

# UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos II  
(Psicología Diferencial y del Trabajo)



## TESIS DOCTORAL

**La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad chilena**

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

**Paloma Labra Valverdi**

Directoras

Marta Aparicio García  
Rosa Patró Hernández

**Madrid, 2014**

**UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**Departamento de Personalidad, Evaluación**

**Y Tratamientos Psicológicos II (Psicología Diferencial y del Trabajo)**



**LA SALUD MENTAL DE MUJERES SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA DE**

**GÉNERO: UNA REALIDAD CHILENA**

**MEMORIA PRESENTADA PARA OPTAR AL GRADO DE**

**DOCTOR POR PALOMA LABRA VALERDI**

Bajo la dirección de las Doctoras:

Marta Aparicio García

Rosa Patró Hernández

Madrid 2014

© Paloma Labra Valerdi, 2014



UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico II



**LA SALUD MENTAL DE  
MUJERES SUPERVIVIENTES DE  
VIOLENCIA DE GÉNERO: UNA REALIDAD CHILENA**

TESIS DOCTORAL

PALOMA LABRA VALERDI

Directoras: Dra. Marta Aparicio García y Dra. Rosa Patró Hernández

Madrid, 2014

## **DEDICATORIA**

*A las mujeres chilenas que fueron y serán motor fundamental en mi trabajo.*





## **AGRADECIMIENTOS**

Mi principal agradecimiento es al Gobierno de Chile a través de Becas Chile (ex Beca Presidente de la República) por brindarme el financiamiento de estudiar en el extranjero, y a la Universidad Complutense de Madrid de hacer posible este trabajo de investigación con mujeres chilenas, al igual que a la colaboración del Servicio Nacional de la Mujer del Gobierno de Chile (SERNAM), que junto a sus trabajadoras de cada Centro de la Mujer estuvieron dispuestas a brindar un ayuda y acogida en los distintos lugares periféricos de la ciudad de Santiago de Chile, donde los recursos e infraestructura son escasos, pero brindan una labor de excelencia y entrañable dedicación al trabajo en terreno.

El motor fundamental de este trabajo tanto inspirador como motivacional, es a todas las mujeres usuarias de los distintos centros de atención ambulatoria pertenecientes a SERNAM. Mujeres de historias de vidas admirables por su resiliencia y empuje a merecer una vida mejor, mujeres que a pesar de las adversidades que vivieron cuando niñas y/o en su vida adulta han sido capaces de resistir a los traumas y vivir en un crecimiento humano que cada día se refleja y se admira. Mujeres que ni un terremoto hizo que mi investigación parara un día, a ellas que al finalizar este trabajo, solo me quedó la opción ética de guiar sus trabajos de reparación, lo cual solo hizo que mi admiración creciera aún más.

Agradezco además a mis tutoras de tesis las Profesoras Doctoras Marta Aparicio García y Rosa Patró Hernández, quienes a pesar de las distancias siempre estuvieron apoyando con sus herramientas más allá del área académica, porque luego de años de

trabajo ellas pertenecen también e indirectamente pudieron ser parte de la experiencia de cada mujer en Chile que brindó su cooperación.

Mi especial reconocimiento al Profesor Doctor Rubén Alvarado, quien en forma altruista cooperó con sus conocimientos y me motivó para proseguir en este camino de aprendizaje, a su enseñanza no solo académica sino a la admiración que nace a un hombre que su humildad es tan grande como su saber.

También agradezco a mi familia, a cada uno de ellos, quienes vivieron los primeros años de investigación con cierta tristeza la lejanía, pero a pesar de ello siempre mostraron su apoyo incondicional en esta tarea y su cariño hizo que las distancias se convirtieran en una llamarada de oleada de energía con el fin de proseguir.

**ÍNDICE DE CONTENIDO**

|   | página    |
|---|-----------|
| ÍNDICE DE CUADROS, FIGURAS, GRÁFICOS Y TABLAS                       | 15        |
| EXTENDED SUMMARY  | 23        |
| INTRODUCCIÓN  | 27        |
| PRIMERA PARTE: CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA                            | 31        |
| <b>Capítulo 1. Concepto y prevalencia de la violencia de género</b> | <b>33</b> |
| 1.1. Concepto de violencia de género                                | 36        |
| 1.1.1. Definiciones internacionales                                 | 36        |
| 1.1.2. Definiciones en Latinoamérica                                | 41        |
| 1.2. Actitud social chilena ante la problemática                    | 43        |
| 1.3. Prevalencia del problema                                       | 48        |
| 1.3.1. Prevalencia del problema a nivel mundial                     | 49        |
| 1.3.2. Prevalencia del problema a nivel latinoamericano             | 53        |
| 1.3.3. Prevalencia e incidencia del problema: una realidad chilena  | 54        |
| <b>Capítulo 2. Caracterización de la violencia de género</b>        | <b>57</b> |
| 2.1. Tipos de malos tratos  | 59        |
| 2.2. Causas de la violencia de género                               | 62        |
| 2.2.1. Modelo ecológico aplicado a la violencia de género           | 62        |
| 2.2.2. Macrosistema: el patriarcado y el machismo                   | 65        |

|  |           |
|--|-----------|
| 2.3. Dinámica de las relaciones de maltrato  | 69        |
| 2.3.1 Dinámicas según el ciclo de vida de la mujer   | 70        |
| 2.3.1.1. En las relaciones de noviazgo   | 70        |
| 2.3.1.2. En el embarazo  | 71        |
| 2.3.2. Ciclo de la violencia   | 72        |
| 2.4. Factores relacionados con el mantenimiento de las relaciones de maltrato  | 74        |
| <b>Capítulo 3. La salud mental de la mujer superviviente de violencia de género</b>  | <b>83</b> |
| 3.1. La salud de la mujer desde el modelo biopsicosocial   | 85        |
| 3.2. Repercusiones en la salud física  | 90        |
| 3.3. Repercusiones en la salud mental  | 94        |
| 3.3.1. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)  | 97        |
| 3.3.2. Depresión   | 105       |
| 3.3.3. Otras repercusiones en la salud mental: autoestima, alcohol y/o abuso de sustancia e ideación / intento de suicidio | 109       |
| 3.3.4. El síndrome la mujer maltratada   | 112       |
| 3.4. Repercusiones en la salud social (trabajo)  | 113       |
| 3.5. Repercusiones en los/as hijos/as  | 114       |
| 3.6. Estudios de salud mental en mujeres chilenas supervivientes de maltrato en la pareja                                  | 117       |
| 3.7. Intervención en mujeres maltratadas   | 120       |

|   |     |
|---|-----|
| <b>Capítulo 4. Factores influyentes en el impacto psicológico del maltrato</b>        | 125 |
| 4.1. Elementos básicos de la relación estrés salud                                    | 128 |
| 4.2. La violencia de género como una experiencia traumática                           | 130 |
| 4.3. Factores que influyen en el impacto psicológico de las experiencias traumáticas. | 135 |
| 4.3.1. Factores individuales  | 135 |
| 4.3.2. Nivel de desarrollo del individuo  | 137 |
| 4.3.3. Severidad del trauma   | 139 |
| 4.3.4. Contexto social previo y posterior al trauma                                   | 142 |
| 4.3.5. Eventos estresantes adicionales al trauma                                      | 145 |
| <br>  |     |
| <b>Capítulo 5. Resiliencia en la mujer superviviente de violencia de género</b>       | 151 |
| 5.1. El concepto de resiliencia: generaciones y escuelas                              | 153 |
| 5.2. Resiliencia y términos afines/relacionados                                       | 157 |
| 5.3. Tipos de resiliencia   | 161 |
| 5.4. Medición de la resiliencia   | 164 |
| 5.5. Maltrato y resiliencia   | 173 |
| 5.6. Promoción de la resiliencia  | 177 |

|   |     |
|---|-----|
| SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA                                       | 183 |
| <b>Capítulo 6. Método</b>   | 185 |
| 6.1. Objetivos e hipótesis  | 187 |
| 6.2. Diseño   | 198 |
| 6.3. Participantes  | 201 |
| 6.4. Instrumentos   | 203 |
| 6.4.1. Historia de maltrato/contextuales                                    | 203 |
| 6.4.2. Factor individual: nivel de resiliencia                              | 206 |
| 6.4.3. Salud mental   | 207 |
| 6.5. Procedimiento  | 211 |
| 6.6. Análisis de datos  | 212 |
| <b>Capítulo 7. Resultados</b>   | 217 |
| 7.1. Análisis descriptivo   | 219 |
| 7.1.1. Variables de la historia de maltrato                                 | 220 |
| 7.1.1.1. Duración de la situación de maltrato                               | 220 |
| 7.1.1.2. Tiempo transcurrido del último episodio de violencia               | 221 |
| 7.1.1.3. Nivel de violencia sufrida durante el último año de<br>convivencia | 221 |
| 7.1.1.4. Antecedentes de violencia en la infancia                           | 225 |
| 7.1.2. Variables contextuales   | 228 |
| 7.1.2.1. Apoyo social   | 228 |

|   |     |
|---|-----|
| 7.1.2.2. Nivel de estresores adicionales  | 234 |
| 7.1.3. Variable individual: resiliencia   | 235 |
| 7.1.4. Variables de salud mental  | 236 |
| 7.2. Análisis de las relaciones entre los niveles de salud, variable de historia de maltrato, variables contextuales e individual (resiliencia) | 241 |
| 7.2.1. Relación entre los niveles de salud mental, la duración de la violencia, nivel de violencia y nivel de estresores adicionales            | 246 |
| 7.2.2. Relación entre los niveles de salud mental, el tiempo transcurrido del último episodio de violencia y el nivel de apoyo social percibido | 247 |
| 7.2.3. Relación entre los niveles de salud mental y resiliencia   | 249 |
| 7.3. Análisis de la relación entre los niveles de salud mental e historia de victimización de la infancia de la mujer                           | 252 |
| 7.4. Análisis de regresión entre la resiliencia, historia de violencia, variables contextuales y los niveles de salud mental.                   | 254 |
| <b>Capítulo 8. Discusión y Conclusiones</b>   | 265 |
| <b>Capítulo 9. Limitaciones y perspectivas a futuro</b>   | 283 |
| TERCERA PARTE Referencias bibliográficas  | 291 |
| CUARTA PARTE Anexos   | 335 |



## ÍNDICE DE CUADROS

| Número del cuadro | Título   | Página |
|-------------------|--|--------|
| Cuadro 1          | Artículos de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer     | 37     |
| Cuadro 2          | Diferencias entre sexo y género  | 39     |
| Cuadro 3          | Acciones para la eliminación de la violencia contra la mujer a nivel Mundial         | 45     |
| Cuadro 4          | Acciones para la eliminación de la violencia contra la mujer a nivel Latinoamericano | 46     |
| Cuadro 5          | Recorrido histórico de la Realidad Chilena frente a la violencia de género           | 48     |
| Cuadro 6          | Prevalencia de la violencia contra la mujer según grupo etario                       | 52     |
| Cuadro 7          | Tipos de maltrato  | 61     |
| Cuadro 8          | Daños que ha causado a las mujeres el desarrollo patriarcal                          | 66     |
| Cuadro 9          | Los micromachismos   | 69     |
| Cuadro 10         | Marco teórico del modelo biopsicosocial  | 87     |

|           |   |     |
|-----------|---|-----|
| Cuadro 11 | Informe Mundial de Violencia y Salud de la OMS            | 91  |
| Cuadro 12 | Criterios diagnósticos del TEPT según DSM-IV-R            | 99  |
| Cuadro 13 | Criterios diagnósticos del TEPT según CIE-10              | 102 |
| Cuadro 14 | Síntomas en el trabajo de investigación de<br>SERNAM      | 118 |
| Cuadro 15 | Resiliencia como proceso/resultado o como<br>capacidad    | 157 |
| Cuadro 16 | Factores de la resiliencia del instrumento SV-RES         | 170 |
| Cuadro 17 | Variables de la investigación e instrumentos de<br>medida | 200 |
| Cuadro 18 | Resumen de confirmación de hipótesis                      | 260 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

| Número de figura | Título   | Página |
|------------------|--|--------|
| Figura 1         | Prevalencia, por lugar, de la violencia física y sexual infligida por la pareja durante la vida de la mujer, entre mujeres que habían tenido pareja alguna vez | 50     |
| Figura 2         | Mapa de prevalencia de violencia contra la mujer en contexto de pareja por regiones del mundo  | 52     |
| Figura 3         | El modelo ecológico aplicado a la violencia de género  | 64     |
| Figura 4         | Fases del ciclo de la violencia  | 74     |
| Figura 5         | Modelo biopsicosocial  | 89     |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

| Número de gráfico | Título   | Página |
|-------------------|--|--------|
| Gráfico 1         | Duración de situación de violencia                                   | 220    |
| Gráfico 2         | Niveles de violencia sufrida durante el último año<br>de convivencia | 222    |
| Gráfico 3         | Tipo de violencia vivida en la infancia                              | 226    |
| Gráfico 4         | Agresores en la infancia de la mujer                                 | 226    |
| Gráfico 5         | Agresor sexual en la infancia de la mujer                            | 227    |
| Gráfico 6         | Nivel de malestar psicológico  | 237    |
| Gráfico 7         | Nivel de depresión   | 239    |
| Gráfico 8         | Nivel de inadaptación  | 240    |

**ÍNDICE DE TABLAS**

| Número de tabla | Título  | Página |
|-----------------|---|--------|
| Tabla 1         | Variables sociodemográficas   | 202    |
| Tabla 2         | Frecuencia de diferentes actos de violencia física                  | 223    |
| Tabla3          | Frecuencia de diferentes actos de violencia psicológica             | 224    |
| Tabla 4         | Frecuencia de diferentes actos de violencia sexual                  | 225    |
| Tabla 5         | Frecuencia de apoyo emocional en porcentaje                         | 231    |
| Tabla 6         | Frecuencia de apoyo informacional en porcentaje                     | 232    |
| Tabla 7         | Frecuencia de apoyo tangible en porcentaje                          | 233    |
| Tabla 8         | Nivel de estresores adicional en porcentaje                         | 234    |
| Tabla 9         | Mediana y amplitud intercuartil de los doce factores de resiliencia | 236    |
| Tabla 10        | Mediana y amplitud intercuartil de las variables de salud mental    | 237    |
| Tabla 11        | Mediana y amplitud intercuartil de los ítems de la escala EGSTEP    | 238    |
| Tabla 12        | Frecuencia de ítems de escala de inadaptación                       | 240    |
| Tabla 13        | Correlación de Spearman de los niveles de salud                     | 247    |

|          |  |     |
|----------|--|-----|
|          | mental y la duración de la violencia, nivel de violencia y nivel de estresores adicionales   |     |
| Tabla 14 | Correlación de Spearman de los niveles de salud mental, tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y nivel de apoyo social percibido                                | 249 |
| Tabla 15 | Correlación de Spearman entre los niveles de salud mental y resiliencia  | 250 |
| Tabla 16 | Correlación de Spearman entre los niveles de salud mental y los doce factores de resiliencia   | 251 |
| Tabla 17 | Comparación de rangos entre los niveles de salud e historia de victimización de la infancia de la mujer  | 253 |
| Tabla 18 | Tabla de contingencia entre mujeres víctimas de maltrato por parte de su familia de origen y quienes no sufrieron violencia en su niñez con los niveles de sintomatología de salud | 254 |
| Tabla 19 | Análisis de regresión logística entre la resiliencia, historia de violencia, contextuales y niveles de malestar psicológico  | 256 |
| Tabla 20 | Análisis de regresión logística entre la resiliencia,  | 257 |

|          |   |     |
|----------|---|-----|
|          | historia de violencia, contextuales y TEPT  |     |
| Tabla 21 | Análisis de regresión logística entre la resiliencia,<br>historia de violencia, contextuales y depresión                | 258 |
| Tabla 22 | Análisis de regresión logística entre la resiliencia,<br>historia de violencia, contextuales y nivel de<br>inadaptación | 259 |



## **EXTENDED SUMMARY**

This investigation has as its general objective an analysis of the mental health repercussions experienced by women survivors of gender violence who attended the SERNAM women's centers in Santiago, Chile.

Two achieve this general objective, two specific objectives were developed:

OBJECTIVE 1. - Describe characteristics of the history of violence suffered by and the principle mental health repercussions of the sample of SERNAM women's center users in Santiago, Chile.

OBJECTIVE 2. - Analyze the contribution of the principle variables that bear relation with the impact of traumatic situations, incorporating among them the variable of resiliency, to the principle repercussions of mistreatment on the mental health of women in the sample.

Objective 2.1. Analyze the association between the principle variables that influence the impact of traumatic situations and resilience with the distinct levels of symptomatology of the mental health status of women in the sample.

Objective 2.2. Analyze the existence of differing mental health profiles among the women in the sample as in conjunction with a history of childhood victimization by the family in which they were raised.

Objective 2.3. Analyze which variables among those that are related to the impact of traumatic situation show the greatest predictive capacity in regard to symptomatology and mental health of the women in the study's sample.

The conceptual framework that is used as a foundation for this investigation is based on the model for evaluating the impact of traumatic experiences proposed by Carlson and Dalenberg (2000) of the National Center for PTSD (Palo Alto, VA) and the Trauma Research Institute (San Diego, California), and which were applied by Patró (2006) in Spain. Using this model, which attempts to integrate distinct individual factors corresponding the situation and context within which the violence took place as they could influence the development of subsequent psychological symptoms after a traumatic experience, this study investigates a sample of Chilean women who are survivors of abuse, but additionally includes a variable measuring resilience among the individual factors of the model. The introduction of the concept of resilience is interesting as it offers a more positive vision that is centered in the strengths of the women, and provide a perspective that goes beyond health repercussions

. Surveys and interviews were used (prepared ahead of time), a scale of resilience (SV-RES, Saavedra and Villalta, 2008), a scale of the severity of post traumatic stress disorder symptoms (EGSTEP, Echeburúa et al., 1997), a depression inventory (BDI, Beck et al., 1979), a scale of maladjustment (EI, Echebrúa et al., 2000), and a general health survey (GHQ-12, Goldberg et al., 1998). The sample was made up of 202 women survivors of abuse by a partner or ex-partner who visited distinct SERNAM women's centers in Santiago, Chile. The sample design was intended to be both descriptive and comparative.

The data were analyzed by means of the SPSS version 21 (IBM) statistical packet, descriptive analysis, Mann-Whitney U tests, Spearman correlation analysis, contingency tables, and binary logistical regression.

The results that were obtained indicate an elevated percentage of situations where violence was experienced by the women in the sample, including psychological, physical, and sexual violence committed by a partner or ex-partner, and more than half of the sample had a history of childhood victimization and abuse by their family. There exists a positive relationship between various levels of mental health symptoms and the duration of violence, the level of abuse suffered, and the level of additional stressors. And there exists a negative relationship between various levels of mental health symptoms and the time that has passed since the last violent episode and various levels of social support. There also exists a significant negative association between the levels of mental health symptoms and resilience. Women with a history of violent childhood victimization by their families displayed significant differences in measures of mental health. Finally, resiliency showed a predictive capacity for mental health levels once the effects of reference variables such as the characteristics of the violence suffered, the levels of additional stressors, and social support, were controlled for.

In conclusion, these results indicate that it would be interesting to obtain a single comprehensive screening instrument with the purpose of evaluating the mental health of women survivors of abuse, and to further recover the aspects that focus on empowering women, lending greater prominence to therapeutic healing process by the means of incorporating resiliency.



## INTRODUCCIÓN

Con el fin de obtener el grado de Doctor en Psicología del Programa de Postgrado Mujeres y Salud de la Universidad Complutense de Madrid se realizó el trabajo de investigación titulado “LA SALUD MENTAL DE MUJERES SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA DE GÉNERO: UNA REALIDAD CHILENA”. La posibilidad de realización de este Doctorado Oficial se debió al apoyo económico de la Beca Presidente de la República de Chile para estudios de postgrado en el extranjero.

La elección de esta temática es debido a la contingencia en Chile de la violencia de género. Las cifras señalan que las denuncias han aumentado a nivel nacional, por ejemplo, el año 2005 se presentaron 84.449 denuncias y en el año 2012 fueron 114.916 (Ministerio del Interior, 2013). Hasta el momento en el año 2013 han muerto 36 mujeres en manos de sus parejas o ex parejas. Por lo tanto, ciertamente los datos demuestran la actualidad en Chile de la violencia contra la mujer.

La elección de la temática de la violencia de género en la realidad chilena se debió, tanto a su relevancia como problema social y de salud, como a la poca cantidad de investigaciones en mi País sobre la salud mental de las mujeres supervivientes de violencia en la pareja (Larraín, 1994; SERNAM, 2008, 2009).

El marco conceptual utilizado como base de esta investigación está basado en el modelo para la evaluación del impacto de las experiencias traumáticas propuesto por Carlson y Dalenberg (2000), del National Center for PTSD (Palo Alto, VA) y del Trauma

Research Institute (San Diego, California) y que fue aplicado para la evaluación de “consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de maltrato en la pareja” por Patró (2006) en España. Dentro de este modelo, que intenta integrar los distintos factores individuales, de la situación de violencia y contextuales que pueden influir en el desarrollo de síntomas psicológicos posteriores a una experiencia traumática, se propone en este trabajo con una muestra de mujeres chilenas supervivientes de maltrato, la inclusión en el de la variable resiliencia dentro de los factores individuales del modelo referido. La introducción del concepto de resiliencia, siendo medianamente nuevo en la historia de la investigación, y a pesar de las diferentes posturas sobre este proceso del individuo, es interesante abordarlo ya que así otorga una visión positiva y centrada en las fortalezas de las mujeres dando una lectura más allá de las repercusiones en la salud.

La violencia de género tiene una serie de conceptos que será de gran ayuda contextualizar antes de comenzar la lectura. En este trabajo no se utilizarán los siguientes conceptos: “violencia doméstica” y “mujeres víctimas de malos tratos”, si se utilizará el concepto “violencia de género”, “violencia contra la mujer” o “mujer superviviente de maltrato”. El término de violencia doméstica o familiar no se utilizará debido a que este concepto puede abarcar a todos los miembros de la familia que puedan estar padeciendo una situación de malos tratos, como por ejemplo, los/as ancianos/as, los/as niños/as y/o mujeres. En el caso del concepto “mujeres víctimas” tampoco se utilizará debido a que genera una connotación pasiva de la mujer frente a lo sucedido, y lo importante según la opinión de la autora de este trabajo, es posicionar a la mujer dentro de sus potencialidades con el fin de otorgar un protagonismo activo en su recuperación, por ello se le denominará

mujer superviviente de maltrato (Kikwood, 1999). En el caso de que se llegara a realizar alguna referencia a alguno de estos términos será debido a que otros autores los utilizan.

El término violencia de género abarca más tipos de violencias que la que acontece contra la mujer en la pareja, pero para efectos prácticos de redacción en la siguiente tesis, se utilizará violencia de género como sinónimo de la violencia contra la mujer en pareja.

La primera parte de este trabajo introduce una contextualización teórica, formada por cinco capítulos. En el capítulo 1 “Concepto y prevalencia de la violencia de género” se abordará el concepto de violencia de género, la actitud social ante la problemática y la prevalencia tanto a nivel mundial, latinoamericano como chileno. En el capítulo 2 “Caracterización de la violencia de género” se señalarán los tipos de malos tratos, las causas de la violencia de género, las dinámicas, el ciclo de la violencia y los factores relacionados con el mantenimiento de las relaciones de maltrato. El capítulo 3 “La salud mental de la mujer superviviente de violencia de género”, se centrará en la salud mental de las mujeres, desde un aspecto amplio de las repercusiones en la salud, tanto físico, psicológico, social, a los/as hijos/as, además de señalar algunos ejemplos de intervenciones a las mujeres supervivientes de violencia de género. En el capítulo 4 “Factores influyentes en el impacto psicológico del maltrato”, se abordarán los factores influyentes en el impacto psicológico de las experiencias traumáticas, como los individuales, nivel del desarrollo del individuo, severidad del trauma, apoyo social previo y posterior al trauma, así como los posibles eventos estresantes adicionales. Por último, en el capítulo 5 “Resiliencia en la mujer superviviente de violencia de género”, se expondrá el concepto de resiliencia, los

tipos de resiliencia, la medición de este concepto, la relación existente en las investigaciones con el maltrato y la promoción de la resiliencia.

En la segunda parte del trabajo, se abordará el estudio empírico, cuyo objetivo principal es “analizar las repercusiones en la salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género que asisten a los centros de la mujer del SERNAM en Santiago de Chile”. El fin es estudiar tanto las principales características de la historia de violencia sufrida por las mujeres chilenas pertenecientes a esta muestra de investigación, como presentar las principales consecuencias psicológicas en ellas y analizar la relación de salud entre los principales factores influyentes en el impacto en la salud mental incorporando la resiliencia.

## **PRIMERA PARTE: CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA**



**CAPITULO 1. CONCEPTO Y PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA  
DE GÉNERO**



## **CAPÍTULO 1. CONCEPTO Y PREVALENCIA DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013) estima que una de cada tres mujeres en el mundo se ve afectada por alguna forma de violencia física o sexual por parte de su pareja. Se considera pues, que esta forma de violencia contra las mujeres o también denominada violencia de género es un problema de carácter mundial que trasciende culturas, países, clases sociales o edades y que conlleva graves consecuencias para la salud.

La Organización de Naciones Unidas, en su IV Conferencia Mundial (UN, 1995) declaró que la violencia contra las mujeres o violencia de género constituye un serio obstáculo para alcanzar los objetivos de igualdad, desarrollo y paz en cualquier sociedad, viola y menoscaba el disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales de las mujeres que los sufren.

En los esfuerzos comunes en la lucha por la erradicación del problema por parte de los principales organismos internacionales, un pilar básico ha sido el estudio y la estimación tanto de la prevalencia del problema como de la gravedad de sus consecuencias, de cara a poder desarrollar estrategias adecuadas y eficaces para su prevención y tratamiento. En el presente capítulo, se pretende realizar un primer acercamiento al fenómeno a través de estas dos cuestiones fundamentales en torno a la violencia contra la mujer en la pareja, abordando previamente ciertos aspectos referidos a la definición y concepto de la violencia de género.

## **1.1. Concepto de violencia de género**

El concepto de violencia de género ha sido denominado de bastantes formas, por ejemplo, violencia doméstica, violencia intrafamiliar, violencia contra la mujer y violencia machista. A continuación se examinarán las definiciones a partir de distintos autores de estos términos y las connotaciones que pueden repercutir la utilización de uno como de otro, ya que tal como nos señala Echeverría (2007), las palabras crean mundo y el definir de una forma o de otra creará un universo distinto.

### **1.1.1. Definiciones internacionales**

La definición internacional de la violencia contra la mujer otorgado por la ONU en la Resolución de 1993 (ver cuadro 1) señala una serie de implicaciones. A través de un análisis de la definición ofrecida en esta Declaración puede llevar a resaltar tres cuestiones fundamentales a la hora de definir qué se entiende por violencia contra las mujeres. Por un lado, el principal factor en que se basa (la pertenencia al sexo femenino). En segundo lugar, qué tres tipologías de actos de violencia deben englobarse en el concepto (actos, o amenaza de actos, de violencia física, psicológica y/o sexual) y cuáles son los resultados que se pueden contemplar (que causen, o sean susceptibles de causar, a las mujeres daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico). Ello conlleva desechar estereotipos, ideas o definiciones de la violencia tradicionalmente restrictivas y limitadas al ejercicio y consecuencias de la violencia más visible, el maltrato físico. Una tercera cuestión fundamental implica la clasificación de las principales formas y ámbitos donde puede ocurrir esta violencia: a) dentro de la familia (donde se incluye la violencia por parte de la

pareja); b) en la comunidad; y c) perpetrada o tolerada por los Estados, por lo que la violencia pasa de ser un discurso privado a ser enjuiciado a nivel público (Azpeitia & Matín, 2002; Carnicer, 2002; Mestre, Tur & Samper, 2008).

**Cuadro 1.**

*Artículos de la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*

| Artículo   | Contenido   |
|------------|---|
| Artículo 1 | A los efectos de la presente Declaración, por Violencia contra la Mujer se entiende 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.  |
| Artículo 2 | Se entenderá que la violencia contra la mujer abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación.</li> <li>b) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada.</li> <li>c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.</li> </ul> |
| Artículo 3 | La Mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los Derechos Humanos y Libertades Fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole. Entre estos derechos figuran: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) El derecho a la vida.</li> <li>b) El derecho a la igualdad.</li> <li>c) El derecho a la libertad y la seguridad de la persona.</li> <li>d) El derecho a la igual protección ante la ley.</li> <li>e) El derecho a verse libre de todas las formas de discriminación.</li> <li>f) El derecho al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar.</li> <li>g) El derecho a condiciones de trabajo justas y favorables.</li> <li>h) El derecho a no ser sometida a tortura, ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.</li> </ul>   |

---

Fuente: UDHR (1993)

Aunque el concepto de violencia contra las mujeres de la ONU puede considerarse el más global e inclusivo, cabe mencionar que se han desarrollado otras definiciones que le han dado diversos matices al concepto de violencia, lo que permite comprender desde qué punto de vista los autores de distintas investigaciones, medios de comunicación o gobiernos, por ejemplo, visualizan la violencia contra la mujer.

Un término ampliamente utilizado es el de violencia de género, que según Alberdi y Matas (2002), pretende señalar la importancia que tiene la cultura, especialmente los estereotipos de género y machistas basados en modelos patriarcales, en la génesis y justificación de la violencia contra las mujeres. En este sentido, se opta frecuentemente, como ocurre por ejemplo en España, por la utilización del término violencia machista para subrayar y resaltar la relación entre conducta y génesis principal de la misma.

El término de género intenta aludir a la diferencia con el concepto de sexo que es una realidad compleja que se basa en lo biológico, se manifiesta a través de un polimorfismo sexual y muestra un desarrollo psicosocial a lo largo de la vida (Barbera & Martínez, 2004; Worrell, 1993) y el género es una realidad compleja la cual gira en torno al polimorfismo sexual, resulta condicionada por los sistemas de creencias sociales (Barbera & Martínez, 2004; Velasco, 2009).

**Cuadro 2.**

*Diferencias entre sexo y género*

| Sexo   | Género   |
|--|--|
| 1. Biológico.  | 1. Cultural.   |
| 2. Categoría femenina o masculina.                   | 2. Significados culturales de las categorías hombre y mujer.                           |
| 3. Intercambio sexual.                               | 3. Compleja relación hombres-mujeres.  |
| 4. Diferencias fisiológicas entre hombres y mujeres. | 4. Diferencias en normas, rasgos, actitudes, etc., culturales sobre hombres y mujeres. |

Fuente: Velasco (2009)

El género según Martínez y Bonilla (2000) es un concepto construido sobre el rol sexual siendo una categoría de relación compuestas por múltiples significados, donde se introduce la cultura llegando incluso a definirse como un deber ser social que enmarca las formas en que debe ser un varón y una mujer. Según Lagarde (2001) es más que una categoría, es una teoría amplia que abarca categorías, hipótesis, interpretaciones y conocimientos. El género está presente en el mundo, en las sociedades, en los sujetos sociales, en sus relaciones, en la política y en la cultura. Las implicancias del género están dadas desde el hacer de la persona en el mundo, la subjetividad, la identidad, los bienes materiales, el poder, condición política, sentido de la vida y los límites de la persona. Por lo tanto, tal como nos señala De Beauvoir (1982) uno no nace siendo mujer sino llega a serlo porque el género es una construcción histórica indisoluble del cuerpo y de la subjetividad.

Según Alberdi y Matas (2002) las sociedades patriarcales se estructuran para optimizar y mantener el desempeño de cada papel según el género y penalizar de diversas maneras cualquier comportamiento que se sitúe fuera de esos límites, interpretándose como un desafío o una trasgresión del orden establecido. Así el uso de la violencia o de conductas de abuso contra la mujer obedece para el logro del uso y mantenimiento del poder y de la

superioridad masculina y la penalización de cualquier trasgresión del rol femenino tradicional.

Es destacable resaltar, en este punto, que el término violencia de género, suele utilizarse a nivel internacional como un sinónimo del concepto amplio y general de violencia contra las mujeres ofrecido por la UN (1995), aunque en ocasiones y en ciertos países, como es el caso de España, el término también es utilizado para referirse a una de las formas concretas incluidas dentro de ese concepto general, esto es, a la violencia contra la mujer por parte de su pareja. Así, en la Ley de Protección Integral contra la Violencia de Género 1/2004 (BOE, 1004), se define dicho término como: *“la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aún sin convivencia”* (Art.1) En este sentido se realiza la utilización de dicho término en el presente trabajo.

El término violencia doméstica según Azpeitia y Matín (2002) sería un patrón de conducta constante de empleo de fuerza física o psicológica, que se produce en el ámbito doméstico y/o privado, que implica una relación asimétrica de dominación, y en que el otro tiene o ha tenido una relación de afectividad con la mujer. El problema de esta definición es que podría recalcar el prejuicio de que la violencia contra la mujer se daría en el ámbito privado y como tal la intromisión de un tercero no estaría justificado. Algo similar ocurre con el término de violencia intrafamiliar, que se usa hasta la fecha en Latinoamérica y es criticado especialmente por distintas ONG ya que sustentaría políticas públicas y reformas

legislativas que efectuaría una doble operación de reinvisibilización de la violencia contra la mujer en pareja.

En el caso del término de malos tratos, según Medina (2002), puede resultar muy suave en algunos casos, y repercutiría en la invisibilización de esta problemática al no otorgar el acento grave que correspondería. Por otro lado, cabe mencionar la utilización de otro término relacionado y utilizado cuando la violencia de género llega a la producción más grave de sus consecuencias, que es la muerte de la víctima, utilizándose para este tipo particular de homicidios el término feminicidios, recalando así la causa de muerte en estos casos.

### **1.1.2. Definiciones en Latinoamérica**

En Latinoamérica existe un consenso en cuanto a la definición de violencia otorgado por la Convención de Belem do Pará, en la cual se definió como *“cualquier acción o conducta, basada en su género, que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer, tanto en el ámbito público como en el privado”* (CEPAL, 1994a).

En el caso específico de Chile, el concepto se entiende desde el término violencia intrafamiliar, y es definido en la primera Ley N° 19.325 como un *“acto de violencia intrafamiliar, todo maltrato que afecte la salud física o psíquica de quien, aún siendo mayor de edad tenga respeto del ofensor la calidad de ascendiente, cónyuge o conviviente o, siendo de menor edad o discapacitado, tenga a su respecto la calidad de descendiente,*

*adoptado, pupilo colateral consanguíneo hasta el cuarto grado exclusive, o esté bajo el cuidado o dependencia de cualquier de los integrantes del grupo familiar que vive bajo un mismo techo”.* (Ley N°19.325, 2010)

Más tarde, se promulgó la actual Ley en rigor la N°20.066 (2010), a través de la cual se pretendió sancionar y erradicar la violencia en la familia tal como la anterior, pero además la idea fue otorgar mayor protección a las mujeres.

En el artículo 5 de la Ley N°20.066 estipula la violencia intrafamiliar como “*todo maltrato que afecte la vida o la integridad física o psíquica de quien tenga o haya tenido la calidad de cónyuge del ofensor o una relación de convivencia con él; o sea pariente por consanguinidad o por afinidad en toda la línea recta o en la colateral hasta el tercer grado inclusive, del ofensor o de su cónyuge o de su actual conviviente. También habrá violencia intrafamiliar cuando la conducta referida en el inciso precedente ocurra entre los padres de un hijo común, o recaiga sobre persona menor de edad o discapacitada que se encuentre bajo el cuidado o dependencia de cualquiera de los integrantes del grupo familiar”.*

Por lo tanto, esta ley logra instalar por primera vez en Chile la responsabilidad concreta de actuación del Estado y los gobiernos sobre la violencia de género desde una óptica nueva para los poderes públicos: la caracteriza como una práctica abusiva inaceptable para la sociedad chilena (Provoste, 2007).

En conclusión, el término utilizado en Chile a nivel de legislatura es el de violencia intrafamiliar, pero dadas las explicaciones antes mencionadas en esta investigación se utilizará el término violencia de género.

## **1.2. Actitud social chilena ante la problemática**

Una vez revisados los distintos términos utilizados para mencionar la violencia de género, y explicar cuál de ellos es el que mejor se sustenta a la base teórica de esta investigación, se dará a continuación un breve recorrido histórico de la actitud social chilena ante la problemática, pero antes es importante mencionar cuál fue el papel protagónico de los distintos actores a nivel mundial que llegaron a influenciar a Chile.

A nivel mundial es gracias al esfuerzo de Naciones Unidas (U.N.), la Organización Mundial de la Salud (WHO), las Naciones Unidas de los Derechos Humanos (UDHR), las organizaciones de mujeres a nivel internacional como la Convención de toda Eliminación de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) y las Conferencias de Mujeres que, poco a poco se ha eliminado la preconcepción de que la violencia contra la mujer es un asunto privado.

El primer paso para la visibilización de la mujer, fue considerarla como un ser de derechos gracias a la Declaración de Derechos Humanos de 1948 (Rivera, 1994). Más tarde, en 1979 las Naciones Unidas (U.N) celebró la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). En esta Convención histórica se dieron las herramientas para comprender el vínculo entre la discriminación que

sufría la mujer con la violencia, y obligó a adoptar las medidas adecuadas para que las mujeres a nivel mundial gozaran del disfrute pleno de sus derechos (CEDAW, 1979).

Años más tarde en Viena se celebró la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas donde se reconoció los graves atentados de los derechos humanos contra la mujer (UDHR, 1993).

En los siguientes años, las Conferencias Mundiales de la Mujer han logrado grandes avances. La realizada en Beijing en el año 1995 es una de las más famosas por ratificar la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (CEDAW) y por definir la Violencia contra la Mujer (UN, 1995). Una de las últimas conferencias realizadas fue la de Beijing +5 (UN, 2000) donde se designó una serie de medidas para frenar todas las formas de violencia. En el siguiente cuadro se podrá acceder en forma de resumen a las acciones para la eliminación de la violencia contra la mujer a nivel mundial (cuadro 3).

**Cuadro 3.**

*Acciones para la eliminación de la violencia contra la mujer a nivel Mundial*

| <b>Año</b>  | <b>Nombre</b>  | <b>Logros</b>  |
|-------------|--|--|
| <b>1948</b> | Declaración de los Derechos Humanos (UDHR, 1948)   | La igualdad de derechos no distingue sexo.   |
| <b>1979</b> | Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW, 1979) | Brinda el marco indispensable para entender el vínculo entre discriminación y violencia. Los estados se encuentran jurídicamente obligados a adoptar todas las medidas adecuadas para que las mujeres posean el disfrute pleno de todos sus derechos humanos y libertades fundamentales. |
| <b>1993</b> | Conferencia Mundial de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas celebrada en Viena (UDHR, 1993) | Ratificó la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer y definió la violencia contra la mujer en su primer artículo  |
| <b>1995</b> | IV Conferencia de la Mujer Beijing (UN, 1995)  | Se defendieron los derechos de las mujeres como derechos humanos   |
| <b>2000</b> | Acción Beijing +5 (UN, 2000)   | Medidas para frenar todas las formas de violencia  |

Fuente: Rivera (1994)

En cuanto al trabajo realizado específicamente en Latinoamérica, las hermanas Mirabal dieron su vida para la lucha de la erradicación de la violencia contra la mujer en el tiempo de la dictadura de Trujillo en República Dominicana en el año 1960 (UNIFEM, 2002), incluso sus asesinatos se conmemoran el día 25 de noviembre, fecha mundial de la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer.

Por nombrar algunos avances históricos se puede señalar que en el año 1979 en Puerto Rico se abre la primera casa refugio, luego en Brasil el año 1985 se crea una delegación de defensa, y a finales de los años ochenta se logra la inclusión en la constitución Federal de Brasil una provisión que compromete al Estado a crear mecanismos para cohibir la violencia en el ámbito de las relaciones familiares. En Perú se abre la primera comisaría y en Argentina a finales de los ochenta se elabora el Programa Nacional de Prevención y Asistencia a las Víctimas de Violencia Doméstica.

En 1989 Puerto Rico es el primer país que elabora una ley de Violencia Doméstica. Por último, en Brasil en el año 1994 se celebra la Convención Interamericana de Belém do Pará, cuyo fin fue prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer. Así, a través de esta convención se otorga el derecho de la mujer libre de toda forma discriminación, el derecho de ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad y subordinación (CEPAL, 1994). A continuación se presenta en el cuadro 4 un resumen sobre las acciones para la eliminación de la violencia contra la mujer a nivel Latinoamericano.

**Cuadro 4.**

*Acciones para la eliminación de la violencia contra la mujer a nivel Latinoamericano*

| Año  | Nombre  | Logros  |
|------|---|---|
| 1979 | Casa Refugio  | Brasil abre la primera casa Refugio.  |
| 1985 | Delegaciones de Defensa   | Brasil logra las primeras delegaciones de defensa para la violencia contra la mujer a nivel Latinoamericano.  |
| 1988 | Constitución Federal  | Brasil incluye en la Constitución el compromiso a crear mecanismos para cohibir la violencia en el ámbito de las relaciones familiares.   |
| 1988 | Primera Comisaría   | Perú crea la primera comisaría para la acción de este problema.   |
| 1989 | Primera Ley sobre Violencia Doméstica (Ley N°54)  | Puerto Rico es el primer país que elabora una ley sobre Violencia Doméstica.  |
| 1994 | Convención Interamericana de Belém do Pará, Brasil (CEPAL, 1994a)   | Es la primera convención a nivel de la Región de Latinoamérica. Se logra el derecho de la mujer libre de toda forma discriminación, el derecho de ser valorada y educada libre de patrones estereotipados de comportamiento y prácticas sociales y culturales basadas en conceptos de inferioridad y subordinación. |
| 1994 | Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y Social de América Latina y el Caribe (CEPAL, 1994b). | Se resaltó cómo la violencia familiar afectaba a largo del ciclo vital de la mujer, violencia sexual, violencia contra la mujer en el marco de los conflictos armados/zonas militarizadas y la coerción sobre las decisiones reproductivas de las mujeres.  |
| 2000 | VIII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe (CEPAL, 2000)  | Se insta a los estados a promover y movilizar los recursos necesarios para la protección y atención de mujeres, niñas y niños víctimas de conflicto armado.   |

Fuente: Carnicer (2002).

En cuanto a la historia de Chile frente a la violencia de género ha estado inscrito desde épocas antiguas como la Colonial (Goicovic, 2006), en donde el valor de la mujer era minimizado por aquellos hombres que no reconocían a sus hijos llamándolos socialmente, huachos, término que significaba que no tenían padres, y dejaba en duda la reputación de la madre (Montecino, 1991).

La sociedad chilena históricamente ha fomentado la violencia contra la mujer y hacia los niños, debido a una cultura permisiva a la violencia que se encuentra a la base (Arón & Lorión, 2002; Cáceres, 1993; Larraín, 1994; McWriter, 1999). Tomando en cuenta los tiempos de dictadura militar, la violencia llegó a los niveles más fuertes jamás antes vistos en la historia de Chile (McWriter, 1999). Por ello, tras la llegada de la democracia se logra la rectificación en el Código Civil en que tanto marido como mujer se deben proteger y respetar, se crea un organismo gubernamental para el trabajo de los derechos de la mujer, llamado Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM), y en 1994 se dicta la primera ley chilena sobre Violencia Intrafamiliar (Ley N°19.325) y en el año 2003 se crea una nueva (Ley N°20.066) con el fin de otorgar mayor protección a las mujeres.

Por último, Chile ha suscrito distintos tratados internacionales, como la Convención Interamericana sobre Derechos Humanos; la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer “Convención de Belém do Pará”, y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). En la actualidad, tanto a nivel gubernamental como no gubernamental Chile sigue en la lucha para la erradicación de este problema. Los cambios acontecidos en Chile pueden ser analizados en el resumen del Cuadro 5.

**Cuadro 5.**

*Recorrido histórico de la Realidad Chilena frente a la violencia de género*

| Año  | Nombre   | Logro  |
|------|--|--|
| 1989 | Democracia                                     | Se instaura nuevamente la Libertad de Expresión  |
| 1989 | Código Civil                                   | La mujer no es posesión del marido y ambos se deben protección y respeto.  |
| 1990 | Servicio Nacional de la Mujer                  | Creación del primer organismo público cuya misión es dedicarse a los derechos de la mujer en Chile.  |
| 1994 | Ley de Violencia Intrafamiliar N° 19.325       | Primera Ley N° 19.325, que trata la violencia contra la mujer en la pareja como otras temáticas de violencia en la familia.  |
| 2005 | Nueva Ley de Violencia Intrafamiliar N° 20.066 | Con esto se pretendió sancionar y erradicar este tipo de agresiones, y otorga más tiempo para dar mayor protección a las víctimas.   |
| 2010 | Ley de Femicidio N° 20.480                     | Amplía el parricidio a nuevos agentes activos calificados, a los ex cónyuges o concientes sin límite de tiempo ni de sexo. Esta es una nueva tipificación, pues figuras que hasta ahora habrían sido homicidios, ahora serán parricidio. |

Fuente: SERNAM (2009)

### 1.3. Prevalencia del problema

Hablar sobre la prevalencia de la violencia contra la mujer circunscribe un problema estadístico a la base tal como nos señala la UN (1995), ya que por ejemplo, existen diferencias entre países al intentar unificar criterios sobre el término de violencia de género y sus tipificaciones. A pesar de las indicaciones de las Naciones Unidas, los problemas han estado presentes desde los inicios, según Krauss y cols. (2006) el problema estaría anclado en que el significado de violencia varía de una cultura a otra, e incluso muchas veces dentro de la misma cultura. Por ejemplo, la violencia no es considerada como un problema de salud en los países islámicos o en la cultura asiática se les enseña a las mujeres que la necesidad de la familia está sobre la necesidad de los miembros.

Pero los problemas para la detección y cuantificación de la violencia no terminan ahí, los autores Alméras, Bravo, Milosavljevic, Montaña y Nieves (2002) describen como dificultades las cifras negras y que no existen criterios unificados en las conceptualizaciones sobre violencia física, sexual y psicológica. Estos autores señalan que se debe tener en consideración que no se atiende a todas las mujeres maltratadas solo aquellas que han pedido ayuda, por lo tanto, quedarían fuera de los análisis estadísticos todas las mujeres que viven esta problemática, pero no la denuncian o comunican, lo que se conocería como cifras negras. En cuanto a la falta de criterios unificados en las conceptualizaciones, esto provoca que los datos de cada investigación presenta la dificultad de ser comparado con otro trabajo, ya que no siempre se registra la información de la misma manera.

Teniendo en cuenta estas dificultades se señalarán datos a nivel mundial del problema, especificando en Latinoamérica y por último, las cifras que se arrojan en cuanto a la realidad chilena.

### **1.3.1. Prevalencia del problema a nivel mundial**

Debido a las dificultades a nivel estadístico que concierne esta temática, en el año 2005 la Organización Mundial de la Salud (OMS) realizó un estudio multipaís a partir de 10 países diferentes con entornos culturales distintos (Bangladesh, Brasil, Etiopía, Japón, Namibia, Perú, Samoa, Serbia y Montenegro, Tailandia y República Unida de Tanzania).

Se midió la violencia física, sexual y maltrato psíquico. Se recopiló la información durante los 12 meses anteriores a la entrevista y a lo largo de la vida de la mujer, lo que

permitió evaluar si los hechos violentos ocurrieron antes, durante o después del matrimonio. Los resultados de esta investigación arrojaron que la violencia infligida por la pareja estaba presente en todos los países del estudio. A nivel global, los porcentajes asociados a mujeres que habían sufrido violencia física y/o sexual, por parte de su pareja a lo largo de su vida, oscilaban entre el 15% y el 71%, aunque en la mayoría de los entornos se registraron índices entre 24% y 53% (fig.1).

Las mujeres japonesas eran las que habían experimentado menos violencia física o sexual, o ambos tipos de violencia, mientras que el mayor número estaba en los entornos provinciales en Bangladesh, Etiopía, Perú y la República Unida de Tanzania.

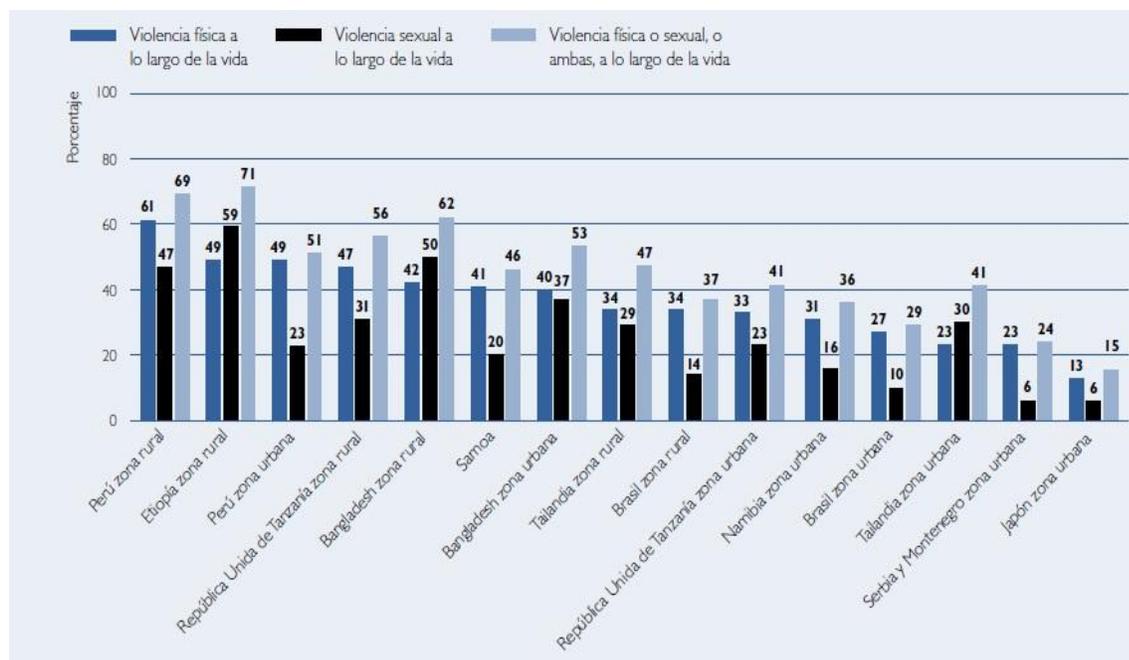


Figura 1. Prevalencia, por lugar, de la violencia física y sexual infligida por la pareja durante la vida de la mujer, entre mujeres que habían tenido pareja alguna vez. Fuente: OMS (2005)

En el estudio realizado por Bonomi y cols. (2006) se utilizó la encuesta telefónica a 3.429 mujeres entre 18 a 64 años, residentes de Washington Estados Unidos. El 46% de estas mujeres reportó algún tipo de violencia por parte de su pareja tanto recientemente (menos de 5 años) como en forma remota (más de 5 años). Los instrumentos que se utilizaron para medir la violencia fue la Escala *Women's Experience with Battering* (WEB; Coker et al., 2001) y cinco preguntas de la encuesta *Behavioral Risk Factor Surveillance System* (BRFSS; Centers for Disease Control and Prevention, 1998). Del total de mujeres habían vivido violencia hace menos de 5 años, 176 mujeres señalaron violencia física y/o sexual, y 159 violencia psicológica.

En el estudio de Mburia-Mwalili, Clements-Nolle, Lee, Shadley y Yang (2010) se analizó una encuesta realizada el 2006 en Nevada Estados Unidos. El 27% de las mujeres que participó señalaron historias de violencia por parte de su pareja. De las 472 mujeres que habían vivido algún tipo de violencia, el 48% fue solamente de tipo físico, el 12% solo de tipo sexual y el 40% una combinación de violencia física y sexual.

En el estudio realizado por la OMS (2013), se mide la prevalencia de violencia de género en 79 países. La prevalencia global de violencia física y/o sexual por parte de la pareja fue de un 30%. Entre las cifras más altas se encuentran las correspondientes a las regiones Africanas, Mediterráneas del Este y regiones del Sudeste Asiático (donde aproximadamente el 37% de las participantes experimentaron violencia física y/o sexual por parte de su pareja alguna vez en sus vidas) seguidas de las regiones de América (con una tasa del 30%) (fig. 2).

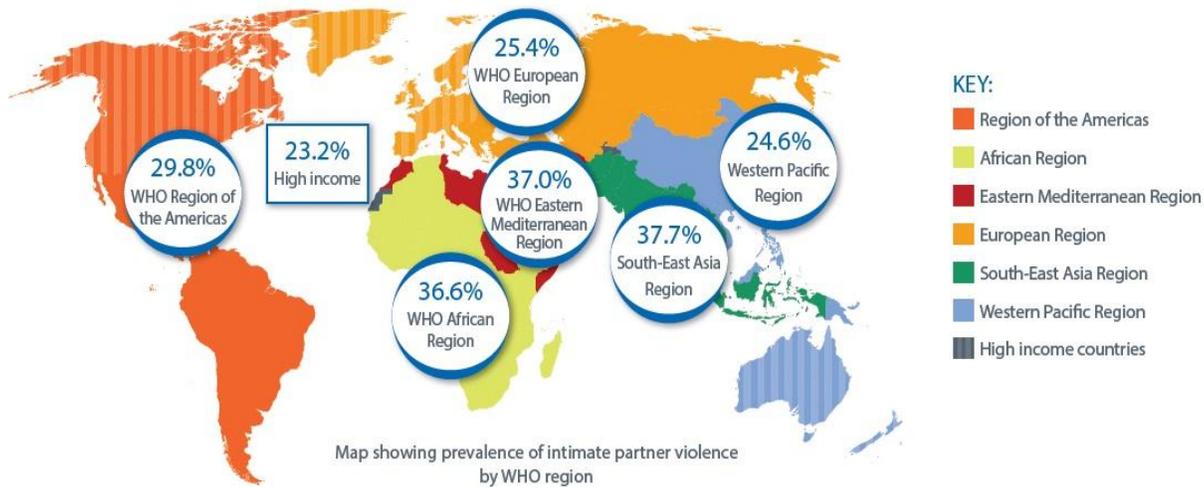


Figura 2. Mapa de prevalencia de violencia contra la mujer en contexto de pareja por regiones del mundo. Fuente: OMS (2013)

Según los grupos etarios, el informe expone que dentro de los diferentes grupos de edad establecidos, la prevalencia más alta entre ellos es la que corresponde al rango de 40 a 44 años (37.8%), y la más baja corresponde al rango de 55 a 59 años (15.1%), (cuadro 6).

