



Universidad de Cuenca

Facultad de Psicología

Maestría en Psicología mención Jurídica y Forense - I Cohorte

Sintomatología Psicológica de Mujeres Supuestas Víctimas de Violencia en Relación de Pareja. Instituto de Criminología, Criminalística e Intervención Psicosocial Familiar de la Universidad de Cuenca-Ecuador, en el periodo 2023


Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Magíster en Psicología mención Jurídica y Forense

Autor:

Hernan Giovanny Crespo Cabrera

Director:

Miriam Carlota Ordoñez Ordoñez

ORCID:  0000-0002-6039-0384

Cuenca, Ecuador

2023-07-13

Resumen

La violencia contra la mujer ocasionada por su pareja es una problemática psicosocial que se manifiesta en todos los contextos y grupos sociales; ocasiona en las mujeres consecuencias psicológicas como el trastorno de estrés postraumático, del estado de ánimo, disminución de la autoestima, sentimientos de culpa, entre otros. Estudios nacionales refieren que una de cada cuatro mujeres sufre violencia física y cuatro de cada diez mujeres vivieron violencia psicológica en el ámbito de pareja. El **objetivo general** consiste en describir la sintomatología psicológica en mujeres supuestas víctimas de violencia en relación de pareja, atendidas en el Instituto de Criminología, Criminalística e Intervención Psicosocial Familiar de la Universidad de Cuenca-Ecuador, en el periodo 2023. El estudio tuvo un **enfoque cuantitativo**, diseño no experimental, transversal y con un alcance descriptivo. Se trabajó con una población de 30 mujeres que han sido supuestas víctimas de violencia por parte de su pareja y que fueron atendidas en el Instituto de Criminología, Criminalística e Intervención Psicosocial Familiar de la Universidad de Cuenca. Los **instrumentos** aplicados fueron: la ficha sociodemográfica, el inventario de síntomas SCL-90-R y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5 versión forense. Los resultados obtenidos en cuanto a la sintomatología psicológica fueron las obsesiones y compulsiones, seguida de la ideación paranoide y la depresión. Los más puntuados en la dimensión de adicionales fueron pensamientos acerca de la muerte, comer en exceso y los sentimientos de culpa, así como la gravedad de los síntomas de estrés postraumático.

Palabras clave: sintomatología psicológica, mujeres víctimas de violencia, violencia en relación de pareja



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Violence against women caused by their partner is a psychosocial problem that manifests itself in all contexts and social groups; It causes psychological consequences in women such as post-traumatic stress disorder, mood, decreased self-esteem, feelings of guilt, among others. National studies report that one in four women suffers physical violence and four out of ten women experience psychological violence in the context of a couple. The general objective is to describe the psychological symptoms in women alleged victims of intimate partner violence, treated at the Institute of Criminology, Criminalistics and Family Psychosocial Intervention of the University of Cuenca-Ecuador, in the period 2023. The study had a focus quantitative, non-experimental, cross-sectional design and with a descriptive scope. We worked with a population of 30 women who have been alleged victims of violence by their partner and who were treated at the Institute of Criminology, Criminalistics and Family Psychosocial Intervention of the University of Cuenca. The applied instruments were: the sociodemographic record, the SCL-90-R symptom inventory and the Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale according to the DSM-5 forensic version. The results obtained in terms of psychological symptoms were obsessions and compulsions, followed by paranoid ideation and depression. The highest scores in the additional dimension were thoughts about death, overeating and feelings of guilt, as well as the severity of post-traumatic stress symptoms.

Keywords: psychological symptoms, women victims of violence, violence in a couple relationship



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Fundamentación Teórica	7
Violencia, Tipos de Violencia, Violencia de Género y Violencia Ejercida Contra la Mujer	7
Estadísticas Mundiales y Locales sobre Prevalencia de Violencia de Pareja hacia la Mujer	9
Sintomatología Ocasionada por la Violencia de Pareja	10
Proceso Metodológico	14
Enfoque Alcance y Tipo de Diseño	14
Participantes y Contexto	14
Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información	15
Plan de Tabulación y Análisis	16
Consideraciones Éticas	16
Presentación y Análisis de los Resultados	17
Fiabilidad de los Instrumentos	17
Características Sociodemográficas.....	17
Respecto a los Síntomas Clínicos	19
Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático.....	21
Conclusiones	25
Recomendaciones	26

Índice de figuras

Figura 1	Diagrama de cajas y bigotes puntaje total escala gravedad de síntomas	23
-----------------	---	----

Índice de tablas

Tabla 1 Fiabilidad de los Instrumentos	17
Tabla 2 Variables Sociodemográficas N=30.....	18
Tabla 3 Características Relacionadas con la Agresión	19
Tabla 4 Síntomas Clínicos N=30	20
Tabla 5 Síntomas Específicos de la Dimensión Adicionales N=30.....	21
Tabla 6 Gravedad de los Síntomas de TEPT N=30	22
Tabla 7 Síntomas Disociativos N=30	23
Tabla 8 Disfuncionalidad en la vida cotidiana N=30.....	24

Fundamentación Teórica

Violencia, Tipos de Violencia, Violencia de Género y Violencia Ejercida Contra la Mujer

Para comprender de forma más específica y profunda la violencia ejercida contra la mujer, es necesario partir de un análisis de la violencia en sus definiciones generales. Según la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), la violencia se refiere al uso intencional de la fuerza física o el poder, ya sea en forma de hecho o como amenaza, contra otra persona, un grupo o una comunidad o uno mismo. Esta violencia puede causar lesiones, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones.

Según Navarro (2013), las definiciones de violencia más comunes dentro del pensamiento social tradicional se basan en los postulados de las escuelas realistas, que enfatizan en la intencionalidad y voluntarismo personalizados en la amenaza o el uso de la fuerza física o moral, las sanciones, la coacción, y los mecanismos coercitivos para obtener alguna meta contra la voluntad de alguien. Sin embargo, el autor antes citado menciona una definición más moderna de la violencia, que incluye la aplicación indirecta e imperceptible de la fuerza que se traduce en explotación, imposición y dominio, incluso si no es consciente o inmediatamente voluntaria.

Se puede evidenciar que la violencia es un fenómeno complejo que se manifiesta de diversas maneras, ya sea de forma directa o indirecta, y que puede afectar a individuos, grupos o comunidades en diferentes niveles, entre otras. Después de haber establecido una definición general de violencia, es importante enfocarnos en una forma específica de violencia que afecta a muchas personas en todo el mundo: la violencia de pareja ejercida en contra de las mujeres. En este sentido, el marco teórico más adelante expuesto, permitirá dar una explicación sobre su definición y las consecuencias que ocasiona.

Es importante partir de una definición sobre el concepto de violencia de género, en palabras de Jaramillo y Canaval (2020) refiere a una violencia estructural, que se sustenta en una cultura construida en una dominación y las relaciones de poder normalizadas que causan conductas de subordinación e inferioridad. El hecho de vivir en una cultura patriarcal y dominación hacia la mujer ocasiona vulneración de los derechos humanos y en específico contra el género femenino. Las diferencias entre ambos géneros se configuran en discriminación y desigualdad.

La violencia contra la mujer es todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad,

tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. (Yera y Medrano, 2018, p. 2)

Como se mencionó anteriormente, el sistema de dominación de las mujeres denominado patriarcado responde a relaciones inequitativas de dominación sociopolítica, cuyas raíces son históricas, brindándole un papel autoritario al hombre y posicionando a la mujer en una posición de exclusión y subordinación en los diferentes ámbitos en donde se desenvuelve; es decir, en el familiar, laboral, social, etc. Su experiencia vivencial depende de diferentes factores como su edad, posición social, origen, entre otros. Consecuencia de esto es el otorgar a las mujeres un estatus simbólico de menor valor que justifica y racionaliza el uso de la violencia contra ella.

En palabras de Molina y Moreno (2015) existen diferentes tipos de violencia de los cuales la mujer puede ser víctima, entre los cuales se pueden enumerar el maltrato psicológico, emocional, físico, sexual, verbal, social y económico. La violencia física aduce a todo acto de agresión intencionada en que se agrede a la mujer, usando la propia fuerza, algún objeto, sustancia o arma para retener, inmovilizar, ocasionado por parte del agresor. La violencia psicológica refiere a las conductas y actitudes que una persona posee hacia su pareja usando ofensas, críticas, denigraciones, humillaciones, control, sobre responsabilizar, indiferencia, entre otros. La violencia sexual refiere a cualquier acto sexual forzado por parte de la pareja, sea a través de la fuerza, amenazas, intimidación, coacción o por llevarse a cabo en momento de inconsciencia o indefensión.

