



Facultad de Psicología

Niveles de Ansiedad, Regulación Emocional y Sintomatología

asociada al Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

vinculados al Maltrato Físico y Psicológico

en Mujeres Víctimas de Violencia

en al menos una Relación de Pareja

Memoria para optar al Título de Psicólogo

Mención Clínica

Alumnos

Javiera José Chávez Muñoz

Nicolás Patricio Antonio Falcón Salgado

Profesor Guía

Dra. Johanna Margarita Kreither Olivares

Talca, Marzo del 2020

CONSTANCIA

La Dirección del Sistema de Bibliotecas a través de su unidad de procesos técnicos certifica que el autor del siguiente trabajo de titulación ha firmado su autorización para la reproducción en forma total o parcial e ilimitada del mismo.



Talca, 2022

Agradecimientos

Esta tesis está dedicada a todas las personas que fueron importantes durante todo nuestro proceso, en especial a nuestros padres, ya que sin ellos nada hubiese sido posible.

A nuestros compañerxs y amigxs que compartieron junto a nosotros durante todos estos años, que nos dieron la energía para continuar aprendiendo.

A nuestra profesora guía, por cada palabra de aliento.

A quienes participaron y colaboraron con nuestra memoria.

Javiera José Chávez Muñoz

Nicolás Patricio Antonio Falcón Salgado

Resumen

Uno de los fenómenos sociales de más relevancia en los últimos tiempos y cuya prevalencia se ha mantenido en nuestra cultura hasta el día de hoy, corresponde al maltrato dirigido hacia la mujer. Este fenómeno ha tenido un impacto masivo en la salud mental de este grupo. Con esto en consideración, el presente estudio tiene como objetivo describir y determinar la relación entre las variables de ansiedad y regulación emocional, en mujeres que han vivido eventos de maltrato en su relación de pareja. La memoria tiene un diseño cuantitativo no experimental. Participaron 67 mujeres mayores de edad, de las cuales 74,6% presentó prevalencia en maltrato de tipo psicológico o físico en su relación de pareja en el pasado. Los resultados reflejan que las mujeres que han sido víctimas de maltrato presentan un nivel de ansiedad de tipo rasgo superior al promedio estimado y dificultades para regular sus emociones, en especial la categoría de rechazo emocional (m: 18,6; DT: 8,3). Destacando la frecuencia de maltrato psicológico por sobre la frecuencia de maltrato físico, con una alta presencia de síntomas de TEPT. En conclusión, se puede mencionar que el maltrato psicológico correlaciona de forma positiva con las dificultades de regulación emocional, evidenciando que a medida que exista mayor abuso psicológico, mayor será la dificultad para modular sus expresiones emocionales, y viceversa.

Palabras claves: Violencia hacia la Mujer, Ansiedad, Regulación Emocional

Abstract

In the last few years, one of the most relevant social phenomenon with high prevalence in our culture, is gender-based violence against women. It has had a massive impact in the mental health of this group. The objective of this study is to determine and describe the relation between anxiety and emotional regulation, in women who have experienced abuse perpetrated by their partner. This investigation is a non-experimental quantitative design. Participants were 67 adult women, 74.6% of which were victims of psychological or physical abuse in the past. The analyses revealed that the women who have suffered abuse present trait-type anxiety levels and emotional regulation difficulties, particularly, in the emotional rejection category (m: 18.6; DT: 8.3) above the estimated average. Our findings highlight that the frequency of psychological abuse is above physical abuse, with a large presence of PTSD symptoms. In conclusion, the findings suggest that, psychological abuse correlated positively with difficulties in emotion regulation, showing that with psychological abuse, there are more difficulties modulating emotional expressions, and viceversa.

Key words: Violence against Women, Anxiety, Emotion Regulation

Índice

Resumen	4
1. Introducción	9
2. Discusión Bibliográfica	15
2.1. Maltrato en la relación de pareja	15
2.1.1. Maltrato físico	16
2.1.2. Maltrato psicológico	16
2.1.3. Maltrato sexual	17
2.1.4. Estudios relacionados	17
2.2. Ansiedad	18
2.3. Regulación emocional	21
2.4. Sintomatología por Trastorno de Estrés Postraumático	25
2.5. Relación entre variables de ansiedad, regulación emocional y sintomatología de TEPT	27
2.6. Objetivos	28
2.6.1. Objetivo específico 1	28
2.6.2. Objetivo específico 2	28
2.6.3. Objetivo específico 3	28
2.6.4. Objetivo específico 4	28
2.6.5. Objetivo específico 5	28
2.7. Hipótesis	29
3. Método	30
3.1. Diseño	30
3.2. Grupo objetivo	30

3.3. Instrumentos	31
3.3.1. Escala Tácticas de Conflictos (CTS-2)	31
3.3.2. Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)	32
3.3.3. Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E)	32
3.3.4. Escala de Trauma de Davidson (ETD)	33
3.3.5. Factores sociodemográficos	34
3.4. Procedimiento	34
3.4.1. Fase 1: Aprobación del Comité de Ética	35
3.4.2. Fase 2: Contacto Inicial	35
3.4.3. Fase 3: Aplicación	35
3.4.4. Fase 4: Información	36
3.4.5. Fase 5: Análisis	37
3.4.6. Fase 6: Elaboración del informe	37
4. Resultados	38
4.1. Caracterización de la muestra	38
4.2. Resultados descriptivos para el maltrato físico y psicológico	39
4.3. Resultados descriptivos de los niveles de ansiedad	40
4.4. Resultados del análisis de correlaciones para la variable de ansiedad	40
4.5. Resultados descriptivos de los niveles de la regulación emocional	42
4.6. Resultados de análisis de correlaciones para la variable de regulación emocional	43
4.7. Resultados descriptivos de la variable de TEPT	45
4.8. Resultados del análisis de correlaciones para la variable de TEPT	45

4.9. Resultados del análisis de correlaciones para la variable de ansiedad en población con prevalencia de maltrato frente a la población sin esta condición	46
5. Discusión y conclusiones	48
6. Referencias	55
7. Anexos	70

1. Introducción

Uno de los principales problemas de la actualidad, es la violencia presente en la sociedad, en especial, aquellas conductas que han sido normalizadas e invisibilizadas por la cultura, como lo es el maltrato hacia la mujer (Calvo- González & Camacho- Bejarano, 2014). Esta es una de las prácticas más replicadas, que ha conllevado un sin fin de consecuencias negativas. Esta práctica coloca a la mujer, entre otras cosas, en un estado de inferioridad, en donde frecuentemente, el hombre es quien tiene una posición de poder y privilegio (Kaufman, 1995). Esta violencia se vive de diferentes formas, en el entorno social o por parte de sus parejas, con acciones que van desde el control de sus propias libertades y cuerpos, a asumir roles estereotipados. Se pueden encontrar en cualquier edad del ciclo vital y bajo cualquier condición económica o posición social (Fernández-González, Calvete & Orue, 2017). Desde un análisis de género, esta violencia hacia la mujer está gravemente inserta en un sistema de creencias culturales determinado por estilos de relación, prácticas y comportamientos, encontrándose a la base de la ideología patriarcal subordinado en muchas situaciones a las mujeres, bajo un control masculino hegemónico (SERNAM, 2009).

La violencia contra la mujer es considerada por la Organización Mundial de la Salud (2013), como una violación flagrante de los derechos humanos. La legislación chilena (Ley 20,480), en su artículo 390, tipifica como máxima expresión de la violencia contra la mujer, el femicidio. Este es legalmente conceptualizado como un asesinato hacia una mujer realizado por quien es o ha sido su esposo o conviviente. El código penal establece sanciones para estos hechos, los cuales van desde los quince años y un día de cárcel hasta la cadena perpetua. Pese a esto, hasta el año 2019, existía una limitación respecto a esta definición, la que condicionaba a la existencia de una relación entre el perpetrador y la víctima, situación distinta a lo cual ocurre en otros países, ya que, en ellos, el concepto es más amplio

integrando al asesinato de una mujer sólo por el hecho de ser mujer. Sin embargo, recientemente, el 2 de marzo del 2020, ha ocurrido un cambio importante en la legislación chilena, en la ley 21.212, la cual modifica la tipificación del femicidio, incorporando los asesinatos de mujeres por parte de parejas sin convivencia y a padres con hijos en común, también tipifica un nuevo delito de femicidio por razón de género, el cual involucra cualquier asesinato de una mujer por el solo hecho de serlo, al igual que los organismos internacionales, además, establece agravantes especiales para este delito, como por ejemplo que la víctima sea menor de edad o se encuentre embarazada (SERNAMEG, 2020). Esto los destacamos pues representa un importante avance en el contexto de la violencia de género, en particular, hacia la mujer.

El maltrato de pareja ocurre cuando uno de los miembros de la relación, ya sea éste, hombre o mujer, abusa de la otra con el objetivo de controlar la relación. Usualmente, existe una mayor prevalencia de este tipo de abuso desde el hombre hacia la mujer (American College of Nurse-Midwives, 2018). De hecho, el maltrato en las relaciones de pareja ha provocado, solo en Estados Unidos, cerca de 2.340 muertes en el año 2007, de las cuales el 70% correspondía a mujeres y el 30% a hombres (Valdivia y González 2014; SERNAM, 2009). Por otro lado, se estima que el 35% de las mujeres ha sido víctima de maltrato, tanto físico como sexual, por parte de sus parejas o de otras personas, siendo mayormente el ejercido por sus cónyuges (estimado en un 30%). Mientras que, según un informe realizado por SIGI (OECD, 2019), el cual abarcaba 180 países, se reveló que alrededor del 33% de las mujeres han sido víctimas de algún tipo de maltrato doméstico. A pesar de estas cifras, existe un número importante de mujeres que declaran que el maltrato de tipo doméstico es aceptable en algunos contextos y circunstancias, lo cual ha caído desde un 50% en el 2012 a un 27% en el 2018 (OECD, 2019). En América, una de cada tres mujeres, ha sufrido actos

de maltrato, generalmente ocasionados por su cónyuge o por algún familiar (García, 2000). En Chile, las cifras no difieren con las encontradas en los demás países, ya que, por ejemplo, estudios realizados con estudiantes universitarios, alrededor del 50% de los encuestados manifiesta haber recibido agresión de tipo psicológica, y aproximadamente un cuarto reconoce haber recibido en alguna oportunidad, violencia física (Póo, Ana María, & Vizcarra, M. Beatriz. 2008). Respecto a la situación a nivel país, según el SERNAMEG (2020) el año 2019 fueron 46 los casos de femicidios en Chile. La situación durante el año 2020 no ha mejorado, ya que, hasta el 7 de mayo del 2020, se han reportado 14 femicidios consumados y 33 femicidios frustrados (SERNAMEG, 2020).

Existen diferentes tipos de maltrato, sin embargo, este trabajo estará focalizado en el maltrato de tipo físico y el psicológico. En cuanto, al maltrato de tipo físico, la Organización Mundial de la Salud, lo define como el más visible por el entorno de la víctima, y el cual consiste usualmente en agresiones como bofetadas, patadas, y golpes (Organización Mundial de la Salud, 2012). En segundo lugar, en cuanto al maltrato de tipo psicológico, el cual abarca abusos como insultos, menosprecios, humillaciones, constantes intimidaciones, amenazas de distintos tipos, comportamientos de control como provocar el aislamiento de una persona respecto a su familia y/o amigos, restringir el acceso a recursos financieros, de educación, relacionados con el empleo o con la atención médica (Organización Mundial de la Salud, 2012).

En relación con el maltratador, se ha observado que no existe ninguna relación con la edad o la situación laboral en la que se encuentre, sin embargo, se ha detectado que estos hombres presentan un nivel educativo menor, lo que no es una regla general ya que el maltrato hacia la mujer se genera en todos los niveles (Blanco, Ruiz- Jarabo, García de Vinuesa & García, 2004). De la misma manera, se ha visto que existe cierta relación entre

el alcohol y la violencia, encontrándose que un 37% de las mujeres que han declarado sufrir algún tipo de violencia o malos tratos, también menciona que sus parejas bebían o bebían demasiado (Blanco, Ruiz- Jarabo, García de Vinuesa & García, 2004).

¿Cómo la salud mental de las mujeres se ve alterada cuando son víctimas de maltrato en su relación de pareja? Estos maltratos en contra de la mujer pueden conllevar distintos tipos de consecuencias tanto a corto como a largo plazo, dependiendo de los niveles de severidad a los que se hayan visto expuestas, las que pueden ser directas o indirectas, afectando incluso la manera en la que ellas cuidan de su propia salud. Entre las directas están las lesiones corporales como fracturas, lesiones en la cabeza y en la médula espinal, además, en muchos casos se desencadenan quejas somáticas, las cuales implican dolores de cabeza, espalda, abdomen, trastornos gastrointestinales, en la menstruación y dificultades en la salud reproductiva (Flury, Nyberg & Riecher- Rossler, 2010). Otras consecuencias que surgen tras el maltrato físico o sexual ejercido hacia las mujeres por parte de sus parejas, se pueden mencionar dificultades de salud tanto físicas como psicológicas, como, por ejemplo, existe un 16% más de probabilidades de dar a luz a un bebé con algún tipo de insuficiencia ponderal, cerca del doble de probabilidades de sufrir aborto y padecer depresión (Organización Mundial de la Salud, 2013; Safranoff, 2017). Respecto al maltrato sexual, se desprende que existe cerca de 2,3 veces más probabilidad de padecer trastornos relacionados con el consumo de alcohol y 2,6 más propensión a sufrir ansiedad o depresión (Organización Mundial de la Salud, 2013). A nivel psicológico, las consecuencias son numerosas, existiendo mayor prevalencia en trastornos de ansiedad, depresión, ataques de pánico, nerviosismo, insomnio, problemas de concentración y pérdida de autoestima (Flury, Nyberg & Riecher- Rossler, 2010). En relación con las consecuencias indirectas, se pueden observar mayores niveles de deserción escolar, victimización, embarazo precoz, trastornos

alimenticios y en los hombres dificultades en la expresión de la rabia (Valdivia & González, 2014).

Debido a las consecuencias tanto directas como indirectas, asociadas al maltrato y a la violencia de género, resulta relevante investigar sobre algunos de los trastornos más prevalentes en mujeres que han sido maltratadas en su relación de pareja e indagar su existencia en mujeres con distintas edades, niveles educacionales y de diferentes lugares del país. Dentro de este contexto, es que surge el interés por explorar sobre los niveles de ansiedad asociados a este grupo, ya que, se presenta como uno de los trastornos más prevalentes. Se estima que alrededor del 18,1% de la población general ha manifestado trastornos de ansiedad en un período de 12 meses, dentro del cual, las mujeres tienden a ser significativamente más propensas que los hombres a desarrollar algunos de estos trastornos a lo largo de su vida (Kinrys & Wygant, 2005), en especial, aquellas que han sido víctimas de maltrato (Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil & Campos, 2014).

Otra variable que parece ser de importancia en aquellas mujeres víctimas de maltrato en su relación de pareja, se refiere a las distintas estrategias de regulación emocional, puesto que, la capacidad de regular las emociones de forma satisfactoria, ayuda a evitar las conductas de maltrato durante la relación y cumple un papel importante en la salud mental (McNulty y Hellmuth, 2008). Mientras que, desde la perspectiva del maltratador, tanto el maltrato, como la agresión impulsiva, originan en su víctima una consecuencia directa de fallos persistentes en la regulación de las emociones (Davidson, Putnam y Larson, 2000). De la misma manera, se menciona que aquellas mujeres que son víctimas de maltrato y que, además, presentan inestabilidad en la regulación de sus emociones, se caracterizan por propiciar la formación de vínculos de dependencia emocional, los cuales se van intensificando a medida que existen más conflictos violentos en la relación. Además,

Izquierdo & Gómez-Acosta (2013), mencionan que se ha relacionado de forma considerable, los estados de ánimos de mayor dificultad para regular y modular, como lo son los ánimos disfóricos. Estos autores afirmarían que la presencia de altos niveles de ansiedad en aquellas situaciones que son percibidas como amenazantes afecta la capacidad para regular emociones. Esto tiene un impacto considerado fundamental, pues esta capacidad es esencial para prevenir el maltrato y conflictos en la relación de pareja.

Finalmente, al integrar los estudios teóricos, empíricos y clínicos que refieren a los efectos psicológicos del maltrato en mujeres que han sido víctimas de violencia en su relación de pareja, catalogan y consideran estas conductas como una experiencia potencialmente traumática (Aguirre, et al. 2010). De igual manera, diversas investigaciones señalan que el TEPT es el trastorno más frecuente desarrollado por las víctimas de maltrato doméstico, en donde un alto porcentaje de mujeres entrevistadas manifiesta en un 66,7% sintomatologías postraumáticas (Aguirre, et al. 2010). Mientras que, de las mujeres que cumplían con criterios para TEPT sólo el 39,3% lo manifestaba a pesar de no estar viviendo violencia doméstica en la actualidad, lo que relaciona los síntomas del TEPT con el temor a volver a ser agredidas (Aguirre, et al. 2010).