**Cuadro 6.**

*Prevalencia de la violencia contra la mujer según grupo etario*

| Rango de edad | Prevalencia (%) |
|---------------|-----------------|
| 15-19         | 29.4            |
| 20-24         | 31.6            |
| 25-29         | 32.3            |
| 30-34         | 31.1            |
| 35-39         | 36.6            |
| 40-44         | 37.8            |
| 45-49         | 29.2            |
| 50-54         | 25.5            |
| 55-59         | 15.1            |
| 60-64         | 19.6            |
| 65-69         | 22.2            |

Fuente: OMS (2013).

### **1.3.2. Prevalencia del problema a nivel latinoamericano**

Latinoamérica no está exenta de la falta de metodologías unificadas de detección de violencia de género, lo que conduce a un subregistro de información. Tal como señala UN (2008) no se dispone en América Latina de datos básicos para medir la violencia contra las mujeres y así poder construir indicadores.

Algunos datos arrojados por el anuario estadístico de América Latina y el Caribe (UN, 2008) se extrae la siguiente información, en Perú a partir de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 2000) señaló que el 41% de las mujeres habían sufrido violencia física por parte de sus esposos y un 28% por otros hombres. En Nicaragua según los datos presentados por la Organización Mundial de la Salud el 40% de las mujeres en edad reproductiva habían sufrido violencia física de su pareja. En México, el 35,4% de las mujeres mayores de 15 años sufría violencia emocional, el 9,3% violencia física y el 7,8% violencia sexual (ENDIREH, 2003). En Brasil los datos de la Fundación Perseu Abramo del año 2001 indican que una de cada cinco mujeres declaró haber sufrido algún tipo de violencia por parte de un hombre. En Colombia, según los datos del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2000), mostraron que hubo un aumento de casos de denuncias por violencia intrafamiliar. En Bolivia, el Ministerio de Salud y Deportes y la Organización Panamericana de Salud realizaron dos estudios de prevalencia, las conclusiones indicaron que la prevalencia entre 1997 y 1998 fue de un 68,2% y que en el año 2003 era de un 55,4%. Por último, en Chile se ha observado un aumento sostenido de las denuncias y en los servicios de salud; el 51,4% de las mujeres con pareja que

participaban en un programa para el tratamiento de la depresión, declaró haber vivido hechos de violencia en los últimos dos meses al momento de ser entrevistadas.

Tal como nos señalan Flake y Forste (2006), quienes examinaron la relación entre las características familiares y la probabilidad de sufrir violencia contra la mujer en Colombia, República Dominicana, Haití, Nicaragua y Perú, concluyen que es necesario tener en cuenta la cultura de Latinoamérica, las dinámicas de poder del machismo.

### **1.3.3. Prevalencia e incidencia del problema: una realidad chilena**

Chile es un país con un total de 17.094.274 habitantes, divididos en 8.461.327 hombres y 8.632.948 mujeres. El país se divide en 13 regiones, de los cuales, el mayor porcentaje de población la presenta la Región Metropolitana, donde se ubica la capital, Santiago, con un total de 40 por ciento de la concentración de la población chilena. La Región Metropolitana tiene una superficie de 15.403 km<sup>2</sup>, es la más pequeña de todas las regiones pero es también la más habitada, con una población estimada en el año 2009 de 7.003.122 habitantes. Por esta razón, los trabajos de prevalencia, aunque escasos históricamente, se han realizado en su mayoría en esta Región. Los datos que tiene Chile al respecto son pocos, el primer trabajo fue realizado en el año 1994 y luego en el 2000.

Los primeros datos de Chile sobre la temática fueron capturados gracias a la investigación de Larraín (1994). Este trabajo se realizó con una muestra de 1.000 mujeres entre 22 y 55 años de la ciudad de Santiago, de distintos niveles socioeconómicos, con pareja estable. Los resultados revelaron que: el 26% de la población había vivido un

episodio de violencia en su vida, siendo el 15% violencia menos grave y un 11% violencia física grave. Cerca del 34% de las mujeres declararon haber sufrido violencia psicológica. Un 20% de las mujeres que recibieron violencia física fueron forzadas a tener relaciones sexuales y un 8% recibió amenazas con armas. En un 37% de los casos estudiados el maltrato se produjo una o más veces a la semana.

La importancia de este trabajo radica en que fue la primera vez en que se constató la alta prevalencia de la violencia contra la mujer en Chile y ello, a su vez, hizo posible la urgencia de una legislación en el país.

Años más tarde, es el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) entre noviembre de 2000 y agosto de 2001, realiza el segundo estudio de prevalencia chileno, a través del Centro de Análisis de Políticas Públicas de la Universidad de Chile. Se obtienen a través de una muestra de mujeres que viven en tres regiones del País, Región Metropolitana (zona central), Antofagasta (zona norte) y Araucanía (zona sur). Las mujeres se eligieron al azar pertenecientes a la región propiamente tal. En el caso de la Región Metropolitana de un total de 1.358 mujeres, 4 de cada 10 mujeres informó haber sufrido violencia psicológica por parte de su pareja, 1 de cada 3 violencia física y 1 de cada 10 violencia de tipo sexual. En la Región de la Araucanía de un total de 1.363 mujeres, los resultados arrojaron que 4 de cada 10 informó haber sufrido violencia psicológica, 1 de cada 4 violencia física y 1 de cada 10 violencia sexual. En la Región de Antofagasta de un total de 873 mujeres, se obtuvieron cifras que reflejaban que 4 de cada 10 mujeres habían vivido violencia psicológica, 1 de cada 4 violencia física y una de cada 10 violencia sexual (SERNAM, 2008; 2009).

Otro estudio chileno abordó el perfil psicosocial de la población a través de 75 mujeres que asistieron a un programa de violencia en la comuna de Lo Espejo de Santiago de Chile (Calquín & Chávez, 2007). Se concluyó en este estudio que las mujeres eran en una mayor proporción víctimas de violencia física, que se acompañada del uso de armas, que la mayoría de las usuarias eran jóvenes y amas de casa con un nivel de escolaridad que no alcanzaba la enseñanza media.

En cuanto a las denuncias, los datos indican un incremento de las denuncias realizadas desde el año 2005 hasta el año 2012 (de 84.449 a 114.916.249). (Ministerio del Interior, 2013). En el caso específico de la Región Metropolitana, en el año 2005 hubo 30.539 denuncias, y en el año 2012, las cifras subieron a 40.345 (Ministerio del Interior, 2013). A pesar de la gran cantidad de denuncias, las mujeres que asisten a los centros especialistas de la violencia contra la mujer en contexto de pareja o ex – pareja otorgado por el gobierno es mucho menor. En el caso de la Región Metropolitana fueron ingresadas en los Centros de la Mujer 7.424 mujeres en el año 2012 y 22.549 a nivel nacional (SERNAM, 2013). Con el fin de comprender por qué sólo asisten aproximadamente la mitad de las mujeres que denuncian a los centros de atención especializada (Centros de la Mujer de SERNAM), es necesario ir más allá de las cifras y profundizar sobre la comprensión teórica que sustenta este fenómeno.

**CAPITULO 2. CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE  
GÉNERO**



## **CAPÍTULO 2. CARACTERIZACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO**

Una vez revisados, el concepto de violencia contra la mujer, la actitud social que está en la base de la problemática como también la prevalencia de este fenómeno, es interesante pasar al siguiente capítulo que presentará una caracterización de la temática a nivel teórico, señalando los tipos de violencia, las causas de la violencia, las dinámicas y el mantenimiento de la violencia de género.

### **2.1. Tipos de malos tratos**

Los tipos de malos tratos pueden ser agrupados en distintas formas, en el caso de esta investigación fueron agrupados en tres tipos: el maltrato físico, el maltrato psicológico y el maltrato sexual (resumen cuadro 7).

El maltrato físico sería cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar el organismo de otra persona, de modo que encierre riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta. Este maltrato se subdivide en conductas activas y pasivas. Algunos ejemplos de conductas activas son: abofetear, empujar, golpear, dar puñetazos, patadas, estrangular, utilizar objetos, armas o sustancias químicas con el fin de causar una lesión. Ejemplos de conductas pasivas serían: la privación de cuidados médicos durante la enfermedad o lesión (incluidas las lesiones causadas por los malos tratos), o el no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico (fallo en los frenos del coche, escape de gas, etc.). El maltrato físico suele ser el tipo de maltrato más evidente y más fácil de

identificar, por eso suele ser al que se le da más importancia, tanto en el ámbito profesional como en el social y en el legal (Labrador, Rincón, De Luis & Fernández-Velasco, 2004).

El maltrato psicológico sería cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que trata de producir en las víctimas intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. Humillaciones, descalificaciones o ridiculizaciones, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas de maltrato, daño físico o tortura a la mujer o a sus seres queridos, destrucción o daño a propiedades valoradas por la víctima (objetos o animales), amenazas repetidas de divorcio o abandono. También la negación del maltrato, o la culpabilización y atribución de responsabilidad absoluta a la víctima en los episodios de maltrato. Este tipo de violencia es más difícil de identificar, en especial si se disfraza de “atención” o “preocupación” por la víctima, o se consigue convencer a ésta de que ella es la responsable del comportamiento del agresor. Quizás por eso se le da menos relevancia, en especial desde el punto de vista social, pero no por ello es menos importante, y desde luego es el que más frecuentemente aparece. Dentro de este subgrupo se puede incluir el abuso económico, donde el maltratador hace preguntas constantes sobre el dinero, controla el dinero de la mujer, toma su sueldo, no permite el acceso al dinero familiar o puede impedir que consiga y/o conserve un trabajo (Labrador et al., 2004).

Por último, el maltrato sexual, sería cualquier intimidad sexual forzada por parte de la pareja, ya sea con amenazas, intimidación, coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión de la mujer. Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no limitándose a la penetración vaginal o anal (Labrador et al., 2004).

**Cuadro 7.**

*Tipos de maltrato*

| Tipos de Maltrato    | Definición  | Acciones asociadas  |
|----------------------|---|---|
| Maltrato físico      | Conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar el organismo de otra persona, de modo que encierre riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta. | Abofetear, empujar, golpear, dar puñetazos, patadas, estrangular, utilizar objetos, armas o sustancias químicas con el fin de causar una lesión, privación de cuidados médicos durante la enfermedad o lesión   |
| Maltrato psicológico | Cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que trata de producir en las víctimas intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento   | Humillaciones, descalificaciones o ridiculizaciones, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas de maltrato, daño físico o tortura a la mujer o a sus seres queridos, destrucción o daño a propiedades valoradas por la víctima (objetos o animales), amenazas repetidas de divorcio o abandono |
| Maltrato sexual      | Cualquier intimidad sexual forzada por parte de la pareja, ya sea con amenazas, intimidación, coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión de la mujer.  | Todo tipo de conducta de carácter sexual, no limitándose a la penetración vaginal o anal  |

Fuente: Labrador y cols. (2004)

## **2.2. Causas de la violencia de género**

En el siguiente apartado se presentan los conocimientos respecto a las causas de la violencia de género. El modelo ecológico es el que mejor se amolda a la comprensión de esta problemática en esta investigación, ya que presenta una mirada holística que puede analizarse a través de distintos actores sociales.

Esta visión global se incluye en el modelo ecológico inicialmente propuesto por Urie Bronfenbrenner (1978) y aplicado a la violencia contra la mujer por Heise (1998) que será explicado a continuación.

### **2.2.1. Modelo ecológico aplicado a la violencia de género**

Según la OMS (2005), la violencia es explicada por múltiples factores que ocurren en diferentes niveles de análisis. El modelo ecológico aplicado a la violencia contra la mujer por Heise (1998) ayuda a distinguir entre los innumerables factores que influyen en la violencia, categorizándolos y explicándolos en cómo estos interactúan entre sí. El enfoque multidimensional fue ocupado por primera vez en la etiología del abuso del niño y la negligencia (Belsky, 1980), y para el maltrato por autores como por ejemplo, Carlson y Dutton (2000) y Edleson y Tolman (1992).

Existen así 4 factores: los del macrosistema, exosistema, microsistema e historia personal (ver figura 3).

Los factores individuales / ontogénicos o historia personal: los factores ontogénicos se refieren a las características de la experiencia del desarrollo del individuo o de la personalidad que dan forma a su respuesta ante los estresores del micro y exosistema.

Para hombres que usan la violencia con sus parejas solamente dos experiencias podrían emerger como predictores de futuros abusos: ser testigos de violencia en su familia de origen en su niñez y haber sido víctimas de abusos físicos o sexuales cuando pequeños. El tercer factor, de haber tenido un padre ausente o un padre que los rechazaba emerge como una posibilidad pero menos clara que las otras.

El microsistema se refiere a las interacciones que la persona tiene directamente con otros así como a los significados subjetivos asignados de esas interacciones. Para el hombre violento y su pareja, el microsistema más destacado es la familia. Así la variedad de los factores del microsistema demuestran el incremento del riesgo de la coerción sexual, abuso sexual infantil, y/o abuso físico en la mujer adulta. Quizás el más importante tiene que ver con la estructura de una familia tradicional.

El exosistema definido como *“las estructuras sociales tanto formales como informales que afectan a la configuración inmediata en el que se encuentra una persona, y por tanto, influencia, delimita o determina lo que ocurre allí”* (Belsky, 1980, p.321).

El macrosistema se refiere a los servicios generales de los valores culturales y creencias que impregnan e informan a las otras tres capas de la ecología social. Opera a través de la influencia sobre los factores y las estructuras más debajo en el sistema. En esta

investigación el patriarcado y machismo de la sociedad es uno de los componentes fundamentales para la perpetuación de la violencia de género, por lo que, en el próximo epígrafe será expuesto en detalle.

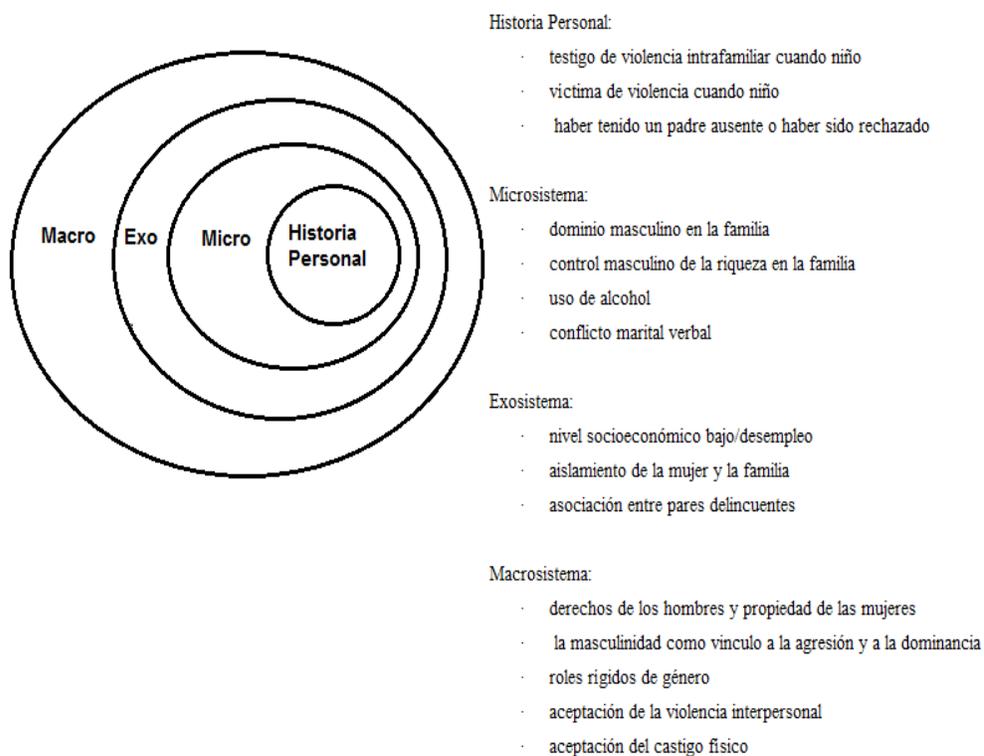


Figura 3. El modelo ecológico aplicado a la violencia de género. Fuente: Heise (1998, p. 265).

### **2.2.2. Macrosistema: El patriarcado y el machismo**

El macrosistema, tal como se señaló anteriormente, está compuesto por las creencias y valores de la cultura. Para esta investigación las creencias y valores patriarcales es una de las causas de que se siga perpetuando la violencia contra la mujer. Por lo tanto, la erradicación de la violencia contra la mujer no puede ser visto como la eliminación de casos particulares de malos tratos, sino debe ser tomada en cuenta que estamos insertos en un modelo social caracterizado por el machismo y el patriarcado (Alberdi & Rojas, 2005; Lagarde, 2001; Lagarde 2005; Lorente, 2001, 2002, 2004; Rivera, 1994;).

Este modelo se caracteriza en la creencia de la supremacía del hombre frente a la mujer, en un total sometimiento a las necesidades de él sobre ella, y en que la mujer, por el sólo hecho de pertenecer al género femenino, se le menosprecia por creencias retrógradas como las ilustradas por Aristóteles en su obra *generatione animalim* en que caracterizaba a las mujeres como hombres mutilados, ya que eran seres inferiores por tener la sangre más fría lo que mermaba su capacidad de razonamiento, o tal como describe Santo Tomás de Aquino describió que el cielo de la mujer estaba a los pies del hombre (Rojas, 2004).

Una de las primeras mujeres defensoras de los derechos de la mujer, fue Simone de Beauvoir (1982), quien pone de manifiesto el desplazamiento de la mujer en la sociedad solo por el hecho de su sexo. En la actualidad, Marcela Lagarde (2005) enumera los daños que ha causado a las mujeres el desarrollo patriarcal.

**Cuadro 8.**

*Daños que ha causado a las mujeres el desarrollo patriarcal*

- 
- La persistente y creciente carga de pobreza sobre las mujeres.
  - La desigualdad en el acceso a los servicios de salud y educación.
  - La violencia contra las mujeres.
  - Los efectos de los conflictos armados sobre las mujeres.
  - La desigualdad en el acceso a las políticas y estructuras económicas.
  - El insuficiente uso de los medios de comunicación de masas para promover la contribución positiva de la mujer a la sociedad.
  - La desigualdad entre hombres y mujeres en la distribución de poder en la toma de decisiones.
  - Los insuficientes mecanismos de promoción de la condición de la mujer.
  - La falta de conciencia y compromiso con los derechos humanos de las mujeres.
  - La falta de reconocimiento y apoyo a la contribución de las mujeres en la administración de los recursos naturales y la conservación del medio ambiente.
  - La desigualdad en el acceso a la participación de la mujer en todos los sistemas de comunicaciones, sobre todo en los medios de difusión, y movilización insuficiente de éstos para promover las contribuciones de las mujeres en la sociedad”.
- 

Fuente: Lagarde (2005)

Así, se ha destacado que uno de los principales daños asociados al modelo patriarcal es la violencia contra la mujer, apoyándose en la falsa creencia de que una persona pertenece a otra.

A través del modelo patriarcal se piensa que la mujer no es una persona de derechos, incluso llegando a atentar contra la vida de ella solo por la creencia de que la mujer es de su propiedad.

Lorente (2001) nos señala que desde el sistema de creencias relacionado con el modelo patriarcal y su visión sobre los roles de género, la violencia puede ser considerada como un mecanismo de control social a la mujer, lo que serviría para mantener el *statu quo* de la dominación masculina.

En este mismo sentido, Patró, Martín y Gómez (2009) señalan que en base al concepto de desigualdad entre hombres y mujeres, se articulan los papeles que cada género debe desempeñar de acuerdo con la organización patriarcal que tradicionalmente ha dominado la sociedad, y que se manifiesta en una jerarquía y un reparto asimétrico del poder basado en la superioridad del género masculino. Así, las sociedades patriarcales se estructuran para:

- a) optimizar y mantener el desempeño de tales papeles, otorgando privilegios, oportunidades, derechos u obligaciones de acuerdo a la pertenencia a uno u otro sexo, y
- b) penalizar de diversas maneras cualquier comportamiento que se sitúe fuera de esos límites, interpretándose como un desafío, un conflicto o una trasgresión del orden establecido.

El uso de la violencia o de conductas de abuso contra la mujer obedece al logro de ambos objetivos: el uso, mantenimiento del poder, la superioridad masculina y la penalización de cualquier trasgresión del rol femenino tradicional.

Así, en España, también se considera y se recoge en la Ley de Protección Integral contra la Violencia de Género 1/2004 (BOE, 2004), que esta “se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión”.

Del mismo modo, expresa el Informe Anual del Observatorio Estatal de la Violencia Sobre la Mujer (2007) que “la violencia de género es una violencia que se sustenta en valores socioculturales que postulan la superioridad del género masculino y que ha llevado a legitimar la dominación y la discriminación sistémica de la mujer. Se compone de actos de violencia psicológica y violencia física, y se manifiesta en los planos emocional, sexual, interpersonal, familiar, laboral, económico, cultural y social de la vida de la mujer agredida. La violencia, aplicada de manera sostenida, es un instrumento de dominación cuyo único objetivo es lograr el sometimiento de la mujer a la voluntad del agresor”.

El machismo en la sociedad tiene diversas formas de representarse, una de las estrategias usadas es a través de micromachismos (Bonino, 2004). Existen tres tipos de micromachismos, los primeros se caracterizan por la utilización de fuerza moral, psíquica, económica o personal para intentar doblegar a las mujeres y convencerlas de que la razón no está de su parte. Entre dichas estrategias destaca la intimidación, la insistencia abusiva que lleva a vencer por el cansancio, el control del dinero, la apropiación de la mayor parte del espacio, etc. Los segundos micromachismos llamados encubiertos son más sutiles, por lo que suelen ser también más eficaces. Entre las estrategias señaladas estarían aquellas destinadas a fomentar la materialización de la mujer para que dé prioridad a su rol de cuidadora; el paternalismo y otras estrategias destinadas a incrementar en la mujer el sentimiento de inmadurez y dependencia; la indulgencia respecto a los propios errores. Los terceros micromachismos llamados de crisis serían aquellos que se utilizan cuando se modifica el desequilibrio establecido en la pareja (Bonino, 2004).

**Cuadro 9.**

*Los micromachismos*

| Tipos                                  | Definición  | Ejemplos   |
|--|---|--|
| Coercitivos<br>o de<br>control directo | Incluyen aquéllos en los que el hombre usa la fuerza moral, psíquica, económica o de su personalidad, para intentar doblegar a las mujeres sin la razón de su parte. Provocan un sentimiento de derrota posterior al comprobar la pérdida, ineficacia o falta de fuerza y capacidad para defender las propias decisiones o razones. Todo ello suele provocar inhibición, desconfianza en una misma y disminución de la autoestima.  | Intimidación, toma repentina del mando, apelación al argumento lógico, insistencia abusiva, control del dinero, uso expansivo del espacio físico.  |
| Encubiertos<br>o<br>control oculto     | Incluyen aquéllos en los que el hombre oculta su objetivo de dominio. Algunas de las maniobras son tan sutiles que pasan especialmente inadvertidas, y por ello son más efectivas que las anteriores. Este tipo de actuaciones impiden el pensamiento y la acción eficaz de la mujer, llevándola en la dirección elegida por el hombre, y aprovechan su dependencia afectiva y su pensamiento “confiado”, provocando en ella sentimientos de desvalimiento, confusión, culpa y dudas que favorecen el descenso de la autoestima y la autoconfianza. | Maternalización de la mujer, maniobras de explotación emocional, terrorismo, maniobras de desautorización, paternalismo, creación de falta de intimidad, engaños, auto indulgencia sobre la propia conducta perjudicial. |
| De crisis                              | Suelen utilizarse para restablecer el reparto previo y desigual del poder en momentos tales como cuando se produce aumento del poder personal de la mujer con cambios en su vida o pérdida del poder del hombre por razones físicas o laborales.  | Pseudoapoyo, desconexión y distanciamiento, hacer méritos, dar lástima.  |

Fuente: Bonino (2004)

**2.3. Dinámica de las relaciones de maltrato**

Una vez revisados los tipos y causas de la violencia, en el siguiente apartado se examinan los conocimientos acerca de la dinámica de las relaciones de maltrato. La comprensión de ello dará una visión general de cómo puede darse una interacción de violencia de género.

### **2.3.1. Dinámicas según el ciclo de vida de la mujer**

El inicio de una dinámica de maltrato puede estar relacionado con distintas fases del ciclo vital. Por un lado, es habitual encontrar que los malos tratos ya estaban instaurados en las relaciones de noviazgo, o tienen un inicio mucho más pronunciado cuando se inicia la convivencia o el embarazo (Jo Clark, Hill, Jabbar & Silverman, 2009) A pesar de las diferencias en el inicio propiamente tal del maltrato, la base en común de todas las dinámicas es la creencia de machismo que legitiman al varón a realizar estos actos, cuya finalidad es lograr la sumisión de la mujer a través de la violencia.

Se analiza a continuación los distintos ciclos de vida en que se puede instalar una relación de maltrato.

#### **2.3.1.1. En las relaciones de noviazgo**

Actualmente es cada vez más habitual encontrarse con relaciones violentas en el noviazgo. Según la OMS (2013) un 29.4% de adolescentes entre 15 y 19 años han vivido violencia en sus relaciones.

En el caso de trabajos realizados en Chile, es relevante destacar el llevado a cabo por Lehrer, Lehrer y Zhao (2009), quienes a través de un análisis comparativo de citas de violencia con jóvenes universitarios obtuvieron como resultado una alta prevalencia de violencia física y psicológica. Como consecuencia de ello es que, en la actualidad, el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) del gobierno de Chile ha intensificado la

difusión de campañas publicitarias con el fin de sensibilizar a la población chilena de la importancia de detectar y rechazar las conductas de maltrato dentro de la pareja en sus etapas más tempranas, con el lema *No más violencia en el pololeo*. Pero este tipo de violencia queda fuera de la ley, tal como nos señala Cornelius, Shorey y Kunde (2009), en el caso de Chile, estos autores destacan la necesidad de que se desarrollen un mayor número de estudios y se preste una mayor atención a la violencia en el noviazgo, tanto para su mejor comprensión y prevención, como de cara a explorar las consecuencias legales al respecto.

#### **2.3.1.2. En el embarazo**

El hecho de que la violencia también pueda atravesar este ciclo de vida, da muestra de la falta de protección en la que se sumergen las mujeres al encontrarse en una relación de maltrato.

En la investigación de Jo Clark, Hill, Jabbar y Silverman (2009), se estudió la prevalencia de violencia física durante el embarazo con 390 mujeres atendidas en clínicas en Jordania. Aproximadamente el 15% informaron de violencia física, donde el esposo era el perpetrador en el 83% de los casos. Y en porcentajes latinoamericanos en un estudio realizado en Perú, con 2.392 mujeres, la prevalencia de la violencia por parte de su compañero en este período fue de un 45,1% (Perales et al., 2009).

### **2.3.2. Ciclo de la Violencia**

Uno de los elementos característicos de la dinámica de las relaciones de maltrato en la pareja, es su intensidad creciente (desde la primera aparición de los micromachismos anteriormente referenciados, manifestaciones de maltrato psicológico, hasta la aparición de conductas de maltrato físico de gravedad variada). Otro de los elementos característicos es el carácter cíclico de la violencia. El ciclo de la violencia desarrollado por Walker (1984) señala que una característica de la violencia es que no se da en forma continua en la relación, sino a través de ciclos, donde se combinan conductas de violencia, con otras de arrepentimiento. El ciclo de la violencia distingue una serie de fases, tales como, explosión, reconciliación y acumulación de tensión.

Según la fase de acumulación de tensión. Se caracteriza por las siguientes conductas del agresor sobre la mujer: agresiones psicológicas, cambios repentinos e imprevistos en el estado de ánimo, incidentes “menores” de malos tratos (como por ejemplo, pequeños golpes o empujones). La mujer intenta calmar a su pareja a través de comportamientos sumisos o ignorar los insultos. El maltratador minimiza los acontecimientos, o incluso intenta negar los malos tratos, los atribuyen a factores externos. Las cosas no mejoran, y se produce una escalada de esos “incidentes”.

En la fase de explosión o agresión, la tensión de la fase anterior llega a cierto límite, se produce la descarga de la misma a través del maltrato psicológico, físico o sexual grave. En esta fase no hay control en los actos del maltratador, e incluso se producen daños físicos que en caso extremos pueden llegar a causar la muerte.

En la fase de reconciliación o luna de miel, no hay tensión, ni agresión, el hombre se arrepiente, pide perdón a la mujer, se compromete a que la agresividad no volverá a suceder. El maltratador se comporta de manera cariñosa, llegando a ser encantador. Es probable que la mujer en esta fase pueda atribuir la agresión a agentes externos, que no volverá a repetirse o que ella puede cambiar al maltratador (Walker, 1984). A pesar de las muestras de reconciliación de parte del hombre, los autores Echeburúa, Amor y Corral (2002) indican que una vez surgido el primer episodio de maltrato, y a pesar de las muestras de arrepentimiento del maltratador, la probabilidad de nuevos episodios es mucho mayor.

Por último, las fases no se dan siempre a un cierto ritmo, a veces una fase puede volver a la fase anterior, por lo que, la mujer muchas veces no sabe qué fase vendrá, lo que genera muchas veces el descontrol de parte de la mujer frente a los hechos de violencia y lo cual se genera una indefensión aprendida.

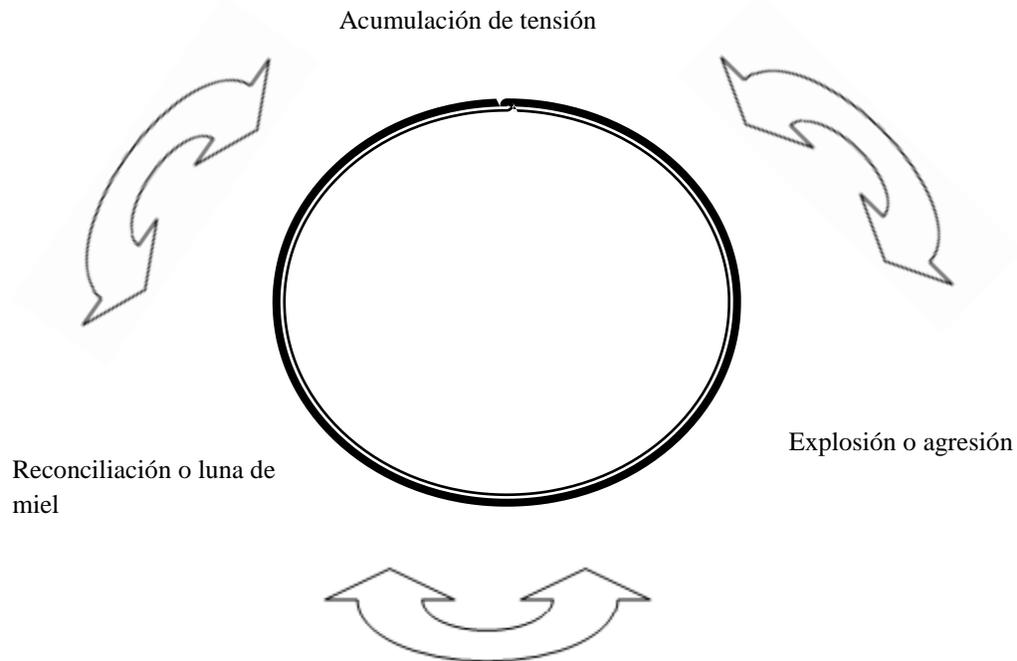


Figura 4. Fases del ciclo de la violencia. Fuente: Walker (1984)

#### **2.4. Factores relacionados con el mantenimiento de las relaciones de maltrato**

Como ya fueron expuestos los modelos de comprensión del maltrato contra la mujer en la pareja, a continuación se abordará la pregunta por qué la mujer se mantiene en una relación de violencia. En un primer momento la explicación fue dada a través de un solo factor explicativo y la culpa recayó en la propia mujer, debido a que se le otorgó la característica de masoquista (Snell, Rosenwardk & Robey, 1964).

La teoría del masoquismo de las mujeres maltratadas fue refutada a través del trabajo de Back, Post y D'Arcy (1982) quienes realizaron un estudio comparativo entre las mujeres maltratadas y mujeres no maltratadas, llegando a la conclusión de que las mujeres golpeadas no tenían personalidades más autodestructivas o masoquistas que las que no habían sido golpeadas. Desde las teorías sociológicas, más tarde, se dió una visión ampliada respecto al problema, ya no sería simplemente un factor explicativo, sino visualizar las distintas dificultades que la mujer tenía en distintos ámbitos de la vida tenía frenaba el cese de las relaciones de abuso.

Dentro de las teorías sociológicas encontramos a los principales exponentes de la temática, Dobash y Dobash (1980, 1981, 1988, 1992), quienes además de cuestionar las metodologías tradicionales, afirmaron que toda la problemática estaba inserta y reflejaba las leyes históricas acerca de la propiedad masculina y el matrimonio. Existen cuatro grandes rasgos: los sistemas de creencias tradicionales del machismo y el patriarcado que fueron analizados en el apartado anterior, la normalización del uso de la violencia en la familia que muchas veces es categorizado como violencia transgeneracional, la dependencia económica de la mujer y la falta de apoyos sociales. Estos cuatro rasgos serán explicados a continuación:

- Sistemas de creencias: las mujeres que tienen marcados rasgos tradicionalistas sobre el rol sexual socializados para aceptar las relaciones familiares con dominio masculino tendrán menor probabilidad de abandonar a su pareja abusiva.
- Violencia transgeneracional: en el trabajo de Schewe, Riger, Howard, Staggs y Mason (2006) se exploran los factores asociados con la historia de vida de la

violencia contra la mujer. En los resultados concluyen que si en la niñez la persona ha estado expuesta a violencia intrafamiliar es un factor de riesgo para la victimización de violencia futura.

- Dependencia económica: la dependencia económica puede obstaculizar la salida de una relación abusiva, debemos recordar que normalmente las mujeres no se encuentran solas, los/as hijos/as están a su cuidado, y la falta de un salario puede hacer pensar a la mujer que dentro del hogar maltratador puede tener un sustento económico. Por ello es importante los recursos destinados a los programas de tratamiento a las mujeres supervivientes de malos tratos, recursos que van de una variedad de ayudas como casas de acogida, la formación a través de talleres o la nivelación de estudios. Según Fugate, Landis, Riordan, Naureckas y Engel (2005) el 20% de las mujeres no salían de la relación debido a la falta de dinero, conclusión que fue homóloga en la investigación de Kim y Gray (2008).
- Falta de apoyos sociales: la falta de redes sociales generará aislamiento en la mujer. Bostock, Plumpton y Pratt (2009) analizaron diferentes aspectos en una comunidad en el norte de Inglaterra de mujeres maltratadas en que la falta de apoyo y de protección de las mujeres generaba la mantención de las relaciones abusivas, todo lo cual se acentuaba debido a la falta de reconocimiento público del abuso contra la mujer en la pareja. En el trabajo nombrado anteriormente de Fugate y cols. (2005) las mujeres llevaban en silencio una relación de estas características solo por la soledad en que vivían.

Desde la perspectiva psicológica, los factores asociados al mantenimiento de la violencia contra la mujer podrían ser cuatro a grandes rasgos: las atribuciones externas, el grado de compromiso, teoría del apego y la teoría del refuerzo.

- Atribuciones externas: que la mujer atribuya a factores externos la violencia de su pareja, puede provocar que ella crea que si la pareja soluciona sus problemas como el alcoholismo o por ejemplo que consiga trabajo, pueda hacer cambiar la situación entre ellos. Existen investigaciones recientes que incentivan esta perspectiva como es el caso de Schumacher, Homish, Leonard, Quigley y Kearns-Bodkin (2008), atribuyen la hostilidad con la que el marido se enfrenta a su pareja al exceso de alcohol. Unger y Crawford (1992) consideran que el hecho de que las mujeres permanezcan o se reconcilien con una pareja maltratadora sería porque suelen pensar que las causas de los malos tratos son externas e inestables, tales como tener un mal día en el trabajo a lo que se añade la esperanza de cambio.
- Grado de compromiso: a la base de este grado de compromiso se encuentra lo que González y Santana (2001), señalan como herencia romántica. La mayoría de los estudiosos consideran que se trata de un producto exclusivo de occidente, y sitúan su nacimiento en los siglos XII y XIII, con la tradición del amor cortés entre los trovadores. Un romanticismo desmedido puede convertirse en un serio peligro para las mujeres. Así, por ejemplo, la creencia de que el “amor lo puede todo” lleva a algunas mujeres a considerar que sus esfuerzos conseguirán allanar cualquier inconveniente que surja en la relación. El rechazo, e incluso las agresiones, pueden ser interpretadas como un obstáculo a vencer. De esta forma, el romanticismo facilita el mantenimiento de relaciones potencialmente destructivas.

Para muchas mujeres esta creencia del compromiso es realmente fuerte, lo que puede provocar que utilicen mecanismos psicológicos de racionalización fundados en que la relación debe durar para siempre y que uno debe apoyar a la pareja que tiene al lado, tal como nos señala Strube (1988). Las racionalizaciones pueden variar desde lo que Ferraro y Johnson (1983) señalan como la ética de la salvación, esto quiere decir, que ellas piensan que si siguen apoyando a sus parejas, estos podrían algún día parar la violencia ejercida hacia ellas, y también esta racionalización logra que las mujeres nieguen el nivel de peligro que corren sus vidas minimizando el daño recibido, la negociación del menoscabo, en donde las mujeres minimizan la extensión del daño recibido, la negociación de opciones, cuando las mujeres aseveran que no pueden sino quedarse con su pareja.

- Teoría del apego: en la investigación de Loubat, Ponce, y Salas (2007) se examinaron los estilos de apego de mujeres que sufrían violencia. Las mujeres que presentaban un estilo de apego preocupado se mantenían en el maltrato con mayor facilidad que las que tenían un apego seguro. Estos autores creen que el estilo de apego podría estar influyendo en el mantenimiento del círculo del maltrato. Se puede decir que efectivamente el apego se relaciona con la variable del maltrato, pero no en cuanto a su causalidad, sino en la forma en que este fenómeno es afrontado por parte de sus víctimas. Es decir, que las experiencias tempranas negativas que caracterizaron a las mujeres con apego preocupado/inseguro, formarían modelos internos operantes estables en el tiempo, influyendo en las evaluaciones futuras en cuanto a sus relaciones significativas.
- Teoría del refuerzo o ciclo de la violencia (como hemos visto en el apartado anterior): según esta teoría la mujer vive distintas fases en el ciclo de la violencia,

la fase de aumento de la tensión entre la pareja, produce un sentimiento de amenaza y miedo en la mujer, luego de esta fase puede seguir la explosión o agresión donde la pareja agrede a la mujer, lo que provoca aún más miedo y sensación de amenaza. Pero, luego de la explosión la tensión y el miedo disminuyen, y si además le sigue una fase de arrepentimiento, donde la pareja realiza promesas de cambios y comportamientos de conquista, actúa esto como un refuerzo positivo para que la mujer no deje la relación (Long & McNamara, 1989).

Desde la perspectiva victimológica se señala que los factores asociados al mantenimiento de la violencia contra la mujer podrían ser cuatro a grandes rasgos: la traumatización crónica, la disminución de la capacidad de afrontamiento, el miedo al acoso y a las represalias del agresor, y la disminución de los recursos y apoyo externo.

- Traumatización crónica: las mujeres que viven violencia por parte de su pareja, no sólo experimentan un hecho traumático, sino múltiples agresiones y respuestas violentas a lo largo de su relación. (Follingstad, Hause, Rutledge & Polek, 1992).
- Disminución de la capacidad de afrontamiento: debido a que las mujeres son víctimas de una traumatización crónica, las repercusiones en su salud generan un daño en la capacidad de afrontamiento, debido a que el continuo estrés genera nuevos síntomas de reexperimentación, lo que provoca que la mujer mantenga altos niveles de ansiedad y evitación lo que puede llegar a ser paralizante al momento de tomar una decisión de solución ante el problema (Follingstad et al., 1992).

- Miedo al acoso y a las represalias del agresor: tal como nos señala Barnett (2001), las mujeres que tienen altos niveles de miedo serán menos propensas a dejar la relación debido a que el miedo las paralizará. Estos miedos se experimentan a raíz de que el maltratador las amenaza directa o indirectamente frente a la posibilidad que ella lo deje. Algunos ejemplos de estas amenazas serían desde la petición de la custodia de los hijos, dejarla sin recursos económicos, acosarla, agredirla o matarla.
- Disminución de los recursos y apoyo externo: debido a la frecuencia y severidad de los episodios de violencia, esto provoca un aumento en las creencias de autoevaluación negativa y provoca un aumento en las respuestas de afrontamiento de evitación, disminuyendo la capacidad de afrontar la situación. Los sentimientos de culpa y la incapacidad de hacer frente los problemas, por ejemplo, no ser capaces de abandonar la relación, contribuye a la pérdida de confianza en sí mismas. A esto se añade que el maltratador las aísla de sus apoyos externos, y ellas mismas también se aíslan por los sentimientos de vergüenza al continuar una relación de violencia (Clements et al., 2004; Harway & Hansen, 2004).

Una nueva forma de comprender el mantenimiento de las mujeres en las relaciones de violencia es desarrollada por Lorente (2001) a través del concepto de personalidad *bonsái*. Esto ilustra cómo el agresor va cortando sistemáticamente cualquier iniciativa que tome la mujer que le ayude a crecer, desarrollar y enriquecer su personalidad (Lorente, 2001).

Desde esta figura, es interesante señalar que por un lado el hombre maltratador merma el crecimiento de la mujer maltratada, pero también es interesante el potencial que el autor otorga a las mujeres como un árbol *bonsai*, ya que, existiría dentro de cada mujer maltratada los recursos suficientes (sin que existiese este podador) de crecer. Por lo tanto, esta última tipificación se aleja más a la perspectiva de visión victimizadora, ante esta mujer que sí ha vivido violencia o vive violencia, y señalaría la posibilidad de cambio desde las potencialidades de ella.

Este cambio de perspectiva ocurre en la década de 1980 donde se origina la tercera imagen de la psicología para la mujer maltratada, la de superviviente, esta nueva perspectiva demostró que la mujer no era víctima de su propio masoquismo ni del estrés psicológico que el abuso le produce, sino que se comprende el abuso a través del marco de perspectiva de la mujer y que incluye el reconocimiento de la socialización de género como un factor que contribuye a los malos tratos (Kirkwood, 1999). El autor NiCarthy (1987) introduce el concepto de “supervivencia”, como un esfuerzo activo y progresivo de la mujer, así se distingue según Kikwood (1999) las mujeres que están inmersas en una relación con abusadores, de aquellas que han sobrevivido y pueden describir sus experiencias abusadores del pasado.



**CAPITULO 3. LA SALUD MENTAL DE LA MUJER  
SUPERVIVIENTE DE VIOLENCIA DE GÉNERO**



## **CAPITULO 3. LA SALUD MENTAL DE LA MUJER SUPERVIVIENTE DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

### **3.1. La salud de la mujer desde el modelo biopsicosocial**

La salud, según la OMS (1948), es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad. Este nuevo paradigma comenzó a finales de la Segunda Guerra Mundial, en el cual se afirmó que la salud era un estado de completo bienestar físico, psíquico y social, y no la mera ausencia de enfermedad o minusvalía (WHO, 1948). La OMS, en la primera reunión oficial realizada en Ottawa sobre promoción de la salud declaró que: “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales así como las capacidades físicas” (WHO, 1986, Ottawa Charter for Health Promotion).

La salud ha evolucionado desde los años 70 pasando de un modelo médico a biopsicosocial. La diferencia entre estos dos modelos radica en que el modelo médico está basado en focalizar el trastorno, falta o carencia que la persona puede estar sufriendo entendiéndose desde la perspectiva de la biología, es decir, la salud para este modelo sería la ausencia de enfermedad; en cambio el modelo biopsicosocial otorga una visión holística de la persona tomando en estudio también lo psicológico y lo social del individuo (Sánchez-López, 2003).

El cambio de paradigma ha otorgado una nueva visión de la salud de la mujer que va más allá de los aspectos reproductivos. Esto se logra tanto por la participación del movimiento feminista de los años '70 como por el nacimiento del concepto de género. En términos generales, el cambio de paradigma trae consigo la idea de liberación y cambio personal, la igualdad de oportunidades y la emancipación de funciones maternas. Este movimiento es el que lucha contra la enajenación del poder médico, ya que cuestiona entre otras cosas la patologización, medicalización de la vida y la iatrogenia (Velasco, 2009).

Por lo tanto, este nuevo paradigma de salud de la mujer está basado en el modelo biopsicosocial de Engel (1997), quien toma como fundamento la necesidad de comprender los fenómenos relativos a la enfermedad humana desde lo biológico, lo psíquico y lo social. En el cuadro 10 se describirá a modo de resumen los elementos del modelo biopsicosocial.

**Cuadro 10.**

*Marco teórico del modelo biopsicosocial.*

|   |   |
|---|---|
| Marco teórico autore/as referidos         | Modelo Biopsicosocial (BPS)<br>Michel Balint, George Engel, Ronald Epteins, Francesc Borrell y Jorge L Tizón.   |
| Concepto de enfermedad                    | Salud-enfermedad proceso integral BPS.<br>La enfermedad es una experiencia del paciente que es tomado como sujeto de su saber.<br>Enfermedad definida por trastornos, diagnósticos, establecidos por el médico o malestares o problemas percibidos por el paciente.   |
| Causalidad                                | Causación multifactorial.<br>Circular biológica, psíquica y social interactuantes y estructural (causas necesarias, desencadenantes, coadyuvantes y asociadas).   |
| Modelo de atención y métodos diagnósticos | Clínica de la escucha y del encuentro de sujeto a sujeto.<br>Centrado en el paciente como sujeto de la enfermedad y consultante como miembro de una comunidad.<br>Busca la experiencia y vivencia del paciente y su capacidad para cambiar.   |
| Factores en relación médico-paciente      | Capacidad de escucha del médico/a y para correlacionar lo biopsicosocial.<br>Posibilidades de expresión de experiencias del paciente.<br>Condiciones del encuentro.   |
| Epistemología                             | Constructivismo y epistemología psicoanalítica.<br>Métodos cualitativos interpretativos Observación participante.<br>Análisis del discurso, entrevista y grupos de discusión.<br>Análisis interpretativo de textos narraciones (sociolingüística y semiótica).<br>Métodos de análisis de experiencia vivida y subjetiva (psicoanálisis) |

Fuente: Velasco (2009)

Los argumentos que validan este modelo tienen que ver con factores sociales y psicológicos que afectan en la enfermedad. Por ejemplo, lo validaría la interpretación que una persona haga de la realidad, que se diferenciaría de cultura en cultura, de modo que el estilo de vida interferiría en la aparición y curso de las manifestaciones clínicas de la enfermedad. También influiría en la aparición de enfermedad los factores psicológicos, ya que, por ejemplo, el tratamiento dirigido solamente a la anomalía no restaura necesariamente la salud del paciente, aunque la anomalía haya sido corregida (Gasulla,

2009), lo que implicaría que hay otros condicionantes en la enfermedad que no tomados en cuenta desde el modelo médico.

Por lo tanto, el modelo biopsicosocial habla de la necesidad de un nuevo modelo de atención clínica que integre las tres esferas, la biológica, la social y la psíquica. Tal como señala Velasco (2009) resulta un modelo ecléctico que sintetiza las teorías y enfoques. Además la enfermedad a través de este modelo es visto desde la experiencia de enfermar más que desde el trastorno fisiopatológico.

Así, el modelo biopsicosocial según Borrell (2002) supuso un fuerte cambio a una medicina cada vez más tecnificada con el fin de demostrar un conocimiento más útil para cada persona. Este modelo puede ser esquematizado como un sistema compuesto por tres esferas: la biológica, la social y la psíquica (Fig. 5).

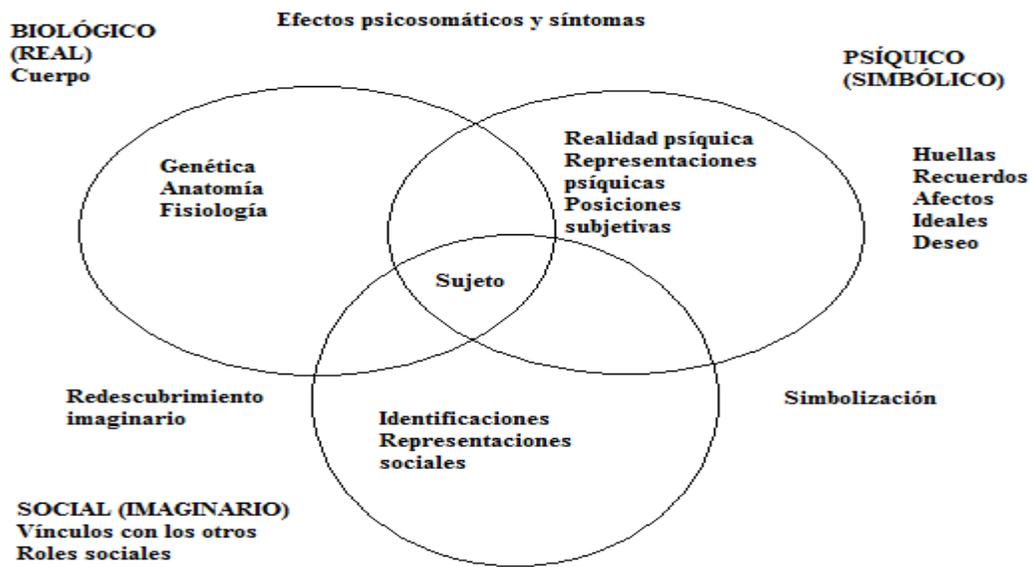


Fig. 5. Modelo biopsicosocial Fuente: Velasco (2009)

La esfera biológica abarca el cuerpo, las disposiciones genéticas, la anatomía, la fisiología, lo real. La esfera social se construye a partir de las relaciones y vínculos con los otros. Desde el comienzo, toda relación con un otro, empezando por el otro materno, va dejando la huella del vínculo compuesto por tres términos: el papel del sujeto, el papel del otro y la interacción entre ambos. Podemos llamar también esfera social la de lo imaginario, porque se compone de nuestra imagen reflejada en el espejo que son los demás, imágenes que no pueden construirse de otra forma que en la relación con los otros. La esfera psíquica, que corresponde al mundo interior donde residen las representaciones de sí y las representaciones de la realidad exterior (Velasco, 2009).

La comprensión de las repercusiones de la violencia sobre la salud de las mujeres que han sufrido maltrato, será comprendido desde estas tres esferas: la biológica,

psicológica y social. Sólo para una explicación más didáctica será dividida en apartados para una mejor explicación, desde la salud física, la salud mental y la salud social.

### **3.2. Repercusiones en la salud física**

Según la OMS (2005), la relación entre la violencia contra la mujer en la pareja y las repercusiones en su salud se ha convertido en un importante tema de salud pública. Los efectos en la salud de las mujeres que han sufrido violencia en la pareja pueden ser la infección de VIH, infección de enfermedades de transmisión sexual, inducción de abortos, bajo peso en el nacimiento de los hijos, nacimientos prematuros, restricción en el crecimiento en el útero del feto y/o baja edad gestacional, depresión y suicidios, lesiones y feminicidios (OMS, 2013).

Las repercusiones pueden ser divididas según el Informe de Mundial de Violencia y Salud de la OMS (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002) en: consecuencias físicas, psicológicas y conductuales, consecuencias sexuales y reproductivas y consecuencias fatales (ver cuadro resumen 11).

