



Interdisciplinaria

ISSN: 0325-8203

ISSN: 1668-7027

interdisciplinaria@fibercorp.com.ar

Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines

Argentina

Costales Zavgorodniaya, Anna I.; Argüello Yonfá, Erick D.
Somatización, ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima
Interdisciplinaria, vol. 40, núm. 1, 2023, Enero-, pp. 173-189
Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines
Buenos Aires, Argentina

DOI: <https://doi.org/10.16888/interd.2023.40.1.11>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18072770018>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc

Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Somatización, ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima

Somatization, anxiety and depression in women victims of intimate partner violence

Anna I. Costales Zavgorodniaya¹ y Erick D. Argüello Yonfá²

¹Universidad Hemisferios, Ecuador. <https://orcid.org/0000-0002-4976-4891>.

E-mail: annacostales@gmail.com.

²Universidad San Francisco de Quito, Ecuador. <https://orcid.org/0000-0001-5075-6816>.

E-mail: erickdavidarguello@gmail.com.

Universidad Internacional SEK
Quito, Ecuador.

Resumen

A pesar de que la violencia de pareja íntima (VPI) presenta en la mujer una variedad de síntomas evidenciables, varios de los actores involucrados en el sistema de salud no cuentan con mecanismos de evaluación temprana, ni de reconocimiento de los tipos de secuelas psicológicas, entre los que se incluye una diversa sintomatología psicofisiológica. Con el objetivo de conocer las características de somatización, ansiedad y depresión en mujeres víctimas de VPI, como parte de una investigación macro de corte transversal no experimental de campo, se realizó el presente estudio cuantitativo correlacional a través de las variables del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI). Los datos obtenidos se sometieron a análisis estadístico con métodos descriptivos e inferenciales. La muestra consta de 50 mujeres de la población de víctimas de VPI de la sierra ecuatoriana. Los resultados obtenidos son bastante contradictorios en cuanto al bajo porcentaje de mujeres con afectación típica relacionada con este tipo de violencia, en comparación con los datos presentados por otros autores sobre los niveles de somatización, ansiedad y

depresión en ellas. A pesar de esto, se obtuvieron tres factores independientes presentes en esta muestra: trastorno ansioso-depresivo, con elementos de estrés postraumático; trastorno obsesivo compulsivo, con elementos de ansiedad, y quejas somáticas. Al momento de finalizar este estudio, se puede concluir que el PAI, sin su validación previa en esta población, no muestra una idoneidad suficiente para evaluar mujeres víctimas de VPI en el Ecuador. Se recomiendan nuevas investigaciones en otras muestras, en las que se utilicen diversos esquemas empíricos que incluyan varios instrumentos y medios cualitativos.

Palabras clave: mujeres víctimas de violencia, violencia de pareja íntima (VPI), somatización, ansiedad y depresión

Abstract

Various studies have noticed that women victims of intimate partner violence (IPV) also report having various types of health-related problems. However, health systems do not appear to have established procedures to recognize these problems (*i. e.*, psychophysiological) in women. This study assessed somatic symptoms, anxiety, and depres-

sive characteristics in women who have been victims of IPV. These symptoms were assessed using the scales of the Personality Assessment Inventory (PAI). The sample consisted of 50 women victims of IPV from the Ecuadorian sierra. Group participants came from two different cities: the first group included 28 women victims of IPV from Riobamba. Their ages ranged from 15 to 58. These women were receiving psychological services from a not-for-profit organization in the city. The second group included 22 women with similar characteristics between the ages of 27-63. This group of women came from the southern regions of Quito, the capital city of Ecuador. Women in this group were receiving services from two different places offering help to women experiencing IPV. Sixteen percent of women reported having a medium level of "anxiety" (some level of stress), and 14 % reported having a high level of tension and stress. Thirty-four percent of women reported medium levels of "anxiety-related disorders". These women reported having specific fears, little confidence in themselves and negative perspectives of their future. Sixteen percent of the women reported high levels of anxiety. They reported imitations in daily life (*i. e.*, specific fears and feelings of insecurity in social situations). Thirty percent of women reported having medium levels of "depression" (sensitivity, pessimism, and feeling unhappy part of the time). Eighteen percent of women reported having high levels of "depression" (notable unhappiness and dysphoria). Forty-four percent of women in this study reported having some type of physical problem. These findings suggest that women who are victims of IPV could benefit from receiving mental health services aimed at managing their tension, stress, specific fears, and symptoms of depression. They also suggest that women victims of IPV could benefit from receiving training to increase their social competency and medical assistance to address their somatic complaints. Findings in this study are somewhat divergent

from the results observed in previous investigations. Previous studies identified that most women who experienced IPV report symptoms of depression and anxiety. However, in this study, only a relatively low percentage of women reported having these symptoms. The sole utilization of the PAI as a method of evaluation may not have been sufficient to identify these symptoms. These results suggest the importance of using qualitative methods (*i. e.*, clinical interview) or more holistic methodologies (*i. e.*, clinical interview and tests) to better assess mental health symptoms in this group of women. It is also possible that the PAI might not be the most adequate tool to assess these symptoms in this population. The results of this investigation do reveal the importance of evaluating other mental health symptoms in women victims of IPV: post-traumatic stress, and obsessive-compulsive disorder. Future studies should focus on assessing these symptoms using other assessment methodologies (*e. g.* instruments designed to assess post-traumatic stress and obsessive-compulsive disorder). The efficiency of health systems evaluations and interventions depends on the methodologies used to assess problems. The sole use of one instrument such as the PAI may not provide sufficient information about symptoms experienced by women experiencing IPV. Health systems should use batteries of instruments in conjunction with the clinical interviewing processes to readily assess symptoms. However, such an alternative may not be entirely feasible taking into account that such methodology requires more time and likely financial support to acquire tests.

Keywords: Women victims of violence, intimate partner violence (IPV), somatization, anxiety and depression.

Introducción

De acuerdo con la Organización Naciones Unidas Mujeres en su informe "Prevención de la violencia contra las mujeres frente a

covid-19 en América Latina y el Caribe”, la violencia contra las mujeres y niñas afecta en promedio a una de cada tres mujeres a lo largo de su vida. Aunque estas cifras parecen muy altas, se estima que la magnitud del fenómeno está subestimada y que la emergencia sanitaria agravó esta realidad (Organización Naciones Unidas Mujeres, 2020).

En el Ecuador, el Código Orgánico Integral Penal (2018) menciona que la violencia hacia la mujer es todo acto que provoque daños y sufrimiento, tanto de tipo físico como sexual, psicológico o económico. Similarmente, el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en la 2.ª Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (INEC, 2019), señaló que 43 de cada 100 mujeres de 15 años o más han sufrido violencia por parte de su pareja a lo largo de su vida, con mayor prevalencia de violencia psicológica (41 %), seguida de violencia física (25 %).

