



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS PROFESIONALES**

**PAPEL PREDICTOR DE LA SATISFACCIÓN MARITAL
Y LA VIOLENCIA DE PAREJA EN LA SALUD MENTAL**

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

P R E S E N T A:
LIZBETH RUIZ JAIMES

DIRECTOR DE TESIS

DRA. CLAUDIA IVETHE JAEN CORTÉS



Ciudad Universitaria, CD. MX. 2019



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

A la Universidad Nacional Autónoma de México, por las oportunidades que brinda a todos sus estudiantes, por la posibilidad de prepararnos con el más alto nivel en educación del país, por proporcionarnos las herramientas necesarias para el ámbito laboral, con la certeza de que nuestro desempeño será óptimo, competitivo y al mismo tiempo guiado por un pensamiento crítico-constructivo que nos caracteriza, para buscar siempre un futuro mejor para nosotros y nuestra sociedad, y con ello aportar algo al futuro de nuestro país.

A la Facultad de Psicología, Ciudad Universitaria, a los docentes y académicos que con sus conocimientos y dedicación hacia los alumnos, hicieron posible mi crecimiento como profesional y también como persona.

A la Doctora Claudia Jaen por todo su apoyo durante este trabajo, el tiempo que dedico a trabajar junto conmigo, su paciencia y dedicación, gracias.

A mi padre que gracias a su esfuerzo, su apoyo y su carácter han forjado en mí una personalidad dedicada y responsable de sus estudios, quien es parte importante de que hoy alcance una de mis metas.

A mi madre quien ha estado presente en todos los momentos importantes de mi vida apoyándome, deseando siempre mi felicidad y lo mejor para mí, así como fomentando en mí el deseo de superarme y ser siempre una persona noble, de inculcar en mi la idea de no conformarme ni dejarme vencer por ningún motivo, gracias a ella soy la persona que soy.

“Todo lo que no ponemos en palabras el cuerpo lo manifiesta de otro modo.”

(Sigmund Freud)

“La salud física depende del bienestar emocional.”

(Lowen)

*“El amor es la increíble posibilidad de conocer a una persona, más no la posibilidad
de estar siempre con ella”*

(Anónimo)

“Que la mujer del futuro, no sea el hombre que estamos dejando atrás”

(Jefe de la policía del El Salvador a Rita Segato)

ÍNDICE

Portada

Agradecimientos

Contenido

Resumen.....	7
Abstract	8
Introducción	9
Marco teórico	11
Capítulo 1. La relación de pareja	11
1.1. Etapas de la formación de la relación de pareja	15
1.2. Componentes de la relación de pareja.....	20
1.3. Tipos de parejas	22
1.4. Las relaciones conyugales en la actualidad.....	24
1.5. Parejas casadas y en cohabitación.....	26
Capítulo 2. Satisfacción marital (satisfacción en la relación de pareja)	29
2.1. Impacto de la satisfacción marital en las esferas de la vida	31
2.2. Variables relacionadas con la satisfacción marital.....	33
2.3. Relación entre la satisfacción marital y la salud mental.....	34
Capítulo 3. Violencia de pareja	37
3.1. Estadísticas actuales de la violencia de pareja.....	39
3.2. Tipos de violencia de pareja	41
3.3. Hombres y mujeres que ejercen violencia de pareja: diferencias	42
3.3.1. Normalización de actitudes y comportamientos violentos de mujeres hacia lo hombres	44
3.3.2. Violencia como respuesta en la interacción de la pareja	45
3.4. Explicación de la violencia de pareja	46
3.5. Consecuencias de la violencia de pareja.....	47
3.6. La violencia en la pareja y su afectación en la salud mental	49
Capítulo 4. Salud mental.....	53
4.1. Atención pública de la salud mental: Panorama actual en México.....	54
4.2. Modelos teóricos	55
4.3. Prevención	57

4.4. Factores sociales relacionados con la salud mental	58
4.5. Síntomas somáticos.....	59
4.5.1. Diagnóstico en atención primaria y diagnóstico diferencial de enfermedades físicas.....	59
4.5.2. Presencia de síntomas somáticos en conjunto con ansiedad y depresión.	60
4.6. Ansiedad	61
4.6.1. Prevalencia de la ansiedad.....	63
4.7. Depresión.....	64
4.7.1. Estadísticas: Depresión como problema de salud pública.....	65
4.7.2. Criterios diagnósticos	66
Método	68
Resultados	84
Discusión.....	94
Conclusión	98
Sugerencias y limitaciones	98
Referencias	100
Anexo 1. Consentimiento informado y Ficha de Identificación	116
Anexo 2. Escala de Satisfacción marital.....	117
Anexo3. Escala de Violencia en la Pareja, versiones cortas Perpetrador/a-Receptor/a (EVP)	119
Anexo 4. Cuestionario que incluye la subescala Somatizaciones del Inventario de Síntomas de Derogatis, revisado (SCL-90 R)	121
Anexo 5. Inventario de Ansiedad rasgo-estado IDARE	122
Anexo 6. Inventario de Depresión de Beck II BDI-II	124
Anexo 7. Tríptico informativo	127

Índice de Tablas

Tabla 1 Estudios sobre la satisfacción marital y la salud mental.....	36
Tabla 2 Consecuencias de la violencia de pareja	48
Tabla 3 Estudios sobre la violencia de pareja y la salud mental	50
Tabla 4 Características sociodemográficas de la muestra	76
Tabla 5 Diagnósticos médicos	78
Tabla 6 Prevalencia de la violencia de pareja	84
Tabla 7 Prevalencia de la Ansiedad Estado-Rasgo	85
Tabla 8 Prevalencia de la Depresión.....	85
Tabla 9 Correlación entre la Satisfacción marital y la violencia de pareja.....	86
Tabla 10 Correlación entre la satisfacción marital y la salud mental (síntomas somáticos, ansiedad estado-rasgo y la depresión).	87
Tabla 11 Correlación entre la Violencia de pareja y la salud mental.....	89
Tabla 12 Análisis de regresión múltiple paso a paso para los predictores de los síntomas somáticos en parejas en cohabitación	90
Tabla 13 Análisis de regresión múltiple paso a paso para los predictores de la Ansiedad Estado en parejas en cohabitación	91
Tabla 14 Análisis de regresión múltiple paso a paso para los predictores de la Ansiedad rasgo en parejas en cohabitación.....	92
Tabla 15 Análisis de regresión múltiple paso a paso para los predictores de la Depresión en parejas en cohabitación.	93

Resumen

La relación de pareja tiene un valor importante en todos los ámbitos de la vida, por ejemplo, encontrarse en una relación de apoyo podrá brindar estabilidad emocional y/o crecimiento personal, o, por el contrario, una relación donde la persona se sienta insatisfecha, o violentada, puede impactar en la salud mental de forma negativa. Por lo que, se realizó una investigación transversal con el propósito de identificar el papel predictor de la satisfacción marital y la violencia de pareja en la presencia de síntomas somáticos, ansiedad y depresión. Participaron de manera voluntaria y confidencial 100 parejas heterosexuales con una edad media igual a $M=42.28$ ($D.E.=13.07$), el 66% casadas y el 34% viviendo en unión libre, con un tiempo promedio de cohabitación de 17 años ($D.E.=12.44$). Se realizaron análisis estadísticos univariados para conocer la distribución de variables, posteriormente se obtuvieron correlaciones producto-momento y se elaboraron cuatro modelos de regresión simple. Se encontraron correlaciones significativas entre las variables de estudio. Los modelos de regresión indican que la satisfacción marital predice de manera positiva la salud mental, mientras que la violencia de pareja, la detrimen. Lo anterior señala la importancia de realizar programas preventivos que favorezcan relaciones de pareja saludables.

Palabras claves: Parejas heterosexuales, satisfacción marital, violencia de pareja, salud mental, síntomas somáticos, ansiedad y depresión.

Abstract

The relationship has an important value in all areas of life, For example, being in a supportive relationship could provide emotional stability and/or personal growth. Being in a relationship where the person feels dissatisfied, or violated, can impact in negative way their mental health. Therefore, a cross-sectional research was carried out with the objective of identify the predictive role of marital satisfaction and intimate partner violence in somatic symptoms, anxiety and depression. One hundred heterosexual couples participated voluntarily and confidentially with an average age equal to $M = 42.28$ (D.E. = 13.07), 66% married and 34% living in a free union, with an average cohabitation time of 17 years (D.E. = 12.44). Univariate statistical analyzes was carried out to know the distribution of variables, subsequently, product-moment correlations were obtained and four simple regression models were elaborated. Significant correlations were found between the study variables. Regression models indicate that marital satisfaction predicts mental health, while intimate partner violence deteriorate mental health. The foregoing points out the importance of carrying out preventive programs that favor healthy relationships.

Key words: Heterosexual couples, marital satisfaction, intimate partner violence, somatic symptoms, anxiety and depression.

Introducción

La investigación actual pretende brindar conocimiento sobre una parte de lo que sucede en la relación de pareja. La pareja tiene tal importancia que se considera como la base de la sociedad, en donde se apoya y se consolida cualquier individuo que está actualmente inmerso y es productivo dentro de nuestra sociedad. La pareja ha sido uno de los temas más estudiados, ya sea con el propósito de entender su dinámica interna, como de comprender su influencia en todos los ámbitos de la vida.

El presente trabajo por tanto, presenta la relación de una pareja satisfecha y libre de violencia con la salud mental, dejando claro que la diversidad de lo que sucede en las parejas es comparable a la cantidad de parejas que existen, es decir, no hay una pareja igual a otra en ningún sentido, así que, lo expresado en este trabajo solo pretende aportar información estadística que de luz sobre el beneficio que se podría tener en la salud mental, si se plantean por ejemplo, a nivel prevención y en terapia de pareja, herramientas y tratamientos que estén dirigidos a fomentar una relación de pareja completamente libre de violencia, es decir que tanto las mujeres como los hombres reconozcan y modifiquen todas las actitudes y conductas que son violentas y que perpetran la salud integral de la persona que se encuentra a su lado, así como también se podrían utilizar técnicas que ayuden a desarrollar una relación en la que ambos miembros se sientan satisfechos, con el fin de colaborar a la disminución de problemas de salud mental.

Las relaciones de pareja son un tema de interés profundo, que se puede analizar desde el punto de vista romántico hasta la visión biológica, y que contiene tanta información que ha sido necesario estructurar sus componentes, sus etapas y hasta agrupar los tipos de pareja, con el propósito de comprender lo que sucede en ella. Aunque no existe hasta el momento un texto que nos explique todo lo que sucede en la pareja, pues parece imposible sintetizar la información que abarcará todo lo relacionado con ella, en el Capítulo 1, se exponen los elementos relevantes de una relación, su formación, los tipos, y las características de las parejas en la actualidad. Hablando de los tipos de pareja que existen, también es posible diferenciar entre parejas que se encuentran satisfechas con su relación, de las que están insatisfechas, este grado de satisfacción hacia la relación y hacia la pareja depende de muchos aspectos, por ejemplo, lo que se vive diariamente con la pareja ya sea positivo o negativo, la personalidad de cada uno, y adaptarse al carácter de cada quien, los

acuerdos de pareja que sean o no respetados, las demostraciones de afecto o su ausencia, etc., en el Capítulo 2 se expone lo relativo a la satisfacción marital.

Se ha asociado también la ausencia de violencia en la pareja con la satisfacción marital, por lo que en el Capítulo 3 se expone la violencia de pareja, los tipos, y las diferencias de género. Al mismo tiempo se ha investigado cada una de ellas, por individual, en relación con algunos trastornos como la ansiedad y la depresión, como puede revisarse en la literatura citada en el Capítulo 2 y 3, donde además se expone información de la satisfacción marital y de la violencia de pareja, definiciones, investigaciones, relación con otros conceptos y por supuesto, su implicación en la salud mental.

Posteriormente, en el Capítulo 4 se brinda un panorama sobre la salud mental en México, y se conceptualizan los síntomas somáticos, la ansiedad y la depresión, con la finalidad de entender sobre estos trastornos, su incidencia y su desarrollo.

Marco teórico

Capítulo 1. La relación de pareja

La pareja es un sistema, una organización, una relación compleja, relativamente estable dependiendo del compromiso que sus miembros expresan, y es por supuesto, dinámica, lo que quiere decir que, se transforma a través del tiempo, no es lo mismo una pareja de un par de años de relación, a una de 20 años de convivencia en pareja (Acevedo, Restrepo, & Tovar, 2007). Cada pareja es distinta, cuenta con sus propias reglas, costumbres e historia, la interacción que se da en una pareja es diferente a cualquier otra, y está determinada por la personalidad de cada miembro, por características individuales muy específicas, y terminará por conformarse gracias a la convivencia, las experiencias, y otros elementos involucrados en la relación, como la confianza y los apegos afectivos.

El amor es una construcción social y cultural que presenta modelos a seguir impuestos por la sociedad en la que están inmersos. Esos modelos están basados en la pareja heterosexual, no por ser la única que exista, sino porque son modelos ya predispuestos, donde se domestican las ansias de libertad, los miedos, el deseo, donde todo se doma, se somete, se define y se clasifica (Fromm, 1956).

La estabilidad conyugal otorga calma, da seguridad, pone la vida más fácil. Casi toda la estructura capitalista gira en torno a la pareja heterosexual en edad reproductiva; todo se sostiene a partir de ella. La cultura mitifica e idealiza a la pareja feliz, y vende historias de amor para ser consumidas, en todos los ámbitos. Las parejas felices llenan los centros comerciales, sostienen la industria inmobiliaria, viven en la industria del entretenimiento: todo el consumo pasa por estas parejas, que a lo largo de su vida compran nidos de amor, coches, joyas y flores, muebles para la casa, ropa y accesorios de bebé, etc. A través de la cultura se idealiza este modelo de familia feliz formada por un papá, una mamá y unos hijos, porque lo ofrecen sublimado, mitificado como el colmo de la armonía, la felicidad y la paz. A pesar de las decepciones, son muchos los que se resignan al matrimonio como algo necesario, porque sirve para demostrar que uno ha tenido éxito reproductivo en la vida y para acallar rumores o críticas. Sirve también para mitigar la sofocante sensación de soledad de la ciudadanía individualista, para tener compañía en el camino de la vida, para integrarse con normalidad en la masa de gente anónima (Vicencio, 2011).

Esta relación interpersonal establece un orden social, tradicionalmente se considera la estructura base de la institución familiar, y una institución social por sí misma, y se espera que de la fortaleza de este vínculo se mantenga tanto la estabilidad económica como la emocional de la misma pareja, así como de quien dependa de ella, los hijos principalmente, y en ocasiones los progenitores. Willi (2004, en Acevedo, Restrepo, & Tovar, 2007) dice que de la estabilidad de la pareja puede depender la estabilidad de todos sus miembros y de lo que rodea a la pareja, si una pareja resuelve de manera adecuada los problemas y se encuentra satisfecha con lo que concierne a su relación, tendrá resultados positivos en la mayor parte de los aspectos de la vida, incluyendo la salud y el desempeño laboral. La relación de pareja (matrimonio) tiene mayor relación con la sensación de bienestar y la salud mental que cualquier otra relación interpersonal (Perveen et al., 2017).

Se considera que en la pareja el vínculo fundamental es lo emocional, no se trata sólo de la supervivencia, o la parte biológica (la reproducción de la especie), ni necesariamente de la seguridad, sino que va más allá. La relación, como lo explican algunos psicoanalistas, también afronta sus propios dilemas entre el yo individual y el deseo de amar, la necesidad de ser, de crecer, construir y desarrollar un proyecto de vida individual exitoso y al mismo tiempo, se tiene el anhelo de una relación que perdure en el tiempo: comprometida, estable, y que brinde en todos los aspectos un bienestar a ambos individuos. Por tanto, la relación de pareja se debate entre la afirmación expresiva de la propia personalidad y la necesidad de involucrarse en un compromiso consistente y duradero, que exige de cada persona, un nivel de involucramiento intenso pero necesario, para que se establezca y permanezca la pareja a través del tiempo y las problemáticas (Acevedo et al., 2007; Puget, 1989).

La construcción de la identidad como pareja es un proceso que puede tomar la vida entera en común, se trata de generar un sentimiento de pertenencia, identidad y de construir un estilo propio, que identifique a ambos miembros de la pareja y que en consecuencia los convoque a generar acciones que respalden el mutuo sentimiento amoroso; tales acciones incluyen tanto los pensamientos como las emociones, y se agrega además un aspecto muy propio de la cultura occidental, que está basada en la práctica de la monogamia, es decir la fidelidad, que llevan a la generación de un proyecto de vida y que guían el comportamiento, también en todo lo relacionado con las relaciones sexuales (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010). Se trata de un proceso complejo en el que las ambivalencias juegan un papel importante, y donde las

personas se cuestionan como conjuntar el amor por uno mismo con el amor por el otro, cómo equilibrar los deseos de intimidad y los de simbiosis, cómo relacionar los anhelos de libertad, autonomía y crecimiento personal de cada uno.

La pareja a lo largo del tiempo experimentará cambios, uno de ellos es, la presencia de los hijos según los investigadores del ciclo de la vida humana, pero los cambios son parte del proceso desde el noviazgo al matrimonio o a la cohabitación, es decir a vivir juntos, así como la llegada de los hijos y su desarrollo, la estabilidad o el crecimiento en el trabajo de cada miembro, la pérdida de éste, y por tanto el cambio en la situación económica, claramente generan una influencia en la pareja, de forma positiva o negativa, y esto en ocasiones, puede verse incluso como crisis que amenazan la relación y en algunas parejas provocar las separaciones o divorcios, y en estos casos la afectación posterior se verá reflejada a nivel personal en cada miembro (Vicencio, 2011).

Dependerá de cada pareja como enfrentar y resolver las problemáticas, y que éstas sean resueltas o superadas será a partir de lo que hayan establecido en su relación, algunas deberán ajustarse a nuevos roles de pareja en la medida en que crecen los hijos, por ejemplo, y al mismo tiempo lograr preservar su intimidad, otras podrán confrontar y superar cualquier crisis, encarar adversidades, y les será necesario crear un terreno seguro para la expresión de emociones, como la rabia, u opiniones diferentes, que puedan generar conflicto; o será útil para que la pareja continúe unida, que tengan herramientas que los ayuden a sustentar la relación, como establecer una relación sexual enriquecida y placentera, usar la risa y el humor para mantener las cosas en perspectiva y evitar el aburrimiento, compartir intereses, o adicionalmente mantener vivas las imágenes tempranas idealizadas del enamoramiento al mismo tiempo que se enfrentan las realidades de los cambios que vienen con el tiempo (Arias-Galicia, 2003). Para otras parejas será necesaria la ayuda de un profesional, y buscarán un consejero matrimonial o un terapeuta de pareja, que ayude a restaurar la relación, y esperarán ser una pareja “feliz” (Gottman, 1994; Vicencio, 2011).

Las personas esperan de su pareja, demostraciones afectivas que satisfagan sus necesidades, un lugar especialmente designado al lado de esa persona, así como un trato basado en el respeto, que pueda brindar un estado de bienestar y ayudar al crecimiento personal (Acevedo et al., 2007). Pero existen parejas “infelices” o insatisfechas con su relación, en donde se presentan conductas defensivas, de indiferencia, desprecio o sarcasmo, así como las críticas hacia la otra persona,

nombradas por Gottman (1994) como los cuatro jinetes del apocalipsis, esto llevará invariablemente al divorcio o separación.

En la mayoría de la literatura y los estudios relacionados a parejas, se habla sobre las parejas heterosexuales, es decir, un hombre y una mujer, esto se debe a que las relaciones homosexuales (parejas de personas del mismo sexo) se han dado a conocer en tiempos más actuales, y no es porque no hayan existido antes, sino porque la ola en busca de los derechos igualitarios para todas las personas y erradicación de la discriminación a grupos minoritarios, es reciente a nivel mundial (aún más en México), pero parece estar claro que el estudio de estas relaciones debe basarse en teoría distinta, y el análisis de la interacción entre dos personas del mismo sexo, estará determinada por aspectos diversos y que los diferenciará de la interacción de parejas heterosexuales.

La relación de pareja tiene tanta importancia en la vida de las personas, que se considera un problema objeto de atención médica en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales, 5ta edición, DSM-5 (*American Psychiatric Association* [APA], 2014), donde menciona lo siguiente:

Las relaciones (...) íntimas entre parejas adultas (...) tienen un impacto significativo sobre la salud de los individuos que las protagonizan. Estas relaciones pueden tener efecto en la promoción y protección de la salud, ser neutras o tener resultados perjudiciales en la salud. En casos extremos estas relaciones íntimas pueden ir acompañadas de maltrato o abandono, lo que tendrá consecuencias médicas y psicológicas significativas para el individuo afectado. (APA, 2014, pp. 715).

Por tratarse de un tema de consulta en terapia muy recurrente y también un tema de investigación sumamente interesante, no cabe duda que hay muchas respuestas por indagar. La pregunta señalada por algunos como Díaz-Loving en 1999 (en Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010) que ha guiado la investigación desde los años 30's hasta nuestros días es, ¿Qué hace que algunas parejas sean felices y otras no?, al principio se buscaba la respuesta en los rasgos de personalidad individuales, pero no se encontraron datos concluyentes, después de los años 90's se cambió hacia una perspectiva sistémica interaccional (Gottman, 1994; Vicencio, 2011).

Se retomaron conceptos propuestos con anterioridad en la investigación del funcionamiento de la sociedad, pero en el análisis específico de la relación de pareja

(Bateson, 1978). Un concepto que aún es utilizado en el análisis de la interacción que se da en las parejas en terapia, es Esquismogénesis, que se refiere al funcionamiento de la sociedad en dos principales círculos regenerativos o viciosos. Ambos consisten en secuencias de interacción tales que, los actos de la persona A resultan estímulo para los actos de la persona B, los cuales a su vez se convierten en estímulos de una acción más intensa por parte de A, y así sucesivamente, siendo A y B personas que actúan tanto en calidad de individuos como de miembros de un grupo. Estos son: esquismogénesis simétrica, son acciones recíprocamente desencadenantes de A y B que son esencialmente similares, como la competición o rivalidad, y; esquismogénesis complementaria, son acciones recíprocamente desencadenantes diferentes en esencia, pero mutuamente apropiadas como el dominio-sumisión o el auxilio-dependencia. La investigación de las relaciones de pareja es amplia, se observa y analiza a través de diferentes lupas, pero conceptos como el anterior siguen siendo retomados para el estudio, y actualmente la interacción es un punto central (Bateson, 1978; Vicencio, 2011).

1.1. Etapas de la formación de la relación de pareja

La formación de la relación de pareja analizada desde la perspectiva de la *Teoría del apego adulto* de Bowlby (1979) pasaría por cuatro principales etapas: Pre-apego, formación del apego, apego definido y corrección de metas. Hazan y Zeifman (1994/1999) señalaron que las funciones principales del apego (seguridad y protección) descritas por Bowlby en la infancia (1969/1972), permanecen en las relaciones íntimas a lo largo de la edad adulta, pero con la diferencia de que en la adultez suele ser la pareja romántica la que cumple las funciones de figura de apego principal.

El pre-apego: atracción y cortejo, es la primera fase, se refiere al momento en que existe atracción entre dos personas, donde se observan una serie de conductas universales con las que se inicia la interacción con las personas por las que sienten cierta atracción. Algunas conductas como sonrisas, contacto ocular, charla, expresiones faciales y otros gestos informales. También existe un gran entusiasmo, respeto, e interés por el otro y por cualquier comentario que realice. La segunda fase

es la formación del apego: enamoramiento. Existe un gran entusiasmo, se percibe un aumento de la energía en general y hay un fenómeno de idealización, además de un deseo de permanecer en contacto físico con la pareja. Se observan dinámicas íntimas y propias de cada relación, como cambios en la cualidad de la voz (susurros, habla infantilizada, etc.), contacto visual y corporal prolongado, abrazos, conductas más “parentales” (cuidados, mimos, etc.) y un mayor intercambio de información personal (secretos familiares, experiencias dolorosas anteriores, etc.). Estas prácticas exclusivas de las relaciones de pareja, van a fomentar la formación del vínculo de apego. Las parejas empiezan a ser fuente de apoyo emocional mutuo, con lo que la relación toma un nuevo elemento del sistema de apego: el refugio emocional (Bowlby, 1979).

Para Hazan y Zeifman (1999) las conductas típicas de esta fase, facilitan el desarrollo de una representación mental de la pareja. Si la relación termina durante esta fase, probablemente se experimentarán sentimientos como falta de energía, tristeza o ánimo depresivo, pero no se experimentará la ansiedad intensa o la ruptura del funcionamiento diario característicos de la disolución de una relación que ya se encuentre en la siguiente fase, la de apego, ya que las necesidades de apoyo emocional pueden ser satisfechas por la familia y los amigos (Bowlby, 1979).

El apego definido o amor, es la tercera fase, en donde la idealización inicial es reemplazada por una visión más realista de la pareja, crece la familiaridad de los miembros, declina la frecuencia de la actividad sexual, mientras que aumenta la importancia de los aspectos emocionales y del cuidado relativo a la satisfacción sexual. En este punto las parejas empiezan a utilizar el tiempo que pasan juntos para dialogar no sólo de aspectos personales o temas de la relación sino también de cuestiones externas o de la vida diaria, dedicando menos tiempo a la comunicación íntima. Si la ruptura ocurre durante esta fase se vivirá con una elevada ansiedad, reducción de la actividad y desarreglos de las funciones corporales, como la disminución del apetito y el insomnio (Bowlby, 1979).

La corrección de metas es la última fase, los amigos, el trabajo y otras obligaciones del mundo real, hacen que el comportamiento de los miembros de la pareja vuelva a la normalidad, produciéndose una disminución de las conductas de apego y de la actividad sexual. Hay un descenso notable en la frecuencia y duración de las miradas múltiples y en el contacto físico tanto íntimo como de cuidados. En este momento, aparece una reorientación de la atención y la búsqueda de estimulación hacia fuentes

distintas de la relación, dándose conversaciones más variadas no limitadas a temas personales, del otro o de la relación (Bowlby, 1979).

El proceso de formación del apego, se presenta como un modelo normativo donde se hipotetizan cuatro secuencias invariables con una coherencia de elementos en cada una de ellas. Sin embargo, existe evidencia de que, en función de las diferencias individuales, el proceso sufrirá ciertas variaciones en la forma en la que dichas fases transcurren (Pinto, 2012).

Por otra parte, el modelo teórico del ciclo de acercamiento-alejamiento de la relación de pareja de Díaz-Loving (1999, en Díaz & Rivera, 2010) es otra forma de entender parte de los momentos que pasa la pareja en su formación, parece estar más desglosada en cuanto a comportamientos observados en cada etapa, pero al mismo tiempo se ven claramente las fases de apego que expone la teoría del apego de Bowlby (1979), y Hazan y Zeifman (1994). Aunque parecen ir en secuencia al iniciar con una etapa en la que los miembros son desconocidos y finalizar con las etapas de separación y olvido, esto no implica necesariamente que las etapas descritas en intermedio se tengan que experimentar en escalón y una sola ocasión durante lo que dure la relación, pues existen parejas que experimentan ciertas dificultades, o pasan por situaciones de la vida que pueden provocar por ejemplo que se reviva una etapa intensa de atracción o en otras ocasiones que se tenga un conflicto o alejamiento, sin culminar en la separación.

- **Extraños:** Todavía no existe una relación de pareja como tal, se realiza una evaluación del otro, incluyendo el aspecto físico, no hay acercamiento, no se involucran las emociones, existe curiosidad, desconfianza, timidez, temor, incomodidad, indiferencia, precaución y una plática trivial.
- **Conocidos:** Existe un interés por conocer a la otra persona, aunque todavía hay poca cercanía, solo unos pocos encuentros casuales, sonrisas, saludos, buscan dentro de la charla algunas afinidades, parece que no se perciben defectos en el otro, empieza a haber una confianza limitada, simpatía, tranquilidad, alegría, amabilidad, respeto, y alguno de estos elementos no es mutuo, puede ser que el ciclo no continúe, es decir que no se conforme posteriormente una relación de pareja.

- **Amistad:** Se tiene un interés por la otra persona, se busca mayor cercanía, pasar más tiempo conviviendo y compartiendo con esa persona, existe solidaridad, motivación afectiva, cariño, confianza, simpatía, felicidad, emoción al verse, conversación más íntima, apoyo mutuo, sinceridad y respeto, esta etapa es importante pues puede ser la base de la interacción que se construye entre los miembros de la pareja.
- **Atracción:** En esta etapa existe una admiración, incluso utópica, de la otra persona, hay gusto físico, intelectual y un deseo por la interacción sexual, un interés más intenso por involucrarse en una relación, se experimentan emociones diversas al ver a la persona, felicidad al verse, apoyo incondicional, respeto, simpatía, se hace todo por mantener la atención de la otra persona, coqueteando o seduciendo.
- **Pasión:** Esta hace referencia a la entrega fisiológica pasional, irracionalidad, y al mismo tiempo al desbordamiento de emociones, deseo sexual intenso, necesidad constante de cercanía, erotismo, sensualidad, besos, caricias, comunicación más íntima, y el ideal de la persona o la relación que ocupa en todo momento el pensamiento.
- **Romance:** Se refiere a la etapa de enamoramiento profundo, se busca complacer en todo a la pareja, se desea estar todo el tiempo juntos, y se viven momentos agradables, “todo es color de rosa”, existe una ilusión, hay comprensión, irracionalidad, compromiso, deseo, amor, felicidad, confianza, ternura, cariño, detalles, contacto físico íntimo, besos, abrazos y caricias.
- **Compromiso:** Se refiere al deseo de querer permanecer al lado de la pareja y de construir un proyecto de vida juntos, es un acuerdo a largo plazo, hay solidez en la relación, responsabilidad, formalidad, confianza, alegría, seguridad, ansiedad, creación de acuerdos, respeto y comunicación, y por último se profesa amor eterno, y en algunos casos se toma la decisión de casarse o vivir juntos.
- **Mantenimiento:** Existe una pérdida de la imagen idealizada del otro, y por tanto una aceptación de lo que es, de forma más realista, hay una consolidación del compromiso, estabilidad, crecimiento de la pareja por el nivel de compromiso, posible formación de la familia, lucha conjunta en enfrentamiento de problemas y situaciones de la vida, sustento emocional, amor, confianza, felicidad, cumplimiento de responsabilidades, apoyo mutuo y respeto, pero también puede

haber aburrimiento, pues las actividades puede ser rutinarias, además de que pareciera que ya se conoce por completo a la pareja, y que ya no hay cosas nuevas que hacer.

