

## DISTRÉS EN MUJERES MALTRATADAS DE MEDELLIN, 2003<sup>1</sup>

Diana Marcela Pino Palacio<sup>2</sup>

Bibiana María Loaiza Pérez<sup>3</sup>

Doris Ospina Muñoz<sup>4</sup>

### Resumen

La violencia doméstica es un grave problema de salud pública en el mundo, cuyas principales víctimas son las mujeres. Aunque se conocen algunos de los efectos nocivos sobre la salud física y mental de las mujeres que la sufren, la relación entre estrés y este tipo de violencia es poco clara. **Objetivo:** Analizar, a partir de la SCL-90R de Derogatis, los niveles de distrés en las mujeres maltratadas consultantes en las comisarías de familia de la ciudad de Medellín; establecer relaciones con variables sociodemográficas; y sugerir algunas recomendaciones para la intervención del distrés con mujeres maltratadas. **Metodología** Estudio descriptivo, exploratorio con 199 mujeres consultantes en comisarías de familia de Medellín. Se aplicó una encuesta demográfica y la escala de síntomas de distrés SCL-90R de Derogatis. Se obtuvieron índices generales de estrés según las dimensiones de la escala y se establecieron relaciones entre ellas y las variables sociodemográficas. **Resultados** se encontró alto índice de distrés en todas las dimensiones de la escala. El nivel de psicoticismo parece más alto que el que presentan las mujeres de referencia del estudio de Derogatis. en las mujeres del estudio. Para todas

**Palabras clave: distrés, violencia doméstica, maltrato, mujeres, enfermería.**

**Key words: distress, domestic violence, battered women, women, nursing**

### Introducción

La violencia doméstica es reconocida como uno de los graves y dolorosos problemas sociales, que compromete física y psicológicamente a las mujeres en todo el mundo<sup>1</sup>. Cuando se habla de violencia doméstica se hace referencia a todo tipo de acciones agresivas hacia las mujeres, tanto a acciones físicas como verbales. Algunos autores plantean que este tipo de violencia se caracteriza por:

1. Tendencia a mantenerse oculta.
2. Tendencia a la repetición.
3. Tolerancia de la víctima: la mujer puede permanecer junto al agresor por motivos como la dependencia económica, o mantener a la familia unida.
4. Variabilidad de las formas de agresión: expresiones verbales, actos que originan lesiones físicas<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Este artículo es producto de la investigación Resiliencia, espiritualidad y distrés en mujeres maltratadas de Medellín, 2003. Realizado por el Grupo de Investigación Salud de las Mujeres, Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia con el financiamiento de COLCIENCIAS.

<sup>2</sup> Enfermera, Hospital Pablo Tabón Uribe

<sup>3</sup> Enfermera, Hospital General de Medellín

<sup>4</sup> Docente asistente, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Correo electrónico:

[doris@tone.udea.edu.co](mailto:doris@tone.udea.edu.co)

A pesar de los estudios, la magnitud de este problema sigue resultando desconocida. Las estadísticas de violencia doméstica no representan la realidad del problema debido al sub-reporte de casos que existen en la mayoría de los países, ya que la mujer no busca la ayuda de los servicios, posiblemente por vergüenza o temor. Otra posible razón para el sub-reporte, está en las limitaciones de la definición legal de violencia doméstica, en la que ofensas que deberían ser catalogadas como actos de violencia doméstica no son contabilizados como tal<sup>3</sup>.

En Colombia, la primera causa de mortalidad en mujeres de 15 a 44 años es la violencia intrafamiliar o la callejera; en la mayoría de los casos se registran las lesiones pero sin tener en cuenta cómo se producen; así mismo el maltrato psicológico, no está sujeto a reporte epidemiológico<sup>4</sup>.

En cuanto a los efectos de esta violencia sobre la salud mental de las mujeres se sabe que muchas de ellas consideran que las consecuencias psicológicas del abuso son aún más serias que los efectos físicos. La experiencia del maltrato suele destruir el amor propio de la mujer y la pone en mayor riesgo de problemas diversos de salud mental<sup>5</sup>.

Las mujeres maltratadas suelen presentar después de uno o varios incidentes traumáticos de malos tratos, síntomas que se relacionan con diversas categorías de diagnóstico, como son los trastornos de ansiedad, estados disociativos, depresión, trastornos alimenticios como anorexia y bulimia, alcoholismo y dependencia de las drogas. Puede haber también un diagnóstico estrés postraumático, que es la categoría de diagnóstico que mejor describe los síntomas observados en la mayoría de las mujeres maltratadas y trastornos de personalidad dependiente, borderline y pasivo-agresivo o personalidad antisocial<sup>6</sup>.