Zara y Gino (2018) indicaron que, mientras más tiempo dure el vínculo (en el que existe maltrato) y se genere más íntimamente la relación de violencia entre la víctima y el perpetrador, más aumenta el grado de la violencia y el riesgo de llegar a un femicidio. Adicionalmente, Labrador Encinas, Fernández Velasco y Rincón (2010) señalaron que las consecuencias psicológicas de la violencia fueron más frecuentes y graves que las físicas, salvo en casos excepcionales como los femicidios o lesiones graves. Autores como Bonomi et al. (2006), Rivas-Rivero y Bonilla-Algovia (2020) y Torres Giménez (2014) reportan que, a mayor intensidad y/o duración del maltrato, mayor alteración de la personalidad y de la salud mental de las mujeres. Complementariamente, Jaramillo, Uribe, Ospina y Cabarcas (2006) remarcan que la evidencia obtenida muestra una relación compleja entre estrés y malos tratos, ambos factores de riesgo para el deterioro de la salud y calidad de vida de las mujeres. Aunque los índices de frecuencia y severidad son muy importantes a la hora de evaluar las secuelas de la violencia, las

mujeres que han experimentado malos tratos por un corto período pueden sufrir consecuencias psicológicas tan serias como las que han sufrido esa situación durante años. Además, Aragonés de la Cruz, Farran i Porté, Guillén Villegas y Rodríguez Santiago (2018) notaron que aquellas mujeres que tienen experiencia de VPI repetitiva presentan sintomatología más grave en cuanto a salud mental que aquellas que han experimentado relaciones de pareja sin violencia de por medio.

Autores como McNutt, Carlson, Persaud y Postmus (2002) señalaron que, en la población de mujeres que habían experimentado varios tipos de violencia y abuso acumulados en su historia personal (abuso infantil, VPI pasada, VPI presente), se observaban niveles más altos de problemas somáticos en comparación con mujeres que solo han experimentado VPI. Resultados complementarios presentan Medina Cueva, Arguello Yonfa, y Costales Zavgorodniaya (2020), quienes señalan que la probabilidad de sufrir VPI aumenta cuando las mujeres han sido víctimas de violencia física, sexual o emocional, o testificaron violencia entre sus padres o vivenciaron abandono durante su infancia.

Varios estudios indican que las mujeres que experimentan VPI reportan el aumento de sintomatología relacionada con la salud mental. Diversos autores coinciden parcial o totalmente con que las consecuencias psicológicas más comunes de la VPI en mujeres incluyen el trastorno de estrés postraumático, síntomas positivos de distrés y diversas reacciones por estrés agudo; problemas de sueño; sensibilidad interpersonal; el síndrome obsesivo compulsivo; ideación paranoide, psicotismo y comportamiento suicida; en ocasiones uso y abuso de alcohol o drogas, trastornos de la personalidad antisocial o límite; trastornos adaptativos con síntomas de depresión y ansiedad que incluyen varias formas de somatizaciones que suelen estar presentes, en mayor o menor grado, en todas los tipos de violencia (Amor, Echeburúa, de Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Aragonés de la

Cruz, Farran i Porté, Guillén Villegas y Rodríguez Santiago, 2018; Caviedes Caviedes y Argüello Yonfa, 2021; Colque Casas, 2020; González Aguado, González Cases, López Gironés, Polo Usaola y Rullas Trincado, 2010; Hernández, Corbalán Berná y Limiñana Gras, 2007; Jaramillo, Uribe, Ospina y Cabarcas, 2006; Lara Caba, Aranda Torres, Zapata Boluda, Bretones Callejas y Alarcón, 2019; Llosa Martínez y Canetti Wasser, 2019; Mason, Canney, Neumark-Sztainer, Ayour y Eisenberg, 2017; Nair, Satyanarayana y Desai, 2020; Nathanson, Shorey, Tirone y Rhatigan, 2012; Pico-Alfonso, 2005; Pigeon et al., 2011; Plichta, 1992; Polo Usaola y López Gironés, 2003; Torres Giménez, 2014; Vieyra Moreno, Gurrola Peña, Balcázar Nava, Bonilla Muñoz y Virseda Heras, 2009; Vila-riño, Amado, Vázquez y Arce, 2018; Villarejo Ramos, 2005).

Torres, García, Rebollida y Valdés (2001) reportan que en una muestra de mujeres que habían sufrido malos tratos y se hallaban en centros de acogida como grupo general al menos un 30 % de ellas había recibido tratamiento psiquiátrico, por ansiedad o depresión. Cabe acotar también que Costales Zavgorodniaya, León Guzmán y Argüello Yonfá (2020), al relacionar las variables de ansiedad con el apoyo social de mujeres víctimas de VPI, obtuvieron que las principales redes de apoyo social de las mujeres de su muestra fueron la familia, las amistades, los médicos y los psicólogos. Además se muestra la relación entre la falta de apoyo social y la ansiedad emocional, así como la presencia de niveles altos de ansiedad en algunas de las mujeres de la muestra, especialmente en ansiedad cognitiva y fisiológica.

Dentro de los trastornos adaptativos relacionados con la ansiedad y la depresión, autores como Rubio Castro et al. (2009) han observado que existe una amplia gama de sintomatología dentro de la ansiedad como: ansiedad extrema, agitación, falta de aliento (disnea) o sensación de ahogo; mareo; sensación de inestabilidad; sensación de pérdida de conciencia,

palpitaciones o ritmo cardíaco acelerado (taquicardia); temblor o sacudidas; sudoración; sofocación; náuseas o molestias abdominales; despersonalización o desrealización; adormecimiento o sensación de cosquilleo en diversas partes del cuerpo (parestesia); escalofríos; dolor o molestias precordiales; miedo a morir, volverse loco o a perder el control, y la hipervigilancia. Entre la sintomatología relacionada con la depresión han manifestado: poco apetito o voracidad; insomnio o hipersomnia; pérdida de energía o fatiga; disminución de la autoestima; falta de concentración o dificultad para tomar decisiones; sentimientos de desesperanza; escasas relaciones sociales (con familia o amigos/as); verbalizaciones negativas, engañosas o incoherentes; poca comunicatividad; sentimientos de culpa; manifestaciones somáticas variadas; intentos de suicidios; tristeza; alto índice de tratamiento psiquiátrico o psicoterapéutico; confusión, y comportamiento disociativo.

Raya Ortega et al. (2004) reportaron que mujeres que sufrieron VPI son más propensas a padecer enfermedades crónicas. Adicionalmente, Matud (2004) notó que mujeres víctimas de violencia física y psicológica reportaron tener más enfermedades en comparación con aquellas que no habían vivido maltrato. De manera similar, Domínguez Fuentes, García Leiva y Cuberos Casado (2008) y Soleimani, Ahmadi y Yosefnezhad (2017) notaron que un alto porcentaje de mujeres víctimas de VPI de tipo psicológico tuvieron un mayor índice de síntomas somáticos y problemas de salud en comparación con aquellas que no han experimentado esta forma de abuso.

Como indica la literatura, las mujeres víctimas de VPI reportan complicaciones en su salud y sintomatología de diverso tipo. En el 2003, Aliaga, Ahumada y Marfull reportaron que la violencia, expresada en cualquiera de sus formas, estaba relacionada con consecuencias en la salud física (quejas somáticas como dolor abdominal, pélvico y muscular, y fatiga crónica), psicológica y sexual en mujeres. En una revisión de varios estudios

presentada por Macy, Ferron y Crosby (2009), se observó que mujeres víctimas de violencia por su pareja reportaban dolores crónicos de cabeza, migrañas, enfermedades de transmisión sexual y trastornos gastrointestinales. Sobre esto, Irizarry Justiniano y Rivero Méndez (2018) mencionaron que, dada la alta incidencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) entre las víctimas de VPI –entre el 33 % y el 84 %– y las consecuencias que repercuten en la salud física y mental a corto y a largo plazo, es importante que los profesionales de la salud sepan identificar adecuadamente estos síntomas.