**Cuadro 11.**

*Informe Mundial de Violencia y Salud de la OMS.*

| Tipo de consecuencias                      | Ejemplos de consecuencias   |
|--|---|
| Consecuencias físicas                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Daño abdominal/torácico</li> <li>- Hematomas y contusiones</li> <li>- Síndromes de dolor crónico</li> <li>- Discapacidad</li> <li>- Fibromialgia</li> <li>- Fracturas</li> <li>- Trastornos gastrointestinales</li> <li>- Colon irritable</li> <li>- Laceraciones y abrasiones</li> <li>- Daño ocular</li> <li>- Reducción en el funcionamiento físico</li> </ul>  |
| Consecuencias psicológicas y conductuales: | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abuso de alcohol y drogas</li> <li>- Depresión y ansiedad</li> <li>- Trastornos alimentarios y del sueño</li> <li>- Sentimientos de vergüenza y de culpa</li> <li>- Fobias y trastorno de pánico</li> <li>- Inactividad física</li> <li>- Baja autoestima</li> <li>- Trastorno de estrés postraumático</li> <li>- Trastornos psicósomáticos</li> <li>- Tabaquismo</li> <li>- Conducta suicida y autodestructiva</li> <li>- Conducta sexual e insegura</li> </ul> |
| Consecuencias sexuales y reproductivas:    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Trastornos ginecológicos</li> <li>- Infertilidad</li> <li>- Inflamación de la pelvis</li> <li>- Complicaciones en el embarazo/aborto</li> <li>- Disfunción sexual</li> <li>- Enfermedades de transmisión sexual. Incluida el SIDA</li> <li>- Aborto inseguro</li> <li>- Embarazo no deseado</li> </ul>   |
| Consecuencias fatales:                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mortalidad relacionada con el SIDA</li> <li>- Mortalidad maternal</li> <li>- Homicidio</li> <li>- Suicidio</li> </ul>  |

Fuente: Krug y cols. (2002).

En cuanto a la salud física se pueden evidenciar una serie de manifestaciones de dolencias o enfermedades a raíz de las repercusiones de la violencia en el estado físico de la mujer, como por ejemplo, los trastornos del sueño, el síndrome del intestino irritable,

obesidad, abortos, contagio de enfermedades sexuales, entre otras, por lo que desde una visión amplia se puede concluir que la violencia supone una carga importante de enfermedades y consecuencias para la salud (Gold et al., 2011).

En términos generales, la salud física de las mujeres que han sufrido maltrato presenta un patrón de deterioro si comparamos con mujeres que han vivido libres de violencia. Los estudios que hablan de esta diferencia entre la salud física entre una mujer y otra señalan distintas consecuencias (Ellsberg, Jansen, Heise, Watss & García-Moreno, 2008; Kishor & Johnson, 2006; Lowe, Humphreys & Williams, 2007; OMS, 2013; Roberts & Kim, 2006; Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño & Río- Lozano, 2007; Tomasulo & McNamara, 2007; Wuest et al., 2008). Por ejemplo, el deterioro de la salud física de las mujeres maltratadas puede evidenciarse en los días que pueden pasar en la cama (Ruiz-Pérez et al., 2007). Incluso llegando a una disminución en el funcionamiento del sistema inmune lo cual según Echeburúa (2009a) haría que las mujeres fueran más vulnerables a las infecciones debido a que los estímulos estresantes provocan un estrés crónico que suprime la respuesta inmunológica.

Otra de las consecuencias para la salud física son las alteraciones del sueño, viéndose afectada la calidad del sueño debido a la alerta constante de peligro, especialmente en mujeres separadas debido a la sintomatología de estrés postraumático (Walker, Shannon & Logan, 2011). Según este estudio el promedio de sueño de las mujeres que sufren maltrato es de cinco horas, lo que depende del nivel de trauma y el grado de violencia que han sufrido las mujeres.

Otro trastorno común en esta población es el síndrome del intestino irritable, que se enmarca en los trastornos gastrointestinales. Según la investigación de Becker-Dreps y cols. (2010) realizada en Nicaragua a través de un cuestionario de salud los resultados arrojaron la asociación positiva entre las mujeres maltratadas por parte de sus parejas y padecer del síndrome del intestino irritable, especialmente en aquellas que sufrieron violencia física y sexual.

Otros estudios han analizado como consecuencia de la violencia contra la mujer en pareja, la presencia de obesidad, relacionada con depresión, lo que provoca una peor alimentación, consumo de medicamentos que aumentan el peso y desorganización de hábitos de vida que llevan a la obesidad (Huang, Yang & Omaye, 2011). En el caso del dolor crónico tal como nos señala Humphreys, Cooper y Miaskowski (2010) en una muestra de 84 mujeres supervivientes de maltrato el 75% reportó dolor moderado a severo, por consiguiente, presentaron menos empleo y más síntomas de depresión en comparación con las mujeres que reportaron dolor crónico leve.

Dentro de las consecuencias para la salud física, se ha valorado las consecuencias o daños sexuales o reproductivos en el último estudio de la OMS (2013). En el estudio de la OMS (2013) los resultados arrojaron que aquellas mujeres que sufrieron agresión sexual las consecuencias en su salud era el aumento de la incidencia de infección de VIH, de transmisión de enfermedades sexuales, nacimientos prematuros y restricción del crecimiento del útero.

En cuanto a la posibilidad de contraer VIH, una serie de estudios han revelado la alta incidencia de esta enfermedad en mujeres supervivientes de maltrato por parte de su pareja (Deker et al., 2009; Dunkle et al., 2004; Jewkes, Dunkle, Nduna & Shai, 2010; Epstein, 2010; Gielen, McDonnell & O'Campo, 2001; Karamagi, Tumwine, Tylleskar & Heggenhouge, 2006; Miner, Ferrer, Cianelli, Bernales & Cabieses, 2011; OMS, 2013; Woods et al., 2005). La OMS (2013) señala que existe una tendencia mayor a contraer esta enfermedad y hasta un 1.5 más probabilidad de contraer enfermedades de transmisión sexual como son la sífilis, chlamydias y gonorrea.

En cuanto a la reproducción sexual los resultados del metanálisis de la OMS (2013), arrojó la alta incidencia de abortos igual que en otros estudios (Khawaja & Barazi, 2005; Morland, Leskin, Block, Campbell & Friedman, 2008; Okenwa, Lawoko & Jansson, 2011; OMS, 2013). Además, según la OMS (2013), los niños tienden a nacer bajos de pesos, aumentando en un 16% que esto ocurra.

### **3.3. Repercusiones en la salud mental**

Las consecuencias del maltrato a las mujeres puede conllevar la aparición de numerosas repercusiones en la salud mental, como abuso de alcohol y drogas, depresión y ansiedad, trastornos alimentarios y del sueño, sentimientos de vergüenza y de culpa, fobias y trastornos de pánico, inactividad física, baja autoestima, trastorno de estrés postraumático, trastornos psicósomáticos, tabaquismo, conducta suicida y autodestructiva, conducta sexual e insegura (Becker-Dreps et al., 2010; Beeble, Sullivam & Bybee, 2011; Calvete, Corral & Estevez, 2008; Chandra, Satyanaraya & Carey, 2009; Dominguez,

García & Cuberos, 2008; Dutton, 2009; Golding, 1999; Johnson, Zlotnick & Pérez, 2008; Kishor & Johnson, 2006; Krause et al., 2008; Lowe, Humphreys & Williams, 2007; Mechanic, Weaver & Resick, 2008a; OMS, 2013; Pico-Alfonso et al., 2006; Roberts & Kim, 2006; Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño & Río-Lozano, 2007; Sarasúa et al., 2007; Tomasulo & McNamara, 2007; Walker, Shannon & Logan, 2011; Wuest et al., 2008).

Según los datos de la OMS (2013) referente a la salud mental, la exposición a eventos traumáticos que genera la violencia de contra la mujer, puede causar estrés, miedo y desolación, lo que puede provocar depresión e intentos de suicidios. La exposición temprana de violencia y otros traumas pueden jugar un rol importante para predecir la violencia y la depresión.

Se calcula según Lorente (2001) que el 60% de las mujeres maltratadas tienen problemas psicológicos moderados o graves. Y además dentro de la población de mujeres maltratadas existen diferencias significativas tomando en cuenta por ejemplo el tipo de maltrato al que han estado expuestas (Beeble et al., 2009; Fletcher, 2010; Goodman, Dutton, Vankos & Weinfurt, 2005; Graham-Bermann, Sularz & Howell, 2011; Jones, Hughes & Unterstaller, 2001; Labrador et al., 2004; Pico-Alfonso et al., 2006).

Entre las secuelas que tienen mayor porcentaje estaría el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y depresión (Golding, 1999). En un menor porcentaje la autoestima, abuso de sustancias, y por último, el suicidio (Andrews, Cao, Marsh & Shin, 2011; Olsen McVeigh, Wunsch-Hitzig & Rickert, 2007; Pico-Alfonso et al., 2006; Reviere et al., 2007). En el metanálisis de Golding (1999) se refleja en porcentajes la diferencia en la prevalencia

de estos trastornos, de mayor a menor prevalencia, en un 63.8% de prevalencia de TEPT (en 11 estudios); en un 47.6% de depresión (en 18 estudios); 18.5% de abuso de alcohol (en 10 estudios); 17.9% de suicidios (en 13 estudios); 8.9% de abuso de droga (4 estudios).

Pero todas estas repercusiones en la salud de la mujer dependerán del tipo de severidad/duración del maltrato (Beeble et al., 2009; Echeburúa, 2009a; Fletcher, 2010; Goodman et al., 2005; Graham-Bermann et al., 2011; Jones et al., 2001; Labrador et al., 2004; Pico-Alfonso et al., 2006). La gravedad de los efectos sobre la salud de las mujeres no necesariamente está relacionada con el tipo de maltrato que han sufrido (Sarasúa, Zubizarreta, Echeburúa & Corral, 2007). Sin embargo, otros autores señalan que las agresiones sexuales por parte de la pareja sí darían una diferencia significativa en la salud de las mujeres comparando con las aquellas mujeres que han sufrido agresiones físicas y psicológicas (Pico-Alfonso et al., 2006; Babcock et al., 2008). Por otro lado, la duración del maltrato sería otro indicador diferenciador en las repercusiones de la salud mental de la mujer, algunos autores (por ejemplo, Pico-Alfonso et al., 2006) señalan que la duración sería un predictor, en cambio, Sarasúa y cols. (2007) indican que a partir de una muestra de mujeres maltratadas comparándolas por grupo etario, las mujeres jóvenes a pesar que el maltrato no duró tantos años como el grupo de mujeres adultas, el riesgo vital era mayor debido a que la violencia era más grave. Por último, si la mujer sigue viviendo con la pareja maltratadora o no evidenciará una diferenciación en las consecuencias en su salud mental (Matud, 2004).

A continuación se expondrán los subtipos de repercusiones en la salud mental con el fin de explayar una información más detallada al respecto.

### 3.3.1. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

El TEPT según el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-R) APA (2000) es un trastorno de ansiedad en el que la persona ha estado expuesta a un acontecimiento traumático en el que ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas a su integridad o la de los demás y la persona ha respondido con un temor, una desesperación o un horror intensos. Además la persona reexperimenta el acontecimiento, evita persistentemente los estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo, tiene síntomas persistentes de aumento de la activación (*arousal*), los cuales no existían antes del trauma y todo esto se prolonga más allá de un mes.

Los criterios diagnósticos clínicos internacionalmente utilizados son el de clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) (OMS, 1992) y el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV-R) (APA, 2000).

Según el DSM-IV-R, el TEPT aparece cuando la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de lo demás y ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. Los síntomas que caracterizan a este trastorno son tres:

- a) La reexperimentación del acontecimiento traumático: las personas tienden a revivir intensamente el acontecimiento en forma de imágenes y recuerdos constantes e involuntarios, episodios de *flashbacks*, en los cuales se retoma la

- experiencia con un alto grado de realismo, a veces con carácter alucinatorio, pensadillas o sensación de estar reviviendo la experiencia, malestar psicológico e hiperactividad fisiológica ante la exposición a estímulos vinculados al suceso. Este factor parece ser el más específico del trastorno (Robles & Medina, 2008).
- b) La evitación de estímulos asociados. Los cuales se pueden dividir en dos factores: la evitación propiamente dicha (cognitiva y motora) de estímulos o situaciones relacionadas con el acontecimiento traumático, y el embotamiento de la capacidad de respuesta al medio exterior. El primer componente (evitación) para específico del TEPT, pero también es de los trastornos fóbicos. El segundo componente (embotamiento) no es específico del TEPT puesto que se encuentra en otros trastornos como la depresión (Robles & Medina, 2008).
- c) Un estado de hiperactivación que se manifiesta en dificultades de concentración, irritabilidad, problemas en el sueño, hipervigilancia y respuesta de sobresalto exagerada. Este factor no es exclusivo del TEPT, pues también se produce en los trastornos de ansiedad (Robles & Medina, 2008).

**Cuadro 12.**

*Criterios diagnósticos del TEPT según DSM-IV-R*

- 
- A. La persona ha estado puesta a un acontecimiento traumático en el que han existido (1) y (2):
- (1) La persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno (o más) acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de los demás.
  - (2) La persona ha respondido con un temor, una desesperanza o un horror intensos.
- Nota: En los niños estas respuestas pueden expresarse en comportamientos desestructurados o agitados.
- B. El acontecimiento traumático es reexperimentado persistentemente a través de una (o más) de las siguientes formas:
- (1) Recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamiento o percepciones. Nota: en los niños pequeños esto puede expresarse en juegos repetitivos donde aparecen temas o aspectos característicos del trauma.
  - (2) Sueños de carácter recurrente sobre el acontecimiento, que producen malestar. Nota: en los niños puede haber sueños terroríficos de contenido irreconocible.
  - (3) El individuo actúa o tiene la sensación de que el acontecimiento traumático está ocurriendo (se incluye la sensación de estar reviviendo la experiencia, ilusiones, alucinaciones y episodios disociativos de flashback, incluso los que aparecen al despertarse o al intoxicarse). Nota: los niños pequeños pueden reescenificar el acontecimiento traumático específico.
  - (4) Malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
  - (5) Respuestas fisiológicas al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan un aspecto del acontecimiento traumático.
- C. Evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo (ausente antes del trauma), tal y como indican tres (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) Esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático.
  - (2) Esfuerzos para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma.
  - (3) Incapacidad para recordar un aspecto importante del trauma
  - (4) Reducción acusada del interés o la participación en actividades significativas.
  - (5) Sensación de desapego o enajenación frente a los demás.
  - (6) Restricción de la vida afectiva (por ejemplo, incapacidad para tener sentimientos de amor).
  - (7) Sensación de un futuro desolador (por ejemplo, no espera obtener un empleo, casarse, formar una familia o, en definitiva, llevar una vida normal).
- D. Síntomas persistentes de aumento de la actividad (arousal). Ausente antes del trauma, tal y como indican dos (o más) de los siguientes síntomas:
- (1) Dificultades para conciliar o mantener el sueño.
  - (2) Irritabilidad o ataques de ira.
  - (3) Dificultades para concentrarse.
  - (4) Hipervigilancia.
  - (5) Respuestas exageradas de sobresalto.
- E. Estas alteraciones (síntomas de los criterios B, C y D se prolongan más de 1 mes.
- F. Estas alteraciones provocan malestar clínico significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo
- 

Fuente: APA (2000).

Según el DSM-IV-R, la presencia de estos síntomas debe provocar malestar clínico o deterioro en áreas importantes de la actividad de la persona y prolongarse más de un mes. Si los síntomas duran menos de 3 meses es un TEPT de carácter agudo, y si duran más de 3 meses de carácter crónico. Por otro lado, dependiendo del inicio de los síntomas en comparación a la fecha del acontecimiento traumático, puede ser de inicio demorado si entre el acontecimiento traumático y el inicio de los síntomas han pasado como mínimo 6 meses (APA, 2000).

Según el CIE-10 (OMS, 1992), este trastorno surge como respuesta tardía o diferida a un acontecimiento estresante o a una situación (breve o duradera) de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica, que causaría por sí mismos malestar generalizado en casi todo el mundo. Algunos ejemplos de estos eventos serían las catástrofes naturales o producidas por el hombre, combates, accidentes graves, el ser testigo de la muerte violenta de alguien, el ser víctima de tortura, terrorismo, violación o de otro crimen. A la vez, ciertos rasgos de personalidad o antecedentes de enfermedad neurótica, pueden ser factores predisponentes y hacer que descienda el umbral para la aparición del síndrome o para agravar su curso, pero estos factores no son necesarios ni suficientes para explicar la aparición (ver cuadro 13).

Los síntomas característicos del TEPT serían los episodios reiterados de volver a vivenciar el trauma en forma de reminiscencias o sueños que tienen lugar sobre un fondo persistente de una sensación de “entumecimiento” y embotamiento emocional, de despegue de los demás, de falta de capacidad de respuesta al medio, de anhedonia y de evitación de actividades y situaciones evocadoras del trauma. Suelen temerse o evitarse las situaciones

que recuerdan o sugieren el trauma. En raras ocasiones pueden presentarse estallidos dramáticos y agudos de miedo, pánico o agresividad, desencadenados por estímulos que evocan un repentino recuerdo, una actualización del trauma o de la reacción original frente a el o ambos a la vez. Para el CIE-10 el estado de hiperactividad vegetativa con hipervigilancia, el incremento de la reacción de sobresalto e insomnio, se añade una ansiedad y depresión, donde no son raras las ideaciones suicidas. También el consumo excesivo de sustancias psicótropas o alcohol puede ser un factor agravante. Sobre la duración del trastorno para el CIE-10, se da desde que se comienza el evento traumático hasta unos meses, lo cual no llega a superar los 6 meses, el trastorno en pocos casos puede seguir un curso crónico y evolución hacia una transformación persistente de la personalidad (OMS, 1992).

**Cuadro 13.**

*Criterios diagnósticos del TEPT según CIE-10*

- 
- A. El paciente ha debido exponerse a un acontecimiento estresante o situación (tanto grave como prolongada) de naturaleza excepcionalmente amenazadora o catastrófica, que podría causar profundo disconfort en casi todo el mundo.
- B. Recuerdo continuado o reaparición del recuerdo del acontecimiento estresante en forma de reviviscencias disociativas (flashbacks), recuerdos de gran viveza, sueños recurrentes o sensación de malestar al enfrentarse a circunstancias parecidas o relacionadas con el agente estresante.
- C. Evitación de circunstancias parecidas o relacionadas al agente estresante (no presente antes de la exposición al mismo).
- D. Una de las dos:
- 1) Incapacidades para recordar parcial o completa, respecto a aspectos importantes del período de exposición al agente estresante.
  - 2) Síntomas persistentes de hipersensibilidad psicológica y activación (ausentes antes de la exposición al agente estresante) puesto de manifiesto por al menos dos de los síntomas siguientes:
    - a) Dificultad para conciliar o mantener el sueño.
    - b) Irritabilidad.
    - c) Dificultad de concentración.
    - d) Facilidad para distraerse.
    - e) Respuesta de alarma (sobresaltos) y aprensión exageradas.
- E. Los criterios B, C y D se satisfacen en los seis meses posteriores al acontecimiento estresante o del fin del período de estrés (el comienzo retrasado más de 6 meses puede incluirse en circunstancias especiales, lo cual debe especificarse claramente
- 

Fuente: OMS (1992).

A pesar que ni el DSM-IV ni CIE-10 recogen específicamente la violencia de género como uno de los acontecimientos que pueden desencadenar este trastorno, a pesar de ello existen una serie de investigaciones que señalan que el TEPT es la principal repercusión en salud mental para la mujer maltratada (Amor et al., 2001; Arias, 2004; Arroyo, 2002; Bradley et al., 2005; Chandra, Satyanaraya & Carey, 2009; Cogle, Resnick & Kilpatrick, 2009; Dutton, 2009; Fowler & Hill, 2004; Golding, 1999; Griffing et al., 2006; Illanes, Bustos, Vizcarra & Muñoz, 2007; Johnson, Zlotnick & Perez, 2008; Krause et al., 2008; Mechanic et al., 2008a; Woods, 2000; Zlotnick et al., 2006, entre otros).

La prevalencia en población normal chilena del TEPT según el trabajo realizado por Zlotnick y cols. (2006) en una muestra de 2.390 personas, la prevalencia del TEPT fue de 4,4% (de los cuales el 2,5% era de hombres y un 6,2 de mujeres). En la población general, las mujeres se diferencian significativamente de los hombres por ser más propensas a desarrollar este tipo de trastorno, a pesar de controlar la variable de la violencia.

En los estudios específicos de violencia contra la mujer, el trabajo de metanálisis realizado por Golding (1999) refleja que un 63.8% de los casos presentan TEPT (en un total de 11 estudios). En otros estudios los porcentajes de TEPT varían de un 13.9% a un 55,2%. Por ejemplo, en el estudio realizado por Amor y cols. (2001) con un total de 250 mujeres maltratadas, el 46% presentó TEPT. En el estudio de Kocot y Goodman (2003) se midió la sintomatología de TEPT a través del *PTSD checklist* (PCL; Weathers, Litz, Herman, Huska & Keane, 1993) un 41.4% de prevalencia con una media de 44.7 (*D.T.* = 17.8). En el caso de Fowler y Hill (2004) se analizó el TEPT a través de *Trauma Symptom Inventory* (TSI; Briere, 1992), el 49% de la muestra presentó sintomatología de TEPT. En el estudio de Pico- Alfonso y cols. (2006) diferenció la salud mental entre mujeres que no habían vivido violencia, mujeres que habían vivido violencia físico y psicológica y solo psicológica, en cuanto al TEPT el segundo grupo arrojó un 28% y el último un 34.5%. En el estudio llevado a cabo por Patró (2006) con una muestra de 120 mujeres maltratadas residentes en centros de protección o acogida, el 55,2% de las mujeres presentaron TEPT. En la investigación de Sarasúa y cols. (2007) en una muestra de 148 víctimas y diferenciando entre mujeres jóvenes y mujeres mayores, se encontró una frecuencia de TEPT en las mujeres jóvenes del 42%, y en las mujeres mayores del 27%. En la investigación de Mechanic y cols. (2008), con una muestra de 413 mujeres residentes en

casas de acogida y distinguiendo diversos niveles de gravedad del trastorno, el 13.9% de la muestra presentó bajo TEPT, 15.1% TEPT moderado, 31.8% TEPT moderado a severo y un 39.6% TEPT severo. En el estudio de Babcock, Roseman, Green y Ross (2008) en una muestra de 202 mujeres, el 22% de ellas reportó sintomatología de TEPT. En la investigación de Chandra y cols. (2009), el 14% registró TEPT. En el estudio de Dutton (2009), se diferenció a la muestra en tres tipos de clusters, el primer cluster había vivido violencia moderada física, abuso sexual y psicológico, el segundo violencia física severa, psicológica pero no sexual y en el tercer cluster violencia física severa, psicológica y sexual. En este último cluster la prevalencia de TEPT fue de un 88%.

En algunos casos los criterios de diagnósticos incluidos en el TEPT no parecen ser suficientes para cubrir la multitud y gravedad de las manifestaciones clínicas observadas en personas que han estado expuestas a experiencias traumáticas prolongadas. El síndrome propuesto se ha denominado “TEP complejo” o “Desorden de estrés extremo no especificado de otra manera” (DESNOS) (Herman, 1992; Van der Kolk, 2001). A pesar que la APA no ha incorporado en sus ediciones del DSM, es interesante nombrarlo porque el trastorno contempla diversas alteraciones observadas en distintas personas que han pasado un hecho traumático, ya sea, ser rehén, prisionera de guerra, superviviente de campos de concentración, víctima de explotación sexual, víctima de abuso en la infancia o mujer superviviente de maltrato (Herman, 1997), estas alteraciones no necesariamente están incluidos en los criterios diagnósticos del DSM, por ejemplo, depresión, episodios de disociación, dificultades para regular la ira, problemas con las relaciones interpersonales o dificultades en la capacidad para experimentar placer o satisfacción, entre otros.

Los criterios propuestos por Herman (1997) para diagnosticar el DESNOS son siete:

1.- Una historia de sometimiento a un control totalitario en un período de tiempo prolongado de meses a años. 2.- Alternaciones en las regulaciones de las impresiones, incluyendo, disforia persistente, impulsos suicidas crónicos, autolesiones, ira explosiva o inhibida y sexualidad compulsiva o extremadamente inhibida. 3.- Alteraciones de la conciencia, incluyendo, amnesia de los acontecimientos traumáticos, episodios disociativos pasajeros, despersonalización/desrealización, revivir experiencias tanto en forma de síntomas intrusivos del trastorno de estrés posttraumático como en forma de preocupación reflexiva. 4.- Alteraciones en la percepción de sí mismo, incluyendo, sensación de indefensión o parálisis de la iniciativa, vergüenza y culpa, sensación de profanación y estigma, sensación de absoluta diferencia con respecto a otros. 5.- Alteraciones en la percepción del perpetrador, incluyendo, preocupación por la relación con el perpetrador, atribución no realista de poder total al perpetrador, idealización o gratitud paradójica, sensación de una relación especial o sobrenatural, aceptación del sistema de valores o de la racionalización de perpetrador. 6.- Alteraciones en las relaciones con los demás, incluyendo, aislamiento y distanciamiento, perturbaciones en las relaciones íntimas, búsqueda constante de un rescatador, desconfianza persistente, fracasos repetidos en la autoprotección. 7.- Alteraciones en los sistemas de significados como pérdida de una fe de apoyo, sensación de indefensión y desesperación.

### **3.3.2. Depresión**

La depresión es uno de los trastornos más comunes en las mujeres maltratadas tal como nos indican una serie de investigaciones (Fletcher, 2010; Fogarty, Fredman, Heeren

& Liebschutz, 2008; Golding, 1999; Howard, Trevillion & Agnew-Davies, 2010; Matud, 2004; Mburia-Mwalili et al., 2010; Mechanic et al., 2008 a; OMS, 2013; Pico-Alfonso et al., 2006, Walker, 1984).

Las teorías cognitivas plantean que la depresión es análoga a la indefensión aprendida, la persona aprendería a no tener control sobre los acontecimientos y que los eventos negativos se repetirían sin que puedan evitarlos, así el desarrollo de la depresión, una baja autoestima, apatía y déficit en la solución de problemas sería el cuadro que caracterizaría a las mujeres maltratadas (Labrador et al., 2004).

Según el metanálisis de Golding (1999) la prevalencia de depresión arrojó un 47.6% en 18 estudios. En cuanto a los distintos porcentajes arrojados en los estudios estos fueron de un 11% y un 75%, se analizan los resultados de los estudios según orden cronológico.

La depresión en el caso del estudio de Campbell, Kub, Belknav y Templin (1997) a 164 mujeres supervivientes de violencia de género se realizó la medición de sintomatología depresiva a través de BDI (Beck et al., 1979), los resultados arrojaron que el 28% presentó síntomas depresivos entre moderada a severa y un 11% depresión severa, el análisis de multivariantes arrojó que un 44% de predicción significativa de depresión fue el abuso físico infantil, haber estado en una casa de acogida, haber sido abusada físicamente por el compañero y presentar violencia diaria con él. En la investigación de Amor y cols. (2001), un 50.5% arrojó sintomatología de depresión a través del BDI (Beck et al., 1979). En el caso de Kocot y Goodman (2003) a través de un análisis a la muestra de 169 mujeres con el instrumento CES-D (Radloff, 1977) la depresión arrojó un 69.2% de prevalencia con una

media de 26.6 (*D.T.* = 14.3). En el caso de Kernic, Holt, Stoner, Wolf y Rivara (2003) en una muestra de 397 mujeres en el estudio longitudinal realizado en dos años a través de tres entrevistas la probabilidad de depresión de la muestra disminuyó en un 35% en cada toma de sintomatología. En el estudio de Fowler y Hill (2004) a 126 mujeres a través de la medición de sintomatología depresiva con el BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996) el 58.1% presentó un mínimo riesgo de depresión, un 22% leve, 12.9% moderado y un 7% severo. En la investigación de Ham-Rowbottom, Gordon, Jarvin y Novaco (2005) en una muestra de 81 mujeres de casa de acogida entre un 43% a 75% reportó niveles de depresión y síntomas de trauma. En el estudio cuasiexperimental de Labrador y cols. (2006) con 20 participantes el 50% de la muestra presentó depresión grave según puntajes de BDI (Beck et al., 1979). Según el estudio de Patró, Corbalán y Limiñana (2007), la depresión leve y moderada arrojó una media de 17.38 (*D.T.* =10.63), la frecuencia fue de un 28.6% que no presentó puntajes para la sintomatología depresiva, un 18.1% depresión leve, 35.2% depresión moderada y un 18.1% depresión grave.

En la muestra de 298 mujeres (Calvete et al., 2008) el 36.6% de la muestra presentó altos puntajes de sintomatología depresiva tomando en cuenta el instrumento CES-D (Radloff, 1977). Según datos de Mechanic y cols. (2008) a 413 mujeres de una casa de acogida en cuanto a la sintomatología de depresión la media fue de 26.1 (*D.T.* = 11.6) donde el 5.9% presentó una mínima sintomatología de depresión, un 17.9% baja depresión, un 45% depresión moderada y un 31% depresión severa. En el caso de Johnson y Zlotnick (2009) a través de un análisis de la muestra de 227 mujeres el 47.1% presentó depresión mayor, un 11% de desorden bipolar.

En el estudio de Beeble y cols. (2011) es relevante destacar que a 160 mujeres supervivientes en un trabajo longitudinal a través de seis veces en dos años, los resultados demostraron que la depresión iba disminuyendo a lo largo del tiempo, por ejemplo, a través de la medida de CES-D (Radloff, 1977) en un primer momento la media fue de 2.39 (*D.T.* = .59) y en la última entrevista la media fue de 1.94 (*D.T.* = .62).

Según los estudios que señalaron la media la investigación de Amor y cols. (2002) en una muestra de 212 mujeres la depresión se midió a través de los resultados del BDI (Beck et al., 1979) arrojó una media de 19.22 (*D.T.* = 9.66). En el estudio de Matud (2004) comparó a 270 mujeres maltratadas con 269 mujeres no maltratadas, la diferencia de medias en cuanto a la depresión fue de 7.45 (*D.T.* = 6.0) y 3.73 (*D.T.* = 4.4), Las puntuaciones de sintomatología depresiva fue mayor entre quienes recientemente habían sufrido un episodio de agresión con una media de 14.6 (*D.T.* = 3.9). Por último, según el estudio de Sarasúa y cols. (2007) en una muestra de 148 mujeres supervivientes que diferenció según mujeres jóvenes y mayores. La media de depresión fue de 20 (*D.T.* = 10.50) en las mujeres jóvenes y un 15.68 (*D.T.* = 9.98) en mujeres mayores. Y en cuanto a la escala de inadaptación la media fue en las mujeres jóvenes de 3.35 (*D.T.* = 1.33) y en las mujeres mayores de 3.11 (*D.T.* = 1.51).

En general, se señalan en las investigaciones que la presencia de sintomatología depresiva se potencia por una serie de factores de riesgo, por ejemplo, según la OMS (2013) señala que la probabilidad de padecer depresión aumenta el doble en aquellas mujeres que fueron víctimas de abusos en la infancia (Arias, 2004; Chapman et al., 2004; Gladstone et al., 2004; Pico-Alfonso et al., 2006), sufrieron abuso sexual por parte de su

pareja (Bonomi, Anderson, Rivara & Thompson, 2007; Carbone-López et al., 2006; Pico-Alfonso et al., 2006), no percibían apoyo social (Coker et al., 2002; Mburia-Mwalili et al., 2010) y presentaban una sumatoria de traumas (Fogarty et al., 2008; Nicolaidis, Curry, McFarland & Gerrity, 2004).

Por último, los síntomas de depresión, como la apatía, la pérdida de la esperanza y la sensación de culpabilidad, contribuyen a hacer aún más difícil la decisión de marcharse o, cuando menos, de buscar una solución. A las mujeres que se culpan a sí mismas de los abusos les cuesta mucho más acudir a un centro asistencial, a la policía o a un abogado en busca de ayuda. El refuerzo de ciertas conductas inadaptadas conduce al mantenimiento de la depresión en el maltrato doméstico, ya que el refuerzo negativo mantiene la depresión cuando una conducta depresiva trae como consecuencia una reducción de los malos tratos por parte del agresor (Echeburúa, 2009b).

### **3.3.3. Otras repercusiones en la salud mental: autoestima, alcohol y/o abuso de sustancias e ideación/intento de suicidio.**

Por último, existen otras repercusiones que normalmente las investigaciones arrojan en sus resultados como significativas pero en menor porcentaje, como es la poca autoestima de estas mujeres (Pico-Alfonso et al., 2006; Carbone-Lopez et al., 2006), alcohol y/o abuso de sustancias (Caetano & Cunradi, 2003; Caetano, Cunradi, Schafer & Clark, 2000; Carbone-Lopez, Kruttschnitt & Macmillan, 2006; Lipsky, Caetano, Field & Bazargan, 2005; OMS, 2013), ideaciones y/o intentos de suicidios (Andrews et al., 2011; Olsen McVeigh, Wunsch-Hitzig & Rickert, 2007; Pico-Alfonso et al., 2006; Reviere et al., 2007).

El nivel de autoestima está directamente relacionado con la frecuencia y severidad del abuso y con la aparición de depresión. De este modo, un abuso continuado puede tener graves efectos sobre la autoestima y puede potenciar el grado de vulnerabilidad a la depresión. Por el contrario, un nivel de autoestima adecuado actuará como amortiguador ante la depresión (Echeburúa, 2009b). Uno de los primeros estudios con mujeres maltratadas tomando en cuenta la autoestima de ellas fue el realizado por Mitchell y Hodson (1983), trabajo realizado con 60 mujeres maltratadas en una casa de acogida se les aplicó la escala de autoestima de Rosenberg (1965) lo que evidenció una baja autoestima en comparación con un grupo de mujeres de población general sin historias de malos tratos con sus parejas.

El peor estado de salud de las mujeres maltratadas es evidenciado en el trabajo realizado en por Carbone-Lopez y cols. (2006) a través de la encuesta U.S. llamada *National Violence Against Women Survey* (NWAS; Tjaden & Thoennes, 2000) con una población femenina de 8.000 y 8.005 hombres, se analizaron una serie de clases latentes de mapas subyacentes de violencia en la pareja. En cuanto a la salud de las mujeres que habían sufrido maltrato se muestra una asociación con una pobreza en la salud mental y el abuso de sustancias. Comparado la salud mental entre mujeres maltratadas y no maltratadas, las mujeres que habían padecido abusos informaron de una probabilidad cuatro veces mayor de tener peor salud mental, dos veces y medio más de uso de tranquilizantes, más del doble de consumo de pastillas prescritas para el dolor, y más de la mitad señalan beber alcohol diariamente. Estos resultados son similares a los que han figurado desde los últimos 30 años en la investigación de las mujeres maltratadas por su pareja (Caetano & Cunradi,

2003; Caetano et al., 2000), o en los evidenciados por Andrews y cols. (2011), quienes tras examinar el impacto de los servicios sociales, sus resultados muestran que existe una clara interacción entre la historia de violencia y la predicción al consumo de sustancias. De acuerdo al metanálisis de la OMS (2013) casi el doble de las mujeres que han padecido violencia en pareja se relaciona positivamente con algún trastorno por consumo de alcohol, de hecho de seis trabajos de investigación, cinco reportaron asociaciones significativas con desórdenes de alcohol, consumo de alcohol, intoxicación por alcohol, abuso de alcohol, y beber regularmente alcohol.

Con respecto a la repercusión mental de los intentos/ideación suicida en las mujeres maltratadas, ocurre tal como señalábamos en un comienzo que la información muchas veces no es recabada. La indagación de ideación suicida se arroja en preguntas *screening* cuando se está tratando de evaluar la presencia de depresión en la mujer. En el caso de la investigación realizada por la OMS (2005) señalaron que posiblemente la causa de los bajos índices de tasas de intentos de suicidios en esta población en su estudio se debió a que no fue preguntado adecuadamente.

En el estudio de Pico-Alfonso y cols. (2006) se realizó una larga investigación entre los años 2000 y 2002 evaluando el impacto de la violencia de género en la salud mental y física de las mujeres de centros de ayuda 24 horas de Valencia, España. Los resultados de estas 182 mujeres en cuanto a la incidencia de pensamientos suicidas fue alta, especialmente en aquellas mujeres con síntomas depresivos o co-morbilidad de depresión y

TEPT, sin embargo, los pensamientos suicidas no estuvieron asociados con sintomatología específica.

En el estudio de Reviere y cols. (2007) examinaron los factores psicológicos que influenciaban el maltrato contra la mujer y el suicidio en 200 mujeres afroamericanas. Los resultados arrojaron que las mujeres que ocuparon mejores estrategias de afrontamiento, tenían más apoyo social y no abusaban de sustancias, no habían tenido intentos de suicidio en comparación de aquellas que presentaron estos factores. Resultados similares arrojaron el estudio de Haarr (2010), realizado en Tayikistán con unas cuatrocientas mujeres que reportaron estar más propensas a tener pensamientos e intentos suicidas si habían experimentado en su matrimonio violencia física y/o sexual. En el metanálisis de la OMS (2013) señala que el TEPT sería el principal factor que explicaría por qué la violencia en pareja puede causar depresión y subsiguientemente intentos de suicidios, de tres estudios se mostraron relaciones positivas entre la violencia y los intentos de suicidios, dos de ellos presentaron resultados estadísticamente significativos.

### **3.3.4 El síndrome de la mujer maltratada**

Tras haber revisado las consecuencias en la salud mental de la mujer maltratada, se desarrollará a continuación el síndrome de la mujer maltratada (Walker, 1984). Este síndrome nace a la base de la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975), el cual forma parte de las teorías del aprendizaje y entiende que determinadas personas a lo largo de su historia han aprendido a sentirse indefensas. Se asemeja a una suerte de síndrome de Estocolmo, donde existen sentimientos positivos de la víctima hacia el captor y negativos

hacia los que vienen a rescatarla, que sería lo que suele ocurrir en secuestros políticos o de robos (Barea, 2004).

La persona que lleva esta teoría al maltrato contra la mujer es Walker (1984) con la denominación de síndrome de la mujer maltratada como un estado caracterizado por baja autoestima, presencia de un síndrome depresivo, presentar reacciones de estrés y tener una sensación de impotencia y abandono por parte de los demás. Las mujeres maltratadas presentan temor, ansiedad, fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, pesadillas, molestias y dolores inespecíficos. Pero a pesar de ello, no son conscientes de la gravedad de su estado, y como consecuencia de los mensajes que le manda el marido en cada y entre cada agresión y del contexto sociocultural, piensa que ella es la culpable de lo que le está pasando y que se lo tiene merecido. Las personas próximas a ella o incluso, cuando tras una denuncia, se intenta valorar la situación de la víctima, no son tampoco conscientes de su estado, puesto que las mujeres víctimas de malos tratos suelen presentar un “elevado control interno”.

#### **3.4. Repercusiones en la salud social (trabajo)**

Respecto a las repercusiones que pudiera tener el maltrato en el ámbito de la salud social, se evidencia a partir de las investigaciones que han analizado las pérdidas del puesto de trabajo o la falta de oportunidades laborales que tienen las mujeres supervivientes de violencia. Debido a esta situación, la mujer entraría en un círculo vicioso en el cual, debido a su falta de recursos económicos y sociales, tiene que mantener la relación afectiva, lo que incrementa su malestar y le impide buscar nuevas oportunidades laborales.

En el trabajo de Moe y Bell (2004) realizado con 19 mujeres maltratadas quienes vivían en una casa de acogida, describieron que el maltrato en sí dificultó su habilidad para encontrar trabajo o mantener el empleo. Por otro lado, si poseían un puesto de trabajo sus salarios no podían ser ocupados por la falta de independencia y seguridad que les provocaba estar en una relación de violencia. En otro estudio con una muestra mayor de 1.000 participantes en Illinois (U.S) estudiaron la relación entre la inestabilidad en el empleo de las mujeres maltratadas debido a las repercusiones en su salud, lo que generaba un círculo vicioso como factor de vulnerabilidad debido a la falta de recursos para disponer de otra vivienda y lograr la separación con la pareja abusiva (Staggs y Riger, 2005). Un trabajo más reciente realizado por Kimerling y cols. (2009) con una muestra de 6.698 mujeres de California (U.S) midió la relación entre el estado de salud de la mujer, el empleo y la violencia de género. De ese total de mujeres un 20% experimentó violencia psicológica, el 18% violencia física y un 19% síntomas de TEPT, el desempleo era un tema más recurrente en las mujeres maltratadas, lo cual es concordante con lo expuesto en otras investigaciones (Staggs, Long, Mason, Krishnan & Riger, 2007; Swanberg & Logan, 2005; Swanberg, Logan & Macke, 2005; Tolman & Wang, 2005).

### **3.5. Repercusiones en los/as hijos/as**

Por último, una de las repercusiones que se visualiza a un nivel sistémico es la salud mental de los hijos que están insertos en la familia. La violencia que sufren los chicos puede ir desde ser testigos de violencia a vivir en forma directa la violencia por parte de alguno de sus progenitores, ya que no siempre es sólo el hombre agresor que ejerce malos tratos al niño/niña/adolescente (NNA).

Las investigaciones señalan que el NNA también sufre consecuencias en su salud por estar inserto en un ambiente de violencia (Bayarri, Ezpeleta, Granero, de la Osa & Domènech 2011; Bosch & Ferrer, 2002; Douglas & Walsh, 2010; Graham-Bermann et al, 2009; Kernsmith, 2006; Letourneau, Fedick & Willms, 2007; Moylan et al, 2010; Patró & Limiñana, 2005; Rizo, Macy, Ermentrout & Johns, 2011; Sánchez-López, 2003; Simmons, Lehmann & Dia, 2010; Sousa et al., 2011).

Según Bosch y Ferrer (2002) un sesenta por ciento aproximadamente de ellos son víctimas directas de la violencia de género, otros estudios como el de Kernsmith (2006) a través de un estudio retrospectivo los resultados ofrecieron que en un 74% de los participantes habían sido testigos de alguna forma de violencia cuando fueron niños, y un 68% de ellos reportaron haber sido víctimas directos de los abusos.

Las consecuencias en la salud a los NNA son variados al igual que sucede con sus madres, los problemas emocionales y de comportamiento como la ansiedad, depresión, fracaso escolar, baja autoestima, desobediencia, pesadillas, trastornos de alimentación o problemas de salud física en general pueden ser los trastornos que pueden afectarlos (Bayarri et al., 2011; Bosch & Ferrer, 2002; Douglas & Walsh, 2010; Graham-Bermann et al., 2009; Kernsmith, 2006; Letourneau, Fedick & Willms, 2007).

En el trabajo realizado por Graham-Bermann y cols. (2009) se evaluó a 219 niños en familias con niveles de violencia de género con edades entre 6 y 12 años. Los resultados arrojaron que un 24% tenían problemas sociales, un 45% dificultades, un 11% depresión, y

un 20% fueron considerados como resilientes por su alta competencia y bajo problemas de adaptación.

Según uno de los últimos estudios realizados sobre esta temática es el de Moylan y cols. (2010) con una muestra de 457 jóvenes provenientes de familias con violencia, los resultados arrojaron que el abuso infantil y la violencia de género en combinación incrementa los riesgos de un disfuncionamiento y comportamiento de riesgo en el adolescente.

En el estudio de Douglas y Walsh (2010) explora la relación de la violencia de género y la protección infantil a los hijos de la relación a través de los trabajadores comunitarios encargados en el tratamiento de las mujeres maltratadas. Se concluyó la importancia de que al apoyar a las mujeres, se proporcionaba un ambiente protegido indirectamente también a los/as niños/as.

El trabajo de Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson y Von Eye (2006) a través de 206 mujeres embarazadas que habían sufrido violencia se detectó que el malestar psicológico repercutían en la interacción con los bebés, por ello sería importante una intervención temprana tanto para las mujeres como para sus hijos, ya que según Simmons, Lehman y Día (2010) los estilos de crianza que ofrecen los padres que viven insertos en relaciones de violencia incluyen una disciplina a través de los malos tratos, ya que se justificaría el uso de ella. Un ejemplo de intervención a esta problemática es expuesto por Rizo, Macy, Ermentrout y Johns (2011) a través de la identificación de cuatro categorías: el asesoramiento, la terapia en crisis, la crianza a los hijos y los programas multicomponentes

de intervención, donde el fin principal es tomar en cuenta las repercusiones en la salud del NNA, visibilizándolo como otro agente más de trabajo terapéutico.

### **3.6. Estudios de salud mental en mujeres chilenas supervivientes de maltrato en la pareja**

El primer trabajo chileno desarrollado a nivel de prevalencia, se indagó también las consecuencias en la salud mental de las mujeres (Larraín, 1994). En una muestra de 1.000 mujeres se evaluó su salud mental a través del cuestionario de salud general (GHQ-12; Goldberg et al., 1998). Los resultados arrojaron que las mujeres que habían informado haber vivido violencia por parte de su pareja presentaron puntajes más altos de GHQ-12 que aquellas que no lo sufrieron. Una de cada dos mujeres que informaron haber vivido experiencias de violencia en contexto de pareja fueron posibles casos que requerían una evaluación psicológica en profundidad. A diferencia de las mujeres que no habían sufrido violencia, una de cada cinco era un posible caso de evaluación.

En los años 2008 y 2009 el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) analizaron a través de una autoevaluación las condiciones generales de salud física, salud mental, presencia de la idea de suicidio e intento de suicidio y consumo de alcohol. Se crea un instrumento de elaboración del SERNAM que indagaba la salud de las mujeres a través de la presencia de 20 síntomas (ver cuadro 14)

**Cuadro 14.**

*Síntomas en el trabajo de investigación de SERNAM*

| N°  | Síntomas   |
|-----|--|
| 1.  | Dolores de cabeza frecuentes                               |
| 2.  | Disminución del apetito                                    |
| 3.  | Dificultades para dormir                                   |
| 4.  | Facilidad para asustarse                                   |
| 5.  | Temblor de manos   |
| 6.  | Sensación de nerviosismo, tensión o preocupación           |
| 7.  | Mala digestión   |
| 8.  | Problemas para pensar con claridad                         |
| 9.  | Sensación de tristeza                                      |
| 10. | Necesidad de llorar más de lo usual                        |
| 11. | Dificultad para disfrutar de las actividades diarias       |
| 12. | Dificultad para tomar decisiones                           |
| 13. | Dificultad para realizar el trabajo diario                 |
| 14. | Sensación de incapacidad de jugar un papel útil en la vida |
| 15. | Pérdida de interés en las cosas                            |
| 16. | Sensación de ser una persona inútil                        |
| 17. | Idea de suicidarse   |
| 18. | Cansancio permanente                                       |
| 19. | Molestias en el estómago                                   |
| 20. | Facilidad para cansarse                                    |

Fuente: SERNAM (2008, 2009)

En cuanto a las condiciones generales de salud la muestra se diferenció entre aquellas mujeres que señalaron que presentaban muy buena salud, un 65.9% del total de las mujeres que no había vivido violencia, un 57.2% del total de quienes habían vivido violencia psicológica y un 47.2% del total quienes habían sufrido violencia física y/o sexual. En cuanto a la salud mental, se indagó a través de 20 síntomas si los habían presentado durante las últimas cuatro semanas de la autoevaluación.

Los resultados arrojaron que las mujeres de la Región Metropolitana en su mayoría se diferenciaba de quienes habían vivido violencia o no en cuanto a los síntomas referentes a los trastornos depresivos, es decir, la sensación de ser una persona inútil, sensación de incapacidad de jugar un papel útil en la vida y pérdida de interés en las cosas, todos

presentes en mayor proporción en las mujeres con experiencia de violencia física y/o sexual. En la Región de la Araucanía, los síntomas de mayor diferencia entre quienes habían vivido violencia o no fueron la sensación de ser una persona inútil, los problemas para pensar y la pérdida de interés en las cosas, asociados todos a estados depresivos, con mayor presencia en las mujeres que viven violencia física y/o sexual. Sobre los intentos de suicidio son mayores en las que sufren violencia respecto a quienes no. en la Región Metropolitana las mujeres que habían sufrido violencia físico y/o sexual han tenido cuatro veces más ideas con respecto a quienes no han padecido violencia, en cambio en la Región de la Araucanía fue siete veces mayor. Por último, el consumo excesivo de alcohol no relevó diferencias significativas con las experiencias de violencia.

En cuanto al estudio en la Región de Antofagasta (SERNAM, 2008). El total de la muestra fue de 873 mujeres entre 15 y 49 años de edad que pertenecían a la Región de Antofagasta. Los resultados en cuanto a la salud mental arrojaron nuevamente diferencias significativas entre aquellas mujeres que habían sufrido o no violencia. Los síntomas con mayor prevalencia en todas las mujeres fueron “sensación de nerviosismo, tensión o preocupación” (77% del total de mujeres, 68% de las mujeres sin violencia, 86% de las mujeres con violencia psicológica y 89% de las mujeres con violencia física y/o sexual); “sensación de tristeza” (77% de las mujeres en total, 68% de las mujeres sin violencia, 86% de las mujeres con violencia psicológica y 89% de las mujeres con violencia física y/o sexual) y “dolores de cabeza frecuentes” (52% de las mujeres en total, 44% de las mujeres sin violencia, 67% las mujeres con violencia psicológica y 62% de las mujeres con violencia física y/o sexual). Un 27% de la muestra ha pensado en suicidarse alguna vez en su vida, segregando por experiencia de violencia solo un 12% de este 27% no había vivido

violencia. Por último, el consumo de alcohol al igual que el estudio realizado en las Regiones Metropolitana y de La Araucanía no presentó una tendencia clara entre la violencia y el consumo de alcohol.

### **3.7. Intervención con mujeres maltratadas**

La intervención a nivel mundial con mujeres maltratadas posee varios ejemplos a seguir, uno de ellos es el trabajo que realiza Echeburúa y su equipo de investigación en el País Vasco de España, iniciado hace años a través de centros de atención ambulatoria y casas de acogidas, además de continuar la rama de la investigación otorgando distintas perspectivas de información al respecto al daño en la salud de las mujeres, intervención con ellas y sus hijos, y últimamente la intervención con hombres que ejercen violencia (Echeburúa et al., 2002; Echeburúa & Corral, 2006; Echeburúa & Redondo, 2010).

Para lograr una buena intervención es necesario investigar las consecuencias en la salud mental de la mujer maltratada, con el fin de tener una visión amplia respecto a las temáticas a trabajar en su reparación terapéutica y no olvidar las diferencias individuales que tendrá cada caso particular (Lundy & Grossman, 2009; Sarasúa et al., 2007).

Las distintas investigaciones a nivel mundial informan que el enfoque común es poder trabajar terapéuticamente el daño en la salud mental de las mujeres que viven o han vivido violencia en pareja, principalmente a través de la disminución de los síntomas que provienen de un trastorno de estrés postraumático (Iverson, Resick, Suvak, Walling & Taft, 2011; Johnson et al., 2011; Kelly, Merrill, Shumway, Alvidrez & Boccellari, 2010).

De todas maneras existen variables que median el trabajo terapéutico y los trastornos que presentan las mujeres, ya que la salud mental varía de cultura en cultura, o en distintos ciclos vitales. Un tipo de variable a tomar en cuenta podría ser, por ejemplo, la edad o que la mujer se encuentre embarazada. Con respecto a la variable de la edad, Lundy y Grossman (2009) señalan que los servicios sociales en la ciudad de Illinois en U.S. realizan terapias a mujeres entre 18 a 64 años de edad, las variables a considerar en estas intervenciones serían, por ejemplo, que las mujeres ancianas asisten menos a terapias individuales (57%) en comparación con un 71% de las mujeres jóvenes. Y si la mujer se encuentra embarazada, se debería generar un tratamiento desde un enfoque de prevención que según O'Reilly, Beale y Guillies (2010) esto ha logrado la reducción de la violencia.

Otra variable importante es la ruta que siguen las mujeres para acceder a la ayuda terapéutica/social/legal frente a esta temática. Este fenómeno es llamado ruta crítica (OPS, 2000; Sagot, 2005; SERNAM, 2007), y sería el proceso que viven las mujeres cuando quiebran el silencio de la violencia. La Ruta Crítica sería el proceso que se construye a partir de las decisiones tomadas y acciones ejecutadas por las mujeres maltratadas y las respuestas que hayan en la búsqueda de sus soluciones. La mujer se encuentra con los problemas del ámbito institucional por el acceso, disponibilidad y calidad de los servicios de salud y legal. Lo rescatable de esta visión es el llamado de atención a las trayectorias fragmentadas y no integrales que sufren las mujeres, ya que deben acudir a las distintas instancias para resolver la dimensión lega, de salud, búsqueda de acogida emocional, etc.

En la realidad chilena las mujeres pueden ingresar al sistema de diferentes ámbitos. Por un lado, están los centros de la mujer, que son centros de tratamientos ambulatorios

para lesiones leves o moderadas sin un trastorno psicológico profundo a la base, a estas instituciones la mujer puede ingresar de forma espontánea, o derivada desde ámbitos legales como por ejemplo la policía, fiscalía o tribunales de familia. En cuanto al trabajo de intervención propiamente tal, los centros de la mujer pertenecientes al Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) serían las instituciones especializadas en el trabajo con mujeres que viven o han vivido violencia en pareja. Los equipos cuentan con un trabajo psicológico, social y legal. Cuando existen casos de mayor complejidad psiquiátrica, el trabajo en conjunto con la red de salud, brindaría elementos suplementarios al respecto, por ejemplo, los centros de salud mental (COSAM) o centros de salud familiar (CESFAM) o centros que se especializan en atentados sexuales (CAVAS).

