

PROTOCOLO DE SCREENING DE HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Sarai Mata Gil

Profesora Universidad de Extremadura. saraimata@unex.es

Antonio Sánchez Cabaco

Catedrático, Universidad Pontificia de Salamanca . asanchezca@upsa.es

Luz María Fernández Mateos

Profesora Encargada de Cátedra, Universidad Pontificia de Salamanca. lmfernandezma@upsa.es

Sonia González Díez

Profesora Encargada de Cátedra, Universidad Pontificia de Salamanca. sgonzalezdi@upsa.es

Mª Cruz Pérez Lancho

Profesora Encargada de Cátedra, Universidad Pontificia de Salamanca. mcpezrela@upsa

<http://dx.doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v2.431>

Fecha de Recepción: 10 Febrero 2014

Fecha de Admisión: 30 Marzo 2014

ABSTRACT

This research faces the gender violence from a cognitive perspective and within the context of emotional hypervigilance specifically. The main objective of this research consists on designing a screening to detect Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) protocol in victims of gender violence (domestic), based on the Emotional Stroop. Moreover, from this perspective, we have analyzed variables directly related to the gender violence (domestic) crime, such as Posttraumatic Stress Disorder. In this study we show the effectiveness and significance of this test as a detector of PTSD in victims of gender violence (domestic).

Keywords: Emotional Stroop, Posttraumatic Stress Disorder (PTSD), Gender Violence (domestic), abuse.

RESUMEN

Esta investigación se sumerge dentro de la violencia de género desde una perspectiva cognitiva y en concreto, desde el contexto de la hipervigilancia emocional. El objetivo fundamental de la presente investigación es el diseño de un protocolo de screening para detectar el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT) en víctimas de violencia de género (doméstica), basado en el Stroop emocional. Además, desde esta perspectiva se han analizado las variables relacionadas directamente con este delito de violencia de género (doméstica) como son el Trastorno de Estrés Posttraumático

PROTOCOLO DE SCREENING DE HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

(TEPT). En el presente estudio presentamos la efectividad y significación de esta prueba como detector del TEPT en víctimas de violencia de género (doméstica).

Palabras Clave: Stroop Emocional, Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT), Violencia de género (doméstica), Maltrato.

La violencia de género genera anualmente un alarmante número de víctimas a nivel nacional y mundial (sin contar con las estimaciones de los hechos no denunciados ni evidenciados). Violencia doméstica es toda aquella conducta abusiva que incluye maltrato físico, psicológico y/o sexual, llevadas a cabo por una persona en una relación íntima contra otra (Labrador, 2004). Estudios clínicos realizados sobre las víctimas de violencia doméstica afirman que el maltrato psíquico produce consecuencias tan graves como el físico (Sarasua y Zubizarreta, 2000).

La característica principal del maltrato es la cronicidad o sucesión de hechos que pueden ocurrir con frecuencia variable, con una progresión en forma de ciclo o cadena, aumentando en frecuencia, intensidad y gravedad a lo largo de los años, aunque a veces existan períodos de exacerbación-remisión. El ambiente familiar es el escenario más frecuente, pero no el único ya que puede iniciarse en el noviazgo y no termina al acabar el matrimonio ni desaparece en el contexto doméstico (Sepúlveda García de la Torre, 2000).

El Trastorno por estrés posttraumático es una de las lesiones psíquicas más importantes y más frecuentes en mujeres víctimas de malos tratos (Villavicencio, 1996), este trastorno engloba un conjunto de síntomas de ansiedad en donde la persona se ve envuelta en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física (DSM-IV, 2000). En ocasiones, esos trastornos o variables condicionantes terminan por desarrollar en la persona un trastorno de estrés posttraumático (TEPT), lo que hace más lamentable la situación teniendo en cuenta que la víctima se encuentra obligada a percibir una situación de alerta constante y prolongada, haciéndola incluso reaccionar de forma exagerada a estímulos neutros, sintiéndose en un ambiente hostil y con una sensibilidad especial ante conductas y actitudes que ha aprendido a interpretar como peligrosas para su integridad, de manera que una vez apartada de su situación de violencia sigue viviendo como si aún se mantuviese. Esa situación de alerta es la hipervigilancia emocional, y es criterio diagnóstico para el TEPT. Hasta ahora el TEPT en España se ha diagnosticado siguiendo diferentes modelos de evaluación en donde no se contempla el criterio de hipervigilancia emocional desde el plano cognitivo, sino desde el aumento de la activación (arousal); para poder evaluarla se usa el inventario denominado tarea Stroop (Stroop, 1935). La evaluación mediante cuestionarios/escalas se encuentra con el inconveniente de que el sujeto puede manipular la prueba tanto en cuanto si no desea hacer evidente un síntoma, solamente con negar la respuesta o adaptarse a las expectativas deseadas del evaluador o de él mismo, se lograría alterar el resultado objetivo, sin embargo, la ventaja que obtenemos con la tarea Stroop Emocional es que no se puede realizar un control voluntario del mecanismo y evitar la interferencia.

Las alteraciones cognitivas pueden evaluarse mediante tareas que exigen la puesta en marcha de mecanismos atencionales selectivos capaces de detectar modificaciones en el procesamiento a causa del significado emocional que poseen los estímulos presentados durante la evaluación (Cabaco, Crespo, Capataz, Fernández-Rivas y Cabestrero, 2004; Cabaco, González, Capataz y Tifner, 2002; Lattimore, Thompson y Halford, 2000), de esta manera, la violencia de género causaría perturbaciones cognitivas de forma que se generarían sentimientos y conductas activadoras que a través de la tarea Stroop se evidenciarán mediante la interferencia o hipervigilancia emocional.

La importancia de la selección y el control de los estímulos es lo que fundamenta la elaboración del protocolo Stroop Emocional con la incuestionable relación entre mecanismos atencionales

y emocionales (Fernández y Cabaco, 2009; Lancho y Cabaco, 2009;González, Cabaco y Lancho, 2010).