Por otra parte, Rubio Castro et al. (2009) mencionan que las quejas somáticas más frecuentes en mujeres VPI son: los dolores de cabeza, de espalda o articulaciones; el dolor abdominal o de pecho; también las alteraciones del sueño (insomnio, pesadillas, hipersomnia); varios síntomas cardiopulmonares (bronquitis crónica, enfermedad cardíaca, palpitaciones, hormigueo y entumecimiento de las extremidades, sensación de asfixia); el síndrome del colon irritable/problemas gastrointestinales; la fibromialgia; abortos, partos prematuros, recién nacidos de bajo peso y lesiones fetales, e incluyen dentro de esta categoría las autolesiones.

A pesar de que en varios países del mundo existen estudios en los que se reporta la relación entre la violencia de pareja y diversos problemas de salud mental, entre los que son bastantes comunes los problemas de tipo somático, de ansiedad y de depresión, en el Ecuador no se cuenta con estudios específicos en esta temática. El objetivo de esta investigación fue medir los niveles de distintos tipos de quejas somáticas (conversión, somatización e hipocondría); ansiedad (cognitiva, emocional y fisiológica); trastornos relacionados con la ansiedad (obsesivo-compulsivo, fobias, estrés postraumático) y depresión (cognitiva, emocional, fisiológica), y buscar la relación entre esas variables en una muestra de mujeres víctimas de violencia VPI en la sierra del Ecuador.

Metodología

El estudio realizado representa parte de una investigación macro, cuantitativa no experimental, correlacional, transversal, de campo, en la cual se investigaron varias características de una muestra de mujeres víctimas de violencia.

Variables e instrumentos

Variables sociodemográficas: se elaboró un cuestionario *ad hoc* para medir las variables de edad, nivel de escolaridad, estado civil (incluye la permanencia o separación de la pareja violenta), presencia de hijos, actividad laboral, además de la percepción propia de haber experimentado VPI y el tipo de violencia que consideran haber sufrido.

Variables psicológicas: se aplicó el cuestionario del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI), el cual puede utilizarse en muestras de personas adultas mayores a 18 años de edad (o en adolescentes que ya no estén estudiando y que viven fuera de la casa de sus padres). Se considera diseñado para emplearse en múltiples contextos como psicoterapia, psicología forense, valoración de daños, entre otros (Morey, 2012).

Diversos autores señalan que el PAI es uno de los cuestionarios más utilizados internacionalmente para la evaluación y el diseño del tratamiento en psicología clínica y forense (Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Santamaría, 2017), además de ser una de las herramientas de evaluación de personalidad y psicopatología más importantes (Burneo-Garcés, Fernández-Alcántara, Aguayo-Estremera y Pérez-García, 2020), empleada en casos legales que implican: daño emocional (Boccaccini y Brodsky, 1999); la evaluación del trastorno de estrés postraumático (TEPT) y su relación con variables como trauma, experiencias traumáticas y trastornos relacionados con ansiedad (Calhoun, Boggs, Crawford y Beckham, 2009), entre otras. Cabe resaltar que autores como Hoelzle y Meyer

(2009) investigaron características metodológicas basadas en varias muestras y se valieron del PAI, y sus resultados sugirieron que este cuestionario tiene tres dimensiones que son altamente congruentes entre distintas muestras: (1) la angustia general; (2) el estado de ánimo y el dominio elevados; y (3) el abuso de sustancias y la psicopatía.

El presente cuestionario se ha validado y utilizado en algunos países de habla hispana y se considera que tiene una consistencia interna adecuada y fiable para la evaluación de variables clínicas, aunque en poblaciones distintas a la del presente artículo, entre ellas: en Argentina por Stover, Solano y Liporace (2015), con adultos no clínicos y estudiantes de la Universidad de Buenos Aires; en Chile y España por Ortiz-Tallo, Cardenal, Ferragut y Santamaría (2015), a través de una muestra representativa de personas sin trastornos psicológicos y una muestra clínica, y en Ecuador por Burneo-Garcés, Fernández-Alcántara, Marín-Morales y Pérez-García (2018), en población adulta masculina penitenciaria. Sin embargo, Arbach, Bazán y Vaiman (2021), mediante un estudio bibliométrico que analizó la evidencia disponible sobre el uso del PAI en contextos legales, concluyeron que, si bien la mayoría de artículos que lo emplean lo hacen para analizar características de personalidad y psicopatológicas o las propiedades psicométricas del instrumento en muestras de población penitenciaria de hombres, otras investigaciones con el PAI en muestras de víctimas, en mujeres y en contextos legales del mundo de habla hispana, surgen como prometedoras áreas de estudio.

Por consiguiente, en base a lo mencionado, para la presente investigación se considera que este cuestionario permitirá obtener información relevante sobre el estado emocional de las mujeres que han sufrido violencia. Los conceptos de las variables utilizados dentro del estudio son los propuestos por el manual de este instrumento (Morey, 2012). El significado otorgado a una determinada puntuación varía en función de la prevalencia de los

síntomas de cada escala y refleja directamente la fenomenología y sintomatología de ese constructo clínico. En el presente artículo se contemplan las variables más comúnmente relacionadas en la literatura científica con las secuelas psicológicas de la violencia de pareja comúnmente consideradas dentro de las escalas clínicas, como los son las quejas somáticas (SOM), la ansiedad (ANS), los trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) y la depresión (DEP):

1) La escala de quejas somáticas (SOM) evalúa las preocupaciones por la salud física y quejas somáticas presentes en trastornos de somatización y conversión, y la de sus distintas subescalas: (a) Conversión (SOM-C), que contiene ítems referidos particularmente a problemas sensoriomotores poco frecuentes, tales como dificultades perceptivas (visuales, auditivos o falta de sensibilidad) o motoras (parálisis); (b) Somatización (SOM-S), cuyos ítems se centran en quejas físicas corrientes como dolores de cabeza, problemas de espalda, malestar o trastornos gastrointestinales. Estas quejas suelen ser vagas y difusas y se presentan como lamento e insatisfacción; y (c) Hipocondría (SOM-H), que incluye ítems que reflejan la preocupación por la salud y el estado físico, asociados además con la complejidad con la que la persona percibe sus problemas de salud y la intensidad de sus esfuerzos para suavizar estos problemas. La escala mide el grado de atención que presta el sujeto a su salud, no la gravedad de los problemas.

La escala de ansiedad (ANS) y la de trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) son complementarias para entender la variable de ansiedad y su proyección cognitiva-conductual.

2) La escala de ansiedad (ANS) evalúa manifestaciones y signos observables de ansiedad, como el grado de tensión y emoción negativa experimentada por el sujeto y la evaluación de sus distintas modalidades: (a) cognitiva (ANS-C) –la presencia de preocupación constante; (b) emocional (ANS-E) –los sentimientos subjetivos de miedo y tensión;

y (c) fisiológica (ANS F) –signos físicos de nerviosismo y estrés.

3) La escala de trastornos relacionados con la ansiedad (TRA) evalúa síntomas y conductas relacionados con trastornos específicos de la ansiedad como fobias, estrés postraumático y síntomas obsesivos compulsivos, así como experiencias problemáticas asociadas a algún evento traumático. Es una medida de la amplitud de la expresión conductual de la ansiedad: (a) obsesivo-compulsivo (TRA-O) –los ítems de esta subescala están relacionados tanto con las características sintomáticas del trastorno (miedos, rituales, etcétera) como con los rasgos de personalidad, característicos del trastorno (perfeccionismo, atención excesiva a los detalles, etcétera); es la cuantificación de los esquemas de pensamientos obsesivos como forma de defensa para controlar la ansiedad mediante el orden y la prevención. (b) fobias (TRA-F) –evalúa varios miedos fóbicos comunes como las alturas, los lugares cerrados, el transporte público y la exposición a situaciones sociales; su presencia en los sujetos sugiere la posibilidad de fobias múltiples o más amplias como la agorafobia. Y (c) estrés postraumático (TRA-E) –evalúa las reacciones a estresores traumáticos que incluyen pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar irreversiblemente transformado por el evento traumático. Sin recopilar detalles del evento traumático en sí, esta escala demuestra la existencia e importancia de una fuente de malestar relacionado con un suceso del pasado que continúa ocasionando episodios recurrentes de ansiedad.

