

Psicología Iberoamericana

ISSN: 1405-0943

psicología.iberoamericana@uia.mx

Universidad Iberoamericana, Ciudad de

México

México

Vieyra Moreno, Claudia Ivette; Gurrola Peña, Gloria Margarita; Balcázar Nava, Patricia; Bonilla Muñoz,
Martha Patricia; Virseda Heras, José Antonio
Estado de Salud Mental en Mujeres Víctimas de Violencia Conyugal que acuden a la Procuraduría
General de Justicia del Estado de México
Psicología Iberoamericana, vol. 17, núm. 1, enero-junio, 2009, pp. 57-64
Universidad Iberoamericana, Ciudad de México
Distrito Federal, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133912613007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Estado de Salud Mental en Mujeres Víctimas de Violencia Conyugal que acuden a la Procuraduría General de Justicia del Estado de México

Mental Health Condition among Women Victims of Conjugal Violence who attend to the Procuraduría General de Justicia of the State of Mexico

Claudia Ivette Vieyra Moreno, Gloria Margarita Gurrola Peña, Patricia Balcázar Nava, Martha Patricia Bonilla Muñoz y José Antonio Virseda Heras
Universidad Autónoma del Estado de México

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo conocer y describir el estado de salud mental de las mujeres víctimas de violencia conyugal. Se trabajó con una muestra no probabilística de tipo intencional, compuesta por 30 mujeres que aún permanecen con sus parejas y que acuden a la Procuraduría General de Justicia del Estado de México. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron el SCL-90-R (Derogatis, Lipman y Covi, 1977) y el DASS-21 de Lovibond y Lovibond (1995). Los resultados indican que las mujeres muestran cierto grado de afectación en el factor somatización con el valor más alto; seguido de sensibilidad interpersonal y psicoticismo así como de depresión. Estos hallazgos confirman que los efectos de una vida en violencia van más allá de los daños físicos, ya que impactan directamente en la salud mental de las mujeres que la padecen.

Descriptores: salud mental, violencia conyugal, mujeres, depresión.

ABSTRACT

The main goal of this research is to understand and describe the mental health conditions of women who are victims of conjugal violence. A non-intentional probabilistic simple of 30 women victims of conjugal violence was used, they are still living with their couples and attend to the Procuraduría General de Justicia of the State of Mexico. The evaluating instruments used for this research were the scl-90-r (Derogatis, Lipman and Covi, 1975), as well as the dass-21 (Lovibond and Lovibond). The results indicate in their highest value that these women have degree of affection within the somatic factor, followed by interpersonal sensitivity and psychotic state as well as depression. Considering this, it is possible to confirm that the effects of a live which presents violence go beyond the physical injuries because of the fact the they impact directly on women's mental health who suffer from such violence.

Key Words: mental health, violence conjugal, women, depression.

INTRODUCCIÓN

El hombre es una unidad cuerpo y mente, una organización de estructuras, sistemas y funciones unidas en una estructura corporal, en una sola personalidad. Todos los órganos, aparatos y sistemas que lo constituyen desempeñan un papel trascendente tanto en el proceso

físico, como en el mental. En todos los individuos se encuentran completamente ligados el proceso físico y el proceso mental; es decir, son interdependientes; por tanto, se puede afirmar que el organismo humano es un mecanismo integrado y unitario; es una unidad psicosomática.

¹ Para correspondencia. Facultad de Ciencias de la Conducta, Universidad Autónoma del Estado de México. Dirección Filiberto Gómez, S/N, C.P. 50010, Toluca, Estado de México. Tel. (01) 7222 16 74 70. Patricia Balcázar, e-mail: pbalczarnava@hotmail.com, Margarita Gurrola, e-mail: mgurrolaunid@hotmail.com. Patricia Bonilla, e-mail: patyb@prodigy.net.mx.

En los últimos años se ha puesto de relieve el papel fundamental de los factores psicológicos y sociales en los problemas de salud pública. En virtud de estos hallazgos y observaciones se puede decir que la salud mental es uno de los ejes en torno a los cuales gira la salud integral (De la Fuente, Medina-Mora & Caraveo, 1997). De esta forma se debe tener presente que para todas las personas, tanto la salud física como la mental y el bienestar social, son componentes vitales inextricablemente ligados. Con el desarrollo del conocimiento acerca de esta interacción, la noción de salud mental es uno de los aspectos cruciales para asegurar el bienestar general de los individuos y se le puede definir como el estado de bienestar que permite a éstos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva, y hacer una contribución significativa a sus comunidades (Organización Mundial de la Salud, OMS, 2006).

Por otro lado, el fenómeno de la violencia dentro del ámbito familiar, no es un problema reciente. Los análisis históricos revelan que ha sido una característica y una práctica de la vida familiar, tolerada y aceptada desde tiempos remotos. Tampoco es un fenómeno aislado como durante tanto tiempo la sociedad se ha empeñado en creer. El análisis histórico de este problema social revela que se trata de un comportamiento aprendido, que se transmite de una generación a otra a través de los canales habituales: la familia, el juego, el deporte, las instituciones educativas y últimamente, con el poderoso refuerzo de los medios de comunicación (Corsi, 1994).

La violencia conyugal es definida como el acto abusivo de poder u omisión intencional, dirigido a dominar, someter, controlar o agredir de manera física, verbal, psicológica, patrimonial, económica y sexual a quien es agredido, dentro o fuera del domicilio familiar, donde el agresor tiene o ha tenido relación de matrimonio, concubinato, mantengan o hayan mantenido una relación de hecho (*Diario Oficial de la Federación*, DDF, 2007).

Así, la violencia conyugal tiene diversas manifestaciones, se vale de distintos medios y produce también consecuencias variadas. Ahora se reconoce que la violencia no se agota con los golpes ni con los daños materiales. Al tomar en cuenta la naturaleza del daño ocasionado y los medios empleados, la violencia puede clasificarse en:

1. **Violencia física.** Es la más evidente y se manifiesta de manera patente: el daño se marca en el cuerpo de la víctima. En esta clasificación se incluyen los golpes de cualquier tipo, heridas, mutilaciones y homicidios. La violencia física deja una huella, aunque no siempre sea visible. En ocasiones produce lesiones físicas internas que sólo pueden ser identificables tras un periodo más o menos prolongado y que incluso pueden ocasionar la muerte. Los medios empleados en la violencia física implican el sometimiento corporal, ya sea porque el agresor utilice armas o su propio cuerpo (Torres, 2001).
2. **Violencia psicológica.** Se caracteriza porque tanto el daño producido como los medios utilizados pueden ubicarse en la esfera emocional. Aquí, el derecho que se vulnera es el de la integridad psíquica y sólo la víctima puede referir sus sensaciones y malestares. Quienes sufren violencia psicológica no sólo ven reducida su autoestima en la medida en que experimentan continuamente el rechazo, el desprecio, la ridiculización y el insulto, sino que en muchas ocasiones sufren también alteraciones físicas. Todo ello como respuesta fisiológica, cuyo origen se ubica en la esfera emocional. De esta forma es evidente que quien ejerce violencia psicológica actúa con la intención de humillar, insultar, degradar; en pocas palabras, actúa para que la otra persona se sienta mal. Entre los medios utilizados pueden mencionarse la mordacidad, la mentira, la ridiculización, el chantaje, los sarcasmos relacionados con el aspecto físico, las ideas o los gustos de la víctima, el silencio, las ofensas, las bromas hirientes, el aislamiento y las amenazas de ejercer otras formas de violencia. Así, la violencia psicológica, además de estar presente en las otras variantes, es la única que puede presentarse de manera aislada; por ello se insiste en su especificidad (Torres, 2001).
3. **Violencia sexual.** Tiene diversas manifestaciones, aunque la más evidente es la violación, que consiste en la introducción del pene dentro de la víctima mediante el uso de fuerza física o moral. La violación es la forma más brutal y contundente de la violencia sexual, pero no es

la única. También se incluyen en esta categoría los tocamientos en el cuerpo de la víctima, el hecho de obligarla a tocar el cuerpo del agresor y en general a realizar prácticas sexuales que no desea, burlarse de su sexualidad y acosarla (Torres, 2001). La violencia sexual en contra de las mujeres no es un dato nuevo en la historia. Lamentablemente existe un número muy pequeño de estudios relacionados con la violencia sexual (Dunne & Power, 1990; Glantz & Halperin, 1996; Turk & Brown, 1992; citados en Hadi, 2000). Esto se debe probablemente a que la investigación propicia para llegar a conocer este aspecto tan delicado de la conducta humana es sumamente difícil. Entre los estudios disponibles, los resultados más aproximados de su prevalencia en la violencia difieren ampliamente. De esta forma, en diferentes sociedades la violación conyugal fue reportada en Bolivia con 56%; Puerto Rico y Colombia con 46% (Ficshback & Herbert, 1997; en Hadi, 2000).

