiento sobre la temática abordada. En este sentido, será posible conocer si existen relaciones significativas entre la Desesperanza y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) en mujeres víctimas de violencia de género de tres partidos de Zona Sur del Conurbano Bonaerense. Debido a que se trata de un contexto social particular y diferente de los estudiados hasta el momento, se destaca la importancia de realizar la presente investigación en una muestra de mujeres denunciantes en Comisarias de la Mujer y la Familia dependientes del Ministerio de Seguridad de la Provincia de Buenos Aires.

A su vez, dependiendo de los resultados, será posible desarrollar herramientas y elaborar modelos de intervención que contribuyan abordar la temática desde la contención y contemplen la formación de los funcionarios que toman el primer contacto con las mujeres violentadas que sufren este flagelo, apuntando a producir un aumento en el compromiso y la eficacia. En síntesis, se considera relevante el estudio en cuanto al

aporte de conocimientos que puede ofrecer al ámbito social y a las Comisarías de la Mujer y la Familia.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General.

Indagar si existen relaciones significativas entre la Desesperanza y el Trastorno del Estrés Postraumático en mujeres víctimas de violencia de género de tres partidos de Zona Sur del Conurbano Bonaerense.

1.3.2. Objetivos Específicos.

A- Caracterizar a la muestra según variables sociodemográficas: edad, estado civil, ocupación, nivel económico, nivel educativo, zona de residencia, si tiene o no hijos, si profesa o no religión alguna, si radicó denuncias anteriores y motivos por los que no denunció antes.

B- Describir la Desesperanza de las mujeres víctimas de violencia de género de acuerdo con cuatro niveles (nulo-mínimo, leve, moderado, alto).

C- Describir el Trastorno del Estrés Post- Traumático en mujeres víctima de violencia de género de acuerdo con cuatro dimensiones (síntomas de re-experimentación, evitación conductual-cognitiva, alteraciones cognitivas y estado del ánimo negativo, síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica).

D- Relacionar los niveles de Desesperanza con las dimensiones del Trastorno de Estrés Postraumático.

E- Comparar la Desesperanza y el Trastorno de Estrés Postraumático según variables sociodemográficas.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis General.

H1: A mayor nivel de Desesperanza en mujeres víctimas de violencia de género, mayores los niveles de las siguientes dimensiones del Trastorno de Estrés Postraumático: evitación conductual-cognitiva y; alteraciones cognitivas y estado del ánimo negativo.

1.4.2. Hipótesis Específicas.

H2: El mayor porcentaje de la muestra de mujeres víctimas de violencia de género poseen un alto nivel de Desesperanza.

H3: Existen diferencias en la variable sociodemográfica culto o religión para la Desesperanza, siendo mayores los niveles para aquellas mujeres víctimas de violencia de género que no profesan ningún culto o religión.

Capítulo II

2. Marco Teórico

2.1. Desesperanza

Concepto de Desesperanza.

La desesperanza fue planteada por Stotland (1969) como un sistema de esquemas cognitivos sobre las expectativas negativas del individuo en el marco de un futuro inmediato y/o a largo plazo. El autor se refiere a los desesperanzados como sujetos que están convencidos de que: a) no podrán salir adelante por sus propios medios, b) fracasarán en sus proyectos y d) estarán condenados a no poder solucionar los problemas que la vida les depare. El individuo sin esperanzas supone que el futuro invariablemente será negativo y que las posibilidades de alcanzar el éxito en situaciones adversas son nulas.

Este constructo está asociado a la depresión y se lo vincula a cuadros psicopatológicos. Beck (1967) lo definió como uno de los elementos fundamentales de su teoría cognitiva para la depresión, tradicionalmente conocida como la tríada cognitiva. Además, el autor refiere que la depresión obedece a la conformación de esquemas que circunscriben a la percepción negativa de sí mismo, del mundo y del futuro. En este sentido, la desesperanza constituye un importante elemento y/o componente de la depresión (Carrasco Galán, 2006). El modelo de Beck (1967) resulta uno de los más importantes conocidos hasta el momento. A partir de él, se explica el trastorno depresivo en función de la activación de una serie de esquemas que dependen del contexto y/o de la realidad. Inclusive, la teoría plantea que el proceso de ideación y riesgo suicida resulta inherente en los individuos que padecen depresión. Estas personas presentan formas inferenciales negativas acerca del futuro, al que vislumbran con desesperanza, lo que también se ha conocido como aplanamiento emocional.

Por otra parte, Beck et al. (1974) concentran criterios sobre la desesperanza y la conceptualizan como un fenómeno vinculado a la expectativa de futuro. De esta manera, las experiencias pasadas negativas influyen en las experiencias del presente, lo que genera en el individuo la pérdida de esperanzas a futuro. Asimismo, la falta de control en las experiencias vividas en el pasado también se relaciona con el futuro debido a que determinan al sujeto en el avance de la desesperanza.

Desesperanza y Autoestima.

La autoestima está íntimamente ligada a un buen ajuste y funcionamiento psicológico (Eskin et al., 2007), esto sugiere un buen juicio y una percepción favorable de sí mismo (González-Arratia, 2011). Es por ello que, una persona con altos niveles de autoestima, posee un buen dominio de sus capacidades, maneja apropiadamente las adversidades, tiene óptima imagen corporal y seguridad de sí. En contraposición, las personas con baja autoestima suelen manifestarse como insatisfechas en sus necesidades físicas, emocionales y sociales. Se percibe en forma desvalorizada, lo que condiciona su desarrollo individual y social (Juárez & Landero, 2011; Mejía et al., 2011).

Desesperanza y Sentido de la Vida.

El sentido de la vida como constructo fue definido por el neurólogo y psiquiatra vienés Víctor Frankl como una fuerza motivacional, necesidad de los seres humanos de encontrar un motivo, una razón, un propósito en la vida, para encontrar la responsabilidad sobre sí mismo y sus experiencias. El autor plantea que, al tener un sentido en la vida, el sujeto será capaz de atreverse a desafiar situaciones adversas. Cuando esto no se logra, el sujeto tiende a frustrarse, lo que puede dar lugar a un sentimiento de desesperanza, duda sobre el sentido de la vida o vacío existencial (Frankl, 1997; 2001).

En este sentido, resulta importante destacar la referencia que hace Lukas (2001) respecto a la relación entre desesperanza y vacío existencial. El autor plantea que la

carencia de sentido de la vida da lugar a una frustración existencial, lo que indica que existe una fuerte vinculación entre ambas variables. La persona desesperanzada esboza sentimientos y/o perspectivas sobre el devenir caracterizados por el fatalismo y la desolación existencial que puede desembocar en la posibilidad de llevar adelante la comisión de un suicido.

Desesperanza y Depresión.

Beck (1967) afirma que la desesperanza es el corazón de la depresión. El modelo que el autor plantea, se fundamenta en la definición de vulnerabilidad cognitiva y en la preexistencia de creencias improductivas que benefician la aparición de procesos depresivos. Potencialmente sustenta la presencia de una tríada cognitiva en la que se basa la depresión; la cual consiste en (1) una visión negativa de sí mismo, (2) una visión negativa del funcionamiento presente y (3) una visión negativa del futuro. Siendo este último aspecto asociado a la desesperanza. Reff et al. (2005) indican que la desesperanza es el precursor más importante en el aumento de la tristeza, la producción de las depresiones y la melancolía (Drake et al., 1986).

Desesperanza y Violencia.

Walker (1989) manifiesta que las mujeres víctimas de violencia experimentan sentimientos de indefensión, disminuyen la capacidad de solucionar problemas y la motivación para desafiarlos, favoreciendo así la permanencia en la relación violenta. Asimismo, la autora asevera las experiencias de indefensión en la infancia se vinculan directamente con la permanencia de una mujer en una relación violenta, la cual puede llevarla a la depresión. El sometimiento a constantes agresiones conduce a la mujer a creer que su vida no tiene mejores opciones u oportunidades para salir adelante, lo que no sólo le impedirá tomar decisiones, sino que también conllevará a que perciba su capacidad para escapar de la relación como rescindida. De esta manera, la mujer se adecúa

a los acontecimientos recurriendo a mecanismos como la minimización o negación, e inclusive la disociación.

> "*Las mujeres golpeadas no intentan dejar la situación de maltrato, incluso cuando pueda parecer a un observador externo que es posible escapar, porque no pueden predecir su propia seguridad; creen que nada de los que ellas o cualquier otra persona haga puede alterar sus terribles circunstancias*" (Walker, 1989, p.123)

2.2. Trastorno de Estrés Postraumático

Inicialmente la comunidad científica, respecto al trauma psicológico, ha dado muestras de una evolución sostenida desde el siglo XIX hasta nuestros días, y desde entonces muchos términos y teorías frecuentemente opuestas entre sí, se han forjado con la intención de dar luz a este fenómeno. Pierre Janet (1904) planteó que la categorización correcta de las experiencias vividas, permite a las personas desplegar esquemas cognitivos que facilitan afrontar retos subsecuentes. Es por esta razón que cada vez que el individuo experimenta emociones violentas y resulta incapaz de adecuarlas con los esquemas existentes, se puede dar una especie de ruptura de la conciencia. Dicha ruptura permite explicar el término Trastorno de Estrés Postraumático como la incapacidad del sujeto para integrar la memoria a consecuencia de una excitación emocional de carácter extremo.