Los trabajadores en estas áreas necesitan una formación acorde a la temática para lograr la adecuada detección de esta problemática, ya que muchas mujeres no logran visualizarlo o no tienen la facilidad de información para pedir ayuda al respecto (Payne & Triplett, 2009). La adecuada formación ayuda a minimizar los riesgos que pueda sufrir la mujer en los distintos ámbitos judiciales o de salud, lo que es denominado victimización secundaria (Echeburúa, 2009a). La victimización secundaria se genera en la relación entre la víctima y el sistema jurídico-penal (policía o sistema judicial) o servicios sociales defectuosos. Lo que provoca que el maltrato institucional pueda contribuir a agravar el daño psicológico de la víctima o a cronificar las secuelas en su salud mental. Un aspecto fundamental es la repetición de las declaraciones, de las exploraciones y la dilatación existente en el sistema de justicia procesal, así como la falta de información concreta sobre la situación procesal. Y en el ámbito de la salud, especialmente en servicios de urgencias, donde las mujeres deben asistir a constatar lesiones, es importante que la mujer no se sienta

juzgada, sino en un entorno seguro tal como señalan Kendall y cols. (2009). En su estudio el objetivo fue evaluar el impacto del servicio de urgencias en las mujeres que asistían producto de la violencia que sus parejas le propiciaban, por lo que en aquellas pacientes que se requería se ofreció servicio de consejería, recursos de seguridad y planificación de ello. Como resultado más del noventa y seis por ciento de las pacientes percibieron un aumento de su seguridad después de la intervención.

Por otro lado, los trabajadores además de tener claro que deben tener una adecuada formación respecto a la temática (Payne & Triplett, 2009), también deben tener en cuenta el desgaste emocional (*burnout*) que puede repercutir en un mal tratamiento para la mujer, lo que es denominado como traumatización vicaria (Echeburúa, 2009a). Éste término alude al impacto del trauma en las personas que se ocupan de ayudar a las víctimas, sobre todo cuando esta tarea es exclusiva o, al menos, predominante en los terapeutas.

Actualmente, en el intento de erradicar la violencia contra la mujer se ha otorgado más espacio de reparación al hombre que ejerce violencia. Tal como señala Echeburúa y Redondo (2010) trabajar con el agresor no quiere decir que no se le considere responsable de sus conductas violentas, lo que ocurre es que muchos hombres violentos presentan limitaciones psicológicas importantes en el manejo de los impulsos, en el abuso de alcohol, en sus sistemas de creencias, en las habilidades de comunicación y de solución de problemas o en el control de los celos. Para estos autores, el tratar actualmente a un maltratador es posible si el sujeto asume la responsabilidad de sus conductas y cuenta con una mínima motivación para el cambio. El trabajar con los agresores es una forma de impedir que la violencia se extienda a los otros miembros del hogar lo que ocurre en el

treinta y cuarenta por ciento de los casos, es decir, trabajar también desde la prevención, aunque no existen datos concluyentes de la efectividad de este tipo de intervención.

De esta forma, la apuesta mayor es a la prevención a través de la educación que puede ayudarnos como sociedad a contener la agresividad y no transformarla en violencia, así es imprescindible enseñar desde temprana edad a solucionar los conflictos de forma pacífica, enseñar la tolerancia y la igualdad de género, por otro lado, el reconocer socialmente este fenómeno ayuda en la debilitación de los mitos y prejuicios mediante la labor de sensibilización, información y educación, no fomentar el sexismo, responsabilizar a los hombres y la sociedad en su totalidad (Hirigoyen, 2006; Barragán, 2006).

Por último, es importante recordar el riesgo vital que corren las mujeres, a pesar de estar en tratamientos de centros especializados y/o separados del hombre maltratador. Tal como nos señala Harling y Helweg-Larsen (2009) aunque las mujeres una vez separadas perciben menos riesgo de peligro, los feminicidios son altísimos. Muchas veces, la regulación de visitas o pensión de alimentos de los hijos en común, insta a que el hombre maltratador continúe el acoso, amenazas o hechos de violencia propiamente tal (Logan, Shannon, Cole & Walker, 2006; Moe, 2007). Por lo tanto, es importante seguir trabajando a nivel de la justicia para que estas medidas sean eficaces y salvaguarden la vida de la mujer.

**CAPÍTULO 4. FACTORES INFLUYENTES EN EL IMPACTO  
PSICOLÓGICO DEL MALTRATO**



## **CAPÍTULO 4. FACTORES INFLUYENTES EN EL IMPACTO PSICOLÓGICO DEL MALTRATO**

El objetivo del siguiente capítulo es exponer, siguiendo las aportaciones de diversos autores, un marco general en el que se encuadren los factores que influyen en el impacto de la violencia de género en la salud mental de las mujeres supervivientes de maltrato.

Una primera consideración a realizar en este planteamiento es que la violencia de género puede encuadrarse como un tipo de violencia interpersonal, de acuerdo con la clasificación de la OMS (2005), que distingue entre violencia colectiva, violencia autoinflingida y violencia interpersonal, dividiendo esta última en dos categorías, la violencia intrafamiliar o de pareja y la violencia comunitaria. Como tal, y siguiendo la definición que este organismo realiza del concepto de violencia, puede ser entendida como algo que causa o tiene muchas probabilidades de causar en la mujer que la sufre, además de la muerte, daños físicos y psicológicos, relacionándose directamente con el estudio de la victimización como impacto de un hecho traumático (Morillas, Patró & Aguilar, 2011).

Siguiendo a autoras como Carlson y Dalenberg (2000), del Trauma Research Institute (California) y del National Center for PTSD (Palo Alto, VA), quienes proponen un modelo conceptual general e integrador sobre el impacto de las experiencias traumáticas, se exponen en el presente capítulo los factores que se han considerado más relevantes para su estudio, así como algunas cuestiones conceptuales básicas que permiten la comprensión del modelo y su relación con la investigación realizada con mujeres supervivientes de maltrato y violencia en la pareja.

#### **4.1. Elementos básicos de la relación estrés y salud**

Según la revisión histórica que realiza Yanes (2009), uno de los primeros autores en utilizar el término estrés fue Cannon (1929), para referirse a las reacciones fisiológicas que se daban a raíz de un estresor emocional como el dolor, el miedo o el enfado. Posteriormente, el Dr. Hans Selye (1956) describió el “síndrome de adaptación general”. Este síndrome consiste en una respuesta de tres etapas; la primera, la reacción de alarma, en la que el organismo se percata de la presencia del estresor y activa la respuesta fisiológica; la segunda etapa, de resistencia, que aumenta y mantiene la respuesta para hacer frente a los estímulos estresantes y disminuye la respuesta a otros estímulos; y por último, la etapa de agotamiento, donde las reservas se consumen y la resistencia se hace imposible. John Mason (1975), introdujo nuevas ideas respecto al concepto de estrés, señalando que el estrés precedería a la activación fisiológica, y esto se evidenció en la variación de las respuestas fisiológicas en cuanto al grado de incertidumbre, agresividad o miedo que evocaba el estímulo. Posteriormente, Gatchel (1995) concilió estas dos visiones proponiendo que la noción de evaluación psicológica estaría en el modelo de Selye durante la fase de alarma, y la interpretación psicológica podría afectar a la respuesta posterior en las etapas de resistencia y agotamiento.

En cuanto a los distintos enfoques en el estudio del estrés, según Yanes (2009), se podría diferenciar el estudio del estrés como estímulo, como respuesta y como proceso. Como estímulo, sería por ejemplo, los acontecimientos vitales, catastróficos, situaciones de origen externo a la propia persona y no se tomaría en cuenta la valoración subjetiva que pueda hacer el sujeto. El estudio del estrés como respuesta, tal como fue señalado en el

párrafo anterior, haría referencia al síndrome de adaptación, considerándose cualquier estímulo que podría convertirse en estresor siempre que provocase en el organismo una respuesta inespecífica de reajuste.

Respecto al enfoque del estrés como proceso o interacción, es relevante destacar las aportaciones realizadas desde el modelo general de estrés y salud por Lazarus y Folkman (1984). Los autores plantearon un modelo transaccional en el que la persona y el ambiente son vistos desde una dinámica, mutuamente recíproca, una relación bidireccional. El estrés es conceptualizado como una relación entre la persona y el ambiente, en el que la persona evalúa si sus recursos pueden ser excedidos o agobiantes y puede peligrar su bienestar. La teoría aprecia dos procesos, la evaluación cognitiva y el afrontamiento, como mediadores de la relación entre la persona y el ambiente y sus respuestas.

Entre los elementos básicos del modelo general de estrés-salud (como proceso) se pueden distinguir:

- a) Antecedentes o recursos (personales y ambientales). Según Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis (1986), las características de personalidad, los valores, compromisos, metas y creencias sobre sí mismo y el mundo, junto a otros recursos ambientales como el apoyo social forman parte de los antecedentes o recursos del individuo.
- b) Procesos mediadores. Según Lazarus y Folkman (1987) cabría señalar en primer lugar los procesos de evaluación o *appraisal*, donde podrían distinguirse la evaluación primaria (la estimación que realiza el individuo sobre el acontecimiento, que puede ser irrelevante, benigna o estresante, pudiendo

implicar esta última (daño o pérdida, amenaza o desafío), la evaluación secundaria (la valoración de los propios recursos para afrontar la situación, incluyendo tanto los recursos personales, la percepción del apoyo social como la posibilidad de recursos materiales) y la reevaluación (la modificación de las valoraciones previas en la interacción entre la percepción de la situación externa, las demandas y los recursos de la persona). La evaluación cognitiva que determine la persona es lo que llevará a que una situación pueda o no producirle estrés, es decir, la reacción de estrés se dará si la persona percibe al estresor como una amenaza y que además se sienta incapaz de afrontarlo. En segundo lugar, se encontrarían las estrategias de afrontamiento, que según Folkman y Lazarus (1988), serían esfuerzos conscientes para dominar, reducir o tolerar las exigencias internas o externas que amenazan o sobrepasan los recursos del individuo. El afrontamiento tiene dos funciones: por un lado tratar el problema que está causando el malestar (afrontamiento centrado en el problema) y la regulación de la emoción (afrontamiento centrado en la emoción) (Folkman et al., 1986).

- c) Efectos en la salud. Los efectos en la salud pueden ser inmediatos (el estrés como respuesta, tanto a nivel fisiológico como a nivel del afecto o estado de ánimo) y a largo plazo (bienestar psicológico, salud física y funcionamiento social)

#### **4.2. La violencia de género como una experiencia traumática**

Una experiencia o suceso traumático, tal y como analiza Echeburúa (2009a), es un acontecimiento negativo e intenso, que surge de forma brusca, que resulta inesperado o incontrolable y que, al poner en peligro la integridad física o psicológica de una persona

que se muestra incapaz de afrontarlo, tiene consecuencias dramáticas para esta, especialmente de temor, terror o indefensión intensos.

Los sucesos traumáticos pueden dividirse en dos grandes categorías. Aquellos sucesos no intencionados, como las catástrofes naturales o los accidentes y, por otro lado, los sucesos intencionados como, por ejemplo, las agresiones sexuales, las relaciones de pareja violentas, los actos de terrorismo, tortura, secuestros y otros delitos violentos o el suicidio de un ser querido (Herbert & Wetmore, 1999).

Por otro lado, el concepto de trauma, término que proviene del griego y significa herida, además de su significado físico, puede utilizarse para referirse a la reacción o respuesta psicológica global consecuencia de un suceso traumático. A nivel general, se estima que los sucesos traumáticos no intencionados se asocian a una respuesta traumática en el 15-20% de los casos, manejándose cifras en torno al 50-70% de los casos respecto a los sucesos traumáticos intencionados, por ejemplo, la violencia en la pareja (Echeburúa, 2009a; Robles & Medina, 2008).

Según Lazarus (2000), la esencia del trauma implica que los significados cruciales de la vida de una persona se ven minados y seriamente dañados como consecuencia del suceso traumático. Estos significados se relacionan con los sentimientos de merecimiento, la creencia de ser querido o atendido y quizás, entre los más importantes, las personas traumatizadas ya no creen ser capaces de manifestar ningún control sobre sus vidas.

El estudio del trauma psicológico ha gravitado fundamentalmente sobre el concepto de estrés postraumático. El TEPT (tal como fue explicado en el capítulo 3) aparece cuando la persona ha experimentado, presenciado o le han explicado uno o más acontecimientos caracterizados por muertes o amenazas para su integridad física o la de lo demás y ha respondido con temor, desesperanza u horror intensos. Desde las aportaciones de Lazarus (2000), se pueden distinguir las siguientes consideraciones acerca del trauma y del estrés postraumático:

- a) El TEPT depende siempre y se comprende mejor en términos de la relación persona-medio.
- b) Depende también de los significados relacionales y las emociones desencadenadas que aportan *insights* importantes sobre el proceso adaptativo.
- c) El proceso de manejo es un factor elemental para determinar si habrá TEPT y cuán grave será desde el punto de vista clínico.

El primer elemento quiere decir que no solo las características objetivas del suceso ambiental traumatizan a la persona, sino que en ello también influyen factores individuales como las características de personalidad del sujeto y los procesos de valoración cognitiva que realiza acerca de la situación, puesto que no todas las personas expuestas a una misma situación traumática desarrollan los síntomas del trastorno de estrés postraumático. Por lo tanto, el trauma, como la mayoría de los estreses, nunca puede ser adecuadamente definido en términos exclusivos del suceso externo, ya que la traumatización como experiencia depende de las especificidades del vínculo entre el suceso y la persona que responde a él, o en otras palabras, de la relación persona-medio (Lazarus, 2000).

El segundo elemento quiere decir que, en vez de señalar las condiciones ambientales concretas como causa única, el TEPT requiere el reconocimiento de otros dos principios: el primero, las principales fuentes del trauma son los significados que la persona elabora sobre lo sucedido, y el segundo, las emociones de este trastorno, que conllevan su propio mensaje sobre el significado personal del trauma. Por ejemplo, la ira puede ser relacionada con el daño a la autoestima, la tristeza implica una pérdida irrevocable, la depresión comunica una sensación de incapacidad e indefensión, la culpabilidad significa un acto o pensamiento inmoral cometido por la persona durante el suceso traumático, la vergüenza indica la capacidad para vivir con los propios ideales del ego, la esperanza sugiere el deseo de restaurar la propia integridad y función, y así todas las restantes emociones. Por lo tanto, según el autor, un enfoque efectivo del TEPT requiere que se examinen los flujos de emociones y los pensamientos e imágenes asociadas a ellas (Lazarus, 2000).

El tercer elemento señalado por el autor subraya el rol del manejo en el TEPT. Refiere, en este punto, el trabajo realizado por Horowitz (1989), quien describe dos procesos opuestos de manejo: la negación y los pensamientos e imágenes intrusas, destacando que la oscilación entre un proceso y otro reflejaría un esfuerzo fluctuante por elaborar significados apropiados ante un suceso traumático debido a la necesidad de los individuos de desarrollar formas nuevas más funcionales de comprender lo sucedido.

Las primeras descripciones y estudios sobre el estrés postraumático aparecieron en la segunda mitad del siglo XIX, en relación a las alteraciones psíquicas relacionadas con accidentes (Page, 1985; Putnam, 1883). En 1869, el Dr. Millar introdujo el concepto de “neurastenia” para referirse al debilitamiento nervioso que producía agotamiento físico,

fatiga, ansiedad, dolor de cabeza y depresión. Posteriormente, Oppenheim (1889) introduciría el concepto de “neurosis traumática”, refiriéndose a las consecuencias en personas involucradas en accidentes ferroviarios. Charcot (1872) es el autor que se diferencia de la época porque determina que el trastorno deviene de un tema dinámico más que una explicación orgánica, de ahí nace el término “histeria”.

A partir de finales del siglo XIX, el trastorno se vinculó prioritariamente con los conflictos armados. En 1899, Kraepelin denominó a este trastorno “neurosis de espanto”. Pero es a raíz de la II Guerra Mundial que se generaron más términos en torno al concepto actual de TEPT. Por ejemplo, el descrito por Kardiner y Spielgel (1947) como “fatiga de combate”. Más tarde, Richel, Gilbert-Dreyfus, Uzan y Fichez (1948) señalaron el “síndrome del campo de concentración”. Es en 1952, en la primera edición del DSM, que se incluye una categoría diagnóstica llamada “grave reacción al estrés”, que incluyó todos los cuadros clínicos que a través de la historia se habían estudiado. Se cree que tanto los cuadros clínicos de los veteranos de guerra (Herman, 2004) y el “síndrome de mujer violada” (Burgess & Holstrom, 1974) que describía los trastornos del sueño y la reexperimentación del suceso de la violación se vinculó a la sintomatología de las personas que habían vuelto de la guerra. De esta forma, en 1980, se crea una nueva categoría diagnóstica en el DSM III que englobaría tanto la sintomatología de los veteranos de guerra como de las mujeres violadas, denominándose Trastorno de Estrés Postraumático.

En relación con el ámbito de estudio de la violencia contra la mujer, el síndrome de mujer violada antes señalado y el síndrome de mujer maltratada (Walker, 1984), más la relevancia que tanto Dutton (1992) como Golding (1999) dieron a la temática, fueron

referentes muy importantes en el desarrollo de las investigaciones sobre el estudio de las repercusiones en la salud mental de la violencia contra la mujer, considerándose actualmente que el TEPT es la categoría diagnóstica más apropiada desde donde se podría describir las principales consecuencias psicológicas en las mujeres supervivientes de violencia de género, incluso cuando síntomas de otros trastornos pudieran estar presentes. Y ello debido a que la violencia contra la mujer es considerada como una experiencia potencialmente traumática, que puede constituir una amenaza para la integridad de las personas y ser vivida con miedo, horror e indefensión intensos.

### **4.3. Factores que influyen en el impacto psicológico de las experiencias traumáticas**

Debido a la tremenda variación individual que existe en respuesta a la exposición de un evento traumático, los factores que influyen en el impacto psicológico de las experiencias traumáticas, dan respuesta a por qué algunas personas desarrollan TEPT, mientras otras no, y por qué algunas respuestas predominan ante las demás en una persona traumatizada en particular.

#### **4.3.1. Factores individuales**

Según las autoras Carlson y Dalenberg (2000), desde la consideración de las diferencias individuales en las respuestas fisiológicas y emocionales ante los estresores, se asume que las personas con una disposición relativamente estable hacia la ansiedad desarrollan reacciones más severas cuando se ven expuestas a un acontecimiento

traumático, tendiendo a percibir las situaciones como amenazadoras y por ende sentirse más fácilmente desbordados. Por lo tanto, las autoras mantienen que las personas con predisposiciones biológicas a la ansiedad desarrollan reacciones más severas cuando son expuestas a un trauma.

La personalidad también se comprendería desde esta visión, donde la dimensión de Neuroticismo (McCrae, 1991) es la que se ha ligado en mayor proporción a la manifestación de sintomatología clínicamente relevante en personas supervivientes de acontecimientos traumáticos. En mujeres expuestas a violencia por parte de sus parejas, Patró (2006), utilizando el modelo y el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (Millon, 1990, 1994), encontró numerosas correlaciones entre estilos de personalidad y sintomatología postraumática. En los resultados de esta investigación se señaló que existió una tendencia general de mayores puntuaciones en la muestra en mujeres con antecedentes de violencia de género en aquellas escalas consideradas por Millon como más desaptativas. Las mujeres con una historia de maltrato en la infancia obtuvieron puntuaciones significativamente mayores en las escalas de intuición, indecisión, sumisión y descontento y menores en las escalas de sensación y conformismo.

La resiliencia se incluye como variable individual en el modelo y se tratará con mayor profundidad en el siguiente capítulo 5.

### **4.3.2. Nivel del desarrollo del individuo**

Según Carlson y Dalenberg (2000), la respuesta ante un evento traumático podría ser influenciada por el nivel emocional, social y cognitivo asociado al desarrollo del individuo en el momento del trauma. La consideración de este factor está especialmente referido a la infancia y la niñez, etapas en que la madurez y el desarrollo de una persona todavía no están completados.

Las autoras señalan que los niños que se encuentran en estados tempranos del desarrollo presentan respuestas más severas a las experiencias estresantes traumáticas puesto que su menor nivel de desarrollo influye sobre la percepción acerca de la valencia negativa de tales experiencias, de su capacidad para controlarlas y sensación de amenaza, ya que los/as niños/as son más vulnerables a las experiencias traumáticas que los adultos, puesto que se encuentran en una etapa evolutiva en la que todavía no han adquirido el pleno desarrollo de sus habilidades cognitivas y emocionales.

En niños cuyos niveles de desarrollo son aún más bajos (por ejemplos bebés) el bajo nivel de desarrollo actuaría como una protección ya que no experimentarían ninguna valencia negativa ni falta de control debido a que simplemente su nivel de desarrollo no estaría preparado para realizar dichos procesos cognitivos (Carlson & Dalenberg, 2000).

El nivel de desarrollo del individuo no sólo se ha asociado al impacto psicológico de las experiencias traumáticas en la infancia, sino también con la salud mental en etapas posteriores. Desde esta perspectiva, son numerosos los estudios que señalan que una

persona que haya experimentado en su etapa de niñez un suceso traumático presentaría un factor de riesgo para el desarrollo de problemas de salud mental en su etapa adulta (Bradley et al., 2005; Fogarty et al., 2008; Kendall-Tackett, 2007; Rangul, Evang & Heir; 2011; Renner & Slack, 2006; Sousa et al., 2011; Street, Gibson & Holohan, 2005; Vitriol, Ballesteros, Florenzano, Weil & Benadof, 2009).

En distintos estudios llevados a cabo con mujeres supervivientes de maltrato por parte de sus parejas, en donde se diferenció entre aquellas que habían sufrido eventos traumáticos en la niñez y aquellas que no, los resultados indicaron que las mujeres que presentaron un trauma en su infancia mostraban mayores niveles de síntomas de TEPT y/o síntomas depresivos (Bradley et al., 2005; Fergusson, Boden & Horwood, 2006; Kendall-Tackett, 2007; Nicolaidis et al., 2004; Street et al., 2005; Vaeth, Ramisetty-Mikler & Caetano, 2010).

En los datos de Bradley y cols. (2005) es relevante destacar que a partir de 134 casos de mujeres afroamericanas de bajos recursos económicos se concluyó que tanto el maltrato infantil como la violencia de género estaban relacionados positivamente con los síntomas de TEPT. En este estudio las mujeres reportaron altos niveles de síntomas de TEPT con una media de 81,71 y una desviación estándar de 32,46 (utilizando como instrumento de medición *Davidson Trauma Scale* (DTS; Davidson et al., 1997). En el estudio de Street y cols. (2005) los datos indican a partir de 63 mujeres de servicios de casas de acogida en Estados Unidos, que el sentimiento de culpa incrementaba los síntomas de TEPT y que se asociaba a altos niveles de estrategias de afrontamiento de evitación, por lo tanto, los eventos traumáticos en la infancia, más los sentimientos de culpa, y el uso de

138

estrategias de afrontamiento de evitación explicaban una varianza de un 39% en los síntomas de TEPT.

### **4.3.3. Severidad del trauma**

Según Carlson y Dalenberg (2000) las características objetivas del suceso, como su naturaleza, intensidad y duración contribuyen a su severidad, puesto que determinan en gran medida la percepción individual de su valencia negativa y sensación de descontrol.

De la misma forma, el DSM-IV-TR (2000) indica en el epígrafe sobre TEPT que *“la intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan las probabilidades de presentar el trastorno. Existen algunas pruebas que demuestran que la calidad del apoyo social, los antecedentes familiares, las experiencias durante la etapa infantil, los rasgos de personalidad y los trastornos mentales preexistentes pueden influir en la aparición del trastorno por estrés postraumático. Este trastorno puede aparecer en individuos sin ningún factor predisponente, sobre todo cuando el acontecimiento es extremadamente traumático”* (p.522).

Según Carlson y Dalenberg (2000), los acontecimientos traumáticos que se presentan con una alta intensidad tienen más probabilidad de provocar miedo e indefensión debido a su mayor valencia negativa. En el caso de la violencia de género, la intensidad del acontecimiento traumático estaría predisposto por la creencia de la mujer de la posibilidad de riesgo vital.

En cuanto a la naturaleza del acontecimiento traumático, que sería por ejemplo el tipo de maltrato que la mujer vive, ya sea violencia psicológica, física y/o sexual, ésta también puede influir en la valencia negativa atribuible. Siguiendo a Carlson y Dalenberg (2000), se señala por ejemplo, que la violencia de naturaleza sexual suele producir mayores síntomas disociativos en la persona que los sufre que aquella de tipo físico. En el caso propiamente tal de violencia de género, Graham-Bermann y cols. (2011) señalaron en sus conclusiones que las mujeres que vivenciaron agresiones sexuales presentaron mayores niveles de sentimientos de angustia.

Por último, respecto a la duración del período del acontecimiento traumático, según Carlson y Dalenberg (2000), dado un nivel constante de intensidad, las experiencias traumáticas de mayor duración tienden a causar respuestas más severas, puesto que las personas están expuestas a ellas durante un mayor periodo y existe más probabilidad de que se sientan incapaces de controlar o escapar de tal situación, pudiendo producir como resultados altos niveles de ansiedad e incrementar sus síntomas, tal como ocurre en los prisioneros de guerra, que están privados de libertad en períodos largos y sin una fecha clara del término de la duración del acontecimiento traumático. En el caso de la violencia de género, en el meta-análisis realizado por Golding (1999), sólo alrededor de la mitad de los estudios incluidos encuentran asociaciones significativas entre la duración del maltrato y el nivel de síntomas postraumáticos. Autores como Kemp, Rawlings y Green (1991) afirmaron que la frecuencia y la severidad del maltrato sufrido, y no la duración de la situación en sí, son las variables referidas a la situación que mejor predicen la severidad de los síntomas postraumáticos.

En general, estas tres variables de intensidad, naturaleza y duración se han asociado de forma positiva con un mayor grado de síntomas en mujeres maltratadas (Beeble et al., 2009; Echeburúa et al., 2002; Graham-Bermann et al., 2011; Goodman, Dutton, Vankos & Weinfurt, 2005; Jones, Hughes & Unterstaller, 2001; Patró, 2006; Pico- Alfonso et al., 2006).

El estudio de Patró (2006), en una muestra de 120 mujeres maltratadas por sus parejas, no se encontraron relaciones significativas entre mayores niveles de sintomatología y la duración de la situación de maltrato, aunque sí con un menor tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y mayores niveles de intensidad del maltrato físico, psicológico y sexual en el último año de convivencia.

En el estudio longitudinal de Beeble y cols. (2009) que incluyó 160 mujeres supervivientes de maltrato, es relevante destacar las evidencias de la relación entre el abuso que vive la mujer y las secuelas negativas en su salud psicológica. Esta relación es dada entre aquellas mujeres que sufrieron maltrato físico y psicológico lo que indicaba una baja calidad de vida.

Echeburúa y cols. (2002), quienes realizaron un estudio con 250 mujeres maltratadas, señalaron que en general el resultado de la salud psicológica de las mujeres estuvo caracterizado por presentar una serie de repercusiones en la salud mental, presencia del TEPT y otras alteraciones clínicas como la depresión y la ansiedad. En este estudio no se encontraron diferencias significativas entre las mujeres supervivientes de maltrato físico y psicológico. De todas formas señalan que el maltrato intenso y prolongado ocasiona la

indefensión y desesperanza en conjunto con deterioro en la autoestima. Además, este estado dificulta la adopción de decisiones enérgicas y generaría un miedo infundado ante un futuro en soledad. En los resultados del estudio de Pico- Alfonso y cols. (2006), es relevante destacar que aquellas mujeres supervivientes de maltrato físico y psicológico presentaron un similar deterioro en su salud, en cambio las mujeres que sufrieron violencia sexual presentaron un mayor índice de síntomas depresivos.

#### **4.3.4. Contexto social previo y posterior al trauma**

Según las autoras del modelo, el contexto social es un factor influyente en el impacto de un suceso traumático, tanto antes como después del evento. Se considera que tanto el nivel de recursos como de apoyo social disponible en el entorno del sujeto (comunidad y familia) influyen en la valoración del individuo acerca del grado de amenaza, control y valencia negativa del acontecimiento. Dependiendo de esto el individuo presentará cierta habilidad o debilidad frente al suceso traumático. En el caso de los niños, este tipo de apoyo es fundamental ya que ellos dependen emocionalmente del ambiente.

El apoyo social se ha considerado como una pieza determinante del bienestar psicológico y la salud mental en numerosas investigaciones (Mueser, Rosenberg, Goodman & Trumbetta, 2002). Schaefer, Coine y Lazarus (1982), dividieron el apoyo social en tres tipos:

- 1) Apoyo emocional: contribuye a la sensación de que uno es amado o cuidado e incluye la vinculación, la reafirmación o la posibilidad de contar con y confiar en alguien.

- 2) Apoyo informacional: proporciona información, avisa de algo y permite que el individuo conozca cual va siendo el resultado de sus actos.
- 3) Apoyo tangible o instrumental: incluye la ayuda directa, como los préstamos o regalos y los servicios, como cuidar de alguien que esté enfermo, facilitar un empleo o trabajo, etc.

En general, la evidencia de falta de apoyo social en investigaciones sobre diversas clases de acontecimientos traumáticos ha estado asociado a índices superiores de TEPT (Bonanno, Galea, Bucciarell & Vlahov, 2007; Cheng & Chan, 2006; Peek & Lin, 1999; Vaillany, Meyer, Mukamal & Soldz, 1998).

En el caso específico de la violencia de género, diversos estudios han señalado que la percepción de carencia de apoyo social influye en el impacto psicológico de la experiencia traumática. Esta percepción es frecuente en mujeres que viven violencia ya que los maltratadores suelen alejarla de su entorno, repercutiendo en un peor estado de salud y un incremento de síntomas depresivos, TEPT o riesgo de suicidio, entre otras consecuencias (Beeble et al., 2011; Coker, Watkins, Smith & Brandt, 2003; Kwako et al., 2011; Postmus, Sevenson, Berry & Yoo, 2009).

La percepción de apoyo social potenciaría la creencia en la propia mujer maltratada que existe un ambiente seguro dónde llegar, o por lo menos dónde expresar sus sentimientos hacia su pareja, lo cual le aporta un lugar donde pueden aparecer sus miedos y rabias (Babcock et al., 2008; Beeble et al., 2009; Bradley et al., 2005; Canady & Babcock, 2009; Estrada & Chan, 2009; Goodman, Dutton, Vankos & Weinfurt, 2005; Goodman &

Smyth, 2011; Kocot & Goodman, 2003; Krause, Kaltman, Goodman & Dutton, 2008; Lin, Thompson & Kaslow, 2009; Rodriguez et al., 2010).

Patr6 (2006) en su estudio con una muestra de mujeres maltradas residentes en centros de acogida, evalu6 la percepci6n del nivel de los distintos tipos de apoyo social propuestos por Schaefer, Coine y Lazarus (1982). Sus resultados indicaron que todos los tipos de apoyo se asociaron de forma negativa con el nivel de sintonatologfa de depresi6n y de estr6s postraum6tico, aunque esta asociaci6n s6lo alcanz6 significaci6n estadfstica en el caso de la depresi6n. El tipo de apoyo que correlacion6 en mayor medida con el nivel de sintonas en ambos casos fue el apoyo emocional. Por otro lado, tambi6n se obtuvieron mayores correlaciones para las medidas referidas al apoyo percibido actual que para aquellas referidas al apoyo durante el 6ltimo a6o de convivencia con la pareja.

En el trabajo realizado por Goodman y cols. (2005) se investig6 a 406 mujeres afroamericanas que buscaban ayuda por la tem6tica de violencia de g6nero. Se analiz6 la relaci6n entre los recursos materiales y emocionales que tenfan las mujeres, las estrategias y sus habilidades para estar seguras. Es relevante destacar que el apoyo social que se percibi6 por parte de las mujeres sirvi6 como un factor protector y las estrategias de resistencia como factores de riesgo para la posibilidad de ser abusada nuevamente por parte de la pareja, excepto en los casos de violencia severa. De esta forma los resultados arrojaron que s6lo un 20% de las mujeres con un alto nivel de apoyo social volvieron a las relaciones de abuso, en cambio, las mujeres con menor apoyo social presentaron un 65% de probabilidad de recafda.

Babcock y cols. (2008) señalaron que el apoyo social tendría un papel moderador entre el abuso psicológico y los síntomas de TEPT. Las mujeres de este estudio que se sintieron denigradas, solas o restringidas de sus redes desarrollaron más síntomas de TEPT en comparación de aquellas que tenían un miembro familiar o amigo que las apoyó.

En el estudio de Lin, Thompson y Kaslow (2009) con una muestra de 152 mujeres afroamericanas, el apoyo social se analizó a través del instrumento de 19 ítems *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOSS; Sherbourne & Stewart, 1991). Se analizó a través de un modelo de estructura ecuacional *Mplus* el medio ambiente, el apoyo social y estrés psicológicos, indicando los resultados que la baja percepción de apoyo social estaba asociada a bajos niveles de bienestar psicológico.

Por último, en el estudio longitudinal de Rodriguez y cols. (2010) los datos indicaron que en una muestra de mujeres embarazadas latinas que vivían en Los Ángeles (Estados Unidos) y que sufrieron maltrato por parte de su pareja, aquellas que contaban con algún apoyo social presentaron menores niveles de síntomas depresivos que aquellas que no contaban con el.

#### **4.3.5. Eventos estresantes adicionales al trauma**

Según Carlson y Dalengerg (2000), tanto los estresores vitales previos como posteriores al trauma pueden afectar la respuesta emocional del individuo a través de la percepción de una menor capacidad para controlar o hacer frente de manera efectiva los

acontecimientos, lo que aumentaría la sensación de amenaza y contribuiría a que las personas se sientan más fácilmente desbordadas.

Por esta razón, según Carlson y Dalengerg (2000), tener que hacer frente a experiencias negativas tales como, por ejemplo, vivir en la pobreza, la discordia marital, una vida de trabajo agotador o las dificultades de criar niños, son situaciones asociadas a un mayor impacto y dificultad en la recuperación de una persona ante un trauma.

Graham-Bermann, Sularz y Howell (2011), en un estudio con 104 mujeres expuestas a violencia grave de pareja, evaluaron los acontecimientos vitales adversos adicionales a los que las mujeres de su investigación estaban expuestas. Los resultados arrojaron que un 86% de las mujeres de su muestra experimentaban de forma simultánea experiencias estresantes adicionales. Los eventos estresantes más frecuentes fueron las agresiones sexuales por parte de un familiar (58%), un accidente/incendio (31%), un desastre natural (12%) y una enfermedad potencialmente mortal (16%).

En diversos estudios, se ha señalado como un estresor adicional relevante la falta de recursos económicos. En el caso de investigaciones sobre mujeres maltratadas, distintos estudios concluyen que este estresor adicional se asocia a un peor estado de salud psicológica en las mujeres que lo experimentan (Baker, Billhardt, Warren, Rollins & Glass, 2010; Kimerling, Alvarez, Pavao, Mack, Smith & Baumrind, 2009; Moe & Bell; 2004; Staggs, Long, Mason, Krishnan & Riger, 2007; Staggs & Riger, 2005; Swanberg & Logan, 2005; Swanberg, Logan & Macke, 2005; Tolman & Wang, 2005).

En el trabajo realizado por Staggs y Riger (2005), llevaron a cabo un estudio con población femenina en Illinois (Estados Unidos), es relevante destacar que luego de tres años de estudio con 1.311 mujeres, la violencia de género se asocia con su inestabilidad laboral, debido a que el estrés crónico en la vida de las mujeres las haría psicológicamente menos capaces para llevar a cabo la tarea de buscar, obtener y mantener un empleo. En el estudio de Kimerling y cols. (2009), se evaluó la relación entre la violencia de género y la participación como fuerza laboral en una muestra de 6.698 mujeres de California. Los resultados indicaron que las tasas de desempleo fueron de un 20% en mujeres con violencia psicológica y de un 18% entre las mujeres que habían sufrido violencia física. Baker y cols. (2010) presentaron una mirada crítica a la inestabilidad de la vivienda en aquellas mujeres que sufren violencia de género, deteniéndose especialmente en las políticas y programas de estado donde no se toma en cuenta esta necesidad de recursos para que las mujeres puedan salir de sus relaciones abusivas.

Otro estresor vital que también se ha relacionado con el deterioro en la salud de mujeres maltratadas, es el embarazo. Esta condición puede implicar que la mujer se mantenga en el hogar debido a la imposibilidad de salir a trabajar (Bo Vatnar & Bjorkly, 2010; Brownridge et al., 2011; Gomez-Beloz, Sanchez & Lam, 2009; Jo Clark et al., 2009).

Según el estudio transversal de Gomez-Beloz y cols. (2009) realizado a 2.317 mujeres que dieron a luz en el Instituto Nacional Materno de Lima en Perú. Se evaluó la prevalencia de violencia de género durante toda la vida de estas mujeres (44%) como en el

embarazo (21%). La prevalencia de depresiones post-parto aumentaba en aquellas mujeres que sufrieron violencia durante el embarazo.

En cuanto a los resultados arrojados en el estudio de Jo Clark y cols. (2009) sobre la prevalencia de violencia en 390 mujeres embarazadas en clínicas de Jordania, se destaca que el 15% de los casos reportó violencia física durante el embarazo, siendo en el 83% de estos casos el marido su único autor, en esta investigación además se incluyó temas culturales como por ejemplo, las actitudes en los servicios sociales quienes señalaban que las mujeres debían obedecer a su marido.

Según la OPS (2000) las trayectorias que emprenden las mujeres al intentar pedir ayuda son fragmentadas y no integrales, por lo tanto, un evento estresante adicional son los trámites legales que se asocian a los procesos judiciales que deben afrontar las mujeres maltratadas como, por ejemplo, la denuncia de maltrato, los tiempos de espera de citaciones a tribunal o la divulgación pública que puede ocurrir en los casos más graves (Bell et al., 2011). En Chile, SERNAM (2007) investigó el camino que las mujeres que viven violencia por parte de sus parejas deben realizar al momento de enfrentar la situación, este fenómeno se llamó ruta crítica, que sería el “conjunto de decisiones y acciones emprendidas por las mujeres que viven violencia en la relación de pareja, que tiene por objetivo enfrentar la situación de violencia, pero donde también resulta relevante en la comprensión de la problemática, las respuestas de actores/as e institucionalidad a lo requerido por las mujeres” (SERNAM, 2007, p.5). Los datos indican que el paso más difícil en la ruta es la denuncia del agresor en instancias judiciales y policiales, de esta forma muchas mujeres acuden a

lugares intermedios como iglesias, centros de mujeres, organizaciones no gubernamentales (ONG), donde encuentran una primera acogida.

Por último, en la investigación realizada por Patró (2006), la autora utilizó una serie de ítems derivados de la *Escala de Eventos de Vida* de Holmes y Rahe (1967) y de las categorías de eventos que con mayor frecuencia informaron las mujeres en su estudio piloto. Los doce ítems eran: el fallecimiento de un familiar o persona cercana; enfermedad de un familiar o persona cercana; enfermedad o accidente personal; embarazo y/o parto; conflictos familiares (excluyendo a la pareja); hijos menores a su cargo; problemas económicos; problemas laborales (inactividad, pérdida...); problemas legales relacionados con la pareja (separación, custodia,...); problemas legales personales; acoso por parte de la pareja; haber sido víctima de otro delito. En los resultados se observó que el mayor porcentaje de estresores que presentaron las mujeres de su muestra fueron los problemas económicos (94,3%), los problemas laborales relacionados con la búsqueda o pérdida de trabajo (92,4%), y el relacionado con el cuidado de hijos pequeños (85,7%). En cuanto a las correlaciones entre la medida de sintomatología de depresión y TEPT y los estresores adicionales arrojaron resultados significativos para ambas sintomatologías



**CAPÍTULO 5. RESILIENCIA EN LA MUJER SUPERVIVIENTE DE  
VIOLENCIA DE GÉNERO**



## **CAPÍTULO 5. RESILIENCIA EN LA MUJER SUPERVIVIENTE DE VIOLENCIA DE GÉNERO**

### **5.1. El concepto de resiliencia: generaciones y escuelas**

El término resiliencia según la RAE (2012) tiene dos significados, desde la psicología sería la “capacidad humana de asumir con flexibilidad situaciones límite y sobreponerse a ellas” y desde la mecánica sería la “capacidad de un material elástico para absorber y almacenar energía de deformación”. Robles y Medina (2008) señalan que el término proviene del latín *resilio*, que significaría volver atrás, de un salto, resaltar, rebotar. Con el tiempo el término fue adoptado por las ciencias sociales para caracterizar a aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en condiciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y adaptados socialmente (Rutter, 1981).

La resiliencia se enmarca dentro del campo de la psicología positiva, que se centra en estudiar y comprender los procesos y mecanismos que subyacen a las fortalezas y virtudes del ser humano (Vázquez & Hérvás, 2008). Según Seligman y Csikszentmihalyi (2000), el focalizar de forma exclusiva los efectos patológicos de la vivencia traumática ha contribuido a desarrollar una cultura victimológica que ha sesgado la investigación y, en cambio, desde la psicología positiva se recuerda que el ser humano tiene una capacidad de adaptación, de encontrar sentido y de crecimiento personal ante las experiencias traumáticas y que es un fenómeno común entre personas que enfrentan experiencias adversas (Masten, 2001). Frente a esta línea de pensamiento, existen en la literatura científica estudios que caminan en esta dirección (Bonanno, 2004; Cacioppo, Reis &

Zautra, 2011; Fredrickson, 2001; Masten, 2001; Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Sheldon & King, 2001). Lo común de estos autores es que proponen una reconceptualización de la experiencia traumática desde un modelo salutogénico basado en métodos positivos de prevención, que consideren la habilidad natural de los individuos de afrontar, resistir e incluso aprender y crecer en las situaciones adversas.

La historia de la resiliencia se puede dividir atendiendo a dos generaciones o enfoques y también por escuelas: anglosajona, europea y latinoamericana. En cuanto a las generaciones, la primera generación buscaba ese “algo” que hacía que algunos niños a pesar de los factores de riesgo y lograban salir adelante en sus vidas (Melillo & Suárez, 2001), por lo tanto, el foco de atención en la primera generación fueron los niños en riesgo social. El primer trabajo que caracteriza esta generación es el llevado a cabo por Werner y Smith (1992) quienes estudiaron a 505 individuos de Hawái, durante unos 32 años, desde el período prenatal hasta su adultez. El estudio identificó a un grupo de individuos que a pesar de vivir en condiciones de adversidad se adaptaron positivamente en su vida adulta.

La segunda generación retomó el interés de la primera en inferir qué factores estaban presentes en aquellos individuos en alto riesgo social que se adaptaban positivamente a la sociedad, pero se basó en una perspectiva dinámica de factores. Los investigadores pioneros en esta generación fueron Michael Rutter (1981), quien propuso el concepto relacionándolo con el de los mecanismos protectores, y Edith Grotberg (1995), quien estudió el tema de la resiliencia de cara a su desarrollo y aplicación en programas y proyectos internacionales. Otros autores de esta generación son Masten (2001) y Luthar, Cicchetti y Becker (2000).

Para esta generación, el concepto de resiliencia es entendido como un proceso dinámico, donde las influencias del ambiente y del individuo interactúan en una relación recíproca que permite a la persona adaptarse a pesar de la adversidad. Esta generación suscribe el modelo ecológico-transaccional de la resiliencia que tiene base en el modelo ecológico de Bronfenbrenner (1978). Algunas definiciones de los grandes exponentes de esta generación son, por ejemplo, la de Grotberg (2006), quien señala que la resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad. En el caso de Rutter (1981), lo define como una respuesta global en la que se ponen en juego los mecanismos de protección, que permiten al individuo salir fortalecido de la adversidad en cada situación específica y respetando sus características personales.

La diferencia fundamental entre la primera y segunda generación es que la primera considera a la resiliencia como un descubrimiento *ex post*, es decir, solo se puede catalogar una respuesta como resiliente si el individuo ya se ha adaptado positivamente, en cambio, la segunda generación la considera como un proceso que puede ser promovido.

En cuanto a la diferenciación según escuelas, respecto a la escuela anglosajona, cuyo inicio se funda a mediados de la década de los cincuenta, cabe señalar que sus exponentes se encuentran enmarcados en las generaciones antes mencionadas. La característica fundamental de esta escuela es que se centró en estudiar las características de las personas que interfieren en sobrellevar un hecho traumático. En cuanto a la escuela europea, que se enmarcan en la segunda generación, comienza a desarrollarse en la última década del siglo XX, siendo exponentes de esta escuela autores como Boris Cyrulnik,

Frederick Losel, Michel Manciaux, Stanislaw Tomkiewicz y Stefan Vanistendael, entre otros. Para la escuela europea, a diferencia de la anglosajona, la resiliencia sería fruto de la interacción entre el individuo y su entorno, por lo que la persona tiene un papel más activo no como poseedor de características específicas sino como sujeto de su propia historia dentro de un contexto social y cultural. Por último, la escuela latinoamericana, la cual también se enmarca dentro de la segunda generación, se desarrolla fundamentalmente a partir de la mitad de la década de los noventa del siglo pasado. Exponentes de esta escuela son Aldo Melillo, del Centro Internacional de Información y Estudio de la Resiliencia (CIER) creado en 1997 en la Universidad Nacional de Lanús de Buenos Aires Argentina, y María Angélica Kotliarenco, del Centro de Estudio de Atención del Niño y la Mujer (CENIM), de Santiago de Chile.

El desarrollo de la resiliencia en Latinoamérica no solo ha llevado al estudio de los factores personales que facilitan la resiliencia, sino además a tomar una perspectiva más elevada desde la que se observa a la propia comunidad como posible motor de este constructo tanto a nivel personal como grupal. Según Melillo y Suarez (2001), este enfoque tiene la ventaja de considerar el proceso de adaptación resiliente, no como responsabilidad única del individuo, sino de la ecología que lo rodea. Por lo tanto, para entender mejor el proceso de resiliencia, es necesario considerar el ambiente y la cultura del individuo, al igual que las tareas específicas correspondientes a cada etapa del desarrollo.

El término de resiliencia puede ser comprendido desde el enfoque proceso/resultado o como capacidad. La resiliencia como proceso/resultado, según Luthar y cols. (2000, p.543), se entendería como “un proceso dinámico que comprende la adaptación positiva

dentro de un contexto significativamente adverso”. En cambio, la resiliencia como capacidad, según Fernández-Lansac y Crespo (2011, p.24), se entendería como “la capacidad o competencia del sujeto para hacer frente a situaciones desfavorables, siendo incluso concebida como un rasgo o característica de personalidad del individuo” (ver cuadro 15).

**Cuadro 15.**

*Resiliencia como proceso/resultado o como capacidad*

| Resiliencia como proceso/resultado  | Resiliencia como capacidad  |
|---|---|
| Definición: “un proceso dinámico que comprende la adaptación positiva dentro de un contexto significativamente adverso” (Luthar et al., 2000, p.543).   | Definición: “la capacidad o competencia del sujeto para hacer frente a situaciones desfavorables, siendo incluso concebida como un rasgo o característica de personalidad del individuo” (Fernández-Lansac y Crespo, 2011 p.24).  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- La resiliencia aparece como el resultado de un exitoso proceso de adaptación.</li> <li>- Incluye la ausencia de sintomatología significativa, además persiste a lo largo de tiempo.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ha posibilitado desde esta visión el desarrollo de escalas específicas para su medida, p.e. CD-RISC (Connor y Davidson, 1999)</li> <li>- Desde esta perspectiva se relaciona con el concepto de personalidad resistente o <i>hardiness</i> (que se analizará en el siguiente epígrafe).</li> </ul> |

Fuente: Fernández – Lansac y Crespo (2011)

**5.2. Resiliencia y términos afines/relacionados**

La resiliencia es un concepto medianamente nuevo, por lo tanto, es importante diferenciarlo de otros términos que puedan crear alguna confusión. Con este objetivo, Vera, Carbelo y Vecina (2006) distinguen la recuperación, resiliencia o resistencia y crecimiento postraumático. Según los autores, la recuperación implicaría un retorno gradual hacia la normalidad funcional tras haber experimentado un periodo de reacciones disfuncionales o clínicas significativas, mientras que la resiliencia o resistencia reflejaría el mantenimiento

de un funcionamiento o equilibrio estable durante todo el proceso. Así, estos autores afirman que a diferencia de los individuos que se recuperan tras un período de disfuncionalidad, los individuos resilientes no pasan por este período, sino que permanecen en niveles funcionales a pesar de la experiencia traumática. Al concepto de resistencia ante las adversidades se puede añadir el de crecimiento postraumático que implica la posibilidad de aprender y crecer a partir de experiencias adversas. Es decir, implicaría la posibilidad de descubrir recursos latentes o insospechados, tomar conciencia y reestructurar la forma de entender el mundo y construir nuevos sistemas de valores, según Tedeschi y Calhoun (2004, p.1) sería un “cambio psicológico positivo experimentado como resultado de la lucha ante circunstancias de la vida altamente desafiantes”. Por lo tanto, según la visión de algunos autores, no es solo mantener un equilibrio en la vida el que una persona sea resiliente sino además existe la posibilidad de aprender y crecer frente al suceso traumático (Vera, Carbelo & Vecina, 2006).

En relación con lo anteriormente comentado, y teniendo en cuenta que el concepto de resiliencia ha sido desarrollado por distintas escuelas, como la anglosajona y europea, en cuanto a la amplitud del concepto ambas han adoptado matices diferentes. Para la escuela europea la resiliencia se relaciona con el concepto de crecimiento postraumático, y la comprenden como la capacidad no sólo de salir indemne de una experiencia adversa sino de aprender de ella y mejorar. En cambio, para los anglosajones, el concepto es más restringido, y se relaciona con el concepto de afrontamiento, donde el individuo retornaría a su homeóstasis (Vera et al., 2006).

Es interesante destacar otro término estrechamente relacionado que, desde la visión de la resiliencia como capacidad, algunos autores, como Fernández-Lansac y Crespo (2011), señalan que pudiera utilizarse como sinónimo, el de personalidad resistente (Fernández-Lansac & Crespo, 2011). El término de personalidad resistente apareció por primera vez en la literatura científica en 1979 en relación a la idea de protección frente a los estresores. Los autores que desarrollaron este concepto fueron Maddi y Kobasa (2005), a partir de un proyecto de investigación con la compañía norteamericana Illinois Bell Telephone en la época en la que la liberación de la industria telefónica estaba cerca. Maddi y su equipo comenzaron un estudio longitudinal de más de 12 años de duración para evaluar las respuestas de los directivos de la compañía ante los cambios que comenzaban a experimentar. Varios estudios en la compañía demostraron que la personalidad resistente moderaba la relación estrés-enfermedad. Los rasgos establecidos en las personas más resistentes eran el gran sentido del compromiso, una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos y una orientación a estar más abiertos a los cambios en la vida, a la vez que tendían a interpretar las experiencias estresantes y dolorosas como una parte más de la existencia.

El patrón de personalidad resistente o también denominado como actitudes resistentes consiste en una serie de actitudes y de acciones que ayudan a transformar las situaciones estresantes de potenciales desastres a oportunidades de crecimiento (Maddi, 2002; Maddi & Kobasa, 2005). Las tres actitudes que constituyen la personalidad resistente son el compromiso, el control y el reto. El compromiso es la creencia de que, a medida que los acontecimientos estresantes aumentan, es importante implicarse con las personas, las cosas y el entorno, en lugar de desvincularse, aislarse, o alienarse de los mismos. La actitud

de control tiene que ver con la creencia de que es mejor seguir luchando por tener una influencia en los resultados de los sucesos que pasan alrededor, en lugar de caer en la pasividad y la impotencia. La actitud de reto significa asumir que la vida tiene una faceta estresante por naturaleza y querer aprender continuamente de la experiencia, ya sea ésta positiva o negativa, en lugar de vivir siempre sobre seguro, evitando las incertidumbres y posibles amenazas (Vázquez & Hérvás, 2008).

Finalmente, la personalidad resistente implica también unas acciones resistentes de afrontamiento, apoyo social y autocuidado como unas actitudes resistentes. El afrontamiento resistente consiste en tratar las circunstancias estresantes como problemas que han de ser resueltos en vez de ser evitados. El apoyo social resistente se fundamenta en una interacción con los demás en la que se da y se recibe ayuda y ánimo en vez de actuar de forma competitiva o sobreprotectora. El autocuidado resistente tiene que ver con el mantenimiento de un nivel óptimo de energía o activación. (Vázquez & Hérvás, 2008).

En cuanto a la diferencia entre los términos de personalidad resistente y resiliencia, la resiliencia “engloba más que la personalidad resistente (...) es decir, que el *hardiness* que emerge como un patrón de actitudes y comportamientos, mejora la resiliencia del sujeto ante situaciones potencialmente estresantes, constituyendo tan sólo una de las posibles vías de desarrollo de resiliencia (...) aquellas personas que alcancen elevados niveles de *hardiness* tendrán una mayor probabilidad de ser resilientes, fenómeno que no se producirá necesariamente a la inversa” (Fernández-Lansac & Crespo, 2011, p.25).

### 5.3. Tipos de resiliencia

En otro orden, es relevante destacar que el estudio de la resiliencia puede plantearse a nivel individual, familiar y social. Así como el trauma puede desestabilizar al individuo, a su familia y a la comunidad de referencia, la resiliencia es un proceso de superación y adaptación que se produce dentro de estos diferentes niveles. Esta diferenciación entre tipos de resiliencia nace con la introducción de la escuela latinoamericana donde se potenció no sólo la visión del tema a nivel individual, sino que se tomó en cuenta otros niveles de trabajo (Melillo & Suarez, 2001; Robles & Medina, 2008).