4. **Violencia económica.** Se refiere a la disposición efectiva y al manejo de los recursos materiales (dinero, bienes, valores), sean propios o ajenos, de forma tal que los derechos de otras personas sean trasgredidos. Así, ejerce violencia económica quien utiliza sus propios medios para controlar y someter a los demás, así como el que se apropiá de los bienes de otra persona con esa finalidad. Quizás en esta variante se aprecia con mayor claridad que la violencia puede ser un acto o una omisión, un acto de violencia económica es robar o destruir un objeto, en tanto que una omisión puede consistir en la privación de los medios para satisfacer las necesidades básicas: alimentación, vestido, recreación, vivienda, educación y salud (Torres, 2001).

De esta forma resulta evidente que durante siglos, la violencia conyugal ha sido un crimen oculto dentro del hogar y que, hasta hace solamente apenas unos años, que ha trascendido a la esfera pública y se han comenzado a realizar acciones para investigarla, estudiarla, comprenderla y combatirla.

Como lo menciona Marchiori (2006), el conocimiento y comprensión de un vasto sector de víctimas

en el mismo grupo familiar comenzó a evidenciarse con los estudios sobre violencia conyugal, en específico con mujeres golpeadas, conducta caracterizada por violencia física, psíquica y sexual. Por tradición, ha existido una inhibición en las instituciones para intervenir en la privacidad del hogar; sobre todo, el concepto cultural de que la mujer debe obedecer al hombre ha permitido que la violencia conyugal estuviera silenciada. Aparecía sólo en los casos de gravísimas lesiones o de homicidios. No obstante, en los últimos años comenzaron a manifestarse, a través de investigaciones, las características de esta violencia conyugal, las modalidades de los ciclos de violencia que sufre la mujer, el síndrome de la mujer golpeada, la personalidad del golpeador y la de la víctima. Los trabajos en este ámbito y que son reportados por este autor, se destacan, son los siguientes:

- Leonore Walter, quien habla sobre el síndrome de la mujer golpeada y el ciclo de la violencia conyugal.
- Midred Pagelow, que realizó investigaciones sobre mujeres golpeadas y los motivos por los cuales permanecían en sus hogares; no obstante, la violencia que padecían, se relacionaba con el ambiente social y cultural.
- Richard Geles, quien ha realizado estudios sobre las características y frecuencia de la violencia familiar.
- Murria Straus, quien realizó investigaciones sobre la mujer golpeada (cómo y por qué de la violencia).
- Suzanne Steinmetz, quien realizó diferentes aportaciones acerca del síndrome de la mujer golpeada.
- Del Martín, quien reporta una de las obras más completas sobre el tema y que versa sobre el silencio que caracterizan las crisis de esa violencia.

Siguiendo a Marchiori (2006), en Latinoamérica han sido fundamentales los siguientes trabajos:

- Cristina Vila de Gerlic, con sus trabajos sobre la violencia familiar, específicamente de la mujer golpeada y cuyos hallazgos han constituido una de las bases para la asistencia en Buenos Aires.

- Sus publicaciones están vinculadas al tratamiento de esta violencia familiar.
- Ana Giller, desde una perspectiva terapéutica, su experiencia está basada en su labor interdisciplinaria en un hospital de emergencias psiquiátricas, donde coordina los grupos que asisten con sus familias con esta problemática violenta.
 - Julia Sabido, criminóloga mexicana, que ha realizado una investigación sobre el delito de violación, contribuyendo al conocimiento del delito, del autor y de la víctima.
 - María de la Luz Lima, se refiere a las víctimas en sus trabajos criminológicos. En una de sus notables publicaciones criminológicas, desarrolla los aspectos de victimización de la mujer, el síndrome de la mujer golpeada, la prostitución como una forma específica de victimización y la senectud como una etapa donde también se da la violencia.

Los trabajos precedentes ponen de manifiesto que el lugar que se consideraba más seguro, el hogar, es precisamente el sitio en el cual se tiene en muchas ocasiones más exposición a situaciones de violencia. Es en este marco donde idealmente la protección y afecto son la constante, millones de personas padecen toda clase de sufrimiento gracias a la violencia entre los integrantes de la familia. La violencia en casa existe, no es producto de la imaginación ni tampoco una situación excepcional. Como lo menciona Torres (2001, pp. 17).

La violencia conyugal afecta a mujeres que han incorporado el miedo a su forma de vida: miedo a los golpes a los insultos, al silencio condenatorio, a las reacciones del marido; miedo de hablar, de hacer o decir cualquier cosa que pueda desencadenar una situación de violencia: miedo de pensar en sí mismas, de expresar y aún de identificar sus propias necesidades. En suma miedo de vivir.

A veces se alude al tema como algo que no se quiere registrar, como un tumor maligno en el cual no se quiere ni pensar, lo que la sociedad no quiere ver. Por supuesto, tampoco se quiere hablar de ello; más bien se ha tratado de poner distancia. Pero el silencio es más complicado que eso. Aunque parezca paradójico, el hecho de no querer ver ni comentar significa que

ya se ha dado un paso importante: el de reconocer un acto como violento, se evita confrontar lo que molesta, lo que lastima, lo que arremete o incomoda de alguna o de muchas maneras (Torres, 2001).

Por otra parte, los estudios e investigaciones que se han realizado acerca del estado de salud mental en las mujeres que son víctimas de violencia conyugal son mucho menos numerosos que los que se han enfocado en los daños físicos que sufren las mismas (que de hecho también son muy graves y de ninguna manera se pretende restarles importancia). En cualquier caso, se sabe que todos los tipos de violencia –física, económica, sexual y psicológica– ejercidos en contra de la mujer tienen un único factor común: el daño que se provoca en la salud mental de la mujer.

Las investigaciones realizadas sobre los problemas mentales, de comportamiento y sociales más generalizados en la comunidad han revelado que las mujeres son más propensas que los hombres a padecer trastornos mentales específicos. Los más comunes son la ansiedad, la depresión, las secuelas de la violencia doméstica y sexual, y el consumo de sustancias, que está aumentando vertiginosamente (OMS, 2006). A pesar de las limitaciones de las investigaciones, un número considerable de estudios han sido realizados para establecer una relación entre la violencia doméstica y la salud mental. Roberts, en 1998 usó una combinación de la Conflict Tactics Scale, un instrumento estandarizado en investigaciones psicosociales (Straus, 1979; en Masson, 2003), así como la obtención de detalles demográficos y relaciones médicas para investigar el impacto de la violencia doméstica en la salud mental de las mujeres. La muestra fue de 358 mujeres, quienes fueron tratadas en la sección de cuidados primarios para accidentes y emergencias. De las 358 mujeres, 49.4% reveló una historia de violencia doméstica. Del 49.4%, el 40.0% tuvo una experiencia de violencia doméstica dentro de los 12 meses previos. Los resultados del estudio revelaron que las mujeres que experimentaron violencia doméstica tuvieron 4.7 veces más probabilidades de sufrir ansiedad, comparadas con aquellas que no tuvieron experiencias de abusos; tres veces más probabilidades de sufrir depresión, y 2.7 más probabilidades de tener fobias (Masson, 2003).

En conclusión, se puede decir que la violencia ejercida en contra de la mujer es una de las más vergonzosas

faltas a los derechos humanos; incluso uno de los fenómenos más devastadores de la sociedad, una verdadera pandemia que afecta la dignidad, la salud física y mental y en consecuencia, la vida de millones de personas. Es por lo anteriormente mencionado que la presente investigación tiene como objetivo conocer el estado de salud mental de las mujeres que son víctimas de violencia conyugal.

MÉTODO

Participantes

Se trata de un estudio de tipo descriptivo en el que se utilizó un muestreo no probabilístico conformado por mujeres que en el momento de la investigación eran víctimas de violencia conyugal y que acudían a los servicios de la Unidad de Atención a Víctimas del Delito de la Procuraduría General de Justicia del Estado de México (PGJEM); los criterios de selección para las participantes eran: ser mujeres víctimas de violencia conyugal, que permanecieran en la relación violenta y que acudieran a consulta psicológica a las Unidades de Atención, integrándose la muestra con 30 personas sin que interesarla su religión, nivel socioeconómico o el nivel educativo.

Instrumentos

Para la obtención de los datos se utilizaron los siguientes instrumentos:

1. Para el presente trabajo, se utilizó el Cuestionario Symptom Checklist-90 R (Derogatis, Lipmann & Covi, 1977), que fue traducido y adaptado al español por Martínez-Higueras y Ávila-Espada. La adaptación a la población mexicana (Vieyra-Moreno, Gurrola-Peña, Balcázar-Nava, Bonilla-Muñoz & Virseda-Heras, 2007) se realizó con una muestra de población abierta no clínica de 750 hombres y 750 mujeres habitantes del Estado de México y mayores de 18 años. El instrumento final estuvo compuesto por 40 reactivos que en su conjunto reportan 42.60% de varianza explicada y un coeficiente alpha de Cronbach de 0.93, en una escala tipo likert con cinco opciones de respuesta que van de “nada en absoluto” a “mucho o extremada-

mente”; de este modo, cada respuesta tiene un rango de uno a cinco puntos. El participante debe elegir aquella alternativa que mejor describa los problemas o molestias que haya presentado en las últimas semanas anteriores a la aplicación. No posee tiempo límite para contestar, aunque en promedio se completa en 20 minutos, en administración individual y con el uso de lápiz y papel. El SCL-90 mide síntomas de somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, fobias y psicoticismo; agrupados en ocho dimensiones sintomáticas y es un autoinforme clínico dirigido a la conducta sintomática de pacientes psiquiátricos ambulatorios.

2. El Cuestionario Depresión Anxiety Stress Scales o DASS-21, de Lovibond y Lovibond (Henry y Crawford, 2005; Lovibond y Lovibond, 1995), en su versión adaptada al español para población mexicana por Gurrola, Balcázar, Bonilla y Virseda (2006), que consta de 14 reactivos en una escala tipo likert, con cuatro opciones de respuesta que van de “no se aplica en nada a mí”, a “se aplica mucho a mí o la mayor parte del tiempo”. Los reactivos están agrupados en tres factores que corresponden a depresión, ansiedad y síntomas físicos. Las propiedades psicométricas reportadas para la población mexicana fueron 46.5% de varianza explicada y un índice de consistencia interna (alpha de Cronbach) de 0.86 para el instrumento total.

Procedimiento

Los cuestionarios fueron aplicados de manera individual a las mujeres que acudían a consulta psicológica de las Unidades de Atención a Víctimas del Delito de la PGJEM, conforme se presentaban a solicitar ayuda. Una vez obtenidos los datos, éstos fueron procesados utilizando el paquete estadístico SPSS, para obtener las medias y desviaciones estándares.

Resultados

Una vez obtenidas las medias y desviaciones estándares de ambos instrumentos, de acuerdo con el puntaje obtenido por las mujeres en la escala SCL-90-R, el factor *somatización* fue el que obtuvo una media más

alta, con un valor de 1.4; los factores de sensibilidad interpersonal y psicoticismo obtuvieron cada uno 1.3 de media, mientras que el factor *depresión* obtuvo una media de 1.1. Cabe resaltar que los factores: *obsesivo-compulsivo, miedo, hostilidad, ansiedad fóbica y ansiedad* obtuvieron valores inferiores a 1.0 (tabla 1).

Tabla 1. Estadística descriptiva del SCL-90 en la muestra de mujeres víctimas de violencia que acuden a la PGJEM

Factor SCL-90	Media	Desv. Est.
Somatización	1.4	.5
Depresión	1.1	.4
Sensibilidad interpersonal	1.3	.4
Psicoticismo	1.3	.4
Obsesivo-compulsivo	.6	.2
Miedo-hostilidad	.4	.2
Ansiedad fóbica	.9	.4
Ansiedad	.5	.2

Las medias obtenidas del instrumento DASS-21 indican que para el factor *depresión*, el valor promedio fue de 1.4, mientras que para los factores de *ansiedad y estrés* respectivamente, sus valores fueron inferiores a 1.0 (tabla 2).

Tabla 2. Estadística descriptiva del DASS-21 en la muestra de mujeres víctimas de violencia que acuden a la PGJEM

Factor DASS-21	Media	Desv. Est.
Depresión	1.4	.5
Ansiedad	.9	.2
Estrés	.8	.2

Discusión

Las principales características de la somatización según la CIE (Organización Panamericana de la Salud, OPS, 1996) son los síntomas físicos múltiples, recurrentes y cambiantes, que duran por lo menos dos años. La ma-

yoría de los pacientes que presentan esta sintomatología ha tenido una larga y complicada historia de contactos con los servicios de atención médica primaria y especializada, durante la cual pueden haberse realizado muchos análisis negativos de laboratorio o exploraciones infructuosas. Los síntomas pueden referirse a cualquier parte o sistema corporal, la evolución del trastorno es crónica y fluctuante y a menudo se asocia con una alteración del comportamiento social, interpersonal y familiar. Esta afección refleja el malestar procedente de percepciones del mal funcionamiento del cuerpo; comprende el sistema cardiovascular, gastrointestinal, y respiratorio; también se caracteriza por dolores de cabeza, de espalda y malestares localizados en la musculatura.

En la presente investigación se pudo encontrar que los factores en los que las mujeres que son víctimas de violencia conyugal tienen un mayor grado de afectación en su salud mental son las áreas de somatización, depresión, sensibilidad interpersonal y psicoticismo. Así entonces, resulta evidente que las mujeres que son víctimas de abuso de cualquier tipo por parte de su pareja presentan síntomas físicos como consecuencia de la afectación que tienen en su salud mental. Estos efectos pueden verse reflejados a través de la presencia de una salud deficiente, percepción de una baja calidad de vida y un mayor uso de los servicios de salud. Esto corrobora los hallazgos reportados por algunos estudios realizados (Encuesta Nacional Sobre Violencia contra las Mujeres, ENVIM, Instituto Nacional de Salud Pública, INSP, 2003; OPS, 1996), que indican que una característica importante del perfil de salud de las mujeres que son víctimas de violencia conyugal, es lo relativo a las alteraciones de la salud emocional, en particular, la depresión, trastornos que son causa importante de pérdida de años de vida saludable entre las mujeres en edad reproductiva.

En lo referente a la depresión como uno de los trastornos que más aqueja a estas mujeres, la depresión es definida por Hales (2000), como un curso clínico caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores, los cuales consisten en períodos de al menos dos semanas durante los que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades. El sujeto debe también experimentar, al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluyen cambios de apetito o peso, del

sueño y de la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones y pensamientos recurrentes de muerte o ideación; planes o intentos suicidas. Cabe resaltar que en el presente estudio, el factor *depresión* resultó ser común en ambos instrumentos como un factor predominante de patología en la salud mental de las mujeres que son víctimas de violencia conyugal. Este resultado concuerda con los estudios realizados al respecto, que indican que vivir o haber vivido violencia deja secuelas psicológicas que se traducen en sintomatología depresiva mayor (Cascardi, O'Leary & Schlee, 1999; Gleason, 1998; Simpson, Doss, Wheeler & Christensen, 2007).

Por otra parte, el psicotísmo es un trastorno caracterizado por el comienzo agudo de síntomas psicóticos: delirios, alucinaciones y perturbaciones de la percepción, así como una grave alteración del comportamiento habitual del paciente. Se define como agudo el desarrollo creciente de un cuadro clínico claramente anormal, en el lapso de dos semanas o menos y no hay evidencias de una causalidad orgánica en estos trastornos. A menudo hay desconcierto y perplejidad, pero la desorientación en tiempo, espacio y persona no es lo suficientemente persistente o severa para justificar el diagnóstico de delirio de causa orgánica; habitualmente hay recuperación completa en el lapso de unos pocos meses, a menudo en el término de pocas semanas o incluso, de pocos días. El trastorno puede o no estar asociado a estrés agudo, definido como acontecimientos estresantes que preceden el comienzo de la enfermedad en una o dos semanas (OPS, 1996). Es pertinente aclarar que el cuadro clínico de psicotísmo no se presenta como tal en la mujer que es víctima de violencia conyugal, sino que se observa en las primeras etapas de las consecuencias, que hay una reacción inmediata que suele ser de conmoción, paralización temporal y negación de lo sucedido, seguidas de aturdimiento, desorientación y sentimientos de soledad; tras esa primera etapa de desorganización, las reacciones frente a la victimización suelen cambiar. Los sentimientos de la víctima pueden pasar de un momento a otro, del miedo a la rabia, de la tristeza a la euforia y de la compasión de sí misma al sentimiento de culpa (Corsi, 2004). Estos efectos se presentan en diferentes etapas y es Lorente (2001) quien indica que en las

consecuencias psíquicas se distinguen dos momentos: tras la agresión y las alteraciones que aparecen a largo plazo, derivadas de la repetición de las agresiones.

CONCLUSIONES

Del mismo modo que la agresión no comienza con el primer golpe sino que ésta viene precedida por la desconsideración, la intimidación, el menoscenso, el rechazo, el maltrato psicológico, conductas que van debilitando a la mujer para que su reacción sea menor ante la agresión física; el daño tampoco termina con el último golpe.

Así, más allá de las lesiones físicas, la mujer que es víctima de violencia conyugal siente traspasar el límite de su inviolabilidad personal y además se genera en ella un sentimiento de inferioridad e impotencia. El hecho de ser el blanco de este delito le acarrea experiencias traumáticas: desorganización de la conducta, incredulidad o negación de lo vivido, conmoción, depresión y sobre todo, miedo.

Siempre hay que tener presente que, en la salud mental de la mujer, pueden influir ciertos factores que son predisponentes y los cuales la hacen más vulnerable a padecer trastornos psicológicos en su vida. Aunado con esto se puede mencionar también el rol que desempeña en la sociedad, como por ejemplo ser ama de casa, con todo lo que esto implica, ya que la crianza de los hijos implica una carga fuerte tanto física como mentalmente.

Si a los factores anteriormente mencionados se les suma la violencia que es ejercida contra ella por parte de su pareja, entonces se crea una situación completamente favorecedora para causar daños en su salud mental. Estos daños pueden ser desde leves, hasta severos que comprometan su integridad y hasta su vida, causando serios problemas en la salud mental de ellas y de las personas que las rodean.

Es por lo anteriormente mencionado que se consideró importante realizar el presente trabajo de investigación, en el que los resultados revelan que la salud mental de las mujeres se ve afectada debido a la violencia de la cual son víctimas, hallazgos que confirman los resultados de estudios diferentes que se han realizado al respecto del tema.

REFERENCIAS

- Cascardi, M., O'Leary, D. & Schlee, K. A. (1999). Co-occurrence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression in Physically Abused Women. *Journal of Family Violence*, 14, 3, 227-249.
- Corsi, J., (1994). *Violencia familiar, una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (2004). *Maltrato y abuso en el ámbito doméstico. Fundamentos teóricos para el estudio de la violencia en las relaciones familiares*. Buenos Aires: Paidós.
- Derogatis, L. R. Lipman, S & Covi, S. (1977). Confirmation of the Dimensional Structure of the SCL 90. A Study in Construct Validation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 17-26.
- De la Fuente, R. Medina-Mora M. & Caraveo, J. (1997). *Salud mental en México*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gleason, W. J. (1998). Mental Disorders in Battered Women: an Empirical Study. *Violence and victims*, 8, 53-68.
- Gurrola, G. L., Balcázar, P. Bonilla, M. P. & Virseda, J. A. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de Depresión, Ansiedad y Éstres (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*, 8, 2, 3-7.
- Hadi, A. (2000). Prevalence and Correlates of the Risk of Marital Sexual Violence in Bangladesh. *Journal of the Interpersonal Violence*, 15, 8, 787-805.
- Hales, R. E. (2000). *Tratado de Psiquiatría*. Barcelona: Masson.
- Henry, J. D. & Crawford J. R. (2005). The Short-Form of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Construct Validity and Normative Data in a Large Non-Clinical Sample. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 2, 1623-1628.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Lovibond, S. & Lovibond, P. (1995). *Manual for the depression Anxiety Scales*. Sydney: Psychology Foundation.
- Marchiori, H.(2006). *Criminología. La víctima del delito*. México: Porrúa.
- Masson, A.(2003). Domestic Violence and Women's Mental Health. *Mental Health Nursing*, 23, 2, 8-12.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS)(2006). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2006). Estudio multipaís de la oms sobre salud de la mujer y violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe de la oms 2005. Disponible en (http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportspanishlow.pdf). Consultado el 6 de septiembre de 2007.
- Simpson, L. E., Doss, B. D., Wheeler, J. & Christensen, A. (2007). Relationship Violence Among Couples Seeking Therapy: Common Couple Violence or Battering?. *Journal of Marital and Family Therapy*, April, 34-56.
- Torres, M. (2001). *La violencia en casa*. México: Paidós.
- Vieyra-Moreno, C. I., Gurrola-Peña, G. M., Balcázar-Nava, P., Bonilla-Muñoz, M. P. & Virseda-Heras, J. A. Adaptación del Cuestionario Symptom Checklist-90 en población mexicana. Artículo inédito.