En el efecto Stroop se evalúa la *interferencia cognitiva*, a través de la cual se puede analizar tanto la capacidad del sujeto para clasificar información de su entorno como la capacidad de reaccionar selectivamente ante la misma. En el análisis de estas dos capacidades la tarea Stroop se convierte en una herramienta específica para la medición de dimensiones relacionadas con la flexibilidad cognitiva, la resistencia a la interferencia procedente de los estímulos, la creatividad, la patología y la complejidad cognitiva (Golden, 1994).

En relación al uso de la tarea Stroop emocional para el diagnóstico de TEPT se encuentran muy pocas investigaciones al respecto, sin embargo, las existentes son significativamente reveladoras, como la desarrollada con 22 pacientes con TEPT, 21 con trauma pero sin TEPT y 20 individuos sanos control en la que se constató un incremento en el efecto Stroop emocional con los estímulos negativos (palabras asociadas al tipo de trauma que desencadenó el TEPT) (Vythilingam, Blair, Mccaffrey, Scaramozza, Jones, Nakic, Mondillo, Hadd, Bonne, Mitchell, Pine, Charney y Blair, 2007). No obstante, al tratar de localizar investigaciones referentes a un TEPT asociado a un trauma derivado de una situación de violencia de género, nos encontramos con aún menos trabajos, como el llevado a cabo para detectar de manera eficaz la hipervigilancia ante situaciones de vergüenza de sí mismas de mujeres que presentan trastorno de estrés postraumático motivado por violencia de género, en el que se ha llegado a modificar con éxito la tarea Stroop emocional con palabras relativas a la vergüenza, y palabras neutras al respecto (Sippel y Marshall, 2011). Posiblemente, la escasa existencia de trabajos que describan el uso de la tarea Stroop emocional para la evaluación del TEPT encuentre su explicación en la dificultad que algunos investigadores exponen que existe al realizar una adecuada selección de las palabras que van a constituir el estímulo en la tarea (Paunovi, Lundh y Öst, 2002).

OBJETIVO

El objetivo propuesto para la presente investigación es detectar el fenómeno de hipervigilancia emocional en el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género mediante la herramienta Stroop emocional

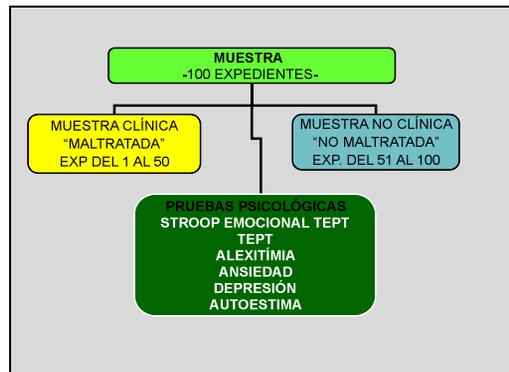
MATERIAL Y MÉTODO

MUESTRA CLÍNICA

La presente investigación consta de una muestra de 100 sujetos de las que el 100% eran mujeres (**ver Figura 1**).

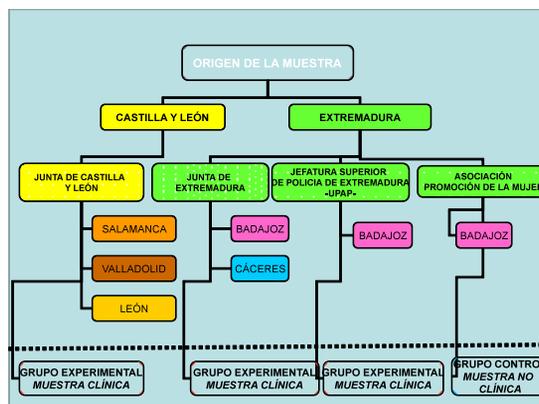
PROTOCOLO DE SCREENING DE HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

FIGURA 1.
Muestra



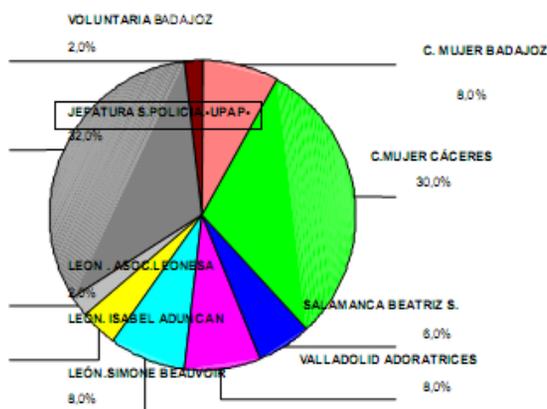
En cuanto al *Organismo receptor* en donde se ubicaban las víctimas de violencia de género y las mujeres “normalizadas” de la presente investigación, cabe destacar que de las 50 mujeres (50%) pertenecientes a **muestra clínica (Grupo Experimental)** “mujeres voluntarias víctimas de violencia de género” (con requisito indispensable de denuncia judicial a su compañero), ubicadas en las casas de acogida de la Junta de Castilla y León fueron un 14% (14 mujeres) de la muestra total, un 19% (19 mujeres) en la Junta de Extremadura, un 16% (16 mujeres) pertenecían a la Unidad de Prevención, Asistencia y Protección de víctimas maltrato de la Jefatura Superior de Policía de Extremadura –UPAP–, junto con 1 mujer voluntaria que presentaba malos tratos, frente al otro 50% (50 mujeres) de la muestra total, denominada **muestra no clínica (Grupo Control)** “mujeres normalizadas” con características similares al grupo experimental, en donde un 34% fueron seleccionadas desde Badajoz, mediante voluntarias de la Asociación de Centros de Cultura y Promoción de la Mujer y finalmente, un 17% (17 mujeres) de la muestra formada por voluntarias en Badajoz, sin ningún organismo oficial de referencia. (ver Figura 2).