- **Conflicto:** En esta etapa se expresan demandas y exigencias de la otra persona, que en ocasiones son excesivas, y no siempre tienen un fundamento lógico, sino más bien se trata de manifestaciones del apego que se ha creado por la pareja, esto provocará tensiones, falta de entendimiento, problemas, y disminuirá el deseo por convivir, frustración, enojo, tensión, angustia, tristeza, comunicación inadecuada, peleas, agresividad y discusiones. Aunque exista un deseo de solucionar el conflicto y se busque ayuda externa, si no hay una verdadera comunicación, la relación se puede ver afectada.
- **Alejamiento:** Distanciamiento físico y emocional, pérdida de interés, incomprensión, fortalecimiento, de aspectos negativos, hostigamiento psicológico, tristeza y depresión, frustración, dolor, hostigamiento físico, indiferencia, evasión, lágrimas.
- **Desamor:** Evaluación negativa de la interacción, falta de amor y de interés, falta de ilusiones, no se quiere convivir, disgusto por interactuar y conocer, tristeza, depresión, enojo, dolor, soledad, rencor, evasión de la pareja, indiferencia, falta de respeto y lágrimas.
- **Separación:** La relación se torna insoportable, atracción por otras alternativas, compromiso individual, final de la relación, decisión sana y necesaria, descontento, depresión, dolor, soledad, enojo, pérdida de comunicación y falta de respeto.
- **Olvido:** Intentos por reintegrar a la pareja, reevaluación positiva, jamás se olvida totalmente y se intenta arrancar recuerdos, aceptación de la realidad, muerte de la pareja, ausencia de emociones y sentimientos positivos, tranquilidad, tristeza y depresión, indiferencia y falta de interacción.

A partir de la etapa denominada extraños hasta la etapa de compromiso, Díaz-Loving (en Díaz & Rivera, 2010) expone que se trata del lado claro de las relaciones, es decir cuando la situación es positiva o favorable para ambos, mientras que las demás etapas pueden entenderse como el lado oscuro del ciclo acercamiento-alejamiento, pues comienzan a influir situaciones negativas en la relación de pareja

A pesar de que existen otras propuestas teóricas de las etapas de la formación de la relación de pareja (Levinger & Snoek, 1972; Murstein, 1976; Rage, 1990), estas tienen similitudes principalmente con la teoría del apego y las descritas por Díaz-Loving (en Díaz & Rivera, 2010).

1.2. Componentes de la relación de pareja

La dinámica de la relación de pareja va a estar determinada por reglas establecidas por la sociedad que la rodea, quienes incluso categorizarán lo que es una pareja sana y una relación tóxica. Es sumamente lógico entender las afirmaciones de que, quienes se encuentran en una relación “sana” tendrán más beneficios, como crecimiento personal, estabilidad emocional y brindarán un cimiento para la sociedad, a través del adecuado desarrollo de los niños que se encuentren bajo su crianza (Alberta, 2008), pero, no es posible asumir con certeza que la categoría de relación de pareja “sana” que asigna la sociedad sea la única o la completamente correcta forma, pues así como existen millones de personas, existen a su vez millones de relaciones de pareja y cada una es distinta, gracias a las diferencias individuales de los miembros que las conforman.

Existe la posibilidad de que algunas de las que no encajen en la definición de pareja “sana”, sean felices, a su manera, estén satisfechas, y obtengan los beneficios antes mencionados. Para estudiar el fenómeno de la relación de pareja es necesario conocer el contexto cultural en donde ambos individuos han crecido y han sido educados y donde se desenvuelven al momento de iniciar la relación, ya que todo esto, influirá directamente en la forma en que ambos actuarán dentro de una relación. Además, es necesario tomar en cuenta el aspecto biológico de los seres humanos que también tendrá influencia en la relación de pareja.

Algunos elementos o características que deben tener las relaciones de pareja “sanas”, según un listado de Los Servicios para los Niños y los Jóvenes de Alberta (Alberta, 2008), son, por ejemplo:

1. Los integrantes de la pareja se valoran a sí mismos y mutuamente. Comprenden sus diferencias y se tratan con mutuo respeto y cortesía.
2. Los integrantes de la pareja son socios iguales y toman decisiones conjuntamente. Si tienen hijos, los crían y educan juntos.

3. Cuando los integrantes de la pareja están en desacuerdo, saben que pueden hablar sobre sus diferencias y llegar a una solución juntos. Encuentran soluciones satisfactorias para las necesidades de ambos integrantes.
4. Ambos integrantes escuchan y respetan las opiniones del otro. Expresan sus sentimientos y opiniones. No hacen comentarios hirientes sobre la otra persona.
5. Cada integrante asume la responsabilidad de sí mismo. No esperan que el otro resuelva todos sus problemas o les haga siempre felices.
6. Cada integrante siente que puede tomarse tiempo para estar solo(a) si lo necesita. Ambos se sienten a gusto realizando algunas actividades separados.
7. El temor no existe en su relación. Las relaciones sanas se basan en el amor, el respeto, el afecto y la felicidad.
8. La pareja no trata de restringirse ni controlarse mutuamente. Ambos alientan y apoyan la continua realización personal del otro.
9. Incluso cuando están ocupados, se dan tiempo para el otro y para su relación.
10. Los integrantes de la pareja tienen un círculo de personas que los conocen y apoyan como pareja. Pasan tiempo con otras parejas que cultivan una relación sólida y sana.

Para Maureira (2011), existen cuatro componentes de la relación de pareja; el biológico y tres sociales; intimidad, compromiso y romance.

1. Componente biológico: Amor. A partir del estudio de la neurobiología, lo entendemos como un proceso dado gracias al funcionamiento de ciertas estructuras cerebrales y neurotransmisores, los cuales son necesarios para que los humanos experimenten lo que llaman amor. Desde un punto de vista biológico el amor es la necesidad fisiológica de una pareja exclusiva para la cópula, la reproducción y la crianza, y cuya satisfacción genera placer. El amor romántico produce placer y está asociado con el sistema de recompensa. Por tanto, la atracción y el amor son procesos biológicos, y dependerá de la estructura cerebral de cada individuo para la elección y formación de una pareja.
2. Componente social: Intimidad. Tiene que ver con la capacidad y disposición de compartir aspectos emocionales, personales, familiares, económicos y de todo tipo con la pareja, de forma afectiva, y gracias a la confianza que se ha

establecido, se da a través de la charla, de contar anécdotas o autorrevelaciones y que la persona se sienta segura al compartirlo.

3. Componente social: Compromiso. Hace referencia al interés y responsabilidad que se tiene por la pareja y por la relación, así como por el deseo de continuar al lado de esa persona, y mantener lo establecido dentro de la relación, aun a pesar de las dificultades que puedan presentarse.
4. Componente social: Romance (también llamada pasión). Es un conjunto de acciones o comportamientos que en una sociedad son aceptadas como demostraciones de interés que un individuo tiene o mantiene en referencia a otro.

Estos componentes forman parte de la investigación sobre las relaciones de pareja, pero existen características tan variantes, que no es posible englobar todas las existentes en la vida real, simplemente se intenta categorizar lo mejor posible para su estudio.

1.3. Tipos de parejas

La mayoría de las personas tienen una imagen de su pareja ideal, se han hecho ideas firmes sobre lo que están buscando en ella, así como tienen claro el tipo de personas que son elegibles y las que no. Es así que para algunas personas será más importante el aspecto físico, o para otras, lo serán elementos como la ternura, inteligencia, comunicación, etcétera, mientras que otras más buscarán un nivel educativo y social alto y compatible con el suyo, y finalmente, habrá personas que se fijen en los valores morales o religiosos. Existen ciertos patrones de atracción observados en las relaciones de pareja, los cuales no incluyen toda la variabilidad, ni tampoco obligan a que las parejas se adapten en exactitud al patrón descrito, o a uno solo todo el tiempo, pueden transformarse, pero han sido propuestos para ayudar a entender y estudiar las relaciones de pareja, por lo que se describen los siguientes tipos según Rage (1996, pp. 98-107).

-Relación nutriente, Madre-hijo: en este vínculo la relación se da entre un hombre débil y una mujer fuerte, donde parecen formar el rol de madre e hijo, y la mujer tendría

una jerarquía mayor, pues es ella quien toma las decisiones, y el hombre obedece a su pareja-madre, ella queda como encargada de todas las actividades de casa, y al mismo tiempo cumpliría con las actividades de madre con su pareja hombre, protegiéndolo y cuidándolo.

-Relación apoyadora, Padre-hija: dentro de esta unión el hombre parece ser la persona más fuerte y quien tiene el control de todo lo que concierne a la relación de pareja, la mujer presenta un papel aparentemente débil, de una niña que obedece, pero que también hace “berrinches”. El hombre es alguien profesional, exitoso, inteligente, y demás cualidades que le dan una imagen de poder, mientras que la mujer aparece a su “regazo”, recibiendo de él todo lo que necesita. Aunque, dentro de ésta relación puede ser posible que la mujer sea realmente quien tiene el poder, pues ha aprendido a que, gracias a su comportamiento infantil y tierno, su pareja haga lo que ella le pida.

-Relación retadora, Arpía-Buenazo: en este caso la mujer intenta representar un rol fuerte e incluso frívolo hacia su pareja, con la intención de no mostrarse débil y que él no tenga la oportunidad de fijarse en otras mujeres y abandonarla, pues ella necesita excesivamente de él.

-Relación educativa, Amo-sirviente: el hombre representa el rol de alguien fuerte y protector, en ocasiones más intensas puede tratarse de un “tirano”, mientras que la mujer es alguien débil, que depende de él, que idolatra a su pareja, y que se entrega a él incluso parece carecer de identidad.

-Relación confrontadora, los halcones: es una relación competitiva, formada por dos personas fuertes, que están constantemente atacándose uno al otro, o reclamando sus errores o carencias dentro de la relación, pero que ocultan una falta de amar o un dolor intenso.

-Relación acomodaticia, los palomos: se trata de dos personas débiles, que utilizan la amabilidad o ternura para relacionarse, se trata a toda costa de agradarse mutuamente, de ser buenos y educados con el otro todo el tiempo, aparentan estar

bien todo el tiempo sin que se involucren realmente en la relación con el otro y en la experimentación de sentimientos intensos.

-Relación rítmica: en esta relación existe un equilibrio en las aportaciones de cada miembro, hay libertad de moverse y de que los miembros sean como realmente son, ambos miembros tienen su propia identidad y son capaces de expresar todos sus sentimientos, y en las ocasiones que es necesario su fuerza y en otras su debilidad, tanto el hombre como la mujer son interdependientes. Son potencialmente un apoyo al crecimiento mutuo. Están en contacto continuo, expresan sus necesidades, y se responsabilizan por sus actos.

Otros autores (Bateson, 1978; Gottman, 1994; Vicencio, 2011) categorizan las relaciones de pareja de acuerdo al tipo de interacción que prevalece, más que etiquetar a una pareja con roles que son totalmente rígidos.

1.4. Las relaciones conyugales en la actualidad

Es necesario analizar un poco sobre las transformaciones que ha tenido la sociedad, para comprender el rumbo que han tomado las relaciones de pareja, en México, especialmente se observan cambios a partir de los años setentas, y algunos menores después del año 2000, los cambios han sido de todo tipo, y van afectando de macro a microsistema; cambios económicos, políticos, culturales, de comportamiento individual, de pensamiento y por supuesto, en las relaciones interpersonales. Algunos investigadores han expuesto cambios a nivel de roles de interacción en la familia (Esteinou, 2009), como la incorporación de las mujeres (amas de casa, madres, esposas) al ámbito laboral, al mercado de trabajo, lo cual tuvo repercusión tanto en la economía del país como, en las relaciones de pareja, sus dinámicas y actividades en el lugar de cohabitación.

Otro cambio importante es la posibilidad de regular la fecundación a voluntad, lo cual claramente es una decisión que en la mayoría de los casos en la actualidad es tomada por las mujeres, pues es hacia ellas a quienes están destinados la mayor cantidad de métodos anticonceptivos. En comparación con el pasado, donde en principio no

existía dicha regulación, ya sea por desinformación, por no tener acceso a los métodos o por el pensamiento de la sociedad y religión que lo juzgaban como una inapropiada conducta, ahora se considera lo más adecuado y se promueve, la planificación familiar. También es necesario mencionar que se ha modificado la posibilidad de las mujeres a opinar y decidir (aunque no por completo), si desean tener hijos o no, y en qué momento de la vida (Quilodrán, 2000), lo que ha modificado considerablemente los estilos de vida y las interacciones de las parejas en la actualidad. Estas modificaciones impactan desde lo individual, hasta lo que la sociedad considera que es lo “adecuado”, lo que está “bien” que las parejas hagan. Es posible que simplemente se vea y se viva la vida cotidiana, sin detenerse a analizarla, pero por poner algunos ejemplos, la familia que es de suma importancia para guiar nuestro actuar, tendrá siempre una opinión que compartir a las nuevas parejas, desde el noviazgo y aún más cuando se casan o deciden vivir juntos, dictará implícitamente algunas de las dinámicas que la pareja llevará a cabo, aun cuando no vivan en el mismo lugar que las familias de origen. La pareja, tanto el hombre como la mujer, cada uno, escuchará “consejos” o comentarios relacionados al hogar, el trabajo, los hijos, y hasta como tratar o “atender” a su pareja, y aunque dependerá de cada persona si decide llevar a cabo lo que le aconsejan, es claro que tendrá una fuerte influencia en sus decisiones.

Para autores como Lesthaeghe (1998) la postergación del matrimonio, el incremento de la población que vive sola, un aumento de la cohabitación conyugal (uniones libres) en vez del matrimonio religioso o civil, la prolongación del periodo de residencia con los padres, el incremento de la procreación fuera del matrimonio y el aumento de la disolución voluntaria de uniones (divorcios y separaciones), son cambios que se engloban en lo que denominan “segunda revolución demográfica”, que describe principal el análisis de la poca o casi nula natalidad en un futuro y la gran cantidad de población adulta mayor que se espera tendrá México, ya que se observa que esta revolución se ha incorporado de manera muy rápida e intensa, en comparación con la transformación que tuvo en el mundo, y que, sin duda, modifica actualmente la dinámica en las relaciones de pareja de manera muy significativa.

Para Giddens (1996) la modernidad ha tenido tal impacto a todos los niveles, que afirma que, en el orden social, las formas de vida actual, han arrasado todas las modalidades tradicionales de éste, como la familia, el amor, las relaciones de género y las parejas. Otros autores como Connell (2006, en Núñez & Zazueta, 2012) señalan

que la modernidad trajo consigo la transformación de los modelos tradicionales de formación de parejas heterosexuales. Aunque como se conoce las transformaciones en México en ocasiones tienen un retraso, o lógicamente un impacto distinto, por lo que es necesario conocer sobre la cultura en nuestro país para analizar con cautela si la modernidad ha modificado, y de qué forma, la estructuración e interacción de las relaciones de parejas heterosexuales, porque por ejemplo Rabell (2011, en Núñez & Zazueta, 2012) afirma que las familias mexicanas han entrado a la modernidad sin dejar algunas prácticas tradicionales, como que la crianza de los hijos, sea la guía principal de la consolidación de una pareja, dejando a un lado las necesidades emocionales de pareja. Una transformación que, si ha sido observada en la actualidad es la prevalencia en aumento de parejas que se encuentran en cohabitación sin estar unidas en matrimonio, en comparación con años anteriores, cuando la mayor prevalencia era parejas que se encontrarán viviendo juntas solo si estaban casadas, ya sea religiosa o civilmente.

Es lógico pensar que esta diferencia sea consecuencia del cambio sociocultural, o de la “segunda revolución demográfica”, pues en las nuevas generaciones, el peso que se otorga a las instituciones como la iglesia es menor. Pero eso no significa que este cambio de pensamiento aplica para todos, y por igual, por tanto, es necesario tomar en cuenta que las diferencias de estatus civil también pueden influir de alguna manera en la relación de pareja establecida, y que tan satisfechos o insatisfechos se encuentren sus miembros.

1.5. Parejas casadas y en cohabitación

Encontrarse en una relación de noviazgo estable podría implicar el compromiso de sus miembros, así como la planificación de un futuro compartido, por lo que pensar en la siguiente etapa, el matrimonio o vivir en unión libre, es normal. Sin embargo, no se trata de un cambio de vida sencillo, ya que tanto el hombre como la mujer cuentan con una serie de características individuales distintas tales como formas de actuar, actitudes, costumbres, hábitos, valores, intereses y rasgos de personalidad, y el matrimonio (o cohabitación) puede exigir ajustes de parte de ambos cónyuges, donde tengan que ceder y cambiar algunas de esas características. De acuerdo a como sean coordinadas esas individualidades se plantea que surgirán distintos tipos de

matrimonios. Por un lado, están las personas que al casarse renuncian a su individualidad y por el otro lado las que no están dispuestas a cambiar en nada (Muñoz, 1978).

Las parejas que deciden casarse o vivir juntos pueden tener como motivo principal formar su propia familia, y aunque el matrimonio puede ser sinónimo de una fuerte emoción, pasión y manifestación de atractivo entre los miembros, al mismo tiempo requiere la madurez emocional de ambos, su capacidad para descubrir nuevas formas de identificarse en una relación y aprender a formar contacto emocional, libertad del miedo, flexibilidad, empatía y un sentido básico de independencia con la capacidad de aceptar la dependencia (Juric, 2011).

Otro aspecto importante es que las parejas en la actualidad prefieren vivir en unión libre, que casarse. Matrimonio podría considerarse como una institución social, como la unión de dos personas mediante determinados ritos o formalidades legales que es reconocida por la sociedad, mientras que la unión libre no necesita de una formalidad legal o religiosa, pero sigue siendo un similar en cuando a compromiso de las dos personas, cambio en el estilo de vida de ambas y el deseo expreso de establecer una comunidad de vida (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2014; Pérez, 2009).

Tomando en cuenta las características antes mencionadas, sería posible considerar a las parejas casadas como un similar fenómeno, en cuanto análisis, que las parejas que se encuentran en cohabitación, aunque siempre tendrá sus peculiaridades de acuerdo a cada pareja, siendo que ninguna pareja es igual a otra, gracias al contexto social y las diferencias individuales. Es posible que para la mayoría la unión libre sea la decisión más conveniente, ya sea por diferencia de ideologías o por evitar el trámite legal, pero al ser una decisión que implica a dos personas, es lógico que puedan existir variaciones, incluso ligadas al sexo, mientras que las mujeres pueden preferir el matrimonio, los hombres pueden preferir la unión libre.

En cuanto a la conformidad a encontrarse en este estado civil, un ejemplo sería que la pareja se encuentre viviendo juntos, pero que la mujer tenga el deseo, casi convertido en necesidad de casarse, mientras que el hombre no esté interesado, y que esto sea motivo de insatisfacción para ella (Juric, 2011). Hombres y mujeres, incluso en el mismo matrimonio (o pareja) pueden tener una perspectiva diferente de la realidad de la vida conyugal y, por lo tanto, una actitud o forma de comportarse hacia y en ella. Es así que encontraremos variedad de estilos de matrimonio o vida

conyugal en la misma proporción que estos existen, y será difícil descifrar todo lo que sucede en cada una de ellas en su totalidad.

Capítulo 2. Satisfacción marital (satisfacción en la relación de pareja)

La relación de pareja es la base de la mayoría de las civilizaciones, se considera que gracias a esta relación se asegura la continuidad de la especie y la convivencia “normativa” de la sociedad, sin embargo en la actualidad cada vez se han observado más las separaciones, los divorcios (147,581 divorcios en México 2017, incremento de más del 130%, INEGI, 2017), y las diversas estructuras familiares (Familias diversas, 2018), en donde no estrictamente se encuentra un hombre y una mujer en una relación de pareja (familia tradicional o nuclear) para que se pueda considerar una familia (INEGI, 2017). Es importante mencionar que ese fenómeno ha cambiado algunas costumbres y creencias que la sociedad tiene sobre la familia y aunque han cambiado las relaciones conyugales, no se tiene por algo negativo, sino como un suceso que hay que atender, averiguando que motivos llevan a las parejas a las separaciones y previniendo, si es posible, además de evitar que las parejas se encuentren juntas pero infelices.

Es real que las relaciones de pareja no son un cuento de princesas con un “vivieron felices por siempre”, sino que se trata de una pareja que necesita pasar por muchas experiencias difíciles e incluso desagradables a lo largo de la vida, pero que tiene que encontrar la manera de afrontarlas juntos, a esto podríamos adjuntarle la satisfacción con su relación conyugal y con su pareja como una herramienta crucial para afrontar las crisis, ya que la satisfacción conyugal puede darle fortaleza a la pareja para sobrellevar cualquier problema. Sin embargo, la satisfacción que perciben de su relación al mismo tiempo puede verse mermada por los malos momentos que tenga la pareja en su relación y que no sepan cómo superarlos (Pérez, Dávalos, & Rentería, 2016).

Tanto el hombre como la mujer son responsables de su relación de pareja, ambos colaboran para construir o lograr una relación positiva o negativa, y con ello sentirse felices o satisfechos. Algunos estudios han averiguado cómo es que las personas perciben sus relaciones de pareja, incluso existe una escala de felicidad en la pareja validada por Pozos, Rivera, Reyes y López (2013). Otra variable estudiada es la satisfacción marital, que se entiende como una “evaluación subjetiva de la relación” que cada miembro realiza, es un concepto dinámico que dependerá de la evolución en la investigación, pero comúnmente se define como “el grado de favorabilidad

(actitud) hacia los aspectos del cónyuge y de la interacción conyugal” (Pick & Andrade, 1988, p.12). Por ejemplo, en el estudio Parejas satisfechas de larga duración en la ciudad de Cali (Acevedo et al., 2007), se buscó caracterizar a las parejas que han logrado mantener relaciones estables y satisfactorias por un tiempo mayor a 10 años, 50 parejas participaron, y de forma individual contestaron una encuesta sociodemográfica así como la escala de satisfacción marital de Pick y Andrade (1988), los resultados reportaron que tenían un promedio de vida marital de 22 años y se encontraban en la adultez media, en este estudio los hombres se mostraron más satisfechos con la interacción conyugal y las mujeres mostraron mayor satisfacción con los aspectos emocionales de sus cónyuges, mientras que la insatisfacción en la relación de pareja estuvo relacionada con la presencia de problemáticas en cualquier ámbito de la vida.

Existen elementos anteriores que pueden llegar a predisponer el tipo de relación que se formó, y posteriormente que las parejas se sientan satisfechas o no, con este tipo de interacción y de relación. Así mismo, existen otras características, más de tipo individual que se relacionan con la forma en que las personas percibirán lo que está a su alrededor, es decir, dependiendo de su subjetividad, una persona podrá caracterizar que algo le desagrada o no, aunque para la otra persona, incluida su pareja íntima lo perciba de forma contraria.

Es posible entender entonces la relación de pareja gracias a las investigaciones, y teorías propuestas, la teoría del apego adulto, por ejemplo, señala que el estilo de apego durante la infancia influirá en la relación conyugal adulta, debido a que se activan las carencias y excesos recibidos de los cuidadores. El apego, por lo tanto, es uno de los elementos que se podría tomar en cuenta, ya sea para entender como una persona percibe su relación de pareja, satisfactoria o no, tanto como para la comprensión de las problemáticas que se presentan en la relación conyugal, pues permite relacionar los afectos insatisfechos con las demandas hacia la pareja. Otro aspecto que podría diferenciar como se percibe la relación de pareja, es el sexo, para hombres como mujeres, su relación de pareja es importante, y ambos pueden sentirse satisfechos o no con su relación, aunque puede ser en diferentes aspectos, la literatura reporta que los hombres se encuentran más satisfechos con la interacción conyugal mientras que las mujeres muestran mayor satisfacción con los aspectos emocionales de sus cónyuges (Arias-Galicia, 2003).

La satisfacción marital, entendida según la teoría del apego, debería incrementar con la presencia de una pareja que se considere un socio y un apoyo confiable y constante. Por el contrario, niveles altos de ansiedad y evitación durante los primeros meses de matrimonio (o cohabitación) llevarían a una disminución en la satisfacción conyugal. Otros estudios sobre la satisfacción marital han demostrado por ejemplo su relación con la cantidad de hijos, concluyendo que las parejas que no tienen hijos o tienen 1 o 2 hijos están más satisfechos con su relación que los que tienen más de tres hijos. Aspectos como los antes mencionados, y otros elementos como la violencia de pareja, pueden ser utilizados como predictores de la satisfacción marital y con esto ser un recurso para las personas y sus parejas al ayudar a preservar la satisfacción de la relación en momentos de estrés en la vida.

2.1. Impacto de la satisfacción marital en las esferas de la vida

La mayor parte de las personas casadas, o en unión libre conocen el impacto que tiene la calidad de su relación de pareja en diferentes esferas de la vida diaria: el trabajo, la relación con la familia extensa, la salud y la satisfacción con la vida. En el caso de la satisfacción con la vida, está comprobado, por ejemplo, que la felicidad conyugal supera la satisfacción en otros dominios, como el predictor individual más fuerte de la satisfacción con la vida en general (Fleeson, 2004). Así mismo existen estudios relacionadas con el tema, por ejemplo, las diferencias en satisfacción marital con respecto al sexo, es decir los hombres expresan sentirse satisfechos con algunos aspectos diferentes a lo que expresan las mujeres. Es necesaria la investigación que aporte elementos que estén relacionados con la satisfacción marital, y que sean una guía para mejorar la atención psicológica hacia las parejas para que todos los aspectos de su vida se vean beneficiados (Wallerstein & Blakeslee, 1996).

a) Impacto en la salud física y a nivel personal

La satisfacción marital está considerada como el predictor más importante para la satisfacción con la vida (Fleeson, 2004), hombres y mujeres en lo individual pueden expresar lo importante que es sentirse felices con su pareja, tanto, que es posible que

describan diversos momentos en los que, por ejemplo, pelearse con su pareja, los ha hecho sentirse tristes, sin energías, desanimados, u otros ejemplos, en los que la opinión de su pareja ha sido de suma importancia para el estado de ánimo en el que se encuentren, y llegando a recordar sucesos un poco más complicados, o de parejas que tienen una relación conflictiva podrán aseverar que incluso la salud se ha visto deteriorada.

b) Impacto en la productividad y lo económico

Una cosa puede considerarse como sentirse insatisfecho con la situación económica de pareja o con asuntos relacionados con el manejo del dinero dentro de la relación, y otra muy distinta es considerar que el sentirse insatisfecho en general con la relación conyugal puede llegar a crear conflictos económicos, por la baja productividad o los problemas en el trabajo derivados de un malestar que el hombre o la mujer presentan. Las mujeres que se dedican al hogar o a otro trabajo no remunerado siguen siendo mayoría, y en otros casos, se conoce que aun teniendo un trabajo remunerado, son las mujeres las que tienen la responsabilidad de realizar el trabajo doméstico, por lo que pasan una cantidad increíble de su tiempo dedicadas al hogar (dedican semanalmente 19 horas más que los hombres a actividades no remuneradas según la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los hogares [ENIGH], 2016), y es en este en donde la interacción con la pareja se da, e implicará un determinado orden u organización de las actividades dentro del hogar, de acuerdo a lo que establezca cada pareja, esta repartición de responsabilidades puede tener descontentos o no a los miembros de la pareja, y a su vez las parejas que se sientan felices o no con su relación podrán realizar más tareas o menos según sea el caso, y sus ganas de contribuir en casa. Los hombres por su lado pasan la mayoría de su tiempo en el trabajo, son quienes aportan la mayor parte de los ingresos al hogar, y quienes socialmente se ven obligados a desempeñar y enfocarse completamente en esta actividad, el éxito en el trabajo por ejemplo, es altamente valorado por el contexto social, y todo esto puede ser para los hombres una carga excesiva de presión, por lo que desempeñar adecuadamente su trabajo es para algunos lo más importante en la vida, y para otros les es difícil en ocasiones contener la presión y separar los problemas ajenos al trabajo dejando que afecte su actividad laboral.

c) Impacto en el ámbito familiar y social

La pareja está formada por dos personas que se apoyan el uno en el otro, que desean estar juntos y compartir, románticamente se dice que son ahora “uno contra el mundo”, pero inevitablemente tendrán que comprender que la interacción también se dará con otros; la familia, los compañeros de trabajo, los amigos y hasta los desconocidos con los que se convive en lugares públicos, y que no todo tendrá que involucrar a la pareja como se piensa, además que las relaciones no serán siempre perfectas o felices, por lo que el tipo de relación de pareja influirá en cómo se relacionan con el mundo a su alrededor.