En el transcurso del año 1952, se publicó en Estados Unidos el DSM-I. En este manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales se podía encontrar un apartado con el nombre: trastornos de personalidad producidos por situaciones transitorias, donde se hacía referencia al TEPT como una reacción importante de estrés que aludía a una reacción momentánea del carácter. Dicha reacción era aguda y sintomática y se producía

sin que existiese un trastorno de personalidad profundo (Association American Psychiatric, 1952).

El DSM-II tuvo lugar en el año 1968, siendo este el momento en el cual el trastorno se especificó. De esta manera se incluyeron a modo de ejemplo situaciones a partir de las cuales el trastorno podía desencadenarse. Dentro de las posibilidades se detallaba: embarazos no deseados y acompañados de hostilidad, prisioneros con pena de muerte que esperaban su ejecución o soldados que se encontraban en combate (Association American Psychiatric, 1968)

Posteriormente, el Trastorno de Estrés Postraumático surge para la psiquiatría norteamericana como un diagnóstico distinto entre los trastornos de ansiedad. Debido a que esta era la reacción afectiva observada predominantemente tras el trauma, se tuvo en cuenta para su diagnóstico la existencia de un estresor reconocible y sostenido. En este sentido, los síntomas fueron percibidos como esperables, predecibles y normativos. Con base en estas interpretaciones, en el año 1980 se publicó el DSM-III (Association American Psychiatric, 1980).

A partir del trabajo clínico y de las investigaciones con pacientes, se consideró que los estresores cotidianos no desencadenaban eventos traumáticos. Por este motivo, en el año 1994, el DSM-IV agregó la noción de estrés agudo para acercarse a la descripción de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE -10), remarcando que la situación psicopatológica debía causar en el paciente una grave interferencia en la vida cotidiana (Association American Psychiatric, 1994).

Finalmente, el DSM-V, publicado en 2013 situó al TEPT en la categoría de trastornos relacionados con traumas y estresores. A su vez, los nuevos criterios buscaron dar luz con lo que representa un evento traumático, entendiendo este último como

situación real o amenaza de exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual (Association American Psychiatric, 2013).

Es importante considerar la fuente, la duración, el nivel de exposición y la frecuencia en el avance del Trastorno de Estrés Postraumático. Este resulta más factible en victimas de sometimiento sexual, agresiones físicas o accidentes de tránsito con heridas graves. En este sentido, se explica que el trastorno puede surgir en aquellas personas sin condiciones predisponentes si el acontecimiento traumático y/o estresante es concretamente extremo. Asimismo, se considera que para su desarrollo se necesita la interacción del hecho traumático con otras circunstancias (esto puede inferirse como directamente vivenciado, observado o transmitido).

Según Barlow (1988), la vulnerabilidad biológica (ligada a una hipersensibilidad neurobiológica al estrés genéticamente determinada) y la vulnerabilidad psicológica (basada en experiencias evolutivas tempranas, se define como la sensación de que los sucesos amenazantes y las reacciones son impredecibles e incontrolables) resultan indispensables a la hora de hablar del TEPT. Esto se debe a que, al interactuar con el suceso traumático, el individuo adopta respuestas desproporcionalmente temerosas ante ciertos estímulos y desarrolla expectativas de carácter ansioso que lo lleva a volver a percibir y/o experimentar respuestas condicionadas por el miedo, identificadas por el autor como alarmas aprendidas. Este efecto negativo definido como aprensión ansiosa conlleva un procesamiento defectuoso de la información.

En este sentido, Lang (1988) plantea que la aprensión ansiosa es automática, ya que se trata de una estructura cognitivo-afectiva que no obedece ineludiblemente a las interpretaciones cognitivas conscientes, sino que es almacenada en la memoria a largo plazo como una serie de proposiciones. Esta estructura, según el autor, es concebida como una red asociativa conceptual que contiene representaciones de estímulos, respuestas y

significado de los elementos de estímulo y respuesta. Asimismo, la respuesta de la persona está sujeta a las habilidades de afrontamiento y la contención o apoyo social, de modo tal que estos pueden dar lugar a la posible aparición del TEPT, a su mantenimiento o incluso a su superación.

Los autores Jones y Barlow (1990) citan el modelo de Horowitz para sostener que los sucesos traumáticos producen cambios en los esquemas cognitivos. Dichos cambios pueden requerir cierto tiempo para alcanzar el procesamiento completo. Aun así, los recursos de afrontamiento del sujeto resultan insuficientes cuando la memoria activa repite las representaciones del suceso traumático, por lo que un sistema regulador inhibitorio da inicio a la asimilación de la información traumática en forma gradual. Cuando el control inhibitorio es débil, aparecen en el individuo la re-experimentación (ejemplo: pesadillas, flashbacks); si por el contrario resulta muy fuerte, surge la evitación (ejemplo: perturbaciones del sueño). El individuo varía y/o alterna entre intentos por procesar el trauma para integrarlo (intrusión) e intentos por no ser vencido ante los síntomas intrusivos (evitación). Este último aspecto, reduce la ansiedad, pero afecta al mismo tiempo al procesamiento cognitivo. Por el contrario, si el control inhibitorio resulta fuerte, favorece el mantenimiento del trastorno.

Por otra parte, Calhoun (1993) explica cómo el suceso traumático puede reforzar o transformar las interpretaciones de la persona y hacer que sus creencias se vinculen con respuestas de miedo, ansiedad y estados emocionales caracterizados por la culpa, la vergüenza, la depresión, la ira y/o el disgusto. Estas emociones y cogniciones asociadas pueden promover memorias intrusivas, activación y conductas de evitación.

2.3. Violencia de Género

El término violencia de género comenzó a oírse con más fuerza en la década del 90, cuando la literatura especializada comenzó a afianzarlo a través de organismos de la esfera internacional y de la órbita local de Derechos Humanos. Cabe destacar como referencias iniciales al abordaje del término, la Conferencia Mundial de Derechos Humanos celebrada en 1993 en Viena por las Naciones Unidas, la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (ONU, 1993); la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (OEA, 1994); y la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (ONU, 1995), considerados hitos significativos que han marcado momentos trascendentales en el desarrollo de este proceso. La primera conceptualización sobre violencia de género fue enunciada por la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer y se entiende como:

> "*todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada*" (ONU Mujeres, 1993, art.1).

El concepto de violencia contra la mujer puede ser sinónimo de maltrato. En este sentido, Vaccareza (2007) hace referencia a los malos tratos, la violencia doméstica y la violencia de género como conceptos que se usan para señalar este fenómeno social en constante crecimiento, problemática de salud pública que se encuentra en todos los países del mundo y grupos sociales de nuestra actualidad. Sin embargo, algunos organismos que abordan la temática no comparten esta concepción y se manifiestan a favor de diferenciar violencia de género y violencia doméstica. Por su parte, Curiel (2006) hace alusión ala violencia de género como un término que se utiliza únicamente para hablar de la violencia

ejercida contra las mujeres en un contexto de pareja, como consecuencia de la discriminación, la desigualdad y los vínculos donde el hombre ejerce su dominio o relación de poder. Por esta razón, cabe señalar que, si se toma como sinónimos a la violencia de género y la violencia doméstica, se da por asumido completamente que es sólo en perjuicio de la mujer y se deja de lado el sometimiento contra un niño/a, adolescente, adulto mayor y toda persona en función al género auto percibido. Además, el concepto deja de lado aquellos actos violentos fuera del ámbito familiar en perjuicio de una persona del sexo femenino por su mera condición de mujer.

En Argentina, fue sancionada la Ley 26.485 (2009) conocida como la Ley de Violencia de Género, que llegó a su implementación tras la reivindicación de movimientos sociales, leyes anteriores y legislaciones similares de aplicación en Iberoamérica. Esta ley ofrece herramientas para afrontar la violencia en la esfera pública o privada, brindando diferentes tipos y modalidades de interpretación de este fenómeno con la finalidad de encarar un abordaje del tipo integral. En ella, se contemplan cinco tipos de violencia: física, psicológica, sexual, económica y patrimonial, y simbólica; a la vez que se discriminan seis modalidades: violencia doméstica, institucional, laboral, violencia contra la libertad reproductiva, violencia obstétrica y mediática. Al mismo tiempo, la Ley hace alusión en forma manifiesta a la importancia de establecer una coyuntura para la combinación con las prácticas en el orden educativo, de la salud y judicial.

En concordancia con lo ya expuesto al respecto y tomando en consideración los diferentes tipos de violencia que son perpetrados contra la mujer, Torres Falcón (2001) llevó a cabo una explicación detallada de cada tipo de violencia:

- La violencia física se caracteriza por el daño físico en el cuerpo o la salud de la mujer, lo que deja huellas manifiestas e inocultables. En este aspecto, la víctima

puede intentar recomponer o apostar al vínculo en base a la esperanza e ilusión de que su victimario no volverá a someterla. En este tipo de violencia, cada nuevo acto violento por parte del agresor produce un ascenso en la escala de gravedad de violencia hasta alcanzar agresiones de mayor intensidad que incluyen desde golpes de puño hasta la utilización de elementos para producir daño tales como: palos, armas blancas o de fuego, entre otras. En la fase final, el agresor utiliza promesas de cambio para mantener el control, lo que se sostiene desde el primer hasta el último ataque. En esta tipología de violencia debe incluirse aquella que se ejerce por omisión, la que se realiza en perjuicio de la víctima; privándola de líquidos, alimentos, medicamentos o encerrándola en recintos calurosos sin ventilación o, por el contrario, lugares muy fríos sin abrigo.