FIGURA 2.
Origen de la muestra



Atendiendo a las variables relacionadas con *el Organismo receptor* de la muestra clínica, el **28%** (14 mujeres) pertenecían a casas de acogida de la **Junta de Castilla y León**, siendo el 6% (3 mujeres) en “Asociación Beatriz de Suabia” en Salamanca, el 8% (4 mujeres) en “Las Adoratrices” en Valladolid y un total de un 14% (7 mujeres) en León, siendo específicamente en León en las asociaciones de la “Asociación Simone de Beauvoir” un 8% (4 mujeres), en la “Asociación Isadora Duncan” un 4% (2 mujeres), en la “Asociación Leonesa de la Caridad” un 2% (1 mujer). En relación a la muestra recogida en las **Casas de la Mujer de la Junta de Extremadura y Jefatura Superior de Policía de Extremadura** fue un **72%** (36 mujeres) de la muestra clínica. Por tanto, el 8% (4 mujeres) pertenecían a la “Casa de la Mujer de Badajoz” y el 30% (15 mujeres) a la “Casa de la Mujer de Cáceres”. El **32%** (16 mujeres) de la muestra clínica pertenecía a la **Jefatura Superior de Policía de Extremadura**, la “Unidad de Prevención, Asistencia y Protección contra los malos tratos a la mujer” -UPAP- y el 2% (1 mujer) una mujer voluntaria que presentaba malos tratos en Badajoz (ver **GRÁFICO 1**)

GRÁFICO 1
Distribución en porcentaje de sujetos. Organismos oficiales



El **periodo de violencia** que habían mantenido con sus parejas fue de *años* en el 50% de la muestra clínica y exactamente, la media del tiempo en el que ellas se mantuvieron en esta *situación de violencia* fue de 13.33 años; **el tiempo de relación** con sus parejas fue de *años* en el 50% de la muestra clínica, con una media de 16.80 años.

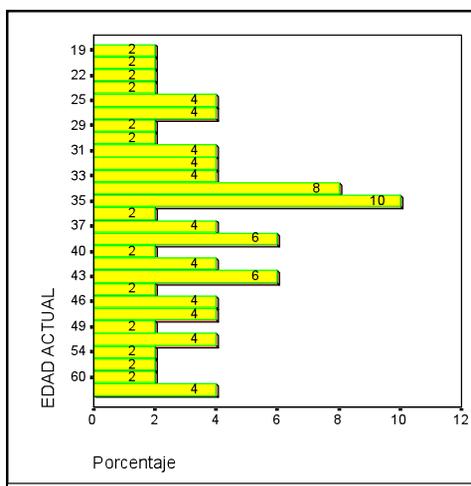
Los Datos personales de la muestra clínica, desde una perspectiva descriptiva atendemos en primer lugar a la **procedencia** de la muestra, en donde un 72% (36 mujeres) su procedencia es rural y un 28% (14 mujeres) su procedencia es urbana. En cuanto a su **nacionalidad** encontramos un 84% (42 mujeres) con nacionalidad española, un 8% (4 mujeres) con nacionalidad latinoamericana y un 8% (4 mujeres) con otras nacionalidades (africana, marroquí, francesa).

En la muestra clínica encontramos que existe una media de 2,18 **hijos** por mujer, lo que viene a significar que existe un 30% (15 mujeres) de mujeres que tienen 2 hijos, un 28% (14 mujeres) que tienen 3 hijos, un 24% (12 mujeres) que tienen 1 hijo, un 4% (2 mujeres) que tiene 5 y 6 hijos y finalmente un 4% (2 mujeres) que tienen 7 hijos..

PROTOCOLO DE SCREENING DE HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La **edad actual** de las mujeres víctimas de violencia de género en el momento de la entrevista y evaluación es de 38.24 años (ver **GRÁFICO 2**)

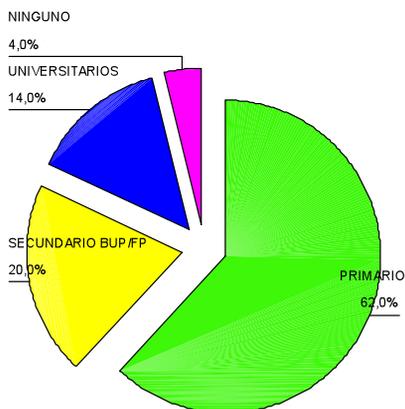
GRÁFICO 2.
Distribución en porcentaje de sujetos
Edad actual



La media de edad de inicio de la mujer al **comenzar la relación** con la pareja con la que sufrió malos es de 20.06 años y la media de **edad en la que comenzó la convivencia** con él es de 21.81 años.

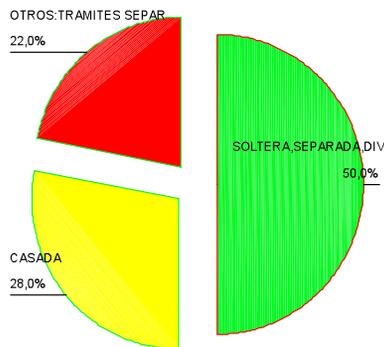
El **nivel de estudios** que presentan las mujeres es que un 62% (31 mujeres) tienen estudios primarios, 20% (10 mujeres) presentan estudios secundarios y un 14% (7 mujeres) tienen estudios universitarios pero existe un 4% (2 mujeres) sin ningún tipo de estudios (ver **GRÁFICO 3**).

GRÁFICO 3
Distribución en porcentaje de sujetos en Nivel de estudios



El **estado civil** de las 50 mujeres era 25 (50%) estaban *soltera, separada, divorciada, viuda o de novia*; 14 mujeres(28%) estaban *casadas* y las otras 11 mujeres (22%) estaban en la categoría de *otros* como por ejemplo en *trámites de separación*. (ver **GRÁFICO 4**).