Los malos tratos, entendidos como amenaza grave a la identidad e integridad de las mujeres, se convierten en un gran generador de estrés ya que implican el evento puntual en el que se produce la agresión y además, incluyen la tensión que se produce por la posibilidad de agresiones futuras<sup>7</sup>. En esta perspectiva, se considera que, además del estrés que se produce de manera directa con el maltrato, también se presenta el derivado de las situaciones que tienen que enfrentar las mujeres maltratadas en áreas como la laboral, social y familiar, ámbitos en los que ellas tienen que hacer esfuerzos emocionales importantes para ocultar las secuelas de la violencia.

Cuando el estrés se presenta en forma crónica, prolongado en el tiempo, continuo, aunque no necesariamente intenso, pero exigiendo adaptación permanente, supera la capacidad de control del individuo y se rompe el equilibrio entre demanda y resistencia. De esta manera aparecen las llamadas enfermedades de adaptación. Es decir, el organismo se encuentra sobre estimulado, se agotan sus resistencias fisiológicas y el estrés se convierte en distrés. Esta es una situación generalmente crónica, con la que se convive sin darse cuenta, que da origen a numerosas alteraciones emocionales como ansiedad, miedos, fobias, inseguridad, tensiones, cansancio, agotamiento y problemas de relación social entre otros, produciéndose así un cuadro de distrés<sup>8</sup>.

Como puede observarse, por muchas razones la violencia doméstica es un problema de salud pública que se expresa en todas las culturas, razas, ocupaciones y niveles económicos, requiere de soluciones inmediatas, además de acciones que a largo plazo logren disminuir la prevalencia de esta conducta en nuestra sociedad.

Estas razones, sumadas a que muchas investigaciones en el mundo señalan que la detección de los casos de maltrato a mujeres se realiza o debe realizarse en los servicios de salud<sup>9</sup>, que los estudios realizados en nuestro medio sobre los efectos de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres son escasos<sup>10</sup> y el creciente grado de concientización sobre el papel protagónico que las enfermeras deben jugar en los servicios de salud consideramos importante la participación del profesional de Enfermería como gestor de programas de ayuda a mujeres, que perduren en el tiempo<sup>11</sup>.

**Objetivo general:** Analizar los niveles de distrés en las mujeres maltratadas consultantes en las comisarías de familia de la ciudad de Medellín.

**Objetivos específicos:**

- ❖ Identificar los niveles de distrés que según la SCL-90R de Derogatis presentan las mujeres maltratadas consultantes en las comisarías de familia de la ciudad.
- ❖ Analizar la relación entre el nivel de Distrés y las variables de la encuesta demográfica
  - escolaridad
  - estrato socioeconómico dado por el sector en que se encuentra la comisaría donde se consulta.
  - Edad
  - Profesión
- ❖ Sugerir algunas recomendaciones para la intervención del distrés con mujeres maltratadas

**Metodología**

Este estudio hace parte de un estudio mayor titulado: *Resiliencia, espiritualidad y distrés en mujeres maltratadas*. Realizado por el grupo de investigación Grupo de Investigación Salud de las Mujeres, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

**Selección de la Muestra**

La muestra estuvo conformada por 199 mujeres maltratadas, consultantes, durante el 2003, en 11 de las 17 Comisarías de Familia existentes en la ciudad de Medellín. El número de mujeres seleccionado en cada Comisaría fue proporcional al número de mujeres consultantes en los últimos seis meses. En seis de las comisarías el flujo de consultantes fue muy bajo, razón por la cual no se tuvieron en cuenta para la selección de la muestra. Las mujeres en cada Comisaría se seleccionaron de la siguiente forma: a) las encuestadoras se presentaban en las Comisarías en las horas de mayor flujo de asistencia; b) Las

Comisarias(os)de familia, una vez atendían la mujer, solicitaban su consentimiento para participar en el estudio; c) Las mujeres que aceptaban participar eran entrevistadas; d) En las comisarías donde el número de mujeres consultantes fue poco se obtuvo la lista de mujeres consultantes en el último mes y se contactaron para solicitarles responder la escala.

La muestra se seleccionó por conveniencia, de tal manera que los resultados fueran comparables con el estudio realizado por la Doctora Janice Humphreys en la Universidad de California con mujeres maltratadas albergadas en shelters (casas refugio para mujeres maltratadas)<sup>12</sup>.