- Con relación a la violencia psíquica, este tipo de violencia se da por el quebrantamiento de las barreras emocionales de la mujer víctima, llevándola a estados de vulnerabilidad donde apenas pueda reconocerse a sí misma y violando de lleno su dignidad, por lo que bajo la resignación acepta y/o tolera la situación sin oponer resistencia. Estas circunstancias despiertan en la víctima sentimientos de culpa que la llevan a pensar que merece lo que le hacen porque no es buena y no cumple con su rol como debería, es decir, que merece ser castigada. Dentro de este tipo de violencia se incluye diferentes estadíos mediante los cuales se logra el derrumbe emocional de la mujer víctima. Entre ellos se destacan la agresión verbal (manifestaciones peyorativas por medio de la cuales se logra la devaluación emocional de la mujer. Estas expresiones ofensivas tienen como objetivo burlarse del intelecto, los sentimientos o las habilidades de la víctima), las amenazas (se inician, por lo general, de forma gestual o verbalizada. El agresor puede sumar a este proceder diferentes elementos como palos, cuchillos, sogas y/o armas de

fuego con la intención de lastimar a la mujer), el sometimiento (se cosifica a la mujer despojándola de voluntad y capacidad de reacción, asumiendo bajo esta actitud otros tipos de conductas como la intimidación, la hostilidad, el abuso, el engaño, etcétera) y el cumplimiento (a esta altura el agresor realiza o concreta las amenazas provocando ciertamente el daño buscado).

- La violencia sexual, por su parte, es consumada por la pareja, partener íntimo o conviviente. En ella, se obliga a la mujer a mantener relaciones sexuales contra su voluntad y/o bajo condiciones humillantes para la misma.
- Por último, la violencia económica se da cuando el hombre le niega recursos materiales a la mujer como un modo de demostrar que sin su asistencia ella no puede subsistir (Torres Falcón, 2001).

2.4. Estado del Arte

Varias investigaciones han demostrado que la violencia, ya sea esta física o psicológica, trae consigo consecuencias que resultan perjudiciales para el sistema nervioso de la víctima. Dichas consecuencias se vinculan a una disminución del crecimiento celular de estructuras como el hipocampo (Bonne et al., 2008; Morey et al., 2012), una híper reactivación de la amígdala (Blair et al., 2013; White et al., 2014) y del volumen de la sustancia gris a nivel cerebral (Daniels et al, 2011). Esta última resulta de relevante utilidad en el control muscular, la percepción sensorial, la memoria, las emociones, el habla, la toma de decisiones y el autocontrol.

Herrera y Cañas Bentancur (2020) hablan en su artículo de la importancia de demostrar cómo la violencia resulta nociva a nivel social y ello conlleva un deterioro en la salud mental y cognitiva. Las autoras vincularon en forma sistemática 50 artículos de bases de datos como: Google Académico, Proquest, PsicoDoc, ScienceDirect, y PubMed

en los años comprendidos entre 2008 a 2018. Los resultados obtenidos revelan que el daño en la salud mental más usual proveniente de actos violentos es el Trastorno de Estrés Postraumático. Este, a su vez, genera daños cognitivos en la atención, la memoria de trabajo y el aprendizaje, funciones que resultan indispensables para desenvolverse adecuadamente en la vida diaria. En este sentido, autores como Alejo et al. (2006), Eckart et al. (2011) y Hewitt Ramírez et al. (2016) han relevado en sus investigaciones que la depresión, los trastornos bipolares y la psicosis con síntomas similares a la esquizofrenia pueden iniciar como un Trastorno de Estrés Postraumático y como consecuencia de ello, no existen factores que propicien la resiliencia, la autoestima, la adaptación y la capacidad de afrontamiento (Londoño et al., 2008).

Saquinaula Salgado et al. (2020) realizaron un estudio con mujeres de nacionalidad peruana en el cual se buscó investigar la relación entre Violencia de Genero y el Trastorno de Estrés Postraumático. Los resultados permitieron evidenciar que el mayor porcentaje de las mujeres que fueron víctimas de este flagelo presentaban violencia de carácter leve y no manifestaban síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático. Sin embargo, otros investigadores como Heyman et al. (2018), Li et al. (2017) y López et al. (2018) observaron que la exposición a un nivel elevado de estrés ya sea este de tipo agudo o crónico, que resulta de carácter traumático produce cambios en la fisiología del individuo y contribuye a aumentar la predisposición a desarrollar enfermedades y/o trastornos en la salud mental. En este sentido, los autores destacaron que cuando la violencia contra la mujer por parte de su pareja adquiere un carácter moderado a grave, la relación con el Trastorno de Estrés Postraumático resulta significativa.

Al respecto, Vargas (2017) descubrió no sólo que los índices de violencia contra la mujer por parte de su pareja son elevados, sino que, esta problemática representa un grave e importante problema de salud pública, particularmente en países

subdesarrollados, concluyendo que el contexto socioeconómico y cultural que involucra a la relación de pareja genera situaciones que motivan la agresividad. En la misma línea, Gilbar et al. (2019) registró en su investigación que las mujeres violentadas recibían gritos, descalificativos, insultos, empujones, bofetadas, golpes con objetos, entre otras manifestaciones de violencia y vivenciaban, a posterior, episodios de re-experimentación, evitación e híper alerta.

El poder y el control que la cultura patriarcal le asigna al hombre promueve la violencia contra la mujer, ello da origen y fortalecimiento a la desigualdad entre hombres y mujeres (Tonsing & Tonsing, 2017) con el único propósito de hacer prevalecer y mantener la condición de sumisión-inferioridad y obediencia femenina, bajo la cual limita su autonomía (Beauvoir, 2015). En este aspecto, es importante resaltar la observación que han hecho los autores Álvarez et al. (2018) respecto a la particularidad en el compartimiento de las mujeres. Refieren que aquellas mujeres que actúan de acuerdo con roles o estereotipos distintos a los mandatos de la sociedad tienen mayores posibilidades de ser violentadas. En el seno de una sociedad, las familias que acuñan estructuras basadas en el patriarcado sistematizan la violencia contra la mujer y promueven el sometimiento a la subordinación (Namy et al., 2017).

Lara Caba et al. (2020) llevó a cabo una investigación sobre mujeres violentadas por sus parejas intimas y cómo esto se relaciona con los diversos problemas de salud mental. El estudio se basó en una comparación entre un grupo de mujeres víctimas de violencia y otro grupo de mujeres que no la padecen; en ambos grupos se evaluó la presencia de síntomas depresivos y/o ansiedad. Los datos obtenidos permitieron concluir que existe una relación significativa entre haber experimentado violencia y presentar psicopatología psiquiátrica. Se destaca que las mujeres víctimas de violencia experimentaron síntomas más severos en contraposición con aquellas que no la sufrieron

(Beydoun et al. 2017). El grupo de mujeres violentadas mostró síntomas de depresión leve, moderada y severa, mientras que las del grupo de comparación opuesto, exhibieron síntomas de depresión en el nivel mínimo (Beydoun et al. 2017; Golding, 1999; Stein, & Kennedy, 2001). Estos descubrimientos concuerdan con lo puntualizado por Pérez y Escobar (2011), quienes revelaron que los problemas psicológicos que presentan las mujeres víctimas de violencia de pareja pueden resultar de moderados a graves (Pérez & Escobar, 2011).

Capítulo III

3. Metodología de la Investigación

3.1. Tipo de Estudio y Diseño

La investigación se basó en un enfoque cuantitativo con un alcance de tipo descriptivo (busca especificar propiedades, características y perfiles de fenómenos analizables; permite recolectar datos que luego serán analizados para la descripción de fenómenos, sucesos o eventos) y correlacional (busca medir el grado de relación entre dos o más categorías). El diseño es no experimental y la secuencia de tiempo es transversal, ya que los datos obtenidos de la muestra corresponden a un único momento temporal (Cancela Gordillo et al., 2010).

3.2. Muestreo

Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional por decisión razonada: las unidades de la muestra se eligen en función de algunas de sus características. El proceso de elección se realizó aplicando criterios racionales, sin recurrir a la selección causal (Corbetta, 2007).

3.3. Participantes

Se tomó una muestra de N= 60 mujeres víctimas de violencia de género con edades comprendidas entre 18 y 69 años de edad, que habían radicado denuncias en las Comisarías de la Mujer de los partidos de Quilmes, Berazategui y Florencio Varela de Zona Sur del Conurbano Bonaerense. El muestreo se obtuvo durante los meses comprendidos desde: agosto a septiembre del año 2021.

3.3.1. Criterios de Inclusión y Exclusión.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

- Mujeres que hayan sufrido violencia de género de tipo física, verbal/psicológica y/o sexual.
- Que hayan radicado una denuncia en las Comisarías de la Mujer de los partidos de Berazategui, Quilmes o Florencio Varela.
- Que brinden consentimiento informado para su participación en el estudio y respondan a todas las consignas en forma adecuada.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Mujeres que hayan sufrido otros tipos de violencia (por ejemplo: económica y patrimonial, simbólica, entre otros).
- Que hayan radicado una denuncia en las Comisarías de la Mujer de otros partidos distintos a los mencionados.
- Que no brinden su consentimiento informado y/o que no respondan a todas las consignas en forma adecuada.