2. Discusión bibliográfica

2.1. Tipos de Maltrato en la Relación de Pareja

Existen modelos teóricos, tales como el modelo ecológico, que buscan entender el maltrato como el producto de la interacción entre múltiples factores existentes en la historia individual de la víctima y el maltratador (De Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012). Estos factores presentan diferentes niveles. En primer lugar, se encuentra el macrosistema, en donde priman los mitos sobre la violencia y la cultura machista y patriarcal presente en la sociedad, seguido de la influencia del exosistema, caracterizado por el estrés vivido, las ineficientes respuestas de las instituciones ante las solicitudes de las víctimas, y el manejo de las redes sociales, y por último, el microsistema, el cual considera todos los conflictos y diferencias presentes en la relación de pareja (De Alencar-Rodrigues & Cantera, 2012).

Póo y Vizcarra (2008) entregan características prevalentes en las dinámicas en donde se ejerce maltrato, entre las cuales encontramos (1) la escalada, con este término se refiere al incremento progresivo de las conductas violentas, (2) la dirección, señalando quien ejerce y quien recibe la violencia, (3) el traspaso de los límites, con la trasgresión de los acuerdos tanto explícitos como implícitos conformados por la pareja y finalmente (4) la expresión del maltrato según el género, siendo las más utilizadas: el maltrato físico, maltrato psicológico y maltrato sexual.

2.1.1. Maltrato físico

Se define como cualquier agresión, la cual puede causar una lesión física o no, ocasionada producto de algún castigo único o repetido, con distintas magnitudes y características de tipo variables (Unicef, 2000). Estos actos pueden ser lesiones leves o graves que se caracterizan por ser de fácil detección y son accionadas por un sometimiento corporal con un objeto o el propio cuerpo (Romero, 2007). Este tipo de violencia suele ser frecuente en estudiantes universitarios según Póo y Vizcarra (2008), ya que los universitarios expresan este tipo de conductas violentas a través de golpes, apretones, empujones, pellizcos, tirones de pelo y patadas. Este tipo de maltrato, actualmente, representa ser una gran problemática en el contexto de la salud pública (Ibarra- Alcantar, Ortiz- Guzmán, Alvarado- Cruz, Graciano- Morales & Jiménez- Genchi, 2010).

2.1.2. Maltrato psicológico

Corresponde a un acto intencional con repercusiones a nivel psicológico, en donde se hiere a otra persona “sin dejar huellas visibles” (Espinoza & Pérez, 2008; Ruiz, 2008). El medio fundamental, que se utiliza para agredir en este tipo de maltrato, es la comunicación verbal, ocasionando también daño en la esfera emocional (Pueyo, 2009; Romero, 2007). Este tipo de violencia suele presentarse en parejas jóvenes, mediante comportamientos tales como exigir, criticar, manipular, controlar, humillar, insultar, no respetar acuerdos, ignorar, descalificar, intimidar, culpar, desvalorizar y discriminar, entre otros (Rojas-Solís, 2013; Taverniers, 2007; Unicef, 2000).

2.1.3. Maltrato sexual

Además, otro acto intencional que transgrede la integridad física y psicológica es el maltrato sexual, definido como cualquier tipo de presión física o emocional ejercida por una persona para imponer a otros actos de orden sexual (Romero, 2007). Este tipo de maltrato se caracteriza por acciones de sexo forzado, hostigamiento sexual, humillación sexual, inducción a la pornografía o prostitución, tocamientos lascivos o la violación, entre otros (Romero, 2007).

2.1.4. Estudios relacionados con estos tipos de maltrato

Murray, Wester & Paladino (2008), obtuvieron que el 73% de los estudiantes encuestados, habían perpetrado violencia contra sus parejas durante el último mes. Al mismo tiempo, Swahn et al. (2008) identificaron que el 24,8% de los integrantes de la relación de pareja cumple el papel de victimario. Asimismo, un estudio mostró que el 37% de las mujeres y 23% de los hombres ejercieron algún tipo de maltrato hacia su pareja (Straus, et al., 2009).

Según estudios, las mujeres ejercen maltrato por medio de callar al otro, por gritos, arañazos, bofetadas y patadas, mientras que los hombres recurren a los chupetones, “hematomas causados por una fuerte succión con la boca”, además de quemaduras con cigarro, cerillo o encendedor, intento de estrangulamiento y amenaza con arma de fuego (Oliva, González, Yedra, & Rivera, 2012). Se puede dar cuenta, según este estudio, que el maltrato ejercido por las mujeres es más bien de tipo psicológico y el de los hombres más vinculado con actos físicos. Otros estudios señalan que hay un mayor reporte de hombres que ejercen violencia sexual (Rojas-Solís & Carpintero, 2011).

Por otro lado, se obtuvo que la victimización hace referencia a quién recibe los actos de maltrato, generando una señal relacionada a las consecuencias provocadas por las conductas violentas, considerándose además como una forma de maltrato psicológico (Rivera-Rivera et al., 2007). Siendo éste, más habitual en mujeres, ya que un porcentaje significativo de ellas manifiestan haber sido víctimas de maltrato en su relación de pareja (Rivera-Rivera et al., 2007). Asimismo, las mujeres reportan mayor porcentaje de victimización para maltrato de tipo sexual (Graña, Rodríguez & Peña, 2009) tomando en consideración los actos asociados a las amenazas, a los empujones, a las cachetadas y a las patadas, mientras que las mujeres tienden a ser mayormente víctimas de insultos, indiferencia, amenazas, golpes con objetos, empujones, cachetadas y patadas (O’Leary, Smith, et al., 2008). Independientemente del género, las personas jóvenes son susceptibles de recibir y al mismo tiempo ejercer violencia en su noviazgo (Arias, Azbell & Valencia, 2010).

2.2. Ansiedad

En términos generales, la ansiedad es considerada por Spielberger (2007), como una reacción de tipo emocional poco agradable frente a algún daño anticipado, con características de tensión, temor, y que, además, varían en intensidades y no son atribuibles a peligros reales (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003). Mientras que, en términos clínicos, la ansiedad, corresponde a la vivencia de sentir miedo sin saber a qué específicamente (Fernández, Jiménez, Alfonso, Sabina & Cruz, 2012). Si bien la ansiedad, gran parte de las veces cumple un rol adaptativo en los seres humanos, ya que, sirve para conseguir una adecuada respuesta ante situaciones amenazadoras o de riesgo, cuando los niveles de

ansiedad son demasiado elevados y desproporcionados con respecto a la situación puede ser problemático (Sierra, Ortega & Zubeidat, 2003).

Para Spielberger (1966), desde el ámbito de la psicología de la personalidad, la ansiedad se expresa mediante *rasgo* y *estado*, refiriéndose el primero de ellos a una tendencia individual a responder de manera ansiosa, la cual generalmente va acompañada de una personalidad neurótica, la que aparece en distintas situaciones, y por largos períodos de tiempo. En este sentido, en la ansiedad de tipo *rasgo*, existe una amplia variabilidad debido a la influencia de factores, tanto biológicos como aprendidos, lo cual explicaría el hecho de que algunas personas reaccionen frente a ciertas situaciones con ansiedad y otras no (Spielberger, 1966). Por otro lado, la ansiedad de tipo *estado*, hace referencia a una fase emocional de tipo transitoria y variable, en términos de intensidad y duración, la cual generalmente es vivida por la persona como patológica en momentos particulares de vida y caracterizándose por una activación de tipo automática y somática, además de una percepción de tensión consciente, aumentando la intensidad de la emoción independientemente de si el peligro al que se ven expuestos es real o no, mientras que en las ocasiones en las que la situación es valorada como no amenazante, la intensidad de la emoción será baja (Spielberger, 1966).

Por otro lado, existen algunas similitudes en la ansiedad de tipo patológica, con las descripciones proporcionadas por Spielberger. La ansiedad de tipo patológica hace referencia a un gran temor, con frecuencia vago y difuso, el cual no tiene una motivación clara, y se encuentra centrado en una especie de expectación ansiosa, en la que se está en una constante espera sobre algún suceso negativo y poco o no definido, abarcando niveles tanto físicos como psicológicos, y generando un malestar global en el individuo que lo posee, abarcando distintas áreas del funcionamiento (Fernández, Jiménez, Alfonso, Sabina & Cruz,

2012). Este hecho, se ve acompañado de diversas respuestas fisiológicas, dentro de las que se encuentra el ahogo, la sudoración, el sofoco, el nudo en la garganta, una presión en el pecho, mareos y tensiones musculares, sumándose en ocasiones los síntomas depresivos en donde se engloban sentimientos de inseguridad, culpabilidad, fracaso, inutilidad, baja autoestima, confusión y desesperanza en el futuro (Contreras, Galleguillos, Gómez y Ramos, 2010; Soler, Barreto, González, 2005), lo que se relaciona positiva y significativamente con los niveles de violencia sufrido por las mujeres que han sido víctimas (Corbalán, Hernández y Limiñana, 2007).

En el estudio realizado por Sierra, Bermúdez, Buela- Casal & Salinas (2013), se observaron que los distintos tipos de abusos hacia la mujer están asociados a distintas variables psicológicas. En esta línea, el abuso de tipo no físico estaría vinculado a variables tales como ansiedad, hostilidad y actitud favorable hacia la violación, mientras que el abuso de tipo físico se asoció a ansiedad y ansiedad fóbica (Sierra, Bermúdez, Buela- Casal & Salinas, 2013). Sumado a esto, se ha descubierto que contar con altos niveles de ansiedad durante la etapa universitaria, resulta un factor negativo y que afecta en gran medida a la salud integral de las y los estudiantes, influyendo tanto en la realización de tareas académicas y de investigación como en las relaciones interpersonales y familiares, lo cual las lleva a menoscabar el desempeño en el ámbito académico en detrimento de la calidad de vida con la que cuentan (Castillo & Ruiz, 2019). Por tanto, se puede deducir de lo anterior, que ser estudiante universitaria, y además, haber sido víctima de cualquier tipo de abuso, resulta un factor predictor de altos niveles de ansiedad.

Esta variable, resulta de gran relevancia en esta problemática, considerando que se presenta en todas las agresiones psicológicas, físicas, sexuales y económicas que sufren las mujeres y que son ejercidas por sus parejas (Rosales, Bedón, Díaz, Brioso & Pacheco, 2016),

tomando en consideración que los trastornos de ansiedad son los más prevalentes (Vicente, Saldivia & Pihán, 2016). Es en este contexto, en donde surgen las comorbilidades, siendo las mujeres con síntomas de ansiedad tres veces más propensas a adquirir trastorno de estrés posttraumático (TEPT), en donde la persona revive el evento traumático en numerosas ocasiones al ser expuesta a estímulos que se relacionen con la experiencia traumática (Oliveira, Santos, Haas, Freitas & Gomez- Sponholz, 2015). Este suceso, ocurre aún en las ocasiones en las que no se convive con el maltratador, debido probablemente al temor a ser agredidas nuevamente, por tanto, resulta de suma relevancia contar con estrategias claras y apoyo a la víctima (Aguirre et al., 2010).

2.3. Regulación emocional

Dentro de las definiciones de regulación emocional, que han sido ampliamente aceptadas y empleadas, se encuentra la entregada por Graz & Roemer (2004), quienes la definen como la capacidad de evaluar, monitorear y modular experiencias de tipo emocional considerando las demandas de un contexto específico o conjunto de metas (Wolff, et al., 2016). Esta definición, implica la comprensión de cuatro dominios relacionados entre sí: (1) dominio de la conciencia y comprensión de las emociones; (2) dominio de la aceptación de las emociones; (3) dominio de la capacidad para inhibir los comportamientos impulsivos, favoreciendo conductas coherentes con los objetivos deseados en los momentos en los que se experimentan emociones negativas, y finalmente, (4) dominio del uso flexible de estrategias apropiadas y asociadas a la regulación emocional, con el fin de alcanzar objetivos y satisfacer las necesidades acordes a las situaciones. Actualmente, la regulación emocional, dejó de concebirse como un control y supresión, sino que es comprendida como una

modulación de estados afectivos, los cuales se traducen en metas, como ajuste del estado emocional, lo cual resulta beneficioso a nivel adaptativo (Pérez & Guerra, 2014).

Por otro lado, la desregulación emocional, se considera el proceso opuesto, entendido como la baja capacidad de experimentar y diferenciar el rango de sus emociones y evaluar los estados en los que se encuentra (Tejeda, Robles, González-Forteza, & Palos, 2012). Asimismo, en los casos en los que el proceso conduce más bien a una inadaptación que a un ajuste, se habla de desregulación emocional, lo cual implica una interferencia en el funcionamiento adaptativo del involucrado o involucrada (Pérez & Guerra, 2014).

Tanto el desarrollo de la regulación, como el de la desregulación emocional, son sensibles a las influencias individuales, en especial, en la infancia y adolescencia, en donde existe una maduración de tipo cognitiva y emocional que avanza más rápido que en cualquier otro momento del desarrollo del ser humano. En este contexto, surgen las dificultades tras la exposición al maltrato temprano en el curso del ciclo vital (Doméneh, 2017). Quienes son víctimas de maltrato, estarían en constantes esfuerzos por regular las emociones negativas intensas sufridas, al no poder regularse con estrategias comunes de regulación emocional, conducirían a la desregulación de las mismas (Wolff, et al., 2016). En diversos estudios se ha relacionado la dependencia emocional con el maltrato físico, sin embargo, su relación con el maltrato psicológico se considera relativamente poco estudiado (Momeñe, Jáuregui & Estévez, 2017). Estas dificultades relacionadas con la regulación emocional, y cuando el abuso se extiende a gran parte de la vida de las personas, llevarían a una gran vulnerabilidad y a marcados problemas psicológicos en la adultez (Stevens et al., 2013). Dentro de las consecuencias que esto genera, se observan inconvenientes a nivel físico, psicológico, interpersonal, y en relación con la felicidad. Muchas veces la expresión de una inadecuada regulación emocional, generaría ira y ansiedad, lo cual produciría, a su vez, problemas

físicos, tales como enfermedades intestinales/ gástricas y cardiovasculares (Akbari, Amir & Sirus, 2017).

Según un estudio realizado por Akbari, Amir & Sirus (2017), existe una diferencia significativa entre las mujeres que han sido víctimas de maltrato por parte de su pareja, en relación con las que no han estado expuesta a este hecho, encontrándose que de las siete dimensiones de la regulación estudiadas; sentimiento de culpa, aceptación, rumiación, enfocar planes, orientaciones positivas, reevaluación positiva y el catastrofismo, todas se veían empobrecidas en las mujeres víctimas de maltrato. De la misma manera, se ha observado que los maltratos psicológicos, se correlacionan positivamente con dificultades de regulación de la emoción, en donde a medida que aumenta el maltrato psicológico, aumentan también las dificultades en la regulación emocional en las subescalas de desatención, rechazo, descontrol, confusión e interferencia. Esto, también, se correlaciona con la dependencia en las relaciones de pareja (Momeñe, Jáuregui & Estévez, 2017). Este estudio mostró que un predictor de la dependencia emocional en las relaciones de pareja sería el maltrato psicológico y las dificultades de regulación emocional (Momeñe, Jáuregui & Estévez, 2017). Es así que la creación de programas de intervención y de prevención, que incorporen estas dos variables, es decir, tanto la regulación como la dependencia emocional, podrían resultar muy relevantes y útiles para la prevención e intervención en violencia psicológica (Momeñe, Jáuregui & Estévez, 2017).

Weiss, Darosh, Contractor, Forkus, Dixon-Gordon & Sullivan (2018) realizaron un estudio que estuvo enfocado en relacionar las dificultades de regular emociones positivas y negativas, y cómo estas se comportan al vincularse con enfermedades psiquiátricas, como el TEPT y la depresión, en una población de mujeres víctimas de maltrato en la pareja. Los resultados de este estudio, mostraron que los grupos que muestran dificultades para regular

sus emociones positivas, como por ejemplo los individuos con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) y Trastornos de Pánico, reportaron también dificultades para regular sus emociones negativas (Stevens et al., 2013).

Los individuos pueden tener distintas emociones intensas, pudiendo experimentar sentimientos de angustia en un contexto en donde existe presencia de una excitación fisiológica (independiente de su origen o el significado de los estímulos que provocan emociones negativas o positivas), relacionándolo con dificultades psiquiátricas, por esto, las mujeres clasificadas en los niveles más altos de dificultades para regular sus emociones, independiente de la valencia emocional, mostraron mayores índices de TEPT y aumento en la gravedad de los síntomas depresivos (Stevens et al., 2013). Respecto a esto, se especula que las dificultades para regular emociones negativas se relacionan de forma directa con el refuerzo negativo, siendo estos individuos más propensos a presentar factores de riesgo como lo son el involucrarse en el consumo de alcohol o drogas en un intento de aliviar o distraerse de los estados emocionales percibidos como agresivos (Stevens et al., 2013).

