
Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja

Psychological consequences in women victims of partner violence

Recibido: 20 de noviembre 2019, Evaluado: 27 de enero 2020, Aceptado: 30 de abril 2020

José Luis Colque Casas
psicjosecol@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-6796-6868>
Instituto de Investigación en psicología Forense y Criminología

Como citar el artículo

Colque Casas, J. (2020). Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. Revista EDUCA UMCH, (15), 64-79
<https://doi.org/10.35756/educaumch.202015.129>



Esta obra está bajo una licencia internacional Creative Commons Atribución 4.0.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo general determinar las consecuencias psicológicas de las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja. El diseño de estudio fue no experimental, transversal de alcance descriptivo. Se trabajó con una muestra de 108 mujeres que denunciaron a sus parejas por violencia en la provincia constitucional del Callao durante los años 2018 y 2019, cuya muestra estuvo constituida por 108 mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja. Se utilizó la Lista de Chequeo de Síntomas de Distrés SCL-90 R de Derogatis, la cual identifica síntomas psicológicos mediante nueve dimensiones y tres índices globales de distrés. Entre los resultados en cuanto al sufrimiento psicológico en las víctimas de maltrato por parte de sus parejas: esta es superior a la de los pacientes psiquiátricos ambulatorios. Por otra parte, en cuanto a las dimensiones de síntomas primarios, sobresalen: la depresión ($X=1,81$), la obsesión – compulsión ($X=1,74$), la ansiedad ($X=1,70$) y la somatización ($X=1,69$). En tanto que los índices globales totales: las mujeres víctimas de maltrato presentan en promedio 56 síntomas positivos. Y se llegó a concluir que los síntomas psicológicos que presentan las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja se encuentran por encima de la población psiquiátrica ambulatoria (52,03), la cual se respalda con la cantidad promedio de síntomas positivos encontrados (56). Las dimensiones que sobresalen en estas mujeres víctimas por parte de su pareja son: la depresión, obsesión – compulsión, ansiedad y somatización.

Palabras clave: *consecuencias psicológicas, mujeres víctimas, violencia de pareja.*

Summary

The study aimed to determine the psychological consequences of women victims of violence by their partner. The study design was non-experimental, cross-sectional in descriptive scope. We worked with a sample of 108 women who denounced their partners for violence in the constitutional province of Callao during the years 2018 and 2019, whose sample consisted of 108 women victims of violence by their partner. Derogatis SCL-90 R District Symptoms Checklist was used, which identifies psychological symptoms using nine dimensions and three global indexes of distress. Among the results regarding psychological suffering in victims of abuse by their partners: this is superior to that of outpatient psychiatric patients. On the other hand, regarding the dimensions of primary symptoms, the following stand out: depression ($X = 1.81$), obsession - compulsion ($X = 1.74$), anxiety ($X = 1.70$) and somatization ($X = 1.69$). While the total global indexes: women victims of abuse have an average of 56 positive symptoms. And it was concluded that the psychological symptoms presented by women victims of violence by their partners are above the outpatient psychiatric population (52.03), which is supported by the average number of positive symptoms found (56). The dimensions that stand out in these women victims by their partner are: depression, obsession - compulsion, anxiety and somatization.

Keywords: *psychological consequences, women victims, partner violence.*

Introducción

La violencia en contra de las mujeres es una dura realidad que nos viene tocando diariamente, Alencar-Rodriguez (2012). La violencia en contra de las mujeres es un fenómeno universal, heterogéneo, que abarca a todas las capas de la sociedad y que afectan en todas las edades.

El Perú no es ajeno a la violencia en contra de las mujeres, el último reporte del Instituto de estadística e informática (INEI, 2018), en relación a la violencia de pareja y familia, refieren que el 65,4% del total de las mujeres encuestadas fueron víctimas de algún tipo de violencia en algún momento de su vida, esto quiere decir que de cada 10 mujeres, 6 mujeres sufrieron algún tipo de violencia (psicológica, física, o sexual), siendola violencia psicológica la de mayor prevalencia (61.5%), seguido de la violencia física (30,6%) y la violencia sexual (6,5%). Las estrategias psicológicas que utiliza el agresor en contra de las mujeres es el control (57,1%), el acoso (40,4%), los celos (37,9%) y lashumillaciones (19%).