3.4. Instrumentos

"Escala de Gravedad de Síntomas Revisada" [EGS-R] (Echeburúa et al., 1997) en su versión al español (Echeburúa et al., 2016). Se compone de 21 ítems con un formato de respuesta de tipo likert de 3 puntos (0=; 3=) en correspondencia con los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático del DSM-V. Consta de 4 escalas: síntomas de re-experimentación (5 ítems, 0 a 15 puntos); evitación conductual cognitiva (3 ítems, 0 a 9 puntos), alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo (7 ítems, 0 a 21 puntos) y síntomas de aumento de la activación y reactividad psicofisiológica (6 ítems, 0 a 18 puntos). Además, cuenta con una escala global cuyo rango de puntuación oscila entre 0 y 63 puntos. Al menos 2 puntos en el ítem correspondiente indica la presencia de un síntoma. Por último, se agregan 4 ítems que permiten evaluar la presencia de síntomas

disociativos y 6 ítems para valorar el grado de afectación o disfuncionalidad asociado al evento traumático. La escala presenta un coeficiente alpha de Cronbach de 0.89.

"Escala de desesperanza" (Hopelessness Scale [HS]; Beck et al., 1974) en su versión validada para población argentina (Mikulic, et. al., 1998). Se utiliza para evaluar la desesperanza en sus diversos aspectos: expectativas negativas sobre el futuro, bienestar y habilidades personales para resolver las dificultades y alcanzar el éxito. Se compone de 20 ítems de respuesta dicotómica (Verdadero o Falso) y la puntuación total oscila entre 0 y 20. Los puntos de corte son: 0-3 nivel nulo-mínimo; 4-8 nivel leve; 9-14 nivel moderado y 15-20 nivel alto. Su consistencia interna es elevada (0,93).

Cuestionario de datos sociodemográficos ad-hoc diseñado para los objetivos del estudio.

3.5. Procedimiento

La participación en el estudio fue voluntaria, todos los participantes brindaron su consentimiento informado y se garantizó el anonimato y confidencialidad de los datos durante todo el proceso de investigación. También se informó a los voluntarios que podrían dejar de participar en cualquier momento en caso que así lo desearan.

Los instrumentos se administraron en forma presencial y se facilitó a los sujetos un protocolo que contenía los ítems sociodemográficos y las escalas EGS-R y HS. Los protocolos fueron revisados y se desecharon aquellos que presentaban errores u omisiones.

Finalmente, los datos recopilados fueron procesados a través del software IBM-SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versión 25.

Capítulo IV

4. Resultados

4.1. Caracterización de la Muestra

Gráfico 1. Distribución de la Variable Estado Civil.

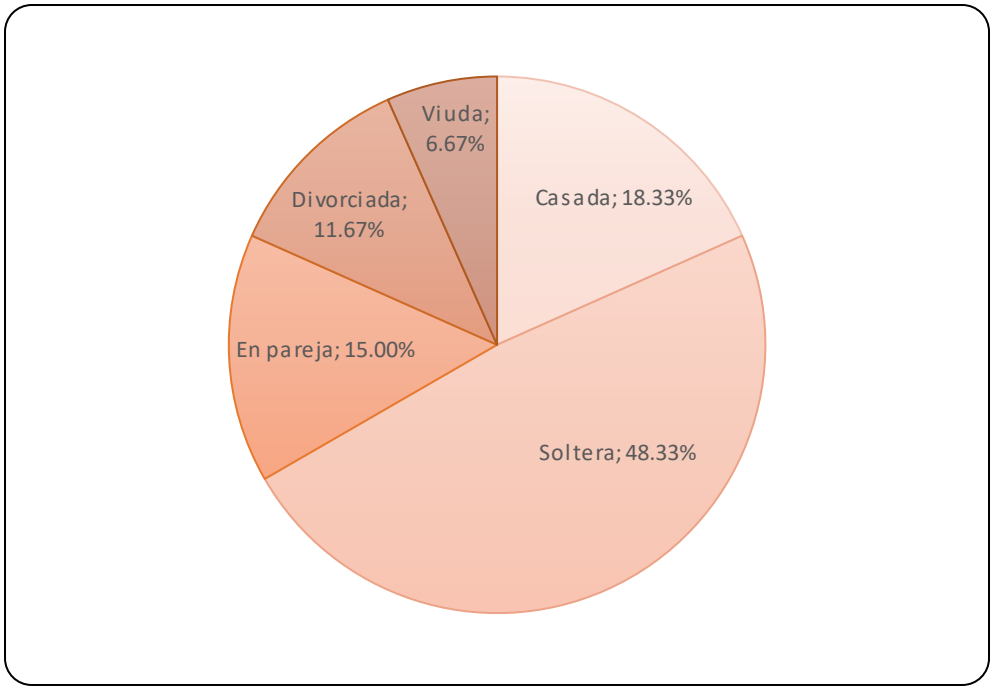


Gráfico 2. Distribución de la Variable Zona de Residencia.

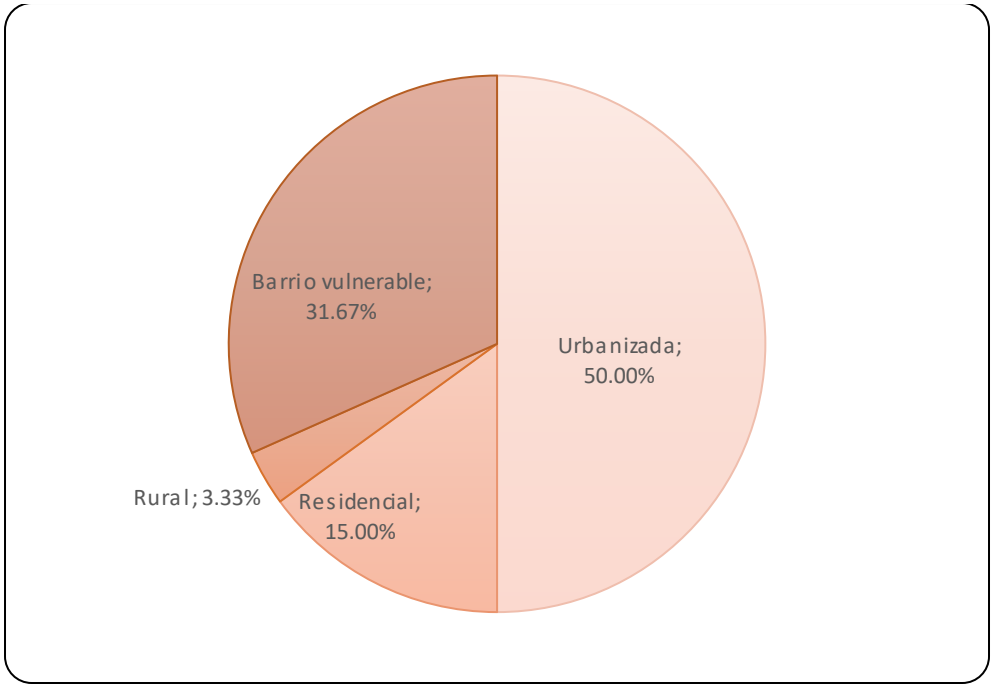


Gráfico 3. Distribución de la Variable Nivel Educativo.

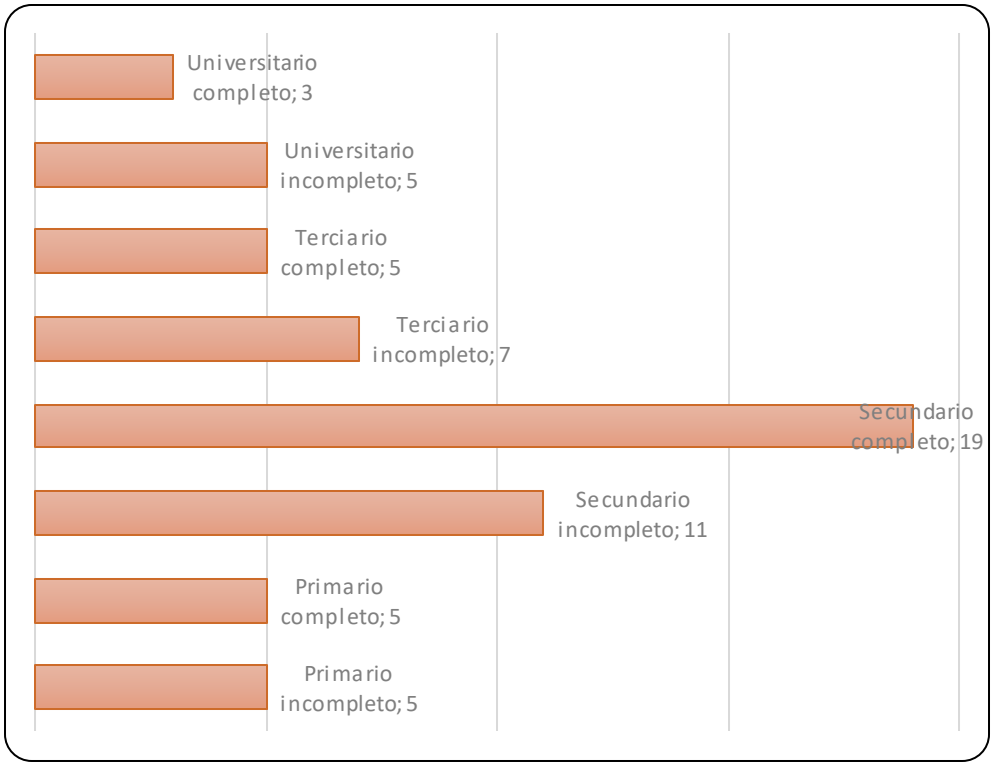


Gráfico 4. Distribución de la Variable Culto o Religión.