Las evaluaciones de TEPT y depresión captan sintomatologías de ansiedad, como lo son la irritabilidad, inquietud, dificultades para dormir, sin embargo, existe poca claridad respecto a las dificultades para regular las emociones negativas y positivas en personas con ansiedad, de hecho, aunque esté asociada a mayores dificultades para regular las emociones negativas (Tull et al., 2009), no se conocen estudios que exploren su relación con las dificultades para regular las emociones positivas.

2.4. Sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT)

Uno de los trastornos mayormente asociados a personas que han sido víctimas de algún tipo de maltrato, tanto en una relación de pareja, como a lo largo de su vida, es el trastorno de estrés postraumático (Contreras- Pezzotti, Arteaga- Medina, Latorre, Folino & Campo- Arias, 2010). Asimismo, se señala que la perpetración del maltrato en ocasiones constituye en sí, una experiencia traumática, la cual se denomina trauma de perpetración, el que se encuentra ampliamente vinculado a índices elevados de síntomas de estrés postraumático (Mozley, Modrowsky & Kering, 2019). Los síntomas asociados al estrés postraumático ocasionan diversas consecuencias, dentro de las que se encuentra la rumiación, la ira y la tristeza (Mozley, Modrowsky & Kering, 2019). Mientras que los síntomas asociados al TEPT, están asociados a una tríada sintomática, en donde se expresan conductas de evitación, fenómenos invasores y síntomas de hiperalerta como respuesta al evento traumático, pudiendo desencadenarse en cualquier sujeto y a cualquier edad (Carvajal, 2002). Por tanto, es necesario esclarecer éste término, que según Crespo & Gómez (2012), hace referencia a un “acontecimiento traumático”. Este ha fluctuado en su definición a medida que evolucionan las clasificaciones diagnósticas. Estas definiciones oscilan desde la conceptualización de un suceso poco habitual y bastante angustiante, a la descripción del suceso como una vivencia de tipo subjetivo por parte de la persona que lo experimenta y cuya vivencia subjetiva es esencial para determinar el carácter traumático de la situación. Esta vivencia puede desencadenar de miedo, indefensión u horror (Carvajal, 2002).

Cabe destacar, que existen factores de riesgo en el desarrollo de un trastorno de estrés postraumático, se encuentran la severidad del suceso, lo cual se verá intensificado si es producto de violencia interpersonal o provocado intencionalmente, siendo menor la severidad frente a situaciones como desastres naturales o accidentes (Carvajal, 2002).

Mientras que, respecto a los factores de riesgo propios del sujeto, se encuentran, por ejemplo, el sexo, ya que las mujeres presentan el doble de riesgo de presentar TEPT que los hombres (Carvajal, 2002; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Carbonell & Carvajal, 2004).

Dentro de los traumas más comunes relacionados con el TEPT, se encuentra en los hombres, la exposición al combate y el testimonio, mientras que, en las mujeres, los asaltos, la violación y el abuso sexual (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995; Carbonell, 2002; Carbonell & Carvajal, 2004), desde ahí el interés por indagar sobre esta condición a lo largo de esta investigación.

Desde el marco de los perpetradores de violencia hacia sus parejas, Smith, Smith, Violanti, Bartone & Homish (2015), en un estudio realizado a ex militares de guerra, mencionan que quienes presentan diagnóstico de estrés postraumático, tienen mayor prevalencia en el ejercicio de la violencia hacia sus parejas, teniendo las mujeres mayores probabilidades de ser diagnosticadas por dicho trastorno. Sumado a esto, según estudios, las familias de veteranos varones que presentaban estrés postraumático, evidenciaron índices elevados de dificultades en su ajuste tanto matrimonial como familiar, en las habilidades parentales expresadas y, además, presentaron un comportamiento violento (Jordan et al., 1992).

Respecto a la relación entre sintomatología asociada a TEPT y maltrato, un estudio de Aguirre, et al. (2010), mostraron que de las mujeres con prevalencia de maltrato, el 39,3% refería estar con sintomatología de TEPT, sin estar viviendo violencia en la actualidad, lo cual según Woods et al. (2005), puede perdurar hasta por 10 años.

2.5. Relación entre las variables de ansiedad, regulación emocional y sintomatología de TEPT.

Al referirnos a las variables presentes en el estudio, y cómo estas se relacionan entre sí, es necesario considerar a la ansiedad como una emoción al igual que el miedo, en donde la regulación de las emociones, definida como un proceso de modulación, puede funcionar de forma automática e inconsciente y de forma intencional y consciente (Portela, 2014). Las estrategias para regular las emociones aplican tanto para estados emocionales positivos como para los negativos, estos últimos, son los más prevalentes en las psicopatologías y en los problemas de salud mental en general, es por ello, que toma relevancia la necesidad de regular estas experiencias emocionales para disminuir su intensidad (Portela, 2014). La regulación emocional puede incrementar o disminuir el miedo, es decir, que a medida que existan variaciones en la regulación de las emociones, también lo habrá en los síntomas de ansiedad (Portela, 2014).

Varios estudios revisados por Portela (2014), señalan que la desregulación de las emociones es un factor central en el TEPT, el cual presenta tendencias a ocasionar impacto en distintas áreas de la vida (Portela, 2014). Dentro de la misma línea de investigación, se obtuvo que la severidad de los síntomas de TEPT se asociaron con la falta de aceptación emocional, dificultad para controlar los impulsos y falta de la claridad emocional (Portela, 2014). Kashdan et al. citado en Portela (2014) menciona que la no aceptación de las emociones y el acceso limitado a las estrategias de regulación emocional influyen en el efecto de la excitación ansiosa, no obstante, a mayor frecuencia de uso de estrategias desadaptativas de regulación emocional mayores índices de ansiedad (del Valle, Betegón & Irurtia, 2019), en otras palabras entendemos que la regulación emocional, puede servir como moderador entre la reactividad ansiosa y los síntomas del trastorno de TEPT (Portela, 2014).

2.6. Objetivos

Objetivo General

Describir y determinar la relación entre ansiedad, regulación emocional y sintomatología asociada a TEPT, con el maltrato físico y psicológico, en mujeres víctimas de maltrato, en el pasado, en al menos una relación de pareja.

Objetivos Específicos

- 2.6.1 Describir los tipos de maltrato físico y psicológico en mujeres víctimas de maltrato en al menos una relación de pareja.
- 2.6.2 Identificar la relación entre los niveles de ansiedad y los tipos de maltrato, físico y psicológico, en mujeres víctimas de maltrato en al menos una relación de pareja.
- 2.6.3 Identificar la relación entre regulación emocional con los tipos de maltrato, físico y psicológico, en mujeres víctimas de maltrato en al menos una relación de pareja.
- 2.6.4 Describir la sintomatología asociada a TEPT en mujeres víctimas de maltrato en al menos una relación de pareja.
- 2.6.5 Comparar los niveles de ansiedad actuales en mujeres que manifiestan haber sido víctimas de maltrato físico y psicológico, en el pasado, en al menos una relación de pareja, con aquella mujer que no lo han sufrido.

2.7. Hipótesis

H1: El tipo de maltrato más frecuente en la población de mujeres investigadas corresponde al psicológico.

H2: Las mujeres que presentan una alta frecuencia en los índices de maltrato de tipo físico y psicológico, en el pasado, en al menos una relación de pareja, presentan mayores índices de ansiedad de tipo rasgo.

H3: Las mujeres que presentan una alta frecuencia en los índices de maltrato de tipo físico y psicológico en al menos una relación de pareja, presentan mayores dificultades para regular sus emociones.

H4: Las mujeres que han sido víctimas de maltrato en al menos una relación de pareja, presentan índices elevados de sintomatología asociada a TEPT.

H5: Las mujeres que han sido víctimas de maltrato en al menos una relación de pareja, presentan mayores índices de ansiedad de tipo rasgo frente a las que no han sido víctimas de maltrato.

3. Método

3.1. Diseño

El diseño metodológico del estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental, con un alcance descriptivo y correlacional entre las variables utilizadas en el estudio, a saber, ansiedad, regulación emocional y tipos de maltrato, en un grupo de mujeres víctimas de violencia durante alguna relación de pareja. Además, el estudio fue de corte transversal, ya que, los datos fueron obtenidos en un único momento (Hernández, Fernández y Baptista, 2010).

3.2. Grupo objetivo

El grupo objetivo fue determinado mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Este tipo de selección se utilizó debido al acceso a la información y las características de la memoria, permitiendo comprender de mejor manera el contexto de los casos. La muestra total se realizó con 67 mujeres mayores de edad, de las cuales 74,6% (50 participantes) presentó prevalencia en haber sufrido algún tipo de maltrato psicológico o físico, en el pasado, en al menos una de sus relaciones de pareja, mientras que, el 25,4% (17 participantes) no presentó esta condición. Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: (1) Ser mujer mayor de edad, (2) Aceptar participar de la memoria, (3) Haber tenido al menos una relación de pareja.

Se logró acceder a tres grupos de información: (1) el primero de ellos corresponde a mujeres pertenecientes al programa “FOSIS” el cual apoya a las personas en situación de pobreza o vulnerabilidad que buscan mejorar su calidad de vida en la región de Valparaíso. Este grupo configuró un 29% de la muestra, (2) el segundo, con un 20% corresponde a mujeres estudiantes de una universidad en la Región del Maule, (3) y finalmente, con un

49% recopilado por medio de un formato online, pertenecientes a las siguientes ciudades: Chanco, Chimbarongo, Concepción, Constitución, Curicó, Iquique, Licantén, Litueche, Los Ángeles, Quilpué, Rancagua, San Javier, Loncomilla, Santa Cruz, Santiago, Talca, Temuco, Valparaíso.

3.3. Instrumentos

Los instrumentos fueron aplicados mediante una batería de prueba, y en modalidades online o presencial, conformada por 4 instrumentos: Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI), Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E), la Escala Tácticas de Conflictos CTS-2, y la Escala de Trauma de Davidson (ETD). Para la modalidad presencial el orden de aparición de los instrumentos fue contrabalanceados. A continuación, se describe cada uno de los instrumentos utilizados en la batería aplicada durante la memoria.

3.3.1. Escala Tácticas de Conflictos (CTS-2)

Para los tipos de maltrato la Escala Tácticas de Conflictos (CTS-2), es uno de los instrumentos más utilizados para medir el fenómeno de la violencia de pareja a nivel mundial. Evalúa, prevalencia, frecuencia e intensidad del suceso asociado a la táctica de conflicto utilizada. Presenta distintas subescalas; daño, negociación, maltrato psicológico, maltrato físico y maltrato sexual. La escala consta de ocho alternativas de respuesta. Los valores oscilan del 0 al 6 y corresponden a la frecuencia con la que puede haber ocurrido una conducta: 1 (una vez), 2 (dos veces), 3 (entre tres y cinco veces), 4 (de seis a diez veces), 5 (de once a veinte veces) y 6 (más de 20 veces). El 7 se refiere a nunca el año pasado, pero sí antes y el 0 significa nunca ha ocurrido. La principal puntuación de la escala está referida a la frecuencia, (Graña, Andreu, Pena & Rodríguez-Biezma, 2013) esta escala presenta un

Alpha de Cronbach de 0,86 para Agresión psicológica, 0,79 para Agresión física, 0,87 para Coerción sexual y 0,95 para Daños (Graña, Andreu, Pena & Rodríguez-Biezma, 2013).

3.3.2. Inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI)

Para medir la ansiedad, se utilizó el inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI), el cual evalúa la ansiedad en dos dimensiones: *estado* y *rasgo*. La ansiedad *estado*, hace referencia a un estado de ansiedad transitorio y fluctuante en el tiempo, considerándose los sentimientos de tipo subjetivo que son percibidos conscientemente, tales como tensión y aprehensión, además, de un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger, 1996). Mientras que la ansiedad de *rasgo* se caracteriza por un estado ansioso estable, en donde se perciben muchas situaciones y gran parte del tiempo, de manera amenazante (Spielberger, 1996).

La primera versión del inventario se desarrolló entre los años 1964 y 1970, siendo validada en Chile en enero del 2013, obteniéndose una confiabilidad de 0,85 en la subescala de ansiedad *estado*, y de 0,90 en la de ansiedad *rasgo*, además de un Alpha de Cronbach igual a 0,90 (Burgos & Gutiérrez, 2013). La escala en total contiene 41 ítems, de los cuales 21 pertenecen a la subescala estado, en donde el valor 1 está calificado como nada y 5 como mucho y 20 a la subescala rasgo, en donde 1 corresponde a muy en desacuerdo y 5 muy de acuerdo.

3.3.3. Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E)

Para medir la regulación emocional, se utilizó la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E), validada en Chile el 2014, en donde se obtuvo una consistencia interna bastante alta que fluctuó entre 0,66 y 0,89 (Guzmán, Trabucco, Urzúa,

Garrido & Leiva, 2014). Presentó además, un Alpha de Cronbach de 0,92 en el total de la escala (Guzmán, Trabucco, Urzúa, Garrido & Leiva, 2014). La escala, presenta 24 ítems tipo Likert, en donde 1 corresponde a nunca y 5 a siempre. Evalúa rechazo emocional, descontrol emocional, interferencia emocional, desatención y confusión emocionales. Estas dimensiones se describen brevemente a continuación: (1) Rechazo emocional; reacciones emocionales negativas que surgen en respuesta a una emoción negativa o de no aceptación del propio estrés, en donde el individuo rechaza el sentirse mal identificando en sí mismo consecuencias negativas. (2) Descontrol emocional; dificultad para mantener el control del comportamiento cuando se experimentan emociones negativas. (3) Interferencia emocional; se describe como las dificultades para concentrarse y cumplir tareas cuando experimentan emociones negativas y los limita a cumplir de forma normal sus funciones. (4) Desatención emocional; dificultad para atender y tener conocimiento de las emociones propias, dificultando a los individuos el conectarse con sus propias emociones e identificarlas. (5) Confusión Emocional; esta dificultad para conocer y tener claridad acerca de las emociones que se están experimentando, genera en los individuos estados cognitivos desorganizados (Guzmán-González, Trabucco, Urzúa, Garrido & Leiva, 2014).

3.3.4. Escala de Trauma de Davidson (ETD)

Mientras que para descartar sintomatología asociada al TEPT, se utilizó la Escala de Trauma de Davidson (ETD), validada en Chile el 2013, obteniéndose un Alpha de Cronbach de 0,916, una validez concurrente, ya que existió una correlación significativa en todos los ítems, y una adecuada validez de constructo. Dicha escala, es de tipo Likert y evalúa cantidad de veces en las que ha sucedido un evento (frecuencia) y magnitud o gravedad (intensidad) con que las ha experimentado durante el último tiempo. En el caso de la frecuencia, se le

asigna valor desde el 0 al 4, en donde 0 significa que el evento nunca ha ocurrido; el valor 1, que ha ocurrido a veces; el valor 2, que ha ocurrido de 2 a 3 veces; el valor 3, significa que ha ocurrido de 4 a 6 veces; y el valor 4, que ha ocurrido a diario. Mientras que, en relación con la gravedad, el valor 0, significa nada de grave; el valor 1, quiere decir que existe gravedad leve; ; el valor 2, que la gravedad es moderada; ; el valor 3 que la gravedad es marcada; y ; el valor 4 que es gravedad extrema. Además, presenta en el veremos sus resultados un puntaje corte, el cual corresponde a 40 puntos, lo que indica que una vez cumplido con este criterio se destaca la posibilidad de la presencia de estrés post traumático (Leiva & Araneda, 2013).

3.3.5. Factores sociodemográficos

Finalmente, para acceder a los factores sociodemográficos, se les preguntó por la edad, el género (1: Femenino, 2: Masculino, 3: Otro), nivel de escolaridad (1: Básica Incompleta, 2: Básica Completa, 3: Media Incompleta, 4: Media Completa, 5: Superior Incompleta, 6: Superior Completa), ciudad en la que creció, nacionalidad, ingreso familiar (1: Menos de \$300.000, 2: Entre \$300.000 y \$700.000, 3: Más de \$700.000), hijos, ¿cuántos?, situación laboral (1: Trabajo, 2: No Trabajó), durante el último tiempo ha vivido algún trastorno psicológico o psiquiátrico mayor, durante el último tiempo ha recibido atención psicológica o psiquiátrica, actualmente, ¿Te encuentras en alguna relación sentimental?, ¿Cómo definirías tu relación? (En caso de que hayas marcado NO, responde en base a tu última relación) (0: actualmente sin una relación sentimental de ningún tipo, 1: pinchar, 2: tirar, 3: andar, 4: amigo con ventaja, 5: pololear, 6: noviazgo, 7: matrimonio, 8: separación, 9: divorcio).