4) Depresión (DEP), en la que se evalúan las manifestaciones y síntomas de trastornos depresivos, y el contenido de los ítems incluye pesimismo y expectativas negativas, sentimientos subjetivos de tristeza y apatía, además de síntomas físicos tales como la falta de energía o las alteraciones del sueño o del apetito. También incluye la evaluación de sus distintas modalidades en tres subescalas: (a) cognitiva (DEP-C) –la presencia de expec-

tativas o creencias sobre la falta de aptitudes propias y la falta de habilidades para tratar con las exigencias del entorno que reflejan un componente evaluativo de la autoestima, en el sentido de tener la sensación de incompetencia personal o un bajo nivel de autoeficacia o, al contrario, el sujeto puede considerarse con pocas limitaciones en sus habilidades pero reflejar grandiosidad o narcisismo. (b) emocional (DEP-E) –recoge las experiencias de estrés emocional, infelicidad, tristeza y bajo estado de ánimo; y (c) fisiológica (DEP-F) –muestra las señales vegetativas de la depresión como alteraciones del sueño, problemas de apetito o falta de energía o de impulso.

Participantes

La población fue de mujeres víctimas de violencia de la sierra ecuatoriana. La muestra fue seleccionada por conveniencia entre las usuarias de los servicios de salud pública. Constó de dos grupos: el primero estuvo conformado por 28 mujeres de entre 15 y 58 años víctimas de violencia que acudieron a una fundación de ayuda psicológica de la ciudad de Riobamba dirigida a esta problemática, y el segundo grupo estuvo conformado por 22 mujeres de similares características con edades entre 27 y 63 años, de dos centros de salud del sur de la ciudad de Quito. Se utilizaron los siguientes criterios de selección: (1) estar en los grupos de apoyo de la fundación o de los centros de salud mencionados (Riobamba y Quito); (2) ser mujer y percibirse como víctima de violencia; y (3) estar separada de la pareja violenta.

Entre los datos sociodemográficos más relevantes, obtenidos con el cuestionario *ad hoc*, se observó que un 53.6 % había recibido educación superior y un 89.3 % tenía hijos. Un 41 % trabajaba y la misma cantidad se dedicaba a quehaceres domésticos, mientras que un 18 % no trabajaba. El 50 % de las mujeres estaban casadas y un 25 %, divorciadas. Cuando se les preguntó sobre el tipo de violencia del que fueron víctimas, un

39.3 % no contestó, mientras que el 60.7 % restante manifestó haber sufrido varios tipos de violencia: física (excepto de tipo sexual), psicológica y patrimonial.

Procedimiento

El estudio se realizó bajo los lineamientos del Código de Ética de Núremberg, se respetaron todos los principios éticos estipulados en la American Psychological Association (APA, 2019) y, debido a que en el Ecuador no existe una normativa oficial unánime de regulación de la labor profesional ética del psicólogo (Guano Sangoquiza y Costales Zavgorodniaya, 2021), la presente investigación se apegó al Código de Ética del Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016). Además, contó con la aprobación de un comité de ética interno y permisos por parte de la fundación y los centros de salud a los que acudieron las participantes.

Cada participante recibió información verbal y escrita sobre el estudio; adicionalmente, se firmó un consentimiento informado, en el que se dejó asentada su participación voluntaria en la evaluación que, entre otros puntos, especificaba la posibilidad de retirarse en cualquier momento. Un coinvestigador y un profesional de salud mental que trabajaban dentro de las respectivas instituciones admi-

nistraron el cuestionario a las mujeres. La información se recopiló entre marzo y mayo de 2019. Se cedió a las participantes todo el tiempo necesario para completarlo.

Luego de la recolección de datos, se procedió a realizar la codificación y el ingreso de la información obtenida en una hoja de Excel. Se aseguró el anonimato de sus respuestas a través de la codificación numérica de las hojas y desde el ingreso de los datos se utilizaron números y siglas que aseguran la confidencialidad de las mujeres participantes. Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizaron métodos de estadística descriptiva e inferencial con el programa estadístico Statgraphics Centurion.

Resultados

El análisis de las frecuencias y los porcentajes de mujeres participantes que obtuvieron puntajes de distintos niveles en las variables estudiadas se muestran en la Tabla 1. Como se podrá observar, la mayoría de mujeres se encuentra puntuando en el nivel bajo de las variables quejas somáticas (54 %), ansiedad (66 %), trastornos relacionados con la ansiedad (48 %) y depresión (52 %). Estos valores reflejan, en cada una de las variables, pocas quejas y un estado emocional relajado en las participantes.

Tabla 1.

Frecuencia por cantidad y porcentaje de las participantes con distintos niveles en las escalas y subescalas de las variables quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad y depresión

| Niveles Variables | Muy alto | | Alto | | Medio | | Bajo | | Muy bajo | |
|----------------------|----------|---|------|----|-------|----|------|-----|----------|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Quejas somáticas | 1 | 2 | 5 | 10 | 17 | 34 | 27 | 54* | - | - |
| Conversion | 1 | 2 | 7 | 14 | - | - | - | - | - | - |
| Somatización | - | - | 5 | 10 | - | - | - | - | - | - |
| Hipocondría | - | - | 3 | 6 | - | - | - | - | - | - |
| Ansiedad | 0 | 0 | 7 | 14 | 8 | 16 | 33 | 66* | 2 | 4 |
| Cognitiva | 0 | 0 | 4 | 8 | - | - | - | - | - | - |

| Niveles Variables | Muy alto | | Alto | | Medio | | Bajo | | Muy bajo | |
|--------------------------------------|----------|----|------|----|-------|----|------|-----|----------|----|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Emocional | - | - | 3 | 6 | - | - | - | - | - | - |
| Fisiológica | - | - | 7 | 14 | - | - | - | - | - | - |
| Trastornos relacionados con ansiedad | 1 | 2 | 8 | 16 | 17 | 34 | 24 | 48* | - | - |
| Trastorno obsesivo compulsivo | 3 | 6 | 8 | 16 | 16 | 32 | - | - | - | - |
| Fobias | 8 | 16 | 13 | 26 | - | - | - | - | 0 | 0 |
| Estrés postraumático | 0 | 0 | 13 | 26 | - | - | - | - | - | - |
| Depresión | 0 | 0 | 9 | 18 | 15 | 30 | 26 | 52* | - | - |
| Cognitiva | - | - | 8 | 16 | - | - | - | - | 10 | 20 |
| Emocional | - | - | 8 | 16 | - | - | - | - | - | - |
| Fisiológica | - | - | 6 | 12 | - | - | - | - | - | - |

Notas: Categoría ausente en la normativa del PAI de diferenciación entre niveles (n = 50). *Mayor porcentaje de participantes en cada variable.