2.2. Variables relacionadas con la satisfacción marital

Desde la Teoría del apego es posible analizar el tipo de relación que se forma entre dos personas que deciden ser pareja, pues antes de iniciar la relación cada persona cuenta con características individuales, como su personalidad, su carácter, inseguridades, patrones de comportamiento, creencias, etc., que tendrán que coexistir, dejar de existir o transformarse dentro de la relación. El estilo de apego (Bowlby, 1969) es uno de estas características individuales, y podría estar involucrada en la satisfacción marital. La satisfacción de la relación podría ser mayor cuando los miembros ofrecen un refugio seguro de apoyo, son confiables y están disponibles el uno para el otro, así como, el que proporcionen una base segura desde la cual cada miembro pueda crecer personalmente. Un estilo de apego inseguro, puede predecir la insatisfacción marital, tanto para hombres como para mujeres (Romero, Galicia, & Del castillo, s.f.).

Otras variables relacionadas con la satisfacción marital, son los conflictos y la comunicación de pareja, estilos positivos de comunicación están relacionados con mayor percepción de satisfacción marital, mientras que la presencia de conflictos dejaría una perspectiva de insatisfacción marital para los miembros de la pareja (Vera, 2011). Sin embargo otro estudio que se proponía demostrar la relación entre la satisfacción marital y la autorealización, no tuvo resultados significativos, pues basados en la literatura proponen que un matrimonio satisfactorio coincidiría con una

elevada puntuación en autorealización, y una baja satisfacción marital convergería con bajos índices de autorealización, pero los datos no fueron concluyentes en su totalidad por lo es recomendable que las futuras investigaciones tomen con precaución el rumbo de las relaciones entre variables (Muñoz, 1978).

Además la satisfacción marital tiene también una importante relación con la salud física (Bookwala, 2005; South & Krueger, 2013),

2.3. Relación entre la satisfacción marital y la salud mental

La vida en pareja se considera una fuente de satisfacción y desarrollo, un punto de apoyo económico, un sustento social que proporciona estabilidad a ambos individuos, y está claramente asociado con la salud física y mental. Dentro de los estudios que investigan la relación de la satisfacción marital con otras variables, podemos encontrar los que se relacionan con la salud física, como por ejemplo, una enfermedad crónica de alguno de los miembros que hará que después de un tiempo prolongado y en conjunto con otros factores, se evalúe a la relación como pobre provisor de satisfacción para el conyugue que, ve deteriorado su propio estado anímico por estar pendiente del bienestar de su pareja, así como, el deterioro de la misma relación de pareja que hasta antes del problema de salud podía ser percibida distinta, satisfactoria (Geisser, Cano, & Leonard, 2005).

Al mismo tiempo se encuentran estudios que relacionan la satisfacción marital con la salud mental, algunos de estos se resumen en la Tabla 1, y en ellos es posible identificar que la satisfacción marital tiene una clara relación con la ansiedad y con la depresión principalmente, y concluyen que no existen relaciones significativas de género, a pesar de que en el caso de la depresión, el nivel predictivo es mayor, ya que como se conoce esta es un trastorno asociado al género (Bastida, Valdez, Valor, González, & Rivera, 2017; Perveen et al., 2017; Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2004).

Hollist, Miller, Falceto, y Fernandes (2007, en Bastida et al., 2017) afirman que existe relación entre la satisfacción marital y la ansiedad o la depresión, y se ha encontrado que las mujeres con menor satisfacción marital podrían desarrollar sintomatología depresiva, en mayor medida que los hombres. Del mismo modo, Newman y Anderson (2007, en Bastida et al., 2017) mencionan que encontrarse en una situación de

separación o divorcio es un predictor de presentar un trastorno de ansiedad generalizada. Otro estudio que permite comprobar la relación entre la satisfacción marital y la salud mental, es el realizado en una comunidad de Malasia, donde se concluye que una relación satisfactoria y estable incrementa el bienestar personal y la salud mental (Perveen et al., 2017). En 2017 también se publicó un estudio de la relación entre la salud mental y la satisfacción marital en hombres casados, donde los resultados arrojaron que la salud mental y sus subescalas, incluida la ansiedad, la depresión, la disfunción social y los síntomas físicos, fueron algunos de los factores asociados con la insatisfacción marital, pero este se realizó en Irán (Riahi, Khajeddin, & Izadi-Mazidi, 2017). En el mismo país se publicó un estudio en mujeres de esta relación entre la satisfacción marital y la salud mental, y se concluyó que resolver los problemas matrimoniales, así como aumentar la satisfacción de las parejas, puede llevar a la promoción de su salud mental (Kalhor & Olyaie, 2017).

A pesar de que existe relación entre la satisfacción marital y la salud mental, son pocas (y son de otros países) las investigaciones que reportan una afectación en la salud mental como consecuencia de un matrimonio insatisfactorio, sino que investigan el impacto de las variables en la satisfacción marital, como por ejemplo, el hecho de que uno de los conyugues tenga una enfermedad mental, y que esto a lo largo del tiempo deteriore la relación y por tanto, impacte en la satisfacción en la relación de pareja, de uno o ambos miembros (*HealthDay*, 2004). Como ejemplo de esto, se encuentra el estudio de Whisman, Uebelacker, y Weinstock, quienes utilizan los niveles de ansiedad y depresión como predictores de la satisfacción marital/conyugal, demostrando que la relación entre estas variables es alta (Whisman et al., 2004).

Tabla 1

Estudios sobre la satisfacción marital y la salud mental

Autor y año	Muestra	Tipo de estudio	VARIABLES	Instrumentos de medición	Principales hallazgos
Bastida, Valdez, Valor, González y Rivera, 2017.	N= 300	Correlacional predictivo	-Satisfacción marital -Estado civil -Depresión -Ansiedad	-Inventario de depresión de Beck -Inventario de ansiedad de Beck -Cuestionario de satisfacción marital de Cortés, Reyes, Díaz-Loving, Rivera y Monjaraz, 1994	-La satisfacción marital fue un factor protector de los niveles de depresión en ambos géneros, obteniendo un mayor valor predictivo en las mujeres. -Las mujeres con baja satisfacción marital presentaron mayores niveles de ansiedad que las mujeres con alta satisfacción marital.
Perveen et al., 2017.	N= 60 mujeres y 30 hombres.	Correlacional	-Satisfacción marital -Salud mental (ansiedad, depresión y pérdida de comportamiento)	- Escala de ajuste diádica, DAS, Graham Spanier en 1976 - Inventario de Salud Mental (MHI-38)	-Existe una relación sólida entre la satisfacción marital y la salud mental. -Una relación marital positiva y satisfactoria puede aumentar la salud mental.
Whisman et al., 2004.	N= 774 parejas	Predictivo	-Satisfacción marital -Ansiedad -Depresión	-Escala de ansiedad y depresión del MMPI-2 -Escala de ajuste diádica (DAS; Spanier, 1976, 1989).	-La satisfacción marital fue predicha por el propio nivel de ansiedad y depresión, así como por el nivel de depresión de la pareja. -No existieron diferencias de género significativas. -Los efectos de la depresión fueron más fuertes que los de la ansiedad, así como los efectos del actor más que los de la pareja.

Capítulo 3. Violencia de pareja

La violencia es un tema relevante cuando se habla de relaciones de pareja, y ésta a su vez, tiene relación con distintas variables. La violencia de pareja tiene una clara prevalencia en violencia hacia las mujeres en comparación con la violencia hacia los hombres, pero esto no quiere decir que los hombres no sean violentados, sino que en ocasiones no se reporta o no es visible, pues en casos de violencia hacia los hombres se trata más, de violencia psicológica, y por lo mismo, la atención y comprensión de la problemática es menor y más complicada (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010; Instituto Mexicano de la Juventud [IMJ], 2008).

Existe en nuestro país desde 2007, la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, en la cual explica la necesidad de que las autoridades colaboren en la prevención, la sanción y la erradicación de la violencia hacia las mujeres, así como garantizar el acceso a una vida libre de violencia que favorezca su desarrollo y bienestar en todos los ámbitos, en dicha ley se hacen referencia a cuatro tipos de violencia; física, patrimonial, económica y sexual, y se habla de la violencia en todas sus modalidades, incluida la violencia en el ámbito familiar, donde se ubica la violencia de pareja (Diario Oficial de la Federación [DOF], 2007).

La violencia hacia las mujeres se ha vuelto un tema importante a nivel mundial, y a pesar de que en México ya se ha visto una evolución sobre el tema, involucrando a la sociedad en la concientización de la gravedad de este fenómeno y a las autoridades de todos niveles de gobierno, incluso creando leyes que las protejan, todavía no se ha observado una disminución significativa en los índices de violencia e incluso ha provocado consecuencias poco favorables para quienes luchan por la igualdad de género y la erradicación de la violencia.

Reconocer que la violencia sucede es el comienzo para atender el fenómeno, pero culturalmente reconocer que un hombre es violentado por su pareja o esposa, se ha complicado aún más, y las consecuencias emocionales que les provoca, por tanto, no son claras (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010; DOF, 2007; IMJ, 2008).

Hablando de hombres y mujeres que están viviendo diariamente una situación de cualquier tipo de violencia puede llegar a ser incomprensible para algunos, que esto sea interminable, y esto tiene que ver con el ideal de que esa persona que ejerce

violencia en su contra, es de hecho su pareja, de quien se espera que “siempre” brinde amor, apoyo o comprensión. (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010).

La evaluación de la violencia en la relación de pareja arroja datos, como por ejemplo que el 76% de los casos de violencia en el noviazgo es un predictor de la violencia marital. Además, se han creado instrumentos válidos y confiables, gracias a la investigación, que intentan ser al mismo tiempo amables y sencillos, para abordar una situación de por sí complicada, como lo es la violencia (García, Vargas, Guzmán, Vizzuet, & Ruiz, 2010).

Los tipos de violencia como se han clasificado en estos estudios, y que se evalúan a través de estos instrumentos son cuatro principalmente: violencia física, económica, sexual y psicológica, esta última más investigada en relación con la salud psicológica (Aunque, como ya se ha mencionado, que se reconocen más tipos de violencia, como la patrimonial, según la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, DOF, 2007).

Una investigación realizada por Méndez, García, Jaenes y Peñaloza (2014), indaga sobre la relación entre parejas y depresión, menciona que la depresión es un grave problema de salud pública y que el riesgo de desarrollar síntomas depresivos aumenta ante la presencia de diversos factores biológicos, pero también sociales, uno de ellos la violencia en los núcleos familiares. El objetivo de su estudio fue determinar cómo se asocia la percepción de la violencia en las parejas con la sintomatología depresiva, para ello participaron 150 hombres y 192 mujeres de la Ciudad de México. Sus resultados muestran que las mujeres presentaron más sintomatología depresiva que los hombres, y que las mujeres reportan más violencia que los hombres.

Otro estudio sobre la violencia vivida en la relación de pareja es el de Cienfuegos, Arellanez y Díaz-Loving (2008) donde realizaron un estudio correlacionando este tipo de violencia con niveles de ansiedad y depresión. Hicieron un estudio no probabilístico por conveniencia donde se encuestó a 310 personas, 41% hombres y 59% mujeres, en la Ciudad de México. Utilizaron la versión corta de la escala de violencia en la pareja de Cienfuegos (2004), el Inventario de Depresión de Beck y el Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado [IDARE]. Como resultados obtuvieron que tanto hombres como mujeres que experimentan violencia en su relación de pareja presentan mayores síntomas depresivos, más cantidad de las mujeres víctimas de violencia presentan sintomatología ansiosa, también reportaron un índice alto de violencia hacia los hombres, de hecho mayor a la violencia reportada por las mujeres, a lo que

los autores dieron tres principales explicaciones: el primero que las mujeres resultan ser más violentas cuando se evalúa principalmente la frecuencia y diversidad de las conductas; el segundo a que sólo se cuenta con un puntaje global de la escala, por lo que se ve mayormente reflejada la violencia indirecta, que es la que más realizan las mujeres; por último, la tercera explicación habla sobre las características sociodemográficas de la muestra, respecto al nivel de estudios que tenían las mujeres (licenciatura), y que estas mujeres pueden encontrarse empoderadas, lo que en ocasiones se confunde con abuso de poder.

El hecho de que se reporten índices más altos de violencia hacia los hombres (Cienfuegos, Arellanez, & Díaz-Loving, 2008), contrario a estudios anteriores, así como, el que aún no quede claro el motivo del incremento de la violencia, da pauta a continuar con investigaciones dentro de este ámbito.

Existen otros estudios en donde se tiene claro que existe una afectación en la salud mental a partir de sucesos de violencia, como en el estudio de Vargas realizado en 2017, donde se evaluó el daño en la salud mental de los hijos de mujeres violentadas, aunque se conoce que, en primer término, la persona afectada es la persona receptora de la violencia.

El ejercicio de la violencia tiene un impacto en los síntomas depresivos y ansiosos, y posiblemente en los síntomas somáticos, como se enuncia a continuación:

Este tipo de violencia [refiriéndose a la psicológica]... su comprobación en el ámbito legal resulta casi imposible debido a que no presenta huellas físicas, al menos no de manera directa, y las que presenta son difícilmente relacionadas con la violencia en la pareja, como la somatización o los síntomas físicos de depresión y ansiedad. (Cienfuegos & Díaz- Loving, 2010, pp. 654).

Otros estudios mencionan también la relación de todos los tipos de violencia con síntomas somáticos, ansiedad y depresión (Campbell, 2002; Trujano, 2010).

3.1. Estadísticas actuales de la violencia de pareja

La violencia de pareja sucede en todo el mundo. Tiene mayor prevalencia de violencia recibida en mujeres, pero involucra tanto a hombres como a mujeres, ya sea como

receptores o como perpetradores. Dentro de una relación de pareja se puede presentar violencia del hombre hacia la mujer (mayoría de casos), de la mujer hacia el hombre (menos reportada) o puede ser simétrica. Existen distintos tipos de violencia, que varían en prevalencia también de acuerdo al género del perpetrador, pero todos los tipos de violencia están asociados con afectaciones en la salud mental. A nivel mundial, entre el 10% y el 69% de las mujeres reportaron haber recibido agresiones físicas por parte de una pareja masculina en algún momento de sus vidas, este tipo de agresiones van acompañadas de otro tipo de violencia en la mayoría de los casos, y los episodios de violencia física son de largos periodos. Por su parte, la violencia sexual es reportada como la forma de violencia más frecuente, según estudios de algunos países informan que casi una de cada cuatro mujeres fue abusada sexualmente por su pareja, mientras que Londres y México reportan que el 23% de las mujeres han vivido un intento de violación o una violación consumada por parte de su pareja a lo largo de su vida (*World Health Organization [WHO], 2002*).

En la violencia hacia los hombres no hay datos claramente determinados, pero por mencionar algunos datos importantes se considera que; el rango de hombres perpetrados y receptores de violencia se encuentra entre los 10 y 29 años; se calcula que en el año 2000, la violencia hacia los hombres, le costó la vida a 199000 hombres, con las tasas más elevadas en África y América Latina; y el INEGI clasifica la violencia de pareja hacia los hombres dentro de la violencia doméstica, en 2011 reportó que casi el 25% de las denuncias corresponde a hombres maltratados por sus parejas (INEGI, 2011).

Los estudios sobre la violencia de pareja son variados, algunos se enfocan en la relación de la violencia con otras variables, ya sea como coexistentes, como predictoras o como resultados de la violencia, mientras que otros tratan de reportar toda la información posible que encuentren, ya que todos en conjunto suman al entendimiento de la violencia de pareja como un problema que es necesario atender en los sectores de salud física y mental. Otros estudios reportan datos estadísticos útiles para vislumbrar la magnitud del fenómeno, por ejemplo, los resultados del estudio realizado por Harned (2002), indican que el 87% de los hombres y el 82% de las mujeres, en Estados Unidos, han sido receptoras de violencia por parte de sus parejas.

En nuestro país uno de los Institutos que ha reportado la mayoría de datos estadísticos sobre la violencia a nivel nacional es el INEGI (otro es Instituto Nacional

de las Mujeres [INMUJERES]), en un boletín publicado en 2017 a propósito del día internacional de la eliminación de la violencia contra la mujer que se conmemora el 25 de noviembre, reportó solo algunos datos como; el 52.6% de las mujeres ha enfrentado agresiones por parte de la pareja a lo largo de la relación; Aproximadamente dos terceras partes de las mujeres que se casaron antes de cumplir 18 años (66.1%), ha enfrentado violencia por parte de su pareja, mientras que en las mujeres que se casaron a los 25 años o más la proporción es un poco menor, 45.7% (INEGI, 2016).

3.2. Tipos de violencia de pareja

a) Por modalidad de daño:

Gracias a la investigación y para mejorar la atención que se le da, la violencia se ha delimitado en cuatro principales tipos según su modalidad; violencia física, psicológica, sexual y económica.

La **violencia física** se refiere al daño que se hace a otra persona utilizando la fuerza física o algún tipo de arma u objeto que pueda ocasionar lesiones o heridas, dentro de esto se incluyen aspectos como empujones, bofetadas, pellizcos, patadas, golpes con el puño, ahorcamiento, lanzar un objeto, obligar a que el otro consuma drogas, quemar con cigarrillos, torcer el brazo, amarrar, torturar, sujetar con fuerza, etcétera, hasta llegar a provocar la muerte (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010; Secretaría de Gobernación [SEGOB], 2012).

La **violencia sexual** puede incluir críticas constantes o burlas de alguna parte del cuerpo de la pareja, obligarla a que realice actos sexuales que no desea, roces eróticos sin consentimiento de la pareja, prohibir el uso de anticonceptivos, transmitir enfermedades venéreas, no tomar en cuenta las necesidades sexuales de la otra persona, o la violación (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010; SEGOB, 2012).

Dentro de la **violencia económica** se encuentran como ejemplos, utilizar los recursos monetarios o los bienes propios o compartidos para controlar o fomentar la dependencia, prohibir a la pareja gastarse el dinero destinado a la casa, o su propio dinero, exigir explicaciones detalladas de la forma en que gasta el dinero, excluir de

las decisiones financieras, impedirle que trabaje o no aportar dinero al sustento de la casa (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010; SEGOB, 2012).

Por último, la **violencia psicológica** puede incluir el abandono, el descuido reiterado e intencional, la negligencia, celotipia, insultos, gritos, humillación, devaluación, marginación, rechazo, amenazas, o aislamiento, y este último tipo de violencia es el de mayor prevalencia, hacia hombres como hacia mujeres (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010; SEGOB, 2012).

b) Por género:

Actualmente se divide para su comprensión y atención, en dos tipos de violencia de género; violencia contra la mujer y violencia contra el hombre, pero en ocasiones se ha encontrado la violencia simétrica.

3.3. Hombres y mujeres que ejercen violencia de pareja: diferencias

Para todos es conocido que, la violencia hacia las mujeres tiene un alto índice de ocurrencia, y por el mismo motivo las investigaciones se han concentrado en estudiar lo que sucede con las mujeres, como se puede ver fácilmente cuando se hace una búsqueda de artículos sobre violencia de pareja, los títulos versarán sobre “mujeres maltratadas” (Agoff, Rajsbaum, & Herrera, 2005), “salud de las mujeres” (Blanco, Ruiz, García, & Martin, 2004), “violencia de pareja en mujeres” (Valdez et al., 2005), etc. Mientras que el papel del hombre, en la mayoría de los casos es el de perpetrador o victimario, pero esto no quiere decir que las mujeres no ejerzan violencia hacia los hombres, sino que existen diferencias que han llevado a que se considere al hombre en ese papel.

Independientemente de la ideología de género, los resultados estadísticos sobre la violencia de parejas heterosexuales, muestran que la violencia física tiene niveles similares de perpetración, por parte de las mujeres como por parte de los hombres, y existen otros estudios que incluso reportan mayores niveles de violencia física perpetrada por mujeres. Alvarez en 2014 publicó una recopilación de 500 estudios empíricos sobre la violencia física simétrica o bidireccional en parejas heterosexuales, manifestando que existe un prejuicio de un modelo unidireccional (hombre victimario-

mujer víctima) con el que se está dejando a un lado la mitad del problema (Alvarez, 2014). También expresa que la recopilación de estudios se basó en los que miden la violencia física, ya que esta es más fácil de cuantificar (como golpes, empujones, etc.) que los demás tipos de violencia que tienden a ser subjetivos, es decir, dependen de una valoración del receptor para ser reportada (como perciben si algo les parece ofensivo o no).

Lo reportado por Alvarez es de suma importancia para hablar de la violencia hacia los hombres, ya que otros estudios han expuesto o hecho hipótesis que señalan que la violencia de pareja hacia los hombres es menos visibilizada debido a que no es de tipo física, sino que más bien se trata de violencia verbal o psicológica, por ejemplo, que los hombres son degradados, cosificados, intimidados, amenazados, sobrecargados de responsabilidades, privados de libertad (Aweita magazine, 2018), pero la recopilación hecha por Alvarez ayuda a demostrar que la violencia hacia los hombres también es de tipo física, lo que según la literatura es la de mayor impacto en la salud física y mental de los receptores de violencia.

Por su parte las investigaciones sobre la violencia hacia las mujeres por parte de sus parejas han dejado un amplio conocimiento de todo lo que involucra esta situación, desde estadísticas, patrones de comportamiento, motivos de permanecer en una relación violenta, hasta las afectaciones en la salud de las mujeres. Las mujeres son receptoras de todo tipo de violencia, casi en las mismas proporciones, ya que cuando se encuentran en una relación de violencia, les es complicado terminar esa relación, y con el paso del tiempo las agresiones van en incremento, por lo que pasan por todo tipo de violencia, psicológica, sexual, económica y física.

Por todo lo anterior, es importante la investigación de la violencia tanto hacia los hombres como hacia las mujeres. Uno de los pocos estudios es el titulado *Características de la violencia de pareja en China: simetría de género, mutualidad y factores asociados*, donde denota que ambos miembros ejercen violencia, específicamente encontraron que en la violencia psicológica y la agresión física leve es más probable que la violencia sea mutua, mientras que, en la violencia sexual y física, la violencia es unidireccional (Chen & Chan, 2019). Así se conoce que ambos son victimarios, pero es necesaria la investigación en otras poblaciones.

3. 3. 1. Normalización de actitudes y comportamientos violentos de mujeres hacia lo hombres

La violencia hacia los hombres ha sido poco visibilizada como un problema, incluso existen comportamientos que han sido normalizados y no se consideran violencia. La sociedad tiene una parte de la responsabilidad, así como el hecho de que las mujeres y/o los grupos feministas han buscado la equidad de género y tratado de evitar estar en una condición inferior al hombre, sin embargo, algunas mujeres han confundido la lucha por la igualdad, con un tipo de venganza, en donde se sienten orgullosas de tener el control de la relación, o de su pareja, violentando su libertad e integridad, sin que sean conscientes de ello.

Algunos motivos por los cuales los hombres no denuncian la violencia de pareja, según el Instituto Mexicano de la Juventud (2017) son:

- Sentirse avergonzado; las personas suelen burlarse del hombre violentado, por ejemplo, si le dan una bofetada en la vía pública o si la pareja le prohíbe salir con familiares y amigos.
- Dificultad para ser que las autoridades le crean: ya que existen diferencias penales en los delitos y las penas son imputadas según el género, a pesar de que la ley debiera proteger a las personas con independencia del género, para evitar discriminaciones (Aguilera, Barba, Fuentes, López, & Villacreces, 2015).
- Negación del problema: existe una idealización de la pareja, y una creencia de que la persona amada no puede hacernos daño, por lo que a algunos hombres les es difícil darse cuenta que lo que hace su pareja es violento para ellos.

Los motivos antes explicados ayudan a entender que los hombres violentados no hablen de lo que les sucede, pero también explica por qué la violencia contra los hombres se normaliza, pues la sociedad pone al hombre como el más fuerte, el que tiene el poder o el control, y cuando una mujer lo violenta, lo ven como alguien débil de quien se burlan y a quien ridiculizan, que al mismo tiempo explica la violencia que los hombres ejercen hacia las mujeres, desde la perspectiva patriarcal (Segato, 2016). La normalización de la violencia de las mujeres hacia los hombres se puede entender a partir de lo que Rita Segato llama *feminismo del enemigo*, pues menciona que “El feminismo no puede y no debe construir a los hombres como sus enemigos

‘naturales’” (Pagina 12, 2018, versión electrónica), pero lamentablemente algunas mujeres han generalizado y ahora ven a todos los hombres como sus enemigos, ejerciendo violencia hacia los hombres que tienen a su alrededor, posiblemente como respuesta a la violencia que han recibido o han percibido que los hombres ejercen hacia otras mujeres en el pasado.

La violencia de género no debe ser entendida como un problema entre hombres y mujeres, pues esto llevaría a asumir que todas las mujeres deben estar en contra de los hombres (y viceversa), y la interacción entre ellos no podría de ninguna forma ser pacífica, y mucho menos amorosa, como se espera en una relación de pareja.

3. 3. 2. Violencia como respuesta en la interacción de la pareja

Las relaciones de pareja suelen ser complejas. El ideal es una pareja feliz, pero ese ideal excluye las dificultades de la vida real, las altas y bajas del estado de ánimo de cada individuo, o los conflictos en las relaciones interpersonales. Ninguna pareja está exenta de las peleas, conflictos o discusiones, pero la forma como se enfrentan y reaccionan a ello, es lo que determinará la calidad de su relación. Cuando una pareja no afronta los conflictos de la mejor manera, puede crear un ambiente desagradable para ambos, y si la relación continúa dejando que los conflictos crezcan, la dinámica de pareja puede ser siempre conflictiva e incluso de violencia.

Existen parejas, en donde pareciera que su única forma de comunicarse o interactuar es mediante peleas y discusiones, y dependiendo del temperamento y otras características individuales, esa interacción puede ser completamente de violencia bidireccional, es decir que tanto el hombre como la mujer reciban y perpetren violencia, ya sea verbal, psicológica, sexual, física o económica. Como ejemplo, es posible imaginar a una pareja que ha regresado después de una separación por infidelidad, la relación ya está fracturada desde tiempo antes, pero al decidir regresar la interacción va a verse mermada por la infidelidad, los celos estarán presentes todo el tiempo, habrá desconfianza, se intentará controlar a la otra persona para tratar de evitar otra infidelidad, tal vez no podrán hablarse con respeto o sin recalcar los errores que han cometido, y la violencia será en ambas direcciones, del hombre hacia la mujer y de la mujer hacia el hombre. El ejemplo anterior puede parecer un poco extremo, pues se plantea que ha habido problemas que han llevado a la separación de la pareja, pero hay parejas que sin tener un problema “grave” (por llamarlo de

alguna manera), han llegado a crear una interacción conflictiva y de violencia bidireccional por pequeños problemas o errores que no han sido resueltos.

3.4. Explicación de la violencia de pareja

Se han hecho diversas hipótesis sobre los motivos que tienen las personas para permanecer en una relación de violencia, pero cada persona tiene sus propios motivos, aunque esos motivos no sean comprendidos por los demás.

Algunas razones por las cuales las mujeres no abandonan una relación violenta son; que tienen temor a represalias; no tienen otro medio de apoyo económico; se preocupan de que sea conveniente o no para sus hijos; falta de apoyo de familiares y amigos, inclusive las obligan a permanecer con su esposo “hasta que la muerte los separe”; miedo a perder la custodia de los hijos ante el divorcio; sentimiento de amor y de esperanza en que el esposo cambie su comportamiento violento (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013).

De acuerdo a esto Herrera, expone una explicación de las mujeres que permanecen en relaciones violentas:

(...) Es porque nos dan pena los hombres a los que amamos. Cuando nos enamoramos, conectamos con el niño asustado que hay en su interior. Tenemos tanta capacidad para la empatía, que confundimos el amor de pareja con el maternal y por eso queremos cuidar y ayudar a ese niño inocente a superar sus traumas y sus carencias, y a cerrar sus heridas. Creo que a muchas nos da ternura la fragilidad de la masculinidad patriarcal: de alguna forma nos compadecemos de sus miedos, de todo lo que les ha tocado sufrir para llegar a ser un macho, de su incapacidad para mostrar afecto, de su falta de habilidades para gestionar sus emociones, de su torpeza a la hora de resolver conflictos, de sus problemas con la autoestima y el Ego. Justificamos su machismo pensando que sufrió tanta violencia ese niño pequeño e indefenso, que es "normal" que la reproduzca y la vuelque sobre nosotras. Nos da por pensar que él sufre siendo violento, pero creemos que el pobrecito no puede evitarlo.

Nos consolamos pensando que nuestro amor lo curará, que nosotras somos muy fuertes y podemos ayudarlo a cambiar, que cuando logre conectar con su niño interior se liberará del machismo como por arte de magia. Creemos que los hombres machistas son buenas personas y que no nos hacen daño por placer, sino porque los pobrecitos son hombres, y los hombres son así, muy limitados, violentos e inseguros. (...) Bueno, esto es una trampa mortal para nosotras: el niño mutilado no se va a curar, el hombre violento no se va a transformar en una buena persona sólo con nuestro amor. Los hombres tienen que trabajarse sus masculinidades patriarcales, sus traumas y sus miedos, su machismo y su violencia, su discapacidad emocional su necesidad de dominar, su necesidad de tener al lado una esposa-madre-criada leal que les aguante y les sostenga (Herrera, 2018).