### **Tipo de estudio**

El diseño investigativo corresponde a un estudio exploratorio, “donde el objetivo es examinar un problema de investigación poco estudiado o que no ha sido abordado antes. Estos estudios nos sirven para aumentar el grado de familiaridad con fenómenos relativamente desconocidos, obtener información sobre la posibilidad de llevar a cabo una investigación mas completa sobre un contexto particular de la vida real”<sup>13</sup>.

### **Instrumentos**

A las mujeres se les aplicaron dos encuestas: Una encuesta demográfica y la escala de síntomas de distrés SCL-90R. La encuesta demográfica indaga sobre edad, escolaridad, estrato socioeconómico, situación laboral y profesión u oficio. La SCL-90R está constituida por nueve dimensiones de síntomas de distrés y tres indicadores globales o medidas resumen que permiten obtener información relevante sobre el estado psicológico de las personas.

Las dimensiones de síntomas primarios que mide SCL-90 R y los ítems incluidos en ella son los siguientes:

- 1- Somatización (SOM): refleja el distrés originado desde la percepción de disfunciones corporales, por ejemplo en los sistemas cardiovascular, gastrointestinal y respiratorio así como dolor y molestia en los músculos, y ansiedad.
- 2- Obsesivo- compulsivo(O-C): Están focalizados en pensamientos, impulsos y acciones experimentados como incesantes e irresistibles
- 3- Sensibilidad interpersonal (I-S): esta centrado en los sentimientos de inferioridad, auto desprecio, inseguridad e inconformidad durante las interacciones interpersonales.
- 4- Depresión (DEP): refleja las manifestaciones de depresión clínica. Síntomas como humor y afecto disfórico son signos de pérdida de interés en la vida, desmotivación y disminución de energía vital. También sentimientos de desesperación e ideas suicidas.
- 5- Ansiedad (ANX): se incluyen signos generales de ansiedad como nerviosismo, tensión, temblor, ataques de pánico y sentimientos de terror y miedo.
- 6- Hostilidad (HOS): refleja pensamientos, sentimientos o acciones característicos de estado de afecto negativo y de enojo

- 7- Ansiedad fóbica (PHOB): es definida como una respuesta de miedo persistente que es irracional y desproporcionado. Se centra en manifestaciones patológicas y disociadas de conducta fóbica
- 8- Ideación paranoide (PAR): las características principales son hostilidad, suposiciones, grandiosidad, miedo de pérdida de autonomía y engaños.
- 9- Psicosis (PSY): indica retiro, aislamiento, estilo esquizofrénico alucinaciones e ideas de control.<sup>14</sup>

Los tres índices globales de estrés que se obtienen a partir de la SCL-90R son el índice global de severidad (GSI) que refleja el nivel actual o profundidad del trastorno, combina información relacionando el número de síntomas reportados, con la intensidad del estrés percibido; el índice de síntomas positivos de estrés (PSDI) que refleja el nivel promedio de estrés reportado para cada una de las dimensiones de los síntomas, puede ser interpretado como una medida de intensidad de los síntomas y, el índice total de síntomas positivos (PST) que refleja el número de síntomas reportados positivamente por las encuestadas<sup>15</sup>.

### **Análisis**

Se realizó cruce de variables con las dimensiones de la escala de estrés; además se utilizó la escala de síntomas de estrés SCL 90R diseñada por Derogatis. Esta escala está constituida por nueve dimensiones de síntomas de estrés y tres indicadores globales o medidas resumen que permiten obtener información relevante sobre el estado psicológico de las personas.

A partir de la calificación de la SCL-90R se obtiene una calificación estándar T (normalizada) usando el grupo norma que es apropiado para cada persona. Estas calificaciones son desarrolladas para habilitar las comparaciones de los estados de actuación de un individuo con algún grupo de referencia relevante.

Los cálculos anteriores se hicieron por medio de una base de datos que incluía las formulas para el cálculo del promedio de cada una de las dimensiones de síntomas y los índices resumen de estrés: GSI, PSDI y PST a los cuales se les calculó la T SCORE basándonos en las tablas de calificación de Derogatis. El modelo de selección para definir un caso positivo de estrés fue:

**Positivo Dx:  $T_{GSI} \geq T_{63}$  ó  $T_{2dim} \geq T_{63}$**

### **Resultados**

Al analizar la información obtenida en las encuestas realizadas a las mujeres violentadas se encontró que:

Basadas en la segunda fórmula para la identificación de casos positivos de estrés se encontró que :