Rajini, Kamesh Vell y Senthil (2014), realizaron un estudio descriptivo de corte transversal en 380 mujeres y encontraron que las características de las mujeres estudiadas fueron que el 52,6% había sufrido violencia doméstica, siendo la edad de mayor prevalencia entre los 31 a 40 años y estando casadas el 43% (entre 6 a 10 años).

La Organización Mundial de la Salud (2005), define la violencia como: “el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho, o como amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daño psicológico, trastorno del desarrollo o privaciones”.

En caso de la violencia psicológica, la normatividad peruana (Congreso de la República, 2015) la define como: “la acción o conducta, tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla, avergonzarla, insultarla, estigmatizarla o estereotiparla, sin importar el tiempo que se requiera para su recuperación”.

Alberdi (2002), Loring (1994), Tolman (1989), O’Leary (1999), coinciden en señalar que en la violencia psicológica se usan una serie de estrategias (la intimidación, desvalorización, los insultos, la limitación de acceso a los recursos, los celos, etc.) que sedan de forma continua y sistemática, cuyo objetivo es tener el control total sobre la víctima por lo cual el agresor debe destruir la autoestima y la seguridad.

Marshall (1999), en relación a la violencia psicológica, refiere que esta se puede ejercer por conductas obvias que se reconocen y describen fácilmente (por ejemplo, agresión verbal, comportamientos de control), y conductas sutiles que tienen menos probabilidades de ser reconocidos como psicológicamente abusivos y estas se pueden disimular por patrones y modelos culturales y sociales que la invisibilizan, como el reparto de roles tradicionales en la pareja, costumbres o particularidades de los hombres.

Por su parte Calvete, Corral y Estévez (2005) describieron cuatro estrategias de maltrato psicológico: (1) aislamiento hostil (por ejemplo, ignorar y actuar de forma fría odistante respecto

a la mujer), (2) conductas de intimidación (amenazar con emplear la violencia física o destruir intencionalmente las propiedades de la víctima), (3) denigración (insultos, utilizar el pasado de la víctima para avergonzarla, humillarla en público, acosomoral), y (4) conductas restrictivas (aislar a la mujer de su familia y amistades, impedirle el acceso al dinero, no dejarle trabajar o estudiar, etc.).

Echeburúa y Corral (2005), refiere que la violencia familiar y en especial contra las mujeres se configura como una situación de estrés crónico, generando en la víctima, sentimientos de culpa y sufrimiento.

Biezma (2007), Buss (1961), Echeburúa y Corral (2005), Torres (2008), Checa (2010) y Ortiz-Tallo (2013), coinciden en señalar que la violencia psicológica impacta negativamente en la salud física, emocional y social de la víctima, pero que esto va depender de la frecuencia y la severidad del maltrato.

Dutton (1996), refiere que no existe un perfil único de las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas y que las reacciones psicológicas que presentan, son respuestas psicológicas circunscritas a la dinámica de violencia, estas respuestas en algunos casos no van a cumplir los criterios de un diagnóstico "clínico", sin embargo las respuestas que presente la víctima son relevantes para el contexto legal, como por ejemplo la amnesia, la minimización, los sentimientos de culpa, etc, que puede presentar al momento de narrar la dinámica de violencia.

Por su parte Tolman (1989) y O'Leary (1999), refieren que la violencia contra las mujeres produce daño psicológico, las cuales se manifiestan con sentimientos de tristeza, ansiedad, inseguridad, invalidez, desamparo, baja autoestima, sentimientos de culpa, frustración y miedo.

Torres (2008), hace una síntesis muy interesante sobre los efectos del maltrato psicológico, por ejemplo: el aislamiento puede generar en la víctima dependencia y privación de apoyo social; el abuso verbal, la intimidación y las amenazas generan intimidación, miedo, ansiedad, terror y sumisión; el abuso emocional (desvalorización, tratar a la persona como una persona inferior, etc), puede generar inseguridad y baja autoestima; la negación y la culpabilización pueden generar en la víctima inseguridad e indefensión; y el acoso genera intimidación, miedo y ansiedad.

Echeburúa, Corral y Amor (2004), en relación con el daño psicológico, esta se refiere, por un lado, a las lesiones psíquicas agudas y que pueden remitir con el paso del tiempo, el apoyo social o un tratamiento psicológico adecuado; y, por otro, a las secuelas emocionales que persisten en la persona de forma crónica, como consecuencia del suceso sufrido y que interfiere negativamente en su vida cotidiana.