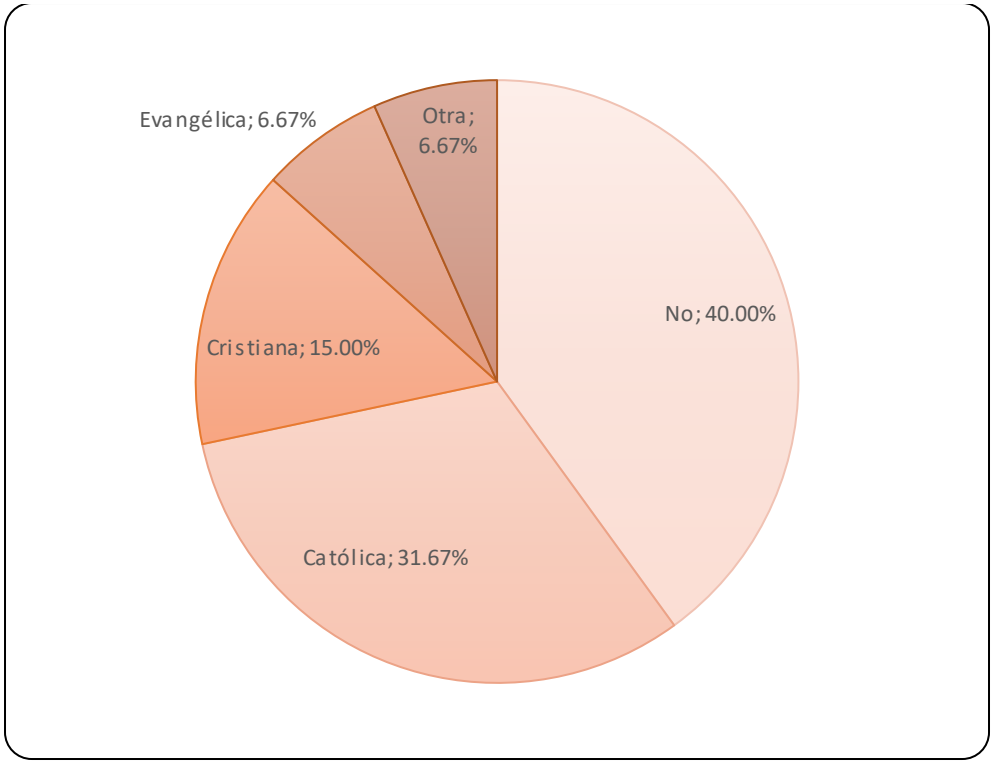


Gráfico 5. Distribución de la Variable Tipo de Violencia.

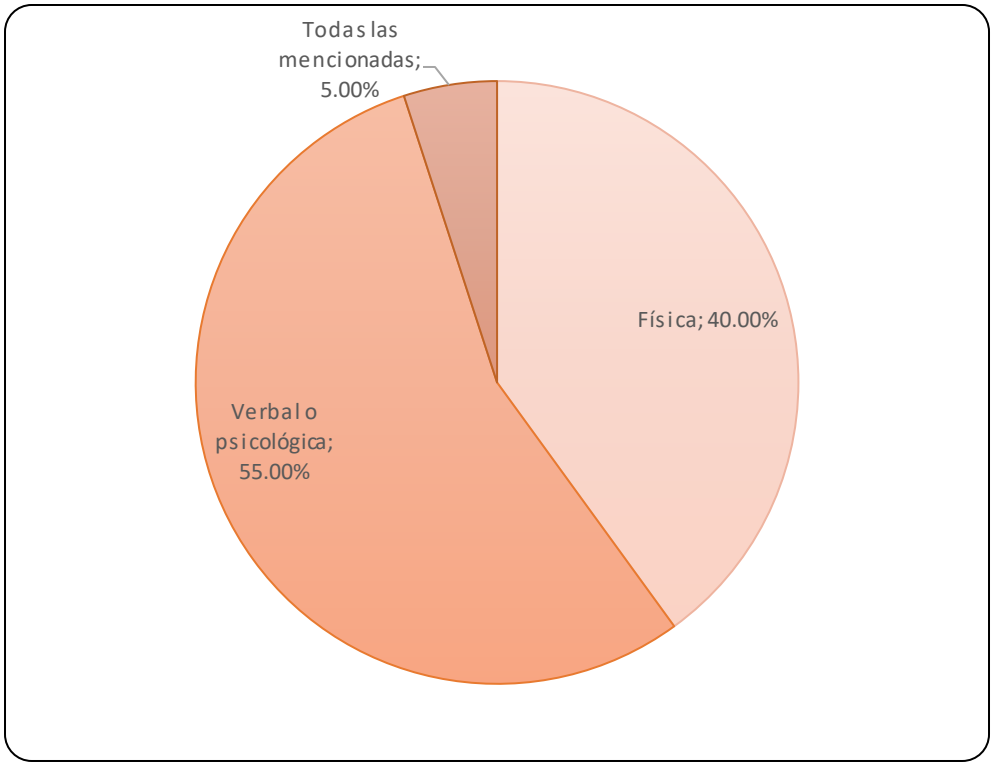
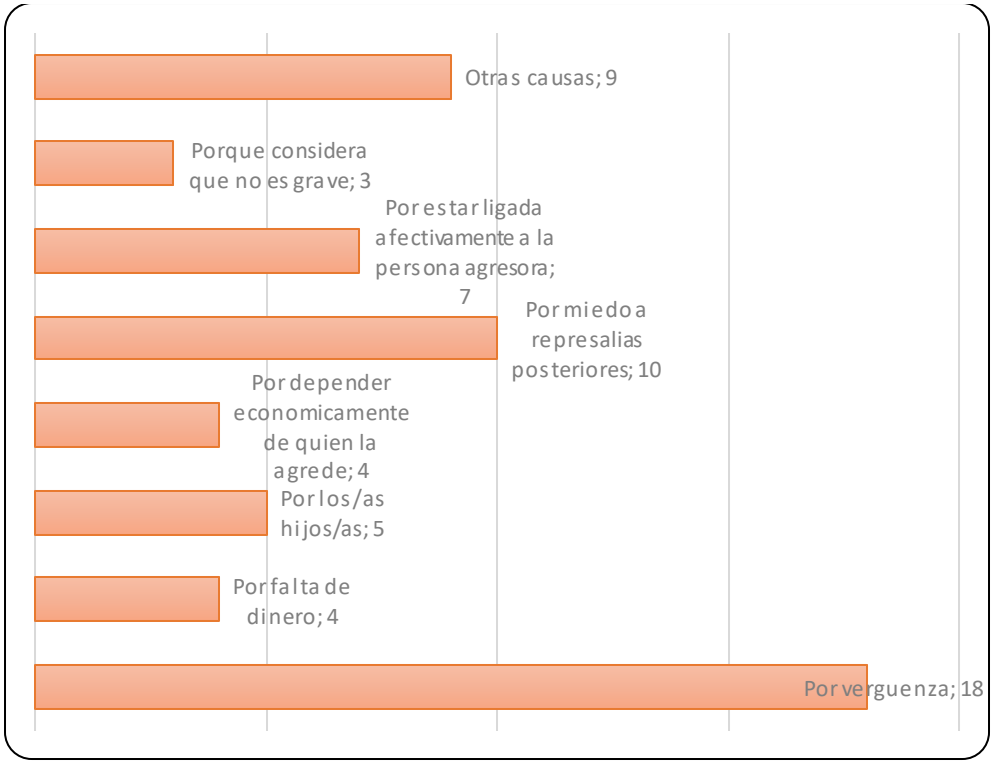


Gráfico 6. Distribución de la Variable Motivos para No Denunciar.



4.2. Descripción de Variables

Tabla I. Descripción de la Variable Desesperanza.

		Frecuencia	Porcentaje	M	DT
Desesperanza	Nula o mínima	26	43,3	1,87	,989
	Leve	20	33,3		
	Moderada	10	16,7		
	Alta	4	6,7		

Se observa que el mayor porcentaje de la muestra (43,3%) presenta un grado de desesperanza nulo o mínimo.

Tabla II. Descripción de la Variable Trastorno de Estrés Postraumático y sus Dimensiones.