Es claramente un razonamiento coherente desde el análisis de la construcción social occidental del ser hombre y de ser mujer en la actualidad, desde esta visión, de la corriente del feminismo, se comprende el tipo de vínculo o apego que en ocasiones forman las mujeres hacia sus parejas, hombres-violentos, en diversas condiciones o situaciones, y que pueden ser una de entre varias razones para mantener su decisión de permanecer al lado de su pareja, sin embargo no es la única razón, ni es aplicable forzosamente tal cual se expresa.

3.5. Consecuencias de la violencia de pareja

Para autores como Gottman (1994) la violencia en la pareja implicaría tener una pareja infeliz, y estos buscarán ayuda de un terapeuta de pareja, quien a su vez realizará principalmente un análisis de la interacción que predomina en su vida diaria, y posteriormente el terapeuta llevará a la pareja a restaurarse y ser una pareja feliz. Según lo propuesto por Gottman existen conductas que pueden llevar a que la pareja se encuentre en esta situación, y si estas no se eliminan, pueden ser causa de una separación o divorcio. Él las nombro como los cuatro jinetes del apocalipsis, y son:

1. Indiferencia de hielo: es una actitud que se adquiere con el propósito de evitar el conflicto, pero que puede afectar a la pareja, al ignorarla e ignorar el problema, que por tanto no puede resolverse.
2. Críticas hacia la otra persona: es una forma irrespetuosa de expresarse, descalifica a la persona y puede ser muy destructivo.
3. Desprecio o sarcasmo: se trata de gestos, palabras, insultos, amenazas, ofensas, burlas y humillaciones que implican una actitud de superioridad por parte del que desprecia, y que implica un daño y anulación de la pareja.
4. Conductas defensivas: trae consigo actitudes no respetuosas hacia la pareja, al atacar como defensa, antes de ser atacado.

Estas actitudes y comportamientos pueden llevar a la pareja a una relación de violencia, y es necesario evitarlas o resolver cualquier tipo de problemática por el bienestar de ambos miembros de la pareja, pues si las problemáticas no son atendidas, las consecuencias de la violencia pueden ser graves e irreversibles.

Las consecuencias de la violencia son diversas, pero es posible agruparlas en los siguientes puntos; lesiones y afectaciones en la salud física; afectación en la salud mental y el suicidio; y afectación en la salud sexual y reproductiva, mostrados en la Tabla 2 (OMS, 2013), cada una puede incluir diversos ejemplos, de los cuales solo se mencionan algunos:

Tabla 2

Consecuencias de la violencia de pareja

Lesiones y afectación en la salud física		Afectación en la salud mental y el suicidio	Afectación en la salud sexual y reproductiva
-Hematomas tumefacciones	y	-Depresión -Ansiedad	-Embarazos no planeados o deseados
-Desgarros excoriaciones	y	-Fobias -Ideaciones suicidas -Intentos de suicidio	-Infecciones de transmisión sexual

-Traumatismos abdominales o torácicos	-Suicidios	-Enfermedad pélvica inflamatoria
-Fractura de huesos o dientes	-Sufrimiento emocional	-Infecciones urinarias
-Discapacidad visual o auditiva	-Abuso de alcohol y drogas	-Disfunción sexual
-Traumatismos craneoencefálicos	-Trastornos en los hábitos alimentarios y del sueño	Complicaciones en el embarazo:
-Lesiones por intento de estrangulación	-Inactividad física	-Traumatismo fetal
-Traumatismos en la espalda y el cuello	-Baja autoestima	-Abortos espontáneos y abortos inseguros
-Trastornos funcionales	-Trastorno por estrés postraumático	-Mortinatalidad
-Síndromes de colon irritable o malestares gastrointestinales	-Tabaquismo	-Ingreso tardío en los servicios de atención prenatal
-Fibromialgia	-Autoagresión	-Trabajo de parto y partos prematuros
-Dolor crónico	-Comportamientos sexuales peligrosos	

3.6. La violencia en la pareja y su afectación en la salud mental

La violencia de pareja afecta la salud mental (OMS, 2013), la investigación sobre esta relación ha sido amplia, buscando identificar de que forma una influye en la otra, los niveles y tipos de afectación, además de lo relacionado con el tipo de violencia experimentada, algunos de estos estudios se resumen en la Tabla 3, pues existe una gran cantidad de estudios más, e incluso se han realizado revisiones sistemáticas y meta-análisis de los estudios de cohorte sobre la relación entre violencia de pareja y salud mental (Bacchus, Ranganathan, Watts, & Devries, 2018; Dillon, Hussain, Loxton, & Rahman, 2012).

El estudio realizado por Raya et al., en 2004, habla de la afectación en la salud física y psíquica directamente asociada con la violencia domestica que las mujeres han vivido, y concluye que la violencia física no es la única que existe, y que el maltrato en general se asocia con una mala salud física y psíquica. Gomes y Ferreira (2018) afirman que todos los tipos de violencia se asocian con los trastornos mentales.

Además existen estudios que concluyen que la violencia de pareja, especialmente la psicológica, sexual y física, en ese orden, tienen una mayor asociación con la probabilidad de presentar episodios depresivos mayores en mujeres (Esie, Osypuk, Schuler, & Bates, 2019), junto con el estudio de Méndez, García, Jaenes y Peñaloza (2014), señalan que la violencia física, económica y las humillaciones/devaluaciones

se asocian directamente con la depresión, pero este último señala que en los hombres también se encuentra esta asociación, aunque concuerda con más altos niveles de depresión en mujeres. Un estudio más sobre la violencia y la depresión es el de Lovestad, Love, Vaez y Krantz (2017), quienes se apegaron a los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales para la evaluación de la depresión.

Otro estudio importante es el realizado por Ruiz y Plazaola, en 2005, pues ellos señalan que es de suma importancia que se indague la presencia de violencia psicológica, y no solo la violencia sexual y física, ya que se podría actuar desde los primeros indicios de agresiones verbales o devaluaciones de parte de la pareja, para evitar la afectación en la salud mental. En este mismo sentido, el estudio de Meekers, Pallin y Hutchinson (2013), concluyen que es necesario que en la atención a personas que han vivido violencia, se examine tanto la violencia física como la psicológica para predecir problemas de salud mental, ya que se afirma que la violencia física y psicológica se presentan al mismo tiempo.

Como se mencionó anteriormente la violencia tiene un alto impacto en la salud mental de las personas que reciben violencia, algunos estudios han reportado que aspectos como la depresión y la ansiedad tienen más probabilidades de presentarse en mujeres que han sido violentadas por sus parejas, y además el estudio realizado por Lown & Vega, en 2001 demostró la relación de la violencia de pareja con los síntomas somáticos, concluyendo que la violencia física y sexual se asociaron con una peor salud y con la presencia de síntomas somáticos.

A pesar de conocer que existe una afectación en la salud, la mayoría de los estudios están enfocados a mujeres, dejando a un lado el problema que existe en la violencia hacia los hombres, y aunque existe la posibilidad de que en los hombres violentados también exista afectación en la salud mental, no se conoce el grado o el tipo.

Tabla 3

Estudios sobre la violencia de pareja y la salud mental

Autor y Muestra año	Tipo de estudio	Variables	Instrumentos de medición	Principales hallazgos
Raya et al., 2004. N= 425 mujeres	Estudio transversal Correlacional	-Maltrato (físico, psíquico, sexual) -Salud física -Salud psíquica -Salud autopercebida	-6 preguntas basadas en el Estudio Multicéntrico de la OMS sobre la Salud de las Mujeres y la Violencia Doméstica contra las Mujeres -3 Indicadores de salud física -Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12)	-El maltrato global se asocia con una peor salud psíquica y una peor salud autopercebida. -Las lesiones físicas no son la única «prueba» de la existencia de violencia doméstica.
Méndez, García, Jaenes y Peñaloza, 2014. N= 150 hombres N= 192 mujeres	Correlacional	-Violencia de pareja -Síntomatología depresiva	-Escala de Violencia en la Pareja de Cienfuegos y Díaz-Loving, 2010. -Escala de Depresión del Centro de Estudio Epidemiológicos CES-D-R de González, Jiménez, Ramos y Wagner, 2008.	-Las mujeres presentaron más sintomatología depresiva que los hombres. -Las mujeres reportan más violencia física, violencia económica, intimidación y humillación/devaluación que los hombres. -La violencia percibida influye de manera positiva en la aparición de sintomatología depresiva.
Ruiz & Plazaola, 2005 N= 1402 mujeres	Correlacional	-Violencia de pareja -Salud mental (uso de sustancias, Trastorno psicológico y autopercepción del estado de salud)	-Cuestionario sobre abuso físico, psicológico y sexual -12 Ítems del Cuestionario General de Salud	-Los diferentes tipos de violencia de pareja pueden afectar la salud mental. -Resalta la necesidad de que se examine la violencia psicológica tanto como la física y la sexual.
Gomes & Ferreira, 2018 N= 369 mujeres	Correlacional	-Violencia de pareja	-Cuestionario de autoinforme -Escala táctica de conflicto	-Los tipos de violencia de pareja están íntimamente asociados con los dominios de

Lovestad, Love, Vaez y Krantz, 2017	N= 573 mujeres	Correlacional	<ul style="list-style-type: none"> -Dominios de trastornos mentales comunes -Violencia de pareja -Sintomatología depresiva -Control de comportamiento 	<ul style="list-style-type: none"> -Instrumento de violencia contra la mujer (VAWI, por sus siglas en ingles) de la OMS -Síntomas autoinformados que definen la depresión en el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales - Escala de comportamiento de control (CBS). 	<p>los trastornos mentales comunes en las mujeres.</p> <p>-La violencia física y sexual se asocia con los síntomas de depresión autoinformados por las mujeres.</p>
Meekers, Pallin y Hutchinson , 2013	N= 10119 mujeres	Correlacional	<ul style="list-style-type: none"> -Violencia de pareja, física, psicológica y sexual -Salud mental (Síntomas de depresión, ansiedad, convulsiones psicógenas no epilépticas y trastornos psicóticos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Cuestionario de autoinforme 20 (SRQ-20) -Herramienta de evaluación de la salud mental desarrollada por la OMS 	<p>-Necesidad de servicios de salud mental para las víctimas de violencia de pareja.</p> <p>- Debido a que la violencia física y psicológica se experimentan al mismo tiempo, se recomienda que al tratar a las víctimas de la violencia física de pareja también se examinen para detectar síntomas de posibles problemas de salud mental</p>
Lown y Vega, 2001	N= 1155 mujeres	Correlacional	<ul style="list-style-type: none"> -Violencia de pareja - Salud autoevaluada, salud crónica y Síntomas somáticos 	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI) para los síntomas somáticos basada en el DSM-III-R, creada por la OMS. 	<p>-Las mujeres que reportaron violencia física y sexual de pareja fueron más propensas a reportar una peor salud y más síntomas somáticos.</p>

Capítulo 4. Salud mental

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, supera el estrés normal de la vida cotidiana, materializa su potencial y trabaja de forma productiva, además contribuye a que las personas realicen aportaciones a su comunidad (OMS, 2013).

La salud mental en México tiene un menor grado de atención, las instituciones de primer y segundo nivel en el país están enfocadas en la salud física, y en ellas se designa una pequeña área a la salud mental (Departamentos de psiquiatría y psicología). Como comenta la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018c), son cinco los principales obstáculos para la disponibilidad de servicios de salud mental: 1) la no inclusión de la atención de salud mental en los programas de salud pública y las consiguientes consecuencias desde el punto de vista de la financiación; 2) la actual organización de los servicios de salud mental; 3) la falta de integración de la salud mental en la atención primaria; 4) la escasez de recursos humanos para la atención de salud mental; y 5) la falta de iniciativa en el terreno de la salud mental pública. Debido a esto en general los países de ingresos bajos y medios, tienen poca distribución de profesionales competentes en atención de salud mental.

Sucede algo similar con el pensamiento de la sociedad sobre la salud mental, quienes suelen considerar que los problemas emocionales o psicológicos no tienen la misma importancia que la salud física, para algunas personas incluso, no representan un problema de salud, por tanto, se descuida por completo la presencia de síntomas psicológicos y posibles trastornos mentales, así como su influencia en enfermedades físicas. Esta desatención a la problemática en salud mental puede estar relacionada con la presencia o severidad de ciertas enfermedades, por la relación que tiene la salud física y la mental. Además la ignorancia y estigmatización que rodea a las enfermedades mentales está muy extendida, y a pesar de disponer de tratamientos eficaces, sigue existiendo la creencia de que no es posible tratar los trastornos mentales, o de que las personas que los padecen son difíciles, poco inteligentes o incapaces de tomar decisiones. Esa estigmatización puede dar lugar a malos tratos, rechazo y aislamiento dentro y fuera de las instituciones de salud, y privar a las personas afectadas de atención médica y apoyo de la sociedad que las rodea (OMS, 2018).

Aunado a esto, en México tampoco se ha observado una adecuada cultura de prevención, ni atención primaria de las problemáticas, y como resultado, existe alta demanda de atención médica especializada de enfermedades físicas relacionadas de alguna manera con la salud mental (Luzoro, 1992).

4.1. Atención pública de la salud mental: Panorama actual en México

Según datos expuestos por la OMS (2018c), del presupuesto de salud en México, sólo se destina alrededor del 2% a la salud mental, cuando lo que se recomienda es que se invierta entre el 5 y el 10%, además, el 80% del gasto en salud mental se emplea para mantener hospitales psiquiátricos, mientras que se destina muy poco a detección, prevención y rehabilitación. Mientras que el costo de los problemas de salud mental se calcula entre el 2.5 y el 4.5% del PIB anual para algunos países. Otro dato relevante de la salud mental es que en México el 17% de las personas presenta al menos un trastorno mental y una de cada cuatro lo padecerá como mínimo una vez en su vida y actualmente, de las personas afectadas, sólo una de cada cinco recibe tratamiento.

Los trastornos mentales afectan el sistema nervioso y se manifiestan en el comportamiento, las emociones y en procesos cognitivos como la memoria y la percepción. Además, afectan la salud física y pueden limitar considerablemente la calidad de vida de quienes los padecen y de sus familias. El estigma y la discriminación que sufren los enfermos mentales y sus familias pueden impedir que recurran a los servicios de salud apropiados. Existen grupos vulnerables con un mayor riesgo de presentar trastornos mentales, entre ellos adultos en plenitud o migrantes y las familias en situación de violencia. Las víctimas de violencia y abuso son más propensas a desarrollar depresión, estrés post-traumático, drogadicción y trastorno de ansiedad (OMS, 2018c).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Mental, un 18% de la población urbana en edad productiva (15- 64 años de edad) sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia. Se ha documentado que entre el 1 y 2% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios consumados tiene una tendencia al alza. Los trastornos mentales son el principal factor de riesgo para suicidio y otro tipo de lesiones auto infligidas como cortaduras, quemaduras, heridas e intoxicaciones (INEGI, 2015).

Como lo comentan los organismos gubernamentales en México:

Los trastornos mentales con frecuencia arrastran a los individuos y las familias a la pobreza y desintegración por el costo de los tratamientos y el acceso a los servicios, que muchas veces no están disponibles en todas las ciudades, además muchos de estos servicios no cuentan con los profesionales suficientes, y en otros casos los centros de atención carecen de redes con mayor nivel de especialización (Secretaría de salud, 2014, pp. 29, versión electrónica).

Por esto mismo es necesario que las instituciones de gobierno se hagan cargo de mejorar todo lo relacionado con la atención pública de la salud mental, una de las propuestas, fue la implementación del Modelo Miguel Hidalgo; dicho modelo planteó un cambio en el concepto de atención a las personas con enfermedad mental, contemplando la creación de nuevas estructuras basadas en el derecho a recibir una atención especializada con calidad y calidez, así como en el respeto a los derechos de los usuarios y usuarias (Secretaría de salud, 2014).

4.2. Modelos teóricos

El estudio de la mente se remonta a los antiguos griegos, desde entonces se nombraba y estudiaba la “psique” o alma. Los paradigmas dentro del estudio de la salud mental son abundantes, y varían en su análisis, aunque todos intentan llegarán al punto de la explicación de la patología. Los modelos han conceptualizado la mente, y postulado aplicaciones prácticas y terapéuticas útiles en el campo de la salud mental. Algunos de estos modelos son; el conductismo, el psicoanálisis, el psiquiátrico y antipsiquiátrico (es decir, antimodelo), el cognitivo, las neurociencias, el sistémico, la filosofía de la mente, entre otros. Dentro del estudio científico se ha concebido un acuerdo general para que los modelos teóricos sean considerados como tales, estos deben tener; objetividad, fiabilidad, ser susceptibles de verificación experimental y por último, que tengan aplicabilidad operativa en la clínica (Capellá, 2001).

Sin embargo, algunos otros postulados para modelos en salud mental, no han cumplido del todo con el requerimiento científico. Tres ejemplos del rumbo que han tomado estas aproximaciones al estudio de la mente son; 1) que lo mental sea ligado a una naturaleza espiritual intangible e inmaterial, que lleva a conjeturas imposibles

de verificar; 2) que la mente sea llevada al terreno de la subjetividad y se hagan concepciones éticas, religiosas, morales, etc.; y 3) que hoy en día no existe consenso entre los modelos, ya que cada uno explica a partir de bases teóricas distintas.

Debido a la falta de consenso en los modelos, el debate puede ser amplio y prolongado. Por el momento es posible mencionar concepciones sobre la salud mental, aportadas por la psicología social, que nos darán una guía sobre el tema en estudio (sin autor, 2018):

- La salud mental considerada como la ausencia de enfermedad, de lo cual se derivan los criterios diagnósticos, con la presencia o ausencia de síntomas.
- La salud mental como bienestar físico y emocional, donde se espera un equilibrio entre los afectos positivos y negativos.
- La salud mental como calidad de vida, Incluye los aspectos objetivos y subjetivos de la satisfacción con la vida, así como los aspectos sociales, físicos y psicológicos.
- La salud mental como presencia de atributos individuales positivos, determinada por el éxito logrado en distintas áreas de la vida, como las relaciones interpersonales y el trabajo.

Los modelos teóricos que explican la influencia de diferentes factores en la salud mental, están orientados a la explicación de la patología mental, pero también aportan conocimiento para la prevención y atención de tales problemas de salud mental y de los trastornos mentales (Capellá, 2001; Oblitas, 2008; Morales, 1999).

- Las teorías sociológicas se centran en la influencia del medio ambiente físico y social en la salud mental. Aporta a la metodología a partir de la epidemiología, estudiando la distribución de enfermedades mentales y su relación con factores sociales y culturales. Otro aporte, son los estudios ecológicos enfocados en la prevención y la provisión de asistencia en las comunidades.
- Las teorías psicológicas asumen que la enfermedad mental puede explicarse a partir de fenómenos psicológicos, algunos enfoques son el psicoanálisis, la fenomenología y la psicología experimental.

- Las teorías biológicas se centran en la influencia de las alteraciones biológicas como determinantes de trastornos mentales, su metodología procede de las neurociencias y algunos campos son la genética, la neuroimagen, la exploración de signos físicos y la bioquímica.
- Otra teoría es la biopsicosocial, propuesta por Engel en 1977, que explica que en el proceso salud-enfermedad están presentes tanto los factores biológicos, como los psicológicos y los sociales.

4.3. Prevención

La Organización Mundial de la Salud indica que las intervenciones de salud pública y los programas sociales permiten promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales y de la conducta. La Dra. Catherine Le Galès-Camus, Subdirectora General de la OMS para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental comenta lo siguiente respecto a la importancia de la prevención:

Teniendo en cuenta que los trastornos mentales son la causa de una parte importante y cada vez mayor de la carga total de morbilidad y que el tratamiento de esos trastornos tiene muchas limitaciones, la prevención es la alternativa más eficaz para controlar ese problema en aumento. Lamentablemente, los planificadores y los profesionales de la salud suelen estar demasiado preocupados por los problemas inmediatos de quienes ya sufren una enfermedad para poder prestar atención a las necesidades de los que parecen estar 'bien'. Es necesario intervenir antes, cuando las personas aún no han desarrollado el problema. La sólida evidencia aportada por (...) informes avala el funcionamiento de la prevención de los trastornos mentales y la promoción de la salud mental en nuestros sistemas de salud (OMS, 2018c).

Por poner algunos ejemplos del papel de la prevención y la promoción de la salud mental, la OMS expone que los programas psicosociales en las escuelas pueden reducir la prevalencia de los trastornos de la conducta y los relacionados con el abuso

de sustancias; o un apoyo social y económico oportuno también previene problemas mentales y psicológicos en las comunidades expuestas a conflictos y desastres; además la pronta identificación de los trastornos mentales graves permite instaurar un tratamiento más eficaz y completo; otros factores que pueden mejorar la salud mental de las poblaciones es la mejora de la nutrición, el mayor acceso a la educación, el cuidado de la calidad del ambiente y la vivienda, y el fortalecimiento de las redes comunitarias.

Actualmente los profesionales de la salud mental y las instituciones de este sector, están enfocadas en la atención de las patologías, y han dejado a un lado la importancia de la prevención y la promoción de la salud, como pasa en otros sectores de salud, aunque es más relevante la poca promoción y prevención de la salud mental, ya que en general, la población desconoce sobre lo relacionado con la salud mental, y por ejemplo, asumen que no hay nada que pueda prevenir la presencia de enfermedades mentales, y que el tratamiento que se les da, en la mayoría de las ocasiones no es eficaz. Estos mitos entorno a la salud mental, también son responsabilidad de las autoridades, pues es cierto que, en nuestro país, la atención a la salud mental no ha sido las más adecuada. Sin embargo, es responsabilidades de los profesionales en salud proporcionar la información sobre la importancia de realizar acciones en promoción y prevención de problemas en salud mental, así como de los profesionales en salud mental de actualizarse en todos estos temas.

4.4. Factores sociales relacionados con la salud mental

A partir de la teoría biopsicosocial de la salud mental, los factores sociales, culturales y del ambiente también pueden influir en la salud mental, algunos de estos factores que podrían estar relacionados con la salud mental son la satisfacción marital y la violencia, se han observado ya algunos fenómenos que explican la relaciones entre estos factores, en principio, es decir que, la violencia de pareja influye en una relación de pareja insatisfactoria, o viceversa, una relación de pareja satisfactoria no presenta elementos de violencia. Además de esta relación, la influencia en la presencia de ansiedad y depresión pueden ser un importante aporte al estudio de la salud mental.

4.5. Síntomas somáticos

La somatización es entendida como la presencia de síntomas o malestares físicos múltiples y persistentes, de los que no se encuentra un origen orgánico o una explicación médica y que perjudican la salud (González, Landero, & García-Campayo, 2009; Creed et al., 2012). Actualmente las personas experimentan y expresan malestares muy frecuentemente, algunas reportan síntomas de tipo ansioso, y también se ha ocupado el término “estrés” de forma común, para englobar un malestar, aunque este se origina en cualquier esfera de la vida, y no sólo dependa del aspecto biológico, por tanto, no existe un claro diagnóstico médico.

Para otros, la somatización se explica cómo el guardar una emoción en una parte del cuerpo, a lo que llamamos síntoma, y esto se confunde con la expresión de una enfermedad. El cuerpo tiene memoria de lo que sucede con la represión, la contención, el apego o la rabia no expresada, y toda esta información puede quedar guardada en forma de dolor no expresado, así que, lo que está relacionado con el aspecto emocional, ya sean sentimientos o palabras, que una persona experimenta pero que no exterioriza se convierte en un síntoma. Una mujer, por ejemplo, que no le dice o no le demuestra su molestia (que para ella tiene suma importancia) a su pareja, puede guardar este sentimiento, que por consecuencia se representará como un dolor corporal o un padecimiento, la mujer podrá ser consciente, o no de la relación que existe entre estos dos fenómenos, y tal vez intente buscar una explicación médica, aunque ésta no exista (Sanz-Carrillo, Arévalo, & García-Campayo, s. f.). Así mismo Freud (en Brannon & Feist, 2006) afirmó que existen factores psicológicos inconscientes implicados en el desarrollo de síntomas de carácter físico.

4.5.1. Diagnóstico en atención primaria y diagnóstico diferencial de enfermedades físicas

Los médicos generales son el primer contacto de las personas que presentan algún problema de salud mental, o trastorno mental, por tanto, el rol que tienen en la detección, prevención y tratamiento de los trastornos mentales es muy importante. Estos profesionistas de la salud necesitan estar capacitados en todo lo posible relacionado con la salud mental, ya que actualmente la prevalencia de estos trastornos es muy alta, e incluso los pacientes que los padecen constituyen una parte

desproporcionadamente grande de la carga de trabajo de los médicos y, a menudo, se consideran difíciles de tratar. El diagnóstico de estos trastornos también es una cuestión difícil, sobre todo en la atención primaria, ya que no se utilizan en este nivel de atención instrumentos especializados en el diagnóstico, como los utilizan los profesionistas en salud mental, los cuales se basan en las categorías del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), quienes tienen además el compromiso de actualizarse, y utilizar las últimas versiones, en este caso DSM 5, publicado en 2014 y el CIE 11, publicado en 2018 (APA, 2014; Hanel et al., 2009; OMS, 2018a), debido a esto, el diferenciar los trastornos mentales de otras enfermedades, genera complicaciones en todos los ámbitos; para los pacientes quienes no tienen un diagnóstico adecuado, y por lo tanto, su tratamiento no es el pertinente; para las instituciones de salud, pues el diagnóstico inadecuado provoca mayor demanda de atención general, pues los pacientes siguen presentando molestias que no están siendo tratadas, aun teniendo la atención especializada en trastornos mentales, pero sin que los pacientes que lo necesitan puedan llegar a recibirla; y para los médicos generales quienes no saben exactamente como dar la mejor atención a los pacientes.

4.5.2. Presencia de síntomas somáticos en conjunto con ansiedad y depresión

Los síntomas somáticos, la ansiedad y la depresión son los desórdenes mentales más comunes en atención primaria (Hanel et al., 2009). Aunque algunos autores consideran difícil diferenciar claramente los síntomas somáticos, a pesar de que el estudio de este tema tiene un largo tiempo, algunos afirman que su medición no es confiable (Creed et al., 2012), sin embargo, los estudios más actuales la han considerado dentro de la clasificación de los trastornos somatomorfos, y resalta la importancia de los factores psicológicos y físicos en el desarrollo de los síntomas somáticos (APA, 2014). Los síntomas somáticos tienen una explicación biopsicosocial, pues su presencia está asociada con el ambiente cultural y social que rodea a la persona (Creed et al., 2012). Los trastornos de ansiedad y depresivos suelen aparecer juntos y las evidencias sobre su relación ya han sido expuestas, pero es necesario averiguar la existencia de comorbilidad entre los trastornos depresivos,

de ansiedad y la somatización que ha sido puesta de manifiesto en estudios anteriores (Gorosabel, 2013).

4.6. Ansiedad

La ansiedad se define 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 que la presenta difícilmente puede controlar la emoción y se caracteriza por una preocupación o inquietud excesiva sobre situaciones de las que desconoce el resultado (Martínez, 2018).

La ansiedad como la define 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.

Existe una diferencia entre presentar síntomas de ansiedad y presentar un Trastorno de ansiedad, y esta radica en la valoración real o irreal de la amenaza y en la duración e intensidad (Silva, Hernández, Jiménez, & Alvarado, 2016), además de las características mencionadas por Beck, que diferencian la ansiedad natural frente a los estímulos de la vida cotidiana y la ansiedad clínica:

- **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.
- **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 u otras reacción con niveles exagerados de ansiedad que pongan en riesgo su vida, afectando directamente la vida social cotidiana o la vida laboral.
- **Persistencia:** La ansiedad se experimenta incluso al solo pensar en la amenaza potencial, por lo que es posible que la ansiedad se experimente la mayoría del tiempo, durante largos periodos.

- Falsas alarmas: Se hacen presentes crisis de angustia espontáneas e intensas sin un estímulo o amenaza aparente.
- Hipersensibilidad a los estímulos: Se percibe como amenazantes una cantidad más amplia de estímulos, además de que la respuesta de ansiedad es exagerada en comparación con el nivel del estímulo.

Las características descritas por Beck para la ansiedad, coinciden con los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales para un Trastorno de Ansiedad Generalizada, a continuación se describe brevemente los criterios del manual (APA, 2014):

- A. Ansiedad y preocupación excesiva, que se produce la mayoría del tiempo, por lo menos seis meses, en diversas situaciones (como en actividades escolares/laborales o sociales)
- B. Dificultad para controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres o más de los siguientes síntomas:
 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 2. Fatigado.
 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 4. Irritabilidad.
 5. Tensión muscular.
 6. Problemas de sueño.
- D. La ansiedad, preocupación o síntomas físicos causan malestar significativo y deterioro en lo social, laboral u otras áreas.
- E. No se puede atribuir a los efectos del consumo de una sustancia u afección médica.
- F. No se explica mejor por otro trastorno mental.

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; Sánchez, Carreño, Espíndola, & Anzures, 2007; Silva et al., 2016).

Beck (en Martínez, 2012) clasifica los síntomas de la ansiedad como se describe a continuación:

- Cognitivos: síntomas relacionados con la percepción, los pensamientos, y una concepción irreal, poco objetiva, del entorno, además de una dificultad para concentrarse, e incluso confusión. Existe una hipervigilancia ante ciertas situaciones que se evalúan negativas y amenazantes.
- Emocionales: Estados de irritabilidad, inquietud, impaciencia, nerviosismo, tensión, angustia, temor, agitación y frustración.
- Conductuales: Se reflejan en la hiperactividad o la inhibición de una conducta, la respuesta puede ser inmovilidad tónica o la huida, otras alteraciones son la mala coordinación, alteración en el habla, muecas o movimientos persistentes de las manos o piernas.
- Fisiológicos: Se da a partir de la respuesta del organismo ante el peligro, con la intención de protegerse, algunos de los síntomas son palpitaciones, aumento o disminución de la presión sanguínea, desmayos, mareos, dificultad para respirar, o respiración agitada, sensación de opresión en el pecho, jadeos, sofocación, sequedad en la boca, sudoración y escalofríos. Además se pueden presentar problemas musculares como adormecimiento o temblor en las extremidades, músculos tensos, rigidez o debilidad, espasmos, y después de largos periodos de ansiedad puede presentarse pérdida de apetito o repulsión a la comida, molestias intestinales o estomacales.