En la investigación de Mattos, Montalvo y Oviedo (2016), sobre daño psicológico en víctimas de violencia conyugal, encontraron que los valores de las dimensiones primarias del SCL-90-R se encuentran por encima del cohorte evidenciando indicadores clínicos elevados de depresión (70,97%), ansiedad fóbica (70,97%), y somatización (67,74%).

En el estudio desarrollado por Avdibegović y Sinanović (2006) con víctimas de violencia doméstica en Bosnia y Herzegovina, donde se utilizó el SCL-90-R, encontraron que las dimensiones primarias en estas mujeres abusadas tuvieron una tasa significativamente *más alta* en depresión, somatización, sensibilidad interpersonal, obsesión - compulsión, ansiedad y tendencia paranoide en comparación con las mujeres que no fueron abusadas.

Jaramillo, Uribe, Ospina, y Cabarcas (2003), desarrollaron en Medellín un estudio con mujeres que sufrieron violencia doméstica, donde se les aplicó el SCL-90-R, encontrando que los promedios de las dimensiones de los síntomas primarios se encuentran por encima de los valores referenciales establecidos por Derogatis para *mujeres no pacientes* y cercanos a los de las *mujeres pacientes psiquiátricas* en tratamiento ambulatorio. Dentro de las dimensiones de los síntomas primarios que sobresalen son: depresión ($X=1,70$; $t=20,73$), ideación paranoide ($X=1,48$; $t=18,45$), obsesión - compulsión ($X=1,41$; $t=18,11$), sensibilidad interpersonal ($X=1,35$; $t=19,91$) y somatización ($X=1,31$; $t=14,96$).

Metodología

Diseño

Se siguió un diseño descriptivo transversal, cuyo objetivo es describir a la población de estudio e identificar los síntomas que presentó durante los últimos siete días al momento de la evaluación. El muestreo utilizado fue no probabilístico, donde los sujetos fueron seleccionados por conveniencia dada la accesibilidad y proximidad con los sujetos investigados.

Población y muestra

La población estuvo constituida por las mujeres de la provincia constitucional del Callao que denunciaron violencia por parte de sus parejas. La muestra estuvo constituida por 108 mujeres que pasaron por evaluación psicológica en un servicio forense del Callao por orden judicial, fiscal y/o policial debido a una denuncia interpuesta por estas mujeres en contra de sus parejas o ex parejas. La edad de las evaluadas estuvo comprendida desde los 14 hasta los 66 años.

Instrumento

Para el presente estudio se utilizó la lista de síntomas SCL-90-R de Derogatis, la cual identifica el estado de los síntomas psicológicos. Las personas señalan en una escala tipo Likert, la intensidad del malestar que les causa cada uno de los síntomas de acuerdo con un puntaje que oscila entre 0 (ausencia total de molestia relacionada con el síntoma) hasta 4 (molestia máxima).

La presencia o ausencia de los síntomas en el cuestionario se restringe a la experiencia reciente,

es decir, se espera que el sujeto haga una valoración de las molestias ocasionadas por cada síntoma durante los días inmediatos previos a la entrevista, incluyendo el día de la evaluación, aunque Derogatis afirma que no encontró diferencias significativas al aumentar el rango temporal hasta los quince días anteriores de la evaluación. Las dimensiones de síntomas primarios son: somatización, obsesivo- compulsivo, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideas paranoides y psicoticismo.

Los índices globales de distrés proveen datos para la valoración total del estadopsicológico de la persona que estamos evaluando y nos proporciona un resumen tanto de la sintomatología como del malestar psicológico, y reflejan distintos aspectos del desorden psicológico. El índice global de severidad (GSI) refleja la intensidad del sufrimiento psicológico y psicossomático de la evaluada. El índice total de síntomas positivos (PST) refleja el número de síntomas positivos, y refleja la amplitud y diversidad de la sintomatología presente y finalmente, el índice de síntomas positivos (PSDI) indica la intensidad del síntoma o la característica de la evaluada para experimentar el sufrimiento psicológico, esto es, informa si la evaluada maximiza o minimiza sus respuestas.

Para este estudio se midió la consistencia interna de la SCL-90-R mediante el alpha de Cronbach, que fue de 0,98.

Resultados

Características sociodemográficas

Las edades de las mujeres que denuncian maltrato de parte de su pareja fluctuaron entre 14 y 66 años, siendo las edades más frecuentes, la comprendida entre los 30 a 36 años con un 26,9%, seguida por las de 37 a 44 años con un 19,4% (Ver Tabla 1).

Tabla 1
Edad

Edad	Frecuencias =N	Porcentaje Válido = %
14 – 21	13	12,0
22 – 29	21	19,4
30 – 36	29	26,9
37 – 44	21	19,4
45 – 51	15	13,9
52 a más	9	8,3

En la tabla 2, en cuanto a su estado civil, el 36,8% de las mujeres que denuncian ex violencia por parte de su pareja al momento de la denuncia se encontraban en calidad de conviviente (36,8%), seguido de las casadas (29,2%) y convivientes (22,6%).

Tabla 2
Estado civil

Estado civil	Frecuencias = N	Porcentaje Válido = %
Soltera	9	8,5
Casada	31	29,2
Conviviente	24	22,6
Divorciada	3	2,8
Ex conviviente	39	36,8
Total	106	100

En la tabla 3, en cuanto a su grado de instrucción, estas mujeres en su gran mayoría, el 66,4% refieren haber culminado sus estudios secundarios.

Tabla 3
Grado de Instrucción

Grado de Instrucción	Frecuencias =N	Porcentaje válido =%
Primaria completa	1	0,9
Secundaria incompleta	10	9,3
Secundaria completa	71	66,4
Superior incompleto	13	12,1
Superior completo	12	11,2
Total	107	100.00

En la tabla 4, en cuanto al tiempo de relación, la mayoría de las mujeres que denunciaron tienen una relación de pareja mayor a 10 años (37,3%), y las que menos denuncian son aquellas personas que tienen una relación de 1 año a 2 años (6,9%).

Tabla 4
Tiempo de relación

Tiempo de relación	Frecuencias =N	Porcentaje válido =%
Menos de un año	20	19,6
De un año un mes a dos años	7	6,9
De dos años un mes a cinco años	14	13,7
De cinco años un mes a diez años	23	22,5
De diez años un mes a más	38	37,3

En la tabla 5, en cuanto al tipo de abuso sufrido, la mayoría de las personas encuestadas refiere que la estrategia que usaba su agresor era de dominio - control (62,9%) y mixto (25,8%)

Tabla 5
Tipo de abuso psicológico

Tipo de abuso psicológico	Frecuencias =N	Porcentaje válido =%
Abuso emocional verbal	11	11,3
Abuso de tipo control - dominio	61	62,9
Abuso mixto	25	25,8

Resultado de las escalas clínicas e índices globales del SCL-90-R

En la tabla 6, se midió la consistencia interna de la SCL-90-R mediante el alpha de Cronbach, que fue de 0,98. Además, se calcularon los promedios de las nueve dimensiones de síntomas primarios y tres índices globales de distrés, los cuales se comparan con valores de referencia establecidos por Derogatis y Jaramillo et al. (2006) que midió el distrés psicológico en mujeres maltratadas, en Medellín. Las medias obtenidas en la muestra son significativamente mayores que las de las mujeres no pacientes, para todas las dimensiones de los síntomas se obtuvo un $p < 0.0001$. Igualmente, cuando los resultados se comparan con los valores de las mujeres maltratadas en Medellín, se observan que los valores de las muestras son muy cercanos a la muestra peruana.

Tabla 6
Promedio de las dimensiones de síntomas primario e índices globales en mujeres de referencia de Derogatis, mujeres de Medellín y la muestra de mujeres peruana

Dimensiones de síntomas	Valores de referencia (Derogatis)			
	Mujeres no pacientes adultas	Mujeres pacientes psiquiátricas adultas	Muestra de mujeres de Medellín Colombia	Muestra de Mujeres Perú
Somatización (SOM)	0,43	0,99	1,31	1,69
Obsesivo Compulsivo (OBS-COM)	0,44	1,51	1,41	1,74
Sensibilidad interpersonal (INT)	0,35	1,44	1,35	1,39
Depresión (DEP)	0,46	1,94	1,70	1,81
Ansiedad (ANS)	0,37	1,59	1,11	1,70
Hostilidad (HOS)	0,33	1,17	1,25	0,82
Ansiedad Fóbica (FOB)	0,19	0,81	0,79	1,34
Ideación Paranoide (PAR)	0,34	1,21	1,48	1,64
Psicoticismo (PSIC)	0,15	0,98	0,95	1,04
Índice Global de Severidad (IGS)	0,36	1,31	1,29	1,52
Total, de síntomas positivos (PST)	22	52,03	47,33	56
Índice de alteración de síntomas positivos (PSDI)	1,37	2,22	2,38	2,31

En la tabla 7, en cuanto a las dimensiones de síntomas primarios se puede observar que la escala “Depresión” fue la que presentó la mayor frecuencia de síntomas ($X=1,81$; $S_x=0,95$), seguido de “Obsesión – compulsión” ($X=1,74$; $S_x=0,92$) y posteriormente de “Somatización” ($X=1,69$; $S_x=0,99$). La sintomatología de menor frecuencia fue la de “Hostilidad” ($X=0,82$; $S_x=0,72$).

Tabla 7
Promedio de las dimensiones de síntomas primarios

Indices	N	Media	Desv. Est.
Somatización	108	1,69	0,99
Obsesión – compulsión	108	1,74	0,92
Sensibilidad interpersonal	108	1,39	0,92
Depresión	108	1,81	0,95
Ansiedad	108	1,70	1,03
Hostilidad	108	0,82	0,72
Ansiedad fóbica	108	1,34	1,04
Ideación paranoide	108	1,64	0,99
Psicoticismo	108	1,04	0,87

En la tabla 8, referido a los Índices Globales, del total de 90 síntomas de la SCL-90-R, las mujeres denunciante informaron presentar en promedio 56 síntomas positivos (PST); en cuanto al índice de severidad (GSI) el promedio se encuentra en 1,52; sobre la intensidad de los síntomas (PSDI) de 0-4, las mujeres arrojaron un promedio de 2,31. Estos resultados ubican a las mujeres en un perfil de distrés muy cercano al de pacientes psiquiátricos ambulatorios.

Tabla 8
Índices Globales

Dimensiones de síntomas	N	Media	Desv. Est.
Índice Global de Severidad (GSI)	108	1,52	0,83
Total, de síntomas positivos (PST)	108	56	21,67
Índice de intensidad de síntomas positivos (PSDI)	108	2,31	0,57

En la tabla 9, referida a la Depresión, se observa que los ítems con mayor prevalencia son el ítem 31 “preocuparse demasiado por todo” ($X=2,92$; $S_x=1,197$), ítem 30 “sentirse triste” ($X=2,82$; $S_x=1,388$), el ítem 20 “Llorar fácilmente” ($X=2,21$; $S_x=1,472$) y el ítem 14 “sentirse baja de energía o decaída” ($X=2,18$; $S_x=1,396$). El ítem que obtuvo menor puntuación fue el ítem 15 “Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida” ($X=0,64$; $S_x=1,197$).

Tabla 9
Depresión

Ítems	N	Media	Desv. Est.
Ítem 5. Pérdida de deseo o de placer sexual	101	1,86	1.609
Ítem 14. Sentirse bajo de energías o decaído	101	2,15	1.393
Ítem 15. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	101	0,64	1.192
Ítem 20. Llorar fácilmente	101	2,17	1.495
Ítem 22. La sensación de estar atrapado o como encerrado	101	1,71	1.571
Ítem 26. Culparse a sí mismo de todo lo que pasa	101	1,94	1.465
Ítem 29. Sentirse solo	101	2,08	1.572
Ítem 30. Sentirse triste	101	2,77	1.364
Ítem 31. Preocuparse demasiado por todo	101	2,92	1.197
Ítem 32. No sentir interés por nada	101	1,25	1.269
Ítem 54. Sentir desesperanzado con respecto al futuro	101	1,35	1,474
Ítem 71. Sentir que todo requiere un gran esfuerzo	101	1,70	1,449
Ítem 79. La sensación de ser inútil o no valer nada	101	0,92	1,368

En la tabla 10, referida a la Obsesión – Compulsión, se observa que los ítems con mayor prevalencia son los ítem 3, 10 y 46; donde sobresalen “Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente” ($X=2,04$; $S_x=1.435$), “Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización” ($X=2,04$; $S_x=1.407$), y “Dificultad en tomar decisiones” ($X=2,04$; $S_x=1.303$) respectivamente. El ítem que obtuvo menor puntuación fue el ítem 65 “Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida” ($X=1,22$; $S_x=1.376$).

Tabla 10
Obsesión - Compulsión

Ítems	N	Media	Desv.Est.
Ítem 3. Pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente	101	2.04	1.435
Ítem 9. La dificultad para recordar las cosas	101	1.67	1.335
Ítem 10. Preocupación acerca del desaseo, el descuido o la desorganización	101	2.04	1.407
Ítem 28. Sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas	101	1.63	1.214
Ítem 38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hace bien	101	1.87	1.383
Ítem 45. Tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace	101	1.49	1.262
Ítem 46. Dificultad en tomar decisiones	101	2.04	1.303
Ítem 51. Que le quede la mente en blanco	101	1.46	1.432
Ítem 55. Tener dificultades para concentrarse	101	1.88	1.366
Ítem 65. Impulsos a tener que hacer las cosas de manera repetida	101	1.22	1.376

En relación con la tabla 11, referida a la Ansiedad, se observa que los ítems con mayor prevalencia son el ítem 2 “Nerviosismo o agitación interior” ($X=2,50$; $S_x=1.172$), ítem 33 “Sentirse temeroso” ($X=2,36$; $S_x=1.346$), e ítem 57 “Sentirse tenso o con los nervios de punta” ($X=2,08$; $S_x=1.383$). El ítem que obtuvo menor puntuación fue el ítem 86 “Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo” ($X=1,09$; $S_x=1.289$).

Tabla 11
Ansiedad

Ítems	N	Media	Desv. Est.
Ítem 2. Nerviosismo o agitación interior	101	2.50	1.172
Ítem 17. Temblores	101	1.24	1.372
Ítem 23. Tener miedo de repente y sin razón	101	1.61	1.421
Ítem 33. Sentirse temeroso	101	2.36	1.346
Ítem 39. Que su corazón palpite o vaya muy de prisa	101	1.80	1.483
Ítem 57. Sentirse tenso o con los nervios de punta	101	2.08	1.383
Ítem 72. Ataques de terror o pánico	101	1.38	1.406
Ítem 78. Sentirse tan inquieto que no puede si estar sentado tranquilo	101	1.13	1.309
Ítem 80. Presentimientos de que va a pasar algo malo	101	1.92	1.528
Ítem 86. Pensamientos o imágenes estremecedoras o que le dan miedo	101	1.09	1.289

En relación con la tabla 12, referida a los ítems adicionales, se observa que los ítems con mayor prevalencia son: el ítem 44 “problemas para dormir” ($X=2,12$; $S_x=1.575$), ítem 66 “Sueño intranquilo” ($X=2,01$; $S_x=1.507$), y el ítem 19 “poco apetito” ($X=1,81$; $S_x=1.370$).

Tabla 12
Ítems adicionales

Ítems	N	Media	Desv. Est.
Ítem 19. Poco apetito	101	1.81	1.370
Ítem 44. Problemas para dormir	101	2.12	1.575
Ítem 59. Pensamientos acerca de la muerte o el morir	101	0.95	1.314
Ítem 60. Comer en exceso	101	0.99	1.196
Ítem 64. Despertarse muy temprano	101	1.69	1.495
Ítem 66. Sueño intranquilo	101	2.01	1.507
Ítem 89. Sentimientos de culpa	101	1.64	1.519

En relación a la tabla 13, referido a los ítems de riesgo psicopatológico, se observa que los ítems con mayor prevalencia son: el ítem 35 “Tener la impresión de que los demás se dan

cuenta de sus pensamientos” ($X=1,29$; $Sx=1.374$). El ítem que obtuvo menor puntuación fue el ítem 16 “oír voces que otras personas no oyen” ($X=1,09$; $Sx=1.289$).

Tabla 13
 Ítems de riesgo psicopatológico

Ítems	N	Media	Desv. Est.
Ítem 15. Pensamientos suicidas, o ideas de acabar con su vida	101	0.64	1.192
Ítem 16. Oír voces que otras personas no oyen	101	0.36	0.861
Ítem 35. Tener la impresión de que los demás se dan cuenta de sus pensamientos	101	1.29	1.374
Ítem 84. Tener pensamientos sobre el sexo que le inquietan bastante	101	0.85	1.274
Ítem 85. La idea de que debería ser castigada por sus pecados	101	0.71	1.068

Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo fundamental determinar los efectos del maltrato sobre la salud psicológica de las mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja.

La franja de edad con mayor prevalencia se encuentra entre los 30 – 36 años, siendo las casadas y las que mantienen una relación de convivencia, las que denuncian con mayor frecuencia, dichos resultados coinciden con lo que establecen otros autores (Rajini, Kamesh Vell, y Senthil (2014).

En cuanto a las estrategias de violencia psicológica que usan los agresores en contra de las mujeres, coincide con los estudios desarrollados por diversos autores, resaltando las estrategias de control - dominio (Dutton, 1996, Alberdi, 2002, Tolman, 1989, y O’Leary, 1999).

En cuanto a las consecuencias psicológicas producto del maltrato, diversos autores e investigaciones coinciden en señalar que los síntomas que presentan las víctimas de violencia de pareja, suelen ser dispersos y que estos deben de estar delimitadas a la dinámica de violencia (Dutton, 1996).

En el presente estudio las dimensiones de **síntomas primarios** que resaltan en las víctimas de violencia por parte de su pareja son: la depresión, la ansiedad, obsesión – compulsión y la somatización, los cuales coinciden con los estudios desarrollados por Mattos, Montalvo, y Oviedo (2016); Avdibegović y Sinanović (2006), y Jaramillo, Uribe, Ospina y Cabarcas (2003).

Dentro de los **síntomas depresivos** que destacan, se encuentra la preocupación, la

tristeza, el llanto, el decaimiento, la pérdida de energía, y los sentimientos de soledad y de culpa. En cuanto a los **síntomas ansiosos** resaltan: el nerviosismo, el temor y miedo, la tensión y los pensamientos negativos de que algo malo puede suceder. En cuanto a los **síntomas obsesivos – compulsivo**, los que predominan son los pensamientos o ideas no deseadas que no se van de la mente, las dificultades para poder tomar una decisión, preocupación de que todo esté ordenado y dificultades para poder concentrarse. En cuanto a los **síntomas de somatización**, los síntomas que priman son sentir un nudo en la garganta, los dolores de cabeza, debilidad en alguna de las partes del cuerpo y dolores musculares.

Conclusiones

Se halló que la mayoría de las mujeres que denuncia violencia o maltrato por parte de sus parejas o ex parejas se encuentran entre los 30 a 36 años. En cuanto a su grado de instrucción, más de la mitad de la muestra estudiada cuenta con secundaria completa (66,4%).

Con respecto al estado civil, se encontró que quienes denuncian con mayor prevalencia son las casadas y convivientes (51,8%) y ex convivientes (36,8%).

En tanto al uso del SCL-90-R como un instrumento de tamizaje en mujeres que sufren violencia, demuestra ser un buen predictor, ya que su nivel de confiabilidad es muy alta (0,98).

El presente estudio corrobora lo planteado por Dutton (1996, 2000), ya que no existe un perfil único de síntomas en las mujeres que sufren violencia por parte de sus parejas, siendo esta muy variable.

Sobre las consecuencias psicológicas de las mujeres víctimas que denuncian maltrato por parte de su pareja, estas son muy superiores a las mujeres que no sufren violencia, sobresaliendo las dimensiones de depresión, obsesión – compulsión, ansiedad y somatización.

Finalmente, el presente estudio plantea dos reflexiones finales: **La primera** es que el SCL-90-R es un buen instrumento de tamizaje para detección de alteraciones psicológicas en víctimas de violencia de pareja, sin embargo, queda mucho por seguir investigando. Y **la segunda**, se ha confirmado que las consecuencias psicológicas que padecen las víctimas de violencia por parte de sus parejas se encuentran por encima de las personas que no viven violencia.

Referencias

Alberdi, I. (2002). La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. En Pérez del Campo, A. Las jóvenes frente a la violencia de género. Revista de estudios de juventud, 86(5). Pp: 83-98. Recuperado de: http://pmayobre.webs.uvigo.es/pdf/la_violencia_domestica_informe_malos_tratos_a_mujeres_en_espana.pdf

Aldana, J. (2012). Análisis interdisciplinario de las diversas formas de violencia contra la mujer.

Guatemala: Cara Parens.

- Alencar-Rodriguez, R. y Cantera, L. (2012). Violencia de Género en la pareja: una revisión Teórica. Recuperado de: <file:///C:/Users/lenovo/Downloads/DialnetViolenciaDeGeneroEmCasais-5163211.pdf>
- Aragonès de la Cruz, R., Farran i Porté, M., Guillén, J., y Rodríguez, L (2018). Perfil psicológico de víctimas de violencia de género, credibilidad y sentencias. Recuperado de: http://cejfe.gencat.cat/web/.content/home/recerca/catalog/crono/2018/victimesViolencia_ES.pdf
- Arenas, L. (2012). Violencia psicológica y mantenimiento en la relación de pareja. [Tesis para optar el título de licenciada en Psicología]. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/1692/ARENASROMEROLINAVIOLENCIA.pdf?sequence>
- Avdibegović, E. y Sinanović, O. (2006). Consequences of Domestic Violence on Women's Mental Health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J.* Oct; 47(5). Pp:730–741. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17042065>
- Biezma, J. (2007). Violencia hacia la pareja: revisión teórica. Universidad Complutense de Madrid. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense.* Volumen 7. Pp:77-95.
- Biezma, R. (2007). *Psicopatología clínica, legal.* Recuperado de: https://webs.ucm.es/BUCM/compludoc//S/10904/15769941_1.htm
- Buss, A. (1961). *The Psychology of Aggression.* New York: First Edition
- Calvete, E., Corral, S y Estévez, A (2005), Desarrollo de un inventario para evaluar el abuso psicológico en las relaciones de pareja. *Clínica y Salud,* 2005. 16(3). Pp: 203-221. ISSN: 1135-0806, recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180617759001.pdf>
- Canabal, G., Gonzales, M., Humphreys, J., De León, N., y Gonzáles, S. (2008). Violencia de pareja y salud de las mujeres que consultan a las comisarías de familia, Cali, Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v27n2/v27n2a06.pdf>
- Checa, M. (2010). *Manual práctico de Psiquiatría Forense.* España: Elsevier Masson.
- Congreso de la República. (2015). Ley 30364: Ley para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Perú.
- Derogatis, L. (2002). *Manual SCL-90-R, Cuestionario de 90 síntomas.* Madrid: TEA Ediciones.

- Dutton, D. y Kropp, P. (2000). "A Review of Domestic Violence Risk Instruments". En "Trauma, Violence and Abuse".1(2). Pp: 171-181.
- Dutton, M. (1996). "La mujer maltratada y sus estrategias de respuesta a la violencia", en Edleson, J. y Eisikovits, Z. (comps.). *Violencia doméstica: la mujer golpeada y la familia*. Buenos Aires: Granica. 1997. Pp:153-178.
- Echeburúa, E. Corral, P. y Amor, P. (2004). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. Vol. 4, 2004, pp. 227-244. Recuperado de: <https://masterforense.com/pdf/2004/2004art19.pdf>
- Echeburúa, E. y Corral, P. (2005). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos?. Recuperado de: <http://masterforense.com/pdf/2005/2005art3.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI. (2018). Perú: Indicadores de violencia familiar y sexual, 2000 – 2017. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1465/libro.pdf
- Jaramillo, D., Uribe, T., Ospina, D., y Cabarcas, G. (2003). *Medición de estrés psicológico en mujeres maltratadas*, Medellín. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/cm/v37n2/v37n2a07.pdf>
- Marshall, L. (1999). Effects of men's subtle and overt psychological abuse on low-income women. *Violence and Victims*, 14(1),69-88. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10397627>
- Mattos, Y., Montalvo, M., y Oviedo, A. (2016). *Daño psicológico en mujeres víctimas de violencia conyugal*. [tesis para obtención de grado de magister]. Recuperado de: http://www.bibliotecadigital.usb.edu.co/bitstream/10819/3993/1/Da%C3%B1os%20psicol%C3%B3gicos%20mujeres_Yuris%20Mattos%20Q_2016.pdf
- Núñez, J. y Carbajal, H. (2004). *Violencia Intrafamiliar. Abordaje integral a víctimas*. Sucre. Tupac Katari.
- O'Leary, K. (1999). Psychological abuse: a variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14(1), 3-23. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10397623>
- Organización Mundial de la Salud – OMS (2019). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Recuperado de: https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

- Pynoos, R., Sorenson, S. y Steinberg, A. (1993). Interpersonal violence and traumatic stress reactions. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds). Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects (2nd de.). New York. Free Press.
- Rajini, S, Kamesh Vell, C, y Senthil, S (2014). Prevalence of domestic violence and health seeking behavior among women in rural community of puducherry – across sectional study. Int J Cur Res Rev | Vol 6 • Issue 16. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/PREVALENCEOFDOMESTICVIOLENCE-AND-HEALTH-SEEKINGRajiniVell/21da3f5b632dcaeb8c06e8c1dfd582a9a074e689>
- Tolman, R. (1989). The development of measure of Psychological maltreatment of woman by their male partners. Violence and victims, 4 (3), pág. 159 – 177. Springer Publishing Company. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2487132>
- Torres, A. (2014). Violencia de pareja: detección, personalidad y bloqueo de la huida [Tesis doctoral de la universidad de Barcelona]. Recuperado de: <https://www.tesisenred.net/handle/10803/313041>