GRÁFICO 4
Distribución en porcentaje de sujetos en Estado Civil



Dependiendo del **puesto de trabajo** en donde han estado trabajando encontramos un 52% (26 mujeres) que su puesto es dentro de la *hostelería, limpieza y confección*; un 14% (7 mujeres) en *agricultura, fabricas y dedicada a ventas*; el 8% (4 mujeres) como *administrativos, animadoras socioculturales*; 14% (7 mujeres) con *estudios universitarios*; y un 12% (6 mujeres) *amas de casas*. Respecto a la **situación laboral** están en *activo* un 30% (15 mujeres), en *paro o situación de ama de casa* un 54% (27 mujeres) y en situación de *otros*, como *baja laboral, pensionista,...*etc un 16% (8 mujeres) (ver **GRÁFICO 5-6**).

GRÁFICO 5
Distribución en porcentaje de sujetos Puesto de Trabajo

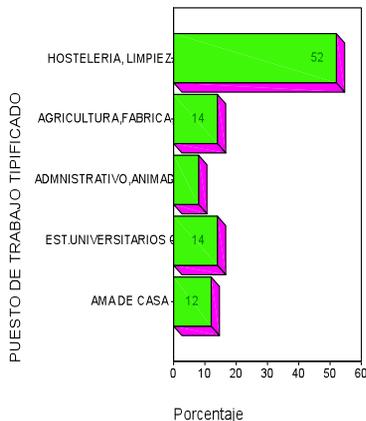
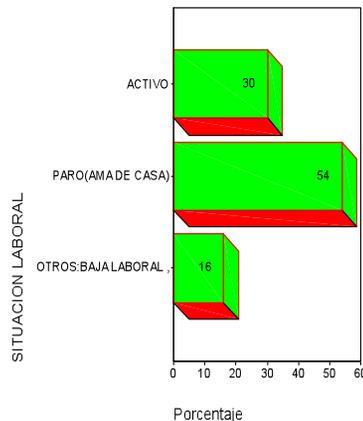


GRÁFICO 6
Distribución en porcentaje de sujetos Situación Laboral

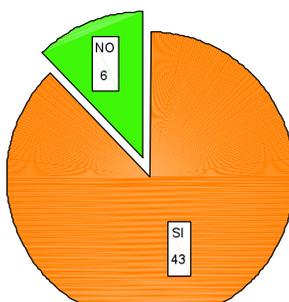


PROTOCOLO DE SCREENING DE HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

En relación al *Tipo de abuso experimentado*, cabe destacar respecto a los **abusos físicos**, que existe un 86% (43 mujeres) de la muestra clínica que sí sufrieron abusos físicos, un 14% (7 mujeres) que no lo experimentaron con sus parejas. Al mismo tiempo se observa que en los **abusos psicológicos** experimentados existe un 98% (49 mujeres) que los han padecido y un 2% (1 mujer) que no. Un 46% (23 mujeres) han sufrido **abusos sexuales** frente a un 48% (24 mujeres) que no y un 6% (3 mujeres) que no contestaron a la pregunta.

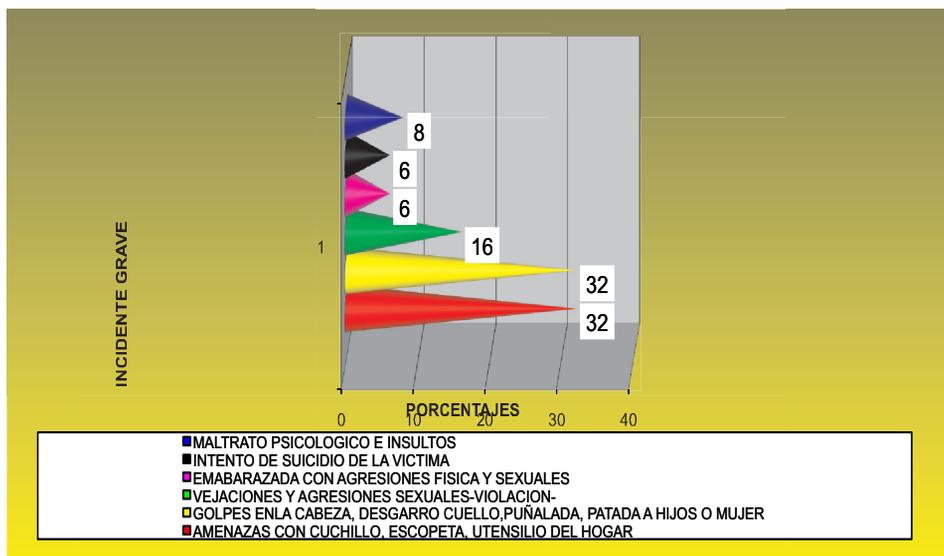
Atendiendo a aspecto subjetivo de la **peligrosidad de su vida en algún incidente en la relación** con su pareja un 86% (43 mujeres) sí, vivenciaron que su vida ha estado en peligro en algún momento de su relación con su pareja y un 12% (6 mujeres) no, lo estimaban así. (ver **GRÁFICO 7**).

GRÁFICO 7.
*Distribución en porcentaje de sujetos de la muestra clínica
Peligrosidad de su vida en algún incidente en la relación*



Como aspecto límite en la relación, se le pregunta a la víctima respecto a la existencia del **acontecimiento más grave vivenciado en su relación y que haya sentido por tanto, que su vida estaba podía estar en peligro** en un 32% (16 mujeres) fueron amenazadas con un cuchillo, escopeta, , u otros utensilios del hogar (tenedores, jarrones...) , un 32% (16 mujeres) mediante la reiteración de golpes en la cabeza, desgarros en el cuello, puñaladas, patadas a los propios hijos o a ella, un 16% (8 mujeres) con vejaciones y agresiones sexuales con finalidad de violación (en ocasiones reiteradas), un 8% (4 mujeres) por maltratos psicológicos e insultos, un 6% (3 mujeres) embarazadas y con agresiones físicas y sexuales y finalmente un 6% (3 mujeres) con intentos de suicidio por los maltratos ocasionados en su mayoría vivenciado como humillaciones físicas, sexuales y psicológicas imposibles de asumir (ver **GRÁFICO 8**).