- En ansiedad fóbica se encuentra el 53% (106) de las mujeres. Aquí se ve la respuesta de la mujer, reflejada como un miedo persistente que además es irracional y desproporcionado.
- En ansiedad encontramos a 111 mujeres (55.5%) con una  $T >$  de 63; en esta dimensión se incluyen signos generales de ansiedad y algunas somatizaciones, que hacen de la mujer presa fácil del pánico.
- En la dimensión de somatización se encontró que 115 mujeres (57%) obtuvieron un puntaje  $>$  de 63, lo que puede significar que el estrés está originado desde la percepción de alteraciones corporales.
- En la dimensión obsesivo compulsivo se detectaron 124 mujeres que representan un 62% del total de la muestra, que presentan un puntaje  $>$  de 63, que incluye síntomas que por lo general están asociados con el síndrome clínico del mismo nombre.
- La dimensión de hostilidad alberga al 65.5% de las mujeres (131), y refleja los sentimientos o acciones propios de un estado de afecto negativo de enojo.
- En la dimensión de depresión, se encontraron 144 mujeres que corresponden al 72% del total de las encuestadas y reflejan un rango muy representativo de los síntomas de la depresión clínica.
- En ideación paranoide 144 mujeres que representan el 72% muestran conductas paranoides que reflejan un desorden en el pensamiento caracterizado por sentimiento de grandeza.
- En la dimensión de sensibilidad interpersonal se encontró que el 74.5% (149) de las mujeres presentan una  $T >$  de 63, lo que nos muestra los sentimientos de inferioridad e inconformidad de las mujeres.
- En la dimensión de psicosis se ubican 150 mujeres que son el 75% de la muestra y el porcentaje más alto en este análisis de las dimensiones, con una  $T >$  de 63. Esta dimensión refiere que la mujer presenta síntomas de retiro, aislamiento y esquizofrenia.
- Es importante resaltar que la mayoría de las mujeres puntúan positivo para estrés en esta dimensión.
- Además de lo mencionado anteriormente para cada dimensión también se encontró que 178 mujeres correspondientes al 89% del total de la muestra son positivas para estrés debido a que tienen dos o más dimensiones  $>$  o iguales de  $T \geq 63$  y se encuentran distribuidas así:
  - De 2 a 4 dimensiones se encuentran 43 mujeres que son el 21.5 % de la población encuestada.
  - De 5 a 7 dimensiones se encuentran 56 mujeres que representan el 28% de la muestra.
  - De 8 y 9 se encuentran 79 mujeres que representan el 39.5% del total de la muestra.
- En la distribución de las mujeres según la edad y la relación con las dimensiones de estrés, se encuentra que la mayoría de las mujeres sin importar el rango de edad, resultaron positivas para estrés no solo con  $T \geq 63$  sino que se pudo encontrar mujeres de 7, 8 y 9 dimensiones  $T > 63$  y que corresponden a un 52% del total de la muestra.

- En la distribución de la ocupación con las dimensiones del distrés. Encontramos un porcentaje bastante significativo en las mujeres que no realizan ningún trabajo fuera del hogar, dando como resultado una distribución y con un total de 122 mujeres en esta categoría que representarían el 61% de todas las mujeres encuestadas.
- La distribución del nivel educativo con las categorías de distrés; se encontró que las mujeres que habían cursado primaria completa, secundaria incompleta y secundaria completa representan el mayor porcentaje de la muestra 74%, donde se observa uniformidad entre las categorías de distrés, siendo la mas altas las mujeres con 9 dimensiones.
- La distribución del estrato socioeconómico con las dimensiones de distrés. Se encontró que la mayor parte de las mujeres que se encuentran en el estrato 2 y 3 son las que obtienen una calificación de positivas para Distrés, siendo las mas altas las que tienen 8 y 9 dimensiones con un porcentaje de 33% del total de la muestra.

### **Discusión y conclusiones**

La principal conclusión del estudio se refiere a que las mujeres maltratadas, presentaron altos niveles de distrés. Comparativamente con lo valores de referencia de la SCL-90R, ellas obtuvieron una calificación similar a la de pacientes psiquiátricas ambulatorias.

Es importante indicar que aunque los resultados muestren que las mujeres son altamente positivas para distrés muchas de ellas no se dan cuenta de esto y perciben su situación como algo normal que hace parte de la cotidianidad de lo vivido en su relación de pareja, pues asocian los síntomas con una enfermedad común y no como algo grave que en algún grado esta interfiriendo con su salud mental.