3.4. Procedimientos

3.4.1. Fase 1. **Aprobación del Comité de Ética:** La presente memoria fue presentada y aprobada por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología (CEF) de la Universidad de Talca. Adicionalmente, los estudiantes memoristas se certificaron como monitores para trabajar con personas víctimas de violencia de género, desarrollados y realizados por la Dirección de Género de la Universidad de Talca durante el año 2019.

3.4.2 Fase 2. **Contacto inicial:** Se comenzó con un contacto previo con quienes declararon querer participar y colaborar con el estudio de forma voluntaria. Esto se realizó por medio de distintos recursos de comunicación, tales como, publicaciones en redes sociales y afiches publicitarios con el fin de concertar reuniones en las cuales se explicó el objetivo de la memoria. En el caso particular de las mujeres pertenecientes al programa “FOSIS”, se estableció un contacto inicial con Catherine Henríquez, quien trabajaba en el programa a nivel familia, en donde participaban mujeres vulnerables de la región de Valparaíso.

3.4.3. Fase 3. **Aplicación:** Se explicó el objetivo de la memoria y se mencionaron las consideraciones éticas del estudio por medio del consentimiento informado. Enfatizando la confidencialidad y el hecho de que no existiría ninguna dificultad asociada al estudio. Se procedió a la administración de la batería de instrumentos, en formato de cuadernillo, compuesta por las pruebas asociados a las variables a investigar, el cual tenía una duración aproximada de 30 minutos. Dentro de la batería, se encontraban los siguientes instrumentos: para la ansiedad, el inventario de Ansiedad Estado- Rasgo (STAI), para la regulación emocional la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E), para los tipos de

maltrato la Escala Tácticas de Conflictos CTS-2, cabe destacar, que se procedió a la eliminación de los ítems relacionados con la violencia sexual, debido a la recepción que tuvieron en la población, y finalmente para descartar sintomatología asociada a TEPT la Escala de Trauma de Davidson (ETD). Esta aplicación fue realizada en este formato tanto para el grupo de mujeres universitarias como para el grupo del programa FOSIS. Todos los cuestionarios, contaban con un número de folio con el fin de vincular las respuestas entregadas por las participantes.

Finalmente, quienes respondieron la batería mediante recurso online, se encontraban bajo una serie de resguardos con el fin de permitir resultados limpios y con la menor cantidad de sesgos posibles. Por tanto, para asegurar que los participantes fueran personas reales se solicitó, previo consentimiento expreso y voluntario, ingresar a sus cuentas de Gmail en donde el correo era registrado de forma automática. Las planillas que contienen esta información tienen un código de acceso, el cual lo maneja solo los miembros del equipo de memoria.

3.4.4. Fase 4. **Información:** Luego de la aplicación de los cuestionarios, en busca de ser responsables socialmente con las participantes y tomando todos los resguardos posibles propios de una memoria de este tipo, se les hizo entrega a todas las participantes del estudio de forma verbal y escrita por medio de correos electrónicos, toda la información necesaria sobre violencia, la cual incluyó: Fono Orientación, Ayuda Violencia Contra La Mujer y los programas e instituciones relacionadas con el SERNAMEG, información acerca de los lugares en donde pueden conseguir una correcta contención y evitar una posible revictimización por parte de las mujeres que hayan sufrido violencia por parte de sus parejas. Respecto a los cuestionarios aplicados de manera online, las participantes contaban con

espacios de información en donde señalaba consideraciones y contactos para a coordinación de la prevención de violencia hacia la mujer según lo señalado por el SERNAMEG. Finalmente, el grupo perteneciente al programa FOSIS, de la región de Valparaíso, de forma adicional, recibieron dos talleres psicoeducativos y centrados en el autocuidado, esto a solicitud de esta instancia.

3.4.5. Fase 5. **Análisis:** Durante esta etapa se analizaron los datos obtenidos, para ello se registraron los datos en plantillas Excel según el número de folio correspondiente, el análisis se llevó a cabo mediante el programa estadístico SPSS, para la obtención de los estadísticos descriptivos y las correlaciones bivariadas.

3.4.6. Fase 6. **Elaboración del informe:** La última etapa correspondió a la realización del documento oficial en el cual se condensaron todos los datos obtenidos, con el fin de tener una apreciación adecuada en relación con lo que se consiguió con la memoria, además, contó con datos relevantes a nivel país e internacional sobre el tema de la violencia y que se ha hecho respecto a aquella situación.

4. Resultados

4.1. Caracterización de la Muestra

Para entender cómo se manifiestan los datos de aquellas mujeres que fueron víctimas de maltrato psicológico o físico en su relación de pareja, es necesario describir aspectos sociodemográficos en los cuales estas se encuentran y que se desprenden de la Tabla N°1 (Ver anexo N°1) de estadísticos descriptivos. Con un total de N:50 mujeres como datos válidos, bajo condición de haber sufrido maltrato en al menos una relación de pareja, se encontró que la media de sus edades fluctuó entre los 20 y 65 años (m: 28,3 años; DT: 10,2,) entre ellas el 46% son madres y tienen entre 1 y 4 hijos en su familia. Respecto al nivel de escolaridad, se encontró que el 24% de las participantes ha alcanzado el nivel superior completo y solo el 4% presenta un nivel de escolaridad básico incompleto (m: 4,6; DT: 1,4), mientras que el 44% ha alcanzado un nivel de escolaridad superior incompleta. Por otro lado, en relación con la situación laboral de las mujeres, se manifiesta que el 36% se encuentra actualmente en un trabajo remunerado, mientras que el 56% no se encontraría trabajando. Por lo que respecta a los ingresos económicos familiares (m: 2; DT: 0,857), se obtuvo que el 30% recibe un ingreso menor a \$300.000, el 34% un ingreso entre \$300.000 y \$700.000 y el 34% reciben un ingreso familiar superior a \$700.000.

Resultó imprescindible considerar tratamientos psicológicos que puedan estar cursando las mujeres que participaron de este trabajo de memoria, del cual se desprende que el 32% ha tenido algún trastorno de carácter psicológico o psiquiátrico mayor durante el último tiempo y ha recibido atención psicológica o psiquiátrica.

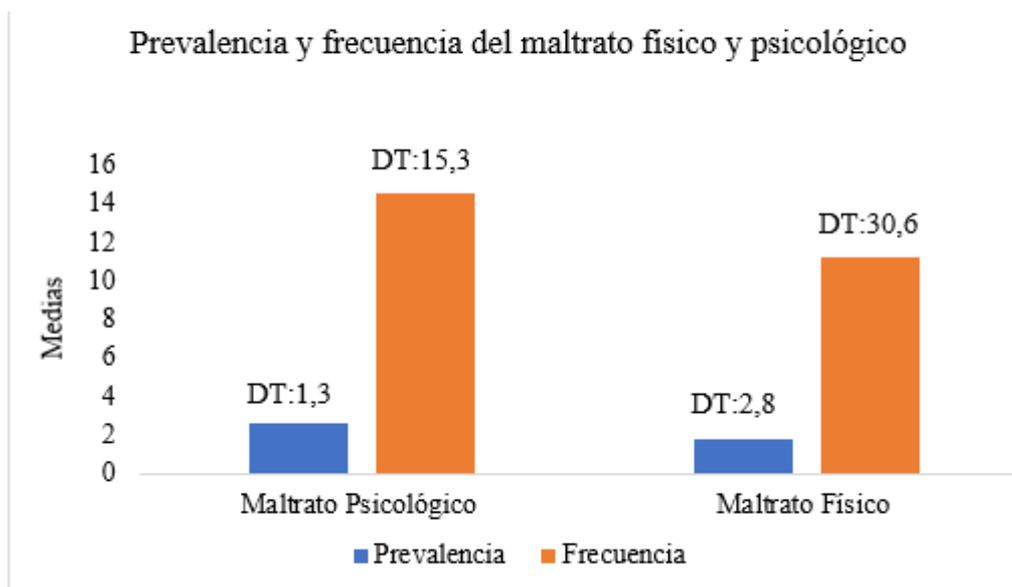
4.2. Resultados descriptivos para el maltrato físico y psicológico

En relación con las tácticas de conflicto utilizadas, el cuestionario es capaz de entregar indicadores sobre 4 categorías importantes, 1) las estrategias utilizadas por las mujeres al negociar en su relación de pareja; 2) Los daños recibidos en consecuencias de los conflictos; 3) la presencia de violencia psicológica por parte de sus parejas y 4) la presencia de violencia física por parte de sus parejas. Respecto a la variable de maltrato psicológico, la cual según la tabla N°2 (ver anexo N°2) y presentado en el gráfico N°1 manifiesta la presencia de maltrato psicológico sufrido por las mujer por parte de sus parejas (m: 2,6; DT: 1,3), encontrándose dividida en aquellas conductas de violencia psicológica de menor severidad (m: 2,4; DT: 1,16) y las conductas de violencia psicológica de mayor severidad (m: 0,27; DT: 0,45). Por otro lado, se encuentra la frecuencia con la que se ejerce el maltrato psicológico (m: 14,6; DT: 15,3), observándose en sus subescalas, la frecuencia del maltrato psicológico de carácter menor (m: 13,2; DT: 13,5) y el severo (m: 1,4; DT: 3,5).

Al describir prevalencia o presencia respecto al maltrato físico ejercida por las parejas de las mujeres participantes de estudio, se desprende en la tabla N°3 (ver anexo N°3) la prevalencia o presencia de ésta (m: 1,8; DT: 2,8), los cuales se subdividen en aquellas conductas de maltrato físico menores (m: 1,3; DT: 1,7) y maltrato físico severo (m: 0,6; DT: 1,4). Por otro lado, se encuentra la frecuencia en que mujeres del presente estudio, han sufrido conductas de maltrato físico (m: 11,2; DT: 30,6), considerando las subescalas de frecuencia del maltrato físico de carácter menor (m:7; DT: 18,6) y de aquellas conductas de maltrato físico severo (m: 4,1; DT: 14,0).

Gráfico 1

Estadísticos descriptivos para la comparación de medias para la prevalencia y frecuencia del maltrato físico y psicológico.



Fuente: Elaboración propia

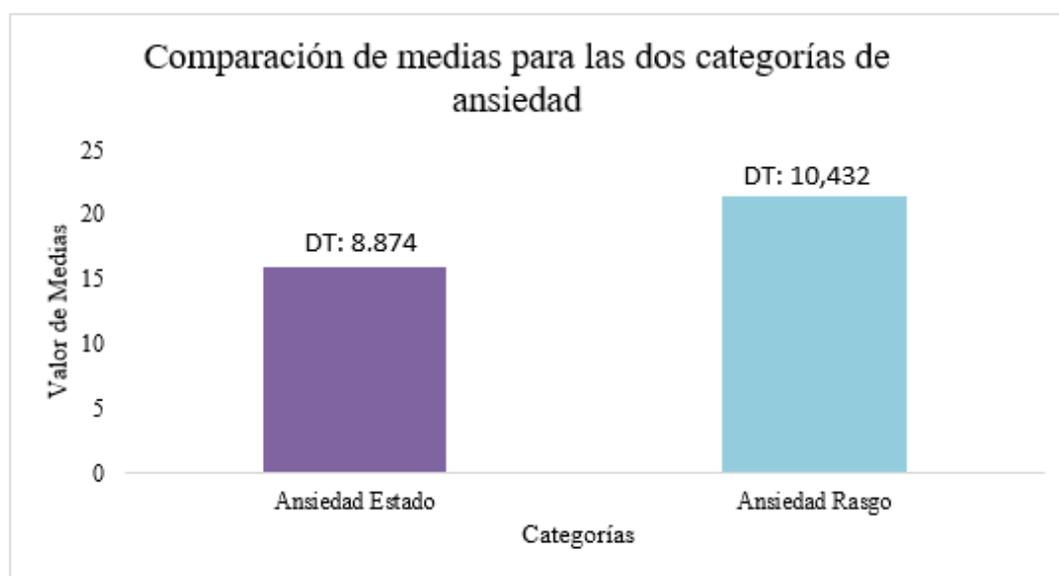
4.3. Resultados descriptivos de los niveles de ansiedad

En cuanto a la ansiedad, ésta se manifiesta según los datos reflejados en la Tabla N°4 (Ver anexo N°4) e ilustrados en el gráfico N°2. Se puede describir el comportamiento de la muestra frente a dos distintos tipos de ansiedad, en primer lugar, encontramos la ansiedad de tipo *estado* ($m: 15,90$; $DT: 8,784$), refiriendo a una condición transitoria, caracterizada por la percepción subjetiva de sus propios sentimientos durante la aplicación del instrumento. Al calcular los baremos correspondientes al cuestionario, se encontró que con una puntuación de 28,9 las mujeres adultas estarían dentro del centil 70, es decir, que se encuentran con niveles de ansiedad *estado* superiores al promedio estimado.

En segundo lugar, se encuentra la ansiedad tipo *rasgo* (m: 21,54; DT: 10,432), refiriendo a una propensión ansiosa relativamente estable ante las situaciones consideradas como amenazantes en su diario vivir, por tanto, al calcular los baremos del cuestionario, podemos encontrar que, con una puntuación de 30,7, se encuentra entre los centiles 70 y 75, lo que quiere decir que las mujeres que han sido víctimas de maltrato presentan un nivel de ansiedad *rasgo* superior al promedio estimado.

Gráfico 2

Comparación de medias para la variable de ansiedad, en sus dos categorías de AE y AR.



Fuente: Elaboración propia

4.4. Resultados del análisis de correlaciones para la variable de ansiedad

Respecto a la relación entre los niveles de ansiedad y los tipos de maltrato en mujeres víctimas de violencia reflejados en la tabla N°5, considerando la hipótesis de que las mujeres que presentan una alta frecuencia en los índices de maltrato de tipo físico en al menos una relación de pareja presentan mayores índices de ansiedad de tipo *rasgo*, se menciona que no existen correlaciones positivas o negativas asociadas a estas variables (Ver anexo N°5). Sin embargo, existe una correlación positiva débil ($r: ,314$; $p: ,026$) (Tabla 6) entre la categoría de frecuencia de daño severo y la variable de ansiedad *estado*.

Tabla 6

Correlaciones ansiedad Estado- Rasgo y maltrato

Categoría	Ansiedad Estado	sig
Fr Daño Severo	0,314*	0,026

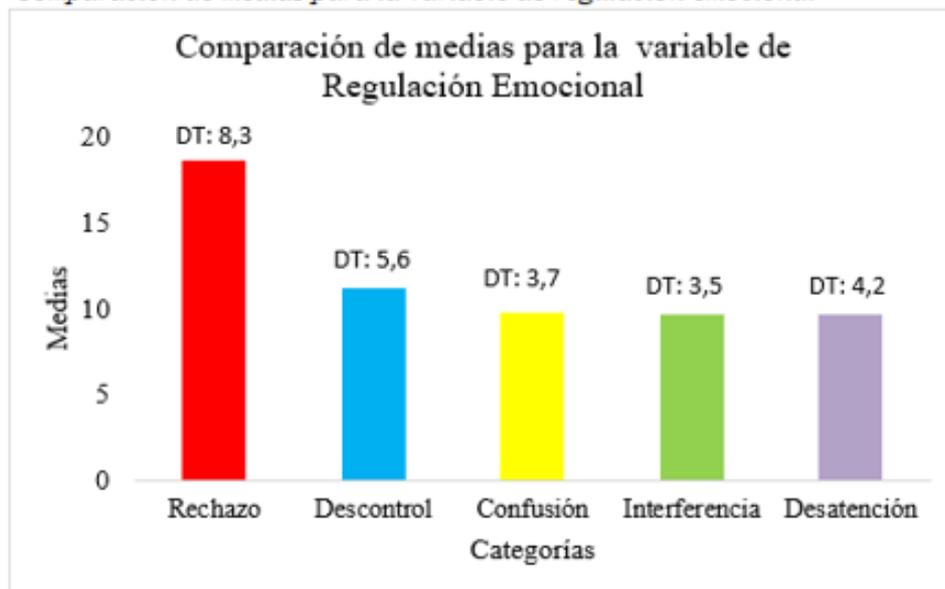
4.5. Resultados descriptivos de los niveles de la regulación emocional

Respecto a la variable de regulación emocional, según la Tabla N°7 (ver anexo N°6), se puede mencionar que existen datos similares en todas las categorías abarcadas por el instrumento utilizado (Gráfico N°3), encontrándose con el índice de media más altos el asociado a rechazo emocional ($m: 18,6$; $DT: 8,3$), lo cual refleja una no aceptación del propio distrés y las emociones por parte de las participantes. Seguido de descontrol emocional ($m: 11,1$; $DT: 5,6$), lo que sugiere una capacidad por controlar las conductas impulsivas. A continuación, se encuentra la categoría de confusión emocional ($m: 9,7$; $DT: 3,7$), lo cual

indica una leve dificultad para tener claridad respecto a las emociones que se están sintiendo. Finalmente, se encuentra la categoría de interferencia emocional (m: 9,6; DT: 3,5), lo que indica dificultades para concentrarse y realizar tareas en las situaciones en las que experimentan emociones negativas, y desatención emocional (m: 9,6; DT: 4,2), lo cual alude a leves dificultades para mantener el control del comportamiento personal frente a experimentar emociones negativas.