GRÁFICO 8.
Distribución en porcentaje de sujetos de la muestra clínica
Incidente más grave



INSTRUMENTOS

Protocolo Entrevista Personal: Modelo De Recogida De Datos Para Víctimas De Violencia Doméstica

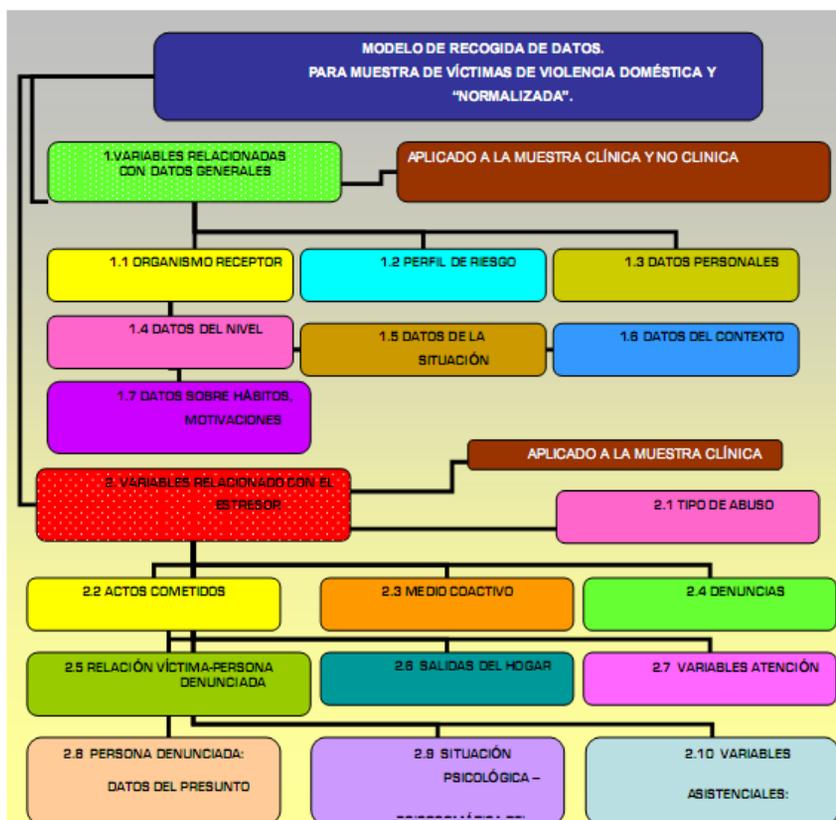
Se ha utilizado un protocolo de entrevista personal con la finalidad de obtener una información exhaustiva y organizada por campos temáticos sobre las características de la víctima desde una primera parte con aspectos más generales y una segunda parte, caracterizada por indicadores más específico relacionado con los agentes estresores. desglosados por variables tipificadas atendiendo a las respuestas, mediante escalas tipo Likert.

El protocolo de entrevista ha sido realizado después de consensuar numerosas entrevistas e información sobre víctimas con sintomatología asociada a la violencia doméstica (género) e utilizada en otros ámbitos como policiales o jurídicos y por tanto, se ha basado en una recopilación de ítems de diferentes fuentes entre ellas enumeramos enumeramos las más utilizadas como *Modelo de solicitud de orden de protección* del Ministerio del Interior basado en un protocolo *de actuación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y de coordinación con los Órganos judiciales para la Protección de las víctimas de Violencia doméstica y de género (28-06-05)* junto con datos de la Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994) y además, aportando una tipificación de nuevas preguntas y respuestas gracias a la colaboración voluntaria de las mujeres maltratadas y "normalizadas".

Por tanto, el protocolo de la entrevista es semiestructurada y consta de 376 campos de información para cada mujer de muestra clínica y no clínica cuya introducción en base de datos ha sido mediante nº de expediente para proteger la confidencialidad de la víctima, y el consentimiento informado de la filmación de la entrevista con fines de investigación (ver Figura 3.)

PROTOCOLO DE SCREENING DE HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

FIGURA 3.
Modelo de recogida de datos para muestra de víctimas de violencia doméstica y "normalizada"



La entrevista ha sido informatizada mediante una base de datos FILE MAKER Pro 6, con formularios para rellenar y así, poder exportar los datos al programa informático estadístico SPSS.

Tarea Stroop Emocional

En relación a la tarea Stroop emocional presentada y adaptada en esta investigación y utilizada para aplicar a mujeres víctimas de violencia doméstica con vulnerabilidad a padecer el Trastorno de estrés posttraumático consta de 3 láminas en total, una lámina de contenido neutro otra de contenido emocional general (Cabaco, Capataz, Bonantini, y Hage, 2002; Cabaco y Armas, 2000) y otra de contenido activador, elaborado específicamente para el trastorno de estrés posttraumático en víctimas de violencia doméstica cumpliendo todos los criterios y requisitos necesarios a nivel estímular instrumento utilizado para la presente investigación (Mata, S y Cabaco, A, 2013) . debido a que es imprescindible una adecuada selección y control estímular para descubrir el bloqueo emocional (mediante la atención selectiva a nivel cognitivo) para poder descartar y detectar la aparición de sintomatología y respuestas que informen al evaluador de una cierta predisposición del sujeto a

padecer la patología, en este caso, el trastorno de estrés postraumático (TEPT) en víctimas de violencia de género.

PROCEDIMIENTO.

A continuación expondremos las 7 fases del procedimiento experimental.

Fase: Documental y Adaptación protocolo

El objetivo de esta *Primera fase* es la revisión y análisis de la literatura especializada publicada en los últimos años. Elaboración protocolo adaptado al TEPT a víctimas de violencia de género. Realizado mediante dos fases En la primera de las fases se describirá la *selección estimular* inicial, realizadas con el criterio de jueces expertos en este ámbito e investigadores vinculados al presente estudio -se caracteriza esta primera fase por ser cualitativa-. En la segunda fase se especificará una categorización para cada uno de los estímulos seleccionados en la fase anterior, esta se define en criterios cuantitativos.

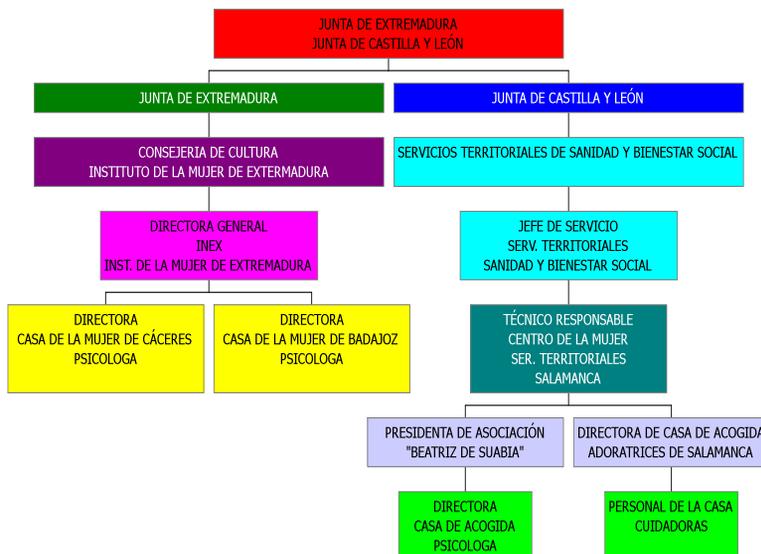
Fase: Envío y recepción de autorizaciones de organismos oficiales para tener acceso a los centros para seleccionar a la muestra clínica (grupo experimental)

En esta *Segunda fase* nos encontramos con el objetivo y la labor de contactar con los organismos oficiales como son: Junta de Extremadura. Consejería de Cultura. Instituto de la mujer de Extremadura. Directora General, Junta de Castilla y León. Servicio Territorial de Sanidad y Bienestar Social y Universidad de Estocolmo (Suecia). Facultad de Psicología ,Departamento de Psicobiología.

Fase: Contacto con las autoridades competentes y viaje a todas las ciudades donde residían las sede de la casas de acogida / asociación para tener una reunión- presentación del proyecto

En la *Tercera fase* tenemos el objetivo de una vez recibidas estas autorizaciones nos dispone-mos a contactar con los centros (ver Figura 4.)

FIGURA 4.
3º Fase del procedimiento experimental.



PROTOCOLO DE SCREENING DE HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Fase: Ampliación de la muestra clínica (grupo experimental). Contacto con las autoridades competentes y emisión de autorizaciones

En esta *Cuarta fase* nos encontramos con un problema de cantidad muestral, debido a que al contactar con la realidad de los centros observamos la dificultad de poder reunir un mínimo de mujeres que se presten a colaborar en la situación tan crítica como se encontraban y además, la mayoría estaba supeditada a encontrar trabajo e incorporarse y, a que su situación cambie cuanto antes, por tanto, la residencia en los centros no es fija, de ahí nuestro problema por conseguir una muestra sólida. Por ello, nos planteamos el objetivo de ampliar la muestra a otros centros de la comunidad de Castilla y León y a la Jefatura Superior de Policía de Extremadura (**ver Figura 5.**)

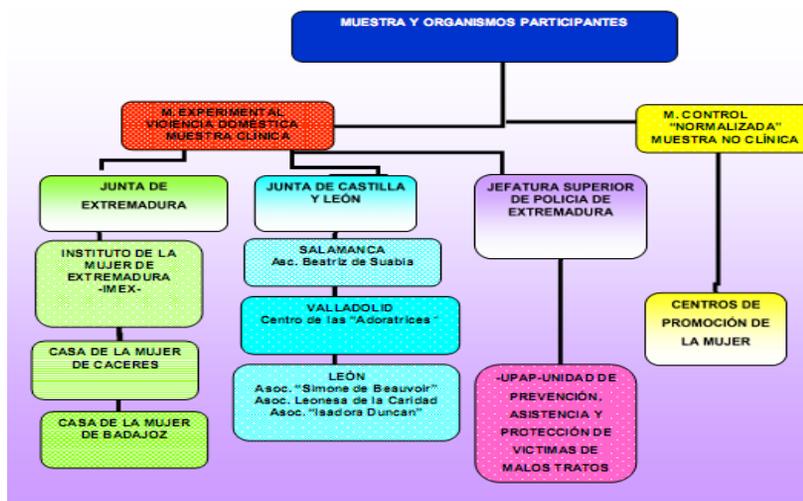
FIGURA 5
Ciudades en donde se obtuvieron permisos de acceso a centros



Fase. Viaje a todas las ciudades donde residían las sedes de las casas de acogidas/ asociaciones para tener una reunión- presentación del proyecto de investigación.

En la *5º fase* el objetivo es visitar las casas de acogida / centros de Ávila, Zamora, Valladolid y León junto con la Jefatura Superior de Policía de Extremadura. (**ver Figura 6.**)

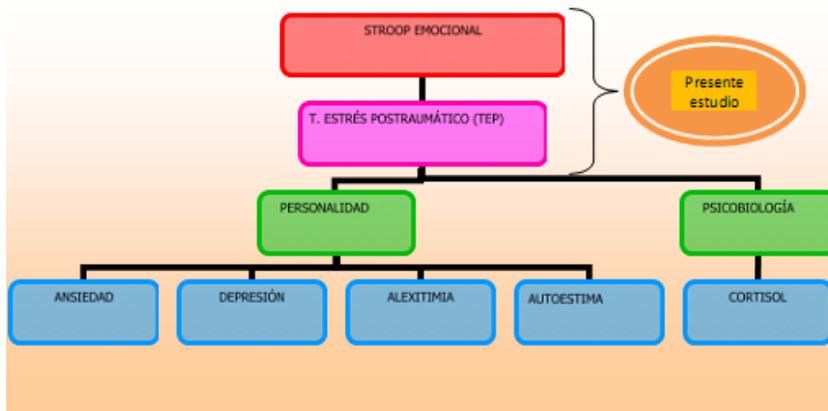
FIGURA 6
Muestras y organismos participantes en la investigación



Fase : Evaluación de muestra clínica -mujeres víctimas de violencia doméstica- (grupo experimental)

El objetivo de esta *Sexta fase* es la Recogida de datos empíricos muestrales mediante aplicación de pruebas psicológicas para la valoración y medición de las variables asociadas al estudio en mujeres alojadas en Centros de Acogida y/o atendidas por la unidad de la UPAP . (ver Figura 7.)

FIGURA 7
Evaluación psicológica y biológica.



Fase : Evaluación de muestra no clínica -mujeres “normalizadas”- (grupo experimental)

El objetivo de esta *Séptima fase* es la recogida de datos empíricos muestrales con similares características a la muestra clínica (grupo experimental) para aplicación de pruebas psicológicas para la valoración y medición de las variables asociadas al estudio en mujeres pertenecientes a los centros de Asociación Promoción de la Mujer de Badajoz o voluntarias buscadas con el perfil requerido. (ver Figura 8.)

FIGURA 8
Centro de Promoción de la Mujer de Badajoz.



PROTOCOLO DE SCREENING DE HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

RESULTADOS

En relación a la hipótesis de trabajo inicial se hace referencia a la sensibilidad de los sujetos a la hipervigilancia emocional en la prueba Stroop emocional en la presentación de estímulos relacionados con el estrés posttraumático en la violencia domestica. La hipótesis específica formulada (*Hipótesis 1*) hace referencia a que las mujeres víctimas de violencia de género con Trastorno de estrés posttraumático (TEPT) presentan mayor interferencia (menores puntuaciones) en la lamina activadora que las mujeres en situación “normalizada” (muestra no clínica).

A raíz de los análisis estadísticos llevados a cabo se ha demostrado mediante una tabla de contingencia que de la muestra clínica, las mujeres víctimas de violencia domestica con estrés posttraumático son un 90% (45 mujeres) de una muestra de 50 mujeres (**Ver tabla 1.**)

TABLA 1.
Tabla de contingencia. Hipótesis 1.1 Grupo experimental y presentar TEPT.

		ESTRES		Total	
		NO	SI		
GRUPO_EX	SI	Recuento	5	45	50
		% de GRUPO_EX	10,0%	90,0%	100,0%
	NO	Recuento	40	10	50
		% de GRUPO_EX	80,0%	20,0%	100,0%
Total		Recuento	45	55	100
		% de GRUPO_EX	45,0%	55,0%	100,0%

Por tanto, tras aplicar la prueba no paramétrica de Kolmogorov-Smirnov para una sola muestra y detectamos que se distribuye normalmente siendo la $p = .766$ (por tanto mayor a .000), (**ver tabla 2.**) nos permite utilizar la técnica T de Student para muestras independiente

TABLA 2.
Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra.

		STROOPAC
N		100
Parámetros normales(a,b)	Media	52,25
	Desviación típica	14,513
Diferencias más extremas	Absoluta	,067
	Positiva	,067
	Negativa	-,039
Z de Kolmogorov-Smirnov		,666
Sig. asintót. (bilateral)		,766

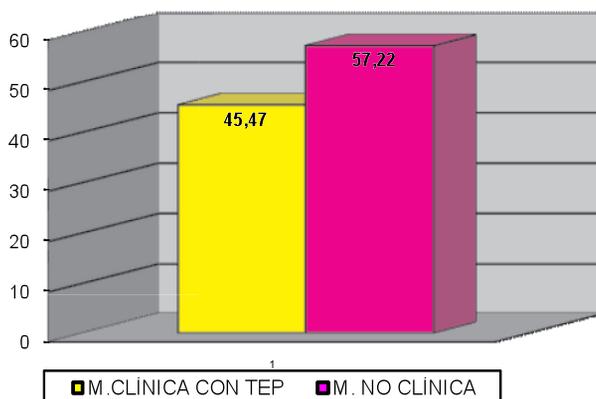
a La distribución de contraste es la Normal./ b Se han calculado a partir de los datos.

La media de estímulos nombradas dentro del grupo de mujeres víctimas de malos tratos y que además, presentan TEPT (trastorno de estrés postraumático) (**ver gráfico 9**), es en la lámina activadora de 45.47 con una desviación típica de 11.26 frente a la media de palabras nombradas en mujeres del grupo control que es de 57,22 con una desviación típica de 14,97 en donde ($t = -4,285$ y $gl=93$) los resultados de la técnica T de Student son $p = .000$, ($.05$) de significatividad (**ver tabla 3**). Por tanto podemos decir que si se cumple la hipótesis 1 de trabajo inicial, en donde en la muestra clínica, las mujeres víctimas de violencia de género con trastorno de estrés postraumático, presentan mayor hipervigilancia emocional y por tanto mayores interferencia (menores puntuaciones) en la lámina activadora que las mujeres en situación "normalizada" (muestra no clínica).

TABLA 3.
Prueba T-Student. Prueba de muestras independientes.
Lamina activadora Stroop E. y víctimas de violencia doméstica con TEPT (Hipótesis 1)

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error tip. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	Superior	
STROOP AC	Se han asumido varianzas iguales	3,433	,067	-4,285	93	,000	-11,75	2,743	-17,200	-6,306
	No se han asumido varianzas iguales			-4,349	90,269	,000	-11,75	2,703	-17,123	-6,384

GRÁFICO 9
Media de estímulos nombrados por la muestra clínica con TEPT y la muestra no clínica en la lámina activadora (Hipótesis 1)



PROTOCOLO DE SCREENING DE HIPERVIGILANCIA EMOCIONAL EN EL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

DISCUSION Y CONCLUSIONES

De este modo, teniendo en cuenta que en la hipótesis de trabajo se sostenía que las mujeres víctimas de violencia doméstica presentarían una mayor sensibilidad a la hipervigilancia emocional frente a la presentación de estímulos relacionados con el trastorno de estrés posttraumático en la violencia doméstica. Se confirma que las mujeres víctimas de violencia doméstica con trastorno de estrés posttraumático presentan mayor interferencia (menores puntuaciones) de la lámina activadora que las mujeres en situación normalizada (no clínica).

Por tanto, se confirma los resultados hallados con los estudios previos sobre Hipervigilancia emocional en donde Vythilingam, Blair, McCaffrey, Scaramozza, Jones, Nakic, Mondillo, Hadd, Bonne, Mitchell, Pine, Charney y Blair (2007) constataban un incremento en el efecto Stroop emocional con los estímulos negativos (palabras asociadas al tipo de trauma que desencadenó el TEPT) y Sippel y Marshall (2011) donde se llegó a modificar con éxito la tarea Stroop emocional con palabras relativas a la vergüenza, y palabras neutras al respecto con el objetivo de detectar de manera eficaz la hipervigilancia ante situaciones de vergüenza de sí mismas de mujeres que presentan trastorno de estrés posttraumático motivado por violencia de género.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (DSM-IV-R)*. Washington: American Psychiatric Association, A.P.A.
- Cabaco, A.S., Crespo, A., Capataz, Fernández-Rivas, S. y Cabestrero, R. *Sesgos atencionales en trastornos de la alimentación*. La atención. Un enfoque pluridisciplinar Volumen: III Páginas: 285-298 (2004) Valencia: Promolibro
- Cabaco, A. S. - González, S. - Capataz, I. - Tifner, S. (2002): «La tarea stroop: una estrategia para la evaluación de trastornos del lenguaje y otras alteraciones emocionales relacionadas con la activación de redes semánticas». *Comunicación presentada al Congreso Internacional de Foniatría, Audiología, Logopedia y Psicología del Lenguaje. Salamanca, 26 al 29 de junio*.
- Cabaco, A. S., Capataz, I., Bonantini, C. y Hage, S. (2002). Hipervigilancia emocional y vulnerabilidad a trastornos alimenticios (Estudio transcultural España, Brasil y Argentina). *Revista Iberoamericana de Educación, Salud y Trabajo, 2-3*, 211-228.
- Cabaco, A.S., Blanco, S. y Mata, S. (2004) Decálogo para La Igualdad. Salamanca: Universidad Pontificia de Salamanca
- Blair, R.J. (2007). Biased emotional attention in post-traumatic stress disorder: a help as well as a hindrance? *Psychological Medicine, Oct. 37(10)*, 1445-55.
- Echeburúa, E., De Corral, Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Sauca, D. *Entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico*. No publicada. 1994 En E. Echeburúa y P. de Corral, *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A. (2002)
- Fernández, L.M. y Cabaco, A.S. (2009). Cognición y comunicación en la gestación. La mediación en la hipervigilancia emocional. *Revista Familia, 38*, pp.117-131.
- Golden, C. (1994). *Stroop. Test de colores y palabras*. Madrid: TEA.
- González, S., Cabaco, A.S. y Lancho, C.P. (2010). Evaluación de sesgos mnésicos en la vulnerabilidad a la aracnofobia. *INFAD Revista de Psicología, 1(3)*, 121-128.
- Labrador, F.J., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana, 22*, 105-116.
- Lancho, C.P. y Cabaco, A.S. (2009). Análisis del procesamiento atencional de la información relacionada con el tabaco y la salud mediante una tarea de stroop modificada. *Estudios de Psicología, 30(1)*, 21-30.
- Lattimore, P. J., Thompson, G. M., & Halford, J. C. G. (2000). Developmental onset of eating-relat-

- ed color-naming interference: The role of restraint and eating psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 27–32.
- Mata, S (2013) *Protocolo de screening de hipervigilancia emocional en el trastorno de estrés post-traumático en víctimas de violencia de género. Factores cognitivos, emocionales y biológicos*. Tesis Doctoral, Universidad Pontificia de Salamanca.(UPSA)
- Paunovic, N., Lundh, L.G. y Öst, L.G. (2002). Attentional and memory bias for emotional information in crime victims with acute posttraumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Anxiety Disorders*, 16, 675-692.
- Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe
- Sepulveda García de la Torre, A. (2000). *Psicopatología de las víctimas de malos tratos*. Madrid: Ministerio de Justicia, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia e Instituto de la Mujer.
- Sippel, L.M. y Marshall, A.D. (2011). Posttraumatic stress disorder symptoms, intimate partner violence perpetration, and the mediating role of shame processing bias. *Journal of Anxiety Disorders*, May, 13
- Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18,643-662.
- Sippel, L.M. y Marshall, A.D. (2011). Posttraumatic stress disorder symptoms, intimate partner violence perpetration, and the mediating role of shame processing bias. *Journal of Anxiety Disorders*, May, 13.
- Villavicencio Carrillo, P. (1996). *La situación del maltrato y sus repercusiones en el ajuste psicosocial en las mujeres en centros de acogida*. Madrid: Universidad Autónoma.
- Vythilingam, M.,Blair, K.S.,McCaffrey, D.,Scaramozza, M.,Jones, M.,Nakic, M.,Mondillo, K.,Hadd, K.,Bonne, O.,Mitchell, D.G.,Pine, D.S.,Charney, D.S. y Williams, M., MacLeod,C. y Mathews,A. (1996). The emotional Stroop task and psychopathology. *Psychological Bulletin*, 120 ,3-24.