4.6.1. Prevalencia de la ansiedad

Los estudios de epidemiología de este trastorno, son complicados y escasos, pues en ocasiones se mezcla el criterio diagnóstico y conceptual de la ansiedad, cuando las clasificaciones de los trastornos mentales como el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, define un conjunto de trastornos de ansiedad, incluyendo las fobias y la ansiedad social (APA, 2014), haciendo que los estudios no

sean claros en los resultados de prevalencia de este trastorno. Aun así, tenemos algunos datos relevantes sobre la ansiedad: Los trastornos de ansiedad, tienen una prevalencia anual de 6.8% (Wagner, González, Sánchez, García, & Gallo, 2012). Es uno de los trastornos mentales más frecuentes, después de la depresión, y las adicciones, en México. También se considera 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 para mejorar el tratamiento que se brinda a los pacientes (OMS, 2018).

4.7. Depresión

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). Diversos factores se involucran ante la presencia de síntomas depresivos, uno de ellos es la percepción y ejercicio de la violencia en las relaciones de pareja.

Aunque existen pocas investigaciones que expliquen la forma en que diversos factores psicológicos y conductuales interactúan entre sí para influir en el curso, la progresión y la severidad de determinadas enfermedades, se conoce de acuerdo a Campbell (2002), que la relación de hecho existe, por lo que es necesaria más investigación que amplíe el conocimiento en cuanto a fenómenos psicológicos con relación a la salud (Campbell, 2002; Kaplan, 1985). El estudio de los todos los factores relacionados con la depresión es muy amplio, y sigue aumentando, según la Organización Mundial de la Salud, la depresión es uno de los trastornos mentales más frecuentes y que más discapacidad provoca en el mundo, por lo que la investigación aporta conocimiento para prevenir esta problemática. La enfermedad es un elemento complejo, que no depende de un solo factor patógeno, por lo que se puede considerar la posibilidad de identificar que algunos problemas en la relación de pareja como lo son la insatisfacción marital y la violencia de pareja sean factores

involucrados en la presencia de síntomas somáticos, ansiedad o depresión (Cohen, 1979).

Algunos de los factores causales y teorías propuestas que ya se han determinado a partir de la investigación de la depresión, son (Redondo, 2015):

- 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 sujetos 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.
- Por último, la Teoría de Beck, es la más aceptada para el entendimiento de la depresión, esta propone que son los pensamientos negativos, la parte más importante de la depresión, su 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, están afectados, son inadecuados e irracionales; y 3) Los errores cognitivos, que se refiere a un procesamiento sesgado de la información (Beck, 2002).

4.7.1. Estadísticas: Depresión como problema de salud pública

La depresión, es un problema grave de salud pública, la Organización Mundial de Salud (OMS, 2018b) refiere que aproximadamente 350 millones de personas, de todas las edades, ingresos y nacionalidades sufren depresión. En México afecta entre

el 12% y 20% de personas adultas entre 18 y 65 años de edad (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). La Encuesta Nacional de Comorbilidad en México de 2002 (en Wagner et al., 2012) con adultos permitió estimar 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%) padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año (6.1%). Se encontró que el sexo, la edad y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión (Wagner et al., 2012). 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. Mientras que en México la prevalencia de depresión en adultos en el año anterior a la aplicación de la encuesta fue de 4.5%), con importantes diferencias entre sexos, grupos de edad y, en el caso de los hombres, lugar de residencia. En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es de 5.8%. La cifra correspondiente en los hombres es de 2.5% (Bello, Puentes-Rosas, Medina-Mora, & Lozano, 2005).

4.7.2. 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 hipersomnia 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.

Mientras que para un Trastorno depresivo persistente o distimia, el manual señala prácticamente los mismo criterios diagnósticos, pero con la diferencia de que estos deben estar presentes durante un mínimo de dos años, y los síntomas solo han estado ausente no más de dos meses seguidos.

Método

Planteamiento del problema

Justificación

Según datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI, 2014), en la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica [ENADID], que realizó en 2014, en el país 42.3% de la población mayor de 15 años, se encuentra casada y el 16.4% se encuentra en unión libre, lo que representaría que aproximadamente seis de cada diez personas se encuentran en una relación de pareja, en cohabitación.

La relación de pareja tiene influencia en todos los aspectos de la vida; personal, social, laboral y un claro ejemplo es, en el ámbito de la salud. Cuando una persona se siente apoyada por su pareja, o percibe estabilidad en su relación y se siente satisfecha, esto se puede convertir en un factor protector, ya sea para prevenir el desarrollo de enfermedades, físicas o psicológicas, o para que esa persona tenga un mayor cuidado de su salud, un estilo de vida más saludable, o una disminución en la percepción del dolor (Brannon & Feist, 2006; Engel, 1977).

Por el contrario, cuando se vive en una relación de violencia, se puede ver afectada directamente la salud. Se conoce que el 43.9% de las mujeres ha vivido violencia de pareja, según datos del INEGI (2016), en la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares [ENDIREH]. Mientras que, la violencia de la esposa o pareja hacia los hombres tiene menor prevalencia, pero de igual manera tiene consecuencias emocionales.

La violencia física, pueda llegar a requerir atención médica de emergencia o urgencia, pero todos los tipos de violencia, pueden provocar afectación en la salud mental, particularmente en la presencia de síntomas somáticos, los cuales se observan reportados con mucha frecuencia en los niveles primarios de atención médica y que en ocasiones se confunden con síntomas de algún diagnóstico médico, y al mismo tiempo tienen alta comorbilidad con la ansiedad y la depresión (Cienfuegos, 2010).

La violencia de pareja parece tener una relación con la satisfacción marital, ésta última se refiere a la percepción y actitud que una persona tiene sobre su relación de pareja. En conjunto, la violencia y la satisfacción marital pueden provocar diversas afectaciones, y de varios tipos (Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010) un problema de violencia física extrema que puede terminar con la vida de la víctima o llevar a la

separación definitiva de la pareja y que esto cause en alguna o ambas personas un Trastorno de depresión mayor (IMJ, 2008).

Obtener más información sobre esta problemática permitirá tener claridad para brindar mejores formas de atenderla en el ámbito psicológico, y también que el personal de salud, puede prevenir, conociendo que la población que expresa insatisfacción marital y/o violencia en la relación de pareja, posiblemente tenga algún tipo de consecuencia en su salud mental, considerando su relación e influencia en la presencia de síntomas somáticos, ansiedad y depresión.

A pesar de que la violencia de pareja es un fenómeno observado en mayoría de casos, hacia las mujeres, queda claro que sucede también hacia los hombres, o incluso puede llegar a ser simétrica, por lo que obtener las prevalencias de la violencia recibida por hombres y mujeres, ayudará a visualizar las dimensiones de esta problemática. La epidemiología sobre salud mental en México lamentablemente no ha sido una de las prioridades de la investigación, aunque el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, a cargo de la Doctora María Elena Medina-Mora han sido los pioneros en establecer los mejores datos sobre trastornos mentales (Medina-Mora, Borges, Benjet, Lara, & Berglund, 2007), parece importante aportar las prevalencias de cualquier variable que se investigue, como en este caso la ansiedad y la depresión.

A demás es importante indicar 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 insatisfacción marital y a la violencia de pareja. Es preciso analizar el papel predictor de ambas variables sobre la salud mental tanto en hombres como en mujeres.

Es necesario reconocer que los adultos, tanto hombres y mujeres padecen problemas de salud mental, en donde se encuentra a la ansiedad y a la depresión con altos índices de prevalencia, y considerar que en parte, estos pueden derivarse de la dinámica e interacción de pareja, siendo esta una parte fundamental de sus vidas.

Pregunta de investigación

¿Cuál es el papel predictor de la satisfacción marital y la violencia de pareja en la salud mental (síntomas somáticos, ansiedad y depresión), en hombres y mujeres que se encuentran en cohabitación?

Objetivo general

Indagar el papel predictivo de la satisfacción marital y la violencia de pareja en la salud mental (presencia de síntomas somáticos, ansiedad y depresión), en hombres y mujeres que se encuentren en cohabitación.

Objetivos específicos

- Cuantificar la prevalencia de la violencia de pareja en hombres y mujeres.
- Cuantificar la prevalencia de la Ansiedad Estado-Rasgo en hombres y mujeres.
- Cuantificar la prevalencia de la Depresión en hombres y mujeres.
- Conocer si existe relación entre la satisfacción marital y la violencia de pareja, en hombres y mujeres.
- Conocer si existe relación entre la satisfacción marital y la salud mental (síntomas somáticos, ansiedad y depresión) en hombres y mujeres.
- Conocer si existe relación entre la violencia de pareja y la salud mental (síntomas somáticos, ansiedad y depresión) en hombres y mujeres.

A continuación se presenta el Modelo teórico a comprobar:

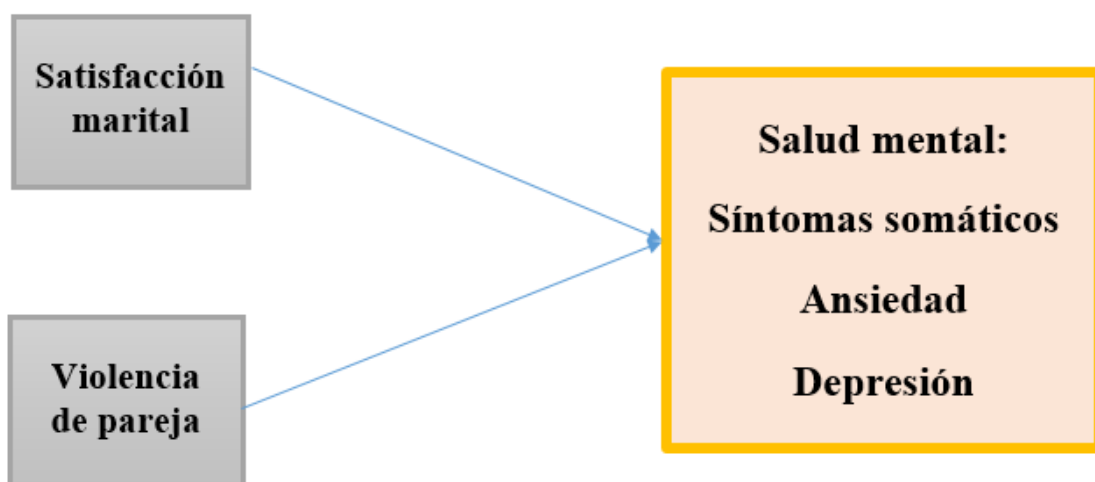


Figura 1. *Modelo teórico de la salud mental*

Hipótesis conceptuales

Relación entre la satisfacción marital y la violencia de pareja

Encontrarse en una relación donde exista violencia disminuye el grado de satisfacción marital que perciba la persona que experimenta la violencia, esta asociación también puede darse en sentido inverso, pues encontrarse en una relación de pareja insatisfactoria podría llevar a un ambiente de violencia. La asociación será negativa, es decir que mientras el nivel de violencia incrementa el nivel de satisfacción marital decrementa y viceversa. (Cáceres, 2001; Cienfuegos, 2004; Oropeza, 2011).

Relación entre la satisfacción marital y la salud mental (síntomas somáticos, ansiedad y depresión)

Las personas que se sienten satisfechos con su relación de pareja, así como todo lo que tiene que ver con la pareja llevarán a mantener y predecir salud mental, es decir que cuando las personas perciben una relación estable, feliz y/o satisfactoria esto será un factor protector para desarrollar trastornos de ansiedad o depresión, así como fomentará un mejor cuidado de su salud. (Bastida et al., 2017; Brannon & Feist, 2006; Engel, 1977; Perveen, et al., 2017; Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2004).

Relación entre la violencia de pareja y la salud mental (síntomas somáticos, ansiedad y depresión)

Encontrarse expuesto a violencia de pareja, ya sea física o psicológica, incrementa la incidencia y severidad de síntomas de ansiedad y mayormente los de depresión, en general en afectaciones en la salud mental, en hombres y mujeres (Bacchus et al., 2018; Coker et al., 2002; Lown & Vega, 2001; Pico-Alfonso et al., 2006; Ruiz & Plazaola, 2005).

Hipótesis estadísticas

Correlaciones

Satisfacción marital y violencia de pareja

H_0 = No existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción marital y la violencia de pareja, en hombres y mujeres.

H_1 = Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción marital y la violencia de pareja, en hombres y mujeres.

Satisfacción marital y síntomas somáticos

H_0 = No existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción marital y los síntomas somáticos, en hombres y mujeres.

H_1 = Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción marital y los síntomas somáticos, en hombres y mujeres.

Satisfacción marital y ansiedad

H_0 = No existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción marital y la ansiedad, en hombres y mujeres.

H_1 = Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción marital y la ansiedad, en hombres y mujeres.

Satisfacción marital y depresión

H_0 = No existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción marital y la depresión, en hombres y mujeres.

H_1 = Existe una relación estadísticamente significativa entre la satisfacción marital y la depresión, en hombres y mujeres.

Violencia de pareja y síntomas somáticos

H_0 = No existe una relación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja y los síntomas somáticos, en hombres y mujeres.

H_1 = Existe una relación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja y los síntomas somáticos, en hombres y mujeres.

Violencia de pareja y ansiedad

H_0 = No existe una relación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja y la ansiedad, en hombres y mujeres.

H_1 = Existe una relación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja y la ansiedad, en hombres y mujeres.

Violencia de pareja y depresión

H_0 = No existe una relación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja y la depresión, en hombres y mujeres.

H₁= Existe una relación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja y la depresión, en hombres y mujeres.

Modelos predictivos

Satisfacción marital y violencia de pareja en la salud mental

H₀= La satisfacción marital y la violencia de pareja no predicen los síntomas somáticos, en hombres y mujeres.

H₁= La satisfacción y la violencia de pareja predicen los síntomas somáticos, en hombres y mujeres.

H₀= La satisfacción marital y la violencia de pareja no predicen la Ansiedad Estado-Rasgo, en hombres y mujeres.

H₁= La satisfacción y la violencia de pareja predicen la Ansiedad Estado-Rasgo, en hombres y mujeres.

H₀= La satisfacción marital y la violencia de pareja no predicen la Depresión, en hombres y mujeres.

H₁= La satisfacción marital y la violencia de pareja no predicen la Depresión, en hombres y mujeres.

Definición conceptual y operacional de variables

Satisfacción marital

Definición conceptual: Se define la satisfacción como la actitud que se tiene hacia el cónyuge y la relación marital, donde las personas evalúan aspectos como la interacción, la expresión de afectos y los aspectos de organización entre ella y su pareja (Morales, 2008). La insatisfacción marital puede afectar diversas esferas de la vida humana (Acevedo et. al. 2007; Arias-Galicia, 2003).

Definición operacional: Se refiere a que tan satisfecha está la persona con su relación de pareja, que se midió a través de la Escala de Satisfacción Marital (Arias-Galicia, 2003).

Violencia de pareja

Definición conceptual: Se considera violencia de pareja, cuando se trata del daño que ejerce una persona hacia otra, con quien tiene una relación amorosa, ya sea que se

encuentren en una relación de noviazgo, casados o en cohabitación (Moral & López, 2014; Moral & Ramos, 2015a). Se especifican cuatro tipos principales de violencia de pareja: la violencia física, que incluye empujones, rasguños, cachetadas, puñetazos, patadas, etc. y que pueden terminar con la vida de la persona violentada; la violencia psicológica o emocional, que se refiere a insultos, humillaciones, discriminación, celos, etc., que dañan la autoestima y el equilibrio emocional; la violencia económica, que puede referirse a controlar el dinero que la otra persona gana, o recibe, o en otros casos a no proporcionarle ningún ingreso económico, además de considerar como violencia económica cuando el perpetrador destruye los bienes personales del receptor; y por último la violencia sexual, que se relaciona con imponer o coartar las relaciones sexuales (SEGOB, 2012).

Definición operacional: Se determina la frecuencia y el nivel de daño de violencia que la persona recibe de su pareja, utilizando las versiones cortas de la Escala de Violencia en la Pareja, Perpetrador/a- Receptor/a (Cienfuegos, 2014; Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010; Moral & López, 2014; Moral & Ramos, 2015a; Moral & Ramos, 2015b).

Síntomas somáticos

Definición conceptual: Un síntoma se entiende como cualquier malestar subjetivo, es decir, a lo que la persona refiere sentir o sufrir. Mientras que al hablar de “somáticos”, se hace referencia a una relación entre lo psíquico y lo físico, como, por ejemplo, a la existencia de un dolor físico real que aparece, se mantiene o se agrava por factores psicológicos. Por tanto, se entiende como síntomas somáticos a, las molestias físicas, o malestares corporales, sin una explicación médica clara, o sin que se alcance un diagnóstico médico específico (González et al., 2009).

Definición operacional: Se identifica los síntomas somáticos que la persona ha percibido alrededor de la última semana, contestando la subescala Somatización del Inventario de Síntomas de Derogatis SCL-90 (Casullo, 2004a).

Ansiedad

Definición conceptual: De acuerdo con el modelo de Spielberger, la ansiedad está constituida por dos facetas teóricamente independientes: ansiedad-estado y ansiedad-rasgo. La ansiedad como estado se refiere a una condición emocional transitoria, en la que se manifiestan tanto tensión como sentimientos subjetivos de

aprehensión que se perciben conscientemente, así como un aumento en la actividad del sistema nervioso autónomo; Mientras que la ansiedad como rasgo, tiene que ver con la personalidad, las diferencias individuales, relativamente estables, es decir, a la propensión a la ansiedad, al responder a las situaciones que se consideren amenazantes (Díaz-Guerrero & Spielberger, 1975).

Definición operacional: Se mide ansiedad como rasgo y como estado, utilizando el Inventario De Ansiedad Rasgo-Estado (Spielberger, González-Reigosa, Martínez-Urrutia, Natalicio, & Natalicio, 1971).

Depresión

Definición conceptual: La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente, y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria (OMS, 2018b).

Definición operacional: Se evalúa depresión, identificando la presencia de los principales criterios para el Trastorno de Depresión con el Inventario de Depresión de Beck, BDI II (Beck, Steer, & Brown, 1996).

Diseño

Transversal

Tipo de estudio

Correlacional, predictivo (Kerlinger, 2002).

Muestreo

No probabilístico.

Participantes

Se obtuvo la participación voluntaria, confidencial y anónima de 100 parejas de adultos heterosexuales, es decir, 100 hombres y 100 mujeres, en cohabitación de por lo menos un año, casados o en unión libre.

En la Tabla 4 se describen las características sociodemográficas, se observan los resultados totales de la muestra (N=200), así como los datos obtenidos para hombres (n=100) y mujeres (n=100). Se encontró una media de edad general de 42.28 años, con desviación estándar de 13.07. En los hombres la media de edad fue de 43.51, desviación estándar de 13.21 y en las mujeres de 41.05, con desviación estándar de 12.87. El tiempo de cohabitación que hombres y mujeres señalaron es un promedio de 17.68 años, con desviación estándar de 12.44.

En los hombres se encontró que el 38% está en un rango de edad de 36 a 50 años. El 31% tiene estudios de nivel bachillerato mientras que el 32% tiene nivel licenciatura. El 37% son operadores de maquinaria o conductores y el 25% empleado o comerciantes, mientras que se observó que en el 13% reportado como desempleados, en realidad se trata de hombres pensionados o jubilados. El 66% de ellos se encuentran casados y el 43% tienen de 1 a 14 años viviendo con sus parejas, 82% nunca se han separado, y el 73% tiene de uno a tres hijos. El 55% de los hombres no reportan haber acudido a un médico en el último año, mientras que el 44% han acudido de una a 6 veces, por diversos motivos, como citas mensuales, y atención de enfermedades crónicas e infecto contagiosas.

En las mujeres se encontró un 37% tanto en el rango de edad de 20 a 35 años como en el rango de 36 a 50 años, comprendido por la popularidad de que las mujeres son de menor edad a sus parejas estables. El nivel de estudios de las mujeres se concentró en secundaria con 31% y bachillerato con 30%. Más de la mitad de las mujeres reportaron ser amas de casa o no tener un trabajo remunerado (62%). En concordancia con lo reportado por los hombres, el 66% de las mujeres reportó estar casada, el 43% llevar viviendo con su pareja de 1 a 14 años, el 81% no haberse separado, y el 71% tener de 1 a 3 hijos. El 48% de las mujeres reportó haber asistido por lo menos una y hasta 6 veces a citas con el médico, y el 43% reportó no haber asistido ninguna vez en este último año.

Tabla 4
Características sociodemográficas de la muestra

	Total (n=200) 100%	Hombres (n=100) 50%	Mujeres (n=100) 50%
Edad	20-82 años (<i>M</i> =42.28; <i>D.E.</i> =13.07)	21-81 años (<i>M</i> =43.51; <i>D.E.</i> =13.21)	20-82 años (<i>M</i> =41.05; <i>D.E.</i> =12.87)
20-35 años	68 (34%)	31 (31%)	37 (37%)
36-50 años	75 (37.5%)	38 (38%)	37 (37%)
51-65 años	51 (25.5%)	28 (28%)	23 (23%)
66-82 años	6 (3%)	3 (3%)	3 (3%)
Escolaridad			
Primaria	20 (10%)	10 (10%)	10 (10%)
Secundaria	54 (27%)	23 (23%)	31 (31%)
Bachillerato	61 (30.5%)	31 (31%)	30 (30%)
Licenciatura	59 (29.5%)	32 (32%)	27 (27%)
Posgrados	6 (3%)	4 (4%)	2 (2%)
*Ocupación			
Directores y jefes	3 (1.5%)	3 (3%)	0 (0%)
Profesionistas y técnicos	34 (17%)	22 (22%)	12 (12%)
Comerciantes y empleados	43 (21.5%)	25 (25%)	18 (18%)
Operadores de maquinaria y conductores	45 (22.5%)	37 (37%)	8 (8%)
Desempleados	75 (37.5%)	13 (13%)	62 (62%)
Estado Civil			
Unión Libre	68 (34%)	34 (34%)	34 (34%)
Casados	132 (66%)	66 (66%)	66 (66%)
Tiempo de cohabitación	1-57 años (<i>M</i> =17.68; <i>D.E.</i> =12.44)	1-57 años (<i>M</i> =17.67; <i>D.E.</i> =12.47)	1-57 años (<i>M</i> =17.68; <i>D.E.</i> =12.47)
1-14 años	86 (43%)	43 (43%)	43 (43%)
15-29 años	80 (40%)	40 (40%)	40 (40%)
30-44 años	30 (15%)	15 (15%)	15 (15%)
45-57 años	4 (2%)	2 (2%)	2 (2%)
Separación			
Si	37 (18.5%)	18 (18%)	19 (19%)
No	163 (81.5%)	82 (82%)	81 (81%)
Número de hijos			
Ninguno	38 (19%)	19 (19%)	19 (19%)
1-3 hijos	144 (72%)	73 (73%)	71 (71%)
4-6 hijos	18 (9%)	8 (8%)	10 (10%)
Citas médicas			
Ninguna	98 (49%)	55 (55%)	43 (43%)
1-6	89 (44.5%)	41 (41%)	48 (48%)
7-12	11 (5.5%)	3 (3%)	8 (8%)
13-20	2 (1%)	1 (1%)	1 (1%)

*Nota: Para las ocupaciones se utilizó una clasificación basada en el INEGI, SINCO.

Se solicitó a las parejas, que indicaran si tenían algún diagnóstico médico, 131 participantes señalaron la ausencia de algún diagnóstico médico hasta el momento de responder, o indicaron desconocer dicha situación. En el resto de los participantes, los diagnósticos más frecuentes fueron las enfermedades crónico degenerativas, como la Diabetes y la Hipertensión arterial, problemas de salud que se presentaron en mayor proporción en adultos, y adultos mayores son quienes presentan actualmente, y en incremento, ambas enfermedades. Otras enfermedades comunes son las gastrointestinales como Colitis y Gastritis. En la siguiente tabla se presentan las 10 enfermedades que se presentaron con más frecuencia. Otras enfermedades fueron reportadas por un participante del estudio son: Hemorroides, Alopecia, Glaucoma, Piedras en el riñón y Ulcera varicosa.

Tabla 5

Diagnósticos médicos

Enfermedades	Total (n=200) 100%	Hombres (n=100) 50%	Mujeres (n=100) 50%
1. Diabetes	16 (8%)	8 (8%)	8 (8%)
2. Hipertensión arterial	13 (6.5%)	6 (6%)	7 (7%)
3. Gastritis	11(5.5%)	4 (4%)	7 (7%)
4. Colitis	4 (2%)	1 (1%)	3 (3%)
5. Triglicéridos o colesterol elevado	3 (1.5%)	1 (1%)	2 (2%)
6. Asma	3 (1.5%)	0	3 (3%)
7. Artritis	3 (1.5%)	1 (1%)	2 (2%)
8. Sobrepeso	2 (1%)	2 (2%)	0
9. Migraña	2 (1%)	1 (1%)	1 (1%)
10. Hipotiroidismo	1 (0.5%)	0	1 (1%)

También se reportan algunos de los síntomas que los participantes expresaron tener durante el último año antes de la aplicación de los cuestionarios. Se enlistan algunos de los más mencionados (la mayoría de los participantes expreso más de dos síntomas):

- Dolores musculares
- Dolores de cabeza
- Dolor estomacal
- Gripe y dolores de garganta
- Mareos y nauseas

- Dolores de espalda y columna
- Dolores de huesos y articulaciones

Criterios de exclusión: por lo menos un año en cohabitación (aunque hayan dejado de vivir juntos por problemas de pareja), que alguno de los miembros de la pareja fuera menor de edad.

Criterios de eliminación: que alguno de los miembros de la pareja se negara a concluir los cuestionarios.

Instrumentos

1. Consentimiento informado y ficha de identificación
2. Escala de Satisfacción marital [ESM], de Arias-Galicia (2003).
3. Escala de Violencia en la Pareja, versiones cortas Perpetrador/a- Receptor/a [EVP], de Cienfuegos (2014).
4. Cuestionario que incluye la subescala Somatizaciones del Inventario de Síntomas revisado [SCL-90 R], de Derogatis (1994).
5. Inventario de ansiedad rasgo-estado [IDARE], de Díaz-Guerrero y Spielberger (1975).
6. Inventario de Depresión II [BDI], de Beck (1996).

Se presenta la descripción de cada instrumento:

1. Consentimiento informado y ficha de identificación.

Se aplicó para la captura de los datos generales de los participantes, así como la obtención los datos sociodemográficos, diagnósticos médicos y síntomas o malestares generales.

2. Escala de Satisfacción Marital [ESM], de Arias-Galicia (2003).

La Escala consta de 48 reactivos con cinco opciones de respuesta tipo Likert, éstas van de “Totalmente de acuerdo” “Totalmente en desacuerdo”. Tiene coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0.89 y adecuada validez de construcción según reporta Arias-Galicia (2003), se trata de afirmaciones que indagan cómo se percibe la

relación en pareja/matrimonio, con cinco opciones de respuesta tipo Likert, éstas van de “Totalmente de acuerdo” “Totalmente en desacuerdo”. Se divide en dos: satisfacción marital (22 reactivos) y encontró una confiabilidad (alfa de Cronbach) de .94, y para su contrapartida, la insatisfacción marital (26 reactivos) su confiabilidad fue de .90. Para su calificación los 26 reactivos que corresponden a la insatisfacción marital se recodifican a su inversa, después se suma el total de las respuestas de los 48 reactivos, y para su interpretación tenemos que, a mayor puntuación, mayor satisfacción marital (Arias-Galicia, 2003).

3. Escala de Violencia en la Pareja, versiones cortas Perpetrador/a-Receptor/a [EVP], de Cienfuegos (2014).

La Escala consta de 39 reactivos en total, está dividida en dos; Versión Receptor/a, explica 67.7% de la varianza con un coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach de 0.94 y Versión Perpetrador/a, que explican 61.8% de la varianza y presentan un Alfa de Cronbach general de 0.84. Los primeros 27 reactivos corresponde a la violencia que la víctima percibe de su pareja (Receptor/a), dentro de ésta existen cuatro factores: violencia psicológica y control (Alfa de Cronbach = 0.86), con ocho indicadores (reactivos: 6, 9, 15, 17, 18, 19, 21 y 22); violencia física e intimidación (Alfa de Cronbach = 0.88), con siete indicadores (reactivos: 2, 3, 11, 12, 13, 16 y 25); violencia sexual (Alfa de Cronbach = 0.88), con siete indicadores (reactivos: 1, 4, 5, 7, 8, 14 y 27); y violencia económica (Alfa de Cronbach= 0.92), con cinco indicadores (reactivos: 10, 20, 23, 24 y 26). Los 12 reactivos sobrantes se refieren a si la persona que contesta es la que ejerce algún tipo de violencia hacia su pareja (Perpetrador/a), la integran dos factores: violencia psicológica con cinco indicadores (reactivos del 28 al 32) y otro tipo de violencia (no psicológica) con seis indicadores (reactivos del 33 al 38), además se agregó un reactivo (39) que corresponde a la violencia sexual ejercida. Las respuestas son evaluadas en dos categorías, con cinco valores de intensidad para cada una; Frecuencia, que va de “Nunca” a “Siempre” y Daño, que va de “Nada” a “Mucho”. Para la interpretación, tanto para la frecuencia como para el daño, que se miden del 1 al 5 en intensidad, se considera 1= situaciones de no violencia, 2= situaciones de poca violencia, 3= situaciones de bastante violencia, 4= situaciones de mucha violencia y 5= situaciones de extrema violencia (Cienfuegos, 2014; Cienfuegos & Díaz-Loving, 2010; Moral & López, 2014; Moral & Ramos, 2015a; Moral & Ramos, 2015b).