Aun así, es importante recalcar que en quejas somáticas hay un 34 % con nivel medio de puntaje (personas con alguna preocupación por su salud y/o con dolencias o enfermedades), y en especial un 10 % de las mujeres participantes que tienen un nivel alto (preocupación significativa y deterioro notable en su salud). En cuanto a la ansiedad, el 16 % presentó un nivel medio (cierto nivel de estrés de cualquier tipo) y el 14 %, un nivel alto (nivel significativo de tensión y estrés). En la variable trastornos relacionados con la ansiedad hay un 34 % con nivel medio de puntaje (presentan algunos miedos específicos y poca confianza en sí mismas y en sus posibilidades), y un 16 % de las mujeres participantes que tienen un nivel alto, sufren de limitaciones en la vida cotidiana relacionadas con miedos específicos y la presencia de inseguridad en situaciones sociales. En depresión, 30 % se ubica en el nivel medio (caracteriza a personas sensibles, pesimistas, que se sienten infelices una parte del tiempo) y el 18 %, en el nivel alto (infelicidad notable y disforia).

Hay mujeres con niveles muy altos de las variables de quejas somáticas y trastornos relacionados con la ansiedad, que son aquellas a quienes se puede considerar de alto riesgo.

En quejas somáticas: 2 % -preocupación constante por la salud y deterioro por somatización; en quejas somáticas: conversión: 2 % - reacción de conversión marcada, hipocondría y posible presencia de delirio somático; en los trastornos relacionados con la ansiedad: 2 % -múltiple diagnóstico de trastorno de ansiedad; en los trastornos relacionados con la ansiedad: obsesivo compulsivo: 6 % -marcado nivel de este trastorno, y en trastornos relacionados con la ansiedad: fobias 16 % -conductas fóbicas incapacitantes en la vida cotidiana.

De los datos obtenidos de las mujeres víctimas de VPI evaluadas, que se reflejan en la tabla de frecuencia por cantidad y porcentaje de las participantes con distintos niveles en las escalas y subescalas de las variables (Tabla 1), y en el análisis de la estadística descriptiva de las escalas (Tabla 2 y 3) se destaca que si bien la mayoría de respondientes se encuentra en los intervalos más típicos de la norma sugerida por el cuestionario, existen puntuaciones bastante variadas. El análisis de medias, medianas, mínimas, máximas y rangos muestra mujeres que tienen una gran variabilidad en el nivel de puntuación de las distintas escalas y, por lo tanto, con distinta presencia de los síntomas característicos de estas variables.

Tabla 2.

Estadística descriptiva de las escalas quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad, y depresión

| | SOM | ANS | TRA | DEP |
|--------------------------|-----|-------|------|-------|
| Media | 59 | 55 | 60 | 59 |
| Mediana | 58 | 54 | 60 | 59 |
| Mínima | 38 | 35 | 41 | 37 |
| Máxima | 89 | 76 | 87 | 84 |
| Rangos | 51 | 41 | 46 | 47 |
| Asimetría | .59 | .80 | .95 | -.15 |
| Coefficiente de Curtosis | .95 | -1.07 | -.27 | -1.38 |

Nota: SOM: quejas somáticas; ANS: ansiedad; TRA: trastornos relacionados con la ansiedad; DEP: depresión. *valores estadísticamente representantes en su categoría (n = 50).

Del análisis estadístico descriptivo se recalca que las cualidades del grupo estudiado condicionan el tipo de análisis inferencial empleado: tanto los valores obtenidos en la asimetría, como en el coeficiente de Curtosis

muestran que, en la variable quejas somáticas: conversión, los datos obtenidos no siguen una distribución paramétrica normal (Tablas 2 y 3).

Tabla 3.

Estadística descriptiva de las subescalas de quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad, y depresión

| | SOM | | | ANS | | | | TRA | | | DEP | | |
|--------------------------|-------|------|------|------|------|------|------|-------|------|-------|------|------|--|
| | C | S | H | C | E | F | O | F | E | C | E | F | |
| Media | 58 | 57 | 58 | 54 | 55 | 56 | 56 | 58 | 59 | 55 | 58 | 59 | |
| Mediana | 57 | 57 | 59 | 54 | 53 | 54 | 56 | 56 | 57 | 60 | 58 | 58 | |
| Mínima | 42 | 40 | 38 | 32 | 37 | 36 | 37 | 36 | 43 | 33 | 38 | 37 | |
| Máxima | 107 | 82 | 77 | 78 | 77 | 87 | 80 | 78 | 85 | 82 | 94 | 81 | |
| Rangos | 65 | 42 | 39 | 46 | 40 | 51 | 43 | 42 | 42 | 49 | 56 | 44 | |
| Asimetría | 3.51* | 1.24 | -.30 | .69 | .92 | 1.81 | .90 | 0.12 | 1.85 | .09 | 1.26 | .01 | |
| Coefficiente de Curtosis | 4.07* | -.08 | -.67 | -.84 | -.54 | -.20 | -.61 | -1.24 | -.37 | -1.72 | .14 | -.46 | |

Nota: SOM: Quejas somáticas; C: conversión; S: somatización; H: hipocondría; ANS: Ansiedad; C: cognitiva; E: emocional; F: fisiológica; TRA: trastornos relacionados con la ansiedad; O: obsesivo-compulsivo; F: fobias; E: estrés posttraumático; DEP: Depresión; C:cognitiva; E: emocional; F: fisiológica. *valores estadísticamente representantes en su categoría (n = 50).

En la siguiente etapa del procesamiento de los datos, se utilizó el análisis factorial con el propósito de determinar las relaciones entre las variables de las subescalas de quejas somá-

ticas, ansiedad, trastornos relacionados con ansiedad y depresión del grupo, a través de la identificación de tres factores presentados en la Tabla 4. El factor 1 incluye las varia-

bles ansiedad, ansiedad cognitiva, ansiedad fisiológica, estrés postraumático, depresión, depresión cognitiva, depresión emocional y depresión fisiológica. En el factor 2 entran las variables ansiedad, ansiedad emocional,

ansiedad cognitiva, trastornos relacionados con ansiedad, y obsesivo-compulsivo. El factor 3 abarca las variables quejas somáticas conversión, somatización e hipocondría.

Tabla 4.

Análisis Factorial de las escalas y subescalas de las variables quejas somáticas, ansiedad, trastornos relacionados con la ansiedad, y depresión

| Variab les | Factor 1 | Factor 2 | Factor 3 |
|--------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| Quejas somáticas | .44 | .21 | .86* |
| Conversión | .48 | .24 | .61* |
| Somatización | .53 | .11 | .68* |
| Hipocondría | .05 | .14 | .90* |
| Ansiedad | .70* | .57* | .35 |
| Cognitiva | .58* | .58* | .34 |
| Emocional | .51 | .64* | .32 |
| Fisiológica | .77* | .32 | .29 |
| Trastornos relacionados con ansiedad | .49 | .81* | .20 |
| Obsesivo compulsivo | -.15 | .80* | .03 |
| Fobias | .51 | .52 | .23 |
| Estrés postraumático | .63* | .49 | .18 |
| Depresión | .92* | .15 | .27 |
| Cognitiva | .85* | .13 | .20 |
| Emocional | .84* | .10 | .29 |
| Fisiológica | .73* | .15 | .23 |

Nota: *cargas factoriales estadísticamente significativas ($p < .05$).

Discusión

Gracias a la estadística descriptiva e inferencial de los datos obtenidos, se observa que todas las variables, excepto quejas somáticas: conversión, cumplen una distribución normal, además de tener una mayoría de respondientes en la norma, es decir alrededor de la media. Por consiguiente, la mayoría de las mujeres presentan niveles normales de las variables estudiadas y, al momento de la evaluación, no requieren intervención específica para este

tipo de secuelas psicoemocionales.