Gráfico 3

Comparación de medias para la variable de regulación emocional



Fuente: Elaboración propia

4.6. Resultados del análisis de correlaciones para la variable de regulación emocional

Al utilizar la correlación de Pearson en las formas en que las mujeres encuestadas regulan sus emociones, con la frecuencia en que se ven enfrentadas a situaciones del maltrato o a conductas relacionadas con ellas, y considerando la hipótesis de que las mujeres que presentan una alta frecuencia en los índices de maltrato de tipo psicológico en su relación

de pareja, presentan mayores dificultades para regular sus emociones, se puede encontrar que según la tabla N°8 la categoría del rechazo emocional, con la categoría de frecuencia en la ejecución de maltrato psicológico, tiene un índice de correlación positiva y directa (r: 0,440; p:0,024). Igualmente, se encontró una correlación positiva y directa con la frecuencia en la recepción del maltrato psicológico menor, (r: 0,463; p: 0,017) indicando que es mayor la no aceptación del propio estrés y las emociones. Mientras que la categoría de confusión emocional, presenta, por un lado, una correlación positiva y directa con la prevalencia del maltrato psicológico severo (r:0,656; p:0,00) y de igual manera con la frecuencia en que las conductas de maltrato físicas de menor severidad presentan, con una correlación positiva y directa (r:0,323; p:0,022). Finalmente, la categoría de desatención emocional presenta una correlación positiva con la prevalencia del maltrato psicológico severo presentes en las mujeres víctimas de maltrato (r: 0,503; p: 0,009), ya que mientras más frecuente son los actos de violencia, tanto físico como psicológico, mayores son las dificultades para mantener el control del comportamiento frente a la experimentación de emociones negativas.

Tabla 8

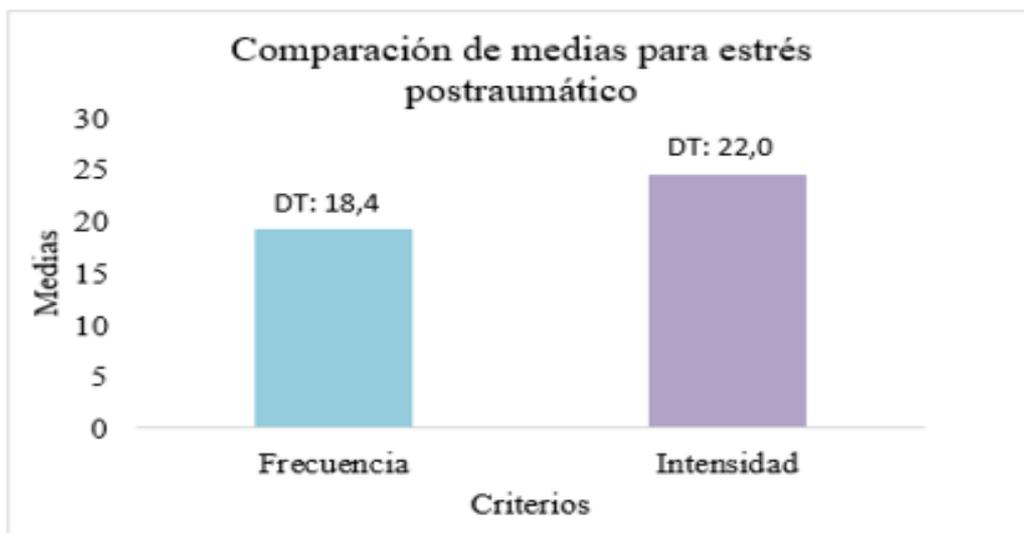
Correlaciones estilos de regulación emocional y prevalencia y frecuencia de maltrato

Variable	Rechazo Emocional	sig	Descontrol Emocional	sig	Confusión Emocional	sig	Interferencia Emocional	sig	Desatención Emocional	sig
Pr Violencia Psicologica	0,195	0,340	0,241	0,529	0,225	0,269	-0,066	0,75	0,366	0,066
Pr Violencia Psicologica Menc	0,082	0,689	0,390	0,236	0,002	0,992	-0,225	0,27	0,223	0,274
Pr Violencia Psicologica Seve	0,360	0,071	3,74	0,06	0,656**	0,000	0,385	0,052	0,503**	0,009
Pr Violencia Fisica	-0,004	0,980	0,001	0,997	-0,031	0,833	-0,046	0,75	-0,076	0,599
Pr Violencia Fisica Menor	0,093	0,521	0,077	0,597	0,115	0,426	0,008	0,953	-0,017	0,908
Pr Violencia Fisica Severa	-0,117	0,417	-0,090	0,536	-0,196	0,171	-0,101	0,484	-0,131	0,365
Fr Violencia Psicologica	0,440*	0,024	0,198	0,332	0,081	0,695	0,061	0,768	0,152	0,459
Fr Violencia Psicologica Menc	0,463*	0,017	0,230	0,258	0,056	0,785	0,057	0,781	0,1	0,625
Fr Violencia Psicologica Seve	0,138	0,500	-0,022	0,914	0,136	0,507	0,045	0,828	0,275	0,174
Fr Violencia Fisica	0,076	0,599	0,134	0,354	0,266	0,062	0,118	0,414	0,057	0,695
Fr Violencia Fisica Menor	0,113	0,434	0,198	0,168	0,323*	0,022	0,097	0,503	0,093	0,521
Fr Violencia Fisica Severa	0,016	0,911	0,030	0,839	0,153	0,289	0,130	0,367	0,001	0,995

4.7. Resultados descriptivos de la variable de TEPT

Respecto a la variable asociada a sintomatología de TEPT, en la tabla N°9 (Anexo N°7), se puede mencionar que existe una media mayor en la categoría de intensidad del cuestionario (m: 24,4; DT: 22,0), respecto a la categoría de frecuencia (m: 19,3; DT: 18,4), sin embargo, al calcular la sumatoria de ambas categorías, se establece una puntuación alta respecto a la variable (m: 43,7; DT: 38,6), lo cual sugiere la existencia leve de Trastorno de Estrés Postraumático, considerando el punto de corte (40 puntos).

Gráfico 4
Comparación de medias para estrés postraumático



Fuente: Elaboración Propia

4.8. Resultados del análisis de correlaciones para la variable de TEPT

Respecto a la relación entre frecuencia e intensidad de la variable de TEPT, frente a las otras categorías (Ver tabla N°10) y considerando la hipótesis de que las mujeres que han sido víctimas de maltrato en al menos una relación de pareja, presentan índices elevados de sintomatología asociada a TEPT, se observa una correlación positiva entre la variable de TEPT y maltrato físico menor ($r: ,326$; $p: ,021$).

Tabla 10

Correlaciones entre TEPT y maltrato

	Variable	TEPT	sig
Físico	Fre física	0,185	0,199
	Fre física menor	0,250	0,080
	Fre física severa	0,072	0,619
	M físico severo	0,024	0,867
	M físico menor	0,326*	0,021
	Pre v física	0,208	0,147
Psicológico	Fre psicológico	0,185	0,365
	Fre psicológica menor	0,212	0,297
	Fre psicológica severa	-0,008	0,968
	Pre m psicológico	0,130	0,528
	M psicológico menor	-0,002	0,991
	M psicológico severo	0,387	0,051

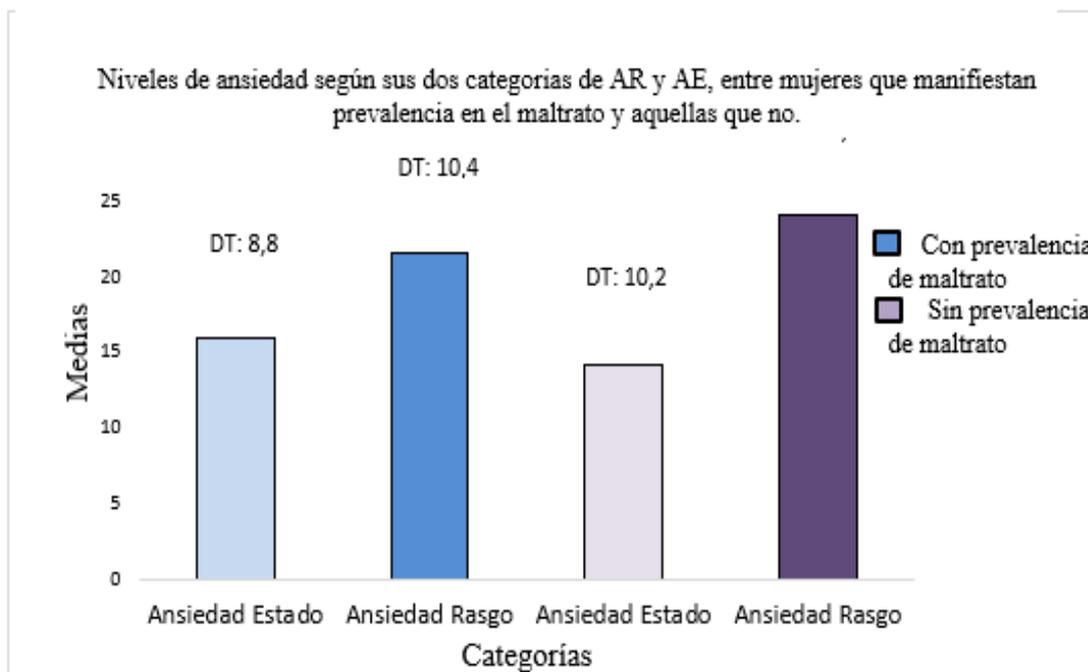
4.9. Resultados del análisis de correlaciones para la variable de ansiedad en población con prevalencia de maltrato frente a la población sin esta condición

Respecto a la relación entre los niveles de ansiedad entre mujeres que han manifestado prevalencia de maltrato en alguna de sus relaciones de pareja, frente a las que no han presentado esta condición (gráfico N°5), se desprende que, en ambos grupos, hay mayores índices de ansiedad de tipo *rasgo*, en comparación con la de tipo *estado*. Sin embargo, existe un índice mayor de ansiedad de tipo *rasgo*, en mujeres que no han sido víctimas de maltrato en su relación (m: 24,1; DT: 13,6 > m: 21,5; DT: 10,4). Caso contrario a lo que ocurre con la ansiedad de tipo *estado*, ya que presenta mayor índice de prevalencia el grupo que sí ha sido víctima de maltrato en su relación de pareja (m: 15,9; DT: 8,8 > m: 14,2; DT: 10,2).

Finalmente, se puede concluir que tres de las cinco hipótesis fueron confirmadas, rechazándose aquellas vinculadas a la variable de ansiedad, probablemente, debido a que una o varias de las participantes presentaba altos índices de ansiedad tanto de tipo estado como de rasgo. Además, existió una elevada sintomatología de estrés postraumático en la población con maltrato.

Gráfico 5

Comparación de medias de los niveles de ansiedad según sus dos categorías de AR y AE, entre mujeres que manifiestan prevalencia en el maltrato y aquellas que no.



Fuente: Elaboración propia

5. Discusión y Conclusiones

La presente memoria se realizó buscando aportar conocimiento acerca de cómo el maltrato contra la mujer interfiere en su salud integral, y en particular, psicológica o salud mental, en aquellas que han sido víctimas de maltrato en el pasado en su relación de pareja. Para lo cual, se realizaron análisis descriptivos y correlacionales en diferentes grupos muestrales, para así lograr describir y asociar los niveles de ansiedad, de regulación emocional y sintomatología asociada a TEPT con los diferentes tipos de maltrato, en donde en primer lugar, respecto a la primera hipótesis de los tipos de maltrato, se puede mencionar que destaca la violencia de tipo psicológica, siendo mayormente prevalente la que se considera de menor severidad. Igualmente, la prevalencia y frecuencia del maltrato de tipo físico menor, resulta más recurrente que el de tipo severo, y menos prevalente que la de tipo psicológico. Situación similar se señala en un estudio latinoamericano de Rey-Anacona (2013), donde se obtuvo que el tipo de maltrato más prevalente es el de tipo psicológico, seguido por el físico y el emocional. Esto también se menciona en un estudio realizado en Cuba de los autores López, Fundora, Valladares, Ramos & Blanco (2015). Asimismo, Encinas, Fernández-Velasco & Rincón (2010) consideran que las consecuencias psicológicas de la violencia son más frecuentes y graves que las físicas, salvo casos excepcionales como las de muertes o lesiones graves. Además, la prevalencia del maltrato psicológico severo correlaciona de forma positiva y significativa con la confusión y la desatención emocionales. Esto podría ser explicado por la vivencia de un estado de incertidumbre constante en el que las mujeres víctimas de violencia desarrollan. La vivencia de no tener claridad de las experiencias futuras pueden generar paralización de los estados emocionales, dando lugar a estados disociativos, especialmente cuando estos episodios son reiterados en el tiempo (Arcas, 2014).

En relación con la variable de ansiedad, respecto a la hipótesis de que las mujeres que sufren una alta frecuencia en los índices de maltrato de tipo físico en su relación de pareja presentan mayores índices de ansiedad de tipo *rasgo*, indagada mediante la exploración en la relación entre los niveles de ansiedad y los tipos de maltrato en mujeres víctimas de maltratos en alguna de sus relaciones de pareja, se obtuvo, no se presentaron correlaciones significativas. Sin embargo, se obtuvo que mujeres que han sufrido daños severos debido a algún tipo de maltrato, ya sea, físico o psicológico, presentan índices de ansiedad de tipo *estado* más altos que la población promedio, por lo cual, mayores son los índices de ansiedad vivenciada de manera transitoria y fluctuante en el tiempo. Esta situación podría explicarse porque las participantes al conocer la finalidad del estudio y encontrarse bajo una situación de evaluación, generó ansiedad reactiva. A pesar de esto, este tipo de ansiedad de tipo *estado*, no es la más prevalente, ya que se estima que alrededor del 18,1% de la población en general (Kinrys & Wygant, 2005). En relación a los niveles de ansiedad presentes en mujeres que han sufrido maltrato en al menos una relación de pareja, frente a las que no han vivido ésta situación, se obtuvo, un mayor índice de ansiedad de tipo *rasgo* por parte de mujeres que no han sufrido maltrato en su relación, mientras que un índice mayor en ansiedad de tipo *estado* en quienes sí han sufrido maltrato en su relación de pareja, lo cual se contradice con la literatura, la cual señala que las mujeres que han sufrido esta situación por parte de su pareja en los últimos 12 meses, presentan índices mayores de ansiedad a lo largo de su vida que quienes no sufren este tipo de maltrato (Aguirre, et al., 2010; Bott, Guedes, Goodwin & Adams, 2013). Pese al incumplimiento en esta memoria de la hipótesis de ansiedad, los autores Huerta, Bulnes, Ponce, Sotil & Campos (2014), en un estudio de ansiedad, depresión y maltrato en la relación de pareja, refieren que la violencia

impacta estas variables y sería la causa de los problemas en la salud mental de las mujeres que han sido víctimas de maltrato en sus relaciones.