4. Cuestionario que incluye la subescala Somatizaciones del Inventario de Síntomas revisado [SCL-90 R], de Derogatis (1994).

El Symptom Check-List-90-R es un instrumento de autoinforme utilizado en el ámbito de la salud mental. La versión completa del SCL-90-R evalúa síntomas psicológicos y angustia, a través de 90 reactivos con nueve dimensiones, estas son: Somatización, Obsesividad-compulsividad, Sensibilidad interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo. De este inventario se retomó la subescala: Somatización (consistencia interna, alfa de Cronbach= 0.85), se refiere a la presencia de malestares que la persona percibe, relacionados con diferentes disfunciones corporales ya sean, cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, etc. está compuesta por 12 reactivos. Tiene cinco opciones de respuesta que van de “Nada” a “Mucho”. Para su calificación se suman las puntuaciones y se divide ese total por el número de reactivos respondidos, se convierten esas puntuaciones directas en puntuaciones T (Media = 50 y D.T. = 10). Para su interpretación se considera indicativa de una persona EN RIESGO toda puntuación T igual o superior a 65 e indica presencia de patología severa toda puntuación igual o superior a T 80 (Casullo, 2004a; Casullo, 2004b; Clermont, 2005; Cruz, López, Blass, González, & Chávez, 2005; Gemp & Avendaño, 2008; Rivera-Ledesma, Caballero, Pérez, & Montero-López, 2013).

5. Inventario de Ansiedad rasgo-estado [IDARE], de Díaz-Guerrero y Spielberger (1975).

Este cuestionario cuenta con 40 reactivos en total, se divide en dos; Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo. En donde los primeros 20 corresponden a indagar sobre la Ansiedad-Estado (Como se sienten en este momento), con cuatro opciones de respuesta que van de “No, en lo absoluto” a “Mucho”. Los siguientes 20 reactivos, sobre la Ansiedad-Rasgo (Como se siente comúnmente), para cada reactivo existen cuatro opciones de respuesta, que van de “Casi nunca” a “Casi siempre”, las respuestas reflejan la intensidad con la que se experimentan lo que se indica en el reactivo. Fue estandarizado para la población mexicana por Díaz Guerrero (1975), en muestras mexicanas se obtuvieron coeficientes de confiabilidad para la ansiedad-rasgo mayores a 0.75 y para la ansiedad-estado, mayores a 0.81. Para su calificación se debe considerar que existen reactivos positivos y negativos, lo que indica que es necesaria su recodificación para obtener la suma. Donde, los reactivos positivos y

directos para la escala de Ansiedad-Estado son: 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18. Los negativos e invertidos son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 y 20. Mientras que en la escala Ansiedad-Rasgo, los reactivos positivos y directos son: 21, 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 35, 37, 38 y 40. Los negativos e invertidos son: 26, 27, 30, 33, 34, 36 y 39. Se realiza la suma de los puntajes para cada cuestionario, que puede ir de 20 a 80, y para su interpretación tenemos para el nivel de ansiedad: Baja= menos de 30 puntos, Media= 30 a 44 puntos y Alta= 45 puntos o más (Díaz-Guerrero y Spielberger, 1975; Rojas-Carrasco, 2010; Sánchez, et al., 2007; Silva et al. 2016; Spielberger et al., 1971).

6. Inventario de Depresión II [BDI], de Beck (1996).

La escala consta de 21 aspectos relacionados con la depresión (tristeza, pesimismo, llanto, pérdida de interés, etc.), cada uno cuenta con un grupo de oraciones (4 a 7), donde para cada aspecto se escoge una oración como respuesta, la cual se asemeja más a la forma en que la persona se ha sentido en las últimas dos semanas. Jurado et al., en 1998, reportan una confiabilidad por consistencia interna de, alfa de Cronbach 0.87, y adecuada validez concurrente. Para la calificación se asignará valor de 0 a 3 a las oraciones, se sumará la calificación de los 21 aspectos, y para la interpretación se entiende que una calificación de 1 a 10 son altibajos considerados normales; 11 a 16 existe una leve perturbación del estado de ánimo; 17 a 20 hay estados de depresión intermitentes; 21 a 30 es Depresión moderada; 31 a 40 es Depresión grave; y más de 40 es Depresión extrema. (Jurado et al., 1998; Beck et al., 1996).

Procedimiento

Se solicitó la participación voluntaria de 100 parejas, se explicó de forma breve, el propósito de la investigación, el tiempo aproximado que tardarían en contestar el cuestionario, y se indicó que podían desistir de participar en el momento que así lo desearan, sin por ello tener consecuencia alguna, además se les proporcionó un tríptico informativo, que incluía un listado de instituciones donde podían recibir atención a víctimas de violencia de pareja, en caso de necesitarlo. Si aceptaban participar se les pedía leer con atención y no dejar preguntas sin contestar. La búsqueda de los participantes se llevó a cabo, en lugares públicos dentro de la Ciudad de México y la zona metropolitana. La aplicación de los cuestionarios se realizó

cuando los participantes aceptaban colaborar en la investigación, y se proporcionaba el material necesario (Lápiz, plumas, cuestionarios y tablas) para que los participantes pudieran contestar en ese momento.

Se realizó la recolección de los datos. Para el análisis estadístico de estos se utilizó el software Paquete Estadístico para Ciencias Sociales, por sus siglas en inglés SPSS.

Consideraciones éticas

Por responsabilidad ética se buscó el mejor trato hacia los participantes, por tanto, la aplicación de los cuestionarios se realizó por personal con conocimiento del tema en estudio y que estaba capacitado para la aplicación del cuestionario. La información otorgada por los participantes es anónima, voluntaria y confidencial, por lo que antes de la aplicación de los cuestionarios se brindó tanto a hombres como a mujeres una breve explicación de la problemática, y que es posible que al finalizar consideraran la posibilidad de ser atendidos por un profesional, para lo que se les brindó un tríptico informativo con una lista de instituciones que se encuentran en la Ciudad de México y el Estado de México, a las que podían acudir en caso de encontrarse en una situación de violencia de pareja, o problemáticas relacionadas (véase Anexo 7).

Análisis estadísticos

Se realizó un análisis univariado para identificar la distribución de las variables y posteriormente se realizaron correlaciones producto-momento de Pearson entre las variables de estudio. Finalmente se realizaron modelos de regresión simple, por el método paso a paso (Kerlinger, 2002).

Resultados

En la Tabla 6 se muestra la prevalencia de la Violencia de pareja recibida, obtenida de la muestra (N=200), para hombres y para mujeres. Se obtuvo una puntuación mínima de 27 puntos y máxima de 117 puntos. Se expone el número de participantes que se ubican en cada rango de la violencia de pareja, donde 27 indicaría que no existe violencia en la relación; de 28 a 54 indica poca violencia; de 55 a 81 puntos indica bastante violencia; de 82 a 108 puntos mucha violencia; y 109 hasta 135 indica violencia extrema en la relación de pareja. Dentro de la muestra se identificó que en 5 casos tanto el hombre como la mujer no reportan ningún tipo de violencia en su relación de pareja. Mientras que en un caso el hombre reportó extrema violencia (117 puntos) y su pareja reportó bastante violencia (82 puntos).

Tabla 6

Prevalencia de la violencia de pareja

Violencia de Pareja	Puntuación	Total (N=200)	Hombre (n=100)	Mujer (n=100)
No violencia	27	21 (10.5%)	11 (11%)	10 (10%)
Poca violencia	<54	171 (85.5%)	84 (84%)	87 (87%)
Bastante violencia	<81	6 (3%)	4 (4%)	2 (2%)
Mucha violencia	<108	1 (0.5%)	0 (0%)	1 (1%)
Extrema violencia	<135	1 (0.5%)	1 (1%)	0 (0%)

En la Tabla 7 se muestra la prevalencia de la Ansiedad como Estado y como Rasgo, general (N=200), para hombres y para mujeres. Se expone el número de participantes que se ubican en cada rango de la Ansiedad Estado-Rasgo donde 20 a 30 puntos indica baja ansiedad; 31 a 44 puntos indica ansiedad media; y más de 45 puntos indica alto nivel de ansiedad. Para la Ansiedad Estado la puntuación mínima fue de 20 puntos y la máxima de 69 puntos y para la Ansiedad Rasgo la puntuación mínima fue de 21 puntos y la máxima de 67 puntos.

Tabla 7

Prevalencia de la Ansiedad Estado-Rasgo

Ansiedad Estado	Puntuación	Total (N=200)	Hombre (n=100)	Mujer (n=100)
Baja	<30	74 (37%)	37 (37%)	37 (37%)
Media	31 a 44	89 (44.5%)	47 (47%)	42 (42%)
Alta	>45	37 (18.5%)	16 (16%)	21 (21%)
Ansiedad Rasgo	Puntuación	Total (N=200)	Hombre (n=100)	Mujer (n=100)
Baja	<30	60 (30%)	40 (40%)	20 (20%)
Media	31 a 44	99 (49.5%)	45 (45%)	54 (54%)
Alta	>45	41 (20.5%)	15 (15%)	26 (26%)

En la Tabla 8 se muestra la prevalencia de la Depresión, se expone el número de participantes que se ubican en cada rango de la Depresión, total (N=200), para hombres y para mujeres: donde 21 indicaría ausencia de sintomatología depresiva; 22 a 31 puntos indicaría altibajos del estado de ánimo considerados normales; 32 a 37 puntos indicaría una leve perturbación del estado de ánimo; 38 a 41 puntos indicaría depresión intermitente; 42 a 51 puntos indicaría depresión moderada; de 52 a 61 puntos indicaría depresión grave; y más de 62 puntos indicaría depresión extrema. La puntuación mínima fue de 21 puntos, y la puntuación máxima es de 63 puntos.

Tabla 8

Prevalencia de la Depresión

Depresión	Puntuación	Total (N=200)	Hombre (n=100)	Mujer (n=100)
Ausencia de depresión	21	17 (8.5%)	13 (13%)	4 (4%)
Altibajos normales	22 a 31	108 (54%)	58 (58%)	50 (50%)
Leves perturbaciones	32 a 37	30 (15%)	14 (14%)	16 (16%)
Depresión intermitente	38 a 41	16 (8%)	3 (3%)	13 (13%)
Depresión moderada	42 a 51	20 (10%)	8 (8%)	12 (12%)
Depresión grave	52 a 61	7 (3.5%)	4 (4%)	3 (3%)
Depresión extrema	>62	2 (1%)	0 (0%)	2 (2%)

Correlación entre la satisfacción marital y la violencia de pareja

Los resultados de la correlación entre la satisfacción marital y la violencia de pareja están expuestos en la Tabla 9. La relación entre la satisfacción marital y la violencia

de pareja es negativa y estadísticamente significativa. La relación más alta se da entre la satisfacción marital y la violencia sexual en los hombres y entre la satisfacción marital y la violencia física en las mujeres.

Tabla 9

Correlación entre la Satisfacción marital y la violencia de pareja

	1	2	3	4	5	Media	D.E.
1. Satisfacción marital	-	-.495**	-.449**	-.591**	-.502**	3.79	.567
2. V. Psic.	-.520**	-	.849**	.722**	.728**	1.38	.494
3. V. Físic.	-.537**	.619**	-	.725**	.616**	1.41	.459
4. V. Sex.	-.467**	.400**	.435**	-	.663**	1.34	.462
5. V. Eco.	-.393**	.519**	.500**	.358**	-	1.25	.571
Media	3.70	1.39	1.37	1.26	1.24		
D.E.	.640	.485	.461	.304	.368		

Nota: Los datos de la parte superior derecha corresponden a los hombres de la muestra (N=100) y los de la parte inferior izquierda corresponden a las mujeres (N=100). Donde V. Psic. se refiere a la violencia psicológica; V. Físic. se refiere a la violencia física; V. Sex. se refiere a la violencia sexual; y V. Eco. se refiere a la violencia económica. * $p \leq 0,05$ y ** $p \leq 0,01$

Correlación entre la satisfacción marital y la salud mental

Se obtuvieron resultados de la correlación entre la satisfacción marital y la salud mental (síntomas somáticos, ansiedad y depresión) tanto para hombres como para mujeres, en la Tabla 10 se exponen los valores obtenidos. En los hombres se encontró una relación negativa, y estadísticamente significativa entre la satisfacción marital y los síntomas somáticos. En las mujeres la correlación entre la satisfacción marital y los síntomas somáticos, pero de igual manera sigue siendo una relación negativa y estadísticamente significativa. La relación entre la satisfacción marital con la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo, son igualmente negativas y estadísticamente significativas para los hombres. Para las mujeres la correlación entre la satisfacción marital y la ansiedad-estado y la correlación entre la satisfacción marital y la ansiedad-rasgo son relaciones negativas y estadísticamente significativas. La correlación entre la satisfacción marital y la depresión en los hombres fue negativa y estadísticamente significativa, igual que para las mujeres.

Tabla 10

Correlación entre la satisfacción marital y la salud mental (síntomas somáticos, ansiedad estado-rasgo y la depresión).

	1	2	3	4	5	Media	D.E.
1.Satisfacción marital	-	-.379**	-.506**	-.563**	-.439**	3.79	.567
2.Síntomas somáticos	-.294**	-	.652**	.700**	.703**	1.60	.645
3. Ansiedad estado	-.415**	.464**	-	.814**	.695**	1.75	.478
4. Ansiedad rasgo	-.506**	.540**	.684**	-	.760**	1.71	.434
5. Depresión	-.478**	.504**	.522**	.686**	-	1.41	.413
Media	3.70	1.84	1.81	1.93	1.57		
D.E.	.640	.646	.516	.482	.424		

Nota: Los datos de la parte superior derecha corresponden a los hombres de la muestra (N=100) y los de la parte inferior izquierda corresponden a las mujeres (N=100).

* $p \leq 0,05$ y ** $p \leq 0,01$.

Correlación entre la violencia de pareja y la salud mental

En la Tabla 11 se expone los datos de la correlación entre la Violencia de pareja (sus cuatro factores) y la salud mental.

Con relación a la violencia psicológica, en los hombres se encontró una relación positiva, y estadísticamente significativa entre la violencia psicológica y los síntomas somáticos. En las mujeres, la correlación entre la violencia psicológica y los síntomas somáticos es menor, pero de igual manera sigue siendo una relación positiva y estadísticamente significativa. La relación entre la violencia psicológica con la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo, son positivas y estadísticamente significativas para los hombres. Para las mujeres la correlación entre la violencia psicológica y la ansiedad-estado y la correlación entre la violencia psicológica y la ansiedad-rasgo son relaciones positivas y estadísticamente significativas. La correlación entre la violencia psicológica y la depresión en los hombres fue positiva y estadísticamente significativa igual que para las mujeres, indicando que a mayor violencia psicológica mayor depresión.

Sobre la violencia física, en los hombres se encontró una relación positiva, y estadísticamente significativa entre la violencia física y los síntomas somáticos. En las mujeres la correlación entre la violencia física y los síntomas somáticos es menor, pero de igual manera sigue siendo una relación positiva y estadísticamente significativa. La relación entre la violencia física con la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo, son positivas y estadísticamente significativas para los hombres. Para las

mujeres la correlación entre la violencia física y la ansiedad-estado y la correlación entre la violencia física y la ansiedad-rasgo son relaciones positivas y estadísticamente significativas. La correlación entre la violencia física y la depresión en los hombres fue positiva y estadísticamente significativa igual que para las mujeres.

Respecto a la violencia sexual, en los hombres se encontró una relación positiva, y estadísticamente significativa entre la violencia sexual y los síntomas somáticos. En las mujeres la correlación entre la violencia sexual y los síntomas somáticos es menor, pero de igual manera sigue siendo una relación positiva y estadísticamente significativa. La relación entre la violencia sexual con la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo, son positivas y estadísticamente significativas para los hombres. Para las mujeres la correlación entre la violencia sexual y la ansiedad-estado y la correlación entre la violencia sexual y la ansiedad-rasgo son relaciones positivas y estadísticamente significativas. La correlación entre la violencia sexual y la depresión en los hombres fue positiva y estadísticamente significativa igual que para las mujeres.

En la correlación entre la violencia económica y la salud mental (síntomas somáticos, ansiedad y depresión), en los hombres se encontró una relación positiva, y estadísticamente significativa entre la violencia económica y los síntomas somáticos. En las mujeres, la correlación entre la violencia económica y los síntomas somáticos es menor, pero de igual manera sigue siendo una relación positiva y estadísticamente significativa. La relación entre la violencia económica con la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo, son positivas y estadísticamente significativas para los hombres. Para las mujeres la correlación entre la violencia económica y la ansiedad-estado y la correlación entre la violencia económica y la ansiedad-rasgo son relaciones positivas y estadísticamente significativas. La correlación entre la violencia económica y la depresión en los hombres fue positiva y estadísticamente significativa igual que para las mujeres.

Tabla 11

Correlación entre la Violencia de pareja y la salud mental

	1	2	3	4	5	6	7	8	Media	D.E.
1. V. Psic.	-	.849**	.722**	.728**	.477**	.428**	.439**	.471**	1.38	.494
2. V. Físic.	.619**	-	.725**	.616**	.437**	.346**	.422**	.465**	1.41	.459
3. V. Sex.	.400**	.435**	-	.663**	.469**	.422**	.479**	.535**	1.34	.462
4. V. Eco.	.519**	.500**	.358**	-	.445**	.386**	.400**	.420**	1.25	.571
5. Síntomas somáticos	.338**	.269**	.418**	.242*	-	.652**	.700**	.703**	1.60	.645
6. Ansiedad estado	.327**	.268**	.324**	.202*	.464**	-	.814**	.695**	1.75	.478
7. Ansiedad rasgo	.391**	.416**	.358**	.328**	.540**	.684**	-	.760**	1.71	.434
8. Depresión	.335**	.449**	.305**	.299**	.504**	.522**	.686**	-	1.41	.413
Media	1.39	1.37	1.26	1.24	1.84	1.81	1.93	1.57		
D.E.	.485	.461	.304	.368	.646	.516	.482	.424		

Nota: Los datos de la parte superior derecha corresponden a los hombres de la muestra (N=100) y los de la parte inferior izquierda corresponden a las mujeres (N=100). Donde V. Psic. se refiere a la violencia psicológica; V. Físic. se refiere a la violencia física; V. Sex. se refiere a la violencia sexual; y V. Eco. se refiere a la violencia económica. * $p \leq 0,05$ y ** $p \leq 0,01$

Modelos predictores de regresión lineal simple

Se realizaron cuatro modelos de regresión lineal utilizando el método paso a paso y se consideraron para el análisis las siguientes variables predictoras: la satisfacción marital y la violencia de pareja. En las siguientes tablas se muestran los coeficientes de regresión no estandarizados (B), los estandarizados (β), los coeficientes de determinación (R^2) y los intervalos de confianza, mínimo y máximo, sobre los predictores de la salud mental tanto como para hombres como para mujeres.

Modelo 1. Predictores de los síntomas somáticos

En la Tabla 12 se observa que en el primer paso del análisis, se incluyó en la ecuación a la Violencia sexual como predictora que explica el 16,9% de la varianza, $F(1, 198)=40,19$, $p=.001$. En el segundo paso, se integró la violencia psicológica con lo que se explicó el 20,9% de la varianza, por lo que se observa un incremento en $R^2=.209$, $F_{incrementada}(1, 197)=26,08$, $p=.001$. En la Figura 1 se muestra el modelo para síntomas somáticos.

Tabla 12

Análisis de regresión múltiple paso a paso para los predictores de los síntomas somáticos en parejas en cohabitación

Variables	B	EE	β	Intervalo de confianza	
				Mínimo	Máximo
1er paso					
Violencia Sexual	.685	.108	.411	.472	.898
2do paso					
Violencia Psicológica	.332	.104	.247	.126	.537

Nota: $R^2=.169$ para el paso 1 ($p=.000$); $R^2=.209$ para el paso 2 ($p=.002$).

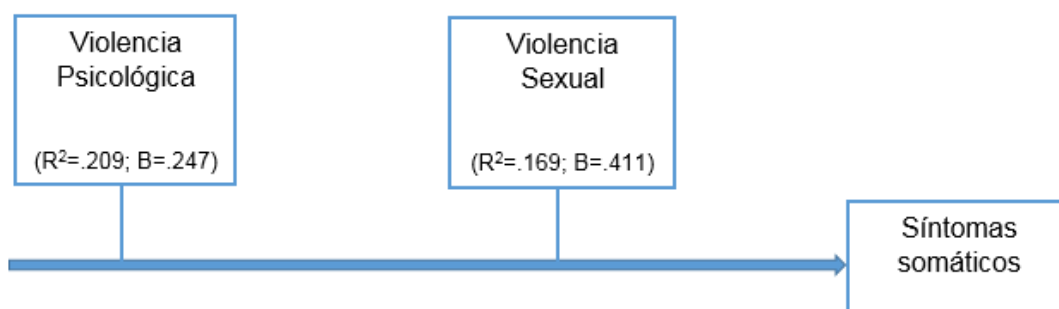


Figura 2. Modelo predictivo de los síntomas somáticos en parejas heterosexuales que se encuentran en cohabitación.

Modelo 2. Predictores de la Ansiedad estado

En la Tabla 13 se observa que en el primer paso del análisis, se incluyó en la ecuación a la Satisfacción marital como predictora que explica el 21,0% de la varianza, $F(1, 198)=52,72, p=.001$. En el segundo paso, se integraron la violencia psicológica con lo que se explicó el 23,8% de la varianza, por lo que se observa un incremento en $R^2=.238, F_{incrementada}(1, 197) =30,76, p=.001$. En la Figura 2 se ejemplifica el modelo para la ansiedad estado.

Tabla 13

Análisis de regresión múltiple paso a paso para los predictores de la Ansiedad Estado en parejas en cohabitación

Variables	B	EE	β	Intervalo de confianza	
				Mínimo	Máximo
1er paso					
Satisfacción marital	-.377	.052	-.459	-.479	-.275
2do paso					
Violencia Psicológica	.196	.073	.193	.052	.341

Nota: $R^2=.210$ para el paso 1 ($p=.000$); $R^2=.238$ para el paso 2 ($p=.008$).

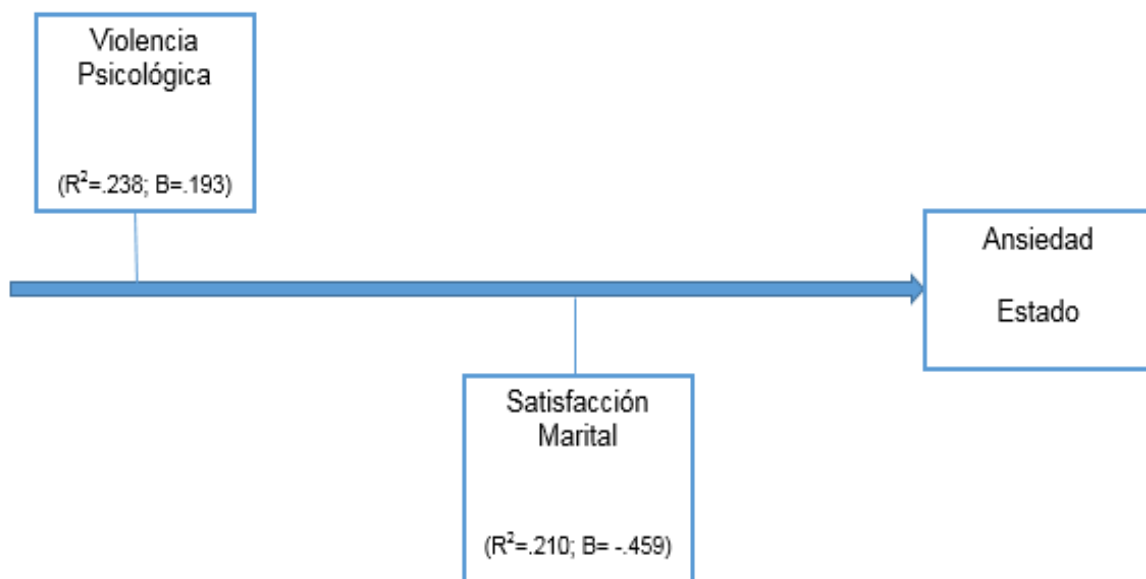


Figura 3. *Modelo predictivo de la Ansiedad-Estado en parejas heterosexuales que se encuentran en cohabitación.*

Modelo 3. Predictores de la Ansiedad rasgo

En la Tabla 14 se observa que en el primer paso del análisis, se incluyó en la ecuación a la Satisfacción marital como predictora que explica el 28,3% de la varianza, $F(1, 198)=78,19, p=.001$. En el segundo paso, se integraron la violencia psicológica con lo que se explicó el 30,7% de la varianza, por lo que se observa un incremento en $R^2=.307, F_{incrementada}(1, 197) =43,70, p=.001$. En la Figura 3 se ejemplifica el modelo para la ansiedad rasgo.

Tabla 14

Análisis de regresión múltiple paso a paso para los predictores de la Ansiedad rasgo en parejas en cohabitación

Variables	B	EE	β	Intervalo de confianza	
				Mínimo	Máximo
1er paso					
Satisfacción marital	-.414	.047	-.532	-.506	-.322
2do paso					
Violencia Psicológica	.174	.066	.180	.043	.304

Nota: $R^2=.283$ para el paso 1 ($p=.000$); $R^2=.307$ para el paso 2 ($p=.009$).

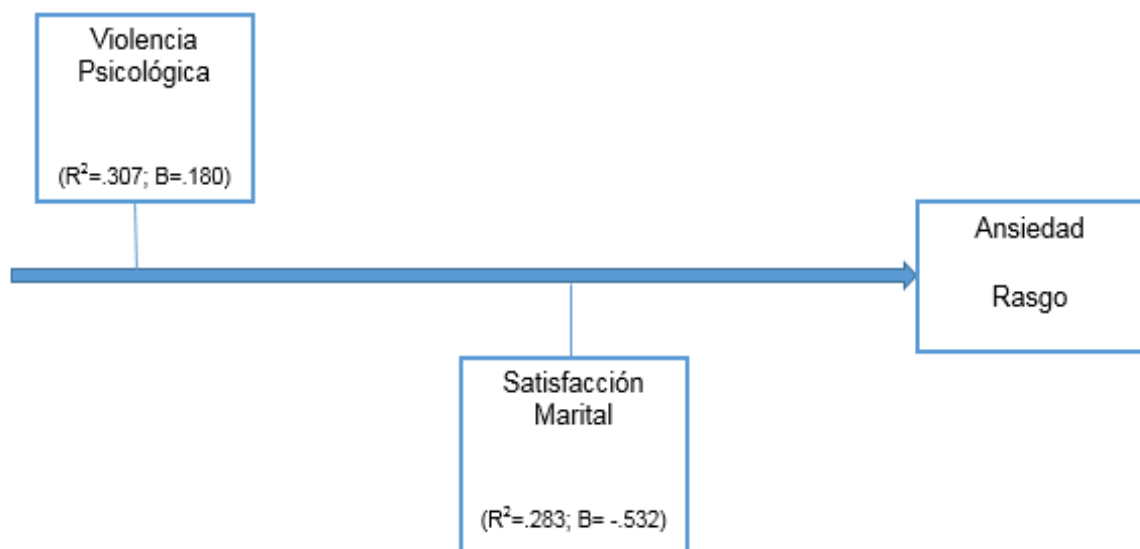


Figura 4. Modelo predictivo de la Ansiedad-Rasgo en parejas heterosexuales que se encuentran en cohabitación.

Modelo 4. Predictores de la Depresión

En la Tabla 15 se observa que en el primer paso del análisis, se incluyó en la ecuación a la Satisfacción marital como predictora que explica el 21,5% de la varianza, $F(1, 198)=54,19, p=.001$. En el segundo paso, se integraron la Violencia física con lo que se explicó el 27,4% de la varianza, por lo que se observa un incremento en $R^2=.274$, $F_{incrementada}(1, 197) =37,18, p=.001$. En la Figura 4 se expone el modelo de la depresión.

Tabla 15

Análisis de regresión múltiple paso a paso para los predictores de la Depresión en parejas en cohabitación.

Variables	B	EE	β	Intervalo de confianza	
				Mínimo	Máximo
1er paso					
Satisfacción marital	-.326	.044	-.464	-.413	-.239
2do paso					
Violencia Física	.258	.064	.279	.131	.385

Nota: $R^2=.215$ para el paso 1 ($p=.000$); $R^2=.274$ para el paso 2 ($p=.000$).

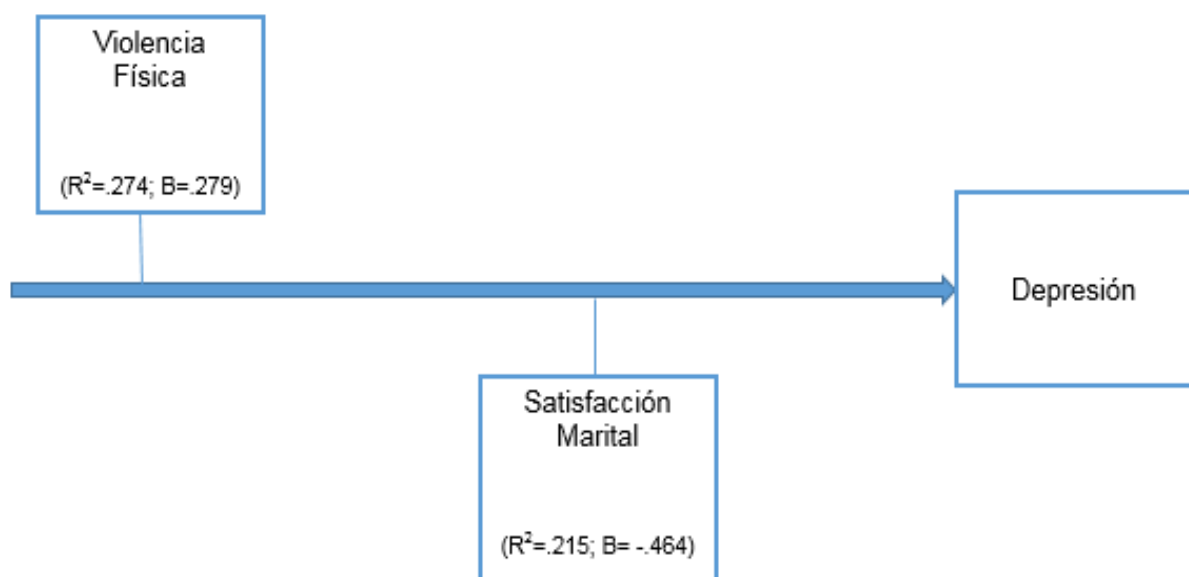


Figura 5. *Modelo predictivo de la Depresión en parejas heterosexuales que se encuentran en cohabitación.*

Discusión

En la violencia de pareja se encontró una simetría en lo reportado por hombres y mujeres, ya que el 84% y 87% respectivamente, reportaron poca violencia de pareja. Esta similitud en los niveles de violencia se podría explicar al analizar la interacción entre ellos, pues podría decirse que la forma en la que se relacionan las parejas heterosexuales que se encuentran en cohabitación es mediante una convivencia que involucra comportamientos y conductas violentas, que no solo se clasifican como violencia física, sino que se trata de violencia psicológica en la vida cotidiana (Gottman, 1994). Además 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), y en las parejas que no existe violencia, no se reporta ni por hombres ni por mujeres (Total 10.5% no violencia; Hombres 11% no violencia; Mujeres 10% no violencia).

Con respecto a la ansiedad, casi el 50% de la población puntuó para nivel medio de ansiedad, y otro 20% puntuó para nivel alto de ansiedad, este alto porcentaje de ansiedad tanto para hombres como para mujeres, coincide con los reportes epidemiológicos sobre trastornos mentales, pues es considerado como el segundo trastorno mental más frecuente, después de la depresión, además de que la ansiedad no tiene una diferencia significativa en la prevalencia dependiendo del género, a diferencia de la depresión (Wagner et al., 2012).

Se encontró que el 30% de las mujeres puntuó para depresión (intermitente, moderada, grave y extrema) en comparación con un 15% de los hombres, coincidiendo con lo reportado en la literatura, pues las mujeres son más propensas a presentar y expresar sintomatología depresiva (Méndez et al., 2014). A pesar de que la depresión es considerado el trastorno mental con más prevalencia, en este estudio más del 50% de la población puntuó solo para altibajos emocionales normales, lo que a su vez puede estar relacionado con que la mayoría reportó tener una relación satisfactoria y con poca o nula violencia (Bastida et al., 2017; Lovestad et al., 2017). Se comprueba la relación negativa entre la satisfacción marital y la violencia de pareja, en todos los tipos de violencia: psicológica, física, sexual y económica (Cáceres, 2001; Cienfuegos, 2004; Oropeza, 2011). En el caso de las mujeres las correlaciones más fuertes fueron entre la satisfacción marital y la violencia sexual y económica,

mientras que en los hombres las correlaciones más fuertes fueron entre la satisfacción marital y violencia física y psicológica, lo que podría ser explicado por la diferencia en los tipos de violencia experimentada según el género (Chen & Chan, 2019; Méndez et al., 2014).

En cuanto a la relación entre la satisfacción marital y la salud mental, se ha estudiado la relación con la ansiedad y la depresión (Bastida et al., 2017; Perveen et al., 2017; Whisman et al., 2004), encontrando que existe una alta correlación entre ellas, pero no se ha estudiado la relación con los síntomas somáticos.

Estos estudios han venido a demostrar una fuerte relación, sin embargo han sido en sentido inverso (Whisman et al., 2004), explicando el papel predictor de la salud mental en la satisfacción marital, como podría entenderse que al lidiar con cualquier problemática de salud, sea física o mental, conlleva a un deterioro tanto de la pareja como del núcleo familiar (Geisser et al., 2005). Esta hipótesis resulta lógica, y ya ha sido investigada y comprobada, pero lamentablemente no brinda la posibilidad de intervenir a nivel preventivo, mientras que al considerar a la satisfacción marital como un predictor de la salud mental, permite impactar en las relaciones de pareja, ya sea en cualquier nivel de atención médica o en las terapias psicológicas de pareja, principalmente, con el fin de fortalecer las relaciones y que sean satisfactorias (Kalhor & Olyaie, 2017).

La satisfacción marital y los síntomas somáticos se relacionan de manera negativa, lo que quiere decir que mientras la satisfacción marital es alta, los síntomas somáticos son menores, y viceversa, si existe baja satisfacción marital los síntomas somáticos incrementarán. A pesar de que no existen reportes anteriores de esta relación, es importante tomar en cuenta que, por lo que concierne a esta muestra, la correlación fue significativa, por lo que podría ser de utilidad comprobar si esta relación se da en otras poblaciones, y así utilizar esta información incluso en los primeros niveles de atención médica (Hanel et al., 2009), con la finalidad de mejorar los servicios que se le brindan a los pacientes, pues en ocasiones los síntomas somáticos, que parecen ser más frecuentes de lo esperado, y que tienen una asociación con el ambiente social que rodea a las personas (Creed et al., 2012), confunden el diagnóstico de origen biológico y complican la atención médica.

De igual forma, la satisfacción marital y la ansiedad se relacionan de manera negativa, pues al sentirse satisfecho con la pareja, la ansiedad disminuye, y a la inversa. Estos resultados ya han sido reportados con anterioridad (Bastida et al., 2017; Perveen et

al., 2017; Whisman et al., 2004), pero es importante comprobar que sucede el mismo fenómeno en la población masculina, demostrando que es importante que tanto los hombres como las mujeres se sientan satisfechos con su relación, para que los niveles de ansiedad disminuyan. Lo mismo sucede con la depresión, pues la correlación es negativa, lo que quiere decir que niveles altos de satisfacción marital coinciden con niveles bajos de depresión, y a pesar de que la depresión es un trastorno mental asociado con el género (OMS, 2018b), en esta muestra, la correlación entre la satisfacción y la depresión en los hombres también es fuerte. Por otro lado, la relación entre la violencia de pareja y la salud mental ha sido ampliamente estudiada, y los resultados encontrados en esta muestra, corroboran lo encontrado en la literatura (Bacchus et al., 2018; Coker et al., 2002; Dillon et al., 2012; Esie et al., 2019; Lown & Vega, 2001; Meekers et al., 2013; Méndez et al., 2014; Pico-Alfonso et al., 2006; Raya et al., 2004; Ruiz & Plazaola, 2005).

La violencia de pareja se relaciona significativamente y de manera positiva con los síntomas somáticos, lo que quiere decir que, mientras exista cualquier tipo de violencia dentro de la relación, se presentarán también síntomas somáticos (Lown & Vega, 2001). A pesar de que la violencia física y la violencia sexual son los tipos de violencia más visibles, en esta muestra la asociación más fuerte, para las mujeres se dio entre la violencia psicológica y los síntomas somáticos (para los hombres fue la segunda, después de la violencia sexual), lo que da la pauta para trabajar más sobre lo que sucede en las relaciones de pareja que interaccionan basados en violencia psicológica (Ruiz & Plazaola, 2005), y que en ocasiones no son conscientes de que, tanto el hombre como la mujer violentan a su pareja, y mucho menos conocen el daño que pueden provocarle.

Todos los tipos de violencia se asociaron significativa y positivamente con la ansiedad estado-rasgo, tanto para los hombres como para las mujeres, lo que significa que, al incrementar la violencia dentro de la relación también incrementa la ansiedad en ambos sexos (Meekers et al., 2013).

Concordando con la literatura, en la relación entre la violencia y la depresión, se encontró en las mujeres, una asociación más fuerte de la violencia sexual y psicológica con la depresión, seguida de la violencia física, y por último, la violencia económica. En los hombres se encontró la relación más fuerte para la violencia física y la depresión, seguida de la violencia psicológica y sexual, y de nuevo, la asociación más débil se dio entre la violencia económica y la depresión (Lovestad et al., 2017;

Méndez et al., 2014; Raya et al., 2004). Estos resultados ayudan a colocar a la violencia psicológica como un importante fenómeno por atender, ya que la mayoría de las personas son atendidas hasta el momento que presentan una lesión física o una agresión sexual por parte de su pareja, cuando es posible que estas agresiones puedan evitarse, ayudando a las personas que reciben violencia psicológica, que en la mayoría de los casos, es la precursora de la violencia física y sexual.

El modelo predictivo de los síntomas somáticos arrojó como predictores en primer lugar a la violencia sexual y en segundo lugar a la violencia psicológica, lo que concuerda con lo encontrado por Lown y Vega, en 2001, aunque sus resultados arrojaron asociación de los síntomas somáticos con la violencia sexual y física, mientras que en esta muestra la violencia psicológica aparece como mayor predictor, lo que nos da herramientas para la intervención a nivel preventivo.

Tanto en el modelo de la ansiedad estado como en el de la ansiedad rasgo, se encuentran como predictores la satisfacción marital y la violencia psicológica, por lo que, los resultados podrían ayudar a diseñar terapias de pareja enfocadas a la satisfacción y a la eliminación de todos los comportamientos violentos.

Por último, en el modelo de la depresión, se encontraron como predictores a la satisfacción marital y a la violencia física, que nuevamente da la oportunidad de implementar estrategias que mejoren la satisfacción de pareja.

Conclusión

La satisfacción marital es un factor importante en las relaciones de pareja, tal y como se mencionó en el capítulo 2, se asocia con la salud mental, y con otras variables como la violencia de pareja. Lo encontrado en el presente estudio permitió determinar que la satisfacción marital y la violencia de pareja están fuertemente ligadas, mientras exista violencia la satisfacción será baja, y mientras exista satisfacción los niveles de violencia serán bajos. Por otro lado, la literatura indica que la satisfacción marital se asocia con la salud mental, algunos estudios ubican a los trastornos mentales como predictores de la satisfacción y otros no señalan direccionalidad, en el análisis utilizado en este estudio, se encontró que la satisfacción marital es un predictor fuerte para la ansiedad como estado y como rasgo, así como para depresión.

La violencia de pareja es un tema de suma importancia con el fin de buscar su erradicación y/o mejorar la atención médica y psicológica que se le brinda a los receptores, y aunque ha tenido una amplia investigación, cualquier información extra mejorará nuestro entendimiento sobre el fenómeno. En este estudio se encontró una prevalencia del 4% de los hombres que han recibido bastante violencia de sus parejas, en comparación con un 2% de las mujeres que han recibido violencia en su relación, lo que destaca la necesidad de indagar también lo que sucede con el papel de las mujeres como victimarios. Por otra parte, la violencia de pareja se ubicó como predictor de una mala salud mental, lo que da pauta a los profesionales de la salud (mental y física) a intervenir ante los primeros indicadores de violencia de pareja, y con ello prevenir la presencia de trastornos de ansiedad, depresión o síntomas somáticos.

Sugerencias y limitaciones

Las principales limitaciones que se observaron este estudio son tres; 1) la oportunidad de un análisis cualitativo minucioso de la información que proporcionaron los participantes al momento de la aplicación de los cuestionarios; 2) la posibilidad de hacer un análisis comparativo del grupo de participantes que reportaban salud física frente al grupo de personas que reportaron diagnósticos médicos variados y síntomas físicos sin alcanzar un diagnóstico; y 3) la capacidad de acceder a un número reducido de parejas. Como consideración adicional, es necesario una revisión de los

instrumentos utilizados en este estudio, ya que a pesar de que todos cuentan con adecuados valores de validez y confiabilidad, siempre es posible que existan instrumentos que sean más viables para la población o las variables en estudio.

La primer limitante surge a partir de la observación y escucha durante el proceso de aplicación de instrumentos, ya que la mayoría de los participantes, tanto hombres como mujeres, aportaban información relacionada con su relación de pareja, y explicaban los motivos de sus respuestas los cuales tenían que ver enteramente con el tipo de interacción que se había formado en su propia relación. La oportunidad de acceder a estas parejas, y que ellos tuvieran la disposición para hablar de su relación, lamentablemente fue desaprovechada debido a que este estudio fue diseñado de forma transversal, y no fue posible brindarles atención psicológica o una canalización oportuna. La información que se comentó puede ayudar a entender mejor las relaciones de pareja, por lo que se sugiere implementar estudios que puedan brindar asesoría, atención o canalización a terapia para las parejas.

La segunda limitación se encontró al obtener los resultados, ya que hubo participantes que reportaron diagnósticos médicos, síntomas físicos y malestares generales y también quienes no reportaron ningún padecimiento, por lo que un análisis comparativo de estos dos grupos, hubiera brindado información sobre las variables asociadas a cada grupo. Por lo anterior, se sugiere un análisis de las variables que tendrían más posibilidad de asociarse con una mala salud física, cómo por ejemplo la salud mental o factores sociales como la satisfacción con la relación de pareja o la violencia.

Cómo última limitación observada fue la dificultad de encontrar parejas en donde ambos miembros aceptaran participar, ya que los hombres en algunos casos no tenían el tiempo disponible, o el interés en responder preguntas que podrían llegar a invadir su privacidad, a pesar de que se les explicará que la información proporcionada sería completamente anónima y confidencial. Esta renuencia de parte de los hombres ya se ha reportado con anterioridad, además de que es uno de los motivos por los cuales no se tienen las estadísticas exactas de lo que sucede con ellos, en cuanto a violencia de pareja. Por lo que se sugiere implementar una manera de acceder a parejas en donde ambos estén dispuestos a participar en este tipo de estudios, con el fin de comprender mejor su papel dentro de la relación de pareja.

Referencias

- Acevedo, V. E., Restrepo, L. & Tovar, J. R. (2007). Parejas satisfechas de larga duración en la Ciudad de Cali. *Pensamiento Psicológico*, 3 (008), 85- 107.
- Agoff, C., Rajsbaum, A. & Herrera, C. (2005). Perspectiva de las mujeres maltratadas sobre la violencia de pareja en México. *Instituto Nacional de Salud Pública: México*. 48 (2). 307-314.
- Aguilera, A., Barba, M., Fuentes, M., López, E. & Villacreces, N. M. (2015). Violencia de la mujer hacia el hombre, ¿mito o realidad? *REIDOCREA*, 4 (2), 14-17.
- Alberta (septiembre, 2008). Relaciones sanas. *Ficha informativa. Healthy relationships- spanish info sheet*. Alberta. Servicios para los Niños y los Jóvenes de Alberta.
- Alvarez, J. (2014). 500 razones contra un prejuicio: Análisis comparativo de una recopilación de estudios internacionales sobre la violencia en la pareja. Madrid.
- American Psychiatric Association (APA), Kupfer, D. J., Regier, D. A., Arango López, C., Ayuso-Mateos, J. L., Vieta Pascual, E., & Bagnely Lifante, A. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.)*. México: Editorial Médica Panamericana.
- Arias-Galicia, L. F. (2003). La escala de satisfacción marital: Análisis de su confiabilidad y validez en una muestra de supervisores mexicanos. *Revista Interamericana de Psicología*, 37 (1), 67-92.
- Aweita Magazine (2018). Estos son los tipos de violencia que un hombre sufre y siempre calla. Recuperado de <https://aweita.larepublica.pe/magazine/3530-estos-son-los-tipos-de-violencia-que-un-hombre-sufre-y-siempre-calla>

- Bacchus, L. J., Ranganathan, M., Watts, C. & Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *BMJ Open*.
- Bastida, R., Valez, J. L., Valor, I., González, N. I. & Rivera, S. (2017). Satisfacción marital y estado civil como factores protectores de la depresión y ansiedad. *Revista argentina de clínica psicológica*. 26 (1), pp. 95-102. Argentina.
- Bateson, G. (1978). Pasos hacia una ecología de la mente: Una aproximación revolucionaria a la autocomprensión del hombre. Argentina: LOHLÉ-LUMEN.
- Beck, A.T., Rush, J., Shaw, B. & Emery, G. (2002). Terapia Cognitiva de la Depresión 20ª Ed. España: Desclée De Brouwer.
- Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). Manual for the Beck Depression Inventory-II. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Bello, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E. & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud pública de México*, 47.
- Blanco, P., Ruiz, C., García, L. & Martín, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta sanitaria*. España.
- Bookwala, J. (2005). The role of marital quality in physical health during the mature years. *Journal of aging and health*, 17, 85-104.
- Bowlby, J. (1969). Attachment. New York: Basic books.
- Bowlby, J. (1979). The making and breaking of affectional bonds. London: Tavistock.
- Brannon, L. & Feist, J. (2006). Health psychology. An introduction to behavior and health. 6th, Sixth Edition.

- Cáceres, J. (2001). Análisis cuantitativo y cualitativo de la violencia doméstica en la pareja. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 60, 57-67.
- Capellá, A. (2001). Modelos y paradigmas en salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 80. 3-5. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S021157352001000400001&lng=es&tlng=es.
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, (359) 1331-6.
- Casullo, M. M. (2004a). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. Recuperado de <http://www.fundacionforo.com/pdfs/inventariodesintomas.pdf>
- Casullo, M. M. (2004b). Síntomas psicopatológicos en adultos urbanos. *Psicología y Ciencia Social: México*, 6 (1), 49-57. ISSN (Versión impresa): 1405-5082.
- Chen, M. & Chan, K. L. (2019). Characteristics of intimate partner violence in China: Gender symmetry, mutuality, and associated factors. *Journal of interpersonal violence*, 1-23.
- Cienfuegos, Y. I. (2004). Evaluación del conflicto, satisfacción marital y apoyo social en mujeres violentadas: Un estudio comparativo. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Cienfuegos, Y. I. (2014). Validación de dos versiones cortas para evaluar violencia en la relación de pareja: perpetrador/a y receptor/a. *Psicología Iberoamericana*. México, 22 (1), 62-71. ISSN 1405-0943.
- Cienfuegos, Y. I., Arellanez, J. & Díaz-Loving., R. (2008). Relación entre violencia en las parejas, depresión y ansiedad, y sus diferencias por sexo. *Psicología Social en México*, XII. México: Amepso.

- Cienfuegos, Y. I. & Díaz-Loving, R. (2010). Violencia en la relación de pareja. En Díaz-Loving & Rivera, S. (Eds.), *Antología psicosocial de la pareja: clásicos y contemporáneos*. Ciudad de México, México: Miguel Ángel Porrúa. 647-687.
- Clark, D. A. & Beck, A. T. (2012). *Terapia cognitiva para Trastornos de Ansiedad*. España: Desclée de Brouwer. 24-27.
- Clermont, E. (2005). Psychological distress confirmed as predictor of long-term back-related functional limitations in primary care settings. *Journal of clinical Epidemiology*. Canada. (58), 714-718.
- Cohen, F. (1979). Personality, stress, and the development of physical illness. En Stone, G. C., Cohen, F., Adler, N. E. & Associates. *Health psychology - A handbook. Theories, applications, and challenges of a psychological approach to the healthcare system*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Coker, A. L., Keith, E. D., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. & Smith, P. (2002). Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women. *Journal of preventive medicine*, 24 (4), 260-268.
- Creed, F., Davies, I., Jackson, J., Littlewood, A., Chew-Graham, C., Tomenson, B., Macfarlane, G., et al. (2012). The epidemiology of multiple somatic symptoms. *Journal of psychosomatic research*. 72. 311-317.
- Cruz, C. S., López, L, Blass, C., González, L. & Chávez, R. A. (2005). Datos sobre la validez y confiabilidad de la Symptom Check List 90 (SCL 90) en una muestra de sujetos mexicanos. *Salud mental*, 28 (1).
- Diario Oficial de la Federación (2007). *Ley General de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia*. Diario Oficial de la Federación el 1 de febrero de 2007. Recuperado de http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LGAMVLV_130418.pdf

Díaz-Guerrero, R. & Spielberger, C. (1975). IDARE. Inventario de Ansiedad Rasgo Estado. Manual e instructivo. México: Manual Moderno.

Díaz-Loving, R., & Rivera, S. (2010). Antología psicosocial de la pareja. Ciudad de México, México: Miguel Ángel Porrúa.

Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D. & Rahman, S. (2012). Mental and physical health and intimate partner violence against women: a review of the literature. *International Journal of Family Medicine*.

Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*. (196), 129-136. ISSN 1095-9203

Esie, P., Osypuk, T. L., Schuler, S. R. & Bates, L. M. (2019). Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: Accounting for violence severity in a high prevalence setting. *SSM - Population Health*, 7.

Esteinou, R. (Diciembre 2009- Enero 2010). Las relaciones de pareja en el México moderno. *Casa del tiempo UAM*. 3. Época IV (26-27). 65-75. Recuperado de http://www.uam.mx/difusion/casadeltiempo/26_27_iv_dic_ene_2010/index.php

Familias diversas. España. Recuperado septiembre 2018 de <http://familiasenpositivo.org/familias-diversas>

Fleeson, W. (2004). The quality of American life at the end of the century. En Brim, O. G., Ryff, C. D. & Kessler, R. C. (Eds.). *How healthy are we: A national study of well-being at midlife*. Chicago, IL: University of Chicago Press. 252–272.

Fromm, E. (1956). *El arte de amar*. México: Harper.

García, M., Vargas, E. G., Guzmán, R., Vizzuet, A. & Ruíz, C. (2010). Construcción y validación de un instrumento para evaluar violencia en la relación de pareja.

En La psicología social en México. México: AMEPSO; UNAM. 465-473. ISBN: 965- 5411-13-1

Geisser, M., Cano, A. & Leonard, M. (2005). Factors Associated With Marital Satisfaction and Mood Among Spouses of Persons With Chronic Back Pain. *The Journal of Pain*, 6 (8), pp. 518-525. Estados Unidos.

Gempp, R. & Avendaño, C. (2008). Datos normativos y propiedades psicométricas del SCL- 90-R en estudiantes universitarios chilenos. *Terapia psicológica*, Chile, 26 (1), 39-58. ISSN: 0716-6184.

Giddens, A., Buman, Z., Luhmann, N. & Beck, U. (1996). Las consecuencias perversas de la modernidad. *Anthropos*: Barcelona. 73-96.

Gomes, A. & Ferreira, C. (2018). Domains of common mental disorders in women reporting intimate partner violence. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

González, M. T., Landero, R. & García-Campayo, J. (2009). Relación entre la depresión, la ansiedad y los síntomas psicósomáticos en una muestra de estudiantes universitarios del norte de México. *Revista Panamericana Salud Pública*. 25 (2).141–5.

Gorosabel, J. (2013). Estudio de los síntomas somáticos asociados a los trastornos depresivos y de ansiedad en una población de atención primaria. Tesis doctoral.

Gottman, J. & Silver, N. (1994). *Siete reglas de oro para vivir en pareja*. México: Debolsillo.

Hanel, G., Henningsen, P., Herzog, W., Sauer, N., Schaefer, R., Szecsenyi, J. & Lowe, B (2009). Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *Journal of psychosomatic research*. 67. 189-197

Harned (2002). *A Multivariate Analysis of Risk Markers for Dating Violence Victimization*.

Hazan, C. & Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether. En Bartholomew, K. & Perlman, D. (Eds.), *Advances in personal relationships* (5). 151-178. London: Jessica Kingsley.

Hazan, C. & Zeifman, D. (1999). Pair-bonds as attachments: Evaluating the evidence. En Cassidy, J. & Shaver, P. R. (Eds.) *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford.

HealthDay (2004). La salud mental juega un papel de gran importancia en la felicidad matrimonial.

Herrera, C. (2009). La construcción sociocultural de la realidad, del género y del amor romántico. De cómo Occidente construye nuestras emociones a través de los símbolos, los mitos y los ritos, y de cómo el amor romántico perpetúa el capitalismo, el patriarcado y las democracias.

Herrera, C. (5 de septiembre de 2018). Pobrecitos. Blog personal. Recuperado de <https://haikita.blogspot.com/2018/09/pobrecitos.html>

Instituto Mexicano de la Juventud (2008). Encuesta de violencia en las relaciones de Noviazgo 2007. Recuperado de http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/productos//prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/metodologias/est/manual_ent_envin07.pdf

Instituto Mexicano de la Juventud (2017). Violencia contra hombres. Una violencia más silenciosa. Recuperado de <https://www.gob.mx/imjuve/articulos/violencia-contra-hombres-una-violencia-mas-silenciosa?idiom=es>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Recuperado de <http://cuentame.inegi.org.mx/default.aspx>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2014). Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica ENADID. Base de datos INEGI: México. Recuperado de

http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2015/especiales/especiales2015_0_1.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental.

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los hogares ENIGH. Recuperado de <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2016/default.html>

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2016). Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares ENDIREH. Tabulados Básicos INEGI: México. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/boletines/2017/endireh/endireh2017_08.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2017). Consulta interactiva de datos. Recuperado de https://www.inegi.org.mx/sistemas/olap/consulta/general_ver4/MDXQueryDatos.asp?#Regreso&c=12238

Jurado, S., Villegas, Ma. E., Méndez, L., Rodríguez, F., Loperena, V. & Varela, R. (1998). La estandarización del Inventario de Depresión de Beck para los residentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 21 (3), 26-31.

Juric, S. (2011). Difference in relationship satisfaction and adult attachment in married and cohabitating couples. *Anthropos*, 51-69.

Kalhor, M. & Olyaie, N. (2017). Relationship between marital satisfaction and mental health of married women referring to health centers in Sanandaj, Iran in 2014. *Global Journal of Health Science*, 9 (1), 19-23.

- Kaplan, H. (1985), Psychological factors affecting physical conditions [Psychosomatic disorders]. En Kaplan, H. & Saddock (Eds.) *Comprehensive textbook of psychiatry IV*. Baltimore. 1106-1113.
- Kerlinger, F. N. (2002). *Investigación del comportamiento: métodos de investigación en ciencias sociales*. Cuarta edición. México: Mcgraw-hill interamericana.
- Lesthaeghe, R. (1998). On theory development and applications to the study of family formation. *Population and development review*, 24 (1).
- Levinger, G. & Snoek, H. D. (1972). Attraction in relationship; a new look at interpersonal attraction.
- López, F., Moral, J., Díaz-Loving, R. & Cienfuegos, Y. I. (marzo-junio, 2013). Violencia en la pareja. Un análisis desde una perspectiva ecológica. *CIENCIA ergo sum, UAEM, Toluca, México*, 20 (1), 6-16.
- Lovestad, S., Love, J., Vaez, M. & Krantz, G. (2017). Prevalence of intimate partner violence and its association with symptoms of depression; a cross-sectional study based on a female population sample in Sweden. *BMC Public Health*.
- Lown, E. A. & Vega, W. A. (2001). Intimate partner violence and health: self-assessed health, chronic health, and somatic symptoms among mexican-american women. *Psychosomatic Medicine*, 63, 352–360.
- Luzoro, J. (1992). Psicología de la salud. *Revista de psicología, Chile*, 3 (1).
- Martínez, Z. K. (2018). *Propuesta de intervención para tratar la ansiedad en la perimenopausia*. Tesina. Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México.
- Maureira, F. (2011). Los cuatro componentes de la relación de pareja. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14 (1).

- Medina-Mora M. E., Borges, G., Benjet, C., Lara, C., & Berglund, P. (2007). Psychiatric disorders in Mexico: lifetime prevalence in a nationally representative sample. *British Journal of Psychiatry* (190), 521-528.
- Meekers, D., Pallin, S. C. & Hutchinson, P. (2013). Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Women's Health*, 13 (28).
- 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.
- Morales, F. (1999). *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Paidós.
- Morales, J. (2008). Validación de la escala de valoración de la relación en una muestra mexicana. *Revista electrónica de metodología aplicada*, 13 (1), 1-12.
- Moral, J. & López, F. (2014). Medida y relación entre violencia recibida y ejercida contra la pareja. *Revista Internacional de Psicología*, 13 (2), 1-50. Recuperado de <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/96/71>
- Moral, J. & Ramos, S. (2015a). Descripción y comparación de niveles de victimización y perpetración en mujeres y hombres mexicanos. *Revista de Psicología GEPU*, 6 (1), 001-263. ISSN 2145-6569.
- Moral, J. & Ramos, S. (2015b). Propiedades psicométricas del cuestionario de violencia sufrida y ejercida de pareja. *International Journal of Good Conscience*. 10 (2), 109-128.
- Muñoz, M. del C. (1978). Satisfacción e insatisfacción matrimonial: influencia de los factores de balance marital y de autorrealización. Colombia: *Revista Latinoamericana de Psicología*, 10 (3), 337-350.

- Núñez, G. & Zazueta, E. I. (2012). Modernidades e intimidad: aproximaciones conceptuales para el estudio de las transformaciones de las parejas heterosexuales en México.
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: una ciencia del bienestar y la felicidad. 16 (1).
- Organización Mundial de la Salud (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia infligida por la pareja. Washington, DC.
- Organización Mundial de la Salud (2018a). Clasificación Internacional de Enfermedades. Décimo primera edición.
- Organización Mundial de la Salud (2018b). Depresión. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>
- Organización Mundial de la Salud (2018c). Es posible prevenir los trastornos mentales y promover la salud mental, según los últimos datos publicados por la OMS. Recuperado de <https://www.who.int/mediacentre/news/new/nw1/es/>
- Oropeza, R. E. (2011). Dependencia emocional, violencia y satisfacción marital en la relación de pareja. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Página 12 (Diciembre, 2018). El problema de la violencia sexual es político, no moral: Entrevista a la antropóloga Rita Segato, una estudiosa de la violencia machista. Recuperado de <https://www.pagina12.com.ar/162518-el-problema-de-la-violencia-sexual-es-politico-no-moral>
- Pérez, J. (2009). Definición de matrimonio. Recuperado de <https://definicion.de/matrimonio/>

- Pérez, G. T., Dávalos, M. T. & Rentería, J. (Julio-Diciembre 2016). Grado de satisfacción marital en relación a factores sociodemográficos. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 2 (2).
- Perveen, A., Kee, P., IqtidarTaufiq, Khan, W., Abid ur Rehman, Ishtiaq Ali Khan & Morgul, E. (Agosto 2017). Marital Satisfaction and Mental Health among working community in Malaysia, *Global journal for research analysis*, 6 (8).
- Pick, S. & Andrade, P. (1988). Desarrollo y validación de la escala de satisfacción marital. *Psiquiatría*, 9-20.
- Pico-Alfonso, M.A., García-Linares, M.I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. & Martínez, M. (2006). El impacto de la violencia física, psicológica y sexual de la pareja masculina en la salud mental de las mujeres: síntomas depresivos, trastorno de estrés postraumático, ansiedad de estado y suicidio. *Journal of women´s health*, 15 (5), 599-611.
- Pinto, B. (2012). *Psicología del amor: El amor en la pareja*. Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana: Bolivia.
- Pozos, J. L., Rivera S., Reyes, I. & López, M. S. (2013). Escala de felicidad en la pareja: Desarrollo y validación. *Acta de investigación psicológica*. México, 1280- 1297.
- Quilodrán J. (julio/septiembre 2000). Atisbos de cambios en la formación de las parejas conyugales a fines del milenio. El Colegio de México. *Papeles de población*, Número 25.
- Rage, E. J. (1996). *La pareja: elección, problemática y desarrollo*. Universidad Iberoamericana-Plaza y Valdés.
- Rage, E. J. (1997). *Ciclo vital de la pareja y la familia*. Universidad Iberoamericana-Plaza y Valdés.

- Raya, L., Ruiz I., Plazaola J., Brun S., Rueda D., García L., et al. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria* 34.
- Redondo, D. F. (2015). Adaptación de la segunda versión del inventario de depresión de Beck a la gran área metropolitana de costa rica. Tesis. Costa rica. Recuperado de <http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/handle/123456789/2398>
- Riahi, F., Khajeddin, N. & Izadi-Mazidi, L. (2017). Evaluation of relationship between mental health and marital satisfaction in male married students. *Jentashapir journal of health research*, 8 (1).
- Rivera-Ledesma, A., Caballero, N. P., Pérez, I. N., Montero-López, M. (2013). SCL-90 R: Distrés psicológico, género y conductas de riesgo. *UNIV. PSYCHOL: Colombia*. 12(1), 105-118 ISSN 1657-9267
- Rojas-Carrasco, K. E. (2010). Validación del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado en padres con un hijo en terapia intensiva. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 48 (5), 491-496.
- Romero, A., Galicia, V. & Del Castillo, A. (s.f.). La satisfacción con la relación de pareja en la actualidad. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Recuperado de <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/icsa/n10/e9.html>
- Ruiz, I. & Plazaola, J. (2005). Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosomatic Medicine*, 67, 791–797.
- Sánchez, C., Carreño, J., Espíndola, J. G. & Anzures, A, (2007). Las distintas disfunciones sexuales femeninas y la relación con ansiedad rasgo-estado. *Psicología Iberoamericana*, 15 (1), 52-59.

- Sanz-Carrillo, C., Arévalo, E. & García-Campayo, J. (s. f.). Somatización y familia: Intervención del médico de atención primaria. España.
- Secretaría de Gobernación & Consejo Nacional de Población (2012). Violencia en la familia. Secretaría de Gobernación, Ciudad de México. Recuperado de http://www.violenciaenlafamilia.conapo.gob.mx/en/Violencia_Familiar/Violencia_emocional_fisica_sexual_y_economica.
- Secretaría de Salud (2012). Depresión y suicidio en México. México. Recuperado de <http://www.spps.gob.mx/avisos/869-depresion-y-suicidio-mexico.html>
- Secretaría de Salud (2014). Programa de acción específico: Salud mental 2013-2018. Versión electrónica: México. Recuperado de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/11918/Salud_Mental.pdf
- Segato, R. L. (2016). La guerra contra las mujeres. Madrid: Traficantes de sueños. 91-106.
- Silva, C., Hernández, A., Jiménez, B. E. & Alvarado, N. (julio-diciembre, 2016). Revisión de la estructura interna de la subescala de rasgo del Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado para jóvenes de habla hispana. *Psicología y Salud*, 26 (2), 253-262.
- South, S. C. & Krueger, R. F. (2013). Marital satisfaction and physical health: Evidence for an orchid effect. *Psychological science*, 24 (3), 373-378.
- Spielberger, C. D., González-Reigosa, F., Martínez-Urrutia, A., Natalicio, L. F. S. & Natalicio, D. S., (1971). Development of the Spanish edition of the State-Trait Anxiety Inventory. *Interamerican Journal of Psychology*, 5, 3-4.
- Trujano, P., Martínez, A. E. & Camacho, S. I. (2010). Varones víctimas de violencia doméstica: Un estudio exploratorio acerca de su percepción y aceptación.

- Trujano, P. & Mendoza, S. (2003). Violencia doméstica: estudio exploratorio acerca de su percepción y aceptación.
- Valdez, R., Hajar, M. C., Salgado, V. N., Rivera, L., Ávila, L. & Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. Instituto Nacional de Salud Pública: México. 48 (2). 221-231.
- Vargas, H. (2017). Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. *Revista Med Hered.* 48-58.
- Vera, J. (2011). Patrones de comunicación en parejas y su relación con la satisfacción marital en profesores de una universidad privada de Asunción. *Eureka en línea.* 8 (2).
- Vicencio, J. (2011). Mapas del amor y la terapia de pareja. México: Pax México.
- Wagner, F. A., González, C., Sánchez, S., García, C. & Gallo, J. J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. *Salud mental*, 35. 3-11.
- Wallerstein, J., & Blakeslee, S. (1996). *The good marriage*. New York: Warner Books. En Acevedo, V., Restrepo, L. & Tovar, J. (2007). Parejas satisfechas de larga duración en la Ciudad de Cali. *Pensamiento Psicológico*, 3 (008), 85- 107.
- World Health Organization [WHO] (2002). *World report on violence and health summary*. Washington, D.C. ISBN 92 4 154562 3.
- Willi, J. (2004). *Psicología del amor*. Barcelona: Editorial Herder. En Acevedo, V., Restrepo, L. & Tovar, J. (2007). Parejas satisfechas de larga duración en la Ciudad de Cali. *Pensamiento Psicológico*, 3 (008), 85- 107.

Whisman, M. A., Uebelacker, L. A. & Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: The importance of evaluating both partners. *Journal of consulting and clinical psychology, 72* (5), 830-838.

Anexo 1. Consentimiento informado y Ficha de Identificación

El presente cuestionario se elaboró como parte de una investigación sobre las relaciones de pareja, con el propósito de conocer más a profundidad las interacciones con la pareja y cómo éstas pueden tener un impacto en la salud. La participación en esta investigación es voluntaria y libre de cualquier riesgo potencial, y está en libertad de negarse a participar o a continuar. Los datos que aquí sean proporcionados son completamente confidenciales, y su uso será bajo el anonimato, por tanto, le solicitamos responder de la manera más sincera, leer con atención todas las preguntas del cuestionario y no dejar preguntas sin contestar. Agradezco su participación y consentimiento para el uso de los datos.

Sexo: Edad ____ años Ocupación _____

Escolaridad:

Estado civil:

¿Cuánto tiempo lleva viviendo con su pareja? _____ años _____ meses

En ese tiempo, ¿Se han separado por problemas entre ustedes?

¿Por cuánto tiempo? _____ meses/años

¿Tienen hijos? ¿Cuántos? _____

¿Ha buscado atención médica en el último año?

¿En cuántas ocasiones aproximadamente? _____ ¿Por qué motivos (trate de escribir todos los síntomas que recuerde haber presentado)? _____

¿Actualmente tiene algún problema de salud? (indique el diagnóstico médico)

¿Conoce si su pareja tiene algún padecimiento? (Indique si hay un diagnóstico médico) _____

¡Gracias por su participación!

Responsable de la Investigación: Ruiz Jaimes Lizbeth

Contacto: jaimesliizz95@gmail.com

Anexo 2. Escala de Satisfacción marital

Instrucciones: A continuación, se presentan una lista de afirmaciones, por favor lee cada una, y marca la casilla que corresponda al nivel en el que estás de acuerdo con esa frase, de acuerdo a tu relación de pareja.

Totalmente de acuerdo(1)	De acuerdo(2)	Indeciso(3)	En desacuerdo(4)	Totalmente en desacuerdo(5)
--------------------------	---------------	-------------	------------------	-----------------------------

1	Yo sé lo que mi esposo/a espera de nuestro matrimonio.	1	2	3	4	5
2	Mi esposo/a podría hacerme la vida más fácil si quisiera.	1	2	3	4	5
3	Me preocupa mi matrimonio.	1	2	3	4	5
4	Si pudiera volver a empezar, me casaría con otra persona.	1	2	3	4	5
5	Siempre confié en mi esposa.	1	2	3	4	5
6	Mi vida estaría vacía sin mi matrimonio.	1	2	3	4	5
7	Mi matrimonio es demasiado rígido.	1	2	3	4	5
8	Siento que mi matrimonio se ha estancado.	1	2	3	4	5
9	Sé que mi esposo/a me valora.	1	2	3	4	5
10	El matrimonio me está deteriorando la salud.	1	2	3	4	5
11	Me siento perturbado/a, molesto/a o irritable por cosas que pasan en mi matrimonio.	1	2	3	4	5
12	Tengo la capacidad para sacar adelante mi matrimonio.	1	2	3	4	5
13	No me gustaría prolongar mi actual matrimonio para siempre.	1	2	3	4	5
14	Creo que mi matrimonio me dará satisfacción mientras dure.	1	2	3	4	5
15	Es inútil tratar de conservar mi matrimonio.	1	2	3	4	5
16	Considero que mi situación marital es muy placentera.	1	2	3	4	5
17	El matrimonio me ofrece más satisfacciones que cualquier otra cosa que yo hago.	1	2	3	4	5
18	Pienso que mi matrimonio se dificulta más con el pasar del tiempo.	1	2	3	4	5
19	Mi esposo/a me altera y me pone nervioso/a.	1	2	3	4	5
20	Mi esposo/a me permite expresarme y opinar.	1	2	3	4	5
21	Hasta la fecha mi matrimonio ha sido un éxito.	1	2	3	4	5
22	Mi esposo/a me considera con igualdad.	1	2	3	4	5
23	Debo buscar las cosas interesantes y de valor en la vida, fuera del matrimonio.	1	2	3	4	5
24	Mi esposo/a me alienta para que haga un mejor trabajo.	1	2	3	4	5
25	Mi matrimonio restringe mi personalidad.	1	2	3	4	5
26	El futuro de mi matrimonio es prometedor.	1	2	3	4	5
27	Realmente me interesa mi esposo/a.	1	2	3	4	5
28	Me llevo bien con mi esposo/a.	1	2	3	4	5
29	Tengo miedo al divorcio.	1	2	3	4	5
30	Mi esposo/a me exige que me ocupe de él/ella en mi tiempo libre.	1	2	3	4	5
31	Mi esposo/a parece actuar sin fundamento en su trato conmigo.	1	2	3	4	5
32	Mi matrimonio me ha permitido obtener las metas que me he propuesto.	1	2	3	4	5

33	Mi esposo/a está de acuerdo en querer mejorar nuestra relación.	1	2	3	4	5
34	Mi esposo/a y yo nos ponemos de acuerdo en asuntos de diversiones.	1	2	3	4	5
35	Las demostraciones de afecto son mutuamente aceptables en mi matrimonio.	1	2	3	4	5
36	Nuestra vida sexual no es satisfactoria.	1	2	3	4	5
37	Mi esposo(a) y yo estamos de acuerdo respecto a lo que significa la conducta apropiada	1	2	3	4	5
38	Mi esposo/a y yo no tenemos la misma filosofía de la vida.	1	2	3	4	5
39	Mi esposo/a y yo disfrutamos de algunas actividades que son mutuamente satisfactorias.	1	2	3	4	5
40	A veces deseo no haberme casado con mi esposo/a actual.	1	2	3	4	5
41	Mi matrimonio actual definitivamente es infeliz.	1	2	3	4	5
42	Espero con placer la actividad sexual con mi esposo/a.	1	2	3	4	5
43	Mi esposo/a me falta al respeto.	1	2	3	4	5
44	Se me dificulta realmente confiar en mi esposo/a.	1	2	3	4	5
45	La mayoría del tiempo mi esposo/a entiende cómo me siento.	1	2	3	4	5
46	Mi esposo/a no escucha lo que yo le digo.	1	2	3	4	5
47	A menudo tengo conversaciones placenteras con mi esposo/a.	1	2	3	4	5
48	Estoy definitivamente satisfecho/a con mi matrimonio.	1	2	3	4	5

Anexo3. Escala de Violencia en la Pareja, versiones cortas Perpetrador/a-Receptor/a (EVP)

Instrucciones: Lea con atención las siguientes frases e indique en una escala del 1 al 5 con qué frecuencia ocurren las siguientes situaciones en su relación de pareja. Además, señale también en una escala del 1 al 5 qué tanto se siente dañado o agredido por estas situaciones.

N°		FRECUENCIA Siempre (5) Con mucha frecuencia (4) Bastante (3) Algunas veces (2) Nunca (1)	DAÑO Mucho (5) Bastante (4) Poco (3) Muy poco (2) Nada (1)
1	Mi pareja me ha dicho que mi arreglo personal es desagradable.		
2	Mi pareja me ha empujado con fuerza.		
3	Mi pareja se enoja conmigo si no hago lo que él/ella quiere.		
4	Mi pareja me critica como amante.		
5	Mi pareja me rechaza cuando quiero tener relaciones sexuales con él/ella.		
6	Mi pareja vigila todo lo que yo hago.		
7	Mi pareja ha dicho que soy feo/a o poco atractivo/a.		
8	Mi pareja no toma en cuenta mis necesidades sexuales.		
9	Mi pareja me prohíbe que me junte o reúna con amistades.		
10	Mi pareja utiliza el dinero para controlarme.		
11	Mi pareja ha golpeado o pateado la pared, la puerta o algún mueble para asustarme.		
12	Mi pareja me ha amenazado con dejarme.		
13	He tenido miedo de mi pareja.		
14	Mi pareja me ha forzado a tener relaciones sexuales cuando estoy enfermo/a o está en riesgo mi salud o me siento mal.		
15	Mi pareja se molesta con mis éxitos y mis logros.		
16	Mi pareja me ha golpeado.		
17	Mi pareja me prohíbe trabajar o seguir estudiando.		
18	Mi pareja me agrede verbalmente si no atiende a mis hijos como él/ella piensa que debería ser.		

19	Mi pareja se enoja si no atiende a mis hijos como él/ella piensa que debería ser.		
20	Mi pareja se enoja cuando le digo que no me alcanza el dinero que me da o gano.		
21	Mi pareja se enoja si no está la comida o el trabajo hecho cuando él/ella cree que debería estar.		
22	Mi pareja se pone celoso/a y sospecha de mis amistades.		
23	Mi pareja administra el dinero sin tomarme en cuenta.		
24	Mi pareja me chantajea con su dinero.		
25	Mi pareja ha llegado a insultarme.		
26	Mi pareja me limita económicamente para mantenerme en casa o se enoja cuando no apporto o doy el gasto que él/ella cree que debería ser.		
27	Mi pareja se ha burlado de alguna parte de mi cuerpo.		
28	Le he dicho que es culpable de nuestros problemas.		
29	He llegado a gritarle a mi pareja.		
30	Me he enojado cuando me contradice o no está de acuerdo conmigo.		
31	He llegado a insultar a mi pareja.		
32	He amenazado a mi pareja con abandonarlo/la.		
33	Cuando no atiende a mis hijos como yo creo agredo verbalmente a mi pareja.		
34	No tomo en cuenta las necesidades sexuales de mi pareja.		
35	Le he prohibido a mi pareja que se junte o reúna con sus amistades.		
36	He llegado a lastimar físicamente a mi pareja.		
37	Me molesta que mi pareja gaste su propio dinero.		
38	He exigido a mi pareja me dé explicaciones detalladas de la forma en que gasta el dinero.		
39	He dicho a mi pareja que es feo/a o poco atractivo/a.		

Anexo 4. Cuestionario que incluye la subescala Somatizaciones del Inventario de Síntomas de Derogatis, revisado (SCL-90 R)

Instrucciones: A continuación, se presenta una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una **X** en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida le ha preocupado o molestado ese problema durante la última semana. No hay respuestas buenas o malas. No deje frases sin responder.

N°		Nada	Muy poco	Poco	Bastante	Mucho
1	Dolores de cabeza.					
2	Sensación de mareo o desmayo.					
3	Dolores en el pecho.					
4	Dolores en la espalda.					
5	Náuseas o dolor de estómago.					
6	Calambres en manos, brazos o piernas.					
7	Tener dificultades para respirar bien.					
8	Ataques de frío o de calor.					
9	Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
10	Tener un nudo en la garganta.					
11	Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
12	Sentir mis brazos y piernas muy pesados.					

Anexo 5. Inventario de Ansiedad rasgo-estado IDARE

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse se encuentran abajo. Lea cada frase y marque con una **X** en la casilla que indique como se siente **en estos momentos**. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

N°		No en lo absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	Me siento calmado.				
2	Me siento seguro.				
3	Estoy tenso.				
4	Estoy contrariado.				
5	Me siento a gusto.				
6	Me siento alterado.				
7	Estoy preocupado actualmente por algún contratiempo.				
8	Me siento descansado.				
9	Me siento ansioso.				
10	Me siento cómodo.				
11	Me siento con confianza en mí mismo.				
12	Me siento nervioso.				
13	Estoy agitado.				
14	Me siento a punto de explotar.				
15	Me siento relajado.				
16	Me siento satisfecho.				
17	Estoy preocupado.				
18	Me siento muy preocupado y aturdido.				
19	Me siento alegre.				
20	Me siento bien.				

Instrucciones: Algunas expresiones que la gente usa para describirse se encuentran abajo. Lea cada frase y marque una **X** en la frase que indique como se siente **generalmente, habitualmente**, que describan como esta **comúnmente**.

N°		Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21	Me siento mal.				
22	Me canso rápidamente.				
23	Siento ganas de llorar.				
24	Quisiera ser tan feliz como otras personas parecen ser.				
25	Pierdo oportunidades por no poder decidirme.				
26	Me siento descansado.				
27	Soy una persona tranquila, serena y sosegada.				
28	Siento que las dificultades se me amontonan al punto de no poder superarlas.				
29	Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.				
30	Soy feliz.				
31	Tomo las cosas muy a pecho.				
32	Me falta confianza en mí mismo.				
33	Me siento seguro.				
34	Trato de sacarle el cuerpo a las crisis y dificultades.				
35	Me siento melancólico.				
36	Me siento satisfecho.				
37	Algunas ideas poco importantes pasan por mi mente.				
38	Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza.				
39	Soy una persona estable.				
40	Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me siento tenso y alterado.				

Anexo 6. Inventario de Depresión de Beck II BDI-II

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de oraciones. Por favor lea cada grupo de oraciones cuidadosamente y luego escoja en cada grupo únicamente la frase que mejor describa la forma en que usted se ha estado sintiendo durante las **dos últimas semanas**, incluyendo hoy. Encierre con un círculo el número que está a la par de la frase que haya seleccionado. Si le cuesta mucho decidirse entre dos opciones, escoja la que tenga el número más alto. Asegúrese de no escoger más de una frase en cualquier grupo, incluyendo el punto 16 (Cambios en el Patrón del Sueño) o el punto 18 (Cambios en el Apetito).

Tristeza

1. No me siento triste.
2. Me siento triste la mayor parte del tiempo.
3. Me siento triste todo el tiempo.
4. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

Pesimismo

1. No siento desánimo sobre mi futuro.
2. Siento más desánimo sobre mi futuro de lo usual.
3. No espero que las cosas vayan a funcionar para mí.
4. Creo que no tengo esperanzas en mi futuro y que más bien será peor.

Fracasos del pasado

1. No me siento como un(a) fracasado(a).
2. Creo que he fracasado más de lo que debí.
3. Cuando pienso en el pasado, recuerdo muchos fracasos.
4. Creo que soy un total fracaso como persona.

Pérdida de satisfacción

1. Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
2. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
3. Obtengo poca satisfacción de las cosas que solía disfrutar.
4. No obtengo ninguna satisfacción de las cosas que antes disfrutaba.

Sentimientos de culpa

1. No me siento culpable por algo en particular.
2. Me siento culpable por algunas cosas que he hecho o que debí hacer.
3. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
4. Me siento culpable todo el tiempo.

Sensación de Castigo

1. No creo que esté siendo castigado(a).
2. Creo que puedo ser castigado(a).
3. Espero recibir mi castigo(a).
4. Creo que estoy siendo castigado (a).

Disconformidad con mi mismo(a)

1. Me siento igual conmigo mismo(a) como antes.
2. He perdido la confianza en mí mismo (a).
3. Me siento decepcionado (a) de mí mismo (a).
4. No me gusta como soy.

Autocríticas

1. No me critico ni me culpo más de lo usual.
2. Me critico más de lo que solía hacerlo.

3. Me critico por todos mis fallos y defectos.
4. Me culpo por todo lo malo que pasa.

Pensamientos o deseos de Suicidio

1. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
2. Tengo pensamientos de suicidio, pero no lo haría.
3. Me gustaría suicidarme.
4. Me suicidaría apenas tenga la oportunidad de hacerlo.

Llanto

1. No lloro más de lo que solía hacerlo antes.
2. Lloro más de lo que solía hacerlo antes.
3. Lloro por cualquier cosa.
4. Tengo ganas de llorar, pero no puedo hacerlo.

Agitación

1. No me siento más inquieto(a) o agitado(a) de lo normal.
2. Me siento más inquieto(a) o agitado(a) de lo normal.
3. Me siento tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme en un solo lugar.
4. Me siento tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar moviéndome o haciendo algo.

Pérdida de interés

1. No he perdido el interés por las personas o las actividades.
2. Tengo menos interés en las personas o en las actividades que antes.
3. He perdido la mayoría del interés en las personas o en las actividades.
4. Es difícil que algo me interese.

Indecisión

1. Tomo decisiones tan bien como siempre.
2. Tengo más dificultad en la toma de decisiones de lo normal.
3. Tengo mucha mayor dificultad en la toma de decisiones que antes.
4. Tengo problemas a la hora de tomar decisiones.

Inutilidad

1. No me siento inútil.
2. No me considero tan valioso(a) y útil como antes.
3. Me siento más inútil que las demás personas.
4. Me siento extremadamente inútil.

Pérdida de energía

1. Tengo tanta energía como siempre.
2. Tengo menos energía que antes.
3. No tengo la suficiente energía para hacer muchas cosas.
4. No tengo energía para nada.

Cambios en los Hábitos de Sueño

1. No he tenido ningún cambio en mis hábitos de sueño.
2. Duermo un poco más de lo usual.
3. Duermo un poco menos de lo usual.
4. Duermo mucho más de lo usual.
5. Duermo mucho menos de lo usual.
6. Duermo la mayor parte del día.
7. Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volverme a dormir.

Irritabilidad

1. No me siento más irritable de lo normal.
2. Me siento más irritable de lo normal.
3. Me siento mucho más irritable de lo normal.
4. Me siento irritable todo el tiempo.

Cambios en el Apetito

1. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
2. Mi apetito es un poco menor de lo usual.
3. Mi apetito es un poco mayor de lo usual.
4. Mi apetito es mucho menor de lo usual.
5. Mi apetito es mucho mayor de lo usual.
6. No tengo apetito del todo.
7. Tengo hambre todo el tiempo.

Dificultad de Concentración

1. Me puedo concentrar tan bien como siempre.
2. No me puedo concentrar tan bien como antes.
3. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
4. Me parece que no me puedo concentrar en nada.

Cansancio o fatiga

1. No me siento más cansado(a) o fatigado(a) de lo normal.
2. Me canso o me fatigo más fácilmente de lo normal.
3. Me siento tan cansado(a) o fatigado(a) como para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
4. Me siento tan cansado(a) o fatigado(a) como para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

Pérdida de interés en el sexo

1. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
2. Tengo menos interés en el sexo del que solía tener.
3. Tengo mucho menos interés en el sexo ahora.
4. He perdido completamente el interés en el sexo.

Anexo 7. Tríptico informativo

¿Crees que tu relación de pareja influya de alguna manera en tu salud?

En México, más de la mitad de la población mayor de 15 años (es decir, 6 de cada 10), se encuentra casada o en unión libre. Por tanto, la relación de pareja juega un papel importante para que las personas se sientan felices y satisfechas.

Sin embargo, la violencia de pareja (en más casos hacia las mujeres), se ha vuelto un fenómeno que todavía no hemos podido erradicar ni a las consecuencias poco favorables que provoca.



¡¡ Se ha logrado que la violencia no se oculte, y con esto se pretende poder atenderla, pero todavía no es suficiente!!

Reconocer que la violencia sucede, es el comienzo, pero culturalmente reconocer que un hombre es violentado por su pareja o esposa, se ha complicado aún más, y las consecuencias emocionales que les provoca no son claras aún, por lo que es necesario investigar más esta situación.



La violencia recibida, junto con insatisfacción percibida en la relación de pareja, puede provocar afectaciones de cualquier tipo, e ir desde lo más común, como que una discusión con la pareja, haga que tanto el hombre, como la mujer tengan una mala noche, un sueño poco reparador, un estado de ánimo decaído, lo que lleve a algunos a tener un mal día y un mal desempeño en sus actividades, ya sea por el agotamiento físico y por pensar en el problema.



Hasta, supongamos violencia física, que podría acabar con la vida de la víctima o con la separación definitiva que cause para cualquiera de los dos una afectación en su salud mental, como un Trastorno de Depresión Mayor.

Instituciones de atención a la violencia de pareja

Centro de Atención a la violencia Intrafamiliar C.A.V.I.

Calle Gral. Gabriel Hernández 56, Doctores, 06720, CDMX

Teléfono: 01 55 5345 5229

Asociación para el Desarrollo Integral de Mujeres Violadas AC
Salvador Díaz Mirón 140,
Cuauhtémoc, CDMX Tel: 5682 7969 o 5547 8639 Página: www.adivac.org

Casa Gaviota

Concepción Méndez No. 55, Col. Atenor Salas, CDMX Teléfono: 30 96 51 89

Página: www.casagaviota.org.mx

Casa Semillas

Calle Fragonard 84, San Juan, 03730 CDMX Teléfono: 5553 2900; 5553 0109

Página: www.semillas.org.mx

Unidades Delegacionales (15) del INMUJERES en la Ciudad de México
Teléfono: 55122836 ext. 145
Locatel: 56581111
PGJ de la CDMX: 01800000074533

Unidades de Atención a la Violencia Intrafamiliar (16) DIFs CDMX y Estado de México

Directorios en internet:

<http://vivesegura.cdmx.gob.mx/lugares-servicios>

http://difem.edomex.gob.mx/directorio-sis_muni_dif

CTA: Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales
Calle Enrique Pestalozzi No. 1115, Colonia del Valle, Del. Benito Juárez, C.P. 03100. Teléfono: 5200 9632

Centro de Justicia para Mujeres Víctimas de Violencia

Av. San Pablo No. 396, Col. San Martín Xochinahuatl Del.

Azcapotzalco, CDMX Teléfono: 5346 8393

CARIVA: Centro de Atención a

Riesgos Victímales y Adicciones

Calle Dr. Rafael Lucio 220, PB, 1° y 2° piso, Col. Doctores Del. Cuauhtémoc.

C.P. 06720 Teléfono: 5242 6141

Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" en la Facultad de Psicología UNAM

Av. Universidad 3004, Edificio B, Sótano, Copilco Universidad, 04360 Coyoacán, CDMX. Teléfono: 01 55 5622 2309

Call Center de la Facultad de Psicología UNAM: ofrece atención psicológica.

Teléfono 5622-2288

Horario de atención: 8:00 a 20:00hrs, de lunes a viernes.

Contacto: Lizbeth Ruiz

Email: jaimesliizz95@gmail.com

RELACIÓN DE PAREJA Y SALUD