Las mujeres víctimas de VPI hacen mayor uso del sistema de salud que las mujeres no víctimas de VPI. Debido a esto aumenta la importancia de que el personal de la salud sepa identificar a estas personas y hacer las remisiones apropiadas (Plichta, 1992). Acorde a los resultados anteriores, Lo Fo Wong, Wester, Mol, Römkens y Lagro-Janssen (2007) observaron que las mujeres que sufrieron abusos físicos y psicológicos acudieron frecuentemente a consulta médica para solicitar ayuda

para soportar diferentes tipos de dolores. Subsecuentemente, los mismos autores notaron que estas mujeres fueron quienes más recibieron prescripciones para analgésicos por parte de profesionales médicos.

A pesar de esto, existen algunas mujeres que, dado sus niveles de puntuación obtenidas en el PAI, deberían obtener intervención más específica ya que presentan necesidades terapéuticas más concretas. Por ejemplo, dentro de las quejas somáticas presentadas por las mujeres, un 44 % en menor o mayor grado tiene preocupación y deterioro de su estado de salud. Estos resultados son altamente compatibles con los datos obtenidos anteriormente por otros autores.

Adicionalmente, en cuanto a la ansiedad (30 %) y los trastornos relacionados con esta (50 %) respectivamente, esta muestra de mujeres con mayor o menor nivel de afectación sugiere la necesidad de intervenciones relacionadas con el trabajo en competencias para el manejo de la tensión, el estrés y los miedos específicos, así como para el incremento de la seguridad en situaciones sociales. En cuanto a la depresión, un 48 % se caracteriza por tener infelicidad de diferente intensidad en su vida cotidiana. Tanto la literatura científica como los resultados mencionados sugieren que es necesario tener un enfoque de evaluación de los estados psicoemocionales que presentan las mujeres víctimas de VPI y que algunos de estos estados, en específico, deben ser de especial atención para el personal de ayuda, que puedan llevar a cabo intervenciones adecuadas y efectivas en los centros de asistencia de salud o salas de emergencias.

Frente a esto, Rubio Castro et al. (2009) reportaron que es habitual encontrar mujeres víctimas de VPI que han sido sobremedicadas debido, en algunos casos, a que profesionales de la salud (atención médica o psiquiátrica) no toman en consideración la somatización del daño psicológico que estas personas están padeciendo, ni el cuadro de consecuencias sintomatológico de la mujer víctima de malos tratos. Esto conduce a tratar farmacológica-

mente los síntomas como patologías diferentes e independientes y no de forma integral.

Finalmente, entre todas las mujeres participantes hay un pequeño porcentaje cuyos niveles en algunas de las variables (quejas somáticas y trastornos relacionados con la ansiedad) muestran el potencial riesgo en su estabilidad y seguridad psicológico-emocional. Por esto, se considera necesaria la evaluación e intervención específica individualizada para estas mujeres que requieren más trabajo psicoterapéutico que las demás que asisten a la nombrada Fundación de Ayuda Psicológica de Riobamba y centros de salud.

En relación con la problemática expuesta, los resultados de esta investigación sugieren la necesidad del diagnóstico complementario e integral de las mujeres que llegan a la consulta médica por posibles somatizaciones vinculadas con la violencia psicológica relacionada con la VPI. Es así que, en coincidencia con Polo Usaola y López Gironés (2003), se considera importante recomendar el trabajo multidisciplinario y coordinado entre los distintos especialistas como base de la intervención profesional, enfocada a la recuperación de la mujer afectada por las distintas secuelas de VPI.

Por último, es conveniente acotar que, a pesar de que (como se notó en este estudio) no hubo un conjunto universal de síntomas que fueran reportados por todas las mujeres víctimas de VPI que participaron, y con base en el análisis inferencial realizado, se pueden mencionar tres factores que se sugieren como posibles líneas de intervención grupal para esta muestra de mujeres, ya que reflejan la dinámica grupal de las variables y pueden servir como base para el trabajo en grupo. Estas líneas abarcan el trabajo con el trastorno ansioso-depresivo con elementos de estrés postraumático, el trastorno obsesivo compulsivo con elementos de ansiedad, y las quejas somáticas.

Conclusión

Como conclusión, puede afirmarse que la complejidad del fenómeno de la violencia de pareja y sus implicaciones para la salud emocional de las mujeres demandan el desarrollo de un marco teórico-epistemológico en el Ecuador.

Tanto Arias, Otálvaro y Vallejo (2019) como Medina Cueva, Arguello Yonfa, y Costales Zavgorodniaya (2020), quienes realizaron una revisión crítica de las leyes y políticas públicas sobre la violencia intrafamiliar (VIF) y la VPI en Colombia y Ecuador respectivamente, coinciden en que ambos estados intentan generar recursos de intervención para erradicar la violencia. En Colombia el problema central parece estar relacionado con que las estrategias diseñadas e implementadas tienen una serie de características que las hace ineficaces para comprender lo que se oculta bajo la violencia, mientras que en Ecuador, a pesar de que el Estado ecuatoriano ha elaborado e implementado leyes para promover, prevenir, atender y sancionar la violencia, existen varios vacíos en el sistema de justicia para la atención y protección de la población. Ambos grupos de estudio coinciden también en que el Estado, la academia y las organizaciones de la sociedad civil deben centrar su atención en desarrollar modelos de intervención más acordes a la realidad propia de cada país, que permitan a las familias poder replantear su dinámica familiar.

En relación con la idea anterior, es importante resaltar que la muestra de mujeres que participó en esta investigación, quienes fueron reunidas en la fundación y centros de salud bajo el único criterio real en común de haber sido víctimas de VPI, presentan características sociodemográficas relativamente homogéneas; sin embargo, esto no necesariamente condiciona las necesidades terapéuticas que puedan tener. Por ende, se concluye que un enfoque generalizado podría no ser la mejor solución a este problema. Se coincide en esta conclusión con Caviedes Caviedes y

Argüello Yonfa (2021), quienes, en relación con la problemática expuesta, señalan que en el caso de las mujeres víctimas de VPI en el Ecuador son necesarias distintas formas de evaluación y enfoques de tratamiento psicoterapéutico que se encarguen del trabajo con diversas patologías clínicas, así como del uso de distintas metodologías o herramientas de evaluación que aporten una visión más específica de los síntomas que puedan presentar las mujeres y sus formas de intervención.

En la misma línea Argüello Yonfá, Fasol, Medina Cueva y Costales Zavgorodniaya (2021) recalcan que, en el período de los últimos 15 años, pocos estudios se centran en la validación empírica de las intervenciones para solventar la VPI. En el presente artículo se pretende presentar una opción para la evaluación, así como las líneas de intervención concretas para la muestra con un enfoque integrativo, sin pretender la generalización de las inferencias obtenidas ni de la metodología, y describir cierto fragmento de la realidad.

A pesar de que el PAI es un instrumento altamente reconocido en la medición de estados emocionales y características de la personalidad, en la presente población parece no ser suficientemente idóneo por sí solo para dimensionar la afectación psicológica de las mujeres participantes de la muestra estudiada. Los resultados de este estudio fueron diferentes (un porcentaje relativamente bajo de mujeres reportó tener síntomas de somatización, ansiedad y depresión) a los hallazgos reportados en investigaciones anteriores, en las cuales los autores denotaron que la mayoría de mujeres víctimas de VPI mostraron niveles altos de estos síntomas.