En tercer lugar, en relación a la variable de regulación emocional, asociada a la hipótesis de que las mujeres que presentan una alta frecuencia en los índices de maltrato de tipo psicológico en al menos una relación de pareja, presentan mayores dificultades para regular sus emociones, se acepta la hipótesis propuesta. Esto debido a que la categoría de rechazo emocional de la variable de regulación emocional estuvo altamente vinculada al maltrato de tipo psicológico menor, tal y como se observa en la literatura, en un estudio realizado por Momeñe, Jáuregui & Estévez (2017). Estos autores mencionan en sus conclusiones, al igual que en el presente estudio, que el abuso psicológico correlaciona de forma positiva con las dificultades de regulación emocional, mostrando que a medida que exista mayor abuso psicológico mayor será la dificultad para modular sus expresiones emocionales. Esto podría deberse a la falta de inteligencia emocional, como consecuencia de la poca regulación en experiencias previas durante el curso de la vida. Por otro lado, existió una relación inversa entre la categoría de confusión emocional y negociación, lo cual sugiere que altos índices de negociación predicen una reducción en la dificultad para tener claridad respecto a las emociones experimentadas. Respecto a esto, algunas publicaciones han demostrado que la regulación emocional por medio de la cognición ayuda a las personas a mantener el control sobre sus emociones, tanto durante como después de experimentar sucesos estresantes (Carrillo, Gruber & Castillo, 2016). Por el contrario, en el caso del maltrato psicológico menor y la regulación emocional, ambas se relacionan directa y positivamente, por lo que, a mayor presencia de esta variable psicológica, mayor confusión emocional se observa en las participantes. Esta confusión emocional, tiene relación a lo propuesto por la Organización Mundial de la Salud (2005), la cual señala que mujeres

maltratadas, generalmente presentan limitaciones en su comportamiento independiente y autónomo, lo cual, según Carrillo, Gruber & Castillo (2016) se asocia a estrategias negativas de regulación como la rumiación y la catastrofización. Las personas que rumian tienen menos control sobre sus pensamientos intrusivos, y también presentan pensamientos catastróficos de la vivencia de maltrato, lo que nos indica que presentarían mayores dificultades para elaborar ideas y pensamientos sobre los eventos. Esto resulta relevante considerando que la exposición al maltrato y el estrés que conlleva las situaciones de violencia, requiere la activación de procesos cognitivos y conductuales para afrontarlos (Galego, Santibáñez- Gruber & Iraurgi- Castillo, 2016).

De la misma manera, respecto a la categoría de desatención emocional, también existió una relación directa y positiva, tanto con el maltrato y la frecuencia de tipo psicológica, como con el maltrato físico menor y con los daños asociados a esta conducta. Según lo revisado por Hervás y Jodar (2008) la atención hacia las emociones puede ser funcional o disfuncional dependiendo de la capacidad regulatoria del individuo. Otra forma de explicar el comportamiento emocional de las mujeres que han sido víctimas de maltrato en su relación de pareja, según organizaciones internacionales y estudios adicionales, hace referencia a la dependencia emocional, la cual según la OMS (2012), se refiere a las limitaciones en el comportamiento independiente y autónomo en las mujeres y se define como una necesidad de afecto, y contacto continuo y excesivo por parte de la pareja (Momeñe, Jáuregui & Estévez, 2017). Es por ello, que las personas dependientes que presentan un estilo de relación poco apropiada y deteriorada ponen todos sus esfuerzos en mantenerla, evitando situaciones percibidas como amenazantes con tal de no romper el vínculo (Izquierdo y Gómez-Acosta, 2013; Congost, 2013). Respecto a esta situación, cabe destacar que según Aiquipa (2015), las mujeres que han sufrido situaciones de maltrato en

su relación de pareja presentan mayores índices de dependencia emocional, en comparación con quienes no sufren esta situación de maltrato, por lo que, a pesar de la frecuencia del maltrato psicológico o físico que han recibido durante su relación de pareja, el presentar dificultades para regular sus emociones favorece en la mantención del vínculo disfuncional.

En relación con la variable de TEPT, se puede mencionar que se acepta la hipótesis propuesta, ya que las mujeres que han sido víctimas de maltrato en al menos una relación de pareja presentan índices elevados de sintomatología asociada a TEPT. Existiendo una relación positiva entre maltrato físico menor y TEPT, lo cual se condice con lo propuesto por Calvete, Estévez & Corral (2007), quienes refieren que las conductas violentas cometidas en una relación de pareja están asociadas significativamente con los síntomas de TEPT y éstos a su vez con los esquemas cognitivos. Sumado a lo que mencionan Mertin & Mohr (2000), en un estudio realizado en 100 mujeres, dentro de las cuales 45 presentaban sintomatología de TEPT alto, e informaron haber experimentado niveles muy altos de violencia.

Respecto a las limitaciones del estudio, se puede mencionar en primer lugar, los acontecimientos ocurridos en Chile, tras el 18 de octubre del 2019, en donde las demandas y manifestaciones sociales, generaron en la población un constante estado de inseguridad y tensión. Por lo cual, al momento de recopilar los datos necesarios para este estudio, la información emitida por el cuestionario de ansiedad STAI, pudo verse afectada debido a esta situación.

En segundo lugar, podemos encontrar como limitante el orden de la aplicación de los instrumentos, ya que éste influyó en los resultados de al menos el cuestionario STAI y el de Estrés postraumático de Davidson. Lo anterior, considerando que el primero de ellos, se aplicó con anterioridad al Cuestionario de Tácticas de Conflictos, por lo cual,

probablemente, las participantes no consideraron el trasfondo de la memoria, es decir, el maltrato en las relaciones de pareja.

Una tercera limitación, refiere a las diferencias sociodemográficas presentes en los 3 grupos muestrales, lo cual surge de lo complejo que resulta el hablar de maltrato, más aún, por parte de quienes han sido víctimas de esta situación en su relación de pareja. Hecho que, durante este estudio, dificulta el acceso a la información de un único grupo muestral.

En cuarto lugar, se puede mencionar la falta de participantes hombres en la muestra, lo cual resulta relevante considerando que son parte relevante de la problemática a tratar. Est

En quinto lugar, las dificultades asociadas al aislamiento metodológico de los distintos tipos de maltrato, en particular el psicológico.

Si bien es cierto, una de las limitaciones mencionadas, hace referencia a las diferencias sociodemográficas, ésta también resulta como una ventaja, ya que, al contar con una amplia variedad muestral, se pueden extrapolar los resultados obtenidos. Por tanto, los datos, dan cuenta de que el tema relacionado con el maltrato durante las relaciones de pareja es transversal a todo tipo de población. Por otro lado, cabe mencionar que, para futuras investigaciones, resultaría interesante indagar sobre la percepción y las experiencias vivenciadas por los hombres, no solo por las mujeres, tal como ocurrió en este trabajo de memoria.

Finalmente, respecto a las aplicaciones práctica del estudio, podemos considerar dos líneas de trabajo, la primera de ellas relacionada con el trabajo directo con las mujeres víctimas de maltrato, en donde resulta fundamental el identificar las estrategias actuales de regulación emocional que son utilizadas para modular sus propias experiencias, por sobre todo, en aquellas experiencias que son disfuncionales y de alto estrés.

En segundo lugar, encontramos a nivel de promoción de la salud mental, la necesidad de enseñar y educar en temáticas de regulación emocional, desde edades tempranas, ya que, se ha demostrado que las experiencias tempranas que involucran: reconocimiento de las propias emociones, la forma en que se expresan, como se autorregulan y finalmente, el cómo se modulan las emociones teniendo en consideración el contexto en el que se encuentran, ayudan de forma considerable para las experiencias futuras.

6. Referencias

- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P. & Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2), 114-122. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004>.
- Aiquipa, J. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 411-437. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000200007&lng=es&tlng=es.
- Akbari, B., Amir, S. & Sirus, Z. (2017). Comparing Levels of Domestic Abuse and Emotional Regulation of Normal Women and Women Exposed to Violence. *Revista Internacional de Medicina*.
- American College of Nurse-Midwives (2018). Violencia De Pareja (Intimate Partner Violence). *Journal of Midwifery & Women's Health*, 63(1).
- Aravena, H. (2016). *La Relación de los Estereotipos de Género y la Percepción Psicosocial de la Violencia de Pareja en Jóvenes de Educación Superior, Santiago de Chile*. (Tesis de pregrado). Universidad Miguel de Cervantes, Santiago, Chile.
- Arcas, M. (2014). Vulnerabilidad en mujeres maltratadas. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 19(1).
- Arias, K., Azbell, E., & Valencia, S. (2010). Violencia en parejas adolescentes (Documento en sitio web) Recuperado de http://www.tlalpan.uvmnet.edu/oiid/download.Violencia%20Parejas%20Adolescentes_04_CS0_PSIC_PICSJ_E.pdf.

- Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C., García de Vinuesa, L. & García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(1), 182-188. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112004000400029&lng=es&tlng=es.
- Bott, S., Guedes, A., Goodwin, M. & Adams, J. (2013). Violence Against Women. In Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries. Washington: Pan American Health Organization.
- Burgos, P. & Gutiérrez, A. (2013). *Adaptación y Validación del Inventario Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) en Población Universitaria de la Provincia de Ñuble*. (Tesis de pregrado). Universidad del Bío- Bío, Chile.
- Calvete, E., Estévez, A. & Corral, S. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 19 (3), 446-451. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=727/72719314>.
- Calvo, G. & Camacho, R. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global*, 13(33), 424-439. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000100022&lng=es&tlng=es.
- Carbonell, C. & Carvajal, C. (2004). El trastorno por estrés postraumático: una consecuencia de los asaltos. *Rev Méd Chile*, 132, 839-844. Recuperado <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v132n7/art08.pdf>.
- Carbonell, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: clínica y psicoterapia. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(2), 69-75. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600006>.

- Carrillo, V., Gruber, R. & Castillo, I. (2016). Estrategias cognitivas de regulación emocional en mujeres en situación de maltrato. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (28), 115-125.
- Carvajal, C. (2002). Trastorno por estrés postraumático: aspectos clínicos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(2), 20-34. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272002000600003>.
- Castillo, R. & Ruiz, A. (2019). Género y conductas ansiosas en estudiantes universitarios. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(1). Recuperado de <http://www.redalyc.org/jatsRepo/679/67958346005/index.html>.
- CDCP, Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Understanding Intimate Partner Violence. Recuperado de http://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/ipv_factsheet-a.pdf.
- Congost, S. (2013). Cuando amar demasiado es depender. Oniro.
- Contreras, L., Arteaga, J., Latorre J., Folino, J. & Campo, A. (2010). Association between Intimate Partner Violence and Posttraumatic Stress Disorder: A Case-Control Study. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 39(1).
- Contreras, P., Galleguillos, K., Gómez, C. & Ramos, M. (2010). Propiedades psicométricas del cuestionario de respuesta emocional a la violencia en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Dialnet*, 233-245.
- Corbalán, F., Hernández, R. & Limiñana, R. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*, 118-124.

- Crespo, M. & Gómez, M. (2012). La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). *Clinica y Salud*, 23(1), 25-41. Recuperado de cielo.isciii.es/pdf/clinsa/v23n1/original2.pdf.
- Dasgupta, S. (2002). A framework for understanding women's use of nonlethal violence in intimate heterosexual relationships. *Violence against women*, 8(11), 1364-1389.
- Davidson, R., Putnam, K. & Larson, C. (2000). Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation--a possible prelude to violence. *Science*, 289(5479), 591-594.
- De Alencar, R. & Cantera, L. (2012). Violencia de género en la pareja: Una revisión teórica. *Psico*, 41(1), 116-126.
- De la Villa, M., Sirvent, C., Ovejero, A. & Cuetos, G. (2018). Dependencia emocional en las relaciones de pareja como Síndrome de Artemisa: modelo explicativo. *Terapia psicológica*, 36(3), 156-166. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082018000300156>.
- Del Valle, M., Betegón, E. & Irurtia, M. (2018). Efecto del uso de estrategias cognitivas de regulación emocional sobre la ansiedad en adolescentes españoles. *Suma Psicológica*, 25(2), 153-161.
- Doménech Palau, A. (2017). Comportamiento y emociones en la infancia media y tardía. Contexto familiar y social.
- Echeburúa, E., Salaberría, K. & Cruz, M. (2014). Aportaciones y Limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007>.
- Encinas, F., Fernández, M. & Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105.

- Espinoza, A. & Pérez, G. (2008). *Percepciones sociales acerca de los hombres víctimas de la violencia por parte de su pareja* (Doctoral dissertation, Tesis de licenciatura). Universidad de Costa Rica. Recuperado de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic/tfg-1-2008-11.pdf>.
- Fernández, L., Calvete, E. & Orue, I. (2017). Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato. *Psychosocial Intervention*, 26(1), 9-17.
- Fernández, O., Jiménez, B., Alfonso, R., Sabina, D. & Cruz, J. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*, 10(5), 466-479. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500019&lng=es&tlng=es.
- Flury, M., Nyberg, E. & Riecher-Rössler, A. (2010). Domestic violence against women. Definitions, epidemiology, risk factors and consequences. Department Psychiatric University Clinics Basal, University of Basel, Cite this as: *Swiss Med Wkly. Switzerland*, 140, 130-39.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Herrero, F. & Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17(1). Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3069>.
- Galego, V., Santibáñez, R. & Iraurgi, I. (2016). Estrategias cognitivas de regulación emocional en mujeres de situación de maltrato. *Revista Interuniversitaria*, (28), 115–125. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=135047100010>.
- García, C. (2000). *Violencia contra la mujer. Género y equidad en la salud*. OPS-Harvard Center for Population and Development Studies.
- Gastrón, L. (1999). *Y que cumplas muchos más...(abuso, maltrato y abandono: la cara*

- oculta de la mayor longevidad femenina*). Universidad Nacional de Luján.
- Graña, J., Andreu, J., Pena, M. & Rodríguez, M. (2013). Validez factorial y fiabilidad de la "escala de tácticas para el conflicto revisada"(revised conflict tactics scale, CTS2) en población adulta española. *Psicología Conductual*, 21(3), 525.
- Graña, J., Rodríguez, M. & Peña, M. (2009). Agresión hacia la pareja en una muestra de la comunidad de Madrid: Análisis por Género. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 9, 7-28.
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*.
- Gross, J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. Review
- Guzmán, M., Trabucco, C., Urzúa, A., Garrido, L. & Leiva, J. (2014). Validez y Confiabilidad de la versión Adaptada al Español de la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) en Población Chilena. *Terapia Psicológica*, 32(1), 19-29.
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2010). Metodología de la Investigación. México: Edit. McGraw - Hill.
- Hervás, G. & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y salud*, 19(2), 139-156.
- Huerta, R., Bulnes, M., Ponce, C., Sotil, A. & Campos, E. (2014). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. *Theorema*, 1(1).
- Ibarra, M., Ortiz, J., Alvarado, F., Graciano, H. & Jiménez, A. (2010). Correlates of

childhood physical maltreatment in adult women with dysthymic disorder or major depression. *Salud mental*, 33(4), 317-324. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000400003&lng=es&tlng=en.

Izquierdo, S. & Gómez, A. (2013). Dependencia afectiva: abordaje desde una perspectiva contextual. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 7(1).

Jordan, K., Marmar, C., Fairbank, J., Schlenger, W., Kulka, R., Hough, R. & Weiss, D. (1992). Problems in Families of Male Vietnam Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 916-926. Recuperado de <https://psycnet.apa.org/record/1993-13828-001>.

Kaufman, M. (1995). Los hombres, el feminismo y las experiencias contradictorias del poder entre los hombres. *Género e identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino*, 123-146.

Kessler, R., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. & Nelson, C. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 52(12). 10.1001/archpsyc.1995.03950240066012.

Khantzian, E. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10673229709030550>.

Kinrys, G. & Wygant, L. (2005). Trastornos de ansiedad en las mujeres: ¿el género es importante para el tratamiento?. *Revista Brasileña de Psiquiatría*, 27(2), 43-50. <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462005000600003>.

- Leiva, M. & Araneda, A. (2013). Prevalencia y sintomatología del estrés post traumático en personas que experimentan un terremoto y un tsunami. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 4(2), 146-155. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752013000200003&lng=pt&tlng=es.
- López, L., Fundora, Y., Valladares, A., Ramos, Y. & Blanco, Y. (2015). Prevalencia de la violencia física y psicológica en relaciones de pareja heterosexuales: una explicación necesaria. *Revista Finlay*, 5(3), 161-169. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000300003&lng=es&tlng=es.
- McNulty, J. & Hellmuth, J. (2008). Emotion regulation and intimate partner violence in newlyweds. *Journal of family psychology*, 22(5), 794.
- Mertin, P. & Mohr, P. (2000). Incidencia y correlaciones del trastorno de estrés postraumático en víctimas australianas de violencia doméstica. *Journal of Family Violence*, 15, 411-422. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1007510414571>.
- Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. (2019). Femicidios. Recuperado de https://www.sernameg.gob.cl/?page_id=27084.
- Momeñe, J., Jáuregui, P. & Estévez, A. (2017). El papel predictor del abuso psicológico y la regulación emocional en la dependencia emocional. *Psicología Conductual*, 25(1), 65-78. Recuperado de <https://search.proquest.com/docview/1894951276?accountid=14675>.
- Mozley, M., Modrowski, C. & Kerig, P. (2019). Violencia de pareja íntima en la adolescencia: asociaciones con trauma de perpetración, rumiación y estrés

- postraumático. *Revista de violencia interpersonal*.
<https://doi.org/10.1177/0886260519848782>.
- Murray, C., Wester, K. & Paladino, D. (2008). Dating violence and self-injury among undergraduate college students: Attitudes and experiences. *Journal of College Counseling, 11*(1), 42-57.
- Naciones Unidas. (s.f). Igualdad de género. Recuperado de <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/gender-equality/index.html>.
- OECD. (2019). Informe Global SIGI 2019. París, Francia: OECD: Better policies for better lives. Recuperado de <http://www.oecd.org/development/sigi-2019-global-report-bc56d212-en.htm>.
- O'Leary, K., Slep, A., Avery-Leaf, S. & Cascardi, M. (2008). Gender differences in dating aggression among multiethnic high school students. *Journal of Adolescent Health, 42*(5), 473-479.
- Oliva, L., González, M., Yedra, L., Rivera, E. & León, D. (2012). Agresión y manifestaciones violentas en el noviazgo en universitarios. *Revista psicología. com, 16*(1), 1-12.
- Oliveira, M., Santos, J., Haas, V., Freitas, A. & Gomez- Sponholz. (2015). Violencia de pareja íntima y trastornos de ansiedad durante el embarazo: la importancia de la formación del profesional del equipo de enfermería para su afrontamiento. *Revista Latino-Am. Enfermagem, 23*(5). Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n5/es_0104-1169-rlae-23-05-00855.pdf.
- Organización Mundial de la Salud. (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica : primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia : resumen del

informe. Santiago: Chile. Iris. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43390?locale=es&mode=full>.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Intimate partner violence. *Understanding and addressing violence against women*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77432/WHO_RHR_12.36_eng.pdf;jsessionid=1A37ADACD193803C5B121F9C8D07FE57?sequence=1.