		Frecuencia	Porcentaje	M	DT
TEPT	Ausencia	51	85,0%	1,15	,360
	Presencia	9	15,0%		
Síntomas de re-experimentación	Ausencia	49	81,7%	1,18	,390
	Presencia	11	18,3%		
Evitación conductual cognitiva	Ausencia	38	63,3%	1,37	,486
	Presencia	22	36,7%		
Alteraciones cognitivas y estado del ánimo negativo	Ausencia	50	83,3%	1,17	,376
	Presencia	10	16,7%		
Aumento de la actividad y reactivación psicofisiológica	Ausencia	48	80,0%	1,20	,403
	Presencia	12	20,0%		
Síntomas disociativos	Ausencia	39	65,0%	1,35	,481
	Presencia	21	35,0%		
Áreas afectadas por el suceso traumático	Ausencia	50	83,3%	1,17	,376
	Presencia	10	16,7%		

Tabla III. Descripción de la Dimensión Áreas Afectadas por el Suceso Traumático del TEPT.

		Frecuencia	Porcentaje	M	DT
Deterioro en la relación de pareja	Ausencia	33	55,0%	1,45	,502
	Presencia	27	45,0%		
	Ausencia	39	65,0%	1,35	,481

Deterioro en la relación familiar	Presencia	21	35,0%		
Interferencia negativa en la vida laboral/académica	Ausencia	39	65,0%	1,35	,481
	Presencia	21	35,0%		
Interferencia negativa en la vida social	Ausencia	38	63,3%	1,37	,486
	Presencia	22	36,7%		
Interferencia negativa en el tiempo de ocio	Ausencia	45	75,0%	1,25	,437
	Presencia	15	25,0%		
Disfuncionalidad global	Ausencia	45	75,0%	1,25	,437
	Presencia	15	25,0%		

Se observa que en torno a las áreas afectadas el 45% de la muestra presenta deterioro en la relación de pareja, el 35% en la relación familiar y en la vida laboral o académica, el 36,7% en la vida social y el 25% en el tiempo de ocio. Por último, el 25% presenta disfuncionalidad global.

4.3. Prueba de normalidad

Se realizó el análisis de normalidad para las variables mencionadas con anterioridad. Se utilizó la prueba de Kolmogorov Smirnov (N=60). Los resultados son los siguientes:

	Sig.
Desesperanza	,001
TEPT	,000
Síntomas de re-experimentación	,000
Evitación conductual cognitiva	,000
Alteraciones cognitivas y estado del ánimo negativo	,000
Aumento de la actividad y reactivación psicofisiológica	,000
Síntomas disociativos	,000
Áreas afectadas por el suceso traumático	,000

Todas las variables y sus respectivas dimensiones se distribuyeron de manera no normal.

4.4. Correlación

Tabla IV. Correlación entre Variables.

	Desesperanza	Sig.
Síntomas disociativos	,278	,032

Prueba utilizada: Rho de Spearman.

Se observa una relación estadísticamente significativa entre la Desesperanza y la dimensión Síntomas disociativos del TEPT. Dicha relación es positiva, lo que indica que cuando una variable aumenta la otra también lo hace y viceversa. Asimismo, la fuerza de correlación es débil. Las demás variables no arrojaron relaciones estadísticamente significativas.

4.5. Análisis de las Diferencias de Grupos

Tabla V. Diferencias Grupales en la Variable Sociodemográfica Estado Civil.

	Estado civil	Rango promedio	Sig.
Áreas afectadas por el suceso traumático	Casada	36,41	,011
	Soltera	26,53	
	En pareja	38,83	
	Divorciada	25,50	
	Viuda	33,00	

Prueba utilizada: H de Kruskal Wallis.

	Estado civil	Rango promedio	Sig.
Interferencia negativa en el tiempo de ocio	Casada	36,64	,026
	Soltera	27,14	
	En pareja	39,67	
	Divorciada	23,00	
	Viuda	30,50	

Prueba utilizada: H de Kruskal Wallis.

Se observa una diferencia estadísticamente significativa en el estado civil para la dimensión áreas afectadas por el suceso traumático, siendo mayores los niveles para las mujeres que se encuentran en pareja. Asimismo, en torno a las sub-dimensiones de esta variable, se observa que la única área afectada el tiempo de ocio.

Tabla VI. Diferencias Grupales en la Variable Sociodemográfica Zona de Residencia.

	Zona de residencia	Rango promedio	Sig.
Aumento de la actividad y reactivación psicofisiológica	Urbanizada	29,50	,013
	Residencial	24,50	
	Rural	54,50	
	Barrio vulnerable	32,39	

Prueba utilizada: H de Kruskal Wallis.

Se observa una diferencia estadísticamente significativa en la zona de residencia para la dimensión aumento de la actividad y reactivación psicofisiológica, siendo mayores los niveles para las mujeres que residen en zona rural.

Tabla VII. Diferencias Grupales en la Variable Sociodemográfica Nivel Educativo.

	Nivel educativo	Rango promedio	Sig.
Desesperanza	Primario incompleto	42,30	,042
	Primario completo	34,70	
	Secundario incompleto	33,59	
	Secundario completo	30,39	
	Terciario incompleto	28,64	
	Terciario completo	18,10	
	Universitario incompleto	13,50	
	Universitario completo	46,50	

Prueba utilizada: H de Kruskal Wallis.

Se observa una diferencia estadísticamente significativa en el nivel educativo para la variable desesperanza, siendo mayores los niveles para las mujeres que alcanzaron un nivel universitario completo.

Tabla VIII. Diferencias Grupales en la Variable Sociodemográfica Culto o Religión.

	Culto o religión	Rango promedio	Sig.
Síntomas de re-experimentación	No	30,00	,045
	Católica	29,74	
	Cristiana	28,33	

	Evangélica	47,50
	Otra	25,00

Prueba utilizada: H de Kruskal Wallis.

Se observa una diferencia estadísticamente significativa en el culto o religión para la dimensión síntomas de re-experimentación, siendo mayores los niveles para las mujeres que profesan la religión evangélica.

Tabla IX. Diferencias Grupales en la Variable Sociodemográfica Tipo de Violencia.

	Tipo de violencia	Rango promedio	Sig.
Síntomas de re-experimentación	Física	35,00	,001
	Verbal o psicológica	25,91	
	Todas las mencionadas	45,00	
Evitación conductual cognitiva	Física	37,00	,017
	Verbal o psicológica	25,86	
	Todas las mencionadas	29,50	

Prueba utilizada: H de Kruskal Wallis.

Se observa una diferencia estadísticamente significativa en el tipo de violencia para la dimensión síntomas de re-experimentación, siendo mayores los niveles para las mujeres que han sido víctimas tanto de violencia física como psicológica y sexual. También, se observa una diferencia estadísticamente significativa para la dimensión evitación conductual cognitiva, siendo mayores los niveles para las mujeres que han sido víctimas únicamente de violencia física.

Tabla X. Diferencias Grupales en la Variable Sociodemográfica Motivos para No Denunciar.

	Motivos para no denunciar	Rango promedio	Sig.
Síntomas de re-experimentación	Por vergüenza	25,00	,006
	Por falta de dinero	32,50	
	Por los/as hijos/as	31,00	

	Por depender económicamente de quien la agrede	25,00
	Por miedo a represalias posteriores	43,00
	Por estar ligada afectivamente al agresor	25,00
	Porque considera que no es grave	25,00
	Otras causas	35,00

Prueba utilizada: H de Kruskal Wallis.

Se observa una diferencia estadísticamente significativa en los motivos para no denunciar para la dimensión síntomas de re-experimentación, siendo mayores los niveles para las mujeres que manifiestan no haber denunciado en otras oportunidades por miedo a represalias posteriores.

Cabe destacar que las demás variables incluidas en el cuestionario sociodemográfico no se presentan en los análisis estadísticos, dado que no han arrojado resultados estadísticamente significativos. Dichas variables son: Edad, Si tiene hijos, Ocupación, Nivel económico, Si radicó denuncias anteriormente.

Capítulo V

5. Discusión

Los resultados de la investigación mostraron que existe una relación estadísticamente significativa entre la Desesperanza y la dimensión Síntomas disociativos del Trastorno de Estrés Postraumático. Dicha relación es positiva, lo que indica que cuando una variable aumenta la otra también lo hace y viceversa. Teniendo en cuenta lo hasta aquí mencionado, la hipótesis general de que a mayor nivel de Desesperanza en mujeres víctimas de violencia de género, mayores los niveles de las siguientes dimensiones del Trastorno de Estrés Postraumático: evitación conductual-cognitiva y; alteraciones cognitivas y estado del ánimo negativo; se refuta. Este resultado se condice con los postulados de Walker (1989) sobre la desesperanza y la violencia. En este sentido, detalla que las mujeres víctimas de violencia de género suelen creer que no tiene opción u oportunidad de progreso, lo que influye no sólo en la toma de decisiones y en la capacidad para finalizar una relación violenta, sino que también terminan por recurrir a la disociación como un mecanismo que les permite adecuarse a la situación.

En torno a las hipótesis específicas, la primera de ellas indica que el mayor porcentaje de la muestra de mujeres víctimas de violencia de género poseen un alto nivel de Desesperanza. Sin embargo, se ha observado a partir de los resultados que el 43,3% presenta un grado de desesperanza nulo o mínimo, lo que indicaría que dicha hipótesis no se confirma. Esto podría explicarse desde los planteamientos de Frankl (1997; 2001), quien plantea que la desesperanza se relaciona con el sentido de la vida. De esta manera, cuando la persona considera que su vida tiene sentido, aumenta su capacidad de sobrellevar y desafiar las situaciones adversas. Teniendo esto en consideración, podría inferirse que los niveles nulos o mínimos de desesperanza en las mujeres de la muestra se

encuentran asociados con su capacidad de encontrar un sentido a su vida y afrontar los conflictos y/o problemáticas que se le presenten.

La segunda hipótesis específica sostiene que existen diferencias en la variable sociodemográfica culto o religión para la Desesperanza, siendo mayores los niveles para aquellas mujeres víctimas de violencia de género que no profesan ningún culto o religión. En este sentido, los resultados obtenidos demostraron que una diferencia estadísticamente significativa en el culto o religión para la dimensión síntomas de re-experimentación del TEPT, siendo mayores los niveles para las mujeres que profesan la religión evangélica. Por este motivo, se refuta la hipótesis específica. Este hallazgo puede asociarse con las explicaciones de Lang (1988) sobre el estrés postraumático. El autor propone que la respuesta que cada sujeto brinda a los eventos traumáticos depende, en gran medida, de sus habilidades de afrontamiento y de la contención o apoyo social que reciba del medio; lo que puede ayudar en la superación o en el mantenimiento del TEPT. Tal es así que, algunas religiones o cultos podrían brindar mayor o menor apoyo y/o contención a los individuos que atraviesan situaciones traumáticas.

Con respecto a las demás variables sociodemográficas, se observaron diferencias en el estado civil, en la zona de residencia, en el nivel educativo, en el tipo de violencia que sufre o que ha sufrido anteriormente y en los motivos por los cuales no ha denunciado. Asimismo, no se encontraron resultados estadísticamente significativos para las variables edad, si tiene hijos, ocupación, nivel económico y si radicó denuncias anteriormente. Los resultados obtenidos se relacionan con los postulados de Vargas (2017), quien concluyó que el contexto socioeconómico y cultural que involucra a la relación de pareja genera situaciones que motivan la agresividad. Finalmente, se destaca que en el seno de una sociedad las familias que acuñan estructuras basadas en el patriarcado sistematizan la

violencia contra la mujer y promueven el sometimiento a la subordinación (Namy et al., 2017).

5.1. Limitaciones

Cabe señalar como limitaciones de la presente investigación que, debido a la extensión del cuestionario a responder, es posible que un porcentaje de la muestra de mujeres haya respondido bajo el efecto de la fatiga. Asimismo, si bien el tamaño de la muestra es mediano (lo que se considera una fortaleza), esta no es generalizable al resto de la población ya que no resulta totalmente representativa. Además, en este estudio la muestra corresponde únicamente al género femenino, es decir, que no se ha indagado la violencia en torno al género masculino. Finalmente, considerando que el instrumento fue administrado durante la pandemia por Covid-19, es posible que los resultados se vean influenciados por el contexto y la situación actual.

5.2. Líneas de Investigación Futuras

Se recomienda en futuras investigaciones sobre la temática utilizar instrumentos que evalúen los mismos constructos y presenten menor cantidad de ítems a fin de evaluar si los resultados tienden a repetirse. También sería prudente indagar la temática con muestras aún más amplias, en donde se incluyan también la violencia que experimentan las personas en función del género y/o el alcance de la perspectiva y no exclusivamente a las mujeres y se tomen en cuenta otros lugares y culturas, lo que podría aportar datos de relevancia en torno a la Desesperanza y Trastorno de Estrés Postraumático en personas víctimas de violencia de género. Finalmente, resultaría posible incluso realizar estudios comparativos en distintas partes del mundo y/o indagar otras variables de interés.

Bibliografía

- Alejo E. G. (2005). Aplicación del modelo de estrés postraumático en el estudio del impacto de la violencia sobre la salud mental en población desplazada. MedUNAB, 8(1), 23-28.
- Alejo, E., Rueda, G., Ortega, M. y Orozco, L. (2007). Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. Universitas Psychologica, 6 (3), 623-635.
- Association American Psychiatric. (1952). *Diagnostic and statiscal manual for mental disorders.1st.ed.* Whashington.
- Association American Psychiatric. (1968). *Diagnostic and statiscal manual for mental disorders.2nd.ed.* Whashington.
- Association American Psychiatric. (1980). *Diagnostic and statiscal manual for mental disorders.3rd.ed.* Whashington.
- Association American Psychiatric. (1987). *Diagnostic and statiscal manual for mental disorders.3rd.ed.rev*. Whashington.
- Association American Psychiatric. (1994). *Diagnostic and statiscal manual for mental disorders. 4th.ed.* Whashington.
- Association American Psychiatric. (2013). *DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th.ed.* Washington.
- Álvarez, C., Lameiras-Fernández, M., Holliday, C., Sabri, B., & Campbell, J. (2018). Latina and caribbean immigrant women's experiences with intímate

partner violence: A story of ambivalent sexism. Journal of Interpersonal Violence. Publicación anticipada en línea.

- American Psychiatric Association (2013). DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Barlow, D.H. (1988). Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic. Nueva York: Guilford. Cap. 13
- Beydoun, H. A., Williams, M., Beydoun, M. A., Eid, S. M., & Zonderman, A. B. (2017). Relationship of physical intimate partner violence with mental health diagnoses in the Nationwide Emergency Department Sample. Journal of Womens Health, 26(2), 141-151.
- Beauvoir, S. (2015). El Segundo sexo. Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de València. Beck, A.T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York: Harper & Row
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An Inventory for Measuring Clinical Anxiety: Psychometric Properties. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56(6), 893- 897.
- Beck, A.T. (1974). "The development of depression: A cognitive model". In R. J. Friedman y M.M. Katz (Eds.) The psychology of depression: Contemporary theory and research. Washington, D. C.: Winston & Sons.
- Beck, A.T. (1967). Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects. New York, Harper & Row.
- Beck, A.T.; Weissman, A.; Lester, D.; Trexler, L. (1974). "The measurement of pessimism: The Helplessness Scale". Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42, 861-865.

- Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measure of pessimism: The hopelessness scale. J Consult Clin Psychol. 1974;42:861-865.
- Betancur, D.C. (2020). El estrés postraumático como precursor de daños en salud mental y cognición en víctimas de violencia. Diversitas: Perspectivas en Psicología, 16(2), 311-323.
- Blair, R. J. (2013). Cognitive control of attention is differentially affected in trauma-exposed individuals with and without post-traumatic stress disorder. Psychology Medicine, 43(1), 85-95.
- Boletín Oficial. (2009). Ley num. 26485 de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres en los ámbitos en que desarrollen sus relaciones interpersonales.
- Bonne, O., Vythilingam, M., Inagaki, M., Wood, S., Neumeister, A., … Charney, D. S. (2008). Reduced Posterior Hippocampal Volume in Posttraumatic Stress Disorder. Journal of Clinical Psychiatry, 69(7), 1087–1091.
- Calhoun, K.S. y Resick, P.A. (1993). Post-traumatic stress disorder. En D.H. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders (2ª ed., pp. 48-98). Nueva York: Guilford.
- Carrasco Galán, I. (2006). Terapias racionales y de reestructuración cognitiva. En F. Labrador, J. Cruzado, y M. Muñoz (Eds.), Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta (pp. 688- 689). Ediciones Pirámide.
- Cloitre, M., Shevlin, M., Brewin, C. R., Bisson, J. I., Roberts, N. P., Maercker, A., ... & Hyland, P. (2018). The International Trauma Questionnaire: development of a self-report measure of ICD-11 PTSD and complex PTSD. Acta Psychiatrica Scandinavica, 138(6), 536-546.

- Curiel, A. M. (2006). Maltrato y suicidio. En C. García, R. López y A. M. Curiel. Violencia doméstica. Aspectos médico-legales (pp. 87-96). Valladolid: Universidad de Valladolid.
- Daniels, J. K., Frewen, P., McKinnon, M. C. y Lanius, R. A. (2011). Default mode alterations in PostTraumatic Stress Disorder related to early-life trauma: a developmental perspective. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 36(1), 56-59
- Drake RE, Cotton PG. Depression, hopelessness and suicide in chronic schizophrenia. Br J Psychiatry. 1986;148:554-559.
- Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A., & Krause, E. D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. Journal of interpersonal violence, 21(7), 955-968.
- Eckart, C., Stoppel, C., Kaufmann, J., Tempelmann, C., Hinrichs, H., … Kolassa, I. (2011). Structural alterations in lateral prefrontal, parietal and posterior midline regions of men with chronic posttraumatic stress disorder. Journal of Psychiatry and Neuroscience, 36(3), 176–186.
- Eskin Mehet, Ciğdem Dereboy y Fatma Demirkiran. (2007). Risk factors for and protective factors against adolescent suicidal behavior in Turkey. Crisis The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention. 28(3), 1-8.
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2005). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos? Psicopatología Clínica, Legal y Forense, 5, 57-73.
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (2015). Manual de Violencia Familiar. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Frankl V. El hombre en busca de sentido. Barcelona: Herder; 2004

- Gilbar O, Dekel R, Hyland P, Cloitre M. The role of complex posttraumatic stress symptoms in the association between exposure to traumatic events and severity of intimate partner violence. Child Abuse Negl. 2019 dic; 98: 104174.
- Golding, J. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. Journal of Family Violence, 14(2), 99-132.
- González-Arratia, Norma I. (2011). La autoestima Medición y estrategias de intervención a través de una experiencia en la reconstrucción del ser. México: Universidad Autónoma del Estado de México.
- Hewitt Ramírez, N., Juárez, F., Parada Baños, A. J., Guerrero Luzardo, J., Romero Chávez, Y. M., … Vargas Amaya, M. V. (2016). Afectaciones psicológicas, estrategias de afrontamiento y niveles de resiliencia de adultos expuestos al conflicto armado en Colombia. Revista Colombiana de Psicología, 25(1), 125-140.
- Heyman, R., Kogan, C., Foran, H., Burns, S. ... Reed, G. (2018) A case-controlled field study evaluating icd-11 proposals for relational problems and intimate partner violence. International Journal of Clinical and Health Psychology, 18(2), 113-123.
- Janet, P. (1904). L'Amnesie et la dissociation des souvenirs par l'emotion. *J. Psychol.* 4: 417–453.
- Jones, J.C. y Barlow, D.H. (1990). The etiology of posttraumatic stress disorder. Clinical Psychology review, 10, 299-328.
- Juárez Dehisy M. y René Landero. (2011). Imagen corporal, funcionamiento sexual, autoestima y optimismo en mujeres con cáncer de mama. Nova Scientia, 4(1), 17 – 34.

- Kessler, R. C., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E. J., Cardoso, G. & Florescu, S. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. European journal of psychotraumatology, 8(sup5), 1353383.
- Lang, P.J. (1988). Fear, anxiety, and panic: Context, cognition, and visceral arousal. En S. Rachman y J.D. Maser (Eds.), Panic: Psychological perspectives (pp. 219-236). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Lara Caba, E. Z., Aranda Torres, C., Zapata Boluda, R. M., Bretones Callejas, C. & Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 11(1), 1-8
- Li, Y., Hou, X., Wei, D., Du, X., Zhang, Q. ... Qiu, J. (2017) Long-Term Effects of Acute Stress on the Prefrontal-Limbic System in the Healthy Adult. PLoS ONE, 12(1), e0168315.
- Londoño, N., Patiño, C., Restrepo, D., Correa, J., Raigoza, J., Rojas, C. (2008). Perfil cognitivo asociado al trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia armada. Informes Psicológicos, 10, 11-27.
- López M, Arenas M, González A. (2018) Prevalencia de violencia intrafamiliar en pacientes del Módulo de Gerontología de una clínica de Medicina Familiar. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.
- Lukas E. (2001) Paz vital, plenitud y placer de vivir. Los valores de la logoterapia. Barcelona: Paidós.
- Mikulic, I.M. (2006). Desesperanza: Aportes de la Escala de Desesperanza BHS de A. Beck a la Evaluación Psicológica Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

- Morey, R. A., Gold, A. L., LaBar, K. S., Beall, S. K., Brown, V.M., (2012) Mid-Atlantic MIRECC Workgroup. Amygdala volume changes in posttraumatic stress disorder in a large case-controlled veterans group. Archives of General Psychiatry, 69(11), 1169-78.
- Namy, S., Carlson, C., O'hara, K., Nakuti, J., Bukuluki, P., Lwanyaaga, J., Michau, L. (2017). Towards a feminist understanding of intersecting violence against women and children in the family. Social Science & Medicine, 184, 40-48.
- Ministerio de las Mujeres, Género y Diversidad sexual del Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2020) https://www.gba.gob.ar/mujeres/informes
- Organización de los Estados Americanos (1994). Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer (Convención de Belém do Pará). Disponible en www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-61.html
- Organización de las Naciones Unidas (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Disponible en www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/ violenceagainstwomen.aspx
- Organización de las Naciones Unidas Mujeres (s/f). Reglas y normas mundiales : Poner fin a la violencia contra mujeres y niñas. Disponible en: www.unwomen.org/es/whatwe-do/ending-violence-against-women/global-norms-and-standards
- Openheim, H (1889) Las neurosis traumáticas. Según las observaciones recogías en el hospital psiquiátrico de Charité durante los últimos 5 años. Berlín: Hirschwald; 2ª ed., 1892.
- Pérez, J., & Escobar, A. (Coords). (2011). Perspectiva de la violencia de la violencia de género. Madrid: Editorial Grupo 5.

- Real Academia Española (2001). Diccionario de la lengua española [Dictionary of the Spanish Languaje] (22nd ed.). Madrid, Spain
- Reff RC, Kwon P, Campbell DG. Dysphoric Responses to a naturalistic stressor: interactive effects of hope and defense style. J Soc Clin Psychol. 2005;24(5): 638-648.
- Registro único de casos de violencia contra las mujeres-RUCVM: resultados 2013-2018.- 1a ed . - Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos - INDEC, 2019. Libro digital, PDF
- Saquinaula-Salgado M, Castillo-Saavedra EF, Rosales Márquez C. Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. Duazary. 2020 octubre; 17(4): 23-31.
- Stein, M. B., & Kennedy, C. (2001). Mayor depressive disorder and post-traumatic disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. Journal of Affective Disorders, 66(2-3), 133-138.
- Stotland, E. (1969). The psychology of hope. San Francisco, CA: Jossey: Bass
- Tonsing, J., & Tonsing, K. (2017). Understanding the role of patriarchal ideology in intimate partner violence among South Asian women in Hong Kong. International Social Work, 62(1), 161- 171.
- Torres Falcón, M. et al. (2001). La violencia en casa. México: Paidós. Versión Digital.
- Vaccarezza, L. (2007b). Sobre el concepto de malos tratos. En Mª P. Rivas y Barrios, G. (Dir.), Violencia de Género. Perspectiva Multidisciplinar y Práctica Forense. Perspectiva Multidisplinar y Práctica Forense (pp. 143-159). Navarra: Aranzadi.

- Vargas H. Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. Rev. Med. Hered. 2017; 28(1): 48-58. Walker, Lenore. (1989.) Terrifying Love. Why battered women kill and how society responds. Harper Perennial. New York.
- White, S. F., Costanzo, M. E., Blair, J. R. y Roy, M. J. (2014). ptsd symptom severity is associated with increased recruitment of top-down attentional control in a trauma-exposed sample. NeuroImage: Clinical, 18(7), 19-27. https://doi.org/10.1016/j.nicl.2014.11.012

Anexos

Instrumento sociodemográfico

Nombre:
Edad:
Sexo:
Fecha (opcional):

Estado Civil:
- Casada
- Soltera
- En pareja
- Divorciada
- Viuda

¿Tiene hijos?
- No
- 1
- 2
- 3
- 4 o más

Zona de residencia:
- Urbanizada
- Residencial
- Rural
- Barrio vulnerable

Nivel educativo:
- Primario incompleto
- Primario completo
- Secundario incompleto
- Secundario completo
- Terciario incompleto
- Terciario completo
- Universitario incompleto
- Universitario completo
- Analfabetismo

Ocupación:

Ingreso y/o remuneración mensual:

Nivel económico:
- Bajo
- Medio
- Alto

¿Profesa culta/religión?

- No
- Católica Romana
- Cristiana
- Evangélica
- Otra

¿Radicó denuncias anteriores?

- No
- Si

Tipo de violencia de la que es o fue víctima:

- Física
- Verbal o psicológica
- Sexual

Motivos por los cuales no ha denunciado la situación o ha pedido ayuda.

- Por vergüenza
- Por falta de dinero
- Por los/as hijos/as
- Por depender económicamente de quien le agrede
- Por miedo a represalias posteriores
- Por estar ligadas afectivamente a la persona agresora
- Porque consideran que no es grave
- Otras causas: _____

Escala de Desesperanza

Nombre:
Fecha:

Por favor, señale si las siguientes afirmaciones se ajustan o no a su situación personal. Las opciones de respuestas son VERDADERO o FALSO.

1	Espero el futuro con esperanza y entusiasmo.	V	F
2	Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo.	V	F
3	Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así.	V	F
4	No puedo imaginar cómo será mi vida dentro de 10 años.	V	F
5	Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer.	V	F
6	En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar.	V	F
7	Mi futuro me parece oscuro.	V	F
8	Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio.	V	F
9	No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro.	V	F
10	Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro.	V	F
11	Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable.	V	F
12	No espero conseguir lo que realmente deseo.	V	F
13	Cuando miro hacia el futuro, espero ser más feliz de lo que soy ahora.	V	F
14	Las cosas no marchan como yo quisiera.	V	F
15	Tengo una gran confianza en el futuro.	V	F
16	Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa.	V	F
17	Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro.	V	F
18	El futuro me parece vago e incierto.	V	F
19	Espero más bien épocas buenas que malas.	V	F
20	No merece la pena que intente conseguir algo que desee, porque probablemente no lo lograré.	V	F

Escala de Gravedad de Síntomas Revisada

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.				
0 = Nada **1 = Una vez por semana o menos/ Poco** **2 = De 2 a 4 veces por semana/ Bastante** **3 = 5 o más veces por semana/ Mucho**				
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?				
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?				
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?				
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?				
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?				
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?				
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?				
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?				
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?				
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?				
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?				
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?				

13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?				
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?				
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?				
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?				
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?				
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?				
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?				
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?				
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?				
Indique:				
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?				
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?				
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?				
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?				
Indique:				
1. Deterioro en la relación de pareja				
2. Deterioro de la relación familiar				
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica				
4. Interferencia negativa en la vida social				
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio				
6. Disfuncionalidad global				