Es posible que el PAI no sea la herramienta más adecuada para evaluar estos síntomas en esta población. De igual forma, es posible que ellos pudieran haber sido mejor evaluados mediante otras metodologías (*i. e.*, entrevista clínica, otro instrumento clínico o una combinación entre estos). Futuros sondeos deberían centrarse en evaluar estos síntomas mediante herramientas específicamente diseñadas para

estos problemas. Los resultados de esta investigación, sin embargo, sí revelan la importancia de evaluar otros síntomas de salud mental en mujeres víctimas de VPI como el estrés postraumático y el trastorno obsesivo-compulsivo.

En todo caso, se evidencia que la eficiencia de las evaluaciones e intervenciones de los sistemas de salud dependen en gran medida de las metodologías utilizadas para evaluar problemas en esta población. Es posible que el uso exclusivo de un cuestionario como el PAI no proporcione información suficiente sobre los síntomas que experimentan las mujeres víctimas de VPI. Los sistemas de salud deben considerar la utilización de baterías de instrumentos junto con los procesos de entrevistas clínicas para evaluar eficazmente los diferentes síntomas. Sin embargo, tal alternativa puede no ser del todo factible si dicha metodología requiere más tiempo y, probablemente, apoyo financiero para adquirir las pruebas. Sería también necesario validar el PAI en esta población mediante la ampliación de la metodología test-retest para realmente verificar la validez final del cuestionario en la evaluación de las secuelas emocionales de las mujeres víctimas de VPI.

Referencias

- Aliaga, P., Ahumada, S. y Marfull, M. (2003). Violencia hacia la mujer: un problema de todos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75-78. <https://doi.org/10.4067/S0717-75262003000100015>
- Amor, P. J., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 227-246. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33720202.pdf>
- APA (2019). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>
- Aragónés de la Cruz, R. M., Farran i Porté, M., Guillén Villegas, J. C. y Rodríguez Santiago, L. (2018). Perfil psicológico de víctimas de violencia de género, credibilidad y sentencias. Ayuda a la investigación 2017. *Centro de Estudios Jurídicos y Formación Especializada (Departamento de Justicia)*. <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Perfil%20psicol%C3%B3gico%20de%20v%C3%ADctimas%20de%20violencia%20de%20g%C3%A9nero,%20credibilidad%20y%20sentencias.pdf>
- Arbach, K., Bazán, S. y Vaiman, M. (2021). The personality assessment inventory (pai): a systematic review of its use in the legal field. *Papeles del Psicólogo*, 42(2), 143-151. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2959>
- Argüello Yonfá, E. D., Fasol, M., Medina Cueva, C. y Costales Zavgorodniaya, A. (2021). Intimate Partner Violence: A Literature Review. *The Open Psychology Journal*, 14, 11-16. <https://doi.org/10.2174/1874350102114010011>
- Arias, R., Otálvaro, C. y Vallejo, B. (2019). Análisis de las políticas públicas sobre violencia intrafamiliar en Colombia: Abordaje de acuerdo a la función y el sentido del fenómeno violento dentro la familia. *Interdisciplinaria*, 36(2), 97-110. <https://doi.org/10.16888/interd.2019.36.2.7>
- Boccaccini, M. T. y Brodsky, S. L. (1999). Diagnostic test usage by forensic psychologists in emotional injury cases. *Professional Psychology: Research and Practice*, 30(3), 253-259. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.30.3.253>
- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carell, D., Dimer, J. A. y Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458-466. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.015>
- Burneo-Garcés, C., Fernández-Alcántara, M., Aguayo-Estremera, R. y Pérez-García, M. (2020). Psychometric Properties of the Spanish Adaptation of the Personality Assessment Inventory in Correctional Settings: An ESEM Study. *Journal of Personality Assessment*, 102(1), 75-87. <https://doi.org/10.1080/002238>

- 91.2018.1481858
- Burneo-Garcés, C., Fernández-Alcántara, M., Marín-Morales, A. y Pérez-García, M. (2018). Are psychological measures and actuarial data equally effective in discriminating among the prison population? Analysis by crimes. *PLoS ONE*, 13(6): e0198251. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0198251>
- Calhoun, P. S., Boggs, C. D., Crawford, E. F. y Beckham, J. C. (2009). Diagnostic Efficiency of the Personality Assessment Inventory LOGIT Function for Posttraumatic Stress Disorder in Women. *Journal of Personality Assessment*, 91(5), 409-415. <https://doi.org/10.1080/00223890903087497>
- Caviedes Caviedes, G. E. y Argüello Yonfa, E. D. (2021). Uso problemático de alcohol y drogas en mujeres víctimas de violencia de pareja íntima (VPI). *Revista profundidad psicológica*, 1. https://www.congresosenelpacifico.com/uploads/5/8/4/0/58409697/1_10-2-2021.pdf
- Código Orgánico Integral Penal, COIP (2018). *Guía Informativa, Violencia de género y violencia intrafamiliar*. Ecuador: Consejo de la Judicatura. <http://www.funcionjudicial.gob.ec/pdf/guia-informativa-violencia-de-genero.pdf>
- Colque Casas, J. (2020). Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista Educa UMCH*, 1(15), 5-22. <https://doi.org/10.35756/educaumch.v1i15.129>
- Costales Zavgorodniaya, A., León Guzmán, V. y Argüello Yonfá, E. (2020). Apoyo social y ansiedad en mujeres víctimas de violencia. *MktDESCUBRE*, 1(16), 5 - 130. <https://doi.org/10.36779/mktdescubre.v1i16.524>
- Domínguez Fuentes, J. M., García Leiva, P. y Cuberos Casado, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de Psicología*, 24(1), 115-120. https://www.researchgate.net/publication/40220044_Violencia_contra_las_mujeres_en_el_ambito_domestico_consecuencias_sobre_la_salud_psicosocial
- González Aguado, F., González Cases, J. C., López Gironés, M. L., Polo Usaola, C. y Rullas Trincado, M. (2010). *Guía de atención a mujeres maltratadas con trastorno mental grave*. Salud Madrid. <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017351.pdf>
- Guano Sangoquiza, L. A. y Costales Zavgorodniaya, A. I. (2021). Regulación Deontológica del Ejercicio Profesional de los Psicoterapeutas y Psicólogos Consultantes del Ecuador. *Revista Profundidad Psicológica*, 1. <https://www.congresosenelpacifico.com/revista-profundidad-psicologiacutegica.html>
- Hoelzle, J. B. y Meyer, G. J. (2009). The Invariant Component Structure of the Personality Assessment Inventory (PAI) Full Scales. *Journal of Personality Assessment*, 91(2), 175-186. <https://doi.org/10.1080/00223890802634316>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, INEC (2019). *2da Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/violencia-de-genero/>
- Irizarry Justiniano, W. y Rivero Méndez, M. (2018). Trastorno por estrés postraumático en mujeres víctima de violencia doméstica: Revisión de literatura integrada. *Nure Investigación*, 15(95). <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1389/844>
- Jaramillo, D. E., Uribe, T. M., Ospina, D. E. y Cabarcas, G. (2006). Medición de distrés psicológico en mujeres maltratadas, Medellín, 2003. *Colombia Médica*, 37(2), 133-141. <https://www.scielo.org.co/pdf/cm/v37n2/v37n2a07.pdf>
- Labrador Encinas, F. J., Fernández Velasco, M. R. y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1) 99-105. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72712699016.pdf>
- Lara Caba, E. Z., Aranda Torres, C., Zapata Boluda, R. M., Bretones Callejas, C. y Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>
- Llosa Martínez, S. y Canetti Wasser, A. (2019). Depresión e ideación suicida en mujeres

- víctimas de violencia de pareja. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 9(1), 138-160. <https://doi.org/10.26864/pcs.v9.n1.1>
- Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S., Römkens, R. y Lagro-Janssen, T. (2007). Utilisation of health care by women who have suffered abuse: a descriptive study on medical records in family practice. *British Journal of General Practice*, 57(538), 396-400. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2047015/>
- Macy, R., Ferron, J. y Crosby, C. (2009). Partner Violence and Survivors' Chronic Health Problems: Informing Social Work Practice. *National Association of Social Workers*, 29-43. <https://doi.org/10.1093/sw/54.1.29>
- Mason, S. M., Canney, S., Neumark-Sztainer, D., Ayour, N. y Eisenberg, M. E. (2017). Intimate Partner Violence and 5-Year Weight Change in Young Women: A Longitudinal Study. *Journal of Women's Health*, 26(6), 677-682. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5909>
- Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16(3), 397-401. <https://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3009>
- McNutt, L. A., Carlson, B., Persaud, M. y Postmus, J. (2002). Cumulative Abuse Experiences, Physical Health and Health Behaviors. *Annals of Epidemiology*, 12(2), 123-130. [https://doi.org/10.1016/S1047-2797\(01\)00243-5](https://doi.org/10.1016/S1047-2797(01)00243-5)
- Medina Cueva, M. C., Argüello Yonfá, E. D. y Costales Zavgorodniaya, A. I. (2020). Violencia vivida y presenciada durante la infancia de mujeres víctimas de violencia de pareja íntima: una revisión narrativa de la literatura. *Revista Carácter*, 8 (1). <https://doi.org/10.35936/caracter.v8i1.71>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2016). Código de Ética. http://instituciones.msp.gob.ec/somossalud/images/documentos/guia/Doc_Codigo_Etica.pdf
- Morey, L. (2012). *Manual de aplicación, corrección e interpretación del PAI-Inventario de Evaluación de la Personalidad* (2da edición). Madrid: TEA Ediciones.
- Nair, S., Satyanarayana, V. A. y Desai, G. (2020). Prevalence and clinical correlates of intimate partner violence (VPI) in women with severe mental illness (SMI). *Asian Journal of Psychiatry*, 52, 102-131. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102131>
- Nathanson, A. M., Shorey, R. C., Tirone, V. y Rhatigan, D. L. (2012). The Prevalence of Mental Health Disorders in a Community Sample of Female Victims of Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*, 3(1), 59-75. <https://doi.org/10.1891/1946-6560.3.1.59>
- Organización Naciones Unidas Mujeres (2020). Prevención de la violencia contra las mujeres frente a covid-19 en América Latina y el Caribe. https://lac.unwomen.org/sites/default/files/Field%20Office%20Americas/Documentos/Publicaciones/2020/05/ES_Preencion%20de%20violencia%20contra%20las%20mujeresBRIEF%20espanol.pdf
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M. y Santamaría, P. (2015). Spanish and Chilean Standardizations of the Personality Assessment Inventory: the Influence of Sex. *Spanish Journal of Psychology*, 18(48), 1-12. <https://doi.org/10.1017/sjp.2015.57>
- Ortiz-Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M. y Santamaría, P. (2017). Fiabilidad del Inventario de evaluación de la personalidad (PAI) en contextos chilenos y diferencias entre población general y clínica. *Revista Mexicana de Psicología*, 34(2), 110-124. <https://www.redalyc.org/pdf/2430/243057743004.pdf>
- Patrón Hernández, R., Corbalán Berná, F. J. y Limiñana Gras, R. M. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*, 23(1), 118-124. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/23121>
- Pico-Alfonso M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: the major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and biobehavioral reviews*, 29(1), 181-193. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.08.010>
- Pigeon, W. R., Cerulli, C., Richards, H., He, H., Perlis, M. y Caine, E. (2011). Sleep disturbances and their association with mental

- health among women exposed to intimate partner violence. *Journal of women's health*, 20(12), 1923–1929. <https://doi.org/10.1089/jwh.2011.2781>
- Plichta, S. (1992). The effects of woman abuse on health care utilization and health status: a literature review. *Women's Health Issues*, 2(3), 154-163. [https://doi.org/10.1016/S1049-3867\(05\)80264-6](https://doi.org/10.1016/S1049-3867(05)80264-6)
- Polo Usaola, C. y López Gironés, M. (2003). Atención psicológica a la mujer víctima de malos tratos. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 12, 1-9. https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2007m3n12/rceap_a2007m3n12a8.pdf
- Raya Ortega, L., Ruiz Pérez, I., Plazaola Castaño, J., Brun López-Abisa, S., Rueda Lozano, D., García de Vinuesa, L., González Barranco, J. M., Garralon Ruiz, M., Arnalte Barrera, M., Lahoz Rallo, B., Acemel Hidalgo, M. D. y Carmona Molinae, M. P. (2004). Intimate Partner Violence as a Factor Associated to Health Problems. *Atención Primaria*, 34(3), 117-124. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(04\)79480-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(04)79480-9)
- Rivas-Rivero, E. y Bonilla-Algovia, E. (2020). Salud mental y miedo a la separación en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11 (1), 54-67. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.035>
- Rubio Castro, A., Gil Ruiz, J. M., Paz Rodríguez, J. I., Peralta López, E., Alonso Hernández, C. y Gila Ordóñez, P. (2009). Intervención profesional con mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito de la educación. *Fundación Andaluza Fondo de Formación y Empleo. Consejería de Empleo. Junta de Andalucía*. https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/MODULO_2_Intervencion_profesional_con_mujeres_victimas_de_violencia_de_genero_en_el_ambito EDUCATIVO.pdf
- Soleimani, R., Ahmadi, R. y Yosefnezhad, A. (2017). Health consequences of intimate partner violence against married women: a population-based study in northern Iran. *Psychology, Health & Medicine*, 22(7), 845-850. <https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1263755>
- Stover, J. B., Solano, A. C. y Liporace, M. F. (2015). Personality Assessment Inventory: Psychometric Analyses of its Argentinean Version. *Psychological Reports*, 117(3), 799–823. <https://doi.org/10.2466/08.03.PR0.117c27z2>
- Torres, M. A., García Más, M. P., Rebollida, M. y Valdés, R. (2001). Malos tratos sobre mujeres de la provincia de Valencia. *Salud y drogas*, 1(2), 205-244. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83910205>
- Torres Giménez, A. (2014). *Violencia de pareja: detección, personalidad y bloque de la huida*. (Tesis Doctoral). Universitat de Barcelona. https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/313041/ATG_TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vieyra Moreno, C. I., Gurrola Peña, G. M., Balcázar Nava, P., Bonilla Muñoz, M. P. y Virseda Heras, J. A. (2009). Estado de salud mental en mujeres víctimas de violencia conyugal que acuden a la procuraduría general de justicia del estado de México. *Psicología Iberoamericana*, 17(1), 57-64. <https://doi.org/10.48102/pi.v17i1.277>
- Vilariño, M., Amado, B. G., Vázquez, M. J. y Arce, R. (2018). Psychological harm in women victims of intimate partner violence: Epidemiology and quantification of injury in mental health markers. *Psychosocial Intervention*, 27(3), 145-152. <https://doi.org/10.5093/pi2018a23>
- Villarejo Ramos, A. (2005). Agresión a la mujer como factor de riesgo múltiple de depresión. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 5(1-3), 75-86. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2382715>
- Zara, G. y Gino, S. (2018). Intimate partner violence and its escalation into femicide. Frailty thy name is “Violence Against Women”. *Frontiers in Psychology*, 9:1777. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01777>

Recibido: 16 de noviembre de 2020

Aceptado: 15 de junio de 2022