Organización Mundial de la Salud. (2012). Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres. Recuperado de <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241564007/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85243/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf;jsessionid=F65B9EBB76774DB2FC869FC7A6B4ECD4?sequence=1.

Peralta, V., Paola, M. & González Bravo, L. A. (2014). Violencia en el noviazgo y pololeo: una actualización proyectada hacia la adolescencia. *Revista de Psicología (PUCP)*, 32(2), 329-355.

Pérez, Y. & Guerra, V. (2014). La regulación emocional y su implicación en la salud del adolescente. *Revista Cubana de Pediatría*, 86(3), 368-375. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312014000300011&lng=es&tlng=es.

Pinos, G. & Ávila, J. (2012). El femicidio: La manifestación mortal de la violencia contra la mujer. *Maskana*, 3(2), 19-30.

- Póo, A. & Vizcarra, M. (2008). Violencia de Pareja en Jóvenes Universitarios. *Terapia psicológica*, 26(1), 81-88. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100007>.
- Portela, A. (2014). Regulación emocional y trastornos de ansiedad. Hacia enfoques de intervenciones transdiagnósticas. *Anxia*, 25.
- Pueyo, A. (2009). La predicción de la violencia contra la pareja. Diseñarte- Goaprint. Recuperado de https://www.academia.edu/530397/La_predicci%C3%B3n_de_la_violencia_contra_la_pareja.
- Rey-Anacona, C. (2013). Prevalencia y tipos de maltrato en el noviazgo en adolescentes y adultos jóvenes. *Terapia psicológica*, 31(2), 143-154. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082013000200001>.
- Rivera-Rivera, L., Allen-Leigh, B., Rodríguez-Ortega, G., Chávez-Ayala, R. & Lazcano-Ponce, E. (2007). Prevalence and correlates of adolescent dating violence: Baseline study of a cohort of 7960 male and female Mexican public school students. *Preventive medicine*, 44(6), 477-484.
- Rojas-Solís, J. (2013). Violencia en el noviazgo de adolescentes mexicanos: una revisión. *Revista de Educación y Desarrollo*, (27), 49-58.
- Rojas-Solís, L. & Carpintero Raimúndez, E. (2011). Sexismo y agresiones físicas, sexuales y verbales-emocionales en relaciones de noviazgo en estudiantes universitarios.
- Romero, M. (2007). Violencia de género en las relaciones de pareja. Un estudio de caso. Recuperado de <http://www.cubaenergia.cu/genero/teoría/t48.pdf>.
- Rosales, R., Bedón, M., Díaz, C., Brioso, A. & Pacheco, E. (2016). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia,

en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. *Theorēma*, (1), 123-136.

Ruiz, Y. (2008). La violencia contra la mujer en la sociedad actual: análisis y propuestas de prevención. *Fòrum de Recerca*, (13), 188-200.

Safranoff, A. (2017). Violencia psicológica hacia la mujer: ¿cuáles son los factores que aumentan el riesgo de que exista esta forma de maltrato en la pareja?. *Salud Colectiva*, 13(4). Recuperado de <https://www.scielosp.org/pdf/scol/2017.v13n4/611-632/es>.

SERNAM. (2009) Documento de trabajo N°107. Análisis y Evaluación de la Ruta Crítica en Mujeres Afectadas por Violencia en la Relación de Pareja. Recuperado de http://estudios.sernam.cl/documentos/?eOTcyNDEx-An%C3%A1lisis_y_Evaluaci%C3%B3n_de_la_Ruta_Crítica_en_Mujeres_Afectadas_por_Violencia_en_la_Relaci%C3%B3n_de_Pareja.

SERNAMEG. (2020). Femicidios. Santiago, Chile: Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género. Recuperado de https://www.sernameg.gob.cl/?page_id=27084.

Serrano, C. (2012). *Un estudio sobre los efectos de la violencia de género en el desarrollo psíquico de las mujeres* (Tesis Doctoral). Universidad de Deusto, Bilbao. Recuperado de: <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=T9cJ2V1fyDI%3D>.

Sierra, J., Ortega, V. & Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal Estar e Subjetividade*, 3(1), 10-59. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002&lng=pt&tlng=es.

- Sierra, J., Monge, F., Bermúdez, M., Buela-Casal, G. & Salinas, J. (2013). Variables asociadas a la experiencia de abuso en la pareja y su denuncia en una muestra de mujeres. *Universitas Psychologica*, 13(1), 37-46. Recuperado de <https://search-proquestcom.atalca.idm.oclc.org/docview/1771627641/abstract/3C8856F3B78148B1PQ/1?accountid=14675>.
- Smith, K., Smith, P., Violanti, J., Bartone, P. & Homish, G. (2015). Posttraumatic Stress Disorder Symptom Clusters and Perpetration of Intimate Partner Violence: Findings From a U.S. Nationally Representative Sample. *Journal of Traumatic Stress*, 28(5), 469-474. Recuperado de <https://onlinelibrary-wiley-com.atalca.idm.oclc.org/doi/full/10.1002/jts.22048>
- Soler, E., Barreto, P. & González, R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema*, 17(2), 267-274.
- Spielberger, C. (1966). Theory and Research on Anxiety. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior*. (p.3-20). New York: Academic Press.
- Spielberger, C. (2007). La naturaleza de la ansiedad y su medida de investigación transcultural. *Revista de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, 9(1), 83-96.
- Stevens, N., Gerhart, J., Goldsmith, R., Heath, N., Chesney, S. & Hobfoll, S. (2013). Emotion regulation difficulties, low social support, and interpersonal violence mediate the link between childhood abuse and posttraumatic stress symptoms. *Behavior therapy*, 44(1), 152-161.
- Straus, H., Cerulli, C., McNutt, L., Rhodes, K., Conner, K., Kemball, R. & Houry, D. (2009). Intimate partner violence and functional health status: associations with severity, danger, and self-advocacy behaviors. *Journal of Women's Health*, 18(5), 625-631.

- Taverniers, K. (2007). *Abuso emocional en parejas heterosexuales y su relación con los discursos dominantes en la cultura* (Tesis de pregrado). Universidad del Salvador, Argentina. Recuperado de <https://racimo.usal.edu.ar/798/1/Taverniers.pdf>.
- Tejeda, M., Robles, R., González-Forteza, C. & Palos, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud mental*, 35(6), 521-526.
- Tull, M., Stipelman, B., Salters-Pedneault, K. & Gratz, K. (2009). An examination of recent non-clinical panic attacks, panic disorder, anxiety sensitivity, and emotion regulation difficulties in the prediction of generalized anxiety disorder in an analogue sample. *Journal of Anxiety Disorders*, 23(2), 275-282.
- Unicef. (2000). *Maltrato Infantil en Chile*. Santiago, Chile. Recuperado de https://www.unicef.cl/archivos_documento/18/Cartilla%20Maltrato%20infantil.pdf.
- Valdivia, M. & González, L. (2014). Violencia en el noviazgo y pololeo: una actualización proyectada hacia la adolescencia. *Revista de Psicología*, 32(2). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3378/337832618006.pdf>.
- Vicente, B., Saldivia, S. & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica*, 22(1), 51-61. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2016000100006>.
- Weiss, N., Darosh, A., Contractor, A., Forkus, S., Dixon-Gordon, K. & Sullivan, T. (2018). Heterogeneity in emotion regulation difficulties among women victims of domestic violence: A latent profile analysis. *Journal of affective disorders*, 239, 192-200.
- Wolff, S., Holl, J., Stopsack, M., Arens, E., Höcker, A., Staben, K., Hiller, P., Klein, M., Schäfer, I. & Barnow, S. (2016). Does Emotion Dysregulation Mediate the

Relationship between Early Maltreatment and Later Substance Dependence? Findings of the CANSAS Study. *European Addiction Research*, 22, 292- 300. Recuperado de <https://www.karger.com/Article/Pdf/447397>.

Woods, A., Page, G., O'Campo, P., Pugh, L., Ford, D. & Campbell, J. (2005). El efecto de la mediación de los síntomas del trastorno de estrés postraumático en la relación de la violencia de pareja íntima y los niveles de IFN- γ . *American Journal of Community Psychology*, 36 (1-2), 159-175.

Yugueros, A. (2014). La violencia contra las mujeres: conceptos y causas. *Barataria*, (18), 147-159. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/3221/322132553010.pdf>.

7. ANEXOS

Anexo N°1

Tabla 1

Estadísticos descriptivos de datos sociodemográficos

Variable/ Categoría	Media	Mediana	Desv. Típica	Mínimo	Máximo
Edad	28,3	25,0	10,2	20,0	65,0
Nivel de escolaridad	4,6	5,0	1,4	1,0	6,0
Ingreso familiar	2,0	2,0	0,9	0,0	3,0
Hijos	1,5	2,0	0,5	1,0	2,0
¿Cuántos hijos?	1,1	0,0	1,4	0,0	4,0
Situación laboral	1,5	2,0	0,5	0,0	2,0
Trastorno psicológico	1,6	2,0	0,5	0,0	2,0
Atención psicológica	1,6	2,0	0,5	0,0	2,0
Definición de relación	5,1	5,0	1,4	0,0	8,0

Anexo N°2

Tabla 2

Estadísticos descriptivos para prevalencia y frecuencia de maltrato psicológico

	Categoría	Media	Mediana	Desv. Típica	Mínimo	Máximo
Prevalencia	Maltrato Psicológico	2,6	2,0	1,3	1,0	5,0
	Maltrato Psicológico Menor	2,4	2,0	1,2	1,0	4,0
	Maltrato Psicológico Severo	0,3	0,0	0,5	0,0	1,0
Frecuencia	Maltrato Psicológico	14,6	9,0	15,3	1,0	56,0
	Maltrato Psicológico Menor	13,2	8,0	13,5	1,0	50,0
	Maltrato Psicológico Severo	1,4	0,0	3,5	0,0	15,0

Anexo N°3

Tabla 3

Estadísticos descriptivos para prevalencia y frecuencia de maltrato físico

	Categoría	Media	Mediana	Desv. Típica	Mínimo	Máximo
Prevalencia	Maltrato Físico	1,8	0,0	2,8	0,0	11,0
	Maltrato Físico Menor	1,3	0,0	1,7	0,0	5,0
	Maltrato Físico Severo	0,6	0,0	1,4	0,0	6,0
Frecuencia	Maltrato Físico	11,2	0,0	30,6	0,0	179,0
	Maltrato Físico Menor	7,0	0,0	18,6	0,0	100,0
	Maltrato Físico Severo	4,1	0,0	14,0	0,0	79,0

Anexo N°4

Tabla 4

Estadísticos descriptivos de variable Ansiedad

Categoría	Media	Mediana	Desv. Típica	Mínimo	Máximo
Ansiedad Estado	15,9	16,0	8,8	0,0	37,0
Ansiedad Rasgo	21,5	20,0	10,4	0,0	42,0

Anexo N°5

Tabla 5

Correlaciones ansiedad Estado- Rasgo y maltrato psicológico y físico

	Categoría	Ansiedad Estado	sig	Ansiedad Rasgo	sig
Prevalencia	Maltrato psicológico	0,344	0,085	-0,028	0,891
	Maltrato psicológico menor	0,276	0,173	-0,178	0,385
	Maltrato psicológico severo	0,301	0,135	0,374	0,060
Frecuencia	Maltrato psicológico	0,264	0,193	-0,006	0,977
	Maltrato psicológico menor	0,255	0,209	-0,011	0,956
	Maltrato psicológico severo	0,171	0,403	0,018	0,932
Prevalencia	Maltrato físico	-0,138	0,340	-0,119	0,411
	Maltrato físico menor	-0,041	0,776	-0,079	0,584
	Maltrato físico severo	-0,223	0,119	-0,141	0,330
Frecuencia	Maltrato físico	0,017	0,909	-0,021	0,885
	Maltrato físico menor	0,108	0,457	-0,020	0,893
	Maltrato físico severo	-0,107	0,460	-0,020	0,891

Anexo N°6

Tabla 7

Estadísticos descriptivos de variable Regulación Emocional

Categoría	Media	Mediana	Desv. Típica	Mínimo	Máximo
Rechazo	18,6	19,0	8,3	0,0	34
Descontrol	11,1	10,5	5,6	0,0	25
Confusión	9,7	9,0	3,7	0,0	17
Interferencia	9,6	9,6	3,5	0,0	15
Desatención	9,6	9,6	4,2	0,0	18

Anexo N°7

Tabla 9

Estadísticos descriptivos de variable de estrés post-traumático

Categoría	Media	Mediana	Desv. Típica	Mínimo	Máximo
Frecuencia	19,3	11,0	18,4	0,0	64,0
Intensidad	24,4	20,5	22,0	0,0	72,0

Anexo N°10 Consentimiento informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en un estudio **para el proyecto de memoria y optar al grado de Psicología en la Universidad De Talca**. A continuación, le explicamos en forma resumida en qué consiste su participación.

El principal objetivo es describir y asociar los niveles de ansiedad y de regulación emocional con los diferentes tipos de maltrato, en mujeres universitarias víctimas de violencia en su relación de pareja en la región del Maule. **Su** participación no debiera tomar más de **30 minutos** en total. Mediante esta participación, **NO** existe un beneficio directo a Ud. y esta no debiera producir ninguna incomodidad.

En caso contrario (p.e. aparición de recuerdo de eventos desagradables, interacción inadecuada entre monitores y participante, desborde emocional) el proceso será detenido y Ud. podrá solicitar apoyo al profesor responsable del proyecto.

Al respecto, expongo que:

He sido informado/a sobre la actividad a desarrollar y las eventuales molestias, incomodidades y ocasionales riesgos que la realización del procedimiento implica, previamente a su aplicación y con la descripción necesaria para conocerlas en un nivel suficiente. En este caso, al ejecutarse una práctica es probable que no existan molestias asociadas. Sin embargo, de producirse, podrá dejar de participar inmediatamente y solicitar ayuda posterior.

He sido también informado/a en forma previa a la aplicación, que los procedimientos no implican un costo que yo deba asumir. Mi participación en el procedimiento no involucra un costo económico alguno que yo deba solventar. Cabe señalar que el costo en que incurren los encargados del estudio con respecto de los insumos necesarios para realizar la práctica no forma parte de mi participación.

Junto a ello he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan.

Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad.

Sé que la decisión de participar en esta actividad, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella o, una vez iniciada, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicará ninguna consecuencia para mí.

Adicionalmente, la profesora responsable Johanna Kreither ha manifestado su voluntad en orden a aclarar cualquier duda que me surja sobre mi participación en la actividad realizada.

Para ello, se entregan los siguientes correos pertenecientes a los encargados de la actividad, nicolasfalcon96@gmail.com y javierachavezmunoz@gmail.com.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente.

Yo, (nombre completo), Cédula de identidad N°..... o pasaporte mayor de edad, con domicilio en, Consiento en participar en el **proyecto de tesis**. Asimismo, autorizo a Javiera Chávez y Nicolás Falcón para realizar el/los procedimiento/s requerido/s por el proyecto descrito.

Por lo tanto, declaro que (marcar con una X según corresponda):

Accedo a participar en Inventario Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) Sí No

Accedo a participar en la Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E) Sí No

Accedo a participar en la Escala de Trauma de Davidson (ETD) Sí No

Accedo a participar en la Escala Tácticas de Conflictos CTS-2 Sí No

Fecha:/...../.....