Aragonés et al. (2018) indican que la violencia de pareja consiste en la violencia psicológica, física, económica o sexual ejercida hacia una mujer y efectuada por el hombre que es o ha sido su pareja o ha mantenido relaciones de afectividad. La agresión siempre presenta características de tipo psicológico y emocional que se presentan de forma paralela con la violencia de cualquier tipo. El autor menciona que las consecuencias de la violencia son difíciles de superar, ya que van disminuyendo de forma progresiva la autoestima de la mujer. La violencia psicológica es la conducta de una persona que arremete contra la dignidad e integridad de otra a través de conductas destructivas, posturas y gestos amenazadores, desvalorizaciones consecutivas, restricción de la libertad, culpabilización de conductas que fueron de responsabilidad del agresor, entre otras.

Lo antes expuesto, concuerda con la OMS (2021) que indica que los diferentes tipos de violencia; es decir, la física, sexual y psicológica infligida por el hombre, es la forma más distintiva de violencia cometida hacia las mujeres en todo el mundo. Añade que la violencia contra las mujeres tiene consecuencias relevantes a corto, medio y largo plazo en el bienestar mental y físico de las mujeres, sus hijos y las familias en general.

Conforme se establece en la Ley Para Prevenir y Erradicar la Violencia Contra las Mujeres en Ecuador (2018), se identifica la tipificación de siete tipos de violencia, siendo estas las siguientes: Física, psicológica, sexual; económica y patrimonial, simbólica, política y gineco-obstétrica.

Estadísticas Mundiales y Locales sobre Prevalencia de Violencia de Pareja hacia la Mujer

Según la OMS (2019) la violencia ocasionada hacia las mujeres es un problema de salud pública cuyo origen se da en la desigualdad de género, provocando obstáculos para el desarrollo sostenible; una de cada tres mujeres a nivel mundial (el 35%) ha sido víctima de violencia sexual y/o física ocasionada por su pareja, o violencia de tipo sexual ocasionada por otra persona, estos datos no incluyen el acoso sexual. En todo el mundo, el 30% de las mujeres es víctima de violencia física o sexual a manos de su pareja en algún momento de su vida. Además, existe el doble de probabilidad de desarrollar depresión y abusar del alcohol en las víctimas.

De igual forma, la OMS (2021) conforme las estimaciones mundiales de la prevalencia de la violencia de pareja para el año 2018 (basadas en diferentes datos del 2000 al 2018) señalan que el 26% de las mujeres de 15 años o más han tenido pareja alguna vez o se han casado, en este contexto han sido víctimas de violencia física y/o sexual ocasionada por su conviviente o su pareja actual o anterior de sexo masculino, como mínimo una vez en su vida. La violencia hacia las mujeres es generalizada a nivel de todo el mundo. Esta no se limita solo a ciertos sectores de la sociedad, sino que se trata de una problemática a nivel mundial de magnitudes pandémicas, que ocasiona afección a cientos de millones de mujeres.

Según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de Ecuador (INEC, 2019) en la aplicación de la *Encuesta Nacional sobre Relaciones Familiares y Violencia de Género contra las Mujeres (ENVIGMU)*, las tipologías de violencia de pareja tienen las prevalencias más altas en el país. En el transcurso de la vida una de cada cuatro mujeres vivenció violencia física y el 40.8% violencia psicológica. En relación con las diferencias a nivel territorial y socio demográfico se destaca que en el ámbito de pareja la mayor prevalencia a lo largo de la vida se encuentra en mujeres que no cuentan con algún nivel educativo o asistieron a un centro de alfabetización en un 58.8%, y en mujeres separadas con el 65.7%.

De igual forma, en una investigación nacional de Cedillo et al. (2022), acerca de la violencia de género contra las mujeres en la provincia del Guayas-Ecuador, se constató que el tipo de violencia más prevalente con un 39.5% era la de tipología psicológica, seguida de la violencia física con 31.4%; en tercer lugar se encontraba la violencia sexual con un 15.6 % y,

finalmente, la violencia económica o patrimonial con el 11.5% de mujeres que indicaban haber sido víctimas de estos tipos de violencia por parte de sus cónyuges, parejas o ex parejas.

Sintomatología Ocasionada por la Violencia de Pareja

Las consecuencias psicológicas se pueden presentar a través de lesiones psíquicas con alteraciones a la adaptación cotidiana y estado de ánimo depresivo, ansiedad o trastorno de estrés postraumático. De forma paralela, se presentan secuelas emocionales que refuerzan el daño psicológico, los que causan incapacidades permanentes en las mujeres víctimas a pesar de recibir tratamiento. En consecuencia, los problemas psicológicos presentados por la mujer víctima de violencia pueden ir de moderados a graves. Walton y Salazar (2019) mencionan que en lo que al área psicológica refiere, la agresión y violencia generan complicaciones graves tanto a corto, como a mediano y largo plazo. La respuesta inmediata suele ser de conmoción, una temporal paralización y negación ante el evento acontecido, seguidas de desorientación y sensación de vacío, depresión, ansiedad, vulnerabilidad e impotencia. A mediano plazo, se pueden manifestar ideas obsesivas/compulsivas, dificultad para concentrarse, insomnio, labilidad emocional, llanto fácil, mayor consumo de medicamentos y adicciones.

Aragonés et al. (2018) mencionan que, en lo referente a las repercusiones en la salud mental, aproximadamente el 60% de las mujeres violentadas presentan dificultades psicológicas moderadas o graves. Siendo los trastornos más habituales la depresión y el trastorno por estrés postraumático, de igual forma se presentan también otras afecciones psicopatológicas como: obsesiones-compulsiones, trastornos de la alimentación, trastornos de ansiedad, intentos autolíticos, entre otros. Además, se ha identificado que muchas mujeres víctimas de violencia de pareja, presentan baja autoestima, sobre todo a nivel de autoconcepto, déficits en la resolución de conflictos y problemas de adaptación a la vida diaria.

El Servicio Murciano de Salud (2010) señala que no se puede concluir sobre un perfil psicológico de mujer que ocasione maltrato por parte de su pareja. No obstante, a causa de la violencia sí surgen diversos síndromes y/o síntomas relacionados con la salud mental de las mujeres. Existen factores de riesgo que incrementan la probabilidad de establecer relaciones de pareja nocivas para la mujer. Las secuelas psicológicas más habituales son la depresión, el Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), que ocasiona afección a cerca de dos tercios de las víctimas. Otros trastornos identificados son el abuso de sustancias como las drogas y el alcohol y el suicidio. Además, son habituales los trastornos de ansiedad, obsesiones compulsiones y las fobias junto con las dificultades de la autoimagen corporal. De acuerdo con este mismo reporte, en la población de mujeres que han sido víctimas de violencia existe una prevalencia cuatro veces mayor de trastornos de la conducta alimenticia que el resto de la población. Se pueden identificar disfunciones sexuales que constituyen una

consecuencia, a pesar de haber terminado la relación de maltrato. El estrés postraumático es uno de los estados sintomáticos representativos sobre las consecuencias de las relaciones con características de violencia tanto psicológicas, físicas, como sexuales.

En una investigación realizada en Argentina, en un centro de atención psicológica sin fines de lucro, se realizó un estudio comparativo de violencia ejercida hacia la mujer por su pareja y las mujeres no víctimas, es estudio buscaba establecer e identificar si las mujeres víctimas presentan mayor probabilidad de manifestar sintomatología de ansiedad y depresión comparadas con las mujeres que no han sufrido violencia por parte de su pareja, reportaron que en el grupo de mujeres víctimas pudieron identificar que la violencia psicológica se presentó en el 100% de la muestra; es decir, en todos los casos; en tanto que, el 69.4% correspondía a la violencia económica y patrimonial, el 66.5% a la violencia física, el 44.7% a la violencia religiosa y el 53.5% a la agresión sexual (Lara et al., 2019).

Además, los datos de la investigación evidenciaron que existe una correlación relevante entre haber vivenciado violencia de pareja y padecer psicopatología psicológica. Las mujeres víctimas de violencia de pareja mostraron síntomas más severos que las mujeres que no han sufrido agresión de su pareja. El grupo de mujeres víctimas mostró sintomatología referente a depresión leve, moderada y severa; en tanto que, las del grupo de correlación que indicaron no haber vivenciado violencia mostraron síntomas de depresión mínimos. En cuanto a los síntomas de ansiedad, el grupo de mujeres víctimas evidencio grados de cierto nivel de preocupación y estrés, grados significativos de tensión y ansiedad, hasta trastornos de ansiedad; en lo que refiere al grupo de mujeres que no vivenciaron violencia la sintomatología presentada fue ausencia de temor, bajos niveles de ansiedad o ansiedad media. Los resultados concluyen que existen diferencias significativas en los síntomas ocasionados por la violencia, comparados con el grupo de mujeres que reportaron no haber experimentado ningún tipo de agresión (Lara Caba et al., 2019).

En Perú, Colque (2020) realizó un estudio durante los años 2018 y 2019 con 108 mujeres que presentaron denuncias a sus parejas por causas de violencia, para su estudio utilizó la herramienta de psicodiagnóstico SCL-90-R como un instrumento de detección de síntomas, ya que su porcentaje de confiabilidad fue muy alta (.98). Identificaron que los síntomas primarios que destacaban en las víctimas de violencia de pareja eran: ansiedad, depresión, trastornos obsesivo-compulsivos y somatización. Dentro de la sintomatología depresiva se presentaban la tristeza, preocupaciones constantes, llanto, anhedonia, culpa y soledad. En cuanto a la sintomatología vinculada a la ansiedad sobresalían: el miedo, temor, nerviosismo, tensión y pensamientos negativos sobre el futuro o de que algo malo pudiese ocurrir. En lo que refiere a los síntomas obsesivos – compulsivos, se encontraban las ideas o pensamientos no deseados e intrusivos, problemas para la correcta toma de decisiones, preocupación por

el orden y problemas de concentración. En cuanto a las somatizaciones, los síntomas que se evidenciaron fueron: dolores de cabeza, agotamiento mental y físico, entre otros. Por lo que, se puede concluir que los efectos psicológicos de las mujeres víctimas de violencia en el contexto de la pareja, son superiores a las mujeres que no han sufrido ningún tipo de agresión, destacándose la sintomatología de ansiedad obsesión – compulsión, depresión, y somatización.

En Ecuador, Calero y Vaca (2019) realizaron una investigación, en donde analizaron los niveles de depresión y ansiedad en mujeres que han sido víctimas de violencia intrafamiliar. Entre los resultados, pudieron identificar que los niveles de depresión y ansiedad no presentaban una diferencia estadísticamente significativa en mujeres con diferente nivel de instrucción educativa.

En Ecuador, Chávez y Juárez (2016) en su estudio de violencia de género realizado, reportaron que las mujeres víctimas de violencia en general presentaban afección emocional; además, en todos los tipos de maltrato se mostraba la agresión psicológica; asimismo, se presentaba un grupo de mujeres que ya no convivían con sus agresores; sin embargo, continuaban siendo agredidas por parte de estos.

En base a los estudios antes mencionados, se puede concluir que, en las mujeres que son víctimas de violencia de pareja se producen diversas consecuencias y alteraciones en la salud mental y emocional, siendo las más relevantes: el trastorno de estrés postraumático, trastornos del estado de ánimo como la depresión, entre otras.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM- 5 de la American Psychological Association (APA, 2014), existen ocho criterios diagnósticos que se deben cumplir para el diagnóstico de Trastorno de Estrés Post Traumático (TEPT), siendo estos: a) exposición a una lesión grave, violencia sexual o muerte, sea real o bajo amenaza. b) síntomas de intrusión asociados al evento traumático que comienzan después del mismo. c) persistente evitación de estímulos que se encuentren asociados al evento traumático. d) alteraciones del estado de ánimo y cognitivas negativas asociadas al evento traumático. e) estado de alerta y reactividad relacionada al evento traumático. f) los criterios b, c, d y e deben durar más de un mes. g) existe malestar y alteración clínicamente significativo y deterioro en las diferentes áreas de funcionamiento. h) la alteración no es atribuible a los efectos de alguna sustancia.

Según el DSM-5 (2014), las obsesiones se refieren a pensamientos, impulsos o imágenes que se presentan de manera repetitiva y persistente, percibiéndose como invasivos e indeseados. Mientras tanto, las compulsiones se definen como conductas o actos repetitivos que una persona se siente obligada a realizar en respuesta a una obsesión o siguiendo estrictas normas que deben ser cumplidas rigurosamente.

Corea Del Cid (2021) define la depresión como un problema de salud pública que afecta a muchas personas en todo el mundo. Su origen es complejo y puede ser resultado de una combinación de factores genéticos, biológicos y psicosociales. Las personas que han experimentado circunstancias vitales difíciles y adversas tienen una mayor probabilidad de padecer cuadros depresivos. Además, la depresión puede generar más estrés y disfunción, lo que empeora aún más la situación de la persona afectada y, por ende, la depresión en sí. Así (Botto et al., 2014) define a la depresión como un trastorno emocional que se presenta mediante una disminución del estado de ánimo, falta de interés en actividades placenteras, sentimientos de baja autoestima y aumento en la autocrítica y en la búsqueda de perfeccionismo. La causa de esta condición puede ser de origen ambiental, neurobiológico o de personalidad, y puede variar en su nivel de influencia.

Con todo lo antes señalado, se puede concluir que la violencia de pareja hacia la mujer es una problemática psicosocial que afecta a todas las edades, tanto del área urbana como de la rural, se manifiesta en todos los grupos étnico-culturales, de todos los niveles socioeconómicos, tal como se ha venido exponiendo, todo esto causa efectos físicos y psicológicos. Las estadísticas y datos anteriormente detallados relucen las preocupantes consecuencias sobre el daño que ésta ocasiona en la vida de las mujeres, en su familia, principalmente en sus hijos/as.

Toda vez que se han expuesto de forma integral tanto los tipos de violencia; así como, las consecuencias psicológicas que éstas producen en las víctimas; es importante precisar que esta investigación pretendió identificar la sintomatología psicológica predominante en mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja atendidas en el Instituto de Criminología, Criminalística e Intervención Psicosocial Familiar de la Universidad de Cuenca-Ecuador en el periodo 2023. De esta forma, se estableció tanto la existencia de síntomas ocasionados por la violencia, así como la gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, mediante la aplicación de las herramientas SCL-90-R y EGS-F.

Todo lo antes detallado, contextualiza el problema de investigación, ya que la violencia hacia la pareja posee dimensiones pandémicas y ocasionan consecuencias negativas en el aspecto psicológico de las víctimas y de su desarrollo integral en general; por lo que, cobra gran importancia obtener información local referente al tema tratado. Por todo lo expuesto, se planteó la siguiente **pregunta de investigación** ¿Cuáles son los síntomas psicológicos predominantes en mujeres supuestas víctimas de violencia en relación de pareja, atendidas en el Instituto de Criminología, Criminalística e Intervención Psicosocial Familiar de la Universidad de Cuenca-Ecuador en el periodo 2023?

El **objetivo general** de este estudio fue describir la sintomatología psicológica en mujeres supuestas víctimas de violencia en relación de pareja, atendidas en el Instituto de

Criminología, Criminalística e Intervención Psicosocial Familiar de la Universidad de Cuenca-Ecuador, en el periodo 2023. **Los objetivos específicos** fueron: 1. Determinar la sintomatología psicológica predominante en las mujeres supuestas víctimas de violencia. 2. Identificar las características sociodemográficas de las mujeres supuestas víctimas de violencia a partir de las variables *edad, estado civil, número de hijos, nivel de instrucción, profesión u oficio, etnia, tiempo de relación con el agresor y vínculo con el agresor*.

Proceso Metodológico

Enfoque Alcance y Tipo de Diseño

La investigación tuvo un **enfoque cuantitativo**, dado que según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), se caracteriza por ser un proceso estructurado, organizado, secuencial y sistemático; utilizando instrumentos estandarizados para la recolección de datos con la finalidad de medir, describir y analizar los fenómenos a estudiar, para posteriormente generar un análisis estadístico sobre una matriz, considerando las diferentes variables.

El estudio tuvo un **alcance** descriptivo, debido a que se pretendió especificar las diferentes características o síntomas psicológicos de las mujeres objeto de estudio. A través de las variables identificadas y analizadas se procedió a describir a cada una de ellas.

El tipo de **diseño** corresponde a la investigación **no experimental de corte transversal**; pues no se procuró manipular las variables deliberadamente ni de forma intencional, sino identificar las características psicológicas de las participantes en su ambiente natural. Al analizar las variables se determinó la sintomatología en un momento y lugar determinados.

Participantes y Contexto

La investigación se realizó con mujeres supuestas víctimas de violencia de pareja atendidas en el Instituto de Criminología, Criminalística e Intervención Psicosocial Familiar de la Universidad de Cuenca-Ecuador, en el periodo 2023. El Instituto perteneciente a la Universidad de Cuenca, se orienta hacia la atención y el bienestar de la familia, como unidad y de cumplimiento adecuado de roles de cada uno de sus miembros por lo que, se realizan procesos terapéuticos dirigidos a la familia y al individuo tanto a niños, niñas, adolescentes y adultos.

Se trabajó en el periodo de **1 de marzo al 30 de abril** del 2023. La población participante fue de 30 mujeres que fueron supuestas víctimas de violencia de pareja remitidas por la Unidad Judicial contra la Violencia y de Familia, por la Junta Cantonal de Protección de Derechos o que hayan acudido por su voluntad al centro. Con lo antes expuesto, se desprende que la muestra es no probabilística ya que la elección de los sujetos no depende de la probabilidad, sino de motivos relacionados con las particularidades y contexto de la investigación (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

A su vez, para ser parte del estudio se debía cumplir los **criterios de inclusión y exclusión** que se mencionan a continuación. Criterios de inclusión: - Mujeres supuestas víctimas de violencia en relación de pareja, atendidas en el Instituto de Criminología, Criminalística e Intervención Psicosocial Familiar de la Universidad de Cuenca-Ecuador, de 18 años y más. - Presentar un estado físico y mental que permita la aplicación de las pruebas estandarizadas. Criterios de exclusión: - Mujeres que durante el proceso investigativo se conozca la sentencia de que no fueron realmente víctimas.

Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de Información

- Ficha sociodemográfica (Anexo 1): Que explora aspectos tales como: edad, estado civil, etnia, número de hijos, nivel de instrucción, profesión u oficio, tiempo de relación con el agresor y vínculo con el agresor.

- Inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis (2002) (Anexo 2): herramienta que identifica el estado de los síntomas psicológicos. Las personas indican en una escala tipo Likert, la intensidad del malestar que les causa cada uno de los 90 ítems de acuerdo con un puntaje que oscila entre 0 (ausencia total de molestia relacionada con el síntoma) hasta 4 (molestia máxima). Se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias y tres índices globales de malestar psicológico: 1) Somatizaciones (SOM), 2) Obsesiones y compulsiones (OBS), 3) Sensitividad interpersonal (SI), 4) Depresión (DEP), 5) Ansiedad (ANS), 6) Hostilidad (HOS), 7) Ansiedad fóbica (FOB), 8) Ideación paranoide (PAR), y 9) Psicoticismo (PSIC). Los índices son: 1) Índice global de severidad IGS), 2) Total de síntomas positivos (TSP), 3) Índice de Malestar Sintomático Positivo (IMSP). El índice general del Alpha de Cronbach de esta herramienta psicodiagnóstica es de 0,96.

- Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F) (Echeburúa et al., 2017) (Anexo 3): analiza la gravedad de los síntomas que padecen las víctimas de violencia de género en el contexto forense, de igual forma, determina la posibilidad de una probable simulación y/o exageración de síntomas. Esta escala fue diseñada a partir de la herramienta clínica (EGS-R) y ha sido validada con un grupo forense. Su objetivo principal es valorar la gravedad de la sintomatología del TEPT en personas adultas, así como el nivel de disfuncionalidad en la vida diaria. La EGS-F posee un control determinado de las preguntas de simulación, lo que la torna una herramienta apropiada para el uso en contextos forenses. Instrumento de evaluación estructurado, de administración heteroaplicada, en un formato de tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas, **0** corresponde a Nada, **1** corresponde a una vez por semana o menos/Poco, **2** equivale de dos a cuatro veces por semana/ Bastante, **3** a cinco o más veces por semana/mucho. Se requiere la presencia de 1 síntoma en reexperimentación, 1 en evitación, 2 en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo y 2 en hiperactivación

psicofisiológica. Se considera un síntoma presente cuando se puntúa, al menos, con dos puntos en el ítem correspondiente (rango del ítem: 0 a 3 puntos).

Plan de Tabulación y Análisis

La recolección de datos se realizó mediante el paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) versión 25. Se calcularon medidas de tendencia central como frecuencias, mínimo, máximo, porcentaje, media aritmética y desviación estándar. Los datos se presentaron en tablas y figuras editadas en Microsoft Excel. Se calculó el Alpha de Cronbach a los dos instrumentos empleados con los participantes de este estudio.

Consideraciones Éticas

La presente investigación cumplió con los **principios éticos** establecidos por el American Psychological Association (2010) garantizando el principio de intervención mínima y el derecho a la privacidad, confidencialidad, beneficencia, responsabilidad, integridad, resguardando el anonimato de todas las participantes. Para precautelar lo antes expuesto, la información recolectada será publicada únicamente con fines académicos en los que se publicaron datos e información general. De igual forma, las participantes tuvieron derecho a ser voluntarias de la investigación, respetando su decisión personal. Considerando que la voluntaria era libre de abandonar la aplicación de los instrumentos estandarizados en el momento que lo decida. Finalmente, para la protección de información, los datos personales obtenidos fueron resguardados en carpetas con código de acceso, este acceso es facultativo únicamente para los investigadores.

Los investigadores declaran no tener **conflicto de intereses** antes o durante el curso de la investigación. En relación al instituto en el cual se desarrolló el mismo, se acuerda como primer autor a quien ha investigado este estudio y como segunda autora a quien dirige; así mismo, a fin de evitar conflictos de intereses, se ha delimitado y especificado que la directora a cargo de esta investigación (autor secundario) no podrá hacer uso de la base de datos, sin contar con el debido consentimiento del autor principal, ni para la presentación en eventos o programas, así como tampoco para futuras publicaciones.

Se aplicó el **consentimiento informado**, cuyo documento expone los detalles relevantes del diseño de investigación, mismo que fue revisado y aprobado por parte del Comité de Ética en Investigación en Seres Humanos (CEISH), de la Universidad de Cuenca, para que las mujeres participantes acepten o desistan participar de la investigación.

Presentación y Análisis de los Resultados

Los resultados se presentan en cuatro apartados: fiabilidad de los instrumentos empleados, características sociodemográficas, síntomas clínicos y gravedad de síntomas de estrés postraumático.

Fiabilidad de los Instrumentos

La fiabilidad de los instrumentos se calculó mediante el alfa de Cronbach y se encontró una fiabilidad entre buena y muy buena en las dos herramientas. La tabla 1 muestra la fiabilidad de las dimensiones y de la escala en general. En el inventario de síntomas el alfa osciló entre .856 y .954. Mientras que, en la escala de gravedad de síntomas, la fiabilidad fue de .888 a .947.

Tabla 1

Fiabilidad de los Instrumentos

Inventario de síntomas			Escala de gravedad de síntomas	
Dimensiones	Depresión	.954	Intrusión	.907
	Psicoticismo	.931		
	Ideación	.856	Evitación	.888
	paranoide			
	Ansiedad	.912		
	fóbica		Dimensiones Cognitiva	.906
	Hostilidad	.880		
	Ansiedad	.926	Activación	.907
	Sensitividad	.939		
	Obsesiones y compulsiones	.917	Disociativos	.947
	Somatización	.942		
SCL total		.990	EGS F total	.974

Características Sociodemográficas

Todas las participantes eran de nacionalidad ecuatoriana, en cuanto a la edad, la mayoría tenía 18 años y, la persona con más edad, tenía 52. La media aritmética (M) de la edad fue de 30 con una desviación estándar (DE) de 9, y, tenían entre 0 y 3 hijos con una M=1. En la tabla 2 se presenta que, en cuanto a las variables sociodemográficas, la mayoría eran mestizas, solteras, tenían un nivel de estudios de bachillerato, eran estudiantes y tenían 23, 28 y 31 años.

Según Llosa y Canneti (2019) en su estudio de depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja, las mujeres solteras, separadas y/o divorciadas presentan más casos de depresión comparadas con las casadas o en unión libre. Los autores concluyen que la violencia de pareja es un factor de riesgo alto para depresión y para conductas suicidas. Por lo que, lo investigado por estos autores es concordante con el presente estudio respecto al estado civil y la sintomatología identificada en mujeres víctimas de violencia de pareja, ya

que se evidenció que la sintomatología clínica más prevalente son obsesiones y compulsiones, la ideación paranoide, la depresión y el TEPT en mujeres solteras.

En la presente investigación, el rango medio de edad de las víctimas era de treinta años. Sin embargo, Huerta et al. (2015) respecto a la edad promedio de mujeres víctimas de violencia de pareja, mencionan que todas las mujeres de diferentes edades presentaron indicadores elevados de TEPT, ya que la edad no es un factor que influya en la aparición de síntomas de estrés postraumático o en la incapacidad para adaptarse a la vida cotidiana. Es la situación de violencia la que interfiere y anula las posibilidades cognitivas, emocionales, afectivas y sociales de la víctima, lo que se refleja en todas las áreas de la inadaptación (trabajo, estudio, vida social, tiempo libre, vida familiar y especialmente en la relación de pareja).

Tabla 2

Variables Sociodemográficas N=30

Variable			N	Variable			N	Variable			N
Etnia	Afroamericana	1		Ama de casa	4		18	2			
	Indígena	1		Arreglo de casa	1		20	1			
	Mestiza	28		Comerciante	2		21	1			
Estado civil	Soltera	17		Comunicación social	1		22	2			
	Casada	6		Desempleada	1		23	3			
	Separada	2		Empleada privada	4		24	1			
	Divorciada	2		En casa	1		25	1			
	Unión libre	3		Estudiante	7		26	2			
			Limpieza	1		27	1				
			Ninguna	1	Edad	28	3				
Profesión/ ocupación	No especifica	2	30	1							
	Peluquera	1	31	3							
	Psicóloga	2	34	1							
	Servidora pública	1	37	1							
				38	1						
Estudios						39	1				
						42	1				
						43	1				
						48	2				
						52	1				
	Tercer nivel	13		Vendedora	1						

También se indagó sobre el vínculo con el agresor y en la tabla 3 se muestra que la relación

que más se destacó fue de *expareja*. En cuanto a los años de relación con el agresor, la mayoría tenía 3 años de relación. Con respecto al número de hijos con el agresor, 14 participantes no tenían hijos con sus agresores, y del total de mujeres que sí tenían hijos, la mayoría tenía uno. Cabe mencionar que en la variable años de relación con el agresor hubo tres participantes que no contestaron este ítem.

Este resultado es concordante con mencionado por Llosa y Canneti (2019) en lo que refiere al vínculo de *expareja* como agresor, ya que en su estudio de depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja, identificaron que las mujeres separadas y/o divorciadas; es decir, que al momento de realizar el estudio eran *expareja* presentan más casos de depresión comparadas con las casadas, en unión libre u otro estado civil.

Tabla 3

Características Relacionadas con la Agresión N=30

	Variables	N		Variable	N
Vínculo con agresor	Compañero de colegio	1	Años de relación con agresor	0	4
	Conviviente	3		1	4
	Enamorado	1		2	3
	Esposa	4		3	5
	Exnovio	3		4	1
	Expareja	8		5	2
	Hermano	1		6	1
	Ninguno	5		8	2
	No indica	1		10	1
	Pareja	2		11	1
	Sobrina	1		12	2
Número de hijos con agresor	0	14		15	1
	1	11			
	2	4		No contestaron	3
	3	1			

Respecto a los Síntomas Clínicos

La tabla 4 presenta los puntajes obtenidos en cada uno de los 12 síntomas clínicos, medidos a través del SCL-90-R. Se muestra que los síntomas predominantes fueron las obsesiones y compulsiones seguido de la ideación paranoide y la depresión. En tanto que, los síntomas menos predominantes fueron la ansiedad fóbica, las somatizaciones y el psicoticismo.

Esto es concordante con lo expuesto por Lara et al. (2019) quienes en su investigación evidenciaron que existe una conexión significativa entre haber sufrido violencia de pareja y desarrollar problemas psicológicos. Las mujeres que han experimentado abuso de su pareja presentan síntomas más graves de psicopatología en comparación con aquellas que no han

sufrido agresiones de su pareja. El grupo de mujeres víctimas presentó síntomas de depresión que variaron en severidad, desde leve a moderada y severa.

En un estudio llevado a cabo por Acevedo (2020), se evaluó a un grupo de 63 mujeres que habían sufrido violencia conyugal y habían sido tratadas en los Centros de Mujeres "IXCHEN". El objetivo del estudio fue analizar los niveles de depresión en el grupo de estudio. Los resultados, indicaron que el porcentaje más alto de las mujeres estudiadas tenía niveles moderados de depresión, seguido por un porcentaje menor de mujeres con niveles leves. Además, un pequeño porcentaje de mujeres presentó síntomas de depresión grave, mientras que otras no mostraron ningún síntoma de depresión.

Tabla 4

Síntomas Clínicos N=30

Síntomas	M	DT	Mínimo	Máximo
Somatizaciones	1.82	1.05	.08	3.50
Obsesiones y compulsiones	2.11	1.04	.00	3.60
Sensitividad	1.96	1.15	.00	3.44
Depresión	2.07	1.11	.00	3.69
Ansiedad	1.94	1.05	.00	3.50
Hostilidad	1.97	1.10	.00	3.83
Ansiedad fóbica	1.72	1.14	.00	3.43
Ideación paranoide	2.09	1.05	.00	3.83
Psicoticismo	1.82	1.09	.00	3.40

La tabla 5 presenta los ítems más puntuados en la dimensión de *adicionales*, En primer lugar, se encontró que la mayoría de las participantes experimentaba pensamientos acerca de la muerte o el deseo de morir. Estos pensamientos son un reflejo preocupante de la profunda angustia psicológica que enfrentan las mujeres que han sido víctimas de violencia, ya que sugieren un sentimiento de desesperanza y deseo de escape de la situación traumática. Además, se observó que muchas participantes manifestaron problemas relacionados con la alimentación, como el comer en exceso, lo que puede indicar la presencia de trastornos alimentarios y una relación compleja entre la violencia sufrida y la salud física y mental. Otro hallazgo destacado fue la presencia de sentimientos de culpa, lo cual sugiere que estas mujeres pueden internalizar la culpa por el abuso sufrido, lo que puede tener consecuencias significativas para su bienestar emocional. Por último, se encontraron problemas para dormir en la mayoría de las participantes, lo que destaca la presencia de trastornos del sueño y la importancia de abordar estos problemas en las intervenciones dirigidas a las mujeres víctimas de violencia.

En relación con la salud mental, la depresión es el trastorno más claramente relacionado con haber sido víctima de violencia de pareja, así como el desarrollo del TEPT aparece más relacionado con la respuesta psicobiológica y psicológica que se emite tras la vivencia del trauma (Savall et al., 2017).

Según un estudio realizado por García et al. (2015) la violencia de pareja es la forma más extendida de violencia contra la mujer, experimentada por cerca del 30% de las mujeres que tienen una pareja en todo el mundo. Es un fenómeno que no discrimina por etnia, nivel socioeconómico ni nivel educativo, y tiene consecuencias negativas tanto en la salud física como en la mental de las víctimas a corto y largo plazo. Las mujeres que han sufrido maltrato por parte de sus parejas suelen desarrollar trastornos por estrés postraumático y depresión, entre otros problemas de salud mental frecuentes.

Tabla 5

Síntomas Específicos de la Dimensión Adicionales N=30

Síntomas	M	DE
Poco apetito	1.93	1.44
Problemas para dormir	2.03	1.40
Pensamientos acerca de la muerte o el morirse	2.07	1.28
Comer en exceso	2.07	1.39
Despertarse muy temprano	1.93	1.28
Sueño intranquilo	1.87	1.33
Sentimientos de culpa	2.10	1.24

Gravedad de Síntomas de Estrés Postraumático

La gravedad de los síntomas de estrés postraumático se presenta en la tabla 6 y se muestra que, tanto en el puntaje total como en todas las dimensiones, hubo más del 50% de casos que presentaron gravedad, tomando como referencia los puntos de corte establecidos. La dimensión que más casos de gravedad presentó fue la de *alteraciones cognitivas*, en tanto que, la que tuvo menos casos fue la de *evitación*. Aunque se debe tener en cuenta que, de las 30 participantes, 18 presentaron simulación, por lo que los resultados podrían no corresponderse con la realidad en su totalidad, pudiendo realizarse a futuro una investigación específica sobre la correlación existente entre Estrés Postraumático y simulación.

En la presente investigación, se ha evidenciado que el trastorno de estrés postraumático y la depresión son los trastornos más comunes en las mujeres maltratadas por sus parejas, en concordancia con lo expuesto por Huerta et al. (2015) quienes mencionan en su investigación que las mujeres que sufren maltrato experimentan esta sintomatología debido a la violencia.

Cuando una persona vive con alguien que la maltrata física o emocionalmente, es común que desarrolle una respuesta de estrés ante los ataques. Si estos se repiten o hay amenazas constantes, pueden aparecer una serie de síntomas crónicos. Como resultado del estrés postraumático, las mujeres víctimas de violencia doméstica presentan coeficientes mayores en todas las edades en el componente de evitación con la inadaptación, lo que significa que cuando aumenta el TEPT también aumenta la inadaptación. Esto se traduce en que la víctima no desea abordar el tema, tiende a minimizar, ocultar o incluso negar el maltrato del que ha sido objeto, lo que aumenta su aislamiento de la familia y amigos.

De igual forma un estudio de Guerrero et al. (2021) señala que las mujeres que han sufrido agresiones físicas, sexuales y psicológicas tienen una mayor probabilidad de desarrollar trastorno de estrés postraumático en comparación con aquellos que han experimentado eventos traumáticos de otro tipo. Los síntomas de evitación, reviviscencia, hipervigilancia, disociativos, estado cognitivo y de ánimo son similares a los que experimentan las personas con TEPT por otras causas.

Tabla 6

Gravedad de los Síntomas de TEPT N=30

Gravedad de los síntomas de TEPT		Categorías	N
Dimensiones	Reexperimentación	No gravedad	8
		Sí gravedad	22
	Evitación	No gravedad	11
		Sí gravedad	19
	Alteraciones cognitivas	No gravedad	7
		Sí gravedad	23
	Hiperactivación	No gravedad	10
		Sí gravedad	20
Simulación	Sí	18	
	No	12	
Puntaje total		No gravedad	9
		Sí gravedad	21

Se presentan también los síntomas disociativos, aunque no constituye una dimensión primaria, proporciona información para complementar los resultados anteriores. En la tabla 7 se señala que el síntoma más predominante fue: *al mirarse en el espejo siente como no fuera usted*.

Lo anteriormente expuesto, concuerda con lo mencionado por Guerrero et al. (2021) quienes mencionan que las reacciones disociativas son comunes en mujeres que han sufrido

agresiones físicas y pueden manifestarse a través de disociación corporal, pesadillas, flashbacks o pensamientos aterradores, debido a la reaparición de recuerdos angustiosos, recurrentes y persistentes.

Tabla 7

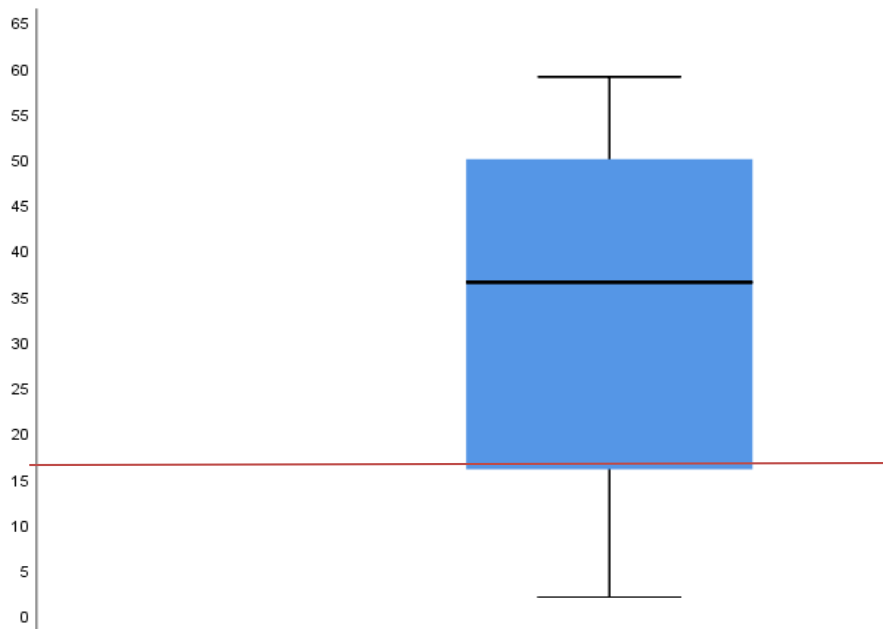
Síntomas Disociativos N=30

Síntomas	M	DE
Al mirarse en el espejo siente como no fuera usted	1.30	1.15
Siente como si su cuerpo no le perteneciera	1.23	1.19
Siente que las cosas que le ocurren son como una especie de fantasía o sueño	1.43	1.14
Percibe el resto de las personas como si no fueran reales	1.27	1.28

Además, en la figura 1 se presenta un diagrama de cajas y bigotes del puntaje total de la escala y se evidencia una tendencia hacia los valores superiores a 20 que es el punto de corte. Sumado a esto, el instrumento permite determinar la presencia de un trastorno de estrés postraumático, de acuerdo con los criterios establecidos. Se identificó que 19 participantes cumplieron con los criterios de trastorno de estrés postraumático, en tanto que, 11 no presentaron síntomas de compatibilidad con algún un trastorno.

Figura 1

Diagrama de Cajas y Bigotes Puntaje Total Escala Gravedad de Síntomas



Finalmente, la escala de gravedad de síntomas permite identificar la disfuncionalidad en las áreas de la vida cotidiana expuesta a continuación:

Tabla 8

Disfuncionalidad en la Vida Cotidiana N=30

Áreas	M	DE
Pareja	1.80	1.06
Relación familiar	1.83	1.12
Laboral/académica	1.53	1.17
Social	1.73	1.14
Ocio	1.80	1.06
Global	2.03	0.96

En la tabla 8 se reveló que las áreas más impactadas por los síntomas fueron la familiar, de pareja y el área de ocio. Por otro lado, se observó que el área laboral/académica presentó la menor afectación. Estos resultados destacan la influencia negativa de la violencia en las relaciones familiares y de pareja, así como en la capacidad de disfrutar del tiempo de ocio. Esto es concordante con Huerta et al. (2015), en lo que refiere al entorno familiar, ya que mencionan que, el trastorno de estrés postraumático al caracterizarse por la reexperimentación del evento traumático a través de pesadillas, imágenes y recuerdos involuntarios y constantes, evitación conductual y cognitiva de los estímulos asociados al trauma, así como una hiperactivación fisiológica. Estas características pueden tener un impacto negativo en el funcionamiento social, laboral y familiar de la persona afectada. Especialmente en el ámbito familiar, el trastorno de estrés postraumático puede afectar la relación y la dinámica familiar al interferir con la capacidad de la persona afectada para interactuar y relacionarse con los miembros de su familia de manera saludable y satisfactoria.

Conclusiones

El estudio se enfocó en describir la sintomatología psicológica en mujeres supuestas víctimas de violencia en relación de pareja atendidas en el Instituto de Criminología, Criminalística e Intervención Psicosocial Familiar de la Universidad de Cuenca-Ecuador en el periodo comprendido entre marzo y abril del 2023. Se identificaron las características sociodemográficas de las mujeres donde la edad promedio es de 30 años, de nacionalidad ecuatoriana, el estado civil predominante fue de solteras, el número de hijos que tienen la mayoría osciló entre 1 y 3 hijos, el nivel de instrucción fue de bachillerato, la mayoría eran estudiantes, de etnia mestiza en un alto porcentaje. La relación más destacada con el agresor fue de expareja y el tiempo de relación con el agresor que más predominaba fue de 3 años. Con respecto a la sintomatología psicológica predominante en las mujeres supuestas víctimas de violencia fueron las obsesiones y compulsiones, seguida de la ideación paranoide y la depresión. Los síntomas menos predominantes fueron la ansiedad fóbica, las somatizaciones y el psicoticismo. Además, los síntomas más puntuados en la dimensión de adicionales fueron los pensamientos acerca de la muerte o el morir, el comer en exceso y los sentimientos de culpa, los cuales forman parte de los criterios clínicos para el diagnóstico de depresión mayor. En cuanto a la gravedad de los síntomas de estrés postraumático, se identificó que más de la mitad de las participantes presentaron gravedad en el puntaje total y en todas las dimensiones, siendo la dimensión de alteraciones cognitivas la que más casos de gravedad presentó. Sin embargo, se debe tener en cuenta que en más de la mitad de los casos se presentó simulación.

Finalmente, se identificó que el área mayormente afectada por la disfuncionalidad en las áreas de la vida cotidiana fue la familiar y la menos afectada fue el área laboral/académica. Lo que indica que no solo las víctimas de la violencia de pareja son las mujeres, sino que existen víctimas indirectas, quienes conforman el entorno familiar.

Recomendaciones

Basado en los resultados obtenidos en la presente investigación, se pueden sugerir diversas recomendaciones para la intervención y prevención de la violencia de género y sus consecuencias en la salud mental de las mujeres afectadas:

Es importante implementar programas de prevención y concientización de la violencia de género, que incluyan la promoción de relaciones saludables, la identificación temprana de signos de violencia y la denuncia oportuna de casos de violencia.

Es necesario garantizar el acceso a servicios de atención y apoyo para las mujeres víctimas de violencia, incluyendo servicios de salud mental y atención legal.

Se recomienda que los servicios de atención a las mujeres víctimas de violencia incluyan evaluaciones exhaustivas de la salud mental, para detectar la presencia de síntomas de trastornos como la depresión y el estrés postraumático, y proporcionar tratamiento y seguimiento apropiados.

Es importante que los profesionales de la salud, incluyendo psicólogos y trabajadores sociales, reciban capacitación adecuada en la identificación y tratamiento de la violencia de género y sus consecuencias en la salud mental.

También se recomienda la investigación continua sobre la prevalencia y las características de la violencia de género y sus consecuencias en la salud mental, para mejorar la comprensión de este problema y desarrollar intervenciones efectivas.

En general, se necesita un enfoque integral y colaborativo para abordar la violencia de género y sus consecuencias en la salud mental de las mujeres afectadas, incluyendo medidas de prevención, atención y seguimiento apropiados.

Referencias

- American Psychological Association. (2010). *Principios éticos de los psicólogos y código de conducta*. American Psychological Association.
http://www.psicologia.unam.mx/documentos/pdf/comite_etica/Codigo_APA.pdf
- American Psychiatric Association [APA] (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.). Editorial Médica Panamericana.
<https://www.medicapanamericana.com/es/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital>
- Aragón de la Cruz, R. M., Farran i Porté, M., Guillén Villegas, C., y Rodríguez Santiago, L. (2018). Perfil psicológico de víctimas de violencia de género, credibilidad y sentencias. 1-114.
https://ceife.gencat.cat/web/.content/home/recerca/cataleg/crono/2018/victimesViolencia_ES.pdf
- Arce, R., Fariña, F., y Vilariño, M. (2015). Daño psicológico en casos de víctimas de violencia de género: Estudio comparativo de las evaluaciones forenses. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 6(2), 72–80.
<https://doi.org/10.1016/j.rips.2015.04.002>
- Botto, A., Acuña, J., y Jiménez, J. P. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista médica de Chile*, 142(10), 1297–1305. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872014001000010>
- Calero, D., Vaca, E. (2019). *Ansiedad y depresión en mujeres víctimas de violencia*. [Tesis de Maestría, Universidad Internacional SEK de Ecuador].
<https://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3513>
- Cedillo Romero, E. del C., Naranjo Pinela, T. C., Santos Yáñez, V. P., y Mayanza Paucar, O. A. (2022). Violencia de género contra las mujeres en la provincia del Guayas, Ecuador. *Revista Lex*, 5(16), 163–175. <https://doi.org/10.33996/revistalex.v6i16.117>
- Chávez, M., Juárez, A. (2016). Violencia de Género en Ecuador. *Revista Publicando*, 3(8) 104-115. <https://1library.co/document/yngnewrj-violencia-ecuador-revista-publicando-violencia-ecuador-mariela-intriago.html>
- Colque Casas, J. L. (2020). Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista EDUCA UMCH*, 15(1), 5-22
<https://doi.org/10.35756/educaumch.202015.129>
- Corea Del Cid, M. T. (2021). La depresión y su impacto en la salud pública. *Revista Médica Hondureña*, 89(1), 46–52. <https://doi.org/10.5377/rmh.v89iSupl.1.12047>
- Derogatis, L. (2002). *Manual SCL-90-R, Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA Ediciones.
<https://www.pearsonclinical.es/scl-90-r-test-de-los-90-sintomas>

- Echeburúa, E., Amor, P. J., Muñoz, J. M., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (2017). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: Versión forense (EGS-F). *Anuario de Psicología Jurídica*, 27(1), 67–77. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.02.005>
- Echeburúa, E., y del Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Siglo Veintiuno Ed. <https://epage.pub/doc/manual-de-violencia-familiar-enrique-echeburua-y-paz-de-corral-y7rkjl0z6w>
- Echeburúa, E., y del Corral, P. (1999). Programas de intervención para la violencia familiar. *Boletín Criminológico*. <https://doi.org/10.24310/Boletin-criminologico.1999.v5i.8933>
- Escudero Nafs, A., Polo Usaola, C., López Gironés, M., y Aguilar Redo, L. (2005). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género: II: Las emociones y las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(96), 59-91. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352005000400005>
- Estrella-González, M. de los Á., Ramírez-Coronel, A. A., Minchala-Urgilés, R. E., y Altamirano-Cardenas, L. F. (2021). Violencia de género en mujeres Azogueñas. *Killkana Salud y Bienestar*, 4(4), 1–8. <https://doi.org/10.26871/killcanasalud.v4i4.741>
- Frías, S. M. (2014). Ámbitos y formas de violencia contra mujeres y niñas: Evidencias a partir de las encuestas. *Acta Sociológica*, 65(1) 11–36. [https://doi.org/10.1016/S0186-6028\(14\)70235-X](https://doi.org/10.1016/S0186-6028(14)70235-X)
- García, M. J., y Matud, M. P. (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud mental*, 38(5), 321–327. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.044>
- Guerrero Vaca, D. J., García Ramos, D. C., Peñafiel Salazar, D. de los Á., Villavicencio Narváez, L. del C., y Flore Fernández, V. F. (2021). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión Post-traumatic stress disorder in women victims of violence. *A review*. 7(3), 667-688. <http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i3.1960>
- Hernández-Sampieri, D. R., y Mendoza Torres, C. P. (2018). *Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGrawHill Education <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
- Huerta Rosales, R. E., Miljánovich Castilla, M., Pequeña Constantino, J., Campos Pacheco, E., Santivañez Olulo, R., y Aliaga Tovar, J. (2015). Estrés post traumático e inadaptación en mujeres víctimas de violencia doméstica en la relación de pareja en función de la edad. *Revista de Investigación en Psicología*, 17(2), 59-75. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v17i2.11258>

- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2019). Encuesta nacional sobre relaciones familiares y violencia de género contra las mujeres (envigmu). https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Violencia_de_genero_2019/Boletin_Tecnico_ENVIGMU.pdf
- Illescas Zhicay, M. M., Tapia Segarra, J. I., y Flores Lazo, E. T. (2018). Factores socioculturales que influyen en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar. *Killkana Social*, 2(3), 187–196. https://doi.org/10.26871/killkana_social.v2i3.348
- Jaramillo Bolivar, C. D., y Canaval Erazo, G. E. (2020). Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto. *Universidad y Salud*, 22(2), 178–185. <https://doi.org/10.22267/rus.202202.189>
- Lara Caba, E. Z., Aranda Torres, C., Zapata Boluda, R., Bretones Callejas, C., y Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>
- Lescano López, G. S., Salazar Roldan, V. del R. (2020). Dependencia emocional, depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia. *Delectus*, 3(3), 1–13. <https://doi.org/10.36996/delectus.v3i3.81>
- Ley para prevenir y erradicar violencia contra las mujeres (5 de febrero del 2018). https://www.igualdad.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/05/ley_prevenir_y_erradicar_violencia_mujeres.pdf
- Molina Rico, J. E., y Moreno Méndez, J. H. (2015). Percepción de la experiencia de violencia doméstica en mujeres víctimas de maltrato de pareja. *Universitas Psychologica*, 14(3) 997-1008. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-3.pevd>
- Muñoz, J. M., y Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: Implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*, 26(1), 2–12. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.10.001>
- Navarro, K. (2013). Conflicto, violencia y no violencia. *Revista de derecho y ciencias sociales* 6 (1) 95-107. dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5167573
- Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional Europea. (2013). *Salud y reducción de las desigualdades: resumen de políticas*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341012>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). Respeto a las mujeres: *Prevención de la violencia contra las mujeres*. Ginebra, O (WHO/RHR/18.19). Licencia: CC BY-MC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337198/WHO-RHR-18.19-spa.pdf>

- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018: Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres: resumen*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/349589>
- Organización de las Naciones Unidas. (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer*. Informe del secretario general. <https://www.refworld.org/es/docid/484e7a992.html>
- Ortiz, E. L. L., Macias-Esparza, L. K., Amell, R. C., y Viaplana, G. F. I. (2020). Facilitando la separación psicológica de las mujeres en proceso de terminar una relación de pareja violenta. *Clínica Contemporánea*. 11 (1) 1-17 <https://doi.org/10.5093/cc2020a4>
- Piedra-Cristóbal, J., Rosa-Martín, J. J., y Muñoz-Domínguez, M. C. (2018). Intervención y prevención de la violencia de género: Un acercamiento desde el trabajo social. *Trabajo Social Global-Global Social Work*, 8(14), 195–216. <https://doi.org/10.30827/tsg-gsw.v8i14.6595>
- Quintana, D. L., y Otegui, J. (2017). *Una mirada al abordaje asistencial a mujeres víctimas de violencia doméstica*. 33(3):217-218. <https://revista.rmu.org.uy/ojsrmu311/index.php/rmu/article/view/105/92>
- Rincón, P. P., Labrador, F. J., Arinero, M., y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana* 22 (1),105-116. <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=79902210>
- Servicio Murciado de Salud. (2010). Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja. *Guía práctica Clínica*. https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_470_maltratadas_compl.pdf
- Savall Rodríguez, M. F., Blasco Ros, C., y Martínez Ortiz, M. (2017). Deterioro de la salud mental asociada a la violencia de pareja: Diferente impacto en la psicopatología de las mujeres. *Información Psicológica*, 114 (1), 15–26. <https://doi.org/10.14635/IPSIC.2017.114.3>
- Walton, S. M., y Salazar Pérez, C. A. S. (2019). *La violencia intrafamiliar. Un problema de salud actual*. 21 (1) 96-105. <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v21n1/1608-8921-gme-21-01-96.pdf>
- Yera Alós, I. B., y Medrano Allieri, Y. E. (2018). Violencia infligida por la pareja. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 34(2), 1-11. http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v34n2/a02_461.pdf

Anexos

Anexo A. Ficha sociodemográfica

Ficha sociodemográfica
Edad:
Etnia:
Nacionalidad:
Estado civil:
Número de hijos
Nivel de instrucción:
Profesión u oficio
Vínculo con el agresor:
Tiempo de relación con el agresor:
Número de hijos (especificar número de hijos con el agresor):

Anexo B. SCL 90-RL. R. Derogatis

Nombre..... Edad: Fecha de hoy:

Marcar con una cruz las opciones que correspondan

Sexo:

☐ Mujer ☐ Varón

Educación:

☐ Primario incompleto ☐ Secundario incompleto ☐ Terciario incompleto

☐ Primario completo ☐ Secundario completo ☐ Terciario/universitario completo

Estado civil:

☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Viudo/a

☐ Casado ☐ Separado ☐ En pareja

Ocupación:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia actual:

A continuación, le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

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

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**NADA - UN POCO - MODERADAMENTE – BASTANTE –
MUCHO.**

	Nada	Un Poco	Moderadamente	Bastante	Mucho

1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mí falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					

36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.					
67. Necesitar romper o destruir cosas.					

68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aun estando con gente.					
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

Anexo C. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGS-F)

ESCALA DE GRAVEDAD DE SÍNTOMAS DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (EGS-F) (VERSIÓN FORENSE)

(Echeburúa, Amor, Muñoz, Sarasua y Zubizarreta, 2017)

Nº: Fecha: Sexo: Edad:
Estado civil: Profesión: Situación laboral:

1. SUCESO TRAUMÁTICO

Descripción: _____

Tipo de exposición al suceso traumático

- ☐ Exposición directa
☐ Testigo directo
☐ Otras situaciones
 ☐ Testigo por referencia (la víctima es una persona significativa para el sujeto)
 ☐ Interviniente (profesional/particular que ha ayudado en las tareas de emergencias)

Frecuencia del suceso traumático

- ☐ Episodio único
☐ Episodios continuados (por ej., maltrato crónico, abusos sexuales reiterados)

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió?: _____(meses) / _____(años)

¿Ocurre actualmente? No Sí (indíquese el tiempo transcurrido desde el último episodio): _____(meses) / _____(años)

¿Ha recibido algún tratamiento por el suceso sufrido? ☐ No
 Sí(especificar): _____

Tipo de tratamiento	Duración	¿Continúa en la actualidad?
<input type="checkbox"/> Psicológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
<input type="checkbox"/> Farmacológico	_____ (meses) / _____ (años)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí

Exposición al suceso traumático en la infancia/adolescencia: No Sí

Revictimización a otro suceso traumático: No Sí

Secuelas físicas experimentadas: No Sí (especificar): _____

2. NÚCLEOS SINTOMÁTICOS

Colóquese en cada síntoma la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la duración e intensidad del síntoma.

0	1	2	3
Nada	Una vez por semana o menos/Poco	De 2 a 4 veces por semana/ Bastante	5 o más veces por semana/ Mucho

Síntomas de intrusión	
Ítems	Valoración
1. ¿Experimenta recuerdos o imágenes desagradables y repetitivas del suceso de forma involuntaria?	0 1 2 3
2. ¿Tiene sueños desagradables y recurrentes sobre el suceso?	0 1 2 3
3. ¿Hay momentos en los que realiza conductas o experimenta sensaciones o emociones como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0 1 2 3
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso o prolongado al exponerse a situaciones o pensamientos/imágenes que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
5. ¿Siente reacciones fisiológicas intensas (sobresaltos, sudoración, mareos, etc.) al tener presentes pensamientos/imágenes o situaciones reales que le recuerdan algún aspecto del suceso?	0 1 2 3
S1. ¿Tiene pesadillas sobre lo que le ocurrió únicamente cuando duerme solo/a?	Sí No

Puntuación en intrusiones: _____ (Rango: 0-15)

Evitación conductual/cognitiva	
Ítems	Valoración
6. ¿Suele evitar personas, lugares, situaciones o actividades que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
7. ¿Evita o hace esfuerzos para alejar de su mente recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
8. ¿Procura evitar hablar de determinados temas que provocan recuerdos, pensamientos o sentimientos relacionados con el suceso porque le crea malestar emocional?	0 1 2 3
S2. ¿Le entran ganas de contar su historia en cuanto tiene conocimiento de que otras personas han pasado por sucesos parecidos al suyo?	Sí No
S3. Desde que le sucedió esto, ¿le pasa a veces que puede hablar con "otro yo" que está fuera de usted?	Sí No

Puntuación en evitación: _____ (Rango: 0-9)

Alteraciones cognitivas y estado de ánimo negativo				
Ítems	Valoración			
9. ¿Muestra dificultades para recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0	1	2	3
10. ¿Tiene creencias o expectativas negativas sobre sí mismo, sobre los demás o sobre el futuro?	0	1	2	3
11. ¿Suele culparse a sí mismo o culpar a otras personas sobre las causas o consecuencias del suceso traumático?	0	1	2	3
12. ¿Experimenta un estado de ánimo negativo de modo continuado en forma de terror, ira, culpa o vergüenza?	0	1	2	3
13. ¿Se ha reducido su interés por realizar o participar en actividades importantes de su vida cotidiana?	0	1	2	3
14. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a las personas que lo rodean?	0	1	2	3
15. ¿Se nota limitado para sentir o expresar emociones positivas (por ejemplo, alegría, satisfacción o sentimientos amorosos)?	0	1	2	3
S4. ¿Le entretienen sus <i>hobbies</i> únicamente cuando los practica con amigos/as?	Sí	No		

Puntuación en alteraciones cognitivas/estado de ánimo negativo: ____ (Rango: 0-21)

Aumento de la activación y reactividad psicofisiológica				
Ítems	Valoración			
16. ¿Suele estar irritable o tener explosiones de ira sin motivos aparentes que la justifiquen?	0	1	2	3
17. ¿Muestra conductas de riesgo (comida descontrolada, conducción peligrosa, conductas adictivas, etc.) o autodestructivas?	0	1	2	3
18. ¿Se encuentra en un estado de alerta permanente (por ejemplo, pararse de forma repentina para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso?	0	1	2	3
19. ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	0	1	2	3
20. ¿Tiene dificultades de concentración, por ejemplo, para seguir una conversación o al atender a sus obligaciones diarias?	0	1	2	3
21. ¿Muestra dificultades para conciliar o mantener el sueño o para tener un sueño reparador?	0	1	2	3
S5. ¿Se siente tranquilo/a si está acompañado/a cuando hay algo que le recuerda lo que le pasó?	Sí	No		
S6. ¿Se concentra únicamente cuando hace una tarea que le gusta (leer, hacer <i>sudokus</i> , jugar a videojuegos, etc.)?	Sí	No		

Puntuación en activación/reactividad psicofisiológica: ____ (Rango: 0-18)

Puntuación total de la gravedad del TEPT: ____ (Rango: 0-63)

Puntuación en la subescala de Simulación: ____ (Rango: 0-6)

3. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

Síntomas disociativos				
Ítems	Valoración			
1. ¿Al mirarse en un espejo se siente como si realmente no fuera usted?	0	1	2	3
2. ¿Siente como si su cuerpo no le perteneciera?	0	1	2	3
3. ¿Siente que las cosas que le ocurren son una especie de fantasía o sueño?	0	1	2	3
4. ¿Percibe al resto de las personas como si no fueran reales?	0	1	2	3

Puntuación en síntomas disociativos: _____ (Rango: 0-12)

Presencia de, al menos, dos síntomas disociativos: ☐ Sí ☐ No

Presentación demorada del cuadro clínico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

4. DISFUNCIONALIDAD EN LA VIDA COTIDIANA RELACIONADA CON EL SUCESO TRAUMÁTICO

Áreas afectadas por el suceso traumático				
Áreas	Valoración			
1. Deterioro en la relación de pareja	0	1	2	3
2. Deterioro de la relación familiar	0	1	2	3
3. Interferencia negativa en la vida laboral/académica	0	1	2	3
4. Interferencia negativa en la vida social	0	1	2	3
5. Interferencia negativa en el tiempo de ocio	0	1	2	3
6. Disfuncionalidad global	0	1	2	3

Puntuación en el grado de afectación del suceso: _____ (Rango: 0-1)