En cuanto a la resiliencia individual, según algunos autores podría ser analizada como un proceso dinámico que se caracteriza por los buenos resultados del individuo a pesar de las graves amenazas a la adaptación o a su desarrollo (Masten, 2001). Este nuevo enfoque de resiliencia individual ha proporcionado conocimientos sobre la materia en la manera, por ejemplo, estudios de SIDA (Kaul et al., 2000), pacientes con cáncer (Gotay, Isaacs & Pagano, 2004; Taylor, Lichtman & Word, 1984), o también los trabajos desarrollados en el campo de la violencia, que serán comentados en epígrafes posteriores.

Respecto a la resiliencia familiar, ésta se puede definir como la capacidad de una familia para recuperarse de circunstancias adversas y salir de ellas fortalecidas y con mayores recursos para afrontar las dificultades de la vida. La resiliencia familiar, al igual que ocurría con la individual, no se entiende como un fenómeno estático, sino como un proceso dinámico y cambiante en el tiempo (Melillo & Suarez, 2001). Hay dos perspectivas generales en el enfoque de la resiliencia familiar. La primera, más clásica, se centra en

factores de la estructura y funcionamiento familiar que facilitan la aparición de la resiliencia en sus componentes. La segunda perspectiva, más sistémica, se centra en la resiliencia familiar como una totalidad, estudiando aquellos mecanismos del funcionamiento familiar que promueven o impiden la resiliencia (Robles & Medina, 2008).

Los factores de resiliencia familiar descritos frecuentemente en los diversos trabajos son los siguientes (Robles & Medina, 2008):

- La cohesión entre los miembros de la unidad familiar, que permita la reafirmación en los valores comunes, con la necesaria flexibilidad para adaptarse a las nuevas situaciones.
- Un estilo de comunicación abierto, conversaciones en las que se compartan normas de actuación, valores, significados comunes acerca de la vida, o de acontecimientos perjudiciales, con coherencia y dignidad.
- Un sistema adecuado de resolución de problemas, que permita reconocer los problemas y limitaciones que hay que enfrentar con los recursos personales, la participación y responsabilidad a la medida de las capacidades de los miembros, la revisión y evaluación de los resultados.

Respecto a la resiliencia social o comunitaria, ésta se entendería como la capacidad de una comunidad para resistir y recuperarse de los efectos de un desastre. Hace referencia a un proceso básico de reconstrucción, de las condiciones materiales y ambientales de su existencia y, sobre todo, de la convivencia social en mejores condiciones que antes de sufrir

los daños (Robles & Medina, 2008). En los trabajos más recientes (Cacioppo et al., 2011; Casey, 2011; Cornum, Matthews & Seligman, 2011; Reinlich, Seligman & McBride, 2011), los investigadores se han centrado en la resiliencia que ocurre en los servicios de la armada y militar. En estos estudios, en primer lugar, la resiliencia social pone de relieve los puntos fuertes que promueven las pautas de adaptación positiva en lugar de la vulnerabilidad que pone en situación de riesgo a las comunidades. En segundo lugar, la resiliencia social está ligada inherentemente al estrés, por lo que, si se quiere promover las intervenciones deben tener en cuenta cómo la adversidad y la atención son dinámicas para hacer frente a la adversidad y adaptarse a ella. En tercer lugar, al ser resiliencia social no sólo se debe centrar el investigador en las capacidades individuales sino en la construcción ecológica de adaptación de los grupos, organizaciones y comunidades.

Los pilares de la resiliencia comunitaria son los siguientes (Robles & Medina, 2008):

- Autoestima colectiva, que involucra la satisfacción por la pertenencia a la propia comunidad.
- Identidad cultural, constituida por el proceso interactivo que a lo largo del desarrollo implica la incorporación de costumbres, valores, giros idiomáticos, danzas, etc., proporcionando la sensación de pertenencia.
- Humor social, consistente en la capacidad de encontrar la comedia en la propia tragedia para poder superarla.
- Honestidad estatal, como contrapartida a la corrupción que desgasta los vínculos sociales.
- Solidaridad, fruto de un lazo social sólido que resume los otros pilares.

#### 5.4. Medición de la resiliencia.

Se considera que existen distintos modelos o enfoques metodológicos para la medición del proceso de resiliencia, se distinguen los modelos orientados o basados en variables como en individuos (Salgado-Lévano, 2005). El modelo basado en variables, parte de un análisis estadístico que indaga las conexiones entre las variables de riesgo, resultados esperados y factores protectores que pueden compensar o proteger los efectos de riesgo, así este modelo permite replicar aquellos patrones que demostraron ser exitosos en la adaptación resiliente (Salgado-Lévano, 2005a). En cambio, el modelo basado en individuos, compara individuos a lo largo del tiempo, intentando comparar a personas resilientes y personas no resilientes, pretendiendo “capturar interacciones entre factores que ocurren en forma natural y plantear hipótesis respecto a qué fue lo que causó la diferencia en el resultado de la adaptación” (Salgado-Lévano, 2005b, p. 43).

Fernández-Lansac y Crespo (2011) señalan que la diferenciación entre el concepto de resiliencia y *hardiness* se solaparía si se toma en cuenta a la resiliencia como capacidad, ya que sería una característica inherente a la persona, si es así también la diferenciación que se podría generar al hablar de diferentes instrumentos estaría demás. A continuación se señalarán una serie de instrumentos que miden la resiliencia citados en orden cronológico:

- *The Hardiness Scale* (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982). Es uno de los instrumentos iniciales que exploraron el concepto. Existen tres escalas, el control, compromiso y el cambio. Desde la primera versión de 71 ítems cambió a uno de 12 ítems. La escala fue usada en un primer momento con población adulta, luego adolescente.

- *Dispositional Resilience Scale DRS* (Bartone, Ursano, Wright & Ingraham, 1989). Se usa para medir estilos de personalidad resiliente; constructo referido al compromiso, el control y cambios desafiantes. La escala se puso a prueba con personas expuestas, por razones de entrenamiento militar, a altos niveles de estrés. Consta de 45 ítems tomando las dimensiones de control, compromiso y cambio.
- *Escala de Resiliencia de Jew* (1992, citado por Bennett et al., 1998). Construyó la escala de resiliencia para determinar el nivel de un individuo en tres facetas de la resiliencia: optimismo, adquisición de la habilidad y riesgo tomado.
- *Escala de Resiliencia (ER)* de Wagnild y Young (1993). El propósito de la escala es identificar el grado de resiliencia individual, considerado como una característica de personalidad positiva que permite la adaptación del individuo. La Escala consta de 25 reactivos, respecto de los cuales los encuestados deben indicar el grado de aprobación o desaprobación. Está conformada por dos factores, cada uno de los cuales refleja la definición teórica de resiliencia. Factor I: "competencia personal" e indica auto-confianza, independencia, decisión, invencibilidad, poderío, ingenio, y perseverancia. Comprende 17 ítems. Factor II: "aceptación de uno mismo y de la vida" Comprende 8 ítems.
- *Escala de Resiliencia* de Grotberg (1995). Desarrolló dos medidas de resiliencia en niños. El primer estudio se centró en la validez de las viñetas y las mediciones usadas de soporte social y la vinculación parental como predictores. El segundo estudio examinó la estructura del factor de resiliencia en la lista de chequeo. Los cuatro factores: (1) "yo puedo": resiliencia social/interpersonal, para enfrentarse a ambientes escolares (2) "ambiente facilitativo": Resiliencia interna surgida en

apoyos familiares (3) "yo soy": resiliencia interna, surgida en apoyos no familiares  
(4) "yo tengo": Habilidades sociales.

- *Communities That Care Youth*, que elaboraron Pollar, Catalana, Hawkins y Arthur (1999). Consta de 8 subescalas para observar factores protectores. De los 114 ítems que la componen, 87 miden factores de riesgo y 27 factores protectores.
- *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)* realizado por Connor y Davidson en 1999. Contiene 25 ítems, con cinco opciones de respuesta de tipo Likert y que se agrupan en cinco dimensiones: 1.- Competencia personal, altos estándares y tenacidad; 2.- Confianza en sí mismo, tolerancia a las situaciones negativas y el fortalecimiento de los efectos del estrés; 3.- Relaciones seguras y aceptación del Cambio; 4.- Control; 5.- Influencia espiritual.
- *Evaluación de Resiliencia para Estudiantes Excepcionales (RAES)* de Perry y Bard (2001). Consta de 3 dominios de la resiliencia con 11 factores separados que implicaban 54 ítems. Para el comportamiento dominante de la resiliencia, cuatro factores fueron identificados y rotulados: (1) modelado/activo; (2) autoeficacia/locus de control; (3) relaciones positivas entre pares; (4) relaciones positivas adultas.
- *The Resilience Scale for Adults (RSA)*, elaborado por Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen en el año 2001 (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge & Martinussen, 2003). Este instrumento contiene 43 ítems, cinco opciones de respuesta de tipo Likert y cuenta con cinco dimensiones: 1.- Competencia personal; 2.- Competencia social; 3.- Coherencia familiar; 4.- Apoyo social; 5.- Estructura personal.

- *Inventario de Factores Protectores de Baruth (BPFI)* de Baruth y Carroll (2002). Consta de cuatro factores protectores primarios: personalidad adaptable; ambiente de apoyo; estresores menores; compensación de experiencias.
- *Escala de Resiliencia Adolescente* de Oshio y cols. (2002). Consta de cuatro factores principales: búsqueda de novedad; regulación emocional; orientación y futuro positivo.
- *Entrevista Social de Competencia (SCI)* de Ewart y cols. (2002). El SCI es un estresor social de 10 minutos que evalúa las respuestas fisiológicas y socio-emocionales de un problema de la vida diaria. Un nuevo sistema conductual de codificación que utiliza cintas de audio, permite la evaluación segura y válida los componentes de la competencia social: habilidades interpersonales (expresividad, empatía); metas orientadas al enfrentamiento (autodefensa, aceptación social, competencia, estímulo-placer, aprobación, automejora); impacto social (afiliación alta vs. baja).
- *The Brief Resilient Coping Scale*, desarrollada por Sinclair y Wallston (2004). Teóricamente se basa en el trabajo de Polk (1997), quien identificó como ítems para la medición de la resiliencia la tenacidad, el optimismo, la creatividad, una perspectiva agresiva para la resolución de problemas y compromiso para extraer un sentido positivo de las situaciones adversas. Está diseñada con el fin de identificar las tendencias de las personas para enfrentar el estrés de manera adaptada.

Algunos ejemplos de instrumentos realizados en Latinoamérica son: el *Inventario de Factores Personales de Resiliencia* de Salgado en Perú, la *Escala de Resiliencia SV RES* en Chile y la *Escala de Resiliencia Mexicana RESI-M*:

- *Inventario de Factores Personales de Resiliencia* de Salgado en Perú (2005a). Consta de factores personales tales como: autoestima, empatía, autonomía, humor y creatividad. La estructura del inventario comprende 48 ítems, redactados tanto en forma positiva como negativa, cuya modalidad de respuesta es de elección forzada (Si - No), pudiendo efectuarse la aplicación tanto a nivel individual como colectiva.
- *Escala de Resiliencia SV-RES* de Chile (Saavedra & Villalta, 2008). Basado en la perspectiva de Edith Grotberg y el modelo de Saavedra (2005). Consta de 60 preguntas que están conformadas en una matriz de doble entrada en la cual se cruzan tanto los esquemas teóricos de Grotberg y Saavedra. Y ofrece tanto un índice general de resiliencia como la distinción de doce factores tales como: identidad, autonomía, satisfacción, pragmatismo, vínculos, redes, modelos, metas, afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad. Será explicado con mayor detalle a continuación ya que fue el instrumento utilizado en esta investigación.
- *Escala de Resiliencia Mexicana (RESI-M)* de Palomar y Gómez (2010). Toma como base dos escalas que miden la resiliencia en adultos: The Connor - Davidson Resilience Scale (CD-RISC) de Connor y Davidson (1999) y The Resilience Scale for Adults (RSA) de Friborg, Hjemdal, Rosenvinge y Martinussen (2001). La RESI-M contiene cinco dimensiones, en las cuales se agrupan algunas de las

características que destacan las respuestas resilientes en diferentes niveles: individual, familiar y social. Los resultados muestran que 43 ítems cargaron en cinco factores: (1) fortaleza y confianza en sí mismo, (2) competencia social, (3) apoyo familiar, (4) apoyo social y (5) estructura.

Tal como se mencionó anteriormente, el instrumento que se utilizó en este trabajo de investigación fue el SV-RES. Este instrumento tiene como base teórica la unión de dos autores, Saavedra (2005) y Grotberg (1995). Para Saavedra (2005) la resiliencia es un rasgo propiamente humano, en tanto este se constituye en la interacción social. De esta forma, la historia del sujeto es primordial en esta construcción, desde los vínculos tempranos ya que será la condición para el desarrollo particular de cada suceso en la vida de la persona. Según el autor, la respuesta resiliente es una acción orientada a metas, respuesta vinculada, tiene una visión abordable del problema, será una visión de sí mismo caracterizada por elementos afectivos y cognitivos positivos los cuales tienen una condición histórica estructural en base a un sistema de creencias y vínculos sociales que impregnan la memoria de seguridad básica y que de modo recursivo interpreta la acción específica y los resultados.

Además, la resiliencia para este autor está en constante proceso, ya que depende de fuentes interactivas que tienen que ver en cómo el sujeto se apropia de la realidad a través de habla (Saavedra & Villalta, 2008). En cuanto a la perspectiva de Grotberg (2006) la resiliencia es la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad. Las fuentes interactivas que Saavedra se refiere se complementan con los argumentos que Grotberg señala en tres categorías:

- 1) Aquellas que tienen que ver con el apoyo que la persona cree que puede recibir (yo tengo...).
- 2) Aquellas que tienen que ver con las fortalezas intrapsíquicas y condiciones internas de la persona (yo soy... yo estoy).
- 3) Aquellas que tienen que ver con las habilidades de la persona para relacionarse y resolver problemas (yo puedo...).

Por lo tanto, el modelo integrador desarrollado por Saavedra y Villalta (2008) comprende a la resiliencia como una capacidad del sujeto y no como un proceso/resultado. Las dos visiones tanto de Grotberg como de Saavedra se pueden abordar desde una medición de dimensiones de la resiliencia, así los doce factores se pueden agrupar en cuatro ámbitos de profundidad: las condiciones de base, visión de sí mismo, visión de problema y la respuesta resiliente. Y además los doce factores se distinguen según la interacción que tenga el sujeto consigo mismo, con los otros y con sus posibilidades. Los doce factores son los siguientes: identidad, autonomía, satisfacción, pragmatismo, vínculos, redes, modelos, metas, afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad (ver cuadro 16).

**Cuadro 16.**

*Factores de la resiliencia del instrumento SV-RES*

|                  | Condiciones de base | Visión de sí mismo | Visión del problema | Respuesta resiliente |
|------------------|---------------------|--------------------|---------------------|----------------------|
| Yo soy, yo estoy | F1: Identidad       | F2: Autonomía      | F3: Satisfacción    | F4: Pragmatismo      |
| Yo tengo         | F5: Vínculos        | F6: Redes          | F7: Modelos         | F8: Metas            |
| Yo puedo         | F9: Afectividad     | F10: Autoeficacia  | F11: Aprendizaje    | F12: Generatividad   |

Fuente: Saavedra y Villalta (2008)

A continuación se desarrollará en profundidad cada factor del instrumento:

- F1: Identidad (yo soy - condiciones de base). “Refiere a juicios generales tomados de los valores culturales que definen al sujeto de un modo relativamente estable, estos juicios generales refieren a formas particulares de interpretar los hechos y las acciones que constituyen al sujeto de un modo estable a lo largo de su historia” (Saavedra & Villalta, 2008, p.31).
- F2: Autonomía (yo soy - visión de sí mismo). “Refiere a juicios sobre el vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular a su entorno sociocultural” (Saavedra & Villalta, 2008, p.31).
- F3: Satisfacción (yo soy - visión del problema). “Refiere a juicios que develan la forma particular en como el sujeto interpreta una situación problemática” (Saavedra & Villalta, 2008, p.32).
- F4: Pragmatismo (yo soy - respuesta resiliente). “Refiere a juicios que develan la forma de interpretar las acciones que realiza” (Saavedra & Villalta, 2008, p.32).
- F5: Vínculos (yo tengo - condiciones de bases). “Juicios que ponen de relieve el valor de la socialización primaria y redes sociales con raíces en la historia personal” (Saavedra & Villalta, 2008, p.32).
- F6: Redes (yo tengo - visión de sí mismo). “Juicios que refieren al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano” (Saavedra & Villalta, 2008, p.33).
- F7: Modelos (yo tengo – visión del problema). “Juicios que refieren a la convicción del papel de las redes sociales cercanas para apoyar la superación de situaciones problemáticas nuevas” (Saavedra & Villalta, 2008, p.33).

- F8: Metas (yo tengo – respuesta). “Juicios que refieren al valor contextual de metas y redes sociales por sobre la situación problemática” (Saavedra & Villalta, 2008, p.33).
- F9: Afectividad (yo puedo – condiciones de base). “Juicio que refiere a las posibilidades sobre sí mismo y el vínculo con el entorno” (Saavedra & Villalta, 2008, p.34).
- F10: Autoeficacia (yo puedo - visión de sí mismo). “Juicio sobre las posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática” (Saavedra & Villalta, 2008, p.34).
- F11: Aprendizaje (yo puedo – visión del problema). “Juicios que refieren a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje” (Saavedra & Villalta, 2008, p.34).
- F12: Generatividad (yo puedo – respuesta). “Juicios que refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar problemáticas” (Saavedra & Villalta, 2008, p.34).

Los resultados de resiliencia en muestra chilena son arrojados en un primer momento en el estudio piloto de Saavedra y Villalta (2008). En este estudio se comparó la diferencia de puntajes entre las mujeres con un promedio total de 455.79 (*D.T.* 50.65) entre 47 participantes, y los hombres con un promedio de 459.62 (*D.T.* 49.87) en un total de 45 participantes, la diferencia entre género no fue significativa. En el segundo estudio el promedio de resiliencia en población normal fue de 457.64 (*D.T.* 50.03) puntos en un total de 92 participantes.

### 5.5. Maltrato y resiliencia

La relación entre el maltrato y la resiliencia se ha investigado en un primer momento prioritariamente en población infantil, más tarde gracias al autor Vanistendael (1996) se amplió a los adultos.

Uno de los primeros trabajos que relacionaron el maltrato y la resiliencia, fueron los desarrollados en la temática de maltrato infantil detectando la violencia intrafamiliar como una disfunción importante en el sistema familiar y así se visualizaron a los/as niños/as que se encontraban en estas familias (Barudy, 1998). La mayoría de las investigaciones coinciden en afirmar que el principal factor de resiliencia de un niño maltratado es la presencia de una persona afectuosa que le dé la sensación de que le aceptan y quieren. Uno no puede llegar a ser resiliente en la soledad, ésta es la gran lección que se puede extrapolar de experiencias humanas, sino debe analizarse a la persona en un ambiente social, donde existirá un agente protector ya sea familiar o profesional al cuidado del niño (Manciaux, 2010). Este agente según Cyrulnik (2003) serían las mamás cuidadoras que las denomina como tutoras de resiliencias, que son aquellas madres que les han brindado el cuidado necesario a los niños para que ellos puedan presentar resiliencia. Lo importante de esta visión es que a través de estudios de niños resilientes se ha podido contraponer a la creencia de que un niño herido por un trauma necesariamente estaría condenado a ser un adulto violento o fracasado (Cyrulnick, 2002).

Algunos ejemplos de investigaciones científicas al respecto se señalan a continuación, por ejemplo, el estudio realizado por Dumont, Spatz y Czaja (2007),

examinó los niveles de predicción de resiliencia a nivel individual y familiar en un total de 676 adolescentes, en este trabajo el 48% de los niños maltratados y abandonados, en la época de la adolescencia fueron resilientes y un tercio de los jóvenes en la edad adulta también fueron considerados resilientes. La resiliencia fue promovida según estos autores por el apoyo social recibido por los jóvenes. En el trabajo realizado por Easterbrooks, Chaudhuri, Bartlett y Copeman (2011) se examinó la parentalidad entre mujeres jóvenes, y cómo funcionaba la resiliencia. Las 361 madres y sus hijos demostraron el potencial de funcionamiento resiliente tanto en sus roles de madres como en los aspectos de su vida personal.

El trabajo de resiliencia y maltrato en población adulta se puede dividir en estudios a mujeres víctimas de maltrato en su infancia y mujeres supervivientes de violencia de género. Respecto a los trabajos de mujeres víctimas de maltrato en su infancia se destaca que a pesar de los abusos acontecidos en ese ciclo vital, en el presente las mujeres presentarían una resiliencia a la base de su persona (Banyard & Williams, 2007; Egeland, Jacobvitz & Sroufe, 1988; McMillen, Zurvain & Rideout, 1995; Singh, Hays, Chung & Watson, 2010).

En el estudio de McMillen y cols. (1995) realizado a 154 mujeres, que en su infancia sufrieron abuso sexual, casi la mitad de ellas informaron haber encontrado algún tipo de beneficio en la experiencia vivida, beneficios como: la capacidad de protección de los niños frente al abuso, capacidad de auto-protección, incremento en el conocimiento del abuso sexual y desarrollo de una personalidad más resistente y autosuficiente. Así el estudio realizado por McMillen y cols. (1995) viene a recalcar la visión de que no todas las

personas que sufren abuso sexual en la infancia desarrollarán un sentimiento de indefensión que las haría vulnerables en el presente.

En el trabajo de Egeland y cols. (1988) se estudió a mujeres maltratadas respecto a su infancia. Quienes sufrieron todo tipo de malos tratos: las quemaron con una plancha o agua hirviendo, las tiraron contra la pared o contra un radiador, y les pegaron regularmente con un cinturón o con un cable eléctrico. Los autores compararon a 18 madres que reproducían la violencia parental con 12 que mantenían una buena relación con sus hijos. Las mujeres que no replicaban la violencia a sus hijos, presentaban ciertas características tales como, haber recibido en su infancia el apoyo emocional de un adulto no maltratador, gozar de relaciones satisfactorias con su cónyuge y haber realizado una terapia intensiva. En cambio, ninguna de las madres maltratadoras había seguido terapia, y sólo tres afirmaron haber recibido ayuda emocional de un adulto disponible en su infancia.

En el estudio de Banyard y Williams (2007) se evaluó a 80 mujeres con registro hospitalario de abusos sexuales en la infancia. Se las entrevistó en dos momentos diferentes, en un lapso de 7 años en cada entrevista. Los resultados demostraron los patrones de estabilidad y el cambio de un índice de funcionamiento resistente a través de los años. Aquellas mujeres que se caracterizaban por una baja capacidad de resiliencia evidenciaron mayores daños ante el trauma, en cambio, las mujeres que tuvieron un funcionamiento positivo, presentaron una satisfacción social y un sentido positivo en la comunidad.

En el estudio de Singh y cols. (2010) en una muestra de 31 mujeres entre 22 a 48 años se analizó las repercusiones en la salud de las mujeres que habían sufrido abusos sexuales en su infancia. El trabajo de carácter cualitativo reportó las estrategias de resiliencia utilizadas por estas mujeres que se agruparon en 5 subtemas: el sentido de la esperanza; uso del silencio; apoyo social; promoción social y al autocuidado intencional.

En los trabajos realizados a mujeres supervivientes de maltrato en la pareja presentaron altos niveles de resiliencia a pesar de la violencia de género, donde la relación de resiliencia y espiritualidad es común entre los resultados (Anderson, Renner & Davis, 2012; Canaval, González & Sanchez, 2007; Humphreys, 2003; Young, 2007).

Uno de los primeros estudios que relacionaron la violencia de pareja y la resiliencia, fue el realizado por Humphreys (2003) en una muestra de 50 mujeres residentes de casas de acogida en la ciudad de San Francisco (Estados Unidos). Se utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young (1993) y el *Sympton Checklist-90- Revised* (SCL- 90; Derogatis, 1994) para medir los síntomas de salud de las mujeres. Los resultados arrojaron que la muestra presentaba una alta resiliencia, que existió una correlación significativa entre la resiliencia y la salud de las mujeres. A altos niveles de resiliencia se correlacionó negativamente con los síntomas de TEPT y estrés.

En el estudio de Canaval y cols. (2007) se examinó la relación entre espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas por sus parejas que denunciaron esta situación en comisarías en la ciudad de Cali (Colombia). La muestra estuvo compuesta de 100 mujeres con una edad promedio de 36 años, se utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young

(1993). Los resultados arrojaron altos niveles de espiritualidad al igual que de resiliencia, así estos autores sugieren que la espiritualidad se convierte en un recurso importante para aquellas mujeres que sufren violencia.

El estudio de Young (2007) a 127 mujeres que vivieron violencia por parte de su pareja, durante un año o más se midió en distintos tiempos la resiliencia: durante el proceso de tomar la decisión de quedarse o irse de la relación; la resiliencia a raíz de establecer una relación violenta; y la resiliencia que pudo gestarse en la toma de decisión de irse propiamente tal. Las conclusiones de la investigación señalan que no surgió un solo patrón para explicar las experiencias de las mujeres. La resiliencia en el proceso de tomar la decisión de quedarse o irse de la relación se media con los niveles de confianza que pudo haber presentado la mujer en ese momento, y que la resiliencia influyó en la decisión de dejar a la pareja violenta.

Por último, el trabajo reciente de Anderson y cols. (2012), estudió cualitativamente a 37 mujeres supervivientes de violencia de género. Es relevante destacar que el apoyo social y espiritual fue un instrumento para la recuperación, crecimiento y capacidad de resiliencia de estas mujeres.

### **5.6. Promoción de la resiliencia**

La promoción de la resiliencia según Kotliarenco (1995) puede ser destinada de acuerdo al ciclo vital de la persona. En los niños durante los primeros años de vida los cuidadores a través del cariño incondicional pueden generar una base para que en el futuro la resiliencia protagonice sus vidas. Del segundo año se debe fomentar el cumplimiento de

reglas elogiándolos por sus progresos y fomentando el desarrollo del lenguaje a través de elementos que caracterizan la resiliencia como por ejemplo “tú puedes lograrlo”. Para promover la resiliencia en niños/as de entre 4 y 7 años de edad, es adecuado desarrollar las conductas anteriormente señaladas, poniendo énfasis en fomentar conductas resilientes cuando enfrente desafíos interpersonales, conflictos o situaciones adversas, fomentando la comunicación y el compartir los sentimientos con un amigo en vez de seguir sufriendo solo, además de promover la confianza, optimismo y autoestima. El cumplimiento de reglas fijando límites, pero sin anular su personalidad, estimularlos a expresar empatía y preocupación por los demás, ser amables y hacer cosas agradables por otras personas. Ayudarlos a aceptar la responsabilidad de su conducta y entender que sus acciones tienen consecuencias, aceptar los errores y fracasos dando una orientación para la superación. Con respecto a las edades de entre 8 y 11 años los padres y personas a cargo de su cuidado pueden brindar amor incondicional, expresándolo de forma verbal y física de manera adecuada a la edad del niño/a, guiarlos en la expresión de sus sentimientos positivos y negativos de manera apropiada, utilizando el ejemplo de la conducta propia como herramienta principal. Reconocer y elogiar las acciones correctas y explicar el por qué de las incorrectas incentivando al aprendizaje. Fundamentar la existencia de reglas, límites y promoverlas. Brindar oportunidades para que el niño enfrente y resuelva problemas, orientándolo en este proceso. Estimular la comunicación de manera global.

Pero no sólo en la niñez se puede estimular la resiliencia, tal como nos señala Grotberg (2006) esto puede darse en cualquier etapa de la vida. De esta forma es importante determinar qué factores resilientes ya se encuentran desarrollado: como por ejemplo, la confianza, la autonomía, la iniciativa, la aplicación y la identidad.

La confianza. Desde el comienzo la confianza es la clave para promover la resiliencia y se convierte en la base fundamental para desarrollar otros factores resilientes. Cuando los niños y jóvenes sienten estas relaciones confiables y afectuosas están listos para aceptar límites en sus conductas e imitar modelos (YO TENGO); están listos para ser más agradables, solidarios, optimistas y esperanzados (YO SOY); podrán involucrarse con mayor facilidad en relaciones interpersonales exitosas, resolver conflictos en diferentes ámbitos y pedir ayuda (YO PUEDO). La confianza debe ser desarrollada no sólo para confiar en los demás sino también en ellos mismos.

La autonomía. La autonomía es fundamental para promover los factores resilientes y reforzar aquellos que ya se han activado. A medida que los niños y jóvenes se vuelven autónomos, la voluntad y el deseo de aceptar límites en sus conductas se ven fortalecidos (YO TENGO), se promueve el respeto por ellos mismos y por los demás, se activa la empatía y la solidaridad, así como también el hecho de saberse responsables de sus propios actos (YO SOY). También desarrolla el manejo de sus sentimientos y emociones (YO PUEDO).

La iniciativa. Cuando incentivamos la iniciativa se refuerzan nuestras relaciones de confianza con los otros, reconocemos límites para nuestros comportamientos y aceptamos ese aliento para ser personas autónomas (YO TENGO); además, la iniciativa refuerza la sensación de sentirnos tranquilos y bien predispuestos, demostrar la empatía y solidaridad, mostrarnos responsables de nuestras conductas y estar optimistas, seguros de nosotros mismos y esperanzados (YO SOY). También nos estimulan así las nuevas ideas o modos de hacer las cosas, expresando nuestros pensamientos y sentimientos, solucionando

problemas, manejando los sentimientos, conductas y pidiendo ayuda a los demás (YO PUEDO).

La aplicación. Es un pilar muy poderoso y se ve potenciado por su conexión con otros factores resilientes. De la categoría YO TENGO resultan importantes los buenos modelos a imitar y el estímulo para ser independientes. De la categoría YO SOY, lograr objetivos y planear para el futuro resulta muy útil, como también ser responsable de nuestras acciones. De la categoría YO PUEDO, mantener una tarea hasta finalizarla, resolver los problemas y pedir ayuda cuando se necesita, refuerzan y contribuyen a promover los factores resilientes.

Identidad. El pilar de construcción de la identidad completa los cinco pilares fundamentales. Una puerta de entrada para comenzar a promover la identidad puede ser ayudar en el desarrollo de las capacidades interpersonales y en aquellas que ayudan a la resolución de conflictos.

También para otros autores relevantes en el campo de estudio, como Barudy y Dantagnan (2009), las acciones de resiliencia son la base de sus intervenciones en el área de la prevención, tanto ofreciendo como facilitando las siguientes acciones:

- Ofrecer vinculaciones afectivas seguras, fiables y continuas por lo menos con un adulto significativo, de preferencia de su red familiar.

- Facilitar los procesos relacionales que permitan dar un sentido o significado a las experiencias.
- Brindar apoyo social, facilitando la emergencia de redes *psicosocioafectivas* para los niños y sus padres.
- Facilitar la participación de los niños, padres, profesionales, cada uno de acuerdo con sus capacidades en los procesos destinados a obtener una mejora en la distribución de los bienes y de la riqueza, así como en las dinámicas sociales para obtener más justicia y asegurar el buen trato y la erradicación de la violencia en las relaciones humanas.
- Promover y participar en procesos educativos que potencien el respeto de los derechos de todas las personas.
- Participar y promover la participación de los niños y niñas en actividades que por su contenido ético y espiritual les permitan acceder a una visión trascendente de lo humano, así como a un compromiso social, religioso o político altruistas para lograr sociedades más justas, solidarias y sin violencia.
- Favorecer las experiencias que promuevan la alegría y el humor.
- Favorecer el desarrollo de la creatividad y el arte.

Por último, es una idea relevante a señalar, como lo hacen Robles y Medina (2008), que dentro de la promoción el concepto de la resiliencia no se debe olvidar que ser resiliente no consiste en hacerse invulnerable a las distintas experiencias que la vida pueda ofrecer, ni tampoco olvidar para siempre el daño sufrido, y que aunque no se puede cambiar

el pasado, sí se puede la forma de entenderlo y de actuar en consecuencia, creciendo así a partir de la adversidad (Robles & Medina, 2008).

## **SEGUNDA PARTE: INVESTIGACIÓN EMPÍRICA**



## CAPÍTULO 6. MÉTODO



## CAPÍTULO 6. MÉTODO

### 6.1. Objetivos e hipótesis

El objetivo general de esta investigación es analizar las repercusiones en la salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género que asisten a los centros de la mujer del SERNAM en Santiago de Chile, con el fin de estudiar, por una parte, cuáles son las principales características de la historia de violencia sufrida y cuál es la prevalencia de las principales consecuencias psicológicas asociadas al sufrimiento de situaciones de maltrato que presentan y, en segundo lugar, analizar la relación de éstas con los principales factores influyentes en marco del impacto de las experiencias traumáticas, incorporando al mismo el estudio de variables de resiliencia.

Para responder a este objetivo general se han planteado una serie de objetivos específicos:

**OBJETIVO 1.- Describir las características de la historia de violencia sufrida y las principales repercusiones en la salud mental en la muestra de usuarias de los centros de la mujer del SERNAM de Santiago de Chile.**

Este primer objetivo surge del interés por realizar un análisis, basándose en una muestra relativamente amplia, acerca de las características de la violencia de género y de sus repercusiones en la salud mental de las mujeres que la sufren en población chilena, dada la escasez de estudios realizados en Chile acerca de estos aspectos. A pesar de que en las

últimas décadas la investigación a nivel internacional acerca de las características y repercusiones de la violencia contra la mujer por parte de su pareja ha experimentado un gran desarrollo (OMS, 2013), en Chile son todavía muy escasas las investigaciones que abordan este tema.

En el caso de la realidad chilena, a través del trabajo de Larraín (1994) los resultados arrojaron que dentro del grupo de mujeres maltratadas la mitad de ellas presentaron casos que necesitaban una evaluación de sintomatología psicológica en profundidad en comparación con aquellas mujeres que no habían vivido violencia por parte de sus parejas donde la proporción de posibles casos de trastornos en la salud mental era una de cada cinco. En el estudio elaborado por SERNAM (2009) en cuanto a las condiciones generales de salud la muestra se diferenció entre aquellas mujeres que señalaron que presentaban muy buena salud, un 65.9% del total de las mujeres que no había vivido violencia, un 57.2% del total de quienes habían vivido violencia psicológica y un 47.2% del total quienes habían sufrido violencia física y/o sexual.

De este objetivo, se deriva la primera hipótesis del estudio:

**Hipótesis 1.** *La muestra presentará un perfil caracterizado por una historia de violencia de pareja caracterizada por una larga duración y un alto nivel de maltrato sufridos, historia de victimización en la infancia por parte de su familia de origen, bajo nivel de apoyo emocional, informacional y tangible percibido, alto nivel de eventos estresantes adicionales, alto nivel de resiliencia, alto malestar psicológico,*

*alta prevalencia de estrés postraumático, alta prevalencia de depresión y alto grado de inadaptación a la vida cotidiana.*

A pesar que el presente objetivo tiene un carácter exploratorio, se espera encontrar un perfil acerca de las características de la situación de maltrato sufrida y de las consecuencias psicológicas presentes en las mujeres objeto de estudio similar a los hallazgos encontrados en la literatura científica sobre el tema, especialmente acerca de la prevalencia de las principales repercusiones sobre la salud mental en las mujeres supervivientes de violencia de género.

Referente a la historia de violencia en relación de pareja debido a estudios realizados en Chile en años anteriores se hipotetiza que los resultados de este estudio estarán acordes a los hallazgos anteriores, el promedio de tiempo de años de relación de violencia sería de unos 15 años, los porcentajes de violencia deberían estar en un parámetro de 30% para la violencia psicológica, 40% para la violencia física y 14% para la violencia sexual (Calquín & Chávez, 2007; Larraín, 1994; SERNAM, 2008, 2009). Referente a estudios internacionales la OMS (2013) indica que la prevalencia global de violencia física y/o sexual es de un 30%.

En estudios sobre mujeres supervivientes de maltrato en la pareja y su historia de victimización en su infancia señalan que es un hecho recurrente (Bradley et al., 2005; Fergusson, Boden & Horwood, 2006; Kendall-Tackett, 2007; Nicolaidis et al., 2004; Street et al., 2005; Vaeth, Ramisetty-Mikler & Caetano, 2010). En el trabajo de Larraín (1994) de mujeres chilenas fueron víctimas de malos tratos en su infancia por parte de su madre en un

49% y por parte de su padre en un 32%. En el trabajo de Patró (2006) de mujeres españolas un 40% de la muestra informó haber sido víctima de maltrato en la infancia por parte de su familia de origen, de este porcentaje un 3,8% sufrió violencia de tipo sexual. En estudios chilenos podemos destacar el de SERNAM (2008) donde se señala que el 10% de las mujeres encuestadas respondió afirmativamente al hecho de haber sido abusadas sexualmente cuando pequeñas tanto por algún familiar o persona conocida.

Referente a las variables contextuales se esperan resultados en esta investigación que sean acordes a trabajos realizados en anteriores estudios, como por ejemplo, según Larraín (1994) mayoritariamente la red de apoyo de las mujeres supervivientes de maltrato acuden a solicitar ayuda a sus parientes, amigos y vecinos. Según la investigación las mujeres agredidas por parte de sus parejas concurren en un bajo porcentaje a los servicios de salud (22%), de este bajo porcentaje un 81% considera que fue útil solicitar ayuda en esas instituciones, aunque en relación a la atención que recibieron, ésta mayoritariamente se centró en las lesiones y en más de la mitad de las mujeres que asistieron a centros de salud no dejaron constancia legal de la lesión ni se les informó del procedimiento legal a seguir. Según Patró (2006) el nivel de apoyo percibido por las mujeres es mayor en la actualidad que durante el último año de convivencia.

Según los eventos estresantes adicionales, los resultados en el estudio de Graham-Bermann, Sularz y Howell (2011), indicó que un 86% de las mujeres de su muestra experimentaban de forma simultánea experiencias estresantes adicionales. Según Kimerling y cols. (2009), las tasas de desempleo fueron de un 20% en mujeres con violencia psicológica y de un 18% entre las mujeres que habían sufrido violencia física. En el estudio

de SERNAM (2008) indicó que un 10% de las mujeres sufrieron violencia en el embarazo. En el trabajo de Patró (2006) las mujeres de su muestra presentaron un alto porcentaje de estresores adicionales, los de mayor frecuencia fueron los problemas económicos (94,3%), los problemas laborales relacionados con la búsqueda o pérdida de trabajo (92,4%), y el relacionado con el cuidado de hijos pequeños (85,7%). Por lo que, se espera para este trabajo según los datos revelados en anteriores investigaciones que el nivel de estresores adicionales sea alta.

En los trabajos realizados a mujeres supervivientes de maltrato en la pareja en general los niveles de resiliencia fueron altos a pesar del trauma vivido (Anderson, Renner & Davis, 2012; Canaval, González & Sanchez, 2007; Humphreys, 2003; Young, 2007), por lo que se esperan resultados similares a estos trabajos realizados.

En el estudio de Larraín (1994) realizado con mujeres chilenas donde se evaluó el nivel de malestar psicológico a través del Cuestionario de Salud General (Goldberg, 1972), el puntaje fue significativamente más alto entre las mujeres que informaron haber vivido violencia por parte de su pareja, que aquellas que no sufrieron esta violencia. Una de cada dos mujeres supervivientes de violencia de género necesitaba una evaluación de sintomatología psicológica en profundidad, es decir, presentaban malestar psicológico. Según estudios internacionales respecto a las consecuencias en la salud mental de las mujeres supervivientes de maltrato presentarían fundamentalmente un alto nivel de síntomas de depresión y estrés postraumático. Golding (1999) realizó un estudio de metanálisis de investigaciones que profundizaban sobre la salud mental de mujeres supervivientes de maltrato. Los resultados fueron los siguientes: en 18 estudios se

determinó una prevalencia de 47.6% de depresión, un 17.9% de suicidios en 13 estudios, un 63.8% de TEPT en 11 estudios, un 18.5% de abuso de alcohol en 10 estudios y un 8.9% de abuso de droga en 4 estudios. Estos datos se asemejan a otros estudios nombrados en los capítulos anteriores (Babcok et al., 2008; Beeble et al., 2011; Chandra et al., 2009; Domínguez et al., 2008; Dutton, 2009; Griffing et al., 2006; Johnson & Zlotnick, 2009; Krause et al., 2008; Mechanic et al., 2008; Patró, 2006; Pico- Alfonso et al., 2006; Sarasúa et al., 2007).

**OBJETIVO 2.- Analizar la contribución que sobre las principales repercusiones del maltrato en la salud mental de las mujeres de la muestra tienen las principales variables relacionadas con el impacto de situaciones traumáticas, incorporando entre ellas la variable resiliencia.**

Partiendo desde una concepción multicausal de los trastornos psicológicos, este segundo objetivo plantea analizar la contribución de la variable resiliencia en el impacto psicológico de la violencia de género. Para ello, y tomando como base el marco conceptual sobre el impacto de las situaciones traumáticas propuesto por autores como Green, Wilson y Lindy (1985), Carlson y Dalenberg (2000), y que aplica Patró (2006) en una muestra de mujeres maltratadas por su pareja en España, se incorpora en la presente investigación el estudio de la variable resiliencia como un factor individual e influyente más en las medidas de salud mental en mujeres supervivientes de maltrato, junto a otras variables referidas a la situación de violencia (duración, nivel de la violencia sufrida y tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia) y a variables contextuales (nivel de apoyo social percibido y

nivel de estresores adicionales). Para un mejor planteamiento de este objetivo, se decide subdividir el mismo en los tres siguientes objetivos:

**Objetivo 2.1. Analizar la asociación de las principales variables que influyen en el impacto de las situaciones traumáticas y de la resiliencia con los distintos niveles de sintomatología de salud mental de las mujeres de la muestra.**

Como una primera aproximación al análisis de las variables que influyen en la sintomatología presente en las mujeres de la muestra, se analizará las asociaciones existentes entre las variables estudiadas, incluyendo las relacionadas con las características de la situación de violencia, variables contextuales y de resiliencia de la mujer.

**Hipótesis 2.** *Existirá una relación positiva entre los niveles de sintomatología de salud mental de la muestra y la duración de la situación de maltrato, el nivel de maltrato sufrido y el nivel de estresores adicionales.*

**Hipótesis 3.** *Existirá una relación negativa entre los niveles de sintomatología de salud mental de la muestra y el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y los niveles de apoyo social (emocional, informacional y tangible).*

Las hipótesis 2 y 3 se dirigen a confirmar si como plantean los modelos sobre el impacto de las situaciones traumáticas (Carlson & Dalenberg, 2000) y los estudios sobre mujeres supervivientes de maltrato revisados (Beeble et al., 2011; Coker, Watkins, Smith & Brandt, 2003; Kwako et al., 2011; Patró, 2006; Postmus, Sevrson, Berry & Yoo, 2009) a

mayor duración, mayor nivel de maltrato sufrido, mayor nivel de estresores adicionales, menor tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y menor apoyo social percibido, mayor es el nivel de sintomatología psicológica presente en las mujeres de la muestra.

Las investigaciones señalan que la intensidad, naturaleza y duración del maltrato se han asociado de forma positiva con un mayor grado de síntomas en mujeres maltratadas (Beeble et al., 2009; Graham-Bermann et al., 2011; Pico-Alfonso et al., 2006). En cuanto al apoyo social los estudios demuestran que se relacionaría positivamente con los índices de salud (Babcock et al., 2008; Canady & Babcock, 2009; Estrada & Chan, 2009; Goodman & Smyth, 2011; Lin et al., 2009; Rodriguez et al., 2010).

**Hipótesis 4.** *Existirá una asociación negativa entre los niveles de sintomatología evaluados y las puntuaciones obtenidas en la variable de resiliencia.*

Aunque no se han encontrado estudios que relacionen en mujeres supervivientes del maltrato las medidas de salud mental evaluadas en esta investigación con la resiliencia, el papel de esta variable individual sí se ha relacionado con el bienestar psicológico y la salud mental en otro tipo de estudios. Así, estos estudios se han focalizado prioritariamente en la etapa de la niñez y adolescencia, dónde se analiza la resiliencia de niños, niñas y adolescentes que han padecido fuertes traumas, y que a pesar de ello presentan resiliencia (Dumont et al., 2007; Easterbrooks et al., 2011; Flores et al., 2005). Por otro lado, respecto a estudios retrospectivos sobre las infancias traumáticas de mujeres víctimas de maltrato, las mujeres lograban presentar una alta resiliencia a pesar del daño vivido (Egeland et al., 194

1988; McMillen et al., 1995; Banyard & Williams, 2007). Y existen estudios que señalan que las mujeres supervivientes de maltrato por parte de sus parejas a pesar del daño sufrido presentan resiliencia en la actualidad (Anderson, Renner & Davis, 2012; Canaval, González & Sanchez, 2007; Humphreys, 2003; Young, 2007).

Teniendo en cuenta lo anterior, en la hipótesis planteada se espera encontrar una correlación negativa entre la resiliencia y la salud mental en la muestra objeto de estudio, esto es, que a mayor puntuación en la variable de resiliencia menores serán las puntuaciones obtenidas por las mujeres en los niveles de sintomatología psicológica.

**Objetivo 2.2. Analizar la existencia de perfiles diferenciales de salud mental en las mujeres de la muestra según la historia de victimización previa en la infancia en la familia de origen.**

Dado que desde los modelos sobre el impacto de situaciones traumáticas se señala que el haber sufrido una experiencia traumática en la infancia es un factor que puede influir en una mayor vulnerabilidad psicológica a la hora de presentar mayores niveles de sintomatología ante nuevas experiencias traumáticas en la etapa adulta (Carlson & Dalenberg, 2000; Echeburúa, 2004), y puesto que en algunos estudios sobre mujeres maltratadas por sus parejas se ha señalado la presencia de antecedentes de violencia familiar en sus familias de origen (Boden & Horwood, 2006; Bradley et al., 2005; Fergusson et al., 2006; Kendall-Tackett, 2007; Nicolaidis et al., 2004; Patró, 2006; Street et al., 2005; Vaeth et al., 2010) se incluyó como variable de investigación la presencia de violencia en la infancia por parte de la familia de origen. Puesto que esta variable tiene una

naturaleza dicotómica, se optó por analizar su relación con las variables de salud mental dividiendo la muestra en dos grupos de mujeres, con y sin presencia de antecedentes de violencia en la infancia. En base a ello se planteó la siguiente hipótesis:

**Hipótesis 5.** *Existirán diferencias significativas en las medidas de salud mental de las mujeres de la muestra según su historia de victimización previa, esto es, entre grupos de mujeres sin y con antecedentes de violencia en su infancia por parte su familia de origen, obteniendo este último grupo mayores niveles de sintomatología psicológica.*

El objetivo de la hipótesis 5 es comprobar, en la dirección que se plantea en los modelos sobre el impacto de las experiencias traumáticas, si en la muestra de mujeres objeto de estudio, existen antecedentes de violencia en su infancia por parte de su familia de origen, ellas obtendrán mayores puntuaciones en las medidas de salud mental que aquellas mujeres sin estos antecedentes.

**Objetivo 2.3. Analizar qué variables relacionadas con el impacto de las situaciones traumáticas son las que muestran mayor capacidad predictiva respecto al nivel de sintomatología y de salud mental de la muestra de estudio.**

Este objetivo plantea comprobar si las variables incluidas en el modelo de investigación de este estudio se muestran como los predictores significativos de las principales variables de salud mental de la muestra de mujeres estudiadas y si entre ellos se encuentra la resiliencia. Debido a los resultados de algunos estudios de mujeres

supervivientes de violencia de género se ha distinguido que a pesar del daño vivido presentan resiliencia en la actualidad, por lo que se hipotetiza que la variable de resiliencia puede estar presente como capacidad predictiva respecto a los niveles de sintomatología psicológica de la muestra, tal como nos señala Humphreys (2003) en su estudio. Las hipótesis que se plantean para este objetivo son las siguientes:

**Hipótesis 6.** *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de malestar psicológico.*

**Hipótesis 7.** *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de sintomatología de estrés postraumático.*

**Hipótesis 8.** *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de sintomatología depresiva.*

**Hipótesis 9.** *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de inadaptación.*

## 6.2. Diseño

Esta investigación consiste en un estudio descriptivo y comparativo. En un primer momento se describirán los datos de la muestra, tanto el perfil psicosocial, repercusiones en la salud mental y los factores que influyen en el impacto del trauma. Luego se compararán las repercusiones en la salud mental de la muestra con los factores que influyen en el impacto del trauma.

El conjunto de variables evaluadas se pueden clasificar en 4 categorías, tal como se realizó en el estudio de Patró (2006):

1. Variables situación / historia de violencia: esta categoría está compuesta por la variable de duración de la situación del maltrato, tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia, nivel de maltrato físico, psicológico y sexual y la victimización de violencia en la infancia de la mujer por parte de su familia de origen.
2. Variables contextuales: esta categoría está compuesta por el nivel de apoyo social y el nivel de estresores adicionales. El nivel de apoyo social está compuesto por un nivel informacional, emocional y tangible tanto durante la relación de maltrato como en la actualidad. En cuanto a los eventos estresantes adicionales son los eventos ocurridos en los últimos doce meses que puedan influir en aumentar el impacto psicológico frente al trauma (por ejemplo, muerte de algún familiar, desempleo, hijos menores a cargo, etc).

3. Variable individual: capacidad personal y proceso de resiliencia a nivel individual en la actualidad de la mujer frente a este trauma.
4. Variables de salud mental: esta categoría está compuesto por cuatro variables de salud mental: nivel de malestar psicológico, trastorno de estrés postraumático (TEPT), sintomatología depresiva y nivel de inadaptación.

La descripción de dichas variables y su medida se realiza en el epígrafe referido a los instrumentos de medida. En el cuadro 17 se resumen las distintas variables incluidas en la investigación según su instrumento de medida.

**Cuadro 17.**

*Variables de la investigación e instrumentos de medida*

| Categorías                                       | Variables evaluadas   | Instrumentos de medida  |
|--|---|---|
| <i>Variables situación/historia de violencia</i> | Duración de la situación de maltrato<br>Tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia<br>Nivel de maltrato físico<br>Nivel de maltrato psicológico<br>Nivel de maltrato sexual<br>Víctima de violencia en la infancia por parte de la familia de origen | Cuestionario/Entrevista (elaboración propia)  |
| <i>Variables contextuales</i>                    | Nivel de apoyo emocional percibido (durante el maltrato y actual)<br>Nivel de apoyo informacional percibido (durante el maltrato y actual)<br>Nivel de apoyo tangible percibido (durante el maltrato y actual)<br>Nivel de eventos estresantes adicionales          | Cuestionario/Entrevista (Elaboración propia)  |
| <i>Variables individuales</i>                    | Nivel de Resiliencia  | Escala de resiliencia (SV-RES), Saavedra y Villalta (2008).   |
| <i>Variables Salud mental</i>                    | Nivel de malestar psicológico<br><br>Trastorno estrés postraumático<br><br>Síntomatología depresiva<br><br>Nivel de inadaptación  | Cuestionario de Salud General (GHQ-12) de Goldberg y cols. (1998)<br>Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGSTEP) de Echeburúa y cols. (1997)<br>Inventario de Depresión (BDI) de Beck y cols. (1979 )<br>Escala de Inadaptación (IG) de Echeburúa y Corral (1995) |

Fuente: elaboración propia

### 6.3. Participantes

La muestra objeto de estudio la componen 202 mujeres supervivientes de violencia por parte de sus parejas. El criterio de inclusión de las participantes fue ser usuaria, en el momento de la evaluación, de un “Centro de la Mujer” de la Región Metropolitana de Santiago de Chile.

De acuerdo con estos criterios, se contactó con el Servicio Nacional de la Mujer (SERNAM) de Chile, de forma que de los 28 centros de la mujer de la Región Metropolitana de Chile se autoriza el acceso a 5 de estos centros para realizar el muestreo. Los centros son: La Granja ( $n = 20$ ), La Pintana ( $n = 130$ ), Lo Espejo ( $n = 25$ ), Pudahuel ( $n = 20$ ) y El Bosque ( $n = 7$ ).

La descripción del resto de variables sociodemográficas, historia de violencia e historia de salud mental se indican en la Tabla 1 y gráficos que se presentarán en el capítulo de resultados. La edad promedio de la muestra fue de 40.3 ( $D.T. = 11.70$ ) con un rango que va desde los 19 años hasta 71 años.

**Tabla 1.**

*Variables sociodemográficas*

| Variables  | Porcentajes |
|--|-------------|
| Estado civil   | 32.7        |
| Soltera  | 54.0        |
| Casada   | 5.9         |
| Conviviendo  | 1.5         |
| Separada (culposo)   | 2.5         |
| Divorcio   | 3           |
| Trámites de separación                                       | .5          |
| Viuda  |             |
| Números de hijos   |             |
| 1 hijo   | 22.8        |
| 2 hijos  | 25.7        |
| 3 hijos  | 25.7        |
| 4 hijos  | 19.8        |
| 5 hijos  | 3.5         |
| 6 hijos  | 1.5         |
| 8 hijos  | .5          |
| Nivel de estudios  |             |
| Sin estudios   | .5          |
| Enseñanza básica incompleta                                  | 14.9        |
| Enseñanza básica completa                                    | 34.2        |
| Enseñanza media completa                                     | 38.6        |
| Grado académico superior (técnico o universitario)           | 11.9        |
| Situación laboral  |             |
| Tareas del hogar   | 30.2        |
| Trabajo irregular (ferias, costura, cuidado a otros hogares) | 29.7        |
| Trabajo regular  | 26.2        |
| Desempleada  | 9.9         |
| Estudiante   | 4           |
| NSE auto informado   |             |
| Bajo   | 64.4        |
| Medio-bajo   | 33.7        |
| Medio-alto   | 2.0         |

Fuente: elaboración propia

En cuanto al tipo de ingreso de las mujeres en los centros, un 35.6% de ellas ingresó de forma espontánea, esto quiere decir que ellas mismas fueron al centro de la mujer sin la intervención de otro programa que las derivara. Un 20.8% fueron derivadas

desde programas de salud, ya sea Centros de Salud Familiar (CESFAM), Hospitales o Centros de Salud Mental (COSAM). Un 23.8% fueron derivadas desde instancias legales principalmente de Tribunales de Familia o Juzgado de Garantía, y un 19.8% ingresó por otras fuentes de derivaciones, ya sea programas sociales de la comuna, carabineros o talleres de mujeres de la comuna

#### **6.4. Instrumentos**

Los instrumentos utilizados en la presente investigación son los que se han utilizado en otras investigaciones previas, que serán mencionados a continuación en la descripción de cada instrumento.

##### **6.4.1. Historia de maltrato/contextuales**

**Entrevista estructurada.** A través de una entrevista de elaboración propia, basada en el estudio de Patró (2006) (ver anexo) se extrajeron las siguientes informaciones:

- a. Historia de maltrato en la infancia.
- b. Severidad del trauma (duración de la relación de maltrato, tiempo transcurrido desde el último incidente de maltrato, nivel de intensidad del maltrato). En cuanto al nivel de intensidad del maltrato, se pidió a las mujeres que indicaran con qué frecuencia su pareja realizó las conductas definidas en los distintos ítems de cada tipo de maltrato durante los últimos doce meses de convivencia, a través de un formato de respuesta tipo likert con cuatro opciones de respuesta: (0) nunca, (1)

alguna vez, (2) frecuentemente y (3) siempre o casi siempre. Para obtener un índice del nivel de cada tipo de violencia se sumaron los valores asignados a cada respuesta obtenida en los ítems que componían cada forma de maltrato. Debido a que cada tipo de maltrato fue evaluado con distintos números de ítems (10 en el tipo físico con un rango de 0 a 30 puntos, 9 en el psicológico con un rango de 0 a 27 puntos, y 3 en el sexual con un rango de 0 a 9 puntos) se transformaron las puntuaciones a una escala de 0 a 100 o de porcentaje para facilitar su comparación. Las puntuaciones fueron utilizadas como variable continua en el análisis descriptivo y correlaciones. Debido a que la variable no presentó una distribución normal se dicotomizó según la mediana arrojada, para realizar el análisis de regresión logística, en el caso de la duración de la relación de maltrato 0 son los casos que presentan menos años de relación y 1 más años de relación, el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia el valor 0 son las mujeres que presentan más tiempo transcurrido del último episodio de violencia y 1 menos tiempo desde el último episodio. Por último, en el nivel de intensidad de maltrato el 0 equivale a los casos con menos nivel de maltrato y 1 con mayor nivel de maltrato.

- c. Contexto social (apoyo social). Se evaluó el nivel de apoyo emocional, informacional y tangible percibido por parte de la mujer, se utilizó un formato de respuesta tipo likert con 4 opciones de respuesta (1 bajo, 2 moderado, 3 alto y 4 muy alto). Además, para realizar una análisis más profundo se evaluó el nivel de apoyo emocional, informacional y tangible, tanto durante el último año de convivencia con la pareja como en la actualidad, dado por seis categorías de personas que potencialmente pueden ofrecerlo a la mujer (familiares, amigos, vecinos, policía, profesionales socio-sanitarios de centro de atención a víctimas y

asociaciones de mujeres). Se utilizó un formato de respuesta tipo likert con 4 opciones de respuesta (1 bajo, 2 moderado, 3 alto y 4 muy alto). El nivel total de cada tipo de apoyo se obtuvo a través de la suma de las puntuaciones obtenidas en cada una de las 6 categorías con un rango de 0 a 24 puntos. (Patró, 2006). Las puntuaciones fueron utilizadas como variable continua en el análisis descriptivo y correlaciones. Para el análisis de regresión logística debido a que la variable no presentó una distribución normal se dicotomizó la variable según la mediana arrojada, el valor 0 corresponde a un alto nivel de apoyo social y 1 un bajo nivel de apoyo social.

- d. Eventos estresantes adicionales. El número de ítems incluidos en la evaluación de los estresores adicionales fue de 12, cuyo contenido fue el siguiente: fallecimiento de un familiar o persona cercana; enfermedad de un familiar o persona cercana; enfermedad o accidente personal; embarazo y/o parto; conflictos familiares (excluyendo a la pareja); hijos menores a su cargo; problemas económicos; problemas laborales (inactividad, pérdida...); problemas legales relacionados con la pareja (separación, custodia...); problemas legales personales; acoso por parte de la pareja; y haber sido víctima de algún otro delito. Se utilizó el mismo formato de respuesta usado por King y col. (1998), en su estudio sobre estrés postraumático, personalidad, apoyo social y estresores vitales adicionales en veteranos de guerra. Cada uno de los ítems fue puntuado utilizando una escala de 3 puntos, donde se asignaba la puntuación 0 si el evento o situación no había ocurrido en los últimos 12 meses, 1 si había ocurrido pero supuso un impacto mínimo, y 2 si había ocurrido y tuvo un impacto considerable. La puntuación total del nivel de estresores adicionales fue calculada a través de la suma de las puntuaciones obtenidas en los

12 ítems, con un rango de 0 a 24 puntos (Patró, 2006). Las puntuaciones fueron utilizadas como variable continua en el análisis descriptivo y correlaciones. Debido a que la variable no presentó una distribución normal para el análisis de regresión logística se dicotomizó la variable según la mediana arrojada, así el valor 0 corresponde a un bajo nivel de estresantes y 1 un alto nivel de estresantes.

#### **6.4.2 Factor individual: nivel de resiliencia**

**Escala de Resiliencia SV-RES (Saavedra & Villalta, 2008).** La escala de Resiliencia SV-RES (Saavedra & Villalta, 2008) es el primer instrumento que mide resiliencia realizado en Chile. Posee una base teórica sólida articulada a partir del modelo de Grotberg (2006), cuenta con validez de constructo apoyada por el análisis de 10 jueces conocedores de la materia. Es un instrumento de fácil aplicación, que cuenta con un razonable número de ítems (60) y sus alternativas son de fácil respuesta. Su tiempo de aplicación es breve. El instrumento está validado en Chile con un  $r = .76$ , fiabilidad medida a través del alfa de Cronbach de  $.96$ . Las puntuaciones fluctúan entre 0 a 25 siendo la resiliencia baja, entre 26 a 74 puntos presentando una resiliencia promedio, y entre 75 a 99 puntos una resiliencia alta. Según el análisis realizado en esta investigación el alfa de Cronbach fue de  $.97$ . Las puntuaciones fueron utilizadas como variable continua en el análisis descriptivo y correlaciones. Para el análisis de regresión logística debido a que la variable no presentó una distribución normal se dicotomizó la variable, el valor 0 correspondió a un alto nivel de resiliencia y 1 un bajo nivel de resiliencia.

### 6.4.3. Salud mental

**Cuestionario de Salud General de 12 Ítems GHQ-12 (Goldberg & Williams, 1998; Araya, Wynn & Lewis, 1992).** El Cuestionario de Salud general de 12 ítems detecta la severidad de problemas mentales a lo largo de las últimas semanas, es decir, si la persona presenta o no malestar psicológico (*screening*). Este instrumento está diseñado para detectar riesgo de enfermedad mental no psicótica ni orgánico-cerebral y es aplicable al trabajo clínico, encuestas de población o estudios longitudinales. Consta de 12 preguntas con cuatro alternativas cada una, dos de las cuales tienen una puntuación igual a cero y las dos restantes un punto cada una. De esta manera, la puntuación mínima es cero y máxima es doce. Se acepta una puntuación mayor o igual a cinco como riesgo para patología emocional. Se eligió este instrumento porque puede ser contestado en un tiempo limitado y es de fácil comprensión. No obstante, según Lewis y Araya (1995) plantean que se tendería a sobrestimar la prevalencia de trastornos psiquiátricos, por lo que se recomienda utilizar puntos de corte más altos. El cuestionario ha sido validado en Chile por Araya, Wynn y Lewis (1992) con coeficientes de validación de un .76, especificidad de .73 y una tasa de error de .26. En un estudio más reciente de Garmendía (2007) con una muestra de 306 personas que habían egresado de programas de tratamiento y rehabilitación por problemas derivados del consumo de drogas en centros de tratamientos de Chile, se utilizó el GHQ-12 con un coeficiente de cronbach de .902. El estudio mostró una alta fiabilidad y una estructura factorial similar a la encontrada en estudios de otras poblaciones. En España se realizó la fiabilidad, validez externa y estructura factorial en población española por Sánchez-López y Dresh (2008), encontrándose un alfa de Cronbach de .76. En la investigación de Caqueo y Lemos (2008) el alfa de Cronbach arrojó .89. Según el análisis

realizado en esta investigación el alfa de Cronbach fue de .89. Las puntuaciones fueron utilizadas como variable continua en el análisis descriptivo y correlaciones. Para el análisis de regresión logística se utilizó la variable dicotomizada, debido a que la variable no presentó una distribución normal, por esta razón, los valores fueron los siguientes: el valor 0 serían aquellos casos que presentaron malestar psicológico y el 1 aquellos casos ausentes de malestar psicológico.

**Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (EGSTEP) (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasúa, 1997).** La EGSTEP es una escala de evaluación heteroaplicada en forma de entrevista estructurada que sirve para evaluar los síntomas y la intensidad del trastorno de estrés postraumático según los criterios diagnósticos DSM-IV. La Escala consta de 17 ítems, 5 referentes a síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. Está estructurada en un formato tipo likert de 0 a 3 puntos, según la frecuencia e intensidad de los síntomas, siendo el rango en la escala global de 0-51 puntos, en la escala de reexperimentación de 0-15 puntos, en la de evitación de 0-21 puntos y en la de aumento de la activación de 0-15 puntos. El punto de corte propuesto para detectar la gravedad clínica del trastorno es de 15 puntos en la escala global, 5 puntos en la subescala de reexperimentación, 6 puntos en la subescala de evitación y 4 puntos en la de aumento de la activación. Las personas deben presentar al menos 1 síntoma de reexperimentación, 3 de evitación y 2 de aumento de la activación, siendo necesario puntuar en al menos 2 para ser considerado trauma. El diagnóstico del trastorno de estrés postraumático según la escala requiere la superación del punto de corte en la escala global, así como la del punto de corte de cada una de las escalas específicas. La fiabilidad de instrumento arrojó .89 test- retest, y un índice de consistencia

208

interna un coeficiente alfa de Cronbach de .92 (Amor et al., 2001; Amor et al., 2002; Echeburúa et al., 2002). Según el análisis realizado en esta investigación el alfa de Cronbach fue de .91. Las puntuaciones fueron utilizadas como variable continua en el análisis descriptivo y correlaciones. Para el análisis de regresión logística se utilizó la variable dicotomizada, debido a que la variable no presentó una distribución normal, por lo que los valores fueron los siguientes: el valor 0 quienes presentan TEPT y 1 no presentan TEPT.

**Inventario de depresión de Beck (Beck, Rush, Sham & Emery, 1979).** El inventario de depresión de Beck es uno de los instrumentos de autoinforme más utilizados internacionalmente para cuantificar los síntomas depresivos en poblaciones normales y clínicas, así como para la evaluación de la efectividad de las terapias para la depresión. Se utilizó la versión autoaplicada de 21 ítems adaptada al castellano por Vázquez y Sanz (1997). Cada ítem está compuesto por 4 alternativas de respuesta ordenadas de menor a mayor gravedad (de 0 a 3 puntos), en las que la persona debe elegir aquella frase que mejor se aproxime a cómo se ha sentido durante la última semana, incluyendo el día en el que completa el inventario. Su puntuación total varía en un rango de 0 a 63 puntos. Los autores recomiendan tomar como punto de corte para diferenciar entre participantes deprimidos y no deprimidos los 18 puntos en el BDI (Vázquez & Sanz, 1997). Las categorías de clasificación son las siguientes: menos de 10 puntos no existe evidencia de síntomas depresivos, entre 10 a 18 puntos arrojaría depresión leve, entre 19 a 29 puntos depresión moderada, y más de 30 puntos depresión grave. Según distintas investigaciones el alfa de cronbach del instrumento arrojó por ejemplo en el estudio de Levendosky, Leahy, Bogat, Davidson y Von Eye (2006) un .85, en el estudio de Pico- Alfonso y cols. (2006) .90.

Según el análisis realizado en esta investigación el alfa de Cronbach fue de .90. Las puntuaciones fueron utilizadas como variable continua en el análisis descriptivo y correlaciones. Para el análisis de regresión logística se utilizó la variable dicotomizada, debido a que la variable no presentó una distribución normal, de esta forma los valores fueron los siguientes: el valor 0 correspondió a los casos que presentan sintomatología depresiva y 1 ausencia de sintomatología depresiva.

**Escala de Inadaptación de Echeburúa y Corral (1995).** Es un autoinforme que consta de 6 ítems (rango: 0-30 puntos) y mide el grado en que el maltrato afectaría a las diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y relación familiar. La fiabilidad del instrumento arrojó un coeficiente alfa de Cronbach .94. En cuanto a la validez de contenido, según el contenido de DSM-IV se consideró razonablemente satisfactoria según el estudio de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000). El punto de corte establecido es de 12 en la escala total y de 2 en cada uno de los ítems. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación (Amor et al., 2001; Amor et al., 2002; Echeburúa et al., 2002). Según el análisis realizado en esta investigación el alfa de Cronbach fue de .88. Las puntuaciones fueron utilizadas como variable continua en el análisis descriptivo y correlaciones. Para el análisis de regresión logística se utilizó la variable dicotomizada, debido a que la variable no presentó una distribución normal, debido a este cambio los valores fueron los siguientes: el valor 0 correspondió a presentar inadaptación y 1 a la ausencia de inadaptación.

### **6.5. Procedimiento.**

Se procedió en primer lugar a contactar en el año 2010 con el Servicio Nacional de la Mujer de la Región Metropolitana (SERNAM) de Chile, para pedir colaboración en la presente investigación. El SERNAM puso en marcha los “Centros de Atención Integral y Prevención en Violencia Intrafamiliar” en el año 2000, aunque a partir del año 2005 se denominaron “Centros de la Mujer”. Actualmente existen 94 Centros distribuidos en las quince regiones del país. En la Región Metropolitana de Chile existen 28 Centros de la Mujer en distintas comunas de la Región.

Las mujeres que son atendidas en los centros de la mujer, son mayores de 18 años, que residen, estudian o trabajan en alguna de las comunas comprendidas en el territorio donde focaliza su intervención.

En la ciudad de Santiago, existe un total de 28 centros, anualmente cada centro ingresa aproximadamente a un total de 267 mujeres, de las cuales, las mujeres activas en los centros son aproximadamente 2.242 anualmente en la provincia de Santiago.

Se estableció como criterio de inclusión que las mujeres residieran en Santiago, del total de 28 centros de la Provincia de Santiago, el SERNAM otorga la posibilidad de trabajo de campo con 5 centros: La Granja, La Pintana, Lo Espejo, Pudahuel y El Bosque, de esta forma el tipo de muestra fue no probabilístico por disponibilidad.

Desde enero a abril del 2010 se establecieron los primeros contactos con algunos centros de la mujer de Santiago de Chile. Se llevó a cabo un estudio piloto con alrededor de 61 mujeres con el fin de tener un primer contacto con los distintos centros de la mujer, evaluar el tiempo que se necesitaba por entrevista, la técnica de recogida de datos más cuidadosa para las usuarias y comprobar si existía algún tipo de problema de comprensión en la administración de los instrumentos de evaluación, las entrevistas realizadas en el estudio piloto no fueron utilizadas en el análisis estadístico del trabajo final, debido a que el objetivo fue más bien analizar la mejor forma de recolección de datos para este tipo de muestra en particular. Después de este estudio piloto, se contactó a 202 mujeres que participan definitivamente en el estudio.

La duración de la aplicación de pruebas y entrevista fue de aproximadamente 1 hora y media a dos horas por persona. La participación de las mujeres fue de manera voluntaria previo consentimiento informado acerca de la investigación. Para garantizar la confidencialidad de los datos se asignó a cada participante un número de codificación. A raíz del estudio piloto se concluyó, que la aplicación de los instrumentos de investigación se debía realizar de manera individual y en una única sesión. De manera individual para otorgar una intervención en crisis en casos que lo requirieran, y en una única sesión para no entorpecer en las actividades diarias de los propios centros con cada usuaria.

#### **6.6. Análisis de datos.**

A través del paquete estadístico SPSS versión 21 (IBM), se realizaron todos los análisis estadísticos para este trabajo de investigación.

Para el análisis de la hipótesis 1 se describió la frecuencia de cada variable estudiada. Las puntuaciones fueron utilizadas como variable continua en el análisis descriptivo, tomando en cuenta la mediana y la amplitud intercuartil, debido a que la distribución de las variables no arrojó normalidad.

Para las hipótesis 2, 3 y 4 en primer lugar se analizó la distribución normal, luego al no presentar una distribución normal se realizaron análisis de correlación de Spearman (prueba no paramétrica) y así se analizaron las relaciones entre los niveles de salud mental y las variables de historia de maltrato, contextuales y resiliencia.

Para la hipótesis 5, se analizó las diferencias significativas entre la salud mental de la muestra diferenciándolos según los antecedentes de victimización de violencia previa en la infancia, para ello se utilizó la Prueba de U de Mann-Whitney para muestras independientes y un análisis descriptivo de tablas de contingencia para comparar los puntajes entre ambos grupos de mujeres con las variables dicotomizadas.

Para las hipótesis 6, 7, 8 y 9 se analizó a través de una regresión logística binaria con las variables dicotomizadas debido a que no presentaron una distribución normal.

La dicotomización de las variables de historia de maltrato, contextuales y resiliencia se realizó según la mediana de los puntajes totales.

Para las variables de historia de maltrato la dicotomización fue la siguiente, en el caso de la duración de la relación de maltrato 0 son los casos que presentan menos años de relación y 1 más años de relación, tiempo transcurrido desde el último episodio de

violencia valor 0 son las mujeres que presentan más tiempo desde el último episodio de violencia y 1 menos tiempo. En el nivel de maltrato el 0 equivale a los casos con menos nivel de maltrato y 1 con mayor nivel de maltrato.

Para las variables contextuales la dicotomización fue la siguiente, según el nivel de apoyo social, el valor 0 corresponde a un alto nivel de apoyo social y 1 un bajo nivel de apoyo social. Según los eventos estresantes adicionales el valor 0 corresponde a un bajo nivel de estresantes y 1 un alto nivel de estresantes.

Para la variable individual de resiliencia, la dicotomización fue el valor 0 para casos con mayor resiliencia y 1 para casos con menor resiliencia.

La dicotomización se realizó para las variables de salud de la siguiente forma: para el caso del malestar psicológico, la dicotomización se realizó según los criterios expuestos por los autores, donde 0 indicaría la presencia de malestar psicológico y 1 la ausencia de malestar psicológico. Para la variable de TEPT según los criterios expuestos por los autores del instrumento y el valor del puntaje de corte, de esta forma los puntajes 0 indicaría la presencia de TEPT y 1 la ausencia de TEPT. Para la variable de sintomatología depresiva también se realizó según los criterios expuestos por los autores del instrumento, señalan 4 categorías ausencia de síntomas depresivos, leve, moderada o grave sintomatología depresiva. Tomando en cuenta estas categorías, se dividió en ausencia y presencia de sintomatología depresiva, donde 0 indicaría que presencia de sintomatología depresiva y 1 ausencia de sintomatología depresiva. La variable de nivel de inadaptación se dicotomizó

según los criterios expuestos por los autores, así el 0 indicaría la presencia de inadaptación y 1 la ausencia de inadaptación.



## **CAPÍTULO 7. RESULTADOS**



## CAPÍTULO 7. RESULTADOS

En el siguiente capítulo serán expuestos los resultados obtenidos a raíz de los análisis estadísticos realizados para comprobar las hipótesis que fueron planteadas en el capítulo anterior.

**Hipótesis 1.** *La muestra presentará un perfil caracterizado por una historia de violencia de pareja caracterizada por una larga duración y un alto nivel de maltrato sufridos, historia de victimización en la infancia por parte de su familia de origen, bajo nivel de apoyo emocional, informacional y tangible percibido, alto nivel de eventos estresantes adicionales, alto nivel de resiliencia, alto malestar psicológico,, alta prevalencia de estrés postraumático, alta prevalencia de depresión y alto grado de inadaptación a la vida cotidiana.*

### 7.1. Análisis descriptivo

Para analizar esta hipótesis se realiza un análisis descriptivo de las variables con objeto de ver si el porcentaje de respuesta en cada variable implica que la muestra presenta repercusiones en su salud mental. Este análisis se realizó con las variables de manera continua.

### 7.1.1. Variables de la historia de maltrato

A continuación se presentan los análisis descriptivos referidos a la duración de la situación de maltrato, tipo de violencia sufrida, nivel de violencia durante el último año de convivencia, tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y antecedentes de violencia en la familia de origen de la mujer.

#### 7.1.1.1. Duración de la situación de maltrato

La duración de la situación de maltrato la mediana fue de 11 años y presentó una amplitud intercuartil de 19. Como se puede ver en el gráfico 1, el mayor porcentaje de mujeres ha vivido una situación de violencia de entre unos meses y 10 años (un 49.5%).

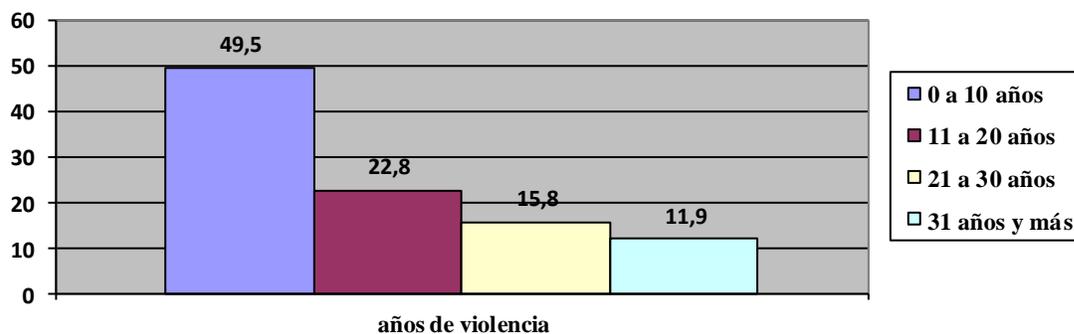


Gráfico 1. Duración de situación de violencia

### **7.1.1.2. Tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia**

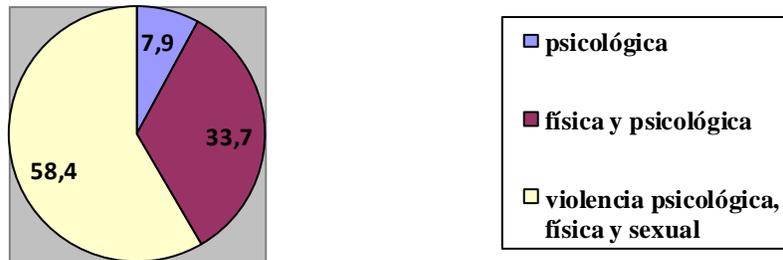
La mediana fue de 90 días con una amplitud de intercuartil de 249 días. El mínimo de tiempo transcurrido desde el último episodio violento fue de un día y el máximo corresponde a 21 años.

### **7.1.1.3. Nivel de violencia sufrida durante el último año de convivencia**

Se evaluó la frecuencia de los tres tipos de violencia a través de actos o conductas de maltrato físico, psicológico y sexual sufridos durante el último año de convivencia con la pareja.

La mediana del nivel de intensidad de violencia física fue de 16.6 con una amplitud intercuartil de 26.67. De la violencia psicológica presentó una mediana de 66.6 con una amplitud intercuartil de 33.3. Y de la violencia sexual la mediana fue de 16.6 con una amplitud intercuartil de 33.3.

Como se puede observar en el gráfico 2, la mayor parte de las mujeres ha sufrido los tres tipos de violencia en sus relaciones (un 58.4%).



*Gráfico 2. Tipos de violencia sufrida durante el último año de convivencia*

Es interesante analizar las conductas de maltrato según la frecuencia de cada acto o conducta, en cuanto al tipo de maltrato físico (ver tabla 2). De entre todas las conductas analizadas, las que tienen un mayor porcentaje de ocurrencia (frecuentemente o siempre/casi siempre) fueron con un 39.1% empujarla, 30.2% mantenerla a la fuerza, 21.3% abofetearla, 19.8% puñetazos. Y los actos con menor frecuencia fueron utilizar arma de fuego (2%) y utilizar arma blanca (4%).

**Tabla 2.***Frecuencia de diferentes actos de violencia física (en %)*

| Ítems de maltrato físico             | Nunca | Alguna vez | Frecuente | Siempre o casi siempre |
|--------------------------------------|-------|------------|-----------|------------------------|
| 1. Abofetearla                       | 50    | 28.7       | 10.4      | 10.9                   |
| 2. Empujarla                         | 23.8  | 37.1       | 19.3      | 19.8                   |
| 3. Puñetazos                         | 63.4  | 16.8       | 10.4      | 9.4                    |
| 4. Patadas                           | 71.3  | 14.4       | 5.9       | 8.4                    |
| 5. Torcerle el brazo                 | 64.4  | 21.3       | 5.4       | 8.9                    |
| 6. Intentar estrangular              | 62.4  | 22.8       | 5.4       | 9.4                    |
| 7. Utilizar un objeto para golpearla | 78.2  | 11.4       | 4.0       | 6.4                    |
| 8. Utilizar arma blanca              | 80.2  | 15.8       | 1.5       | 2.5                    |
| 9. Utilizar arma de fuego            | 92.6  | 5.4        | .5        | 1.5                    |
| 10. Mantenerla por la fuerza         | 44.6  | 25.2       | 14.4      | 15.8                   |

Al analizar las conductas de maltrato según la frecuencia de cada acto o conducta, en cuanto al nivel de maltrato psicológico (ver tabla 3), las conductas con un mayor porcentaje de ocurrencia (frecuentemente o siempre/casi siempre) de violencia psicológica fueron con un 88.1% insultarla, ridiculizarla, desvalorizarla, con un 81.2% ser posesivo o celoso con usted, 77.7% aislarla de sus amigos y familiares, y con un 72.2% controlarle sus actividades habituales. En un menor porcentaje se encontraron con un 37.6% amenazarla verbalmente con maltratar, dañar o torturar a otros miembros de la familia, niños e incluso amistades y con un 37.1% amenazarla repetidas veces con separarse, abandonarla o tener una aventura con otra mujer.

**Tabla 3.**

*Frecuencia de diferentes actos de violencia psicológica (en %)*

| Ítems de maltrato psicológico  | Nunca | Alguna vez | Frecuente | Siempre o casi siempre |
|--|-------|------------|-----------|------------------------|
| 11. Insultarla, ridiculizarla, desvalorizarla  | 1     | 10.9       | 17.3      | 70.8                   |
| 12. Aislarla de sus amigos y familiares  | 15.8  | 6.4        | 9.9       | 67.8                   |
| 13. Controlarle o no dejar que maneje el dinero  | 28.7  | 10.9       | 5.4       | 55.0                   |
| 14. Controlarle sus actividades habituales   | 16.8  | 10.4       | 7.4       | 65.3                   |
| 15. Ser posesivo o celoso con usted  | 12.4  | 6.4        | 10.9      | 70.3                   |
| 16. Amenazarla verbalmente con maltratarla, dañarla o torturarla   | 26.7  | 14.9       | 8.9       | 49.5                   |
| 17. Amenazarla verbalmente con maltratar, dañar o torturar a otros miembros de la familia, niños e incluso amistades | 52.5  | 9.9        | 5.9       | 31.7                   |
| 18. Amenazarla repetidas veces con separarse, abandonarla o tener una aventura con otra mujer                        | 49.5  | 13.4       | 9.4       | 27.7                   |
| 19. Romper o estropear cosas personales a las que usted tiene afecto   | 43.6  | 15.3       | 9.9       | 31.2                   |

En cuanto a la frecuencia de los diferentes actos de violencia sexual (ver tabla 4). Los resultados son bastante homogéneos presentando la obligación mediante la fuerza física a mantener relaciones sexuales en un 25.8%, obligarla bajo amenaza en un 24.3% y mantener relaciones sexuales cuando ella se encontraba indefensa en un 21.8%.

**Tabla 4.**

*Frecuencia de diferentes actos de violencia sexual (en %)*

| Ítems de maltrato sexual  | Nunca | Alguna vez | Frecuentemente | Siempre o casi siempre |
|---|-------|------------|----------------|------------------------|
| 20. Obligarla mediante la fuerza física a mantener relaciones sexuales o realizar cosas durante la relación que usted no deseaba                        | 56.9  | 17.3       | 11.9           | 13.9                   |
| 21. Obligarle bajo amenaza directa o por temor a represalias a mantener relaciones sexuales o a realizar cosas durante la relación que usted no deseaba | 57.9  | 17.8       | 10.4           | 13.9                   |
| 22. Mantener relaciones sexuales cuando usted estaba indefensa  | 65.3  | 12.9       | 10.4           | 11.4                   |

#### **7.1.1.4. Antecedentes de violencia en la infancia.**

Un 74.3% de las mujeres de la investigación vivieron violencia por parte de su familia de origen, y un 25.7% no. Del total de 150 mujeres que vivieron violencia, un 11.3% sufrió violencia psicológica, un 25.3% física y psicológica y un 63.3% violencia física, psicológica y sexual (ver gráfico 3).

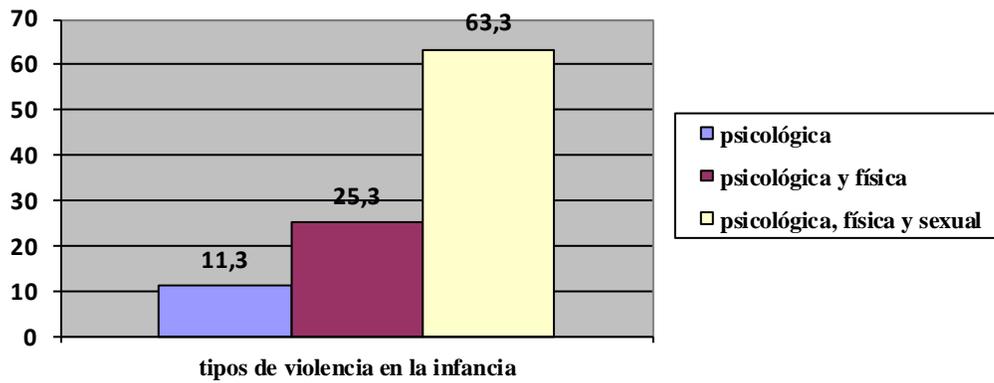


Gráfico 3. Tipo de violencia vivida en la infancia

En el gráfico 4 se pueden ver los datos de quiénes fueron los agresores en la infancia. El mayor porcentaje corresponde al padre (un 29.3%).

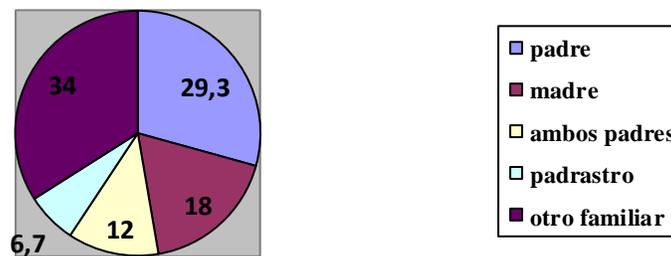


Gráfico 4. Agresores en la infancia de la mujer

Del total de 95 mujeres que sufrieron agresión sexual en su infancia, los agresores eran en su mayoría 31.6% tíos de la familia (ya sean hermanos directos de los padres o tíos políticos), un 36.8% de las mujeres no señalaron la información de su agresor, un 10.5% fue su padrastro, un 9.5% el agresor estaba fuera de la familia directa (vecino, tías de hogares), en un 3.2% hermanos, 3.2% padres, en un 2.1% fue una combinación de agresores entre abuelos, primos, padrastros y en un 1.1% primos. A pesar de la falta de información del tipo de agresor, más de la mitad de la muestra el abusador era un integrante de la familia según la información que fue recogida (ver gráfico 5).

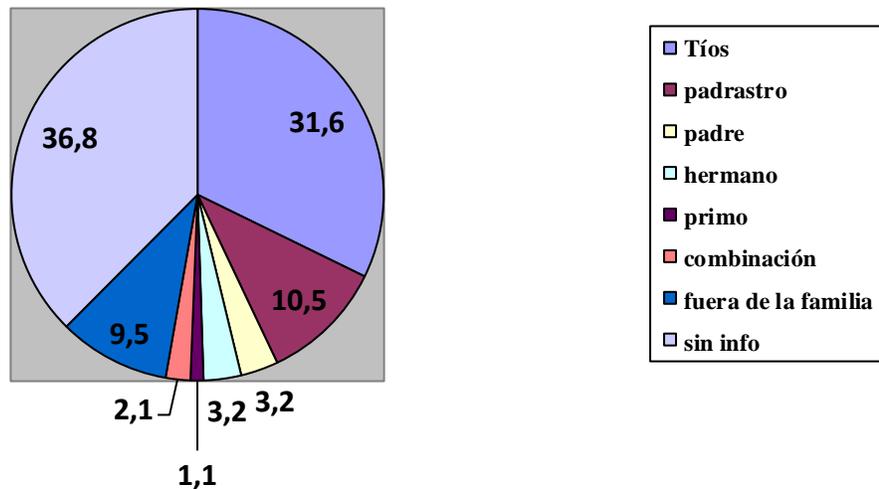


Gráfico 5. Agresor sexual en la infancia de la mujer

En resumen de acuerdo a la historia de maltrato, las mujeres de la muestra tienen un porcentaje elevado de situaciones de violencia vividas, con una mediana de 11 años de relación de violencia, una mediana de 90 días de cese de la relación, más de la mitad de la muestra presentó todo tipo de violencia por parte de la pareja o ex –pareja, y más de la mitad de la muestra presentó historia de victimización en la infancia de maltrato por parte de la familia de origen.

### **7.1.2. Variables contextuales**

En el siguiente epígrafe se detallarán las variables contextuales de esta investigación que están compuestas por el apoyo social percibido por la mujer (emocional, informacional y tangible) durante el último año de relación de violencia como en la actualidad, además, el nivel de estresores adicionales a la situación de maltrato.

#### **7.1.2.1. Apoyo social**

El apoyo fue medido en dos formas por un lado a través de un puntaje total de cada tipo de apoyo, emocional, informacional y tangible, y por otro lado, las mujeres señalaron el tipo de apoyo que ellas percibían según el actor social.

El apoyo emocional percibido durante la relación de maltrato en forma general puntuó una mediana de 11 puntos con una amplitud intercuartil de 5 puntos. La mediana del apoyo emocional general en la actualidad fue de 13 puntos con una amplitud intercuartil de 6. La mediana del apoyo informacional durante la relación de maltrato fue de 10 puntos

con una amplitud intercuartil de 5. Apoyo informacional en la actualidad obtuvo una mediana de 12 puntos con una amplitud intercuartil de 4. El apoyo tangible durante la relación de maltrato obtuvo una mediana de 10 puntos con una amplitud intercuartil de 5 y el apoyo tangible en la actualidad la mediana fue de 12 puntos con una amplitud intercuartil de 5.

Según el tipo de apoyo en forma general, al dicotomizarlos en altos y bajos, se puede señalar que el apoyo emocional durante la relación de maltrato, un 57.2% percibió menos apoyo emocional, a diferencia en la actualidad que un 55% percibió menos apoyo emocional. En cuanto al apoyo informacional un 54% percibió menos apoyo informacional durante la relación de maltrato y un 56.9% percibió menos apoyo informacional en forma general en la actualidad. Por último, el apoyo tangible durante la relación de maltrato un 50% percibió menos apoyo tangible y en la actualidad solo un 30%.

Al realizar un análisis más profundo según tipos de apoyos y actores sociales, se distingue que el apoyo emocional durante la relación de violencia (ver tabla 5) los mayores porcentajes de apoyo fueron por parte de la familia (39.6%), el profesional (35.7%) y los amigos (34.6%), y en la actualidad, fue el centro de la mujer (77.7%), seguido de la familia (53.9%) y los amigos (43.1%).

Según el apoyo informacional durante la relación de violencia (ver tabla 6) el centro de la mujer arrojó el mayor porcentaje de apoyo (37.6%) y el profesional (36.2%), y en la actualidad, fue el centro de la mujer (80.7%), la familia (43.6%) y el profesional (37.1%).

Según el apoyo tangible durante la relación de violencia (ver tabla 7) la familia (37.1%) y el profesional (30.2%) obtuvieron los mayores porcentajes y, en la actualidad, el centro de la mujer arrojó el mayor porcentaje (67.3%), la familia (50%) y el profesional (34.7%).

**Tabla 5.***Frecuencia de apoyo emocional en porcentaje (%)*

| Apoyo emocional   | Bajo | Moderado | Alto | Muy alto |
|---|------|----------|------|----------|
| Familiar durante la situación de maltrato               | 47.5 | 12.9     | 19.8 | 19.8     |
| Familiar en la actualidad                               | 30.7 | 15.3     | 25.7 | 28.2     |
| De amigos durante la situación de maltrato              | 55.0 | 10.4     | 18.8 | 15.8     |
| De amigos en la actualidad                              | 45.0 | 11.9     | 20.8 | 22.3     |
| De vecinos durante la situación de maltrato             | 74.3 | 8.4      | 11.9 | 5.4      |
| De vecinos en la actualidad                             | 67.8 | 10.4     | 13.9 | 7.9      |
| De la policía durante la situación de maltrato          | 54.5 | 18.3     | 19.3 | 7.9      |
| De la policía en la actualidad                          | 60.4 | 16.3     | 13.4 | 9.9      |
| Profesional durante la situación de maltrato            | 54.5 | 9.9      | 20.8 | 14.9     |
| Profesional en la actualidad                            | 50.4 | 8.4      | 23.8 | 17.3     |
| Del centro de la mujer durante la situación de maltrato | 59.4 | 5.9      | 15.8 | 18.8     |
| Del centro de la mujer en la actualidad                 | 6.9  | 15.3     | 38.6 | 39.1     |

**Tabla 6.**

*Frecuencia de apoyo informacional en porcentaje (%)*

| Apoyo informacional                                     | Bajo | Moderado | Alto | Muy alto |
|---|------|----------|------|----------|
| Familiar durante la situación de maltrato               | 63.4 | 6.9      | 13.4 | 16.3     |
| Familiar en la actualidad                               | 46.0 | 10.4     | 20.3 | 23.3     |
| De amigos durante la situación de maltrato              | 59.9 | 11.9     | 14.9 | 13.4     |
| De amigos en la actualidad                              | 55.0 | 10.9     | 16.8 | 17.3     |
| De vecinos durante la situación de maltrato             | 81.7 | 5.9      | 7.9  | 4.5      |
| De vecinos en la actualidad                             | 77.7 | 7.9      | 7.9  | 6.4      |
| De la policía durante la situación de maltrato          | 64.9 | 11.9     | 14.4 | 8.9      |
| De la policía en la actualidad                          | 55.9 | 7.9      | 21.3 | 14.9     |
| Profesional durante la situación de maltrato            | 55.9 | 7.9      | 21.3 | 14.9     |
| Profesional en la actualidad                            | 54.0 | 8.9      | 20.3 | 16.8     |
| Del centro de la mujer durante la situación de maltrato | 56.9 | 5.4      | 16.8 | 20.8     |
| Del centro de la mujer en la actualidad                 | 4.5  | 14.9     | 39.6 | 41.1     |

**Tabla 7.***Frecuencia de apoyo tangible en porcentaje (%)*

| Apoyo tangible   | Bajo | Moderado | Alto | Muy alto |
|--|------|----------|------|----------|
| Familiar durante la relación de maltrato               | 50.5 | 12.4     | 17.3 | 19.8     |
| Familiar en la actualidad                              | 37.1 | 12.9     | 22.8 | 27.2     |
| De amigos durante la relación de maltrato              | 67.8 | 6.9      | 11.4 | 13.9     |
| De amigos en la actualidad                             | 61.4 | 8.4      | 12.9 | 17.3     |
| De vecinos durante la relación de maltrato             | 84.7 | 5.9      | 5.9  | 3.5      |
| De vecinos en la actualidad                            | 77.7 | 8.9      | 7.4  | 5.9      |
| De la policía durante la relación de maltrato          | 72.8 | 9.9      | 11.4 | 5.9      |
| De la policía en la actualidad                         | 70.3 | 12.4     | 10.9 | 6.4      |
| Profesional durante la relación de maltrato            | 63.9 | 5.9      | 18.8 | 11.4     |
| Profesional en la actualidad                           | 58.4 | 6.9      | 19.8 | 14.9     |
| Del centro de la mujer durante la relación de maltrato | 64.9 | 5.4      | 16.3 | 13.4     |
| Del centro de la mujer en la actualidad                | 15.8 | 16.8     | 35.1 | 32.2     |

### 7.1.2.2. Nivel de estresores adicionales

La variable de nivel de estresores adicional arrojó una mediana de 11 puntos, cuya amplitud intercuartil es de 6 puntos. Según los porcentajes de frecuencia de los estresores adicionales (ver tabla 8). Los porcentajes mayores de estresores adicionales fueron los hijos menores de edad (76.2%), conflictos con la familia excluyendo con la pareja o ex – pareja (61.4%), problemas económicos (54.4%) y enfermedad de un familiar o persona cercana (54.4%).

**Tabla 8.**

*Nivel de estresores adicional en porcentaje (%)*

| Tipo de estresor                             | No ocurrió | Ocurrió<br>impacto<br>mínimo | Ocurrió<br>impacto<br>considerable |
|--|------------|------------------------------|------------------------------------|
| Fallecimiento de un familiar o persona cerca | 63.4       | 6.9                          | 29.7                               |
| Enfermedad de un familiar o persona cercana  | 45.5       | 6.4                          | 48.0                               |
| Enfermedad o accidente personal              | 52.0       | 6.4                          | 41.6                               |
| Embarazo y/o parto                           | 89.1       | .5                           | 10.4                               |
| Conflictos familiares (excluyendo pareja)    | 38.6       | 5.0                          | 56.4                               |
| Hijos menores a su cargo                     | 23.8       | 7.4                          | 68.8                               |
| Problemas económicos                         | 45.5       | 4.0                          | 50.5                               |
| Problemas legales relacionados               | 42.1       | 1.5                          | 39.6                               |
| Acoso por parte de pareja o ex – pareja      | 55.9       | 2.0                          | 42.1                               |
| Víctima de otro delito                       | 86.8       | 2.5                          | 10.9                               |

En resumen de las variables contextuales, el apoyo percibido por las mujeres tanto durante la relación de maltrato como en la actualidad en su mayor porcentaje fue el centro de la mujer, la familia y el profesional que puede pertenecer al hospital, consultorio u otra organización del ayuntamiento. En cuanto a los estresores adicionales, los mayores porcentajes fueron el tener hijos menores a su cargo, conflictos familiares, problemas económicos y enfermedades de familiares.

### **7.1.3. Variable individual Resiliencia**

El puntaje promedio de la resiliencia total de la muestra fue de 252.39 (*D.T.* 39.41) A nivel global del nivel de resiliencia de la muestra es relevante destacar que los resultados fueron los siguientes, un 35.1% resiliencia baja, un 23.8% una resiliencia promedio y un 41.1% resiliencia alta. Según un análisis más acabado de esta variable individual se puede apreciar desde los doce factores que la conforman distinguiendo el nivel de mediana y amplitud intercuartil (ver tabla 9).

**Tabla 9.**

*Mediana y amplitud intercuartil de los doce factores de resiliencia*

| Factores de resiliencia |                      | Mediana | Amplitud intercuartil |
|-------------------------|----------------------|---------|-----------------------|
| 1.                      | Factor de identidad  | 61.90   | 78.8                  |
| 2.                      | Factor autonomía     | 50.50   | 76.9                  |
| 3.                      | Factor satisfacción  | 55.70   | 72.8                  |
| 4.                      | Factor pragmatismo   | 78.20   | 69.6                  |
| 5.                      | Factor vínculos      | 49.50   | 88.9                  |
| 6.                      | Factor redes         | 64.40   | 70.6                  |
| 7.                      | Factor modelos       | 46.00   | 82.7                  |
| 8.                      | Factor metas         | 63.00   | 80.6                  |
| 9.                      | Factor afectividad   | 54.70   | 68.5                  |
| 10.                     | Factor autoeficacia  | 68.90   | 63.3                  |
| 11.                     | Factor aprendizaje   | 70.20   | 63.0                  |
| 12.                     | Factor generatividad | 65.70   | 65.1                  |

En resumen, la variable individual de resiliencia presentó la muestra una resiliencia normal y alta en más de la mitad de las mujeres. Con un puntaje promedio menor a las muestras de mujeres que no han vivido violencia de género.

#### **7.1.4. Variables de salud mental**

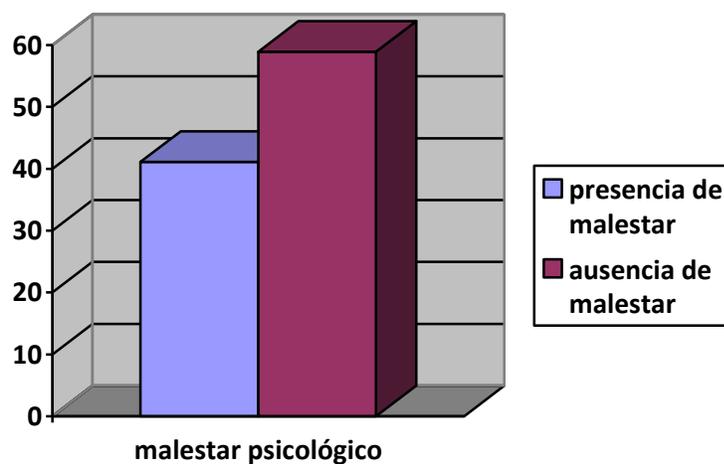
Se evaluó la mediana y amplitud intercuartil de cada variable de salud mental (ver tabla 10).

**Tabla 10.**

*Mediana y amplitud intercuartil de las variables de salud mental.*

| Salud Mental                  | Mediana          | Amplitud intercuartil |
|-------------------------------|------------------|-----------------------|
| Nivel de malestar psicológico | 6.00 (5.6 media) | 7                     |
| TEPT                          | 30.00            | 21.00                 |
| Sintomatología depresiva      | 23.00            | 23                    |
| Nivel de inadaptación         | 24.00            | 13                    |

Desde una perspectiva de *screening* de la salud mental general de la muestra, un 41.1% de las mujeres se caracteriza por la ausencia de malestar psicológico, y un 58.9% presentaría malestar psicológico (ver gráfico 6).



**Gráfico 6. Nivel de malestar psicológico**

Referente al Trastorno de Estrés Postraumático los resultados arrojaron que un 30.7% de la muestra no presentaría TEPT y un 69.3% presentaría TEPT. Y según las medianas y amplitud intercuartil de los ítems (ver tabla 11).

**Tabla 11.**

*Mediana y amplitud intercuartil de los ítems de la escala EGSTEP.*

| Ítems de escala EGSTEP | Mediana | Amplitud intercuartil |
|------------------------|---------|-----------------------|
| Reexperimentación      | 9       | 7                     |
| Evitación              | 12      | 9                     |
| Activación             | 10      | 9                     |

Según las categorías diagnósticas de depresión evaluado por el instrumento de BECK (ver gráfico 7) un 22.3% no presentó depresión, 19.8% depresión leve, un 27.2% depresión moderada y un 30.7% depresión grave.

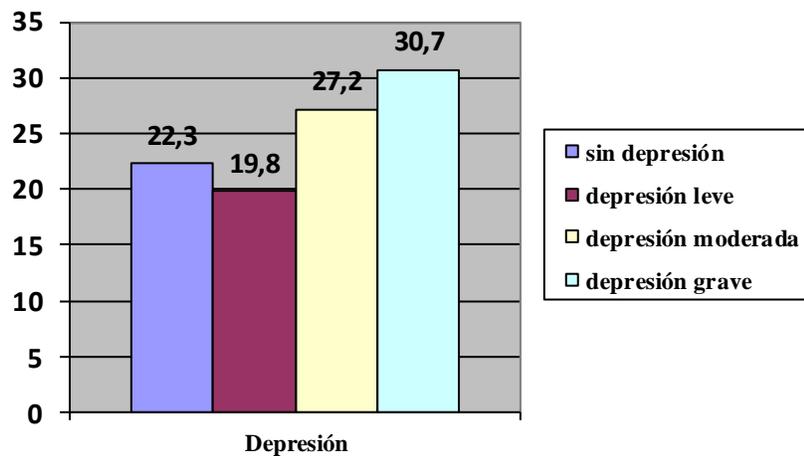


Gráfico 7. Nivel de depresión

En cuanto a la escala de inadaptación, tomando en cuenta los puntos de cortes otorgados por los autores Echeburúa y cols. (2002), un 26.2% no presentaría inadaptación y un 73.8% presentaría inadaptación (ver gráfico 8). Y según un análisis más profundo de cada ítem de la escala se puede apreciar que el mayor porcentaje de inadaptación (tomando en cuenta las respuestas de mucho y muchísimo) se da en la inadaptación en relación a la relación de pareja (77.7%), un 66.3% en forma global y en un 61.9% la vida familiar (ver tabla 12).

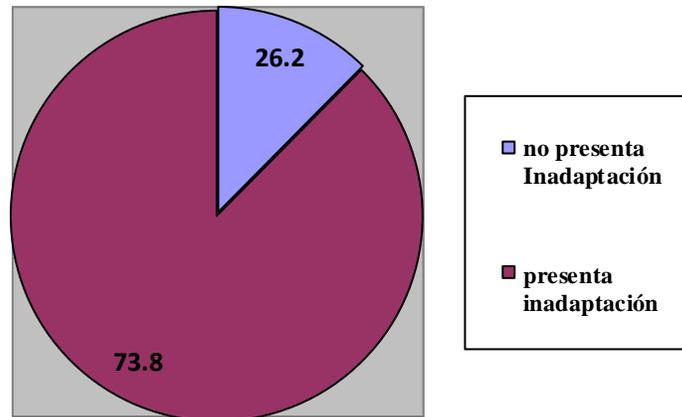


Gráfico 8. Nivel de inadaptación.

Tabla 12.

Frecuencia de Ítems de Escala de Inadaptación (en %)

| Ítems de inadaptación | Nada | Casi nada | Poco | Bastante | Mucho | Muchísimo |
|-----------------------|------|-----------|------|----------|-------|-----------|
| Trabajo y/o estudio   | 13.9 | 5.4       | 8.4  | 20.8     | 17.8  | 33.7      |
| Vida social           | 13.9 | 3.0       | 7.4  | 18.3     | 17.8  | 39.6      |
| Tiempo libre          | 19.8 | 1.0       | 8.9  | 14.4     | 15.8  | 40.1      |
| Relación de pareja    | 4.0  | 2.0       | 4.5  | 11.9     | 17.8  | 59.9      |
| Vida familiar         | 13.4 | 3.0       | 7.4  | 14.4     | 14.9  | 47.0      |
| Escala Global         | 5.9  | 1.5       | 6.9  | 19.3     | 20.8  | 45.5      |

En resumen según la variable de malestar psicológico, de acuerdo al *screening* arrojado por el instrumento de GHQ-12 (Araya et al., 1992) más de la mitad de la muestra requiere de una evaluación de sintomatología psicológica en profundidad. De acuerdo a la

sintomatología psicológica específica, los resultados del TEPT son altos, al igual que la presencia de depresión e inadaptación.

## **7.2. Análisis de las relaciones entre los niveles de salud, variables de historia de maltrato, variables contextuales e individual (resiliencia)**

Para analizar estos datos en primer lugar se realizó un análisis de la distribución de normalidad de cada variable. Los datos arrojados según la distribución de normalidad fueron los siguientes:

- **Duración de la situación de maltrato:** los datos de asimetría son .769 y de curtosis -.396. Según la prueba de normalidad los resultados arrojados fueron de .143 Kolmogorov-Smirnov (.000) de .899 Shapiro-Wilk (.000), lo que indica que la variable no presenta una distribución normal.
- **Tiempo transcurrido desde el último episodio violento:** los datos de asimetría son 5.433 y de curtosis 32.396. Según la prueba de normalidad los resultados arrojados fueron que para la violencia física .362 Kolmogorov-Smirnov (.000) de .340 Shapiro-Wilk (.000), lo que indica que la variable no presenta una distribución normal.
- **Nivel de violencia sufrida durante el último año de convivencia:** los datos de asimetría de la violencia física fue de 1.367 y 1.516 de curtosis, la violencia psicológica fue de -.398 de asimetría y -.649 de curtosis, y la violencia sexual - 1.178 asimetría y -.758 curtosis. Según la prueba de normalidad los resultados arrojados fueron que para la violencia física .165 Kolmogorov-Smirnov (.000) de

.849 Shapiro-Wilk (.000). Para la variable de violencia psicológica el estadístico Kolmogorov-Smirnov (.095) y .961 de Shapiro-Wilk. Por último para la variable de violencia sexual arrojó .210 de Kolmogorov-Smirnov (.000) y .785 de Shapiro-Wilk (.000), Todos los tipos de violencia no presentan una distribución normal.