Se puede ver como la falta de entidades que se apropien de esta realidad social hace que cada día existan más mujeres maltratadas, pero sobre todo, mujeres que cada vez se acercan a índices de psicosis o alguna otra enfermedad mental. Debido a esto, una posible solución sería mejorar la atención y la protección a las mujeres, no solo en las comisarías de familia sino también en los servicios de salud, y fortalecer y divulgar las redes de apoyo para que este problema sea tanto un compromiso de las ONG como del estado y la sociedad en general.

### **Aplicaciones de los resultados del estudio para la Enfermería**

1. Permite a los profesionales de Enfermería obtener una visión mas amplia sobre la gravedad del problema que enfrentan las mujeres maltratadas.
2. Realizar actividades orientadas a planear el cuidado de la salud de las mujeres y sobre todo, jugar un papel protagónico en la identificación de los casos para realizar orientaciones oportunas a las mujeres sobre cómo buscar soluciones a su problema.
3. Ofrece elementos a los profesionales de Enfermería para realizar actividades educativas, comunitarias, familiares y grupales, tanto con mujeres como con hombres, para reconocer los comportamientos que constituyen la violencia doméstica y sobre cómo ella afecta directamente la salud física, mental y social.

4. Permite a los profesionales de Enfermería obtener elementos para realizar intervenciones adecuadas que beneficien los procesos de salud de las mujeres.
5. El profesional de Enfermería debe ampliar su campo de acción dentro del marco de la problemática en la que culturalmente se ha situado la mujer, dentro de una perspectiva de género y las posibilidades para romper definitivamente con las conductas agresoras.
6. Formular propuestas que beneficien una transformación de los procesos de salud de las mujeres y sus condiciones de vida.
7. Desarrollar investigaciones biomédicas y sociales, con la participación de otros actores en salud, para identificar factores de riesgo específicos y promover los factores protectores en las mujeres que se enfrentan a situaciones de violencia doméstica.

## **CITAS BIBLIOGRAFICAS**

- <sup>1</sup> Facultad De Enfermería Universidad De Antioquia. Subsecretaría para la mujer. Despacho de la Gobernación de Antioquia. La violencia: un problema en la vida de familia. Medellín: penta color; 1995. pp. 7-8
- <sup>2</sup> Olalla T, Cedenilla N, Cañones Pj. Violencia domestica, violencia de sexo. Revista de la SEMG [publicación periódica en línea] N° 56-septiembre de 2003. Pág. 476. [citada 2005 Mayo 25]; se encuentra en: [http://www.semg.es/revista/revista\\_56/pdf/475-484.pdf](http://www.semg.es/revista/revista_56/pdf/475-484.pdf)
- <sup>3</sup> Vélez. C. La violencia doméstica: un reto para la investigación en salud pública. [sitio en Internet]. Disponible en <http://www.isis.cl/temas/vi/reflex5.htm>. Acceso el 25 de mayo de 2005
- <sup>4</sup> República de Colombia. Ministerio de salud. Guía de atención de la mujer maltratada. Pág. 3
- <sup>5</sup> Villavicencio P, Sebastian J. Reacciones psicológicas ante la situación de malos tratos. En: Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 1999. Pág. 148
- <sup>6</sup> Villavicencio P, Sebastian J. Reacciones psicológicas ante la situación de malos tratos. En: Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 1999.
- <sup>7</sup> Villavicencio P, Sebastián J. Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales, Instituto de la mujer; 1999
- <sup>8</sup> Ospina D, Jaramillo D, Uribe T, Cabarcas G. distrés psicológico y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas Medellín. Facultad de Enfermería. Universidad de Antioquia. Artículo en proceso de publicación 2005.
- <sup>9</sup> Nacional Research Council. Institute of Medicine. Violence in families. Assessing prevention and treatment programs. Washington, D.C. 1998.
- <sup>10</sup> Jaramillo DE., Giraldo CV., Uribe TM. Violencia Conyugal. En: Angarita P. (Comp). Balance de los estudios sobre violencia en Antioquia. Grupo interdisciplinario de investigación sobre violencia. Instituto de estudios regionales INER. Universidad de Antioquia.
- <sup>11</sup> Vélez. C. Op cit.
- <sup>12</sup> Humphreys J. Spirituality and distress in sheltered battered women. Journal of Nursing scholarship 2000;32(3):273-278.
- <sup>13</sup> Hernández R., Fernández C., Baptista P. Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill. 1995. p. 59.
- <sup>14</sup> Derogatis L. SCL-90-R: Lista de Síntomas-90-[corregida]. Minneapolis: NCS Pearson; 2003.
- <sup>15</sup> Derogatis L. SCL-90-R Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring, and Procedures Manual. Minneapolis: NCS Pearson; 2003