Firma del participante:

N° folio:

Cuadernillo De Aplicación Forma A

El siguiente estudio tiene como objetivo conocer sobre los niveles de ansiedad y estrategias regulación emocional en mujeres en relación de pareja, por eso nos gustaría conocer tus experiencias en cuanto a la temática, por lo que solicitaremos completar los datos requeridos a continuación, **RECUERDA** toda información entregada es de carácter **CONFIDENCIAL** y **ANÓNIMA**.

I. Datos sociodemográficos

- **Edad:**
- **Género:**
- **Carrera que está cursando:**
- **Año de ingreso:**
- **Ciudad en la que creció:**
- **Nacionalidad:**
- **Ingreso familiar:**
- **Hijos Si ___ No ___ ¿Cuántos? _____**
- **Situación Laboral:**
- **¿Está saliendo con alguien? Si _____ No _____**
- **Desde hace cuanto tiempo:**
- **(En caso de responder NO) ¿Hace cuánto tiempo fue tu última relación?:**
- **Durante el último tiempo ha vivido algún trastorno psicológico o psiquiátrico mayor Si ___ No ___**
- **Durante el último tiempo ha recibido atención psicológica o psiquiátrica Si ___ No ___**

¿Cómo definirías tu relación? (en caso de que hayas marcado No, responde en base a tu última relación) Marca con una X lo que más se asemeje a su realidad.

Categoría	Definición	Respuesta
Pinchar	Atracción mutua, vale decir tener onda con alguien.	
Tirar	Tener relaciones sexuales sin algún tipo de relación	
Andar	Relación previa al pololeo, donde se prueba si funcionara o no	
Amigo con ventaja	Entre ellos pueden besarse, andar de la mano, pero para el resto se comportan como amigos.	
Pololear	Relación estable y formal.	
Noviazgo	Relación previa al matrimonio.	

Escala de Dificultades de Regulación Emocional (DERS-E)

A continuación se presenta una serie de afirmaciones en las cuales usted deberá marcar con una X que tanto se siente representado por el enunciado, en donde 1 es nunca y 5 es siempre.

Nº	Afirmación	1	2	3	4	5
1	Percibo con claridad mis sentimientos	1	2	3	4	5
2	Presto atención a cómo me siento	1	2	3	4	5
3	Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control	1	2	3	4	5
4	No tengo ni idea de cómo me siento	1	2	3	4	5
5	Tengo dificultades para comprender mis sentimientos	1	2	3	4	5
6	Estoy atento/a a mis sentimientos	1	2	3	4	5
7	Doy importancia a lo que estoy sintiendo	1	2	3	4	5
8	Estoy confuso/a sobre lo que siento	1	2	3	4	5
9	Cuando me encuentro mal, reconozco mis emociones	1	2	3	4	5
10	Cuando me encuentro mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
11	Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
12	Cuando me siento mal, tengo dificultades para completar trabajos	1	2	3	4	5
13	Cuando me encuentro mal, pierdo el control	1	2	3	4	5
14	Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas	1	2	3	4	5
15	Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control	1	2	3	4	5
16	Marque el número 3 si usted leyó este enunciado	1	2	3	4	5

16	Cuando me encuentro mal, me siento avergonzado/a conmigo mismo/a por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
17	Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil	1	2	3	4	5
18	Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
19	Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para concentrarme	1	2	3	4	5
20	Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento	1	2	3	4	5
21	Cuando me encuentro mal, me irritó conmigo mismo/a por sentirme de esa manera	1	2	3	4	5
22	Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mi mismo/a	1	2	3	4	5
23	Cuando me encuentro mal, pierdo el control sobre mi comportamiento	1	2	3	4	5
24	Cuando me encuentro mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa	1	2	3	4	5
25	Cuando me encuentro mal, mis emociones parecen desbordarse	1	2	3	4	5

Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

A continuación encontrará una serie de frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo o una a sí misma, lea cada frase y marque con una X la alternativa que indique mejor cómo se **siente usted ahora mismo, en este momento**.

Las opciones de respuestas están graduadas desde 1 a 5, donde 1 significa “nada” y 5 “mucho”. Por ejemplo: Hoy me siento cansado. Si usted marca la alternativa “4”, significa “bastante”.

Nada	Algo	Indiferente	Bastante	Mucho
1	2	3	X	5

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

Escala	1	2	3	4	5
1. En este momento me siento calmada.	1	2	3	4	5
2. Ahora siento que mi cuerpo está tensa.	1	2	3	4	5
3. Actualmente siento el control de la situación.	1	2	3	4	5
4. En este momento estoy inquieta.	1	2	3	4	5
5. Ahora siento el pecho oprimido.	1	2	3	4	5
6. Hoy día me es fácil concentrarme.	1	2	3	4	5
7. En este momento me siento alterada.	1	2	3	4	5
8. Ahora estoy preocupada por situaciones o acontecimientos que se aproximan.	1	2	3	4	5
9. A pesar de las dificultades de la vida ahora estoy tranquila.	1	2	3	4	5
10. En esta circunstancia me sudan las manos.	1	2	3	4	5

11. Ahora estoy angustiada.	1	2	3	4	5
12. En este momento me siento bien.	1	2	3	4	5
13. Ahora me siento nerviosa.	1	2	3	4	5
14. Actualmente siento malestar estomacal.	1	2	3	4	5
15. Hoy no tengo preocupaciones.	1	2	3	4	5
16. Ahora me siento presionada a realizar la actividad.	1	2	3	4	5
17. Hoy siento reseca la garganta.	1	2	3	4	5
18. En esta situación me siento cómoda.	1	2	3	4	5
19. Ahora me siento desconcertada.	1	2	3	4	5
20. Hoy me siento relajada.	1	2	3	4	5
21. En este momento siento que mi corazón late más rápido de lo habitual.	1	2	3	4	5

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo o una a sí misma.

Lea cada frase y marque con una X la alternativa que indique mejor cómo se **siente usted en general, en la mayoría de las ocasiones.**

Las opciones de respuesta están graduadas de 1 a 5 en donde 1 significa “Muy en desacuerdo” y 5 “Muy de acuerdo”. Por ejemplo: Me caracterizo por ser una persona responsable. Si usted marca la alternativa “5” significa “Muy de acuerdo”.

Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo, ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1	2	3	4	X

No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación.

	1	2	3	4	5
1. Frecuentemente veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	1	2	3	4	5
2. Es característica en mí, preocuparme demasiado por cosas sin importancia.	1	2	3	4	5
3. Generalmente en situaciones sociales me siento seguro/a.	1	2	3	4	5
4. Frecuentemente cuando tengo que hablar en público me ruborizo.	1	2	3	4	5
5. Constantemente me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	1	2	3	4	5
6. Siempre siento que tengo el control sobre mi vida.	1	2	3	4	5
7. Generalmente cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones de mi vida me pongo tensa y agitada.	1	2	3	4	5

8. Frecuentemente al enfrentar situaciones nuevas mi corazón late más rápido de lo habitual.	1	2	3	4	5
9. Generalmente no percibo situaciones como amenazantes.	1	2	3	4	5
10. Frecuentemente me siento nervioso por mis obligaciones.	1	2	3	4	5
11. Usualmente me siento intranquila la mayor parte del día.	1	2	3	4	5
12. Habitualmente enfrento las situaciones nuevas con tranquilidad.	1	2	3	4	5
13. Frecuentemente me preocupo excesivamente por acontecimientos de la vida cotidiana.	1	2	3	4	5
14. Comúnmente confío en mis capacidades para resolver satisfactoriamente mis problemas.	1	2	3	4	5
15. Frecuentemente antes de salir a estudiar o trabajar siento malestar estomacal.	1	2	3	4	5
16. Generalmente me siento inseguro al hablar con mis compañeros	1	2	3	4	5
17. Marque el número 3 si leyó esta pregunta	1	2	3	4	5
18. Habitualmente soy capaz de relajarme en situaciones en donde el resto se encuentra tenso.	1	2	3	4	5
19. Constantemente encuentro dificultades para sentirme tranquilo.	1	2	3	4	5
20. Me caracterizo por tomar decisiones fácilmente.	1	2	3	4	5
21. Frecuentemente me sudan las manos al enfrentar situaciones públicas.	1	2	3	4	5

Escala Tácticas de Conflictos CTS-2

A continuación se presentan diferentes afirmaciones en donde No importa lo bien que se lleve una pareja, hay momentos en que discuten, se sienten molestos con la otra persona, quieren cosas diferentes, o simplemente tienen riñas o peleas porque están de mal humor, cansados o por alguna otra razón. Las parejas también tienen muchas maneras diferentes de resolver sus diferencias. Esta es una lista de cosas que pueden ocurrir cuando tienen diferencias.

Marque con una X según corresponda a **cuántas veces hiciste tú cada una de estas cosas durante el último año (si no llevas un año, en el último mes o semana) que estuviste junto a tu pareja, y cuántas veces las hizo tu pareja. Si nunca ha pasado, encierra en un círculo el "0". Si tú o tu pareja no han hecho ninguna de estas cosas durante ese período, pero han sucedido antes, encierra el "7".**

1= Ocurrió una vez.	2= Ocurrió dos veces.	3= Ocurrió entre tres y cinco veces.	4= Ocurrió de seis a diez veces.
5= Ocurrió de once a veinte veces	6= Ocurrió más de 20 veces	7= Nunca el último año de relación, pero sí antes.	0= Nunca ha ocurrido.

Enunciado	1	2	3	4	5	6	7	0
1. Mostré a mi pareja que me preocupaba por ella incluso cuando no estábamos de acuerdo.								
2. Mi pareja me mostró que se preocupaba por mí incluso cuando no estábamos de acuerdo.								
3. Expliqué mi opinión a cerca de un desacuerdo a mi pareja.								
4. Mi pareja me explicó su opinión en un desacuerdo.								
5. Insulté o maldije a mi pareja.								
6. Mi pareja me hizo esto a mí.								
7. Tiré algo a mi pareja que le pudo hacer daño.								
8. Mi pareja me hizo esto a mí.								
9. Le retorcí el brazo o tiré del pelo a mi pareja.								
10. Mi pareja me hizo esto a mí.								

11. Tuve un esguince, moretón, o pequeño corte a causa de una pelea con mi pareja.								
12. Mi pareja tuvo un esguince, moratón o pequeño corte a causa de una pelea conmigo.								
13. Mostré respeto por los sentimientos de mi pareja ante un tema.								
14. Mi pareja mostró respeto por mis sentimientos ante un tema.								
15. Obligué a mi pareja a mantener relaciones sexuales sin condón.								
16. Mi pareja me hizo esto a mí.								
17. Empujé a mi pareja.								
18. Mi pareja me hizo esto a mí.								
19. Usé la fuerza (golpear, inmovilizar o usar un arma) para obligar a mi pareja a practicar sexo oral o anal conmigo.								
20. Mi pareja me hizo esto a mí.								
21. He usado un cuchillo o pistola contra mi pareja.								
22. Mi pareja me hizo esto a mí.								
23. Perdí el conocimiento por un golpe en la cabeza en una pelea con mi pareja.								
24. Mi pareja perdió el conocimiento por un golpe en la cabeza en una pelea conmigo.								
25. Llamé gordo/a o feo/a a mi pareja.								
26. Mi pareja me llamó gordo/a o feo/a.								
27. Golpeé a mi pareja con algo que pudo hacerle daño.								
28. Mi pareja me hizo esto a mí.								
29. Destrocé algo que pertenecía a mi pareja.								
30. Mi pareja me hizo esto a mí.								
31. Fui a un médico a causa de una pelea con mi pareja.								
32. Mi pareja fue a un médico a causa de una pelea conmigo.								

33. Estrangulé (agarré por el cuello) a mi pareja.								
34. Mi pareja me hizo esto a mí.								
35. Grité a mi pareja.								
36. Mi pareja me hizo esto a mí.								
37. Empujé a mi pareja contra una pared.								
38. Mi pareja me hizo esto a mí.								
39. Dije que estaba seguro de que podíamos solucionar el problema.								
40. Mi pareja fue quien propuso esto.								
41. Necesité visitar al médico a causa de una pelea con mi pareja, pero no lo hice.								
42. Mi pareja necesitó visitar a un médico a causa de una pelea conmigo, pero no lo hizo.								
43. Le di una paliza a mi pareja.								
44. Mi pareja me hizo esto a mí.								
45. Agarré a mi pareja.								
46. Mi pareja me hizo esto a mí.								
47. Usé la fuerza (como golpear, inmovilizar o usar un arma) para hacer que mi pareja practicara sexo conmigo.								
48. Mi pareja me hizo esto a mí.								
49. Salí dando un portazo a la puerta durante una discusión.								
50. Mi pareja hizo esto.								
51. Insistí en practicar sexo cuando mi pareja no quería (pero no usé la fuerza física).								
52. Mi pareja me hizo esto a mí.								
53. Abofeteé a mi pareja.								
54. Mi pareja me hizo esto a mí.								
55. Me rompí un hueso en una pelea con mi pareja.								
56. Mi pareja se rompió un hueso en una pelea conmigo.								

57. Utilicé amenazas para obligar a mi pareja a practicar sexo oral o anal conmigo.								
58. Mi pareja me hizo esto a mí.								
59. Sugerí un acuerdo sobre una discusión.								
60. Mi pareja sugirió un acuerdo sobre una discusión.								
61. Le hice una quemadura a mi pareja a propósito.								
62. Mi pareja me hizo esto a mí.								
63. Insistí a mi pareja para practicar sexo oral o anal, pero no usé la fuerza física.								
64. Mi pareja me hizo esto a mí.								
65. Acusé a mi pareja de ser un/a mal/a amante.								
66. Mi pareja me acusó de esto a mí.								
67. Hice algo para enojar a mi pareja.								
68. Mi pareja me hizo esto a mí.								
69. Amenacé con golpear o arrojar algo a mi pareja.								
70. Mi pareja me hizo esto a mí.								
71. Sentí dolor físico que duró hasta el día siguiente a causa de una pelea con mi pareja.								
72. Mi pareja aún sintió dolor físico el día siguiente a causa de una pelea conmigo.								
73. Le di una patada a mi pareja.								
74. Mi pareja me hizo esto a mí.								
75. Usé amenazas para obligar a mi pareja a practicar sexo.								
76. Mi pareja me hizo esto a mí.								
77. Estuve de acuerdo en intentar una solución que mi pareja sugirió a una discusión.								
78. Mi pareja estuvo de acuerdo en intentar una solución que yo sugerí.								

DAVIDSON TRAUMA SCALE VALIDADA EN CHILE (DTS-CL)

Después de (evento) usted pudo haber tenido sensaciones, pensamientos o conductas inusuales incluso hasta estos días. A continuación se presentan algunas frases relativas a estas experiencias. Por favor, **evalúe cada una de las frases (Ítem) según la cantidad de veces que le ha sucedido (Frecuencia) y la magnitud o gravedad (Intensidad) con que las ha experimentado durante el último mes.** Marque con una **X** al lado de cada pregunta un número del **0** al **4**, para indicar la **frecuencia** y la **gravedad**, según la siguiente escala:

Frecuencia: 0= nunca 1= a veces 2= 2-3 veces 3= 4-6 veces 4= a diario

Gravedad: 0= nada 1= leve 2= moderada 3= marcada 4= extrema

Items	Frecuencia	Intensidad
1. He tenido alguna vez imágenes, recuerdos o pensamientos dolorosos del acontecimiento.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
2. He tenido alguna vez pesadillas sobre el acontecimiento.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
3. He sentido que el acontecimiento estaba ocurriendo de nuevo, como si lo estuviera reviviendo.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
4. Hay cosas que me lo han hecho recordar.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
5. He tenido sensaciones físicas por recuerdos del acontecimiento (transpiración, temblores, palpitaciones, mareos, náuseas o diarrea).	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
6. He estado evitando pensamientos o sentimientos sobre el acontecimiento.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
7. He estado evitando hacer cosas o estar en situaciones que me recordaran el acontecimiento.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
8. He sido incapaz de recordar partes importantes del acontecimiento.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
9. He tenido dificultad para disfrutar de las cosas.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
10. Me he sentido distante o alejada de la gente.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
11. He sido incapaz de tener sentimientos de tristeza o de afecto.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
12. He tenido dificultad para imaginar una vida larga y cumplir mis objetivos.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
13. He tenido dificultad para iniciar o mantener el sueño.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
14. He estado irritable o he tenido accesos de ira.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
15. He tenido dificultades para concentrarme.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
16. Me he sentido nerviosa, fácilmente distraída o como “en guardia”.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4
17. He estado nerviosa o me he asustado fácilmente.	0 1 2 3 4	0 1 2 3 4

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN