



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**VIOLENCIA EN PAREJAS ADULTAS: RELACIÓN CON LA
ANSIEDAD Y LA DEPRESIÓN**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

P R E S E N T A:

KARLA REBECA IRIARTE BENNETTS

JURADO DE EXAMEN

**DIRECTORA: DRA. CLAUDIA IVETHE JAEN CORTÉS
REVISOR: DRA. SOFÍA RIVERA ARAGÓN
COMITÉ: DR. ROLANDO DÍAZ LOVING
DRA. NOEMÍ DÍAZ MARROQUÍN
DRA. MIRNA GARCÍA MÉNDEZ**

**Facultad
de Psicología**

**PROYECTO PAPIIT IN307020
“Factores de riesgo psicosocial que afectan la salud física y
mental en las relaciones de pareja”**

CDMX.

NOVIEMBRE, 2021



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Agradecimientos

Primeramente agradezco infinitamente a Dios por que sin Él definitivamente no hubiese llegado hasta este punto, donde mis sueños y sus sueños se han complementado para cumplir propósitos extraordinarios en esta vida, tanto para conmigo y como para compartirlos con las personas que están a mí alrededor.

A la Universidad Nacional Autónoma de México y a la Facultad de Psicología que fueron parte de mi educación, formación académica y profesional, así como también de manera personal al descubrir esta gran vocación. Asimismo, al Proyecto PAPIIT IN307020, por el financiamiento de esta investigación.

A la Dra. Clau y a la Dra. Sofí por su grande apoyo, dedicación, paciencia, enseñanza, entre muchas otras cosas más de lo que se imaginan, para hacer posible este gran paso en mi vida.

A todos los miembros de mi comité académico y mis compañer@s por su labor y colaboración en este proyecto.

A Jessi y Ana por el apoyo en este proceso.

A la Dra. Paty por ser una parte esencial en mis diferentes procesos de vida y algunos de ellos que muy pocos conocen pero que me han ayudado a formar mi carácter y visión.

A mi Mami por su lucha incansable para que yo pudiera realizarme como persona en todos los aspectos de mi vida, a Tete y a Raque porque son mi tesoro más valioso y siempre están presentes en todo lo que hago, también por soportarme en cualquier momento y ser ese apoyo necesario cuando sentía que no podía, para no rendirme por ser mi ejemplo e inspiración, a mi Papá por su arduo trabajo en su restauración y su apoyo para continuar adelante <3 <3 <3.

A toda mi familia <3, mi abuelita que siempre fue como tener otra mama en este camino, a mi abuelo Gil que me dio la oportunidad de tener una infancia feliz a su lado, a mis tíos, tías y prim@s por su apoyo, confianza y comprensión en cada etapa. En especial a mi tía Ceci, mi tío Gon y mis queridos primitos Sammy y Joquiz que siempre me dejaron tener un segundo hogar viviendo los mejores viajes y momentos inolvidables, mil gracias por su guianza y consejos. A mis tías Gina, Mari, y Eli, que estuvieron presentes desde que nací para brindarme su amor incondicional a pesar de las situaciones y la distancia. A mi tío Dany y mi tía Ali por estar

presentes y aconsejarme en diferentes tiempos, regalándome su estimación y aprecio aun en momentos difíciles.

A todas las personas, amig@s, hermanos y hermanas que me han brindado su apoyo y motivado para continuar adelante para que esta meta se realizará, aunque tal vez algunos ya han marchado hacia la eternidad, sé que fueron y serán siempre honrados por mí, muchas gracias por su esfuerzo para que yo creciera en todos los ámbitos.

A Tita, Gretel y Beiging mis mascotas que se volvieron parte fundamental de mi hogar y que estuvieron presentes en los momentos más complicados de mi vida, haciendo más fácil la ardua tarea del vivir.

Por último y no menos importante sino todo lo contrario a mí por decidir enfrentar riesgos para alcanzar mis anhelos, también por buscar conocerme más, animarme y abrazarme para ser una mejor persona.

...En todo tiempo ama el amigo, y el hermano nace para el tiempo de angustia...

-Prov.17:17-

Sobre todo aprendamos a vivir la vida con sabiduría:

"Dichoso el hombre que halla la sabiduría, y que obtiene la inteligencia; Porque su ganancia es mejor que la ganancia de la plata, y sus frutos más que el oro fino. Más preciosa es que las piedras preciosas; y todo lo que puedes desear, no se puede comparar a ella".

Proverbio 3:13-15

El gran descubrimiento de mi generación es que los seres humanos pueden alterar sus vidas al alterar sus actitudes mentales

William James

Un corazón alegre es la mejor medicina; un ánimo triste deprime a todo el cuerpo. Prov.17:22

*Si una persona ama solo a una persona y es indiferente ante todos los demás,
su amor no es amor, sino apego simbiótico o egoísmo ampliado*

Erich Fromm

*Con toda diligencia guarda tu corazón, porque de él brotan los manantiales de la
vida. Prov. 4:22*

*Solo la liberación de la capacidad natural del amor de un ser humano puede
contrarrestar su destrucción sádica*

Wilhelm Reich

*El que aprende y pone en práctica lo aprendido, se estima a sí mismo y
prospera.*

Prov. 19:8

*Las personas que creen que tienen la facultad de ejercer cierto grado de
control sobre sus vidas son más saludables, más eficaz y más éxito que aquellos
que no tienen fe en su capacidad para llevar a cabo cambios en sus vidas*

Albert Bandura

*Camina con sabios y te harás sabio; júntate con necios y te meterás en
dificultades.*

Proverbio 13:20

*"Una vez que le damos un significado a la vida, no solo nos sentimos un poco
mejor, sino que además, también hallamos la capacidad de lidiar con el
sufrimiento".*

Viktor Frankl

Índice

Resumen	7
Introducción.....	8
Capítulo 1: Violencia de pareja.....	12
1.1. Definición	12
1.2. Tipos de violencia de pareja.....	15
1.3. Factores asociados a la violencia de pareja en adultos	18
1.4. Consecuencias de la violencia de pareja	23
Capítulo 2: Ansiedad.....	27
2.1. Definición	27
2.2. Ansiedad: Algunos datos epidemiológicos.....	29
2.3. Síntomas de la ansiedad	31
2.4. Causas de la ansiedad.....	33
2.4.1. Ansiedad y violencia de pareja	35
Capítulo 3: Depresión	39
3.1. Definición	39
3.2. Algunos datos epidemiológicos sobre la depresión	40
3.3. Síntomas de la depresión	41
3.4. Causas de la depresión	44
3.4.1. Depresión y violencia de pareja.....	45
Capítulo 4. Método	50
Planteamiento del problema	50
Justificación.....	50
Pregunta de investigación	51
Objetivo general.....	51
Tipo de estudio	52
Diseño de estudio.....	53
Hipótesis	54
Participantes.....	55
Instrumentos.....	56
Procedimiento	57
Capítulo 5. Resultados	59

Capítulo 6. Discusión y conclusiones	63
Referencias	69
ANEXO 1	79

Resumen

La violencia de pareja es un problema social y de salud pública que tiene consecuencias en la salud física y mental. Los individuos que experimentan algún tipo de violencia de pareja tienen más posibilidades de tener síntomas de ansiedad y depresión, por lo que el objetivo de este estudio es conocer la relación entre la violencia de pareja con la ansiedad y depresión en adultos, hombres y mujeres.

La muestra no probabilística estuvo compuesta por 500 participantes (que colaboraron de manera anónima, voluntaria y confidencial) mayores de 18 años ($M=37.88$; $DE=13.17$). Los instrumentos que se utilizaron fueron: Escala de Violencia en la Relación de Pareja de Cienfuegos (2004). Se adaptó por Rivera, Jaen, Velasco, y Méndez (en prensa). Conformada por 29 reactivos distribuidos en cinco factores, con un α de Cronbach total de 0.92. Se emplearon las subescalas de ansiedad ($\alpha = 0.85$) y depresión (α de Cronbach= 0.86) del Inventario de Síntomas SCL-90-R de Derogatis (1994).

Los instrumentos se aplicaron a través de un formulario en Google, se realizaron correlaciones Producto-Momento de Pearson y se encontró que los factores de la escala de violencia de pareja se asocian con la ansiedad y la depresión, tanto en hombres como mujeres. También se realizó la prueba t de Student para conocer las diferencias en las variables de estudio entre hombres y mujeres y únicamente se observaron diferencias significativas en la ansiedad y la depresión entre hombres y mujeres. Se concluye que la violencia de pareja ocasiona malestar psicológico, tanto en hombres como en mujeres y éstas últimas tienen puntuaciones más elevadas de ansiedad y depresión.

Palabras clave: Violencia de pareja, ansiedad, depresión, salud mental, adultos.

Introducción

La violencia de pareja ha llegado a ser considerada un problema de social y de salud pública, ocurre en todos los entornos y entre todos los grupos socioeconómicos, religiosos y culturales (Organización Mundial de la Salud, 2012). Se refiere a un patrón repetitivo de conductas de diferentes tipos de abuso por parte de la pareja, ya sea novio (a), esposo (a), concubino (a), e incluso expareja y ocasiona daños en la salud física y mental (Valdez & Juárez, 1998).

Las personas receptoras de violencia de pareja presentan más trastornos de ansiedad que la población general, como fobias específicas, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada, es destacable la frecuente coexistencia de sintomatología ansiosa y depresiva, constituyéndose cuadros mixtos en estas personas (Medina, 2014).

En adición, la violencia de pareja (psicológica, sexual y física) se asocian con la posibilidad de presentar episodios depresivos mayores en mujeres (Esie, Osypuk, Schuler, & Bates, 2019), mientras que Méndez, García, Jaenes y Peñaloza (2014) indican que la violencia física, económica y las humillaciones/devaluaciones se asocian directamente con la depresión.

La importancia de estudiar la relación entre la violencia de pareja con los problemas de salud mental radica en que se requiere que se promuevan intervenciones focalizadas para prevenir otras comorbilidades y problemas más graves como ideaciones suicidas, suicidios, crímenes, homicidios o feminicidios. En adición, la violencia tiene un impacto directo en el deterioro del bienestar psicológico, ya que existe un apoyo social débil, así también, puede haber falta de servicios de salud poniendo en riesgo la integridad de los individuos (García & Matud, 2015).

El incremento en la violencia en las relaciones íntimas ocasiona daños no sólo a los miembros de la pareja, sino también a la familia, ya que en los niños (as) y adolescentes se puede poner en riesgo su integridad y condición mental, quienes

también pueden presentar problemas de salud mental. En adición, se perpetúa el ciclo de la violencia, ya que los hijos de parejas que experimentan violencia pueden desencadenar relaciones agresivas y trastornos de salud física y mental (Williams & Adams, 2020).

Por lo anteriormente expuesto, el propósito de este estudio es conocer la asociación entre la violencia de pareja, con la ansiedad y la depresión, en adultos, hombres y mujeres, de manera específica, en receptores de este problema de salud pública.

En el capítulo uno se hace una revisión teórica sobre el tema de la violencia de pareja, que incorpora conductas o situaciones en donde la violencia es ejercida por la pareja o compañero íntimo (Rodríguez, 2007). Dentro de la violencia de pareja existen diferentes tipos (física, psicológica, económica, sexual y patrimonial) que se describen particularmente en este apartado, así también, se describen las consecuencias de la violencia en el ámbito de la salud mental. Es importante resaltar, la importancia de realizar investigaciones sobre la violencia, ya que el perpetrador realiza acciones que ponen en riesgo la integridad de la persona y alteran el bienestar, la calidad de vida y el desarrollo biopsicosocial.

En el capítulo dos, se define a la ansiedad como una reacción emocional natural ante situaciones que pueden ocasionar estrés, esta emoción es funcional para las exigencias del entorno, sin embargo, puede convertirse en patológica cuando la persona difícilmente puede controlar la emoción y presenta una preocupación o inquietud excesiva sobre situaciones de las que desconoce el resultado (Martínez, 2018). Wigisser (2017) indica que la ansiedad es una reacción emocional ante un peligro o amenaza, y se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas como cognitivas y conductuales. En este apartado, también se presentan algunos datos epidemiológicos de la ansiedad, así como los síntomas y las causas de este problema de salud mental. Finalmente, se muestran algunos estudios que analizan la relación entre la violencia de pareja con la ansiedad.

En el capítulo tres versa sobre la depresión, cuya prevalencia a nivel mundial es elevada, por lo que se considera como un problema de salud mental pública y es

uno de los desórdenes más incapacitantes en la vida de las personas. En el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), se menciona a la depresión como un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. Se muestran datos epidemiológicos e investigaciones que analizan la relación entre la violencia de pareja y la depresión.

En el capítulo cuatro se describe la metodología del estudio. Este es un estudio correlacional y de diferencias, cuyo objetivo principal es conocer la relación entre la violencia de pareja con la ansiedad y la depresión en adultos, hombres y mayores, para ello, se realizaron dos análisis de correlación Producto-Momento de Pearson, uno para conocer la asociación entre los factores de la violencia de pareja con la ansiedad en hombres y mujeres y el segundo, para conocer la relación entre los factores de la violencia de pareja con la depresión. En adición, en este estudio, se pretende conocer las diferencias entre las variables de estudio entre hombres y mujeres. Colaboraron de manera anónima, voluntaria y confidencial, 500 participantes, de los que 58.6% son mujeres y el resto, son hombres. Previa solicitud del consentimiento informado, se aplicaron los instrumentos de manera electrónica a través de un formulario en Google.

En el capítulo 5 se detallan los resultados de los análisis estadísticos que se realizaron. Sobre la asociación entre la violencia y la ansiedad, se observó que, en los hombres, todos los tipos de violencia se asocian de manera positiva y significativa con la ansiedad, en las mujeres, únicamente se asocian la violencia social, la violencia sexual y la violencia psicológica. Respecto al estudio de correlación entre la violencia de pareja con la depresión, se observó que, en los hombres, la depresión se asoció con la violencia social, la económica, la sexual y la psicológica. En las mujeres, la depresión se asoció con la violencia social, la sexual y la psicológica. Finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas a través de la prueba *t* de Student en los niveles de ansiedad y depresión entre hombres y mujeres.

Se concluye que la salud mental de una persona que ha recibido violencia de cualquier tipo por su pareja puede verse afectada, es decir, la violencia de pareja tiene consecuencias tanto en la salud física como en la salud mental (Hsiu-Fen et al., 2019), por lo que se requiere instrumentar estrategias de promoción de la salud tanto gubernamentales, como comunitarios que se enfoquen en fomentar el respeto por los derechos humanos, particularmente los de la pareja, asimismo, concentrar acciones que eliminen mitos y creencias en torno a la violencia de pareja, donde se promueva la equidad y el respeto hacia la pareja a través de técnicas de solución de conflictos.

*“El amor y la violencia, hablando con propiedad, son los opuestos polares. El amor permite al otro ser, pero con afecto y preocupación. **La violencia intenta limitar la libertad del otro, para obligarlo a actuar de la forma que ella desea, con falta de preocupación e indiferencia...**”.*

Ronald David Laing

Capítulo 1: Violencia de pareja

1.1. Definición

La violencia interpersonal ocurre en todos los entornos, y en todos los grupos socioeconómicos, religiosos y culturales (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2012), ésta se define como el uso deliberado de la fuerza física y el poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones (OMS, 2002).

Dentro de la violencia interpersonal, existe la violencia de pareja, que es un problema social y de salud pública, por su magnitud y por las consecuencias negativas que ocasiona para los individuos y las familias, además depende de la frecuencia, intensidad y severidad con que se inflige (Krug, Dahlberg, & Mercy, 2003). La violencia de pareja trasciende naciones, culturas y estratos sociales (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise, & Watts, 2006) tiene efectos inmediatos, acumulativos e irreversibles sobre el bienestar y la salud física y mental, por lo que repercute en la calidad de vida y afecta el desarrollo (Naciones Unidas, 2015; Watts & García-Moreno, 2008).

Las manifestaciones de violencia, no se reducen únicamente a los golpes, sino que comprende toda una gama de actos psicológicos, físicos y sexualmente coercitivos, así como la explotación y el abuso económico sin el consentimiento de la pareja, cada uno de estos hechos depende del grado de tolerancia o percepción de cada

uno de los miembros, y puede ocurrir dentro del matrimonio, en relaciones íntimas duraderas o de corta duración, misma que puede perpetrarse por la pareja anterior, aunque la relación se haya terminado (García-Moreno & Stöckl, 2009).

La violencia de pareja se refiere a un patrón repetitivo de violencia o abuso por parte de la pareja, ya sea novio (a), esposo (a), concubino (a), e incluso la expareja (Valdez & Juárez, 1998).

Trujano, Martínez y Benítez (2002) definen a la violencia en la relación de pareja como cualquier conducta activa o pasiva que dañe o tenga la intención de dañar, herir o controlar a la persona con la que se tiene o tuvo un vínculo íntimo, como el matrimonio o el noviazgo, incluyéndose además otras formas de relación, donde existe un vínculo afectivo y/o sexual.

Las manifestaciones de la violencia de pareja comprenden una gama de actos psicológicos, físicos y sexualmente coercitivos, así como la explotación y el abuso económico sin el consentimiento del compañero íntimo, incluso, puede perpetrarse por la pareja anterior, aunque la relación haya terminado (García-Moreno & Stöckl, 2009), por lo que el estudio sobre la violencia de pareja ha cobrado auge debido a que comprende un amplio espectro de conductas de abuso que constituyen un riesgo para las personas que establecen y mantienen relaciones románticas (Hamby, Finkelhor, & Turner, 2012).

La violencia de pareja funge como una forma de ejercer control y dominio sobre uno de los miembros de la pareja, para aumentar o conservar el poder dentro de la relación. Las manifestaciones en conductas y actitudes son muy variadas, e incluyen el maltrato físico, el abuso económico, el maltrato verbal y psicológico, el chantaje emocional, entre otros, con la finalidad de subordinar y ocasionar diversos niveles de daño a quienes padecen los abusos (Corsi, 2003).

Existen diversos factores que influyen en la violencia entre parejas y puede suceder en las relaciones que llevan desde pocos meses de relación hasta muchos años dentro de la convivencia íntima. Hidalgo y Valdés (2014), señalan que la violencia

de pareja no se produce de forma aislada, sino que sigue un patrón constante en el tiempo, se ha convertido en la expresión más extrema y dolorosa en las relaciones ya que fomenta la desigualdad y el abuso de poder en la vida cotidiana entre hombres y mujeres, aunado a lo anterior, se considera como una de las principales violaciones de los derechos humanos.

A pesar de que la violencia de pareja es un problema de gran magnitud que continúa en aumento, se ha logrado un avance a nivel mundial por la gran preocupación que ocasiona, sobre todo hacia la mujer, por lo que la lucha en materia de prevención y eliminación de la violencia sigue en pie.

Algunos datos epidemiológicos

En la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH] que se realizó en el año 2016, se define a la violencia en la pareja, como un conjunto de agresiones (psicológicas, físicas, sexuales y económicas) que ocasionan algún daño psicológico, físico y/o patrimonial en la mujer, derivadas de la asimetría en la pareja (Instituto Nacional de Estadística y Geografía, [INEGI], 2016).

La mayoría de los estudios epidemiológicos, se centran en analizar la prevalencia de violencia que se ejerce hacia las mujeres, por ejemplo en la ENDIREH 2016, se indicó que la 66.1% de las mujeres, han sufrido al menos un incidente de violencia emocional, económica, física, sexual o discriminación a lo largo de su vida; con base en las encuestas anteriores realizadas por el INEGI entre los años 2006 a 2011, la violencia emocional aumento casi un 3% más y la violencia física incremento un 10% más que los otros modos de violencia ejercida hacia la mujer. También se estimó que la violencia íntima en cualquiera de sus formas, ya sea a lo largo de la relación actual o en la última, fue de 43.9% y en el último año de 25.6% (INEGI, 2016).

Ruiz (2019) realizó una investigación en una muestra no probabilística y encontró que la prevalencia de violencia de pareja que se ejerce hacia los hombres fue de

84% y la prevalencia que se ejerce hacia las mujeres fue de 87%, mientras que el 2 y 4% de la muestra, respectivamente, perciben altos niveles de violencia por parte de su compañero íntimo.

López, Fundora, Valladares, Ramos y Blanco (2015) estudiaron la prevalencia de la violencia psicológica y física en la relación de pareja. Se encontró que aproximadamente seis de cada diez personas son receptoras de violencia, en niveles de frecuencias diferentes. Cuando la pareja convive, se encontró una proporción de violencia psicológica de 82%, la de violencia física fue de 96,3 %. Las mujeres declaran ser receptoras entre los 35 a los 44 años y los hombres en edades más tempranas, entre los 25 a los 34 años. El 70 % de las parejas con nivel de secundaria básica refieren recibir violencia física y el 63 % de los universitarios son receptores de violencia psicológica.

1.2. Tipos de violencia de pareja

En nuestro país, de acuerdo con el artículo sexto de la Ley General de Acceso de Las Mujeres a Una Vida Libre de Violencia que se promulgó en el año 2007 (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2020), la violencia se tipifica en violencia psicológica, física, patrimonial, económica y sexual. También abarca cualesquiera otras formas análogas que lesionen o sean susceptibles de dañar la dignidad, integridad o libertad. Existen diferentes clases de violencia que se han ido direccionando hasta estos años con base en la forma en que se da la agresión. Las cuales cuentan con características típicas y específicas que el agresor ejerce contra la víctima.

La más conocida es la violencia física que puede ser catalogada como un patrón de agresiones directas que causan dolor corporal hacia la persona violentada. Se compone de agresiones hacia la persona de forma directa o indirecta como los son golpes, empujones, pellizcos, etc. Dentro de la violencia física, también se presentan conductas como abofetear, empujar, golpear, dar puñetazos o patadas, o conductas pasivas (i.e. privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión, no avisar de situaciones de evidente riesgo físico) (Rodríguez, 2007).

A pesar de que las relaciones pueden concluir entre parejas en determinado tiempo, si persisten pueden llegar a conductas violentas más dañinas donde el receptor incrementa su malestar en todas las áreas que componen su persona. Las agresiones físicas en las relaciones de pareja se incrementan desde los trece años hasta los diecisiete años, mientras que las probabilidades de experimentar agresiones sexuales en la pareja aumentan desde los quince años hasta los veintiséis años” (Yubero, Larrañaga, & Navarro, 2016).

La violencia psicológica incorpora agresiones que ocasionan daño emocional, comprende acciones de dominio por parte del agresor y sumisión por parte del receptor con base en verbalizaciones que afectan a la persona sometida creándole daño mental y emocional (Yubero, Larrañaga, & Navarro, 2016). Otras conductas pueden ser la agresión emocional-verbal y la agresión de dominación-aislamiento. Según Hall, Walters y Basile (2012) algunos ejemplos de abuso emocional y verbal incluyen gritar, gritar a una pareja íntima, insultar a la pareja íntima en privado o frente a otras personas. El abuso de dominación y aislamiento abarca actos tales como limitar el acceso telefónico de una pareja íntima, el uso de vehículos, entre otros.

La violencia sexual consiste en dañar a la persona a través de actos que afectan la sexualidad y la reproducción. Otra característica que se relaciona con este tipo de violencia es el abuso a los derechos sexuales y reproductivos de las parejas, invadiendo legalmente su estabilidad integral como ser humano. Se ha encontrado que los hombres ejercen abuso sexual en mayor proporción, en comparación con las mujeres, estas prácticas incluyen violación, coerción para tener relaciones sexuales no deseadas, realizar prácticas sexuales no deseadas, tener contacto sexual no deseado y acoso sexual (Hall, Walters, & Basile, 2012).

También existe la violencia económica y la patrimonial, y abarca conductas de abstención o privación de recursos y bienes monetarios o de algún otro producto material, abarca una gran variedad de comportamientos o tácticas de control que pueden mantener a las personas receptoras de violencia en situación de

dependencia financiera y aislamiento social (Postmus, Hoge, Breckenridge, Sharp, & Chung, 2020).

En la Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del año 2007 (DOF, 2020) la violencia económica se manifiesta a través de limitaciones encaminadas a controlar el ingreso de las percepciones económicas, mientras que la patrimonial se expresa en la transformación, sustracción, destrucción, retención o distracción de objetos, documentos personales, bienes y valores, derechos patrimoniales o recursos económicos destinados a satisfacer las necesidades y puede abarcar los daños a los bienes comunes o propios de la persona receptora.

La violencia económica y/o patrimonial son las agresiones que pasan a menudo menos percibidas, debido a la falta de información sobre estas versiones de violencia. Sin embargo, es común que el soporte económico y financiero se deteriore, e incluso, hay un deterioro en la economía familiar, principalmente, los hijos también son receptores de violencia, ya que su manutención también se ve mermada.

Otro tipo de violencia que se ha presentado en los últimos años es la violencia que se ejerce a través de medios electrónicos y está se debe a los grandes progresos tecnológicos globales y a las nuevas modalidades de comunicación e interacción. Este tipo de violencia, también se conoce como violencia cibernética, y se caracteriza porque en las relaciones sentimentales se presentan humillaciones y hostigamiento, e incluso se violenta la privacidad cibernética por parte del perpetrador en medios de comunicación virtuales y redes tecnológicas. La violencia virtual también implica el control de la pareja sobre el uso de redes sociales y teléfonos inteligentes (Cano, Charak, Gilbar, Viñas, & Strait, 2020).

La violencia cibernética tiene similitudes con la violencia psicológica respecto a la forma en que se inflige, así como en las consecuencias que ocasiona. Se realizó un estudio en Perú y se encontró que entre el 20% y el 30% de los participantes experimentaron al menos una forma de abuso a través de medios digitales,

principalmente, las parejas experimentaron control, como intrusiones no deseadas en cuentas personales o monitoreo de redes sociales (López, Vallejos, & Merino, 2018).

De manera general, se observa que las diferentes tipologías de violencia se ejercen entre los miembros de la pareja, así también, la magnitud puede variar, de acuerdo con la medición que se realice sobre este fenómeno social. En la ENDIREH 2016, se encontró que la violencia económica o patrimonial fue manifestada por dos de cada diez mujeres (20.9%), las cuales han recibido reclamos por parte de su pareja por la forma en que gastan el dinero, les han prohibido trabajar y estudiar, les han quitado dinero o bienes (terrenos, propiedades, etc.) y los han usado sin su consentimiento. La prevalencia de violencia física hacia las mujeres fue de 17.9%, e incorpora golpes, amarres, patadas, ahorcamiento, asfixia y agresión con armas.

La violencia sexual se manifestó en 6.5% de las mujeres, a quienes se les exigió u obligo a tener relaciones sexuales sin que ellas quisieran, también a tener prácticas sexuales que no les gustan, tener relaciones sexuales sin protección, también se les obliga a mirar actos, escenas sexuales o pornografía.

Como ya se mencionó en los apartados anteriores, la violencia de pareja es un problema latente entre hombres y mujeres y se expresa de diferentes formas, por lo que a continuación, se mencionan algunos factores que se asocian con este problema social.

1.3. Factores asociados a la violencia de pareja en adultos

El inicio de la violencia de pareja se puede generar desde las fases tempranas de la relación (violencia en el noviazgo) debido al contexto, la forma cultural, los estereotipos de género y los patrones que anteceden en la familia, lo anterior, contribuye a que se desencadenen conductas violentas en etapas posteriores a medida que evolucione la relación.

La violencia de pareja puede incrementar en etapas adultas donde las relaciones se tornan más formales y constantes, es decir, los tipos de agresiones y actitudes violentas se alteran de manera significativa con el paso del tiempo, así como cuando existen otros factores propios de la relación como conflicto, infidelidad o problemas de comunicación dentro de las relaciones en la adultez (Kail & Cavanaugh, 2014).

Sanhueza (2016) considera que diversos factores vinculados con la relación, se asocian con la violencia de pareja, entre éstos, los factores de compromiso (i.e. familia, aspectos legales, hijos) que pudiesen dificultar la dinámica de la relación y agravar las situaciones de violencia, pues en la adultez se empiezan a tomar decisiones importantes y se realizan distintas elecciones personales y sociales que intervienen en la vida cotidiana del adulto, lo que genera estrés y conflicto y exacerba las conductas de violencia.

En la adultez ocurren acontecimientos en la vida, como el matrimonio o el empleo formal, y es durante el matrimonio, cuando la violencia de pareja se puede exacerbar no sólo por la convivencia cotidiana, sino por los pensamientos y las costumbres en cada uno de los miembros.

Cárdenas (1999) menciona que son comunes las prácticas asociadas con violencia de pareja durante el trabajo terapéutico, y a pesar, de que existen amor y apego en la relación, también se ejercen actos para someter a la pareja y en muchas ocasiones, se detectan acciones donde impera la crueldad, lo que desestabiliza el mantenimiento de la pareja y los lazos de afecto.

En un estudio, se encontró que la educación es una fuente de conflicto y violencia. Es más frecuente en las mujeres que viven en unión libre y en matrimonio, que en mujeres solteras. En adición, la presencia de conflictos asociados a las actividades propias, la educación de los hijos, las diferentes ideologías, las actividades propias y de la pareja, así como la situación económica y la carga laboral incrementan las situaciones de violencia en la relación de pareja (García & Pérez, 2016).

Hurtado, Ciscar y Rubio (2004) plantean que aquellas parejas que mantienen relaciones poco satisfactorias presentan más problemas durante la interacción de

la relación, y se presentan conductas negativas, como la agresión, ya que la satisfacción en la pareja surge como resultado de la reciprocidad para contribuir a las necesidades mutuas, no sólo de los individuos, sino de la familia.

Estos autores plantean que existe una asociación entre la cronicidad de patrones disfuncionales en la comunicación, en las habilidades sociales y en la solución de conflictos que desemboca en situaciones de abuso y violencia en la relación de pareja, para ello, realizaron un estudio con parejas adultas heterosexuales y encontraron que las mujeres perciben aspectos negativos y conflictivos en la relación en mayor proporción, en comparación con los hombres.

Varios estudios (Gracia, Rodríguez, Martín, & Lila, 2020; Hendy, Burns, Can, & Scherer, 2012) indican algunos predictores de violencia íntima, entre éstos, la violencia que se ejerce en las relaciones parentales y familiares previas (inclusive entre hermanos) donde hubo comportamientos violentos.

Por otro lado, se ha encontrado que no sólo ambientes familiares donde impera la violencia son predictores de la violencia, sino que vivir en zonas vulnerables donde existe marginación y pobreza son antecesores para generar este tipo de agresiones. Finalmente, aspectos individuales como el tipo de apego, algunos rasgos de personalidad como la ansiedad y la ira, así como la baja autoestima y las infidelidades pueden influir en que se exacerbén los casos de violencia de pareja (Lee, Reese-Weber, & Kahn, 2014).

Montes-Bergues (2009) argumenta que en las relaciones de pareja donde hay malos tratos, situaciones de abuso y violencia, constituye una organización dinámica de componentes interdependientes que interactúan manera mutua y continua, pero de forma negativa, entre éstos se pueden mencionar las deficiencias en los patrones de comunicación, la insatisfacción marital y la diferenciación en la relación de pareja, por lo que la violencia de pareja, principalmente la violencia física y verbal, se explican en parte, debido a la dificultad en el manejo de las situaciones que generar un conflicto en la pareja, fenómeno denominado como estrés post-conflicto, así como a la deficiente capacidad para mantener un equilibrio entre los

elementos de unión y de diferenciación personal ante la pareja, en donde se ejercen acciones negativas hacia el otro, o en su defecto, hay una ausencia de respeto hacia la pareja como resultado de la insatisfacción que se percibe en la dinámica de la relación.

Kail y Cavanaugh (2014) indican que la violencia de pareja también depende del lugar, ciudad natal o zona geográfica de los miembros de la pareja, ya que, por ejemplo, en las zonas rurales donde prevalecen modelos culturales con ideologías rígidas patriarcales, la violencia de pareja tiene gran magnitud, sobre todo, hacia las mujeres. Además, la cultura influye, no sólo en la elección de una pareja, sino en la dinámica de la interacción y en la manera en que se ejerce la violencia, ya que las costumbres, tradiciones, normas e ideologías que trascienden en cada población pueden ser detonantes de violencia de pareja, por el contrario, en las culturas donde existe un mayor cuidado de la salud, mejores niveles educativos y mayor acceso a recursos económicos, comunitarios y sociales, las parejas tienden a desarrollar relaciones románticas más seguras, donde la magnitud de la violencia tiende a ser menor.

Fahlgren, Cheung, Ciesinski, McCloskey y Coccaro (2021) observaron cómo los rasgos de conducta agresiva entre mujeres y hombres presentan similitudes ante situaciones de diferentes grados de provocación, aunque se ha señalado que la particularidad entre un grupo de hombres, es su tendencia a ser más violentos debido a la ira como emoción predominante, en el caso del grupo de las mujeres se analiza que aunque ante la ira pueden moderar sus agresiones, ante otro tipo de emociones estas pueden incrementar. Es importante señalar que las mujeres que tienen niveles elevados de ansiedad y miedo provocados por situaciones de ira tienden a ser violentas con sus parejas, así también, las conductas agresivas por parte de sus parejas, pueden ser los que inducen a conductas violentas como respuestas de autodefensa y protección (violencia reactiva).

Como menciona Edwards (2015), tanto la población rural y la población urbana tienen similitudes en cuanto a la cantidad de personas que reciben violencia íntima,

sin embargo, se observa que la violencia entre cónyuges afecta en mayor proporción a la zona rural, ejerciendo conductas agresivas en la sexualidad del cónyuge. Asimismo, se ha notado especialmente un aumento en los homicidios de parejas, lo que demuestra que los abusadores en estos lugares presentan más rigidez y gravedad en los actos violentos hacia su pareja, incluyendo daños más severos en su salud física y psicosocial.

Una aproximación para comprender las causas de la violencia que se ejerce contra las mujeres en el contexto de las relaciones de pareja, es el modelo propuesto por Heise (1998) que se sustenta en la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1979) la cual, explica la manera en que los individuos interactúan con el ambiente mediante un conjunto de estructuras concéntricas (microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema) que influyen de manera directa e indirecta en el desarrollo de los seres humanos.

Dicha adaptación, permite estudiar los factores individuales, situacionales y socioculturales que refuerzan o disminuyen la violencia de pareja. El microsistema incorpora la historia personal, las características individuales, así como situaciones de abuso durante la infancia, en el mesosistema, se sitúan el dominio y control masculinos, la presencia de conductas de riesgo y los problemas de la pareja. El exosistema comprende estructuras formales e informales de la sociedad, integra las características sociales y demográficas de la comunidad, como los estratos económicos de los individuos y la cultura de la violencia en la región. Finalmente, el macrosistema, abarca leyes, instituciones, creencias, actitudes, roles y valores culturales que refuerzan los estereotipos de género donde prevalecen masculinidades hegemónicas que fomentan la violencia de pareja.

Una vez que se ha hecho un análisis de los factores que influyen en la violencia de pareja, a continuación, se mencionan las consecuencias que ocasiona en la salud física y mental.

1.4. Consecuencias de la violencia de pareja

Como consecuencia de la violencia que se ejerce en las relaciones de pareja, los individuos padecen lesiones y daños con mayor frecuencia, superando en cifras a la que se realiza por personas conocidas o extrañas (García-Moreno, et al., 2006; Ruiz-Pérez, Blanco-Prieto & Vives-Cases, 2004).

La violencia de pareja, que se ejerce por igual entre hombres y mujeres, ocasiona daños en la salud física, mental, sexual y reproductiva, así como en las esferas familiar y social. Al respecto, se ha encontrado que dentro de las principales causas de mortalidad se encuentran las lesiones por la violencia, que tienen un impacto negativo en distintos ámbitos del ciclo vital, con altos costos tanto sociales como económicos por las consecuencias que acarrea (de Oliveira et al., 2009; Herrera, 2009).

En el ámbito de las interacciones cercanas, Cienfuegos y Díaz-Loving (2010) señalan que la violencia de pareja provoca en quienes son receptores, una serie de alteraciones y daños en diferentes ámbitos de la vida, independientemente del tipo de violencia que se perpetre, que suelen persistir por un período prolongado y que pueden depender de la frecuencia, intensidad y severidad de los actos violentos. En lo que respecta al ámbito relacional o social, pueden afectarse las relaciones interpersonales, principalmente, se observa un deterioro en la percepción de la calidad y bienestar de la relación de pareja, que engloban a la satisfacción con la relación en general.

Existe un vínculo entre la violencia y diversos problemas de salud física y mental, ya que diversos padecimientos clínicos se relacionan de manera directa con actos violentos, ya que las personas que son receptoras de violencia de pareja manifiestan problemas de salud graves ya sea por las lesiones o porque el sistema inmune se encuentra reducido debido al maltrato, o porque hay mayor descuido sobre la salud y hay mayor proclividad a realizar conductas de riesgo (Informe Nacional de Violencia y Salud, 2006).

Bonomi, Anderson, Nemeth, Rivara y Buettner (2013) examinaron la relación entre la recepción de experiencias de abuso físico, sexual y emocional, El análisis mostró que en las mujeres, se incrementa el riesgo de tabaquismo, síntomas depresivos, trastornos de alimentación, conducta sexual frecuente y tener sexo con múltiples parejas sexuales. En el caso de los hombres, se asoció con el riesgo de tabaquismo y trastornos alimenticios.

Exner-Cortens, Eckenrode y Rothman (2013) realizaron un estudio longitudinal para identificar los efectos de la violencia. Se encontró que en comparación con los participantes que no reportaron abuso en sus relaciones románticas, los individuos receptores de violencia física o psicológica presentaron efectos negativos en la salud. Las mujeres presentaron un incremento en los episodios de consumo de alcohol, síntomas depresivos, ideación suicida y tabaquismo mientras que los hombres, tuvieron más posibilidades de presentar conducta antisocial, ideación suicida y uso de marihuana.

Sabri, et al. (2013) investigaron la asociación entre las experiencias de victimización de pareja con problemas de salud mental, adicciones y riesgo de letalidad en un grupo de mujeres afroamericanas; encontraron que el abuso físico, psicológico y sexual se relacionan con la depresión y el estrés postraumático, mientras que las posibilidades de que la violencia de pareja sea letal, se asocia con la depresión, el uso de sustancias y con la severidad de la agresión.

Ansara y Hindin (2011) analizaron las consecuencias psicosociales asociadas con diferentes patrones de violencia física, coerción sexual, abuso psicológico y control. En el estudio participaron hombres y mujeres jóvenes, los resultados indicaron que la violencia tiene un impacto negativo en el bienestar de los individuos, así como en la percepción de peligrosidad, que se incrementan a medida que los patrones de abuso se vuelven severos o crónicos. Los efectos se reportaron con mayor frecuencia en las mujeres, ya que los hombres que experimentan violencia, por lo general, reportaron pocos efectos. Los autores señalaron que las situaciones de

violencia y el control coercitivo desencadenan terrorismo íntimo, que es una respuesta común ante la recepción de intimidación y amenazas.

Las personas con el antecedente de abuso de pareja reportan sentir miedo, son más cautelosos y temen por sus hijos. También se observaron consecuencias negativas en la salud mental y en el funcionamiento interpersonal. Las reacciones psicológicas más comunes fueron depresión, ansiedad, ataques de pánico, trastornos del sueño, vergüenza, culpa, malestar emocional, confusión, frustración, decepción, autoestima baja, estrés postraumático y dificultades para relacionarse con personas del sexo opuesto. En el caso de los hombres que reportaron violencia física, se observó: depresión, ataques de ansiedad, sentimientos de decepción, malestar emocional, confusión y frustración.

Campbell, Dworkin y Cabral (2009) realizaron una revisión teórica para examinar el impacto de la violencia sexual a través del modelo ecológico de Bronfenbrenner (1986). Los autores señalan que el asalto sexual ocasiona daños severos en la salud mental debido a que desemboca en episodios de estrés postraumático, depresión, abuso de sustancias, fobias, pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, culpa, ideación e intento suicida y suicidios. Los problemas psicológicos se detonan por la presencia de factores individuales, como la raza, etnia, características de personalidad, escolaridad, nivel socioeconómico, entre otros, así como por factores del microsistema, que corresponden a las interacciones interpersonales (familia, amigos, pares, compañeros) que fungen como fuentes de apoyo y soporte.

Los diversos estragos que ocasiona la violencia se han señalado como aspectos de atención prioritaria, pues la violencia de pareja no sólo ocasiona daños en la salud física, emocional y psicológica, sino en la vida social.

Tarzia (2021) señala que la violencia sexual suele tener mayor impacto en las afectaciones emocionales que se dan en la calidad y bienestar, creando diversos síntomas en la salud mental. Los resultados obtenidos indican que las personas receptoras de agresiones sexuales manifiestan una gran decepción y traición por parte de las personas en quien se suponía podían confiar, los participantes

expresaron sentimientos profundos de confusión al remover las bases de su vida personal y de su relación amorosa. También, las víctimas expresan que los impactos de una agresión sexual por parte de su pareja tienen mayor intensidad que el abuso físico y psicológico.

Actualmente, las personas sobrevivientes de violencia de pareja han demostrado tener secuelas fatales en su integridad humana, por lo que es imperante desarrollar acciones de prevención para evitar el desenlace de la violencia que pudiera destruir familias, hogares y relaciones íntimas.

Las grandes repercusiones que se reportan ante la violencia en relaciones de pareja han dado lugar a leyes y protestas por parte de la sociedad sobre todo en el ámbito de igualdad de género, debido a las grandes tasas de violencia ejercida hacia la mujer.

Las diferentes emociones, pensamientos y actitudes plasmadas por la pareja receptora, son el principio de los estragos de la violencia de pareja, sin embargo, no es fácil detectar estas conductas y lamentablemente se desarrollan graves consecuencias como desequilibrios emocionales y mentales que pueden conllevar a aumentar aflicciones de salud física, psicológica y social, por lo que reconocer la violencia es asumir el impacto que ocasiona en diferentes estados emocionales, intensificando la tristeza, decepción, rabia, miedo, dolor e incluso, la negación (Pignatiello, 2019).

Como se ha mencionado, la violencia de pareja se asocia con problemas de salud mental, tales como la ansiedad y la depresión, por lo que en los siguientes capítulos, se hace una revisión teórica sobre la ansiedad y la depresión.

Capítulo 2: Ansiedad

2.1. Definición

La ansiedad y la depresión afectan la salud física y pueden limitar la calidad de vida; existen grupos vulnerables con un mayor riesgo de presentar estos trastornos mentales, por ejemplo, las personas receptoras de violencia y abuso de pareja son más propensas a desarrollar depresión, estrés post-traumático y ansiedad (OMS, 2018).

Lo anterior, resalta la importancia de estudiar la ansiedad y la depresión. La ansiedad se define como una reacción emocional natural ante situaciones que pueden ocasionar estrés. La ansiedad puede ser funcional para las exigencias del entorno, sin embargo, puede convertirse en patológica cuando las personas que la presentan difícilmente pueden controlar la emoción y manifiestan preocupaciones o inquietudes excesiva sobre situaciones de las que se desconoce el resultado (Martínez, 2018).

La ansiedad, de acuerdo con Beck (en Martínez, 2018), se entiende como un conjunto de respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas que se activan al prever situaciones que se califican como aversivas, debido a su imprevisibilidad, incontrolabilidad y peligro potencial.

La ansiedad implica la valoración real o irreal de una potencial amenaza y de acuerdo con Silva, Hernández, Jiménez y Alvarado (2016) tiene las siguientes características:

- a) Cognición disfuncional: La ansiedad es provocada por una valoración errónea de las amenazas que se presentan, por lo que la respuesta no concuerda con la situación real.
- b) Deterioro del funcionamiento: Tiene que ver con la falta de adaptación y la dificultad para manejar la ansiedad frente a la amenaza percibida, provocando que algunas personas, por ejemplo, se queden paralizadas e

incluso, otras personas pueden reaccionar con niveles exagerados de ansiedad que pongan en riesgo su vida, afectando directamente la vida social cotidiana o la vida laboral.

- c) Persistencia: La ansiedad se experimenta incluso cuando se piensa en la amenaza potencial, por lo que es posible que la ansiedad se experimente la mayoría del tiempo, durante largos periodos.
- d) Falsas alarmas: Se hacen presentes crisis de angustia espontáneas e intensas sin un estímulo o amenaza aparente.
- e) Hipersensibilidad a los estímulos: Se perciben como amenazantes, una cantidad más amplia de estímulos, además de que la respuesta de ansiedad es exagerada en comparación con el nivel del estímulo.

La ansiedad se define como la reacción emocional ante un peligro o amenaza, y se manifiesta mediante un conjunto de respuestas tanto fisiológicas como cognitivas y conductuales (Wigisser, 2017).

La ansiedad tiene dos componentes principales: el somático, como la elevación de la frecuencia cardíaca, respiración acelerada, sudoración, tensión muscular; y el cognoscitivo-conductual y afectivo, que incluye el miedo a perder el control, ideas catastróficas y deseo de huir. Dichos síntomas impactan en el proceso de pensamiento, el control ejecutivo, la atención, la memoria, la percepción temporal, espacial y física, al igual que en las esferas familiar, académica o laboral de la persona (Clark & Beck, 2012; Rojas-Carrasco, 2010; Silva et al., 2016).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales [DSM-5] Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) los trastornos de ansiedad son los que comparten características de miedo y ansiedad excesivos, así como alteraciones conductuales asociadas.

Asimismo, puede determinarse a la ansiedad como un modelo complejo y variable de conductas que comprenden respuestas objetivas, motoras y fisiológicas, como estados emotivos y subjetivo-cognitivos de preocupación, temor y desasosiego. Estas conductas, son desarrolladas por el ser humano ante situaciones de amenaza

o de peligro a la propia integridad física o a la autoestima, ante acontecimientos futuros o situaciones de incertidumbre, y ante la posibilidad de pérdida o fracaso (González, 2009).

Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos psicológicos más comunes y debilitantes y se asocian con deficiencias graves en los dominios interpersonales y ocupacionales (Antony & Stein, 2009), así también, se ha relacionado con emociones características como el miedo, la angustia y la preocupación.

2.2. Ansiedad: Algunos datos epidemiológicos

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental, 18% de la población urbana en edad productiva (15 a 64 años de edad) padecen algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia. Los trastornos mentales son el principal factor de riesgo para suicidio y otro tipo de lesiones auto infligidas (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2015).

Los trastornos de ansiedad son los trastornos mentales más comunes a nivel mundial. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, en la población adulta, la prevalencia de ansiedad es del 12% y constituyen los trastornos que inician desde edades tempranas, pues la mediana de edad es de 15 años y se alcanzan las prevalencias más altas entre los 25 y 45 años, encontrándose más alta en mujeres que en hombres.

Estos datos coinciden con las estadísticas reportadas en México, pues los trastornos de ansiedad tienen una mayor prevalencia en personas entre 15 y 45 años de edad, con una proporción mayor para las mujeres, 2 a 1 en los hombres (Virgen, Lara, Morales, & Villaseñor, 2005). De acuerdo con otros estudios, se encuentran tasas de prevalencia para cualquier trastorno de ansiedad a lo largo de la vida entre 10.4 y 28.8% y en el último año, la prevalencia de ansiedad es de 18% (*Can Psych Assoc*, 2006).

Se estima que los trastornos de ansiedad afectan aproximadamente a 15.7 millones de personas cada año y a 30 millones de personas en algún momento de su vida, con costos anuales en atención médica de aproximadamente 42.3 millones (Dark et al., 2017). Estudios realizados en los Estados Unidos con respecto al número de visitas al servicio de urgencias asociadas con Trastorno de Ansiedad Generalizada refieren que, en los años 2009 y 2011, el número de visitas a urgencias fue de 1.2 millones y mayormente por mujeres (62%) (Dark et al., 2017; Marco et al., 2019).

En México, la ansiedad es uno de los trastornos mentales más frecuentes, después de la depresión, y las adicciones. También se considera que es uno de los trastornos que más demanda presenta en los tres niveles de atención médica. Tiene una alta comorbilidad con la depresión, por lo que existen diversos estudios que estudian su asociación, y diferenciación de diagnóstico (OMS, 2018). Tanto la ansiedad como la depresión pueden llegar a provocar pérdidas en productividad en el trabajo, de hasta 16,000 millones de pesos al año, a nivel mundial.

Un trastorno de ansiedad puede ocurrir desde la niñez y las mujeres son más propensas a presentar este tipo de desórdenes en comparación con los hombres, además, la ansiedad se puede agravar e intensificar. Los trastornos de ansiedad formales (primarios) comunes incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo compulsivo, las fobias (fobia social específica [trastorno de ansiedad social]) y el trastorno de estrés postraumático. Es importante distinguir los trastornos de ansiedad entre sí, así como de otros trastornos psiquiátricos (Vanin, Helsley, & Morgan, 2008).

La mayoría de estos trastornos con síntomas ansiosos son más frecuentes en mujeres que en hombres, pueden aparecer durante la infancia y ser persistentes en el desarrollo si no se tratan. Se pueden presentar crisis o ataques de pánico, aunque no se limitan solo a esta forma de malestares, se diagnostican solo cuando los síntomas no son atribuidos a otras cuestiones médicas (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

En las investigaciones de salud mental se ha estimado que casi un tercio de la población global padece ansiedad con un 28% de personas, además, existen grupos vulnerables con un mayor riesgo de presentar trastornos mentales, entre ellos las familias en situación de violencia en base a las estadísticas de la población mexicana (Rentería, et al., 2018).

2.3. Síntomas de la ansiedad

Con base en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) los trastornos de ansiedad se caracterizan por ser excesivos o persistentes más allá de los periodos de desarrollo apropiados. Regularmente estos son inducidos por el estrés y presentan conductas evitativas o cautelosas, según el tipo de situaciones temidas.

Además, en este Manual se muestra una división de los tipos de trastornos que existen con sintomatología ansiosa y sus características singulares de cada uno que los diferencian, aunque puede haber comorbilidad en algunos desordenes con otras enfermedades psiquiátricas y físicas.

Por ejemplo, en el Capítulo de Trastornos Mentales y del Comportamiento, de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, [CIE-10] (Organización Mundial de Salud, 2008) se menciona al Trastorno mixto ansioso-depresivo, donde están presentes síntomas de ansiedad y de depresión, pero ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente como para justificar un diagnóstico por separado.

Cuando están presentes los síntomas depresivos y ansiosos, se debe dar prioridad al de depresión. Entre los síntomas, se presentan alteraciones vegetativas (temblor, palpitaciones, sequedad de boca, molestias epigástricas, etc.)

A continuación, se mencionan algunas de las causas de la ansiedad, considerada como un problema de salud mental pública, de gran magnitud.

Beck & Emery (2014) mencionan que los síntomas de la ansiedad pueden dividirse en cognitivos, afectivos, conductuales y fisiológicos, mismos que se enuncian a continuación:

Síntomas cognitivos de los trastornos de ansiedad:

1. Sensorio-perceptuales: timidez, mente confusa, sensación de irrealidad.
2. Dificultades para pensar: confusión, bloqueo, dificultad para razonar, dificultad para concentrarse, no se recuerdan cosas importantes.
3. Conceptual: distorsión cognitiva, miedo a la lesión física/muerte, miedo a un trastorno mental, imágenes visuales atemorizantes.

Síntomas afectivos: Irritabilidad, impaciencia, inquietud, nerviosismo, tensión, temor, agitación, excitación.

Síntomas conductuales: Inhibición, evitación, coordinación, disfluencia del habla, hiperventilación, agitación.

Síntomas fisiológicos:

1. Cardiovasculares: palpitaciones, aumento o disminución de la presión sanguínea, desmayos.
2. Respiratorios: respiración rápida, falta de aire, presión en el pecho, sensación de ahogo.
3. Neuromusculares: aumento de reflejos, reacción sobre saltada, dificultad para dormir, rigidez, inquietud, flojera de piernas.
4. Gastrointestinales: dolor abdominal, ardor estomacal, náuseas, vómitos, pérdida de apetito, molestias intestinales.
5. Tracto urinario: Presión para orinar, frecuencia de micción.

6. Epidermis: sonrojo, cara pálida, sudor generalizado, picores, rachas de frío y calor, sudor localizado (palmas de manos y pies).

2.4. Causas de la ansiedad

Los factores de la ansiedad pueden tener orígenes genéticos, ambientales y psicosociales. Además, de los componentes genéticos, se ha prestado una atención considerable al impacto que las experiencias adversas en los primeros años de vida tienen en la creación de los trastornos de ansiedad.

Por lo tanto, la disposición genética combinada con el estrés temprano en las fases críticas del desarrollo puede resultar en un fenotipo que es neurobiológicamente vulnerable al estrés y, en consecuencia, reduce el umbral para desarrollar un trastorno de ansiedad bajo la exposición durante la edad adulta. Dado esto, también se ha apoyado cada vez más la noción de que ciertos eventos adversos de la vida pueden ser más importantes para las explicaciones etiológicas de los signos y sintomatología ansiosa. Entre estos eventos, el abuso físico y/o sexual, así como las experiencias de pérdida o presencia de separación durante la infancia (Baldwin, 2013).

Seligman (1971) menciona que las personas desarrollan respuestas específicas al estar inmersas en alguna situación que causa ansiedad, sin embargo, estas respuestas se generan debido a que existen una serie de factores biológicos innatos que les permiten a los individuos poder responder adecuadamente ante una situación buscando siempre su supervivencia.

Beck et al. (1985, en Clark & Beck, 2010) proponen el modelo cognitivo en el que se menciona que las emociones y conductas de las personas están influidas por la forma en que interpretan la situación en la que se encuentran, se basa en el concepto de vulnerabilidad, entendida como la autopercepción de la persona ante objetos o situaciones en las cuales no se tiene control o es insuficiente para proporcionar seguridad, en este sentido, la ansiedad se da cuando la vulnerabilidad

se hace evidente en valoraciones exageradas que hacen los individuos ante un posible daño.

Desde una perspectiva epidemiológica, se ha encontrado que los niveles altos de ansiedad se asocian con conductas de riesgo como consumo de comida, alcohol y tabaco para tratar de reducir dicho malestar, lo que a largo plazo genera problemas para la salud física y mental (Cano-Vindel et al., 1994).

Los trastornos de ansiedad son originados por múltiples factores como los genéticos, rasgos de personalidad, situaciones estresantes o traumáticas que se experimentan a lo largo de la vida (Cía, 2007), existen factores que predisponen a la ansiedad, y que obedecen a la herencia de un sistema nervioso muy susceptible a la activación, la experiencia de revivir algún trauma o vivencias similares o aversivas que las personas identifican e impulsan la ansiedad; la falta de elementos de afrontamiento para dar frente a ciertas situaciones que además quien padece de ansiedad se percibe como incapaz de encarar (Beck et al., 1985/2014).

Beck et al. (1985) y Clark (1989) sugieren la existencia de pensamientos recurrentes automáticos, elaborados por una persona durante el día o que evoca en situaciones adversas y son estas mismas cogniciones a través de las cuales la persona ansiosa predice daño o peligro sobre situaciones futuras o probables.

Dado que son múltiples los factores que se asocian con la ansiedad, a continuación, se enuncian algunas investigaciones que asocian este problema de salud mental, con la violencia de pareja, tema principal de este estudio.

2.4.1. Ansiedad y violencia de pareja

A continuación, se enuncian investigaciones sobre la manera en que el maltrato íntimo o violencia de pareja se vincula con la presencia de síntomas de ansiedad.

En un estudio que se realizó en Ciudad Juárez, se encontró una relación entre la violencia de pareja, con características sociodemográficas y síntomas de ansiedad. Se encontró, que en los casos de las mujeres casadas o en concubinato, los niveles de ansiedad son mayores en mujeres que viven violencia psicológica y física (Villar, Soto, Quiñones, & Arroyo, 2013).

En Ecuador, Calero y Vaca (2019) evaluaron los niveles de ansiedad y depresión en mujeres que viven violencia con diferentes niveles de instrucción educativa. Los datos obtenidos en este estudio reflejan que los niveles de ansiedad y depresión, con sus respectivas formas (cognitiva, emocional y fisiológica) son elevados en las mujeres que viven violencia, asimismo, las mujeres con nivel de educación básica y media presentaron mayor incidencia en el rango mínimo de ansiedad y estrés, mientras que las mujeres con nivel de educación superior que son receptoras de violencia, presentaron índices mayores en síntomas de depresión emocional, asimismo, demuestran mayor pesimismo, menor autoeficacia, mayor infelicidad y menor autoestima.

Vaca (2020) analizó las diferencias estadísticas de los niveles de ansiedad y depresión en mujeres receptoras de violencia. Se encontraron altos niveles de ansiedad fisiológica en mujeres que viven violencia por parte de su pareja, por lo que en esta muestra se presentaron diferentes síntomas: a) cardiovasculares tales como: palpitación, pulso rápido, tensión arterial elevada; b) respiratorios como el sofoco, ahogo y respiración rápida; c) síntomas gastrointestinales como vómito, náuseas, diarrea y molestias digestivas; d) genitourinarios como micción frecuente, enuresis, eyaculación precoz, frigidez e impotencia y de forma leve, d) síntomas neurovegetativos como la sequedad de la boca, sudoración excesiva, mareo o

lipotimia. En adición, las mujeres que viven violencia de pareja también presentan depresión, así como alteraciones en el sueño y en el apetito. Los datos obtenidos en este estudio reflejan que los niveles de ansiedad y depresión, con sus respectivas clasificaciones divididas en cognitiva, emocional y fisiológica se presentan en personas que están vinculadas con parejas que ejercen violencia.

Pankiewicz, Majkowicz y Krzykowski (2012) encontraron que mujeres con ansiedad, evaluaron aspectos negativos en la calidad de sus relaciones, asimismo, los hombres con trastornos de ansiedad también tenían una percepción negativa de la relación de pareja, incluyendo conductas de abuso y violencia.

Lara et al. (2019), encontraron que las mujeres víctimas de violencia psicológica, física, sexual, económica, patrimonial y religiosa tienen mayor riesgo de presentar síntomas de depresión y ansiedad. Las mujeres que han sufrido violencia presentan síntomas de depresión leve, moderada y grave, en comparación con las mujeres que no han vivido violencia, quienes reportaron niveles bajos en los síntomas de depresión (Lara et al., 2019), mientras que las mujeres que han vivido algún tipo de violencia, presentaron síntomas de ansiedad grave y moderada, mientras que la mayoría de mujeres que reportaron no haber experimentado violencia, presentaron ansiedad baja o ausencia de esta (Lara et al., 2019).

Matud (2004), al estudiar el estado de salud de las mujeres maltratadas por su pareja, encontraron que las mujeres pueden presentar violencia física, psicológica, sexual y que presentan más síntomas de depresión grave, ansiedad e insomnio y somatizaciones que las mujeres que no han vivido estas situaciones. Asimismo se encontró que las mujeres que han sido maltratadas por su pareja se sienten más inseguras, presentan baja autoestima, poco apoyo social, presentan más enfermedades, más probabilidades de consumir medicamentos (i.e. antidepresivos y ansiolíticos) y tabaco en comparación con aquellas que no han vivido maltrato.

Las mujeres que experimentaron abusos de su pareja en el pasado presentaron menor ansiedad en comparación con aquellas que se encontraban en proceso de

separación, o que recientemente habían experimentado agresión, del mismo modo, las mujeres que presentaron abusos por parte de su pareja en el pasado presentaron menor sintomatología depresiva en comparación con las que estaban en proceso de separación o que experimentaron recientemente agresión (Matud, 2004).

Huerta et al. (2014), encontraron que las mujeres que han experimentado maltrato por parte de sus parejas presentan niveles más altos de ansiedad-rasgo, ansiedad-estado y depresión en comparación con quienes no la han experimentado. También se encontró que existe una correlación positiva entre la depresión con la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo en todos los tipos de familia (i.e nuclear, monoparental, reconstituida o extensa), independientemente del tipo de convivencia.

Jurado y Rascón (2011) encontraron que las mujeres que han vivido violencia presentan más ideas irracionales asociadas a demandas (perfeccionismo) y ansiedad (baja tolerancia a la frustración), las cuales se correlacionan con la presencia de depresión y ansiedad, en comparación con las personas que ejercen dicha violencia. En mujeres que han vivido violencia, así como en personas que la han ejercido se encontraron niveles de depresión moderada, sin embargo, fueron las mujeres que vivieron violencia quienes presentaron mayores niveles de síntomas de depresión y ansiedad, ya que las mujeres tienden a sobredimensionar el poder y dominio que tienen los factores externos sobre las personas, causando malestar psicológico que dificulta que puedan salir de las relaciones violentas.

Castillo (2017) indica que las mujeres que han vivido maltrato de parte de su pareja presentan mayor dependencia emocional y ansiedad, ya que señalan tener miedo a la ruptura, a la soledad, prioridad por la pareja, y subordinación, lo que puede explicar la permanencia en situaciones de maltrato por parte de su pareja. Asimismo, presentan niveles más bajos de estrategias de afrontamiento por aproximación (i.e. análisis lógico, reevaluación cognitiva y solución de problemas) en comparación con aquellas que no han experimentado situaciones de maltrato. Sin embargo presentan mayores puntajes en estrategias de afrontamiento evitativo (i.e. evitación cognitiva, resignación, búsqueda de recompensas y descarga

emocional), esto debido a que piensan que no pueden controlar eficazmente las situaciones y tratan de negar, aceptar y minimizar la violencia recibida, la cual inicialmente es eventual, pero con el paso del tiempo se vuelve cada vez más intensa, de esta manera las mujeres que reciben violencia no pueden tener el control de las situaciones, por lo que se desarrollan síntomas depresivos

Se encontró que las mujeres que han recibido violencia de pareja y que ha presentado tres denuncias contra la pareja tienen mayor dependencia emocional, lo que puede ser causado porque tienen baja autoestima, y desvaloración de sí mismo, presentan vinculación afectiva hacia su pareja, aceptan y minimizan la violencia recibida, ya que luego de presentar la denuncia contra su pareja o alejarse de su hogar, la violencia continúa y no se siente protegida ni siente apoyo social, siente que no puede controlar la situación, por lo que se acentúan estrategias de evitación (i.e. evitar abordar el problema, retirar la denuncia, resignarse) (Castillo, 2017).

Las investigaciones anteriores, refuerzan la necesidad de establecer relaciones de pareja con bases sólidas, pues a medida que la pasión se desvanece, a la relación puede ocurrirle dos cosas: adquiere intimidad emocional o finaliza. La confianza, la honestidad, la apertura y la aceptación deben ser parte de cualquier relación sólida; cuando estos ingredientes están presentes, el amor romántico se desarrolla y la violencia de pareja se desvanece (Kail & Cavanaugh, 2014)

Capítulo 3: Depresión

3.1. Definición

Uno de los trastornos mentales más graves es la depresión, pues ocasiona discapacidad, es un desorden crónico y se asocia con otros problemas de salud mental.

La depresión es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas (APA, 2014). El impacto de la depresión en la salud pública ha sido alto, considerando además que los síntomas depresivos también se presentan en conjunto con otros problemas tanto físicos como emocionales (Méndez et al., 2014).

En el DSM-5 (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014) se menciona a la depresión como un trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo. En el caso de la depresión mayor hay un episodio caracterizado por este tipo de aumento y en el trastorno depresivo persistente se especifica por la distimia.

La depresión se define como un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de placer, sentimientos de culpa y baja autoestima, acompañado de alteraciones en el patrón de sueño y el apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, que puede llegar a hacerse crónico y recurrente, hasta dificultar el desempeño en las labores de la vida cotidiana; cuando es leve puede ser tratada con psicoterapia, pero cuando es moderada o grave se pueden necesitar medicamentos y otros apoyos profesionales (Toro, Grajalés, & Sarmiento, 2016).

El rasgo común de la depresión es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente a la capacidad funcional del individuo (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014). La sintomatología depresiva varía en duración, puede incorporar tristeza constante y recurrente que deteriora la vida cotidiana de la persona, muchas personas con depresión pueden presentar distimia, mientras que el episodio de depresión mayor se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración de cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas y remisiones interepisódicas (DSM-5, 2014).

3.2. Algunos datos epidemiológicos sobre la depresión

La depresión, es un problema de salud pública, la OMS (2018) refiere que aproximadamente 350 millones de personas, de todas las edades, ingresos y nacionalidades padecen depresión. La depresión se está convirtiendo en la principal causa de discapacidad, y su incidencia está creciendo en todo el mundo, pues para el año 2030 se convertirá en el principal contribuyente a la carga mundial de enfermedades. En México, afecta entre el 12% y 20% de personas adultas entre 18 y 65 años (Secretaría de Salud, 2012). Los datos reportados en la Ciudad de México indican que las mujeres presentan más sintomatología depresiva que los hombres (Méndez et al., 2014).

Los trastornos depresivos pueden presentarse a cualquier edad, pero es común que se presenten durante la adolescencia, en la tercera y la cuarta década de la vida. El episodio depresivo mayor es la forma más frecuente de los trastornos depresivos, hasta el 30% de los pacientes refieren síntomas depresivos en los centros de atención primaria, pero aproximadamente, 10% de esta población tendrá una depresión mayor. Las personas con un trastorno depresivo con frecuencia tienen pensamientos suicidas y por lo mismo pueden intentar hasta quitarse la vida por ellos mismos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

La Encuesta Nacional de Comorbilidad en México de 2002 (en Wagner et al., 2012) señala que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años. Además, estimó que una de cada ocho personas (12.8%) padecen trastornos depresivos, y que cerca de la mitad, los presentó en el último año (6.1%).

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. En nuestro país, la prevalencia de depresión en adultos en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5%, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8% y en los hombres es de 2.5% (Bello, Puentes-Rosas, Medina-Mora, & Lozano, 2005).

En México se ha determinado que el porcentaje de población que padece depresión es de un 7.2 % y donde la edad de inicio aproximada es de 45 años, mundialmente este desorden abarca un 17% de la sociedad (Rentería et al., 2018).

3.3. Síntomas de la depresión

La depresión es un desorden que puede tener una extensa variabilidad de sintomatología que invaden todas las áreas de la vida de la persona, encontrándose principalmente una tristeza profunda que afecta la calidad de vida del individuo con base en su personalidad, eventos previos y actuales, pensamientos displacenteros, entre otros.

Consiste en un trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (anhedonia). Los trastornos depresivos pueden estar, en mayor o menor grado, acompañados de ansiedad (Chávez & Tena, 2018).

En la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014), se clasifican algunos tipos de trastornos según los síntomas específicos, a saber:

Se menciona particularmente un estado de ánimo depresivo casi a diario (durante la mayor parte del día), desde hace dos semanas o más, además desde un momento preciso y reconocible, junto con la presencia mayor o igual de cinco de los siguientes síntomas: disminución significativa del interés en casi todas las actividades y/o de las sensaciones placenteras relacionadas con ellas, apetito aumentado o disminuido, pérdida importante (no relacionada con la dieta), incremento en el peso corporal (p. ej. mayor o igual del 5 % en un mes), insomnio o hipersomnia, agitación o inhibición psicomotora, sensación de fatiga o pérdida de energía, sentimiento de minusvalía o sentimiento de culpa infundado, disminución en la destreza cognitiva, dificultades en la atención o en la toma de decisiones, pensamientos recurrentes de muerte (no solo temores a la muerte), pensamientos suicidas recurrentes sin un plan determinado, intentos de suicidio inclusive un plan suicida que son tomados como criterios diagnósticos del episodio depresivo (depresión mayor).

En el mismo Manual (DSM-5), el episodio depresivo mayor se manifiesta en el transcurso de una depresión unipolar recurrente o de los trastornos bipolares, en donde se presentan episodios de manía o de hipomanía (en la que el estado de ánimo elevado no provoca trastornos severos en la percepción de la realidad y en la toma de decisiones de consecuencias graves). El diagnóstico preciso y correcto del episodio depresivo tiene una importancia esencial para el tratamiento a largo plazo. Por ello, además de establecer la forma del episodio depresivo, es necesario considerar la frecuente comorbilidad con trastornos de ansiedad, los cuales frecuentemente coexisten, también son comunes los síntomas frecuentes de llanto y sentimientos de desesperanza, acompañados con trastornos del tipo adaptativos como el estrés o la tensión patológicos (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según el DSM-5 (2014), el trastorno depresivo persistente (distimia) posee características de sintomatología tales como: estado de ánimo deprimido que se mantiene durante casi todo el día y durante la mayoría de los días, en un período de mayor o igual de dos años. Además, se registran dos o más de los siguientes síntomas: disminución o aumento del apetito, insomnio o hipersomnias, sentimiento de fatiga o falta de energía, baja autoestima, dificultades para tomar decisiones, para concentrarse y para la atención, así como sentimientos de desesperanza. Por otra parte, la ciclotimia se simplifica con síntomas como en el trastorno depresivo persistente (distimia), interrumpidos algunos días por períodos con manifestaciones hipomaníacas.

Criterios diagnósticos

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales señala los siguientes criterios para un Trastorno de Depresión Mayor (APA, 2014):

- A. Cinco o más de los siguientes síntomas por al menos dos semanas:
 - 1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, todos los días.
 - 2. Disminución del interés o del placer por las actividades.
 - 3. Pérdida o aumento de peso. Disminución o aumento del apetito.
 - 4. Insomnio o hipersomnias casi todos los días.
 - 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días.
 - 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 - 7. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones.
 - 8. Pensamientos de muerte; ideación suicida, intento de suicidio o planeación.
- B. Los síntomas causan un malestar significativo o un deterioro de cualquier área de la vida.
- C. No se puede atribuir a consumo de una sustancia o afección médica.
- D. No se explica mejor por un Trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

A continuación, se explican la etiología de la depresión, pues se ha descrito como un trastorno mental de etiología múltiple.

3.4. Causas de la depresión

El impacto de la depresión en la salud pública ha sido alto, considerando además que los síntomas depresivos también se presentan en conjunto con otros problemas tanto físicos como emocionales (Méndez et al., 2014). Diversos factores se involucran ante la presencia de síntomas depresivos, que se enuncian a continuación.

- Influencia genética; considerando que la depresión tiene un factor hereditario.
- Factor bioquímico; que considera que niveles anormales de neurotransmisores están asociadas con la depresión.
- Factor conductual; surge de las teorías conductuales, y estas proponen una correlación entre las personas con depresión y que ellas presentan una tasa baja de reforzamientos positivos, y una tasa alta de acontecimientos negativos.
- Indefensión adquirida; surge como teoría, al proponer que los individuos expuestos a muchas situaciones adversas, aprender que no tienen control sobre estas situaciones, lo que los lleva a adquirir una conducta pasiva, e incluso de síntomas depresivos.
- Depresión como desesperación; considera que la desesperación está compuesta por dos factores: la percepción de falta de control sobre algún aspecto a suceder, y la certidumbre absoluta de que está por ocurrir algo malo o que no va a ocurrir algo positivo.

La Teoría de Beck (2002) es la más aceptada para la comprensión de la etiología de la depresión ya que propone que son los pensamientos negativos los detonantes de emociones negativas que de manera consistente dan lugar a la depresión, este modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: 1) La triada cognitiva, una visión negativa acerca de sí

mismo, del mundo y del futuro; 2) Los esquemas, que ayudan al individuo a enfrentarse a las situaciones que se presentan, mismos que están afectados, son inadecuados e irracionales; y 3) Los errores cognitivos, que se refieren a un procesamiento sesgado de la información (Beck, 2002).

González, Oviedo, Miguel y Mendieta (2020) indican que condiciones adversas como la muerte de un ser querido, la pérdida del estatus social o económico, la frustración, la soledad, las agresiones de cualquier tipo o magnitud, la ira, la decepción y, particularmente en ciertas culturas, la humillación personal, provocan respuestas psicológicas negativas anormales, como la depresión.

A continuación, se presentan algunas investigaciones sobre la manera en que se asocian la depresión con la violencia de pareja, ya que diversos estudios indican que cualquier forma de maltrato, es un factor que se relaciona con el malestar emocional.

3.4.1. Depresión y violencia de pareja

Ouellet et al. (2015) indican que las mujeres expuestas a la violencia de pareja tienen entre dos a tres posibilidades de mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos en comparación con las mujeres que no viven violencia, los investigadores también analizaron la experiencia del maltrato infantil como detonante de la presencia de problemas de salud mental. En adición, las mujeres que mantienen relaciones íntimas con parejas violentas corren el riesgo no sólo de sufrir lesiones físicas, sino también de problemas psicológicos posteriores.

Autores como Sheils y Walsh (2017) y Giraldi (2017) indican que los síntomas depresivos se pueden manifestar ante diferentes sucesos de la vida diaria, entre ellos, la violencia creada a partir de vínculos íntimos, por lo que es común que las personas que convivan con una pareja que es perpetradora de violencia física, psicológica o sexual, pueden desarrollar diferentes patologías, como ansiedad y depresión.

Guzmán et al. (2019) realizaron un estudio en México, en el Estado de Morelos, con el propósito de analizar el tipo y la intensidad de la violencia de pareja sobre el riesgo de desarrollar depresión en una cohorte de mujeres adultas. Los resultados indicaron que 28,5% de las participantes tenía menos de 40 años, el riesgo ajustado de depresión en las mujeres con violencia fue 2.9 veces mayor en comparación con aquellas mujeres que no señalaron vivir situaciones de violencia. Teniendo el mismo grupo de comparación, el riesgo ajustado de depresión fue 4.3 veces mayor con la violencia física y 3.1 veces mayor con la violencia psicológica y sexual.

En general, el riesgo de depresión en las mujeres que experimentaron violencia de pareja de cualquier tipo (física, psicológica y sexual) en los últimos 12 meses fue mayor que el de aquellas sin violencia. De modo similar, la sintomatología depresiva aumentó ligeramente con la violencia física y con la violencia sexual. Se observa una relación directa entre la violencia de intensidad alta y la sintomatología depresiva.

Vásquez (2007) plantea que las mujeres adoptan roles y responsabilidades impuestos por la sociedad, que exacerban los síntomas de depresión. Asimismo, este autor enfatiza que la violencia íntima se asocia con el malestar psicológico asociado con la depresión, ya que en su investigación se evaluaron dos grupos de mujeres, unas con un diagnóstico de depresión y otras sin presencia de este trastorno, se encontró que las mujeres con depresión son receptoras de violencia con mayor frecuencia en comparación con las mujeres sin depresión, asimismo, identificó que las mujeres que viven maltratos por parte del compañero íntimo, tienen 6,14 veces más probabilidades de presentar una depresión clínica a diferencia, que aquellas que no son sometidas a maltrato.

De las mujeres con depresión, 67,2% refirieron episodios de violencia en los 12 meses previos a la entrevista, por grupos de edad, las mujeres con 45 a 54 años (39,5%) tienen niveles más elevados de depresión y manifestaron recibir situaciones de abuso y control por parte de sus pareja. La presencia de ideación

suicida fue más frecuente en las mujeres que viven maltrato (58,1); de ellas (44%) han elaborado un plan suicida.

Lara, Aranda, Zapata, Bretones y Alarcón (2019) encontraron una asociación entre los síntomas de depresión con la violencia de pareja íntima. En el caso de algunas mujeres diagnosticadas con depresión grave y sometidas a comportamientos agresivos fueron la mayoría, quienes se clasificaron en el grado más severo de depresión, con un porcentaje del 97.9%, otra parte fue evaluada con depresión moderada en un 91.7%, otras mujeres, presentaron depresión leve (84.8%) y algunas fueron valoradas con depresión mínima (24.2%). Es importante destacar que las mujeres receptoras de violencia manifestaron niveles de depresión leve, moderada y severa, así también, indicaron síntomas de ansiedad y estrés.

Castillo (2017) encontró que las mujeres que han recibido violencia de pareja y que ha presentado tres denuncias contra la pareja tienen mayor dependencia emocional, lo que puede ser causado porque tienen baja autoestima, y desvaloración de sí mismas, presentan vinculación afectiva hacia su pareja, aceptan y minimizan la violencia recibida, ya que luego de presentar la denuncia contra su pareja o alejarse de su hogar, la violencia continúa y no se siente protegida ni siente apoyo social, siente que no puede controlar la situación, por lo que se acentúan estrategias de evitación (i.e. evitar abordar el problema, retirar la denuncia, resignarse).

El mismo autor, también señaló que las mujeres que han recibido violencia y que no dependen económicamente de su pareja presentan menores niveles de depresión, ya que tienen más recursos, relaciones y formas de pedir ayuda debido a las funciones y relaciones que establecen fuera del ámbito familiar, por lo que pueden desarrollar esquemas cognitivos funcionales y adaptativos que sirven como factores de protección ante la depresión, en comparación con las mujeres que reciben violencia y que dependen económicamente de su pareja, debido a que se desarrollan mayormente en el ámbito familiar y tienen más dificultades al tratar de reestructurar la relación de pareja, por lo que se ve afectada su autoestima,

estabilidad emocional, y tienen más probabilidades de desarrollar niveles altos de depresión (Castillo, 2017).

Cáceres-Ortiz et al. (2011) realizaron una investigación y encontraron que la mayoría de mujeres del estudio han experimentado situaciones de violencia psicológica, física y sexual al mismo tiempo, asimismo se encontró que las mujeres que han vivido violencia de pareja presentan trastorno por estrés postraumático, y tienen mayor comorbilidad con la ansiedad y la depresión, ya que la violencia de pareja tiene un impacto en la autoestima de las mujeres que afecta en las diferentes áreas de su vida, lo que puede generar aislamiento y malestar general.

Batiza (2017) realizó un estudio donde incorporó el análisis de violencia en hombres y encontró que los hombres presentan síntomas de ansiedad y depresión cuando reciben diferentes tipologías de violencia, sin embargo, no denuncian a sus agresoras por vergüenza.

La evidencia científica anterior indica que la violencia de pareja merma la salud mental de los individuos, aunque la mayoría de las investigaciones se realizan con mujeres, es importante enfatizar que la violencia dentro de las parejas ocasiona estragos negativos, no sólo en la salud física y mental, sino en la calidad y dinámica de la relación de pareja.

La violencia de pareja se ha subrayado como un factor asociado a la depresión, no sólo en los receptores, sino también en los perpetradores, pues son comunes las dinámicas relacionales de expresiones de agresión unidas a expresiones de arrepentimiento y de enmienda de los daños producidos, con la finalidad de conciliarse con el receptor (González, Oviedo, Miguel, & Mendieta, 2020), no obstante, tanto perpetradores como receptores pueden experimentar emociones como la tristeza, arrepentimiento y rabia de manera crónica y desadaptativa, lo que conduce a la inestabilidad psicológica, lo que conduce no sólo a presentar problemas físicos y de salud mental, sino a cometer actos criminales tales como el asesinato del conyugue. En México y Latinoamérica, se han evaluado problemáticas graves sobre la violencia de género, donde los llamados feminicidios u homicidios

han aumentado o se han evidenciado más en las últimas décadas, por lo que es imperante indagar el vínculo entre la violencia de pareja con la salud mental.

Capítulo 4. Método

Planteamiento del problema

Justificación

La violencia de pareja es un problema social y de salud pública que tiene consecuencias en la salud. La evidencia científica (i.e., Calero & Vaca, 2019; Villar, et al., 2019) señala que los individuos que han experimentado violencia de pareja tienen más posibilidades de tener síntomas depresivos y ansiosos, es decir, quienes han vivido episodios de abuso físico, psicológico, sexual, e incluso, económico, tienen más riesgos de presentar depresión y ansiedad y manifestar síntomas fisiológicos, emocionales y cognitivos como ataques de pánico, temor, falta de energía y/o pérdida de interés en las actividades cotidianas, miedo, insomnio, entre otros, lo que merma no sólo la satisfacción en la relación, sino la productividad y las actividades cotidianas (APA, 2014; Organización Panamericana de la Salud, s/f).

La violencia de pareja, que se ejerce por igual entre hombres y mujeres puede manifestarse de formas múltiples, interrelacionadas y recurrentes y ocasiona daños en la salud física, mental, sexual y reproductiva, así como en las esferas familiar y social. Se ha encontrado que dentro de las principales causas de mortalidad se encuentran las lesiones por la violencia, entre éstas, la que se ejerce por el (la) compañero (a) íntimo(a), lo que tiene un impacto negativo en distintos ámbitos del ciclo vital, con altos costos tanto sociales como económicos por las consecuencias que acarrea (de Oliveira et al., 2009; Herrera, 2009).

Para incidir en la disminución de la violencia de pareja, se requiere conocer las consecuencias que ocasiona en la salud mental, tanto en hombres, como en mujeres, pues la mayoría de las investigaciones se enfocan en conocer este fenómeno primordialmente en las mujeres (i.e. Castillo, 2017; Cáceres-Ortiz et al., 2011; Lara et al., 2019).

Las manifestaciones de la violencia de pareja comprenden una gama de actos psicológicos, físicos y sexualmente coercitivos, así como la explotación y el abuso económico sin el consentimiento del compañero íntimo, incluso, pueden perpetrarse por la pareja anterior, aunque la relación haya terminado (García-Moreno & Stöckl, 2009), por lo que el estudio sobre la asociación entre la violencia en las relaciones de pareja con la ansiedad y la depresión permitirá desarrollar intervenciones que favorezcan relaciones saludables basadas en la equidad y el respeto mutuo que favorezcan la salud mental y por ende, se fomenten conductas tanto de autocuidado, como de respeto en la dinámica de la relación (Hamby, Finkelhor, & Turner, 2012).

Es relevante analizar que algunos procesos de interacción en la pareja pueden ocasionar daños a la salud en general, y particularmente a la salud mental, lo que, a su vez, puede exacerbar situaciones de conflicto o problemas maritales que dan paso a la violencia de pareja, por lo que este estudio enfatiza el reconocimiento de que en los adultos, tanto en hombres como en mujeres se pueden presentar no sólo problemas de salud mental (depresión y ansiedad) sino patrones negativos dentro de la dinámica de la relación como lo es, la violencia de pareja, que no sólo deteriora la relación, sino que merma el bienestar y calidad de vida de los individuos y las familias. En lo que respecta al ámbito relacional o social, pueden afectarse las relaciones interpersonales, principalmente, se observa un deterioro en la percepción de la calidad y bienestar de la relación de pareja, que engloban a la satisfacción con la relación en general y con la salud mental en particular.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación entre la violencia de pareja con la ansiedad y la depresión en adultos, hombres y mujeres?

Objetivo general

Conocer la relación entre la violencia de pareja con la ansiedad y la depresión en adultos, hombres y mujeres.

Objetivos específicos

1. Conocer la relación entre los tipos de violencia de pareja y la ansiedad en hombres y mujeres.
2. Conocer la relación entre los tipos de violencia de pareja y la depresión por en hombres y mujeres.
3. Conocer las diferencias en los niveles de ansiedad entre hombres y mujeres.
4. Conocer las diferencias en los niveles de depresión entre hombres y mujeres.
5. Conocer las diferencias entre las puntuaciones de los tipos de violencia entre hombres y mujeres.

En la Figura 1, se presenta el modelo teórico propuesto.

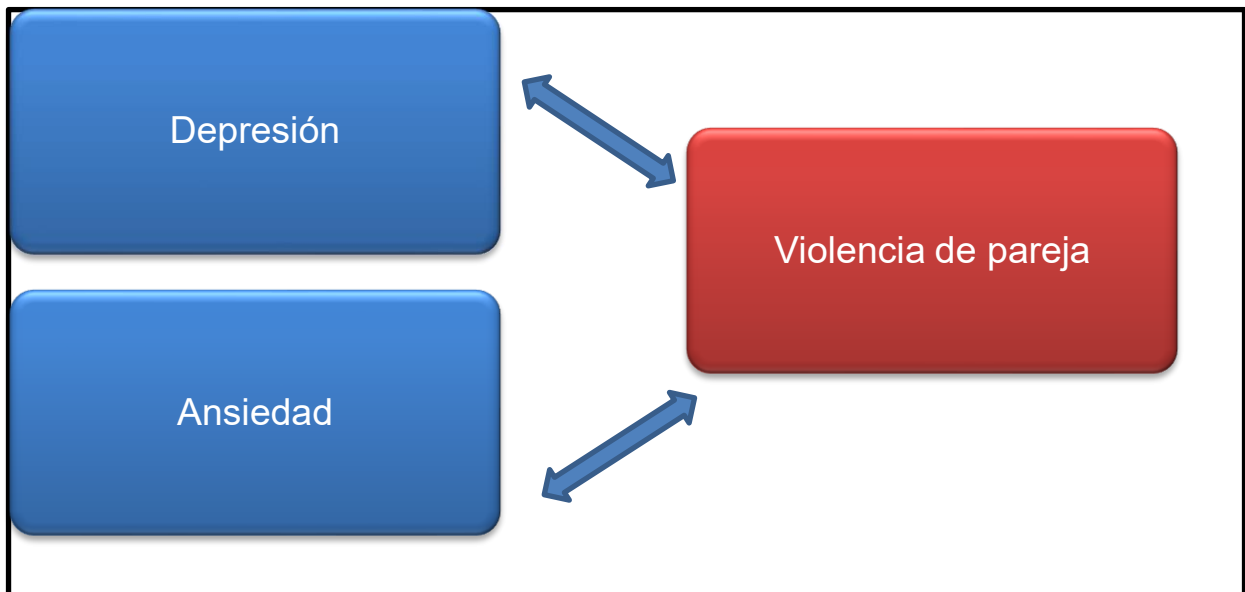


Figura 1. Modelo teórico propuesto. Elaboración propia a partir de: Huerta, et al., 2014; Lara et al., 2019; Matud, 2004; Ouellet et al. (2015).

Tipo de estudio

La presente investigación es de tipo transversal (por tiempo) y correlacional (por objetivos) (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Diseño de estudio

El diseño de la presente investigación es de una muestra para la realización de las correlaciones, mientras que, para analizar las diferencias entre los puntajes de los instrumentos, se utilizó un diseño de dos muestras independientes (hombres y mujeres) (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Definición de variables

Variables intervinientes: Violencia de pareja, Ansiedad, Depresión.

Definición conceptual

Violencia de pareja: Cualquier conducta activa o pasiva que dañe o tenga la intención de dañar, herir o controlar a la persona con la que se tiene o tuvo un vínculo íntimo, como el matrimonio o el noviazgo, incluyéndose además otras formas de relación, donde existe un vínculo afectivo y/o sexual (Trujano, Martínez, & Benítez, 2002).

Ansiedad: Conjunto de respuestas conductuales, fisiológicas, afectivas y cognitivas que se activan al prever situaciones que se califican como aversivas, debido a su imprevisibilidad, incontrolabilidad y peligro potencial (Beck, en Martínez, 2011).

Depresión: Es una alteración del humor en la que destaca un ánimo deprimido, falta de energía y/o pérdida de interés, o de la capacidad para disfrutar u obtener placer (anhedonia), que afecta la vida de la persona, durante la mayor parte del día y durante al menos dos semanas (APA, 2014).

Definición operacional

Violencia de pareja: Con las puntuaciones de la Escala de Violencia en la Relación de Pareja (Cienfuegos, 2004). Adaptación por Rivera, Jaen, Velasco y Méndez (en prensa) compuesta por cinco factores: violencia psicológica, violencia social y control, violencia física, violencia sexual y violencia económica.

Ansiedad: Con las puntuaciones de la subescala de ansiedad del Inventario de Síntomas (SCL-90-R) de Derogatis (1994) adaptado por Casullo (2004).

Depresión: Con las puntuaciones de la subescala de depresión del Inventario de Síntomas (SCL-90-R) de Derogatis (1994) adaptado por Casullo (2004).

Hipótesis

Hipótesis conceptual

Ansiedad, depresión y violencia de pareja

Ser receptor de violencia de pareja en cualquiera de sus modalidades, se asocia con la presencia, incidencia y severidad de síntomas de ansiedad y de depresión, en general, en hombres y mujeres (Bacchus et al., 2018; Huerta, et al., 2014; Lara et al., 2019; Lown & Vega, 2001; Matud, 2004; Ouellet et al., 2015; Pico-Alfonso et al., 2006; Ruiz & Plazaola, 2005).

Hipótesis estadísticas

Hipótesis de correlación

H₀: No existe relación entre los diferentes tipos de violencia de pareja con la ansiedad en hombres y mujeres.

H₁: Existe relación entre los diferentes tipos de violencia de pareja con la ansiedad en hombres y mujeres.

H₀: No existe relación entre los diferentes tipos de violencia de pareja con la depresión en hombres y mujeres.

H₁: Existe relación entre los diferentes tipos de violencia de pareja con la depresión en hombres y mujeres.

Hipótesis de diferencias

Ansiedad

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad entre hombres y mujeres.

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad entre hombres y mujeres.

Depresión

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en la depresión entre hombres y mujeres.

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en la depresión entre hombres y mujeres.

Violencia de pareja

H₀: No existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los tipos de violencia de pareja entre hombres y mujeres.

H₁: Existen diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de los tipos de violencia de pareja entre hombres y mujeres.

Participantes

Muestreo no probabilístico e intencional. Previo consentimiento informado, colaboraron 500 adultos, hombres y mujeres de forma anónima, confidencial y voluntaria.

Todos los participantes eran de origen mexicano, residentes de la Ciudad de México y área metropolitana con diferentes características sociodemográficas.

De la muestra total, 293 (58.6%) fueron mujeres y 207 (41.4%) hombres, el promedio de edad fue de 37.88 años (D.E.=13.17), la mayoría estaban casados o en una relación de tipo conyugal (42.8%), seguidos por una relación de noviazgo (40.9%). El promedio de la duración de la relación de pareja fue de 10.24 años.

Respecto al nivel de escolaridad, 48.4% tenían estudios de licenciatura y 22.4% de bachillerato. preparatoria. 77% señalaron ser empleados. Los datos de la muestra se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1
Características de la muestra

Datos Sociodemográficos	Sexo	Escolaridad	Estado civil	Edad (años)	Ocupación	Número de hijos
Frecuencia N=	H=207 M=293	Primaria=10 Secundaria=43 Técnico=37 Preparatoria=112 Licenciatura=242 Maestría=48 Doctorado=8	Soltero=167 Unión libre=87 Casado=205 Divorciado=16 Separado=19		Estudiante=49 Trabajador=384 Estudia y trabaja=3 Ama de casa=51 Desempleado=2 Ni trabaja ni estudia=3 Jubilado=7	
Porcentaje %	H=41.4 M=58.6	Primaria=2 Secundaria=8.6 Técnico=7.4 Preparatoria=22.4 Licenciatura=48.4 Maestría=9.6 Doctorado=1.6	Soltero=33.4 Unión libre=17.4 Casado=41 Divorciado=3.2 Separado=3.8		Estudiante=9.8 Trabajador=76.8 Estudia y trabaja=.6 Ama de casa=10.2 Desempleado=.4 Ni trabaja ni estudia=.6 Jubilado=1.4	13.6
Promedio Media=				37.88		2.31

Instrumentos

Escala de Violencia en la Relación de Pareja (Cienfuegos, 2004).

La escala original consta de 39 reactivos con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1 = No ha sucedido en el año, y 5 = Siempre en el año), distribuidos en 8 factores con valor propio mayor a 1, que distribuidos en 8 factores con valor propio mayor a 1, que explican el 72.52% de la varianza total; y cuenta con una consistencia interna total de .968 en la prueba alfa de Cronbach. Los factores que conforman la escala son: violencia física ($\alpha = .968$); violencia económica ($\alpha = .954$);

intimidación ($\alpha = .954$); violencia psicológica ($\alpha = .926$); control ($\alpha = .897$); humillación/devaluación ($\alpha = .922$); chantaje ($\alpha = .835$); y violencia sexual ($\alpha = .784$).

Se realizó una adaptación por Rivera, Jaen, Velasco y Méndez (en prensa) para fines de este estudio. La escala, quedó conformada por 29 reactivos con peso factorial mayor o igual a 0.30, distribuidos en 5 factores con valor propio mayor a 1, que explicaron el 58.01% de la varianza total. En cuanto a la consistencia interna, la escala total tiene un alfa de Cronbach de .921. Las dimensiones son: violencia física e intimidación, violencia social y control, violencia económica-doméstica, violencia sexual o reproductiva y violencia psicológica (Ver Anexo 1).

Inventario de Síntomas (SCL-90-R), de Derogatis (1994), fue adaptado por Casullo (2004) para población latinoamericana. Se utilizaron las subescalas de ansiedad y depresión que se describen a continuación. (Ver Anexo 1).

-Ansiedad (consistencia interna, alfa de Cronbach= 0.85). Conformada por 10 reactivos. Evalúa la presencia de signos generales de ansiedad tales como nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.

-Depresión (consistencia interna, alfa de Cronbach= 0.85). Conformada por 11 reactivos, que describen sintomatología de depresión como tristeza, falta de interés entre otros.

Procedimiento

Se solicitó la colaboración voluntaria, anónima, y confidencial de los participantes, se explicó de forma breve el propósito de la investigación, así como de los aspectos éticos de confidencialidad y anonimato, haciendo énfasis en que la colaboración sería voluntaria y que podrían abandonar el estudio en cualquier momento

A quienes brindaron su consentimiento informado para participar, se les distribuyeron por correo electrónico y redes sociales los instrumentos de manera electrónica por medio de *Google Forms*.

Análisis de resultados

Para conocer la asociación entre la violencia de pareja con la ansiedad y la depresión se realizaron correlaciones Producto-Momento de Pearson y para conocer las diferencias entre las variables de estudio, se realizaron análisis con la Prueba *t* de Student a través del SPSS versión 21.

Capítulo 5. Resultados

Estadísticos Descriptivos

A continuación, se enuncian los estadísticos descriptivos de las variables de estudio. Como se observa en la Tabla 2, en las mujeres, el promedio de la ansiedad es de $M=1.96$, mientras que en los hombres es de $M=1.74$. El promedio de las puntuaciones en la depresión es de $M=2.30$ para las mujeres y $M=1.86$, para los hombres. Respecto a la violencia de pareja, se observan puntuaciones más altas en la violencia social y control, así como en la violencia sexual en las mujeres ($M=1.56$ y $M=1.28$, respectivamente). En los hombres, se observan promedios más altos en la violencia física y psicológica ($M=1.20$ y $M=1.33$). Finalmente, se observan promedios iguales en la violencia económica tanto en hombres como en mujeres ($M=1.10$).

Tabla 2

Estadísticos descriptivos de la violencia de pareja, la ansiedad y la depresión en hombres y mujeres

Variables	Mujeres		Hombres	
	Media	D.E.	Media	D.E.
Ansiedad	1.96	.96	1.74	.774
Depresión	2.30	1.02	1.86	.810
Violencia física	1.16	.443	1.20	.531
Violencia social y de control	1.56	.879	1.53	.758
Violencia sexual	1.28	.646	1.19	.526
Violencia económica	1.10	.305	1.10	.390
Violencia psicológica	1.28	.559	1.33	.580

Correlaciones

En el siguiente apartado se muestran las correlaciones entre los diferentes tipos de violencia de pareja con la ansiedad en hombres y mujeres. Como se observa en la Tabla 3, en los hombres, todos los tipos de violencia se asocian de manera positiva y significativa con la ansiedad y se observa una correlación mayor en la violencia social y control con la ansiedad. En las mujeres, únicamente se asocian la violencia social y control, la violencia sexual y la violencia psicológica con la ansiedad, en el resto de los factores de la violencia no se encontraron correlaciones significativas.

Tabla 3

Correlaciones entre la violencia de pareja y la ansiedad en hombres y mujeres

	Ansiedad	Física	Social	Económica	Sexual	Psicológica	Media	D.E.
Ansiedad	-	.255**	.375**	.343**	.225**	.297**	1.74	.774
Física	.096	-	.587**	.712**	.723**	.792**	1.53	.758
Social	.214**	.541**	-	.649**	.449**	.625**	1.19	.526
Económica	.103	.626**	.516**	-	.697**	.737**	1.10	.390
Sexual	.203**	.635**	.493**	.537**	-	.601**	1.33	.580
Psicológica	.183**	.606**	.658**	.568**	.676**	-	1.20	.531
Media	1.96	1.16	1.56	1.28	1.10	1.28		
D.E.	.96	.443	.879	.646	.305	.559		

Nota: Los datos de la parte superior derecha corresponden a los hombres de la muestra N=207 y los de la parte inferior izquierda corresponden a las mujeres N=293. Física= Violencia física e intimidación; Social= Violencia social y control; Económica= Violencia económica-doméstica; Sexual= Violencia sexual; Psicológica= Violencia psicológica. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

En la Tabla 4 se muestran las relaciones entre la violencia de pareja y la depresión en hombres y mujeres. En los hombres, la depresión se asocia con la violencia social y control, la violencia económica, sexual y psicológica, y se observa la correlación más elevada entre la depresión y la violencia social y control. En las mujeres, la depresión se asoció con la violencia social y control, la violencia sexual y la violencia psicológica.

Tabla 4

Correlaciones entre la violencia de pareja y la depresión en hombres y mujeres

	Depresión	Física	Social	Económica	Sexual	Psicológica	Media	D.E.
Depresión	-	.128	.309**	.280**	.208**	.193**	1.86	.810
Física	.111	-	.587**	.712**	.723**	.792**	1.53	.758
Social	.209**	.541**	-	.649**	.449**	.625**	1.19	.526
Económica	.113	.626**	.516**	-	.697**	.737**	1.10	.390
Sexual	.157**	.635**	.493**	.537**	-		1.33	.580
Psicológica	.151**	.606**	.658**	.568**	.676**	-.601**	1.20	.531
Media	2.30	1.16	1.56	1.28	1.10	1.28		
D.E.	1.02	.443	.879	.646	.305	.559		

Nota: Los datos de la parte superior derecha corresponden a los hombres de la muestra N=207 y los de la parte inferior izquierda corresponden a las mujeres N=293. Física= Violencia física e intimidación; Social= Violencia social y control; Económica= Violencia económica-doméstica; Sexual= Violencia sexual; Psicológica= Violencia psicológica. * $p<0.05$; ** $p<0.0$

Análisis de Diferencias

En la siguiente sección, se presentan los análisis de las diferencias entre las puntuaciones de las variables de interés en hombres y mujeres.

En la Tabla 5, se muestran los resultados de la prueba *t de Student* realizada para conocer las diferencias en las puntuaciones de ansiedad entre hombres y mujeres, se observan diferencias estadísticamente significativas en los niveles de ansiedad entre hombres y mujeres $t_{(489.34)} = -2.88$, $p=0.004$, IC 95% (-0.377- -0.071).

En la Tabla 6, se muestran diferencias estadísticamente significativas en los niveles de depresión entre hombres y mujeres $t_{(491.52)} = -5.26$, $p=0.000$, IC 95% (-0.543 - -0.248).

En la Tabla 7 se observa que no existen diferencias significativas entre los tipos de violencia de pareja entre hombres y mujeres.

Tabla 5
Diferencias en ansiedad en hombres y mujeres

Factor	Hombres		Mujeres		Prueba <i>t</i>	<i>p</i>	Intervalos de confianza
	Media	D.E.	Media	D.E.			
Ansiedad	1.74	.774	1.96	.960	489.34	0.004	-0.377--0.071

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Tabla 6
Diferencias en depresión en hombres y mujeres

Factor	Hombres		Mujeres		Prueba <i>t</i>	<i>p</i>	Intervalos de confianza
	Media	D.E.	Media	D.E.			
Depresión	1.81	.741	2.21	.937	491.52	0.000	-0.543--0.248

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Tabla 7
Diferencias en los tipos de violencia de pareja en hombres y mujeres

Factor	Hombres		Mujeres		Prueba <i>t</i>	<i>p</i>	Intervalos de confianza
	Media	D.E.	Media	D.E.			
Física	1.20	.531	1.16	.443	391.77	.375	-.0486 -.1288
Social	1.53	.758	1.56	.879	478.53	.766	-.1665 -.1226
Económica	1.19	.526	1.28	.646	488.019	.096	-.1909 -.0155
Sexual	1.10	.390	1.10	.305	373.373	.946	-.0617-.0661
Psicológica	1.33	.580	1.28	.559	433.752	.341	-.0525-.1514

Física=Violencia física e intimidación; Social= Violencia social y control;
Económica= Violencia económica-doméstica; Sexual= Violencia sexual;
Psicológica= Violencia psicológica. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Capítulo 6. Discusión y conclusiones

En el presente estudio se encontró que, en los hombres, todos los tipos de violencia se asocian de manera positiva y significativa con la ansiedad, en las mujeres, únicamente se asocian la violencia social, la violencia sexual y la violencia psicológica.

Respecto al estudio de correlación entre la violencia de pareja con la depresión, se observó que, en los hombres, la depresión se asoció con la violencia social, la económica, la sexual y la psicológica. En las mujeres, la depresión se asoció con la violencia social, la sexual y la psicológica.

Finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas a través de la prueba *t* de Student en los niveles de ansiedad y depresión entre hombres y mujeres.

Los hallazgos de este estudio indican que la violencia de pareja tiene asociación con síntomas de ansiedad y depresión tanto en hombres, como en mujeres. Las investigaciones respaldan que la ansiedad y la depresión son factores que se correlacionan con el maltrato en la pareja, empero, sería recomendable realizar estudios sobre la salud mental de los perpetradores (Likcani, Stith, Spencer, Webb, & Peterson, 2017), ya que, en diversas ocasiones, los trastornos mentales y el malestar emocional pueden ocasionar y exacerbar conductas violentas entre los miembros de la pareja, independientemente del sexo, sin embargo, aún prevalecen estereotipos de género con masculinidades hegemónicas que confieren poder a los hombres y asignan papeles de subordinación a las mujeres, fomentando la incidencia de conductas de abuso de cualquier tipología de violencia principalmente hacia las mujeres (De Keijzer, 2005), empero, en este estudio, las puntuaciones de los diferentes tipos de violencia fueron similares entre hombres y mujeres.

Sobre la controversia de la escasa productividad de investigaciones sobre la violencia que se ejerce hacia los hombres, es importante señalar que, en las relaciones de pareja, se pueden establecer relaciones de pareja, donde uno de los miembros adopta conductas para llevar las riendas de la relación. Al respecto, Rivera y Díaz (2002) plantean que la toma de decisiones en las relaciones de pareja, permite identificar el nivel de poder dentro de la dinámica, ya que el miembro que tiene un nivel considerable de poder, es quien establece el estilo de vida para todos y es quien relega la capacidad de toma de decisiones del compañero (a) íntimo (a), asimismo, la forma de desempeño de la decisión depende del grado de poder que se tiene, así como de la capacidad de influencia en el otro, por lo tanto, el poder de decisión puede estar centralizado en una sola persona, que puede centrarse en normas y valores tradicionales, principalmente de dominio patriarcal, es así, que como una forma de ejercer el control y el poder, se ejercen conductas de abuso hacia alguno de los miembros de la pareja.

La violencia de pareja se visibiliza y se incrementa durante la vida adulta, ya que la dinámica de la relación tiene transformaciones que implican un mayor compromiso y nuevas responsabilidades, por lo que la vida cotidiana, puede deteriorar el lazo marital y durante el deterioro se manifiestan conductas de maltrato conyugal debido a la insatisfacción y a los conflictos que se presentan en el día a día dentro de la relación. De manera similar, Lara et al. (2019) indican que, durante el matrimonio o la vida conyugal, los eventos de violencia se incrementan y, por ende, ocasionan daños psicológicos, fomentando síntomas de ansiedad y depresión.

La violencia de pareja es una práctica común en la sociedad actual, ya que se considera como una forma de resolver conflictos, en adición, desde edades tempranas, las personas somos expuestas a percibir y/o recibir distintos tipos de violencia, que intervienen de manera directa e indirecta en nuestro desarrollo, por lo que las conductas violentas durante los procesos de interacción en pareja suelen pasar desapercibidas e incluso son ignoradas y hasta normalizadas por uno mismo (Cárdenas, 1999).

Dentro de las aportaciones, es notable que la violencia de pareja es recíproca entre hombres y mujeres, pues de manera específica, todas las tipologías de violencia, se asociaron con la ansiedad en los hombres, a diferencia de las mujeres, lo que da pauta a seguir investigando sobre la violencia que experimentan los hombres por parte de sus compañeras íntimas, ya que también hay hombres que son receptores de maltrato físico, psicológico, sexual y económico, aunque difícilmente, lo aceptan, expresan y atienden (Batiza, 2017).

Por lo que es importante desarrollar como una línea de investigación, la violencia que se ejerce hacia los hombres, indagando las dos vertientes de la violencia, ya que tanto el perpetrador como el receptor pueden intercambiar sus roles y ejecutar algún tipo de maltrato de manera mínima a su pareja (Straus, 2015).

Cuervo y Martínez (2013) evaluaron las características, así como la naturaleza de la violencia y señalaron que dentro de la dinámica relacional de pareja se utiliza el abuso y el maltrato como un método para la resolución de conflictos, sin embargo, se puede fomentar la bidireccionalidad de la violencia en las diferentes modalidades, considerando que las mujeres se han incorporado al mercado laboral y, por ende, pueden ser quienes manejan la economía de la familia.

La violencia en la pareja en población adulta en hombres y mujeres abarca agresiones hostiles entre los individuos que están íntimamente involucrados entre sí (Kandel, 2003). Sin embargo, la articulación entre el desarrollo teórico de la violencia que se ejerce hacia hombres y mujeres aún está en estado incipiente, y requiere tanto de análisis teórico como de estudios empíricos, ya que, con el advenimiento de los movimientos feministas, la mayoría de las investigaciones se han centrado en abordar la violencia que se ejerce hacia las mujeres principalmente.

Montes-Bergues (2009) argumenta que en las relaciones de pareja donde hay malos tratos, situaciones de abuso y violencia, existe una organización dinámica de componentes interdependientes que interactúan de manera mutua y continua, pero de forma negativa, que perjudica la salud física y mental.

Sin embargo, el tipo de violencia que se ejerza va a depender también de otros factores como la fuerza física y el rol social determinado, situación que no se hace evidente debido a que a través de la historia se ha determinado a la mujer como víctima, sin tener en cuenta que esta también asume una posición de respuesta violenta frente a la situación con su pareja. Esta simetría cambia el papel único de los hombres como victimarios y el de las mujeres como víctimas, y lleva a la ubicación de que en las parejas que existe violencia, esta es del hombre hacia la mujer y también a la inversa (Chen & Chan, 2019).

Todos los tipos de violencia se asociaron significativa y positivamente con la ansiedad en los hombres, a diferencia de las mujeres, donde la violencia económica no mostró una asociación significativa con la ansiedad, lo que indica que la mujer está logrando una mayor independencia económica (Meekers et al., 2013).

Respecto a la asociación entre la violencia de pareja con la depresión, se mostraron correlaciones más elevadas en los hombres, y en las mujeres, la depresión tuvo correlaciones más fuertes con la violencia social y el control, lo que indica que posiblemente, los roles sociales están cambiando, sin embargo, la violencia de pareja sigue fomentando los problemas de salud mental (Lovestad et al., 2017)

Los hallazgos de este estudio ponen de relieve realizar estrategias de intervención que se centren en prevenir conductas violentas dentro de las parejas y las familias, a través del fortalecimiento de esferas importantes en la vida del ser humano y elevar una estabilidad tanto mental como emocional adecuada, poniendo énfasis en las prácticas positivas en este ámbito que promueven un bienestar en la integridad de las personas (Bernardi & Steyn, 2021).

La violencia infligida por la pareja tiene repercusiones multifacéticas, que van desde las consecuencias psicológicas, mentales y emocionales hasta las económicas, judiciales y legales, poniendo en peligro de igual manera de forma tanto interna como externa a la persona, a su familia y hasta sus hogares. La depresión, la ansiedad y el estrés son factores de alto riesgo en la perpetración del abuso de pareja. De igual manera las dificultades económicas objetivas y la

escasez crean un contexto que facilita la impartición de violencia en la pareja, para ambos socios en una relación, por lo que sería recomendable seguir inspeccionando estos aspectos e incluirlos en cada estudio para determinar su involucración (Ahmadabadi, Najman, Williams, & Clavarino, 2020).

Finalmente, es importante destacar que se presentaron niveles más elevados de ansiedad y depresión en las mujeres, lo que es consistente con la literatura científica, ya que, a nivel mundial, los trastornos de ansiedad y depresión son más comunes en las mujeres en comparación con los hombres (2.6%), lo que coincide con los datos de la Región de las Américas (OPS, 2017). Mientras que en otros hallazgos, las mujeres presentan mayor sintomatología ansiosa y de depresión en comparación con los hombres (Byers et al., 2010; Serrano-Barquín et al., 2015).

Los datos anteriores, incluyendo los de las correlaciones y los análisis de diferencias indican que tanto hombres como mujeres, pueden desencadenar síntomas de ansiedad y depresión dentro de la dinámica de la relación, cuando es en este contexto, donde deberían prevalecer la satisfacción, el bienestar y el compañerismo, por lo que es imperante examinar las transformaciones de las relaciones interpersonales y familiares previas de las personas propensas a generar conductas violentas, así como de los elementos que conforman las relaciones de pareja actuales, con la finalidad de generar redes multidisciplinarias de trabajo para incidir en el tratamiento de los principales problemas de salud mental, que son la ansiedad y la depresión y por el otro, favorecer patrones de interacción de pareja basados en el buen trato, respeto mutuo, educación para la paz que implique la solución pacífica y saludable de conflictos dentro de la dinámica de la relación debido a que los datos sobre violencia de pareja son alarmantes y porque se considera como un problema de salud pública a nivel mundial, al igual, que la ansiedad y la depresión, por lo que es necesario, brindar estrategias de enseñanza de comunicación asertiva, formas adecuadas de tolerancia, fomento de la equidad y respeto, para lograr acuerdos y evitar relaciones conflictivas donde imperen los problemas de salud mental y de violencia de pareja.

"He encontrado el significado de mi vida ayudando a los demás a encontrar en sus vidas un significado".

Viktor Frankl

Referencias

- Ahmadabadi, Z., Najman, JM, Williams, GM y Clavarino, AM (2020). Ingresos, género y formas de violencia de pareja. *Revista de violencia interpersonal*, 35 (23-24), 5500-5525.
- Aiquipa Tello Jesús Joel. (2015). Dependencia emocional en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista de Psicología (PUCP)*, 33(2), 411-437.
- Alméras, D., Bravo B. R., Milosavljevic, V., Montaña, S., y Rico, M. N. (2002). Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe. Una propuesta para medir su magnitud y evolución. Asuntos de Género. Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer: CEPAL, Unidad Mujer y Desarrollo.
- Antony, M. M., y Stein, M. B. (2009). *Oxford library of psychology. Oxford handbook of anxiety and related disorders*. Oxford University Press. / *Biblioteca de psicología de Oxford. Manual de Oxford de ansiedad y trastornos relacionados*. Prensa de la Universidad de Oxford.
- American Psychiatric Association (APA), Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagney Lifante, A. (2014). DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.). México: Editorial Médica Panamericana.
- Baldwin D.S, Leonard B.E. (2013). Trastornos de ansiedad. / Anxiety Disorders. Modern Trends Pharmacopsychiatry. Basel, Karger Vol. 29, (DOI: 10.1159/000353535).
- Batiza, Alvarez, F. J. (2017). La violencia de pareja: Un enemigo silencioso. *Archivos de criminología, seguridad privada y criminalística*, (18), 144-151.
- Beck, J.G. (2010). Procesos interpersonales en los trastornos de ansiedad: implicaciones para la comprensión de la psicopatología y el tratamiento. Asociación Americana de Psicología. <https://doi.org/10.1037/12084-000>
- Bernardi Delia A. y Steyn Francois (2021). Developing and testing a Christian- based program to address depression, anxiety, and stress in intimate partner violence/ Desarrollando y probando un programa basado en el cristianismo para abordar la depresión, la ansiedad y el estrés en la violencia de pareja íntima, *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 40:1, 39-67, DOI: 10.1080/15426432.2020.1828221

- Black, D. W., Grant, J. E., & Black, D. W. (2014). DSM-5 : manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5 (5a edición). Editorial Médica Panamericana.
- Bui, NH y Pasalich, DS (2021). Apego inseguro, rasgos de personalidad desadaptativos y la perpetración de abuso cibernético y en persona. *Revista de violencia interpersonal*, 36 (5–6), 2117–2139.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Cáceres-Ortiz, E., Labrador-Encinas, F., Ardila-Mantilla, P. y Parada-Ortiz, D. (2011). Tratamiento cognitivo conductual centrado en el trauma de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psychologia: avances de la disciplina*, 5(2), 13-31. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1900-23862011000200002&script=sci_abstract&tlng=es
- Calero Jiménez, D. C., y Vaca Cárdenas, E. R. (2019). Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia. Universidad Internacional SEK, Quito, Ecuador, <http://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3513>
- Cano-González, I., Charak, R., Gilbar, O., Viñas-Racionero, R., & Strait, M. K. (2020). Witnessing Parental Violence and Cyber IPV Perpetration in Hispanic Emerging Adults: The Mediating Role of Attitudes Toward IPV. / Testigos de la violencia parental y la perpetración cibernética de IPV en adultos hispanos emergentes: el papel mediador de las actitudes hacia la IPV. *Journal of Interpersonal Violence/ Revista de violencia interpersonal*. <https://doi.org/10.1177/0886260520975834>
- Cárdenas Jose, E. (1999). Violencia en la pareja: intervenciones para la paz desde la paz. Ediciones Granica SA.
- Castillo, E. (2017). Dependencia emocional, estrategias de afrontamiento al estrés y depresión en mujeres víctimas de violencia de pareja de la ciudad de Chiclayo. *Revista Paian*, 8(2), 36 - 62. <http://revistas.uss.edu.pe/index.php/PAIAN/article/view/735>
- Castro, R., Riquer, F. y Medina, M. E. (2006). Violencia de género en las parejas mexicanas resultados de la encuesta nacional sobre la dinámica de las relaciones en los hogares 2003 (No. 362.82920972 V5).
- Chávez M., K. y Tena E. (2018). Depresión: Manual de intervención grupal en habilidades sociales. Editorial: El Manual Moderno.

- Clements Caroline M., Clauss Kate, Casanave Karly y Laajala Allison (2018). Agresión, psicopatología y perpetración de violencia de pareja: ¿Importa el género?/ *Aggression, Psychopathology, and Intimate Partner Violence Perpetration: Does Gender Matter? Revista de Agresión, Maltrato y Trauma /Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 27:8, 902-921, DOI: 10.1080/10926771.2017.*
- Copp, J. E., Giordano, P. C., Longmore, M. A., y Manning, W. D. (2019). The Development of Attitudes Toward Intimate Partner Violence: An Examination of Key Correlates Among a Sample of Young Adults. *Revista de violencia interpersonal. / Journal of Interpersonal Violence, 34(7), 1357–1387.*
- Canadian Psychiatric Association. Clinical Practice Guideline Management of Anxiety Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry 2006;51(2):1S-91S*
- Carrillo, S. I. (2008). *Ansiedad en estudiantes universitarios, Avances: Cuaderno de Trabajo.* Número 172. México: Universidad Autónoma de Ciudad Juárez.
- Casullo, M. M. (2004). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social: México, 6 (1), 49-57.* ISSN (Versión impresa): 1405-5082.
- Cuervo Pérez, Mónica Marcela, y Martínez Calvera, John Freddy (2013). Descripción y caracterización del Ciclo de Violencia que surge en la relación de pareja. *Tesis Psicológica, 8(1), 80-88.*
- Davidson, R. J. (2000). Trastornos de estilo afectivo, estado de ánimo y ansiedad: un enfoque de neurociencia afectiva. *Ansiedad, Depresión y Emoción. /Anxiety, Depression, and Emotion: Prensa de la Universidad de Oxford.*
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R- Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual.* Minneapolis: National Computer System.
- Díaz-Guerrero, R. & Spielberger, C. (1975). IDARE. Inventario de Ansiedad Rasgo Estado. Manual e instructivo. México: Manual Moderno.
- Doom, J.R., Haefel, G. J. (2013). Teasing apart the effects of cognition, stress, and depression on health. *American Journal of Health Behavior, 37, 610–619.*
- Dyson, R. & Renk, K. (2006). Freshmen adaptation to university life: depressive symptoms, stress and coping. *Journal of Clinical Psychology, 62, 10, 1231-1244.*
- Edwards, K. M. (2015). Intimate Partner Violence and the Rural–Urban–Suburban Divide: Myth or Reality? A Critical Review of the Literature. / *La violencia de*

pareja y la brecha rural-urbana-suburbana: ¿mito o realidad? Una revisión crítica de la literatura. *Trauma, violencia y abuso*, 16 (3), 359–373.

Fahlgren, M. K., Cheung, J. C., Ciesinski, N. K., McCloskey, M. S. y Coccaro, E. F. (2021). Gender Differences in the Relationship between Anger and Aggressive Behavior/ Diferencias de género en la relación entre la ira y la conducta agresiva. *Journal of Interpersonal Violence*. / *Revista de violencia interpersonal*. <https://doi.org/10.1177/0886260521991870>

Flasch, P. (2020). A narrative review of the literature on recovery from intimate partner violence: Developmental processes and facilitating elements. / Una revisión narrativa de la literatura sobre la recuperación de la violencia de pareja íntima: procesos de desarrollo y elementos facilitadores. *Partner Abuse*, 11(1), 39–56. <https://doi-org.pbidi.unam>.

Frías, S. M. (2017). 25 años de investigación cuantitativa y cualitativa sobre violencia en contra de las mujeres en México. Realidad, datos y espacio. *Revista internacional de estadística y geografía* V. 8 N.2.

García de la O, S. (2015). Hazme el favor de quererme: los conflictos en la pareja (1a edición). Plaza y Valdés Editores.

García Oramas, María José y Matud Aznar, M. Pilar (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud Mental*, 38(5) ,321-327.

García-Meraz, M. y Pérez Agüero, M. C. (2016). Conflicto interpersonal: semejanzas y diferencias por estatus de pareja y reporte de violencia en mujeres de Hidalgo. *Revista de psicología y ciencias del comportamiento de la Unidad Académica de Ciencias Jurídicas y Sociales*, 7(2), 1-19.

Giraldi T. (2017). Infelicidad, Tristeza y Depresión. / Unhappiness, Sadness and 'Depression' Antidepressants and the Mental Disorder Epidemic. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-319-57657-2_1

González J. E. I., Oviedo Z. A. M., Miguel S. M. G., y Mendieta V. A. (2020). De viva voz: estudio fenomenológico con agresores primarios de violencia de pareja o conyugal. *Revista Iberoamericana De Las Ciencias Sociales Y Humanísticas*, 9(17), 189 - 218.

González Martínez, M. T. (2009). Aproximación al concepto de ansiedad en psicología: su carácter complejo y multidimensional. *Aula*, 5. <https://doi.org/10.14201/3270>

- Gracia, E., Rodríguez, C. M., Martín, M., y Lila, M. (2020). Acceptability of Family Violence: Underlying Ties Between Intimate Partner Violence and Child Abuse/ Aceptabilidad de la violencia familiar: vínculos subyacentes entre la violencia de pareja y el abuso infantil. *Journal of Interpersonal Violence/ Revista de violencia interpersonal*. 35(17–18), 3217–3236.
- Guzmán-Rodríguez, C., Cupul-Uicab, L. A., Borges, G. L. G., Salazar-Martínez, E., Salmerón, J., y Reynales-Shigematsu, L. M. (2019). Violencia de pareja y depresión en mujeres que trabajan en una institución de salud de México. *Gaceta Sanitaria*. Vol. 35. N. 2. Pág. 161-167.
- Hall, J. E., Walters, M. L. y Basile, K. C. (2012). Intimate Partner Violence Perpetration by Court-Ordered Men: Distinctions Among Subtypes of Physical Violence, Sexual Violence, Psychological Abuse, and Stalking./ Perpetración de violencia de pareja íntima por hombres ordenados por la corte: distinciones entre subtipos de violencia física, violencia sexual, abuso psicológico y acecho. *Journal of Interpersonal Violence. / Revista de violencia interpersonal*. 27(7), 1374–1395.
- Hendy, H. M., Burns, M. K., Can, S. H., y Scherer, C. R. (2012). Adult Violence With the Mother and Sibling as Predictors of Partner Violence/ Violencia adulta con la madre y el hermano como predictores de la violencia de pareja. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(11), 2276–2297.
- Hidalgo, G.L. y Valdés, L.D.C. (2014). Violencia contra la mujer adulta en las relaciones de pareja. *MediSan*, 18(02):181-187. <https://doi.org/pbidi.unam.mx:2443/10.1080/15426432.2016.1227291>
- Huerta, R., Bulnes, M., Ponce, C., Sotil, A. y Campos, E. (2014). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbano-marginales de la ciudad de Lima. *Theorema*, 1(1), 123–136. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11945>
- Jacinto, C. (2011). *Expectativas de los jóvenes: ¿qué hacer?* Carta informativa del IIEP. Vol. 39. pp. 1-2. Recuperado de http://www.iiep.unesco.org/sites/default/files/newsletter2011-2_sp_web.pdf
- Jurado, G. y Rascón, M. (2011). Ideas irracionales y padecimientos psicológicos: análisis en perpetradores y receptoras de violencia de pareja. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 11, 83-99. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6383209>

- Kail, R. y Cavanaugh, J. (2014). Desarrollo humano. Una perspectiva del ciclo vital. Cengage Learning Editores SA de CV.
- Kumaraswamy, N. (2013). Academic stress, anxiety and depression among college students. A brief review. *Int.Rev.Soc.Sci.Humanit*, 5, 135–143.
- Lara, E., Aranda, C., Zapata, R. Bretones, 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>
- Lee, M., Reese-Weber, M. y Kahn, J. H. (2014). Exposure to Family Violence and Attachment Styles as Predictors of Dating Violence Perpetration Among Men and Women: A Mediational Model. *Journal of Interpersonal Violence*. / *Revista de violencia interpersonal*. 29(1), 20–43.
- Lee, BX (2015). Causas y curas 1: Hacia una nueva definición. *La agresión y comportamiento violento*, 25 (7), 199 - 203. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1016/j.avb.2015.10.004>
- Likcani Adriatik, Stith Sandra, Spencer Chelsea, Webb Farrell y Peterson Frank Ryan (2017). Diferenciación y violencia de pareja íntima, *The American Journal of Family Therapy*, 45: 5, 235-249, DOI: 10.1080 / 01926187.2017.1365663
- López, C. J., Vallejos, S. J. y Merino, G. M. (2018). Violencia digital de pareja íntima en jóvenes peruanos: validación de un instrumento y propuesta teórica. *Revista de violencia interpersonal*. <https://doi.org/10.1177/0886260518803610>.
- Lund, P. (2017). Christian faith and recovery from substance abuse, guilt, and shame. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 36(3), 346–366. <https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1080/15426>
- Marganski, A. y Melander, L. (2018). Intimate Partner Violence Victimization in the Cyber and Real World: Examining the Extent of Cyber Aggression Experiences and Its Association With In-Person Dating Violence. / *Victimización por violencia de pareja íntima en el mundo cibernético y real: examen del alcance de las experiencias de agresión cibernética y su asociación con la violencia en el noviazgo en persona*. *Revista de violencia interpersonal*, 33 (7), 1071–1095.
- Martínez, Z. K. (2018). Propuesta de intervención para tratar la ansiedad en la perimenopausia. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.

- Matud, M. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16(3), 397-401. <http://www.psicothema.com/pdf/3009.pdf>
- Medina Núñez, I., y Medina Villegas, A. (2019). Violencias contra las mujeres en las relaciones de pareja en México. *Intersticios sociales*, (18), 269-302.
- Medina, M. C. P. (2014). Violencia de pareja. Repercusiones en la salud mental de la mujer. *Revista Enfermería C y L*, 6(2), 93-97.
- Méndez, Ma. del P., García, M., Jaenes, J. C. & Peñaloza, R. (2014). Percepción de la violencia y sintomatología depresiva en parejas mexicanas. *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental*, 32(2), 137-146. ISSN 0213-3334.
- Morrison, J., y Enríquez Cotera, G. (2015). DSM-5® : Guía para el diagnóstico clínico. Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (2018). Clasificación Internacional de Enfermedades. Décimo primera edición.
- Ouellet-Morin, I., Fisher, H. L., York-Smith, M., Fincham-Campbell, S., Moffitt, T. E., y Arseneault, L. (2015). Intimate partner violence and new-onset depression: a longitudinal study of women's childhood and adult histories of abuse. *Depression and anxiety*, 32(5), 316–324. <https://doi.org/10.1002/da.22347>
- Pankiewicz, P., Majkiewicz, M. y Krzykowski, G. (2012). Trastornos de ansiedad en la pareja íntima y la calidad de su relación. /Anxiety disorders in intimate partners and the quality of their relationship. *Journal of Affective Disorders. Revista de trastornos afectivos*, 140 (2), 176–180. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.02.005>
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2017). *Desarrollo Humano* (Décimo tercera ed.). México: McGraw-Hill/Interamericana Editores.
- Park, C. J. (2016). Chronic shame: A perspective integrating religion and spirituality. *Journal of Religion & Spirituality in Social Work: Social Thought*, 35(4), 354-376.
- Pérez A. M. D. M., y Orejuela G. J. J. (2020). Sujeto, síntoma, dispositivo y terapeuta: una mirada hacia la responsabilidad subjetiva en el campo de la salud mental. *Affectio Societatis*, 17(32), 191-213.

- Pignatiello M. A. (2019). Procesos de subjetividad en mujeres que salen de relaciones violentas de pareja. *Revista Venezolana de estudios de la mujer*. Vol. 24, n° 52-53, págs. 80-96.
- Pineda, D., Galán, M., Martínez-Martínez, A., Campagne, DM y Piqueras, JA (2021). Misma personalidad, nuevas formas de abusar: cómo las personalidades de las tétradas oscuras están conectadas con la violencia de pareja cibernética. *Revista de violencia interpersonal. / Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260521991307>
- Postmus, J. L., Hoge, G. L., Breckenridge, J., Sharp-Jeffs, N., y Chung, D. (2020). Economic Abuse as an Invisible Form of Domestic Violence: A Multicountry Review. /El abuso económico como una forma invisible de violencia doméstica: una revisión de varios países. *Trauma, Violence, & Abuse/ Agresión, Maltrato y Trauma* 21(2), 261–283.
- Reed, Geoffrey M., & Anaya, Celia, y Evans, Spencer C. (2012). ¿Qué es la CIE y por qué es importante en la psicología? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 12(3), 461-473.
- Rentería Rodríguez Miguel Enrique y et al. (2018). Salud mental en México. *NOTA-INCyTU NMIERO*, 7. <http://foroconsultivo.org.mx/INCyTU/>.
- Riekenberg, M. (2015). Violencia segmentaria: consideraciones sobre la violencia en la historia de América Latina. Madrid: Iberoamericana.
- 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.
- Rodríguez, B. M. J. (2007). Violencia hacia la pareja: revisión teórica. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7(1), 77-95.
- Sandoval-Jurado, L., Jiménez-Báez, M. V., Rovira Alcocer, G., Vital Hernández, O., y Pat Espadas, F. G. (2017). Violencia de pareja: tipo y riesgos en usuarias de atención primaria de salud en Cancún, Quintana Roo, México. *Atención Primaria*, 49(8), 465–472.
- Sanhueza, M. T. (2016). Violencia en las relaciones amorosas y violencia conyugal: Convergencias y divergencias. Reflexiones para un debate. *Última década*, 24(44), 133-167.
- Secretaría de salud (2010). Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad en el Adulto. México

- Secretaría de Salud (2012). Depresión y suicidio en México. México. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html>
- Sheils B. y Walsh J. (2017) Introducción: Narcisismo, Melancolía y el Sujeto de la comunidad. / Introduction: Narcissism, Melancholia and the Subject of Community. Estudios en lo Psicosocial. Palgrave Macmillan, Cham. https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-3-319-63829-4_1
- Tarzia, L. (2021). "It Went to the Very Heart of Who I Was as a Woman": The Invisible Impacts of Intimate Partner Sexual Violence. "Llegó al corazón mismo de quién era yo como mujer": Los impactos invisibles de la violencia sexual en la pareja. *Investigación en salud cualitativa*, 31 (2), 287-297.
- Toro-Tobar RA, Grajales-Giraldo FL y Sarmiento-López JC. (2016). Riesgo suicida según la tríada cognitiva negativa, ideación, desesperanza y depresión. *Aquichan.*; 16 (4): 473-486. Doi: 10.5294/aqui.2016.16.4.6
- Vaca Cárdenas, E. R. (2020). Niveles de ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia. <Http://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3768>
- Vanin J.R., Helsley, James D. y Morgan, David M. (2008) Descripción general de la ansiedad y los trastornos de ansiedad. En: Trastornos de ansiedad. Práctica clínica actual. / Anxiety disorders : a pocket guide for primary care. Humana Press. https://doi-org.pbidi.unam.mx:2443/10.1007/978-1-59745-263-2_1
- Vásquez Machado, Andrés (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 70(1-4) ,88-95 ISSN: 0034-8597.
- Villar, Oscar & Soto, Juan y Quiñones, Lucía & Arroyo, Michelle. (2013). Relación entre ansiedad y depresión en víctimas de violencia en Ciudad Juárez México. *Revista Mexicana de Psicología*. 30. 871-873.
- Virgen, R., Lara, A. C., Morales, G. y Villaseñor, S. J. (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista UNAM*, Vol. 6, Núm. 11.
- Wigisser de Margolis, Rita (2017). *Ansiedad y Pánico - Guía de emergencia*. Alfaomega.
- Williams, L. R., y Adams Rueda, H. (2020 in press). Presenciar la violencia de pareja íntima en distintos contextos: salud mental, delincuencia y resultados de violencia en el noviazgo entre jóvenes de ascendencia mexicana. *Revista de violencia interpersonal*. [10.1177/0886260520946818](https://doi.org/10.1177/0886260520946818)

Yubero, J. S., Larrañaga, R.E. y Navarro, O. R. (2016). La violencia en las relaciones humanas: contextos y entornos protectores del menor (Vol. 156). Ediciones de la Universidad de Castilla La Mancha.

Zaider, TI, Heimberg, RG y Lida, M. (2010). Trastornos de ansiedad y relaciones íntimas: un estudio de los procesos cotidianos en las parejas. *Revista de psicología anormal*, 119 (1), 163-173. <https://doi.org/10.1037/a0018473>

ANEXO 1

INTRODUCCIÓN

El siguiente cuestionario es parte de un estudio que se lleva a cabo en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México para conocer la forma como actúan las personas, con el objetivo de crear programas de intervención que proporcionen alternativas para mejorarlas y /o fortalecerlas.

La información que usted pueda proporcionar será tratada con absoluta confidencialidad, en forma anónima y procesada estadísticamente, por ello se le pide que conteste en forma voluntaria, honesta y sincera, ya que de sus respuestas depende qué tan exitosos sean estos programas.

Por favor haga un esfuerzo por contestar todas las afirmaciones, recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas.

DE ANTEMANO, SE AGRADECE SU COOPERACIÓN.

¿Está de acuerdo con responder este cuestionario?

Sí () No ()

Datos personales:

Sexo: Hombre (1) Mujer (2) Edad: _____ años

Escolaridad: Primaria (1) Secundaria (2) Técnico (3) Preparatoria (4)
Licenciatura (5) Maestría (6) Doctorado (7)

Estado Civil: Soltero (1) Unión libre (2) Casado (3) Divorciado (4)
Separado (5) Otro (6): _____

¿Usted trabaja fuera de casa?: Sí (1) No (2) Ocupación: _____

Datos de su pareja:

Actualmente, ¿tiene una pareja?: Sí (1) No (2)

Edad de la pareja: _____ años

Tipo de Relación: Noviazgo (1) Unión libre (2) Casado (3) Otro (4): _____

¿Cuánto tiempo lleva en esa relación de pareja? _____ años _____ meses.

¿Su pareja trabaja fuera de casa?: Sí (1) No (2) Ocupación: _____

Número de hijos: _____

Edades de los hijos: Mayor ____; ____; ____; ____; ____; ____; ____ menor.

A continuación, encontrará una lista de afirmaciones que presentan conductas y sentimientos que usted puede utilizar para describir su relación de pareja. Por favor, marque con una X la frecuencia de ocurrencia de cada una de ellas. No olvide contestar todas las afirmaciones.

SIEMPRE EN EL AÑO (5)
 FRECUENTEMENTE EN EL AÑO (4)
 ALGUNAS VECES EN EL AÑO (3)
 UNA VEZ EN EL AÑO (2)
 NO HA SUCEDIDO EN EL AÑO (1)

1 Mi pareja ha hecho cosas para hacerme creer que estoy loco(a).	1	2	3	4	5
2 Mi pareja me ha hecho escándalos en lugares públicos.	1	2	3	4	5
3 Mi pareja me ha amenazado con quitarse la vida.	1	2	3	4	5
4 Mi pareja me ha amenazado con hacerle daño a las personas que quiero.	1	2	3	4	5
5 Mi pareja me ha amenazado con abandonarme.	1	2	3	4	5
6 Mi pareja me ha dicho que mi arreglo personal es desagradable.	1	2	3	4	5
7 Mi pareja me ha empujado con fuerza.	1	2	3	4	5
8 Mi pareja me ha dicho que no sirvo para nada.	1	2	3	4	5
9 Mi pareja me ha lastimado diciéndome que tiene un(a) amante.	1	2	3	4	5
10 Mi pareja me ha dicho que soy culpable de nuestros problemas.	1	2	3	4	5
11 Mi pareja me ha pedido que realice actos sexuales que no deseo.	1	2	3	4	5
12 Mi pareja vigila todo lo que yo hago.	1	2	3	4	5
13 Mi pareja no me respeta y no respeta lo mío.	1	2	3	4	5
14 Mi pareja me ha dicho que soy feo(a) o poco atractivo(a).	1	2	3	4	5
15 Mi pareja no toma en cuenta mis necesidades sexuales.	1	2	3	4	5
16 Mi pareja me prohíbe que me junte o reúna con mis amigos(as).	1	2	3	4	5
17 A mi pareja no le importa si estoy enfermo(a) o embarazada.	1	2	3	4	5
18 Mi pareja me ha amarrado.	1	2	3	4	5
19 Mi pareja me ha amenazado con echarme de la casa.	1	2	3	4	5
20 A mi pareja le molesta que gaste mi propio dinero.	1	2	3	4	5
21 Mi pareja me amenaza con irse con otros(as) si no accedo a tener relaciones sexuales.	1	2	3	4	5
22 Mi pareja me ha forzado a tener relaciones sexuales cuando estoy enfermo(a) o está en riesgo mi salud.	1	2	3	4	5
23 Mi pareja me ha amenazado con el puño.	1	2	3	4	5

24 Mi pareja me ha golpeado con un palo, cinturón o algo parecido.	1	2	3	4	5
25 Mi pareja me ha golpeado con la palma de la mano.	1	2	3	4	5
26 Mi pareja me exige explicaciones detalladas de la forma en que gasto el dinero.	1	2	3	4	5
27 Mi pareja me prohíbe trabajar o seguir estudiando.	1	2	3	4	5
28 Mi pareja me arremete verbalmente si no atiende a los hijos como él (ella) cree que debería ser.	1	2	3	4	5
29 Mi pareja se enoja si no está la comida, el trabajo de la casa, el lavado de la ropa cuando él(ella) cree que debería estar	1	2	3	4	5
30 Mi pareja controla el dinero y yo se lo tengo que pedir.	1	2	3	4	5
31 Mi pareja me ha obligado a ver revistas, películas pornográficas o algo parecido.	1	2	3	4	5
32 Mi pareja me ha quemado.	1	2	3	4	5
33 Mi pareja me ha maltratado cuando toma alcohol o alguna sustancia.	1	2	3	4	5
34 Mi pareja ha usado algún objeto de manera sexual en mí, en contra de mi voluntad.	1	2	3	4	5
35 Mi pareja me ha amenazado con lastimarme.	1	2	3	4	5
36 Mi pareja me ha jalado el pelo.	1	2	3	4	5
37 Mi pareja me limita económicamente para mantenerme en casa.	1	2	3	4	5
38 Mi pareja se ha burlado de alguna parte de mi cuerpo.	1	2	3	4	5
39 Mi pareja se pone celoso(a) y sospecha de mis amistades.	1	2	3	4	5

A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco opciones de respuesta: NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO. No hay respuestas buenas malas: todas sirven. Por favor no deje frases sin responder.

	Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Nerviosismo.					
2. Falta de interés en relaciones sexuales.					
3. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
4. Sentirme con muy pocas energías.					
5. Pensar en quitarme la vida.					
6. Temblores en mi cuerpo.					
7. Llorar por cualquier cosa.					
8. Sentirme atrapado/a o encerrado/a.					
9. Asustarme de repente sin razón alguna.					
10. Explotar y no poder controlarme.					
11. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
12. Sentirme solo/a.					
13. Sentirme triste.					
14. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
15. No tener interés por nada.					
16. Tener miedos.					
17. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
18. Perder las esperanzas en el futuro.					
19. Sentirme nervioso/a, agitado/a.					
20. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
21. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
22. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
23. Necesitar romper o destrozar cosas.					
24. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
25. Meterme muy seguido en discusiones.					
26. Sentirme un/a inútil.					
27. Sentir que algo malo me va a pasar.					
28. Gritar o tirar cosas.					
29. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					

Muchas gracias por su participación.