- **Antecedentes de violencia en la infancia:** la variable se encuentra dicotomizada entre quienes vivieron o no violencia en la infancia. Según la prueba de normalidad los resultados arrojados fueron que para la violencia en la infancia .464 Kolmogorov-Smirnov (.000) de .545 Shapiro-Wilk (.000), lo que indica que la variable no presenta una distribución normal.
- **Apoyo emocional, informacional y tangible:** Según el nivel de apoyo que perciben las mujeres tanto a nivel emocional, informacional y/o tangible, referido tanto durante la relación de violencia como en la actualidad. Los datos de asimetría y curtosis de cada variable fueron las siguientes: para el apoyo emocional durante la relación de violencia fue de .592 (asimetría) y -.010 (curtosis), y el apoyo emocional en la actualidad arrojó .441 (asimetría) y -.187 (curtosis). El apoyo informacional durante la relación de maltrato .846 (asimetría) y .711 (curtosis) y en la actualidad .737 (asimetría) y .643 (curtosis). El apoyo tangible durante la relación de maltrato .980 (asimetría) y .863 (curtosis) y en la actualidad .666 (asimetría) y .173 (curtosis). Según la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov y Shapiro-Wilk los resultados arrojados que para todos los tipos de apoyo las variables no presentaron una distribución normal.
- **Nivel de estresores adicionales:** los datos de asimetría son -.054 y -.142 de curtosis. Según la prueba de normalidad los resultados fueron .090 de Kolmogorov

Smirnov (.000) y .987 de Shapiro Wilk (.063) lo que indica que la variable no presenta una distribución normal.

- **Variable individual Resiliencia:** los datos de asimetría de esta variable fue de -.686 y -.170 de curtosis. Según la prueba de normalidad los resultados arrojados fueron .121 de Kolmogorov-Smirnov (.000) y .923 de Shapiro-Wilk (.000), lo que indica que la variable no presenta una distribución normal.
- **Variables de salud mental:** Las variables de salud mental arrojaron los siguientes resultados en su asimetría y curtosis, Para el nivel de malestar psicológico .035 (asimetría) y -1.327 (curtosis), el trastorno de estrés postraumático presentó -.377 (asimetría) y -.853 (curtosis), la sintomatología depresiva .332 (asimetría) y -.571 (curtosis) y el nivel de inadaptación -.801 (asimetría) y -.217 (curtosis). Según la prueba de normalidad los resultados fueron los siguientes, para el nivel de malestar psicológico arrojó .127 de Kolmogorov-Smirnov (.000) y .926 de Shapiro-Wilk (.000). el trastorno de estrés postraumático arrojó .093 de Kolmogorov-Smirnov (.000) y .958 de Shapiro-Wilk (.000). La sintomatología depresiva arrojó .083 de Kolmogorov-Smirnov (.000) y .971 de Shapiro-Wilk (.000). Y para el nivel de inadaptación arrojó .142 de Kolmogorov-Smirnov (.000) y .899 de Shapiro-Wilk (.000). Por lo tanto, en general, las variables de salud mental presentaron una distribución anormal según los estadísticos de Kolmogorov-Smirnov y de Shapiro-Wilk.

Debido a que ninguna variable presentó una distribución normal, los análisis que se harán a continuación son pruebas no paramétricas, para el análisis de correlación se

realizaron a través de pruebas no paramétricas con las variables continuas y para el análisis de las últimas hipótesis a través de regresión logística se utilizaron las variables dicotomizadas.

Las variables se dicotomizaron según la mediana de cada variable o según los puntos de cortes que señalaron los autores de los instrumentos.

- **Duración de la situación de maltrato:** la variable fue dicotomizada tomando en cuenta la mediana de la variable, y los valores asignados fueron 0 referentes a los casos con menos años de relación de violencia y 1 más años de relación de violencia.
- **Tiempo transcurrido desde el último episodio violento:** la variable fue dicotomizada tomando en cuenta la mediana de la variable, y los valores asignados fueron 0 más tiempo transcurrido desde el último episodio violencia y 1 menos tiempo.
- **Nivel de violencia sufrida durante el último año de convivencia:** la variable fue dicotomizada tomando en cuenta la mediana de la variable, y los valores asignados fueron 0 menos nivel de violencia y 1 más nivel de violencia.
- **Antecedentes de violencia en la infancia:** la variable fue dicotomizada tomando en cuenta si presentaban antecedentes o no de violencia en la infancia, y los valores asignados fueron dicotomizados en 0 ausencia de antecedentes violencia y 1 presencia de al menos un antecedente de violencia en la infancia.

- **Apoyo emocional, informacional y tangible:** la variable fue dicotomizada tomando en cuenta la mediana de la variable, y los valores asignados fueron 0 más nivel de apoyo percibido y 1 menos nivel de apoyo percibido.
- **Nivel de estresores adicionales:** la variable fue dicotomizada tomando en cuenta la mediana de la variable, y los valores asignados fueron 0 menos nivel de estresores y 1 más nivel de estresores.
- **Variable individual Resiliencia:** la variable fue dicotomizada tomando en cuenta la mediana de la variable, los valores asignados fueron 0 más nivel de resiliencia y 1 menos nivel de resiliencia.
- **Variables de salud mental:** en el caso de las variables de salud mental, las dicotomizaciones se realizaron según los puntos de cortes que arrojaron los instrumentos según lo señalado por los autores. Para el malestar psicológico los valores fueron, el valor 0 se refiere a quienes presentaron malestar psicológico y 1 para aquellas que no lo presentaron. Los valores asignados para la variable de TEPT fueron 0 quienes presentaron TEPT y 1 quienes no presentaron TEPT. Para la sintomatología depresiva los autores categorizan en 4 los tipos de resultados, sin depresión y los otros tres en diferentes niveles de depresión, para la dicotomización se agruparon estos últimos tres en uno, quedando los valores 0 aquellos casos que presentaron depresión y 1 los casos que no presentaron sintomatología depresiva. Para la variable de nivel de inadaptación se utilizó el punto de corte señalado por los autores, dividiendo la variable en quienes presentaron inadaptación (0) y quienes no (1).

### **7.2.1. Relación entre los niveles de salud mental y la duración de la violencia, nivel de violencia y nivel de estresores adicionales**

**Hipótesis 2.** *Existirá una relación positiva entre los niveles de sintomatología de salud mental de la muestra y la duración de la situación de maltrato, el nivel de maltrato sufrido y el nivel de estresores adicionales.*

Con el objetivo de comprobar esta hipótesis se realizó un análisis de correlación de Spearman (ver Tabla 13).

En cuanto a los resultados, el malestar psicológico correlacionó positiva y significativamente con el nivel de estresores adicionales (.281).

El TEPT correlacionó positiva y significativamente con el nivel de violencia física (.183), psicológica (.292), sexual (.217) y nivel de estresores adicionales (.282).

La sintomatología depresiva correlacionó positiva y significativamente con el nivel de violencia psicológica (.215), nivel de violencia sexual (.158) y nivel de estresores adicionales (.274).

La escala de inadaptación correlacionó positiva y significativamente con el nivel de violencia física (.241), nivel de violencia psicológica (.418), nivel de violencia sexual (.275) y nivel de estresores adicionales (.304).

**Tabla 13.**

*Correlación de Spearman de los niveles de salud mental y la duración de la violencia, nivel de violencia y nivel de estresores adicionales.*

| Nivel de salud           | Duración de<br>violencia | Nivel de<br>violencia<br>física | Nivel<br>de<br>violencia<br>psicológica | Nivel de<br>violencia<br>sexual | Nivel de<br>estresores |
|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|---|---------------------------------|------------------------|
| Malestar psicológico     | -.083                    | .058                            | .100                                    | .091                            | .281**                 |
| TEPT                     | .087                     | .183*                           | .292**                                  | .217**                          | .282**                 |
| Sintomatología depresiva | -.097                    | .115                            | .215**                                  | .158*                           | .274**                 |
| Nivel de inadaptación    | -.100                    | .241**                          | .418**                                  | .275**                          | .304**                 |

Nota: \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

### **7.2.2. Relación entre los niveles de salud mental y el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y el nivel de apoyo social percibido**

**Hipótesis 3.** *Existirá una relación negativa entre los niveles de sintomatología de salud mental de la muestra y el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y los niveles de apoyo social (emocional, informacional y tangible).*

Para comprobar esta hipótesis se realizó una correlación de Spearman entre estas variables (ver tabla 14.).

La variable de malestar psicológico correlacionó negativa y significativamente con todas las variables, tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y los distintos tipos de apoyo, tanto durante la relación de violencia como en la actualidad.

La variable de salud de TEPT correlacionó negativa y significativamente con el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia arrojando una correlación de -.253.

La sintomatología depresiva correlacionó negativa y significativamente con las variables del tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia (-.214), nivel apoyo emocional durante la relación de violencia (-.124), nivel de apoyo emocional actual (-.193), nivel de apoyo informacional actual (-.158) y el nivel de apoyo tangible durante la relación de violencia (-.176).

La escala de inadaptación correlacionó negativa y significativamente con el apoyo tangible durante la relación de violencia (-.181).

**Tabla 14.**

*Correlación de Spearman de los niveles de salud mental, el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y nivel de apoyo social percibido*

| Nivel de salud           | Tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia | Apoyo emocional durante | Apoyo emocional actual | Apoyo informacional durante | Apoyo informacional actual | Apoyo tangible durante | Apoyo tangible actual |
|--------------------------|---|-------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------------|------------------------|-----------------------|
| Malestar psicológico     | -.216**   | -.120*                  | -.187**                | -.166**                     | -.161*                     | -.168**                | -.189**               |
| TEPT                     | -.253**   | -.028                   | -.020                  | -.016                       | .005                       | -.025                  | -.038                 |
| Sintomatología depresiva | -.214**   | -.124*                  | -.193**                | -.110                       | -.158*                     | -.147*                 | -.176**               |
| Nivel de Inadaptación    | -.088   | -.093                   | .030                   | -.110                       | .004                       | -.181**                | -.017                 |

Nota: \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

### 7.2.3. Relación entre los niveles de salud mental y resiliencia

**Hipótesis 4.** *Existirá una asociación negativa entre los niveles de sintomatología evaluados y las puntuaciones obtenidas en la variable de resiliencia.*

La resiliencia se correlacionó negativa y significativamente con todos los niveles de salud mental (ver tabla 15). Para realizar un análisis más en detalle de la resiliencia, se correlacionó los niveles de salud mental con los doce factores que componen la resiliencia (ver tabla 16)

**Tabla 15.**

*Correlación de Spearman entre los niveles de salud mental y resiliencia*

| Nivel de salud           | Resiliencia |
|--------------------------|-------------|
| Malestar psicológico     | -.576**     |
| TEPT                     | -.308**     |
| Sintomatología depresiva | -.522**     |
| Nivel de Inadaptación    | -.188**     |

**Tabla 16.***Correlación de Spearman entre los niveles de salud mental y los doce factores de resiliencia*

| Variables de salud mental | Malestar psicológico | TEPT    | Sintomatología depresiva | Nivel de Inadaptación |
|---------------------------|----------------------|---------|--------------------------|-----------------------|
| Factores de resiliencia   |                      |         |                          |                       |
| 1. Identidad              | -.594**              | -.378** | -.582**                  | -.233**               |
| 2. Autonomía              | -.545**              | -.328** | -.523**                  | -.258**               |
| 3. Satisfacción           | -.498**              | -.219** | -.428**                  | -.160*                |
| 4. Pragmatismo            | -.482**              | -.177** | -.388**                  | -.035                 |
| 5. Vínculos               | -.527**              | -.308** | -.511**                  | -.217**               |
| 6. Pragmatismo            | -.444**              | -.227** | -.427**                  | -.163*                |
| 7. Modelos                | -.323**              | -.145*  | -.319**                  | -.122*                |
| 8. Metas                  | -.442**              | -.207** | -.373**                  | -.134*                |
| 9. Afectividad            | -.500**              | -.283** | -.421**                  | -.152*                |
| 10. Autoeficacia          | -.491**              | -.253** | -.405**                  | -.091                 |
| 11. Aprendizaje           | -.446**              | -.160*  | -.331**                  | -.014                 |
| 12. Generatividad         | -.420**              | -.224** | -.350**                  | -.074                 |

Nota: \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$

### **7.3. Análisis de la relación entre los niveles de salud mental e historia de victimización de la infancia de la mujer**

**Hipótesis 5.** *Existirán relaciones significativas en las medidas de salud mental de las mujeres de la muestra según su historia de victimización previa, esto es, entre grupos de mujeres sin y con antecedentes de violencia en su infancia por parte de su familia de origen, obteniendo este último grupo mayores niveles de sintomatología psicológica.*

Se evaluaron las diferencias entre los niveles de salud mental y la historia de victimización de la infancia de la mujer, utilizando una prueba no paramétrica para muestras independientes (Prueba U de Mann-Whitney de muestras independientes) (ver tabla 17). El nivel de inadaptación fue la única variable de salud que no obtuvo diferencias significativas con la historia de victimización en la infancia de la mujer.

**Tabla 17.**

*Comparación de rangos entre los niveles de salud e historia de victimización de la infancia de la mujer*

| Violencia en la infancia | Si            |        | No            |        | P<br>(Mann-Whitney) |
|--------------------------|---------------|--------|---------------|--------|---------------------|
|                          | Medias        | Rangos | Medias        | Rangos |                     |
| Salud Mental             |               |        |               |        |                     |
| Malestar psicológico     | 6 (3.91)      | 12     | 4.57 (3.64)   | 12     | .022*               |
| TEPT                     | 29.90 (13.24) | 51     | 25.34 (14.61) | 51     | .039 *              |
| Sintomatología depresiva | 23.85 (13.94) | 66     | 18.42 (13.73) | 51     | .013 *              |
| Nivel de inadaptación    | 21.92 (7.80)  | 30     | 20.25 (8.34)  | 30     | .202                |

Nota: \*  $p \leq .05$

En cuanto a la diferencia de los niveles de salud mental entre las mujeres que fueron víctimas de maltrato en su infancia por parte de su familia de origen y aquellas que no, a través de un análisis descriptivo de tablas de contingencia se evidencia el elevado porcentaje de deterioro de salud mental de mujeres que fueron víctimas en su infancia (ver tabla 18). La variable de mujeres víctimas en su infancia se dicotomizó en quienes no presentaron ningún tipo de violencia en la infancia y quienes sí. Para comparar los niveles de salud mental entre estos grupos de tipos de mujeres, se realizó a través de las variables dicotomizadas de salud mental. Estas variables fueron dicotomizadas tal como se señaló anteriormente por los puntajes de cortes que los autores indicaron en cada instrumento.

**Tabla 18.**

*Tabla de contingencia entre mujeres víctimas de maltrato por parte de su familia de origen y quienes no sufrieron violencia en su niñez con los niveles de sintomatología de salud*

| Violencia en la infancia |             | Si  |      | No |      |
|--------------------------|-------------|-----|------|----|------|
|                          |             | N   | %    | N  | %    |
| Salud Mental             |             |     |      |    |      |
|                          |             |     |      |    |      |
| Malestar psicológico     | No presenta | 58  | 69.9 | 25 | 30.1 |
|                          | Si presenta | 92  | 77.3 | 27 | 22.7 |
| TEPT                     | No presenta | 41  | 66.1 | 21 | 33.9 |
|                          | Si presenta | 109 | 77.9 | 31 | 22.1 |
| Depresión                | No presenta | 31  | 68.9 | 14 | 31.1 |
|                          | Si presenta | 119 | 75.8 | 38 | 24.2 |
| Nivel de inadaptación    | No presenta | 18  | 72   | 7  | 28   |
|                          | Si presenta | 132 | 74.6 | 45 | 25.4 |

Nota: las variables están dicotomizadas

#### **7.4. Análisis de regresión entre la resiliencia, historia de violencia, variables contextuales y los niveles de salud mental**

Debido a que las variables no presentan una distribución normal, se analizaron las variables de forma dicotómicas de acuerdo a los puntos de cortes y requisitos de los autores de cada instrumento. Por lo tanto, el malestar psicológico se dicotomizó entre los casos de ausencia (1) y presencia de malestar (0). El TEPT se dicotomizó entre aquellas mujeres que no presentaban TEPT (1) y quienes si (0). La depresión también se dicotomizó

entre aquellas que no presentaron sintomatología depresiva (1) y quienes si (0), y el Nivel de Inadaptación se dicomotizó entre aquellas mujeres que presentaban no presentaban inadaptación (1) y quienes si (0).

Para analizar esta hipótesis y las siguientes, se realizó un análisis de regresión logística binaria con método de introducir de 14 variables con el fin de determinar cuál de ellas predicen a las distintas variables de salud mental (malestar psicológico, TEPT, depresión y nivel de inadaptación).

Estas 14 variables fueron las siguientes: resiliencia, victimización en la infancia, años de relación de violencia, tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia, nivel de maltrato físico, nivel de maltrato psicológico, nivel de maltrato sexual, nivel de apoyo emocional durante la relación de maltrato, nivel de apoyo emocional en la actualidad, nivel de apoyo informacional durante la relación de maltrato, nivel de apoyo informacional en la actualidad, nivel de apoyo tangible durante la relación de maltrato, nivel de apoyo tangible en la actualidad, y niveles de estresores adicionales. Estas variables también fueron dicotomizadas según las medianas arrojadas por variable. En general 0 significa que la problemática es menor y 1 que es mayor.

Para analizar esta hipótesis se realiza un análisis de regresión logística con el fin de determinar las variables que predicen al malestar psicológico (ver tabla 19).

**Hipótesis 6.** *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de malestar psicológico.*

**Tabla 19.**

*Análisis de regresión logística entre la resiliencia, historia de violencia, contextuales y niveles de malestar psicológico*

| VARIABLES   | B         | Wald   |
|---|-----------|--------|
| Malestar psicológico/ resiliencia   | -1.836*** | 23.153 |
| Malestar psicológico/ tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia | -1.117*** | 10.126 |
| Malestar psicológico / nivel de estresores adicionales                          | -1.007 ** | 8.025  |

Nota: \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$ . Las variables están dicotomizadas

Por último, la resiliencia predijo al malestar psicológico en forma negativa y significativamente (-1.836). Otras variables que predijeron negativa y significativamente al malestar psicológico fueron el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia (-1.117) y el nivel de estresores adicionales (-1.007).

**Hipótesis 7.** *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de sintomatología de estrés postraumático.*

**Tabla 20.**

*Análisis de regresión logística entre la resiliencia, historia de violencia, contextuales y niveles de síntomas de TEPT*

| <b>Variables</b>   | <b>B</b>  | <b>Wald</b> | Nota:      |
|--|-----------|-------------|------------|
| TEPT / tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia | -1.221*** | 11.070      | * $p \leq$ |
| TEPT / resiliencia   | -1.243**  | 9.904       | .05        |
| TEPT/ nivel de estresores adicionales                            | -.928**   | 6.145       | ** $p$     |
| TEPT / años de relación de violencia                             | -.865*    | 5.243       | $\leq$ .01 |

\*\*\*  $p \leq .001$ . Las variables están dicotomizadas

El tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia predice negativa y significativamente al TEPT (-1.221), una vez que se controló el efecto de las demás variables. También predice negativa y significativamente la resiliencia (-1.243), el nivel de estresores adicionales (-9.28) y los años de relación de violencia (-.865).

**Hipótesis 8.** *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de sintomatología depresiva.*

Para analizar esta hipótesis se realiza un análisis de regresión logística con el fin de determinar las variables que predicen la depresión (ver tabla 21).

**Tabla 21.**

*Análisis de regresión logística entre la resiliencia, historia de violencia, contextuales y depresión*

| VARIABLES   | B          | Wald   |
|---|------------|--------|
| Depresión/ resiliencia  | -1.822 *** | 13.927 |
| Depresión/ tiempo transcurrido del último episodio de violencia | -1.433 *** | 11.762 |
| Depresión/ nivel de estresores adicionales                      | -1.061 *   | 5.815  |

Nota: \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$ . Las variables están dicotomizadas

La resiliencia predijo a la depresión controlando el efecto de las demás variables significativamente y negativamente (-1.822). Otras variables que predijeron significativamente y negativamente a la depresión fueron el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia (-1.433), y nivel de estresores adicionales (-1.061).

**Hipótesis 9.** *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de inadaptación.*

Para analizar esta hipótesis se realizó un análisis de regresión logística con el fin de determinar las variables que predicen el nivel de inadaptación. La resiliencia se asoció negativamente con el nivel de inadaptación (-.937).

**Tabla 22**

*Análisis de regresión logística entre la resiliencia, historia de violencia, contextuales y nivel de inadaptación*

Nota: \*  $p \leq .05$  \*\*  $p \leq .01$  \*\*\*  $p \leq .001$ . Las variables están dicotomizadas

| Variables                           | B                | Wald  |
|-------------------------------------|------------------|-------|
| Nivel de inadaptación / resiliencia | -.937 (.066 sig) | 3.390 |

**Cuadro 18.**

*Resumen de confirmación de hipótesis*

| <b>Hipótesis</b>   | <b>Confirmación</b>  |
|--|--|
| <p>Hipótesis 1. <i>La muestra presentará un perfil caracterizado por una historia de violencia de pareja caracterizada por una larga duración y un alto nivel de maltrato sufridos, historia de victimización en la infancia por parte de su familia de origen, bajo nivel de apoyo emocional, informacional y tangible percibido, alto nivel de eventos estresantes adicionales, alto nivel de resiliencia, alto malestar psicológico, alta prevalencia de estrés posttraumático, alta prevalencia de depresión y alto grado de inadaptación a la vida cotidiana.</i></p> | <p>Se confirma la hipótesis en forma parcial. Se confirmó que el perfil de las mujeres según la historia de violencia sí presentó una larga duración, elevado porcentaje de situaciones de violencia vivida, y en más de la mitad de la muestra se presentaron historias de victimización en la infancia por parte de la familia de origen. En cuanto al tipo de apoyo, los niveles fueron bajos, a excepción en la actualidad más de la mitad de las mujeres consideraron que el apoyo fue alto. En cuanto al nivel de resiliencia la muestra presentó un promedio de resiliencia más bajo que en otros estudios por lo que esta parte de la hipótesis no se confirmó. Y, por último, sí se confirmó la hipótesis en cuanto a los altos índices de prevalencia en los distintos síntomas de salud mental.</p> |
| <p>Hipótesis 2. <i>Existirá una relación positiva significativa entre los niveles de sintomatología de salud mental de la muestra y la duración de la situación de maltrato, el nivel de maltrato sufrido y el nivel de estresores adicionales.</i></p>  | <p>Se confirma la hipótesis en forma parcial. Las correlaciones entre los niveles de sintomatología de salud mental no fueron todos significativos con la duración de la situación de maltrato, nivel de maltrato sufrido y el nivel de estresores adicionales. De hecho la duración de maltrato no se correlacionó significativamente con ningún nivel de sintomatología de salud mental. El malestar</p>   |

psicológico solo se correlacionó significativa y positivamente con el nivel de estresores. El TEPT solo se correlacionó significativamente y positivamente con los niveles de maltrato (físico, psicológico y sexual) y el nivel de estresores. La sintomatología depresiva sólo se correlacionó significativamente y positivamente con los niveles de maltrato de tipo psicológico y sexual y el nivel de estresores. El nivel de inadaptación solo se correlacionó significativa y positivamente con los tres niveles de maltrato y el nivel de estresores.

Hipótesis 3. *Existirá una relación negativa significativa entre los niveles de sintomatología de salud mental de la muestra y el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y los niveles de apoyo social (emocional, informacional y tangible)*

Se confirma la hipótesis en forma parcial. El malestar psicológico se confirmó en forma completa, ya que esta variable se correlacionó significativa y negativamente con el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y los niveles de apoyo. En cambio el TEPT solo se correlacionó significativa y negativamente con el tiempo transcurrido del último episodio de violencia pero no con los niveles de apoyo social. La sintomatología depresiva se correlacionó significativa y negativamente con el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia pero con algunos niveles de apoyo social. Y el nivel de inadaptación se correlacionó significativa y negativamente solo con el nivel de apoyo tangible social.

- Hipótesis 4. *Existirá una asociación negativa significativa entre los niveles de sintomatología evaluados y las puntuaciones obtenidas en la variable de resiliencia.* Se confirma la hipótesis.
- Hipótesis 5. *Existirán diferencias significativas en las medidas de salud mental de las mujeres de la muestra según su historia de victimización previa, esto es, entre grupos de mujeres sin y con antecedentes de violencia en su infancia por parte de su familia de origen, obteniendo este último grupo mayores niveles de sintomatología psicológica.* Se confirma la hipótesis en forma parcial. Sí existieron diferencias significativas en las medidas de salud mental de las mujeres según su historia de victimización previa con los niveles de sintomatología de salud mental, a excepción del nivel de inadaptación que fue la única variable de salud que no obtuvo diferencias significativas con la historia de victimización en la infancia de la mujer.
- Hipótesis 6. *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de malestar psicológico* Se confirma la hipótesis.
- Hipótesis 7. *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de sintomatología del TEPT* Se confirma la hipótesis.
- Hipótesis 8. *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales,* Se confirma la hipótesis.
-

*se mostrará como un predictor significativo del nivel de sintomatología depresiva.*

Hipótesis 9. *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de indaptación.* Se confirma parcialmente la hipótesis, ya que la predicción no fue significativa.

---

Fuente: Elaboración propia



## **CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**



## CAPÍTULO 8. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo general de esta investigación ha sido analizar las repercusiones en la salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género que asisten a los Centros de la Mujer del SERNAM de Santiago de Chile. Se desarrollará a lo largo de este capítulo las discusiones de las hipótesis y resultados de éstas. Para una mejor comprensión estos se darán en el mismo orden realizado en los resultados.

El **primer objetivo** fue describir las características de la historia de violencia sufrida y las principales repercusiones en la salud mental en la muestra de usuarias de los Centros de la Mujer del SERNAM de Santiago de Chile.

**Hipótesis 1.** *La muestra presentará un perfil caracterizado por una historia de violencia de pareja caracterizada por una larga duración y un alto nivel de maltrato sufridos, historia de victimización en la infancia por parte de su familia de origen, bajo nivel de apoyo emocional, informacional y tangible percibido, alto nivel de eventos estresantes adicionales, alto nivel de resiliencia, alto malestar psicológico, alta prevalencia de estrés postraumático, alta prevalencia de depresión y alto grado de inadaptación a la vida cotidiana.*

Esta hipótesis se confirmó de **manera parcial**. Esta hipótesis se compone de distintas variables como la historia de violencia, variables contextuales, variable individual

y de salud. Para señalar que parte de esta hipótesis se confirma se irá segregando la información según tipo de variable.

De acuerdo a la variable de historia de violencia, esta parte de la hipótesis se comprueba debido a que la historia de las mujeres presentó una larga duración (11 años promedio), unos años menos que las mujeres supervivientes de maltrato chilenas de Larraín (1994) donde el promedio arrojado fue de 15 años. Los porcentajes de tipos de violencias de esta investigación arrojaron un 33% de violencia física y psicológica, estos parámetros son similares tanto a trabajos chilenos (Calquín & Chávez, 2007; Larraín 1994; SERNAM, 2008) como con prevalencias globales como los indicados por la OMS (2013).

De acuerdo a las historias de victimización en la infancia por parte de la familia de origen también se confirma, ya que más de la mitad de las mujeres presentaron algún tipo de historia de violencia por parte de su familia de origen, al igual que el estudio de Bradley y cols., (2005), o de otros estudios que puntuaron entre 27 a 40 por ciento de victimización de algún tipo de violencia en la infancia de la mujer (e.g. Krause et al., 2008; Griffing et al., 2006; Patró, 2006).

Según las variables contextuales, en cuanto al nivel de apoyo social, se confirma en forma parcial ya que los niveles de apoyo percibido por las mujeres durante la relación de maltrato fueron bajos. Los bajos porcentajes de apoyo social son similares a los expuestos por Larraín (1994) con muestra chilena, donde señala que solo un 17% de las mujeres recibió apoyo por parte de la policía y un 22% de los servicios de salud. Esta percepción de apoyo social aumenta cuando se refiere a la actualidad, tal como ocurre en el trabajo de

Patró (2006), resultado esperable ya que la muestra de estudio se compone de mujeres que actualmente reciben ayuda y asesoramiento por parte del SERNAM.

Respecto a la variable del nivel de eventos estresantes adicionales, si se confirmaría esta parte de la hipótesis, ya que presenta un alto nivel en la muestra, donde el cuidado de hijos menores a su cargo, los conflictos con la familia excluyendo con la pareja o ex – pareja, problemas económicos y la enfermedad de un familiar o persona cercana, serían los problemas más frecuentes a los que, de forma adicional al maltrato deben hacer frente las mujeres. Estos resultados se asemejan al estudio de Graham-Bermann, Sularz y Howell (2011) donde un 86% de las mujeres de su muestra experimentaban de forma simultánea experiencias estresantes adicionales.

Respecto a la variable resiliencia, evaluada en este estudio con la escala de SV RES (Saavedra & Villalta, 2008), como una capacidad del sujeto para resistir y rehacerse a situaciones adversas. Los resultados indicaron un promedio de resiliencia menor que en los otros estudios señalados por Saavedra y Villalta (2008). Por ejemplo, en el estudio piloto de Saavedra y Villalta (2008) el promedio del total de los puntajes de resiliencia en mujeres fue de 455.74 (*D.T.* 50.65) en cambio en este estudio de mujeres maltratadas analizadas con el mismo instrumento fue de 252.39 (*D.T.* 39.51). Los resultados indicaron que la muestra de mujeres evaluadas presentó en un 35,1% de los casos puntuaciones consideradas por los autores de la escala como de resiliencia baja, un 23% de resiliencia a un nivel promedio y un 41% de resiliencia alta. Según los datos esta parte de la hipótesis no se confirmaría, ya que los puntajes de la resiliencia son en promedio menor que en la población normal siendo

los resultados diferentes a los sugeridos en otros estudios (Anderson, Renner & Davis, 2012; Canaval, González & Sánchez, 2007; Humphreys, 2003; Younh, 2007).

Según el nivel de malestar psicológico de acuerdo a los puntos de corte y criterios requeridos por el instrumento GHQ-12 (Araya et al., 1992), más de la mitad de las mujeres presentaron un malestar psicológico, siendo estos resultados consistentes con el estudio de Larraín (1994).

Respecto a la presencia de estrés postraumático, los resultados indican que el 69.3% de mujeres presentan TEPT, según los puntos de corte y criterios requeridos por el instrumento de EGSTEP (Echeburúa et al., 1997). Por lo tanto, el TEPT se presenta en más de la mitad de la muestra, encontrándose cierta coincidencia con otros estudios donde se diagnostica altos niveles de TEPT en muestras de mujeres maltratadas por su pareja (Amor et al., 2001; Dutton, 2009; Fowler & Hill, 2004; Johnson et al., 2008; Kocot & Goodman, 2003; Mechanic et al., 2008; Patró, 2006). Sin embargo, los resultados de esta investigación muestra una de las prevalencias más altas de este trastorno encontradas en muestras de mujeres maltratadas, comparable a los resultados señalados por Golding (1999) en su metanálisis, con un 63.8% de los casos que presentaban TEPT, o en los encontrados por Mechanic y cols. (2008), con un 86.5% de TEPT en la muestra.

Con respecto a la sintomatología de depresión, siguiendo las categorías diagnósticas de los autores del instrumento BDI (Beck et al., 1979), los resultados señalaron la presencia en un 19% de los casos de depresión leve, en un 27% depresión moderada y en un 30% de los casos depresión grave. Los resultados son consistentes con los hallados en otros

estudios previos en muestras de mujeres maltratadas, donde destacó la alta prevalencia de este tipo de sintomatología, siendo junto con el estrés postraumático, una de las principales consecuencias psicológicas de la vivencia de situaciones de maltrato (Amor et al., 2001; Golding, 1999; Ham-Rowbottom et al., 2005; Kocot & Goodman, 2003; Mechanic, 2008; Patró et al., 2007; SERNAM, 2008/2009).

Respecto al nivel de inadaptación a la vida cotidiana como consecuencia de la problemática a la que se enfrenta la mujer, según los puntos de corte y criterios requeridos por el instrumento de la Escala de Inadaptación (Echeburúa et al., 2000), es consistente con los resultados previos del trabajo realizado por Sarasúa y cols. (2007), quien señala el alto nivel de inadaptación a la vida cotidiana de las mujeres.

De este modo, a nivel descriptivo y general, se puede afirmar que la muestra de este estudio si presentó un perfil caracterizado por una historia de violencia de pareja de larga duración y un alto nivel de maltrato sufrido, historia de victimización en la infancia por parte de su familia de origen, bajo nivel de apoyo emocional, informacional y tangible percibido durante la relación de violencia, percepción que cambia en la actualidad, alto nivel de eventos estresantes adicionales, nivel medio-alto de resiliencia, con un nivel de sintomatología psicológica a considerar acorde a mujeres supervivientes de maltrato.

El **segundo objetivo** propuesto en esta investigación fue analizar la contribución que sobre las principales repercusiones del maltrato en la salud mental de las mujeres de la muestra tienen las principales variables relacionadas con el impacto de situaciones traumáticas, incorporando entre ellas la variable resiliencia. Para analizar este objetivo, el

mismo se dividió en tres subobjetivos. El primer subobjetivo fue, analizar la asociación de las principales variables que influyen en el impacto de las situaciones traumáticas, incorporando la variable de resiliencia, con los distintos niveles de sintomatología de salud mental de las mujeres de la muestra. El segundo subobjetivo fue analizar la existencia de perfiles diferenciales de salud mental en las mujeres de la muestra según la historia de victimización previa en la infancia en la familia de origen. Y en tercer lugar, analizar qué variables relacionadas con el impacto de las situaciones traumáticas son las que muestran mayor capacidad predictiva respecto al nivel de sintomatología y de salud mental de la muestra de estudio.

**Hipótesis 2.** *Existirá una relación positiva entre los niveles de sintomatología de salud mental de la muestra y la duración de la situación de maltrato, el nivel de maltrato sufrido y el nivel de estresores adicionales.*

Esta hipótesis se confirma de **forma parcial**. Debido a que no todas las correlaciones entre los niveles de sintomatología de salud mental fueron significativas con la duración de la situación de maltrato, nivel de maltrato sufrido y nivel de estresores adicionales.

El malestar psicológico solo se correlacionó significativamente y positivamente con el nivel de estresores, pero no así con la duración de violencia, ni el nivel de violencia física, psicológica ni sexual. Los resultados en el trabajo realizado por Larraín (1994), que utilizó el instrumento GHQ-12 (Araya et al., 1992), no correlacionó los resultados con otras variables por lo que con los datos de este estudio chileno no es posible confirmar la

relación entre los niveles de sintomatología evaluados por este instrumento y los factores que influyen en ellos. En otros estudios internacionales, a pesar que no se utilizó este instrumento con mujeres maltratadas, si se puede asociar a resultados de trabajos de investigación que indican que los estresores adicionales se asocian a un peor estado de salud psicológica en las mujeres maltratadas que lo experimentan (Baker et al., 2010; Kimerling, et al., 2009; Moe & Bell, 2004; Staggs et al., 2007; Staggs & Riger, 2005; Swanberg & Logan, 2005; Swanberg et al., 2005; Tolman & Wang, 2005).

Por lo que se refiere al TEPT se correlacionó significativamente y positivamente con todos los niveles de maltrato y el nivel de estresores, pero no así con la duración de violencia. Tal como indicó Golding (1999), el TEPT es una de las repercusiones principales en la salud mental de la mujer superviviente de maltrato. De acuerdo a los resultados en población chilena existe una falta de estudios que correlacionen la violencia de género con el TEPT, pero a nivel internacional se distinguen los resultados del trabajo de Pico-Alfonso y cols. (2006) que indicó que a mayor maltrato sexual mayor prevalencia de los síntomas de TEPT, estos resultados se asemejan a los expuestos por Graham-Bermann y cols. (2011).

Respecto al nivel de síntomas de depresión, éste se correlacionó significativamente y positivamente con los niveles de maltrato de tipo psicológico, maltrato de tipo sexual y el nivel de estresores, pero no así con la duración de la relación violenta ni el nivel de maltrato físico. A pesar que no se han registrado hasta la fecha estudios en Chile que utilicen el BDI (Beck et al., 1979) con mujeres supervivientes de violencia de género, a nivel internacional los resultados de esta investigación concuerdan con los trabajos de por ejemplo, Campbell

y cols. (1997), quienes utilizaron el instrumento BDI hallaron una correlación significativa y positiva con el nivel de maltrato de tipo sexual, además de haber estado en una casa de acogida y presentar violencia diaria. El nivel de maltrato de tipo sexual también se asocia a un mayor índice de sintomatología depresiva al igual que lo indican otros estudios (Bononi et al., 2007; Carbone-Lopez et al., 2006; Pico-Alfonso et al., 2006).

El nivel de inadaptación se correlacionó significativamente y positivamente con los tres niveles de maltrato y el nivel de estresores, pero no así con la duración de la relación violenta. En Chile no se ha utilizado hasta la fecha la Escala de Inadaptación de Echeburúa y Corral (1995). En el trabajo de Sarasua y cols. (2007), quienes utilizan esta Escala, configuran el malestar emocional compuesto por los síntomas de ansiedad, depresión, autoestima e inadaptación. No realizan la correlación de la inadaptación con los niveles de maltrato, pero si realizan una diferenciación entre el malestar emocional de mujeres jóvenes y adultas, en sus resultados entre la diferencia de grupos el nivel de inadaptación no fue significativo.

De este modo, podemos afirmar que algunos niveles de sintomatología de salud mental se correlacionaron significativamente con los niveles de maltrato sufrido y nivel de estresores adicionales. En cuanto al nivel de estresores adicionales, también corroboraría los resultados expuestos en otras investigaciones que señalan la importancia de esta variable en la recuperación de la mujer superviviente de maltrato, donde la mujer expuesta además a otros eventos estresantes presentaría una peor salud mental que otras mujeres que viven menos eventos estresantes adicionales (Baker et al., 2010; Kimerling et al., 2009; Moe & Bell; 2004; Tolman & Wang, 2005; Staggs et al., 2007; Staggs & Riger, 2005;

Swanberg & Logan, 2005; Swanberg, Logan & Macke, 2005). Ningún nivel de sintomatología de salud mental correlacionó significativamente con la duración de la relación de maltrato. En este sentido, autores como Carlson y Dalenberg (2000), Kemp y cols. (1991) o Patró (2006), ya señalaron que el impacto de las experiencias traumáticas no siempre depende tanto de la duración del evento en sí, como de la intensidad de éste, de esta forma se puede explicar que la asociación entre estas variables no fuera significativa en este estudio.

**Hipótesis 3.** *Existirá una relación negativa significativa entre los niveles de sintomatología de salud mental de la muestra y el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y los niveles de apoyo social (emocional, informacional y tangible).*

Se confirma la hipótesis **en forma parcial**. Debido a que no todas las correlaciones entre los niveles de sintomatología de salud mental fueron significativas con el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y los niveles de apoyo social.

El malestar psicológico se confirmó en forma completa, ya que esta variable se correlacionó significativa y negativamente con el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y los niveles de apoyo social. Tal como se señaló en la hipótesis anterior, el instrumento GHQ-12 (Araya et al., 1992) se utilizó en el trabajo de Larraín (1994) con mujeres chilenas supervivientes de maltrato por parte de sus parejas, pero no se correlacionó con otras variables. De todas formas las variables del tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y los niveles de apoyo son significativos con la salud

mental tal como indican estudios internacionales (Beeble et al., 2011; Coker et al., 2003; Kwako et al., 2011; Patró, 2006; Postmus et al., 2009).

Respecto al nivel de sintomatología de TEPT, este correlacionó significativamente y negativamente con el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia, aunque no así con el nivel de los distintos tipos de apoyo social. Debido a que, no existen estudios chilenos sobre violencia de género y TEPT, es necesario revisar estudios internacionales que señalen datos al respecto. Patró (2006) señaló en sus resultados que la variable de tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia fue una variable a considerar para explicar la correlación con la sintomatología psicológica de la muestra. Estos resultados coinciden con lo que el DSM-IV-TR (2000) indica como la proximidad de la exposición al acontecimiento traumático, donde se señala que a menor tiempo transcurrido del suceso traumático mayor será la sintomatología psicológica en personas que han vivido un trauma. No se confirma la hipótesis de la importancia del apoyo social en correlación con el TEPT tal como indican estudios internacionales (Bonanno et al., 2007; Cheng & Chan, 2006; Peek & Lin, 1999; Vaillany et al., 1998).

La depresión se correlacionó significativamente y negativamente con el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y con todos los niveles de apoyo, excepto con el apoyo informacional percibido durante la relación de maltrato. Estos datos se corroboran con otras investigaciones internacionales que destacan que a un bajo apoyo social percibido la sintomatología psicológica aumenta (Beeble et al., 2011; Coker et al., 2003; Kwako et al., 2011; Postmus et al., 2009).

El nivel de inadaptación se correlacionó significativa y negativamente solo con el nivel de apoyo tangible durante la relación de maltrato. Debido a que no existen estudios chilenos que correlacionen esta variable de sintomatología psicológica con las variables contextuales ni tampoco en los estudios que utilizaron este instrumento de medición realizaron una correlación con estas variables, se puede extrapolar con estudios internacionales que no estudiaron el nivel de inadaptación pero si el nivel de apoyo percibido por las mujeres, que el apoyo emocional tal como indica Patró (2006) fue el que se correlacionó en mayor medida con el nivel de síntomas, no así el apoyo tangible. De todas formas el apoyo tangible puede solventar las necesidades de las mujeres como por ejemplo la reinserción laboral o derivarlas a casas de acogida cuando los niveles de riesgo de vida aumentan, lo cual puede ayudar a aumentar la creencia de la mujer que tienen un lugar dónde pedir ayuda, lo cual es valioso para disminuir la sintomatología psicológica tal como nos indican otras investigaciones (Babcock et al., 2008; Beeble et al., 2009; Bradley et al., 2005; Canady & Babcock , 2009; Estrada & Chan, 2009; Goodman et al., 2005; Goodman & Smyth, 2011; Krause et al., 2008; Kocot & Goodman, 2003; Lin, Thompson & Kaslow, 2009; Rodriguez et al., 2010).

**Hipótesis 4.** *Existirá una asociación negativa significativa entre los niveles de sintomatología evaluados y las puntuaciones obtenidas en la variable de resiliencia.*

Se **confirma** la hipótesis, ya que todos los niveles de sintomatología de salud mental correlacionaron significativamente y negativamente con la variable de resiliencia. De este modo, podemos afirmar que altos niveles de resiliencia indicará bajos índices de sintomatología psicológica.

Los datos indican que la resiliencia es una variable individual que la persona que la presenta actuará como una protección frente a deterioros de la salud mental que pueda generar estar expuesta a traumas, y corroboraría el modelo integrador desarrollado por Saavedra y Villalta (2008) quienes comprenden la resiliencia como una capacidad del sujeto para hacer frente a hechos traumáticos.

Estos resultados serían un llamado a la promoción de la resiliencia en las personas, para que sea una forma de protección ante los traumas que depara la vida tal como señalan algunos autores (Barudy & Dantagnan, 2009; Robles & Medina, 2008). Los datos indican la importancia de valorar también las potencialidades de mujeres que han padecido un trauma como la violencia en la pareja, y así centrar los tratamientos en las potencialidades de las mujeres y no victimizarlas aún más como la sociedad lo hace, de hecho el visualizar a estas mujeres como personas que presentan una resiliencia promedio a alta, significaría que existen en ellas el potencial para mejorar los índices de sintomatología de salud mental, y así cambiar el paradigma desde el asistencialismo a ellas, y generar tratamientos de reparación al trauma desde lo positivo y potencialidades que presentan estas mujeres. Debemos tomar en cuenta que a pesar que el puntaje promedio de resiliencia son bajos en comparación con población de mujeres que no han padecido este tipo de trauma, de igual forma los porcentajes de resiliencia arrojados son promedio y alta, por lo esto se podría deber a que a pesar que las mujeres si viven estos hechos como un trauma y existen diferencias con aquellas personas que no han padecido violencia de género, esto no hace que las mujeres presenten en su mayoría una resiliencia baja.

La segunda parte del objetivo fue analizar la existencia de perfiles diferenciales de salud mental en las mujeres de la muestra según la historia de victimización previa en la infancia por parte de la familia de origen. Para ello se extrapoló la hipótesis 5.

**Hipótesis 5.** *Existirán diferencias significativas en las medidas de salud mental de las mujeres de la muestra según su historia de victimización previa, esto es, entre grupos de mujeres sin y con antecedentes de violencia en su infancia por parte de su familia de origen, obteniendo este último grupo mayores niveles de sintomatología psicológica.*

Se confirma la hipótesis en **forma parcial**. Sí existieron diferencias significativas en las medidas de salud mental de las mujeres según su historia de victimización previa con los niveles de sintomatología de salud mental, a excepción del nivel de inadaptación que fue la única variable de salud que no obtuvo diferencias significativas con la historia de victimización en la infancia de la mujer.

De este modo, podemos afirmar que la historia de victimización en la infancia por parte de su familia de origen sí es una variable importante para considerar en la salud mental de las mujeres que han sufrido historias de maltrato por parte de su pareja, de esta forma, se insta a ser considerado como temática a evaluar y abordar en las terapias reparatorias de las mujeres, especialmente porque en la mayoría de las mujeres que participaron en esta investigación nunca se les había preguntado este trauma y llevaban por años esta historia de infancia en un silencio, lo que potenciaba la culpa en ellas frente a lo ocurrido en el pasado. Al introducir esta temática en las intervenciones, el objetivo es

desmitificar culpas y generar un tratamiento más amplio de reparación frente al trauma, lo cual generaría mejores índices de salud mental de aquellas mujeres supervivientes de maltrato que siguen invisibilizando esta temática en sus procesos psicológicos de reparación al trauma.

Por lo tanto, la victimización en la infancia de la mujer sería una variable a considerar en la salud de las mujeres supervivientes de maltrato tal como indican otras investigaciones y corroboraría los resultados de este estudio donde aquellas mujeres víctimas de violencia en su infancia presentarían porcentajes más elevados de deterioro de salud mental (Boden & Horwood, 2006; Bradley et al., 2005; Fergusson et al., 2006; Kendall-Tackett, 2007; Nicolaidis et al., 2004; Street et al., 2005; Vaeth et al., 2010).

La tercera parte de este objetivo fue analizar qué variables relacionadas con el impacto de las situaciones traumáticas son las que muestran mayor capacidad predictiva respecto al nivel de sintomatología psicológica de la muestra de estudio. De esta última parte del objetivo se sustraen cuatro hipótesis.

**Hipótesis 6.** *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de malestar psicológico.*

Se **confirma** la hipótesis.

**Hipótesis 7.** *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de TEPT.*

Se **confirma** la hipótesis.

**Hipótesis 8.** *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de sintomatología depresiva.*

Se **confirma** la hipótesis.

**Hipótesis 9.** *La resiliencia, junto a variables referidas a la situación de violencia y contextuales, se mostrará como un predictor significativo del nivel de inadaptación.*

Se **confirma parcialmente** la hipótesis, ya que la predicción no fue significativa.

De acuerdo a las variables de historia de violencia y contextuales que predicen significativamente a los niveles de sintomatología psicológica de la muestra, se pueden distinguir, que para la variable de malestar psicológico las variables que se asocian negativa y significativamente fueron la resiliencia, seguido del tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia y el nivel de estresores adicionales. Las variables que se asocian negativa y significativamente al TEPT, sería el tiempo transcurrido desde el último episodio de violencia, seguido por la resiliencia, nivel de estresores adicionales y años de relación de violencia. La variable predictora que en mayor grado se asocia negativa y significativamente a la depresión es la resiliencia, seguido por el tiempo transcurrido desde

el último episodio de violencia, y el nivel de estresores adicionales. Y la variable predictora que en mayor grado de asoció negativamente pero no significativamente con el nivel de inadaptación fue la resiliencia. Por lo tanto, la resiliencia si sería una variable predictora para la sintomatología psicológica al igual como se señala en la investigación previa de Humphreys (2003).

**CAPÍTULO 9. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS**



## **CAPÍTULO 9. LIMITACIONES Y PERSPECTIVAS FUTURAS**

Este es el primer trabajo desarrollado con población de mujeres chilenas que se centró en la salud mental de mujeres maltratadas a través de la indagación del malestar psicológico general, el TEPT, la depresión y el nivel de inadaptación, relacionándolo además con la resiliencia que ellas presentaban.

En cuanto a las limitaciones de esta investigación se pueden distinguir entre los aspectos conceptuales y metodológicos. De acuerdo a las limitaciones sobre los aspectos conceptuales, la principal limitación de este trabajo fue el concepto de resiliencia, ya que es un concepto medianamente nuevo en el campo de la psicología, existen distintos marcos teóricos y no existe un único consenso de su definición.

Este trabajo es el primero que relaciona resiliencia con mujeres chilenas supervivientes de maltrato por parte de su pareja o ex –pareja, ocupando un instrumento chileno (Saavedra & Villalta, 2008). Por lo tanto, sería recomendable, ya que es un primer acercamiento dentro de los modelos que incorporan la evaluación de fortalezas, que se considere enriquecer las investigaciones sobre violencia de género con esta variable, tal como lo han hecho algunas investigaciones internacionales (Anderson et al., 2012; Canaval et al., 2007; Humphreys, 2003; Young, 2007).

La introducción de este concepto valida el cambio de paradigma en la visión de una mujer que ha sufrido violencia de género, distinguiendo sus fortalezas más que sus

debilidades, por lo que es más acorde el término de mujer superviviente tal como nos señala Kirkwood (1999).

En cuanto a las limitaciones relacionadas con los aspectos metodológicos, podemos distinguir el tipo de muestra, el tipo de diseño e instrumentos utilizados. Según la muestra, el acceso a ella se facilitó a través de SERNAM, siendo un organismo público que trabaja directamente con este tipo de población. El hecho que SERNAM haya colaborado con el trabajo de investigación no soluciona que no estemos investigando a toda la población de mujeres maltratadas del País, sino solo de aquellas que piden ayuda, lo que da cuenta que la problemática de las “cifras negras” sigue siendo un tema sin resolver.

Las mujeres que asisten a los centros de la mujer de SERNAM también presentan una serie de características, todas son mayores de 18 años y representan un segmento socioeconómico medio – bajo. Por lo tanto, en esta investigación no se pudo tener acceso a mujeres adolescentes y mujeres de otros niveles socioeconómicos.

La muestra fue no probabilística por disponibilidad. De esta forma se restringe en cierta medida la riqueza de resultados cuando la muestra es aleatoria, de todas formas se rescató información de distintas partes de la ciudad.

Según el tipo de diseño, la principal limitación es que como investigación transversal los resultados son asociaciones y no causalidades, por lo tanto, se debe tener en cuenta en el futuro que sería interesante poder lograr un estudio longitudinal con las variables de salud y resiliencia con el fin de evaluar si la resiliencia sigue siendo un

predictor tan significativo en la salud de las mujeres. De todas formas la elección del tipo de diseño fue transversal, debido al objetivo del estudio, además de prevenir la deserción a lo largo del tiempo en este tipo de población.

Por último, no todos los instrumentos utilizados en esta investigación están validados en la población chilena, esta información debe ser tomada en cuenta con el fin de que la lectura de los resultados, a pesar de que presentaron una alta confiabilidad en esta investigación, no sería correcto extrapolarlos a una población que no sea de mujeres que pertenecen a centros de la mujer de SERNAM. De todas formas sería interesante lograr un único instrumento de *screening* integral con el fin de evaluar la salud mental de las mujeres supervivientes de maltrato, pero también rescatar los aspectos fortalecedores de la mujer a través de los factores de resiliencia.

En cuanto a las perspectivas futuras a nivel conceptual, la introducción del concepto de resiliencia tanto como un medio de evaluación de la población a estudiar como el abordaje de la resiliencia en el tratamiento, puede generar una riqueza de amplitud al abordar las fortalezas de las mujeres supervivientes de violencia.

Por otra parte, a partir de los resultados arrojados en esta investigación, se considera que, sería interesante que los programas de los centros de la mujer también incluyeran en la evaluación la temática de victimización en la infancia de las mujeres, ya que muchas mujeres al ser entrevistadas era la primera vez que le preguntaban esto en sus vidas, lo cual era vivenciado como un trabajo reparatorio luego de años de guardar el secreto. La intención de la introducción de esta temática en los trabajos terapéuticos sería otorgar una

mejor calidad de atención a las mujeres que acceden a los centros de la mujer, y así ampliar una visión más integral en los trabajos de reparación al trauma.

Por otro lado, se sugiere a que en futuras investigaciones se priorice los trabajos basados en la salud mental de las mujeres. Además, se insta que en el tratamiento directo con las mujeres se tome en cuenta el síndrome de mujer maltratada (Walker, 1984), el de mujer superviviente (Kirkwood, 1999) y la comprensión del modelo conceptual para la evaluación del impacto de las experiencias traumáticas propuesto por Carlson y Dalenberg (2000).

Como recomendación tras los resultados arrojados en esta investigación, se considera muy relevante que las mujeres que asisten a los centros de la mujer puedan acceder a tratamientos psicológicos que den cuenta de un trabajo reparatorio a nivel de salud mental, lo que se asociaría a la necesidad de aumentar las plazas de profesionales psicólogos en cada centro de la mujer y trabajo en red con los servicios de salud pública.

También se recomienda debido a que casi la totalidad de la muestra eran madres, los hijos puedan acceder de forma oportuna a un tratamiento reparatorio a los daños como víctimas de esta violencia, a través de una mejora de tiempos de espera en la derivación a la red del Servicio Nacional de Menores (SENAME) con el programa de intervención breve (PIB).

En cuanto a las perspectivas futuras a nivel metodológico, la muestra presenta características de perfil parecidas a otros centros de la mujer, debido a esto, la muestra de

trabajo de este estudio se puede extrapolar a todos los centros de la Región Metropolitana (R.M.) de Santiago de Chile, ya que los segmentos socioeconómicos son similares y las historias de violencia son transversales, por lo que los resultados podrían ser extrapolados a toda la R. M., y probablemente a las grandes ciudades de este País.



**TERCERA PARTE: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alberdi, I. & Matas, N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: Fundación “La Caixa”
- Alberdi, I., & Rojas, L. (2005). *Violencia: tolerancia cero*. Barcelona: Fundación la Caixa.
- Alméras, D., Bravo, R., Milosavljevic, C., Montaña, S. & Nieves, M. (2002). *Series 40: Violencia contra la mujer en relación de pareja: América Latina y el Caribe*. Santiago: Unidad del Desarrollo y la Mujer CEPAL.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1th Edition). Washington: A. P. A.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition.). Washington: A.P. A.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition.rev.). Washington: A.P.A.
- Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasúa, B. & Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 6 (3), 167-178.
- Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasúa, B. & Zubizarreta, I. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 2 (2), 227-246.
- Anderson, K., Renner, L. & Davis, F. (2012). Recovery: resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence against women*, 18 (11), 1279-1299.

- Andrews, C.M., Cao, D., Marsh, J.C. & Shin, H. (2011). The impact of comprehensive services in substance abuse treatment for women with a history of intimate partner violence. *Violence against women*, 17 (5), 550-567.
- Araya, R., Wynn, R. & Lewis, G. (1992). Comparison of two self-administered psychiatric questionnaires (GHQ-12 and SRQ-12) in primary care in Chile. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 27 (4), 168-173.
- Arias, I. (2004). The legacy of child maltreatment: Long-term health consequences for women. *Journal of Women's Health*, 13, 468-473.
- Arón, A. & Lorión, R. (2003). A case report of a community-based response to domestic violence in Chile. *Journal of community psychology*, 31 (6), 561-570.
- Azpeitia, B. & Matín, M. T. (2002). *Las mujeres víctimas de violencia de género: manual de intervención social*. Madrid: Dirección General de la Mujer consejería de trabajo comunidad de Madrid.
- Babcock, J., Roseman, A., Green, C. & Ross, J. (2008). Intimate partner abuse and PTSD symptomatology: examining mediators and moderators of the abuse-trauma link. *Journal of family psychology*, 22 (6), 809-818.
- Back, S. M., Post, R. D. & D'Arcy, G. (1982). A study of battered women in a psychiatric setting. *Women and therapy*, 1 (2), 137-145.
- Baker, C.K., Billhardt, K.A., Warren, J., Rollins, C. & Glass, N.E. (2010). Domestic violence, housing instability, and homelessness: a review of housing policies and program practices for meeting the needs of survivors. *Aggression and violent behavior*, 15, 430-439.

- Banyard, V.L. & Williams, L.M. (2007). Women's voices on recovery: a multi-method study of the complexity of recovery from child sexual abuse. *Child abuse & neglect*, 31, 275-290.
- Barbera Heredia, E. & Martínez Benlloch, I. (2004). *Psicología y género*. Madrid: Pearson Educación s.a.
- Beauvoir, S. (1982). *El segundo sexo volumen 1 los hechos y los mitos*. Buenos Aires: ediciones siglo veinte.
- Barea, C. (2004). *Manual para mujeres maltratadas (que quieren dejar de serlo)*. Barcelona: Editorial Océano.
- Barnett, O. W. (2001). Why battered women do not leave, Part 2: External inhibiting factors—social support and internal inhibiting factors. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2 (1), 3-35.
- Barragán, F. (coord.) (2006). *Violencia, género y cambios sociales: un programa educativo que si promueve nuevas relaciones de género*. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Bartone P.T., Ursano R.J., Wright K.M. & Ingraham L.H. (1989). The impact of a military air disaster on the health of assistance workers. A prospective study. *J Nerv Ment Dis*, 177 (6), 317-328.
- Bayarri, E., Ezpeleta, L., Granero, R., de la Osa, N. & Domènech, J.M. (2011). Degree of exposure to domestic violence, psychopathology, and functional impairment in children and adolescents. *Journal of interpersonal violence*, 26 (6), 1215-1231.
- Barudy, J. (1998). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Paidós Terapia familiar.
- Barudy, J. & Dantagnan, M. (2009). *Los buenos tratos a la infancia, parentalidad, apego y resiliencia*. Barcelona: Editorial Gedica.

- Baruth, K. & Carroll, J. (2002). A formal assessment of resilience: The Baruth Protective Factors Inventory. *Journal of Individual Psychology, 58* (3), 235-244.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press (Traducción al castellano en Bilbao: Desclee de Brouwer).
- Beck, A.T., Steer, R.A. & Brown, G.K. (1996). *Beck depression inventory manual* (2n ed.) San Antonio, TX: Psychological corporation.
- Becker-Dreps, S., Morgan, D., Peña, R., Cortes, L., Martin, C.F. & Valladares, E. (2010). Association between intimate partner violence and irritable bowel syndrome: a population-based study in Nicaragua. *Violence against women, 16* (7), 832-845.
- Beeble, M.L., Bybee, D., Sullivan, C.M & Adams, A. (2009). Main, mediating, and moderating effects of social support on the well-being of survivors of intimate partner violence across 2 years. *Journal of consulting and clinical psychology, 77* (4), 718-729.
- Beeble, M.L., Sullivan, C.M. & Bybee, D. (2011). The impact of neighborhood factors on the well-being of survivors of intimate partner violence over time. *Am J Community Psychology, 47*, 287-306.
- Bell, M.E., Perez, S., Goodman, L.A. & Dutton, M.A. (2011). Bettered women's perceptions of civil and criminal court helpfulness: the role of court outcome and process. *Violence against women, 17* (1), 71-88.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist, 35*, 320-335.

- Bennett, E., Novotny, J., Green, K. & Kluever, R. (1998). *Confirmatory Factor Analysis of the Resiliency Scale*. Paper presented at the Annual Meeting of the American Educational Research Association (San Diego, CA, April 13-17)
- BOE (2004). Ley Orgánica 1/2004. Medidas de protección integral contra la violencia de género. Boletín oficial Del estado. España. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- Bo Vatnar, S.K. & Bjorkly, S. (2010). Does it make any difference of she is a mother?. An Interactional perspective on intimate partner violence with a focus on motherhood and pregnancy. *Journal of interpersonal violence*, 25 (1), 94-110.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, Trauma, and human resilience, have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?. *American Psychologist*, 59 (1), 20-28.
- Bonanno, G.A., Galea, S., Bucciarelli, A. & Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of consulting and clinical psychology*, 75 (5), 671-682.
- Bonino, L. (2004). Micromachismos. *Cibeles*, 2. Extraído el 20 de abril del 2009 en <http://www.luisbonino.com/pdf/Los%20Micromachismos%202004.pdf>
- Bonomi, A.E., Thompson, R.S., Anderson, M., Reid, R.J., Carrel, D., Dinner, J.A., & Rivara, F.P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American journal of preventive medicine*, 30 (6), 458-466.
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Rivara, F. P., & Thompson, R. S. (2007). Health outcomes in women with physical and sexual intimate partner violence exposure. *Journal of Women's Health (Larchmt)*, 16, 987-997.

- Borrell, F. (2002) El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica. Med Clin (Barc)* 119 (5), 175-9. Extraído el 22 de junio del 2009 en [http://www.doyma.es/revistas/ctl\\_servlet? f=7016&articuloid=13034093](http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet? f=7016&articuloid=13034093).
- Bosch, E. & Ferrer, V. (2002). *La voz de las invisibles: las víctimas de un mal amor que mata*. Madrid: ediciones Cátedra.
- Bradley, R., Schwartz, A.C. & Kaslow, N.J. (2005). Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: self-esteem, social support, and religious coping. *Journal of traumatic stress*, 18 (6), 685-696.
- Briere, J. (1992). *Professional manual for the trauma symptom inventory (TSI)*. Odesseo FL: Psychological Assessment resources.
- Bronfenbrenner, U. (1978). *La ecología del desarrollo humano*. Barcelona: Paidós.
- Brownridge, D.A., Taillieu, T.L., Tyler, K.A., Tiwari, A., Chan, K.L. & Santos, S.C. (2011). Pregnancy and intimate partner violence: risk factors severity and health effects. *Violence against women*, 17 (7), 858-881.
- Burgess, A., & Holstrom, L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131, 981-986.
- Cáceres, A. (1993). Violencia contra las mujeres [Violence against women]. In C. D. Lopez, S. P. Ortega, & F. S. Reyes (Eds.), *Violencia y derechos humanos* (pp. 221-225). Santiago, Chile: Comisión Chilena de Derechos Humanos.
- Cacioppo, J.T., Reis, H.T. & Zautra, A.J. (2011). Social resilience: the value of social fitness with an application to the Military. *American Psychologist*, 66 (1), 43-51.
- Caetano, R. & Cunradi, C. (2003). Intimate partner violence and depression among Whites, Blacks, and Hispanics. *Annals of Epidemiology*, 13 (10) 661-665.

- Caetano, R., Cunradi, C., Schafer, J., Clark, C. (2000). Intimate partner violence and drinking among white, black and Hispanic couples in the US. *Journal substance abuse, 11*, 123-138.
- Calquín, C. & Chávez, A. (2007). Perfil psicosocial de la población usuaria del programa de atención y prevención de violencia intrafamiliar durante el año 2006 en Lo Espejo, Región Metropolitana de Santiago, Chile. *Terapia psicológica, 25* (1), 87-93.
- Calvete, E., Corral, S. & Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence against women, 14* (8), 886-904.
- Campbell, J.C., Kub, J., Belknao, R.A. & Templin, T.N. (1997). Predictors of depression in battered women. *Violence against women 3* (3), 271-293.
- Canady, B.E. & Babcock, J.C. (2009). The protective functions of social support and coping for women experiencing intimate partner abuse. *Journal of aggression, maltreatment & Trauma, 18* (5), 443-458.
- Canaval, G.E., González, M.C. & Sánchez, M.O. (2007). Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia médica, 38* (4) suplemento 2, 72-78.
- Cannon, W.B. (1929). *Bodily Changes in pain, hunger, fear and rage*. Boston, MA: Brandford.
- Carbone-Lopez, K., Kruttschnitt, C., & Macmillan, R. (2006). Patterns of intimate partner violence and their associations with physical health, psychological distress, and substance use. *Public Health Reports, 121*, 382-392.

- Carlson, E.B & Dalenberg, C. (2000). A conceptual framework for the impact of traumatic experiences. *Trauma, violence & abuse, 1* (1), 4-28.
- Carlson, E.B., Dalenberg, C., Armstrong, J., Walker, J., Loewenstein, R. & Roth, D. (2001). Multivariate prediction of posttraumatic symptoms in psychiatric inpatients. *Journal of traumatic stress, 14* (3), 549-567.
- Carlson, E.B. & Dutton M.A. (2003). Assessing experiences and responses of crime victims. *Journal of traumatic stress, 16* (2), 133-148.
- Carnicer, C. (2002). *La protección jurídica a las mujeres maltratadas. II Conferencia Internacional sobre violencia contra las mujeres*. Madrid: Ayuntamiento de Madrid Área de Promoción de la Igualdad y Empleo.
- Casey, G.W. (2011). Comprehensive soldier fitness. A vision for psychological resilience in the U.S. Army. *American Psychologist, 66* (1), 1-3.
- Caqueo, a. & Lemos, S. (2008). Calidad de vida y funcionamiento familiar de pacientes con esquizofrenia en una comunidad latinoamericana. *Psicothema, 20* (4), 577-582.
- CEDAW (1979). *The Convention on the Elimination of all forms of discrimination Against Women / Convención de la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Extraído el 5 de enero del 2011 en [www.un.org/womanwatch/daw/cedaw](http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw)
- Centers for Disease Control and Prevention (1998). Lifetime and annual incidence of intimate partner violence and resulting injuries-Georgia 1995 *MMWR. Morb Mortal Wkly Rep, 47*, 849-853.
- Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia (2006). *II Informe Internacional Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja, estadísticas y legislación*. Valencia: José Sanmartín.

CEPAL (1994a). *Convención Interamericana de Belém do Pará, Brasil*. Extraído el 5 de enero del 2011 en <http://www.eclac.org/mujer/noticias/paginas/3/27453/BelendoPara.pdf>

CEPAL (1994b) *Conferencia Regional sobre la Integración de la Mujer en el Desarrollo Económico y social de América Latina y el Caribe*. Extraído el 5 de enero del 2011 en <http://www.eclac.cl/mujer/noticias/noticias/4/29914/lcg1850e.pdf>

CEPAL (2000). *Octava Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe*. Extraído el 5 de enero del 2011 en [http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/mujer/noticias/noticias/4/5144/P5144.xml&xsl=/mujer/tpl/plf.xsl&base=/tpl/top-bottom\\_acerca.xslt](http://www.eclac.org/cgi-bin/getProd.asp?xml=/mujer/noticias/noticias/4/5144/P5144.xml&xsl=/mujer/tpl/plf.xsl&base=/tpl/top-bottom_acerca.xslt)

Chandra, P.S., Satyanaraya, V.A. & Carey, M.P. (2009). Women reporting intimate partner violence in India: associations with PTSD and depressive symptoms. *Arch women's mental health*, 12, 203-209.

Chapman, D.P., Whitfield, C.L., Felitti, V.J., Dube, S.R., Edwards, V.J. & Anda, R.F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J. Affect. Disorder*. 82, 217-225.

Charcot, J. (1972). *L' hystérie chez l'homme*. *Analectes*. Paris: Théraplix.

Cheng, Sh. Y Chan, A. (2006). Social support and self-rated health revisited: Is there a gender difference in later life? *Social Science and Medicine*, 63 (1), 118-122.

Clements, C., Sabourin, C. M., & Spiby, L. (2004). Dysphoria and hopelessness following battering: The role of perceived control, coping, and self-esteem. *Journal of Family Violence*, 19, 25-36.

Código Civil (1989). Código Civil. Extraído el 17 de junio del 2010 en [www.bcn.cl](http://www.bcn.cl)

- Cohen, S. & Hamrick, N. (2003). Stable individual differences in physiological responses to stressors: implications for stress-elicited changes in immune related health. *Brain, Behavior, and Immunity, 17*, 407- 414.
- Coker, A.L., Pope, B.O., Smith, P.H., Sanderson, M. & Hussey, J.R. (2001). Assessment of clinical partner violence screening tools. *J. Am Med Womens Assoc, 56*, 19-23.
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L., & Davis, K. E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health and Gender-Based Medicine, 11*, 465-476.
- Coker, A.L., Watkins, K.W., Smith, P.H., & Brandt, H. M. (2003). Social support reduces the impact of partner violence on health: application of structural equation models. *Preventive medicine, 37*, 259-267.
- Connor, K.M. & Davidson, J.R.T. (1999). Development of a new resilience scale: The Connor - Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depresión and Anxiety, 18*(2), 76-82.
- Cornelius, T.L., Shorey, R.C. & Kunde, A. (2009). Legal consequences of dating violence: a critical review and directions for improved behavioral contingencies. *Aggression and violent behavior, 14*, 194-204.
- Cornum, R., Matthews, M.D. & Seligman, M.E. (2011). Comprehensive soldier fitness. Building resilience in a challenging institutional context. *American psychologist, 66* (1), 4-9.
- Cougle, T., Resnick, H. & Kilpatrick, D. (2009). A Prospective Examination of PTSD Symptoms as Risk Factors for Subsequent Exposure to Potentially Traumatic Events Among Women. *Journal of abnormal psychology, 118* (2), 405-411.

- Cyrulnick, B. (2002). *Los patitos feos. En la resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Editorial Gedica.
- Cyrulnick, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas. Volver a la vida después de un trauma*. Barcelona: editorial Gedica.
- Davidson, J.R., Book, S., Colket, J., Tupler, L., Roth, S. & David, D. (1997). Assessment of a new self-rating scale for post-traumatic stress disorder. *Psychological medicine*, 27, 153-160.
- De Beauvoir, S. (1982). *El segundo sexo: vol.1. Los hechos y mitos*. Buenos Aires: Ediciones siglo veinte.
- Decker, M.R., Seage, G.R., Hemenway, D., Raj, A., Saggurti, N., Balaih, D., Silverman, J.G. (2009). Intimate partner violence functions as both a risk marker and risk factor for women's HIV infection: Findings from Indian husband-wife dyads. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 51.5, 593-600.
- Derogatis, L.R. (1994). *Symptom checklist 90-revised*. Minneapolis: National computer systems Inc.
- Dobash, R.E. & Dobash, R.P. (1980). *Violence against wives: a case against the patriarchy*. London: Open Books.
- Dobash, R.E. & Dobash, R.P. (1981). Community response to violence against wives: charivari, abstract justice and patriarchy. *Social problems*, 28 (5), 563-581.
- Dobash, R.E. & Dobash, R.P. (1988). Research as social action: the struggle for battered women, in Kersti Yllö and Michelle Bograd (comps). *Feminist perspectives on wife abuse*. Beverly hills, CA: Sage.
- Dobash, R.E. & Dobash, R.P. (1992) *Women, violence and social change*. London: Routledge and Kegan Paul.

- Dominguez, J.M., Garcia, P. & Cuberos, I. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. *Anales de psicología*, 24 (1), 115-120.
- Douglas, H. & Walsh, T. (2010). Mothers, Domestic Violence, and Child Protection. *Violence against women*, 16 (5), 489-508.
- Dumont, K.A., Spatz, C. & Czaja, S. (2007) Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: the role of individual and neighborhood characteristics. *Child abuse & neglect*, 31, 255-274.
- Dunkle, K., Jwekes, R., Brown, H., Gray, G., MacIntyre, J.R., Harlow, S. (2004). Gender-based violence, relationship power and risk of HIV infection in women attending antenatal clinics in South Africa. *Lancet*, 363, 1415-1421.
- Dutton, M.A. (1992). *Empowering and healing the battered woman: A model of assessment and intervention*. New York: Springer.
- Dutton, M.A. (2009). Pathways linking intimate partner violence and posttraumatic disorder. *Trauma, violence & abuse*, 10 (3), 211-224.
- Easterbrooks, M.A., Chaudhuri, J.H., Dym, J. & Copeman, A. (2011). Resilience in parenting among young mothers: family and ecological risks and opportunities. *Children and youth services review*, 33, 42-50.
- Echeburúa, E. (2009a). *Superar un trauma. El tratamiento de las víctimas de sucesos violentos*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- Echeburúa, E. (2009b). *Personalidades Violentas*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- Echeburúa, E., Amor, P. & Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción psicológica*, 2, 135-150.

- Echeburúa, E. & Corral, P. (2006). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E., Corral, O., Amor, P.J., Zubizarreta, Y. & Sarasúa, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P. & Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E. & Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Echeverría, R. (2007). *Ontología del lenguaje*. Buenos Aires: Granica.
- Edleson, J.L. (1999). The overlap between child maltreatment and woman battering. *Violence against women*, 5 (2), 134-154.
- Egeland, B., Jacobvitz, D. & Sroufe, A. (1988). Breaking the cycle of abuse. *Child development*, 59, 1080-1088.
- Ellsberg, M., Jansen, H., Heise, L., Watss, C. & García-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi.country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 11, 1165-1172.
- Engel, G. (1997). From biomedical to biopsychosocial: being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38, 521-528.

- Epstein, H. (2010). Intimate-partner violence and HIV in South African women. *Lancet*, 376, 9748.
- Estrada, C. & Chan, E. (coord. 2009). *Apoyo social y colectivos vulnerables: una herramienta para la intervención contra la violencia de género*. Oviedo: Ediciones de la Universidad de Oviedo.
- Ewart, C., Jorgensen, R., Suchday, S., Chen, E. & Matthews, K. (2002). Measuring stress resilience and coping in vulnerable youth: The social competence interview. *Psychological Assessment*, 14 (3), 339-352.
- Fergusson, D.M., Boden, J.M. & Horwood, J. (2006). Examining the intergenerational transmission of violence in a New Zealand birth cohort. *Child Abuse and Neglect*, 30, 89-108.
- Fernandez-Lansac, V. & Crespo, M. (2011). Resiliencia, personalidad resistente y crecimiento en cuidadores de personas con demencia en el entorno familiar: una revisión. *Clínica y salud*, 22, 1, 21-40.
- Ferraro, K.J. and Johnson, J.M. (1983). How women experience battering: the process of victimization. *Social problems*, 30 (3), 326-339.
- Flake, D. & Forste, R. (2006). Flighting families: family characteristics associated with domestic violence in five Latin American countries. *Journal of family violence*, 21 (1), 19-29.
- Fletcher, J. (2010). The effects of intimate partner violence on health in young adulthood in the United States. *Social science & Medicine*, 70, 130-135.
- Flores, E., Cicchetti, D. & Rogosch, F.A. (2005). Predictors of resilience in maltreated and nonmaltreated latin children. *Developmental psychology*, 41 (2), 338-351.

- Fogarty, C.T., Fredman, L., Heeren, T.C. & Liebschutz, J. (2008). Synergistic effects of child abuse and intimate partner violence on depressive symptoms in women. *Preventive medicine, 46*, 463-469.
- Folkman, S., Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of personality and social psychology, 54* (3), 466-475.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology, 50* (3), 571-579.
- Follingstad, D. R., Hause, E. S., Rutledge, L. L., & Polek, D. S. (1992). Effects of battered women's early responses on later abuse patterns. *Violence and Victims, 7*, 109-128.
- Fowler, D.N. & Hill, H.M. (2004). Social support and spirituality as culturally relevant factors in coping among African American. *Violence against women, 10* (11), 1267-1282.
- Fredrickson, B.L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology. The broaden-and-build theory of positive emotions. *American psychology, 56* (3), 218-226.
- Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A. (2003). New rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Intj Methods Psychiatr Res, 12*, 65-76.
- Fugate, M., Landis, L., Riordan, K., Naureckas, S. & Engel, B. (2005). Barriers to domestic violence help seeking: implications for intervention. *Violence against women, 11*, 290-310.

- Garmendia, M. (2007). Análisis factorial: una aplicación en el cuestionario de salud general de Goldberg, versión de 12 preguntas. *Revista chilena de salud pública*, 11 (2), 57-65.
- Gasulla, J. (2009). El modelo biopsicosocial de enfermedad ¿Por qué 3, y no 2 ó 1?. *Interpsiquis*. Extraído el 28 de abril del 2009 en <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosomatica/38984/>
- Gatchel, R.J. (1995). Stress and coping. En Parkinson, B. y Coman, A (Eds.). *Emotion and Motivation*. Harlow, Essex: Longman.
- Gielen, A., McDonnel, K., O'Campo, P. (2001). Intimate partner violence, HIV status, and sexual risk reduction. *AIDS and behavior*, 6, 107-116.
- Gladstone, G.L., Parker, G.B., Mitchell, P.B., Malhi, G.S., Wilhelm, K., & Austin, M.P. (2004). Implications of childhood trauma for depressed women: An analysis of pathways from childhood sexual abuse to deliberate self-harm and revictimization. *American Journal of Psychiatry*, 161, 1417–1425.
- Goicovic., I. (2006). Relaciones afectivas y violencia intrafamiliar en el Chile tradicional. *Ibero Forum*, 1 (1), 1-20.
- Gold, L., Norma, R., Devine, A., Feder, G., Taft, A.J. & Hegarty, K.L. (2011). Cost-effectiveness of health care interventions to address intimate partner violence: what do we know and what else should we look for?. *Violence against women*, 17 (3), 389-403.
- Goldberg, D. P. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Goldberg, D.P. & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. Windsor, UK: NFER-Nelson.

- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*, 99–132.
- Gomez-Beloz, A., Sanchez, S. F., Lam, N. (2009). Intimate partner violence and risk for depression among postpartum women in Lima, Peru. *Violence and victims, 24* (3), 380-398.
- González, R. & Santana, J. (2001). *Violencia en parejas jóvenes, análisis y prevención*. Madrid: Ediciones Pirámides.
- Goodman, L., Dutton, M., Vankos, N. & Weinfurt, K. (2005). Women's resources and use of strategies as risk protective factors for reabuse over time. *Violence against women, 11* (3), 311-366.
- Goodman, L.A. & Smyth, K.F. (2011). A call for a social network-oriented approach to services for survivors of intimate partner violence. *Psychology of violence, 1* (2), 79-92.
- Gotay, C. C., Isaacs, P., & Pagano, I. (2004). Quality of life in patients who survive a direprognosis compared to control cancer survivors. *Psychooncology, 13*, 882–892.
- Graham-Bermann, S., Gruber, G., Howell, K. & Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child abuse & neglect, 33*, 648-660.
- Graham-Bermann, S., Sularz, A.R. & Howell, K.H. (2011). Additional adverse events among women exposed to intimate partner violence: frequency and impact. *Psychology of violence, 1* (2), 136-149.
- Green, B., Wilson, J. & Lindy, J. (1985). Conceptualizing posttraumatic stress disorder: A psychological framework: en C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study*

*and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp.53-69). New York: Brunner-Mazel.

Griffing, S., Lewis, C.S., Chu, M., Sage, R.E., Madry, L. & Primm, B.J. (2006). Exposure to interpersonal violence as a predictor of PTSD symptomatology in domestic violence survivors. *Journal of interpersonal violence*, 21 (7), 936-954.

Grotberg, E. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. The International Resilience Project. Bernard Van Leer Foundation. Holanda: La Haya.

Grotberg, E. (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy.: cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa.

Haarr, R.N. (2010). Suicidality among battered women in Tajikistan. *Violence against women*, 16 (7), 764-788.

Ham-Rowbottom, K.A., Gordon, E.E., Jarvis, K.L. & Novaco, R.W. (2005). Life constraints and psychological well-being of domestic violence shelter graduates. *Journal of family violence*, 20 (2), 109-121.

Harding, H. & Helweg-Larsen, M. (2009). Perceived risk for future intimate partner violence among women in a domestic violence shelter. *Journal family violence*, 24, 75-85.

Harway, M., & Hansen, M. (2004). *Spouse abuse: Assessing and treating battered women* (2nd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Hedtke, K.A., Ruggiero, K.J., Fitzgerald, M.M., Zinzow, H.M., Saunders, B.E., Resnick, H.S. & Kilpatrick, D.G. (2008). A longitudinal investigation of interpersonal violence in relation to mental health and substance use. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76 (4), 633-647.

- Herbert, C. & Wetmore, A. (1999). *Overcoming traumatic stress. A self-help guide using cognitive-behavioral techniques*. Londres: Robinson.
- Herman, J. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*, 377-391.
- Herman, J. (1997) *Trauma and recovery* (Ed. Rev.) New York: Basic Books.
- Herman, J. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia* Madrid: Espasa.
- Hirigoyen, M. (2006). *Mujeres maltratadas, los mecanismos de la violencia en la pareja*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.
- Holmes, T.H. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research, 11*, 213-218.
- Horowitz, M.J. (1989). Relationship schema formulation: role relationship models and intrapsychic conflict. *Psychiatry, 52*, 260-274.
- Howard, L.M., Trevillion, K. & Agnew-Davies, R. (2010). Domestic Violence and mental health. *International review of psychiatry, 22* (5), 525-534.
- Huang, H.Y., Yang, W. & Omaye, S.T. (2011). Intimate partner violence, depression and overweight/obesity. *Aggression and violent behaviour, 16*, 108-114.
- Humphreys, J. (2003). Resilience in shelter battered women. *Issues in mental health nursing, 24*, 137-152.
- Humphreys, J., Cooper, B.A. & Miaskowski, C. (2010). Differences in depression, posttraumatic stress disorder and lifetime trauma exposure in formerly abused women with mild versus moderate to severe chronic pain. *Journal of interpersonal violence, 25* (12), 2316-2338.

- Illanes, E., Bustos, L., Vizcarra, M.B. & Muñoz, S. (2007). Violencia y factores asociados a salud mental en mujeres de la ciudad de Temuco. *Revista Médica de Chile*, 135, 326-334.
- Iverson, K.M., Resick, P.A., Suvak, M.K., Walling, S. & Taft, C.T. (2011). Intimate partner violence exposure predicts PTSD treatment engagement and outcome in cognitive processing therapy. *Behavior therapy*, 42, 236-248.
- Jewkes, R.K., Dunkle, K., Nduna, M. & Shai, N. (2010). Intimate partner violence, relationship power inequity, and incidence of HIV infection in young women in South Africa: a cohort study. *Lancet*, 376, 41-48.
- Jo Clark, C., Hill, A., Jabbar, K. & Silverman, J. (2009). Violence during pregnancy in Jordan. *Violence against women*, 15 (6), 720-735.
- Johnson, D.M. & Zlotnick, C. (2009). HOPE for battered women with PTSD in domestic violence shelters. *Professional psychology: research and practice*, 40 (3), 234-241.
- Johnson, D.M., Zlotnick, C. & Perez, S. (2008). The relative contribution of abuse severity and PTSD severity on the psychiatric and social morbidity of battered women in shelters. *Behavior therapy*, 39, 232-241.
- Johnson, D.M., Zlotnick, C. & Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: results of a randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 79 (4), 542-551.
- Jones, L., Hughes, M. & Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: a review of the research. *Trauma, Violence & Abuse*, 2, 99-119.

- Karamagi, C., Tumwine, J., Tylleskar, T.R., Heggenhouge, K. (2006). Intimate partner violence against women in Easter Uganda: Implications for HIV prevention. *BMC Public Health*, 6, 284.
- Kardiner, A., y Spiegel, H. (1947). *War Stress and Neurotic Illness*. New York: Hoeber.
- Kaul, R., Plummer, F. A., Kimani, J., Dong, T., Kiama, P., & Rostron, T. (2000). HIV-1-specific mucosal CD8+ lymphocyte responses in the cervix of HIV-1-resistant prostitutes in Nairobi. *Journal of Immunology*, 164, 1602–1611.
- Kelly, V.G., Merrill, G.S., Shumway, M., Alvidrez, J. & Boccellari, A. (2010). Outreach, engagement, and practical assistance: essential aspects of PTSD care for urban victims of violent crime. *Trauma, violence & abuse*, 11 (3), 144-156.
- Kendall, J., Pelucio, M.T., Casaletto, J., Parker, K., Barnes, S., Pettit E. & Aldrich, M. (2009). Impact of emergency department intimate partner violence intervention. *Journal of interpersonal violence*, 24 (2), 280-306.
- Kendall-Tackett, K.A. (2007). Violence against Women and the Perinatal Period: The Impact of Lifetime Violence and Abuse on Pregnancy, Postpartum, and Breastfeeding. *Trauma Violence Abuse*, 8, 344-353.
- Kernic, M.A., Holt, V.L., Stonar, J.A., Wolf, M.E. & Rivara, F.P. (2003). Resolution of depression among victims of intimate partner violence: is cessation of violence enough?. *Violence and victims*, 18 (2), 115-129.
- Kernsmith, P. (2006). Gender Differences in the Impact of Family of Origin Violence on Perpetrators of Domestic Violence. *Journal of Family Violence*, 21 (2), 163-171.
- Khawaja, M. & Barazi, R. (2005). Prevalence of wife beating in Jordanian refugee camps: Reports by men and women. *Journal of epidemiology and community health*, 59, 840-841.

- Kikwood, C. (1999). *Cómo separarse de su pareja abusadora: desde heridas de la supervivencia a la sabiduría para el cambio*. Barcelona: Ediciones Granica.
- Kimerling, R., Alvarez, J., Pavao, J., Mack, K., Smith, M. & Baumrind, N. (2009). Unemployment among women: examining the relationship of physical and psychological intimate partner violence and posttraumatic stress disorder. *Journal of interpersonal violence, special section: research methodology*, 24 (3), 450-463.
- Kirikpatrick, L.A., (1992). An attachment theory approach to the psychology of religion. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2 (1), 3-28.
- Kishor, S. & Johnson, K. (2006). Reproductive health and domestic violence: are the poorest women uniquely disadvantaged?. *Demography*, 43.2, 293-307.
- Kobasa, S.C., Maddi, S.R. & Kahn, S. (1982). Hardiness and health: a prospective study. *Journal of personality and social psychology*, 42, 168-177.
- Kocot, T. & Goodman, L. (2003). The roles of coping and social support in battered women's mental health. *Violence against women*, 9 (3), 323-346.
- Kotliarenco, M.A. (1995). La pobreza desde la Mirada de la Resiliencia. *Santiago: CEANIM*.
- Kraepelin, K. (1899). Zür Systematik der Solifugen. *Mittheilungen aus dem Naturhistorischen Museum*, 16, 195-258.
- Krause, E.D., Kaltman, S., Goodman, L.A. & Dutton, M.A. (2006). Role of distinct reabuse: a prospective study. *Journal of traumatic stress*, 19 (4), 507-516.
- Krause, E.D., Kaltman, S., Goodman, L.A. & Dutton, M.A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violent exposure: a longitudinal study. *Journal of traumatic stress*, 21 (1), 83-90.

- Krug, E.G., Dahlberg, L. L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R. (2002). *World Report Violence and Health*. Genova: World Health Organization.
- Kunst, M.J. (2010). Affective personality type, post-traumatic stress disorder symptom severity and post-traumatic growth in victims of violence. *Stress and health*, 27, 42-51.
- Kwako, L.E., Glass, N., Campbell, J., Melvin, K.C., Barr, T. & Gill, J.M. (2011). Traumatic brain injury in intimate partner violence: a critical review of outcomes and mechanisms. *Trauma, violence, & abuse*, 12 (3), 115-126.
- Labrador, F.J., Fernández-Velasco, R. & Rincón, P.P (2006). Eficacia de una programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International journal of clinical and health psychology*, 6 (3), 527-547.
- Labrador, F. J., Rincón, P.P. De Luis, P. & Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica: Programa de actuación*. Madrid: ediciones pirámides.
- Lagarde, M. (2001). *Género y feminismo: desarrollo humano y democracia*. Madrid: horas y horas.
- Lagarde, M. (2005). *Los cautiverios de las mujeres madre, esposas, monjas, putas, presas y locas*. Coyoacán, México: Universidad Autónoma de México.
- Larraín, S. (1994). *Violencia puertas adentro: la mujer golpeada*. Santiago de Chile: Editorial Universitaria.
- Lazarus, R.S. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lazarus, R.S., Lazarus, B., Campos, J.J., Tennen, R. & Tennen, H. (2006). Emotions and interpersonal relationships: Toward a person-centered conceptualization of emotion and coping. *Journal of personality*, 74, 9-46.
- Lehrer, J., Lehrer, E. & Zhao, Z. (2009). Physical and psychological dating violence in young men and women in Chile: results from a 2005 survey of university students. *International journal of injury control and safety promotion*, 16 (4), 205-214
- Letourneau, N. L., Fedick, C.B. & Willms, J.D. (2007). Mothering and Domestic Violence: A Longitudinal Analysis. *Journal of Family Violence*, 22 (8), 649-659.
- Levendosky, A., Leahy, K., Bogat, A., Davidson, W. & Von Eye, A. (2006). Domestic Violence, maternal parenting, maternal health and infant externalizing behavior. *Journal of family psychology*, 20 (4), 544-552.
- Lewis, G. & Araya, R. (1995). Is the general health questionnaire (12 item) a culturally based measure of psychiatric disorder?. *Society psychiatry epidemiology*, 30, 20-25.
- Ley N°19.325. Primer ley de Violencia intrafamiliar. Extraído el 17 de junio del 2010 en [www.bcn.cl](http://www.bcn.cl)
- Ley N°20.066. Ley de Violencia Intrafamiliar. Extraído el 17 de junio del 2010 en [http://www.bcn.cl/actualidad\\_legislativa/temas\\_portada.2005-10-20.9048178957](http://www.bcn.cl/actualidad_legislativa/temas_portada.2005-10-20.9048178957)
- Ley N°54 (1989). *Ley N°54 sobre Violencia Doméstica de Puerto Rico*. Extraído el 5 de enero del 2011 en <http://www.lexjuris.com/lexlex/lex89054.htm>
- Lin, J., Thompson, M.P. & Kaslow, N.J. (2009). The mediating role of social support in the community environment—psychological distress link among low-income African American women. *Journal of Community Psychology*, 37 (4), 459-470.

- Lipsky, S., Caetano, R., Field, C. & Bazargan, S. (2005). The role of alcohol use and depression in intimate partner violence among black and Hispanic patients in a urban emergency department. *The American journal of drug and alcohol abuse*, 31, 225-242.
- Long, G.M. & McNamara, J.R. (1989). Paradoxical punishment as it related to the battered women syndrome. *Behavior modification*, 13, 192-205.
- Logan, TK., Shannon, L., Cole, J., Walker, R. (2006). The impact of differential patterns of physical violence and stalking on mental health and help-seeking among women with protective orders. *Violence against women*, 12 (9), 866-886.
- Lorente, M (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Lorente, M. (2002). *Detección de los Malos Tratos desde la Perspectiva Sanitaria en la II Conferencia Internacional sobre violencia contra las mujeres*. Ayuntamiento de Madrid Área de Promoción de la Igualdad y Empleo.
- Lorente, M. (2004). *El rompecabezas: anatomía del maltratador*. Barcelona: Ares y Mares.
- Loubat, M., Ponce, P. & Salas, P. (2007). Estilo de apego en mujeres y su relación con el fenómeno del maltrato conyugal. *Terapia psicológica*, 25 (2), 115-122.
- Lowe, P., Humphreys, C. & Williams, S. (2007). Night terrors: women's experiences of (not) sleeping where there is domestic violence. *Violence against women*, 13 (6), 549-561.
- Lundy, M. & Grossman, S.F. (2009) Domestic Violence Service Users: A Comparison of Older and Younger Women Victims. *Journal of Family Violence*, 24 (5), 297-309.
- Luthar, S., Cicchetti, D. & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work, *Child development*, 71 (3), 543-558.

- Maddi, S. R. (2002). The story of hardiness: Twenty years of theorizing research, and practice. *Consulting Psychology Journal*, 54, 173-185.
- Maddi, S. R. & Kobasa, D. M. (2005). *Resilience at work: How to succeed no matter what life throws at you*. Nueva York, NY: Amacom.
- Manciaux, M. (2010). *La resiliencia: resistir y rehacerse*. Barcelona: Gedisa.
- Martínez, I. & Bonilla, A. (2000). *Sistema sexo/género, identidades y construcción de la subjetividad*. Valencia: Universitat de València.
- Mason, J.W. (1975). A historical view of the stress field. *Journal of Human Stress*, 1, 22-36, 467-470.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary Magic. Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- Matad, M., Padilla, V. & Gutiérrez, A. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja: Guía de tratamiento psicológico*. Madrid: Minerva ediciones.
- Matud, M. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16 (3), 397-401.
- Mburia-Mwalili, A., Clements-Nolle, K., Lee, W., Shadley, M. & Yang, W. (2010). Intimate partner violence and depression in a population-based sample of women: can social support help=. *Journal interpersonal violence*, 25 (12), 2258-2278.
- McCann, L. & Pearlman, L. (1992). La teoría constructivista del desarrollo del yo como marco de trabajo para la evaluación y tratamiento de víctimas de violencia familiar. En S. Stith, M.B., Williams y K. Rose (eds). *Psicosociología de la violencia en el hogar* (317-340). Bilbao: Desclée de Brower.
- McCrae, R.R. (1991). Controlling neuroticism in the measurement of stress. *Stress medicine*, 6, 237-241.

- McMillen, C., Zurvain, S. & Rideout, G. (1995). Perceived benefit from child sexual abuse. *Journal of consulting and clinical psychology, 63* (3), 1037-1043.
- McWriter, P. (1999). Domestic violence in Chile. *American Psychologist, 54* (1), 37-40.
- Mechanic, M., Weaver, T. & Resick, P. (2008a). Mental health consequences of intimate partner abuse: a multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence against women, 14* (6), 634-654.
- Mechanic, M., Weaver, T. & Resick, P. (2008b). Risk factors for physical injury among help-seeking battered women: an exploration of multiple abuse dimensions. *Violence against women, 14* (10), 1148-1165.
- Medina, J.J. (2002). *Violencia contra la mujer en la pareja: investigación comparada y situación en España*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Melillo, A. & Suárez, E. (compiladores). (2001). *Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Mestre, M., Tur, A. & Samper, P. (2008). *Impacto psicosocial de la violencia de género en las mujeres y sus hijos e hijas, un estudio empírico en la comunidad valenciana*. Valencia: Universitat de València.
- Miner, S., Ferrer, L., Cianelli, R., Bernal, M. & Cabieses, B. (2011). Intimate partner violence and HIV risk behaviors among socially disadvantaged Chilean women. *Violence against women, 17* (4), 517-531.
- Ministerio del Interior (2013). Estadísticas anuales 2001-2012. Tasa de denuncias. Extraído el 22 de octubre de 2013 en [http://www.seguridadpublica.gov.cl/delitos\\_de\\_violencia\\_intrafamiliar\\_historico.html](http://www.seguridadpublica.gov.cl/delitos_de_violencia_intrafamiliar_historico.html)

- Mitchell, R.E. & Hodson, C. (1983). Coping with domestic violence: social support and psychological health among battered women. *American journal of community psychology, 11*, 629-654.
- Moe, A. (2007). Silenced voices and structured survival: battered women's help seeking. *Violence against women, 13* (7), 676-699.
- Moe, A. & Bell, M. (2004). Abject economics: the effects of battering and violence on women's work and employability. *Violence against women, 10* (1), 29-55.
- Montecino, S. (1991). *Madres y Huachos*. Santiago de Chile: Catalonia.
- Moos, R.H. (1984). Context and coping: toward a unifying conceptual framework. *American Journal of Community Psychology, 12*, 5-25.
- Moos, R.H. & Holahan, C.J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of clinical psychology, 59*, 1387-1403.
- Morillas, D., Patró, R. & Aguilar, C. (2011). *Victimología: Un estudio sobre la víctima y los procesos de victimización*. Madrid: Dykinson.
- Morland, L.A., Leskin, G.A., Block, C.R., Campbell, J.C. & Friedman, M.J. (2008). Intimate partner violence and miscarriage, examination of the role of physical and psychological abuse and posttraumatic stress disorder. *Journal of interpersonal violence. 23* (5), 652-669.
- Moylan, C.A., Herrenkohl, T.I., Sousa, C., Tajima, E.A., Herrenkohl, R.C. & Russo, M.J. (2010). The Effects of Child Abuse and Exposure to Domestic Violence on Adolescent Internalizing and Externalizing Behavior Problems. *Journal of Family Violence 25* (1), 53-63.

- Mueser, K., Rosenberg, S., Goodman, L. & Trumetta, S. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia research*, 53, 123-143.
- Murray, C. (2003). Risk factors, protective factors, vulnerability, and resilience: a framework for understanding and supporting the adult transitions of youth with high-incidence disabilities. *Remedial and special education*, 24 (1), 16- 26.
- NiCarthy, Ginny (1987) *The Ones Who Got away: women who left abusive partners*. Seattle, WA: Seal.
- Nicolaidis, C., Curry, M., McFarland, B., Gerrity, M. (2004). Violence, mental health, and physical symptoms in an academic internal medicine practice. *J. Gen. Intern. Med.* 19, 819–827.
- Observatorio Estatal de la Violencia sobre la Mujer (2007). *Informe Anual*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Okenwa, L., Lawoko, S. & Jansson, B. (2011). Contraception, reproductive health and pregnancy outcomes among women exposed to intimate partner violence in Nigeria. *The European journal of contraception and reproductive health care*, 16.1, 18-25.
- Olshen, E., McVeigh, T., Wunsch-Hitzig, R. & Rickert V (2007). Dating violence, sexual assault, and suicide attempts among urban teens. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 161, (6), 539-45.
- OMS (1992). *CIE-10. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Madrid: MEDITOR.
- OMS (2005). Resumen del informe: estudio multipaís de la OMS sobre salud y violencia doméstica. Extraído el 8 de noviembre de 2010 en <http://who.int/gender>

- OMS (2013). Violencia contra la mujer: violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer. Nota descriptiva n°239, noviembre de 2012. Extraída el 26 de febrero del 2013 en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>
- Oppenheim, M. (1889). *Dei traumatischen Neurosen*. Berlin: Hirschwald.
- OPS (2000). *La Ruta Crítica que siguen las mujeres afectadas por violencia intrafamiliar. Protocolo de Investigación, OPS*.
- O'Reilly, R., Beale, B. & Gillies, D. (2010). Screening and intervention for domestic violence during pregnancy care: a systematic review. *Trauma, violence & abuse, 11* (4), 190-201.
- Oshio, A.; Nakaya, M.; Kaneko, H. & Nagamine, S. (2002). Development and validation of an adolescent resilience scale. *Japanese Journal of Counseling Science, 35* (1), 57-65.
- Palomar, J. & Gómez, N.E. (2010). Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos (RESI.M). *Interdisciplinaria, 27*, 1, 7-22.
- Page, H. (1985): *Injuries of the Spine and Spinal Cord without apparent mechanicallesion*. London: J. & A. Churchill.
- Patrón, R. (2006). *Personalidad en mujeres víctimas de malos tratos*. Tesis para optar al grado de doctor no publicada, Universidad de Murcia, España.
- Patrón, R., Corbalán, F.J. & Limiñana, R.M. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de psicología, 23* (1), 118-124.
- Patrón, R. & Limiñana, R. (2005). Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología, 35* (1), 11-17.

- Patró, R., Martín, T. & Gómez, I. (2009). *Programa de prevención de la violencia de género: Guía para profesionales de medios de comunicación*. Alicante: Caja Mediterraneo.
- Payne, B.K. & Triplett, R. (2009). Assessing the Domestic Violence Training Needs of Benefits Workers. *Journal of Family Violence*, 24 (4), 243-253.
- Peek, K. y Lin, N. (1999). Age differences in the effects of network composition on psychological distress. *Social science and medicine*, 49, 621-636.
- Perales, M.T., Cripe, S.M., Lam, N., Sanchez, S.E., Sanchez, E. & Williams, M.A. (2009). Prevalence, types and pattern of intimate partner violence among pregnant women. *Violence against women*, 15(2), 224-250.
- Perry, J. & Bard, E. (2001). *Construct Validity of the Resilience Assessment of Exceptional Students (RAES)*. Paper presented at the Annual Meeting of the National Association of School Psychologists (Washington, DC, April 17-21).
- Pico- Alfonso, M., García-Linares, M., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. & Martínez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of women's health*, 15 (5), 599-611.
- Polk, L.V. (1997). Toward a middle-range theory of resilience. *ANS Adv Nurs Sci*, 19 (3), 1-13
- Pollar, J.A., Catalana, R.F., Hawkins, J.D., Arthur, M.W. (1999). Development of a school-based survey measure risk and protective factors of substance abuse, delinquency, and other problem behaviors in adolescent populations. Unpublished manuscript. Seattle: Developmental Research and Programs, Inc. En: Constantine N, Bernard B,

- Diaz M. Measuring protective factors and resilience traits in youth: the healthy kids resilience assessment [sede Web]. Oakland: Center for Research on adolescent health and development [Acceso Junio 25 de 2005]. Disponible en: <http://crahd.phi.org/papers/HKRA-99.pdf>.
- .Postmus, J., Severson, M., Berry, M. & Yoo, J. (2009). Women's experiences of violence and seeking help. *Violence against women, 15* (7), 852-868.
- Provoste, P. (2007). *Violencia contra la mujer en la pareja: respuestas de la salud pública en Santiago de Chile*. Santiago: CEPAL (UN) Serie mujer y desarrollo N°85.
- Putnam, J.J. (1883). Recent investigations into the pathology of so-called concussion of the spine. *Boston Medical and Surgical Journal, 109*, 217-220.
- Radloff, L.S. (1977). The CES-D scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Applied psychological measurement, 1*, 385-401.
- RAE (2012). Real academia española. Extraído el 9 de marzo del 2013 en <http://www.rae.es/rae.html>
- Rangul, I., Evang, A. & Heir, T. (2011). Association of violence against partner and former victim experiences: a sample of clients voluntarily attending therapy. *Journal of interpersonal violence, 26* (6), 1095-1110.
- Reivinch, K.J., Seligman, M.E. & McBride, S. (2011). Master resilience training in the U.S. Army. *American Psychologist, 66* (1), 25-34.
- Renner, L. M., & Slack, K. S. (2006). Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse and Neglect, 30*, 599-617.
- Reviere, s., Farber, E., Twomey, H., Okun, A., Jackson, E., Zenville, H. & Kaslow, N. (2007). Intimate partner violence and suicidality in low-income African American

- women: a multimethod assessment of coping factors. *Violence against women*, 13 (11), 1113-1129.
- Richel, C., Gilbert-Dreyfus, C., Uzan, H., y Fichez, H. (1948). Les séquelles des états de misère psychologique. *Academy National. Medicine*, 132, 649-653.
- Rivera, M. (1994). *Nombrar el mundo en femenino: pensamiento de las mujeres y teoría feminista*. Barcelona: Editorial Icaria.
- Rizo, C.F., Macy, R.J., Ermentrout, D.M. & Johns, N.B. (2011). A review of family interventions for intimate partner violence with a child focus or child component. *Aggression and violent behaviour*, 16, 144-166.
- Roberts, A. & Kim, J. (2006). Exploring the effects of head injuries among battered women: a qualitative study of chronic and severe woman battering. *Journal of social service research*, 32 (1), 33-47
- Robles, J.I. & Medina, J.L. (2008). *Manual de salud mental en desastres*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Rodríguez, M.A., Valentine, J., Ahmed, S.R., Eisenman, D.P., Summer, L.A., Heilemann, M.V. & Liu, H. (2010). Intimate partner violence and maternal depression during the perinatal period: a longitudinal investigation of Latinas. *Violence against women*, 16 (5), 543-559.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent selfimage*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rojas, L. (2004). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa hoy.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J. & Río-Lazano, M. (2007). Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *European journal of public health*, 17 (5), 437-443.

- Rutter, M. (1981). Stress, coping and development: some issues and some questions. *Journal of child psychology and psychiatry*, 22, 323-356.
- Saavedra, E. (2005). Conocimiento y desarrollo emocional, desde el enfoque cognitivo, procesal sistémico. *Límite*, 1,12, 31-52.
- Saavedra, E. & Villalta, M. (2008). *Escala de resiliencia (SV-RES)*. Santiago: CEANIM.
- Sagot, M. (2005). The critical path of women affected by family violence in Latin America. *Violence against women*, 11 (10), 1292-1318.
- Salgado, A.C. (2005) a. *Inventario de Resiliencia para Niños: Fundamentación teórica y construcción*. Cuaderno de Investigación No.8. Instituto de Investigación. Escuela Profesional de Psicología. Lima, Perú: Universidad de San Martín de Porres.
- Salgado, A.C. (2005) b. Métodos e instrumentos para medir la resiliencia: una alternativa peruana. *Liberabit*, 11, 41-48.
- Sánchez-López, M. (2003). *Mujer y salud: familia, trabajo y sociedad*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Sánchez-López, M. & Dresh, V. (2008). The 12-Item general health questionnaire (GHQ-12): reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20 (4), 839-843.
- Sarasúa, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. & Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19 (3), 459-466.
- Schaefer, C., Coiné, J.C. & Lazarus, R.S. (1982). The health-related functions of social support. *Journal of behavior medicine*, 4, 381-406.

- Schewe, P., Riger, S., Howard, A., Staggs, S. & Mason, G. (2006). Factors associated with domestic violence and sexual assault victimization. *Journal family violence*, 21, 469-475.
- Schumager, J., Homish, G., Leonard, K., Quigley, B. & Kearma-Bobkin, J. (2008). Longitudinal moderators of the relationship between excessive drinking and intimate partner violence in the early years of marriage. *Journal of family psychology*, 22 (6), 894-904.
- Scurfield, R.M. (1985). Posttrauma stress assessment and treatment: Overview and formulations. En C.R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake: The study and treatment of posttraumatic stress disorder* (pp.219-256). New York: Brunner – Mazel.
- Seligman, M.E. (1975). *Helplessness: on depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M.E. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American psychology*, 55 (1), 5-14.
- Seligman, M.E., Steen, T.A., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of intervention. *American psychologist*, 60 (5), 410-421.
- SERNAM (2007). Documento de trabajo N°107: análisis y evaluación de la ruta crítica en mujeres afectadas por violencia en la relación de pareja. *Santiago: SERNAM*.
- SERNAM (2008). Documento de trabajo N°104: detección y análisis de la prevalencia de la violencia intrafamiliar de la Región de Antofagasta. *SERNAM*.
- SERNAM (2009). Documento de trabajo N°121: detección y análisis de la violencia intrafamiliar en la Región Metropolitana y La Araucanía. *SERNAM*.
- SERNAM (2013). Boletines informativos VIF en cifras. Extraído el 22 de octubre de 2013 en <http://portal.sernam.cl/?m=programa&i=51>

- Seyle, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw Hill.
- Sheldon, K.M. & King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American psychology*, 56 (3), 216-217.
- Sherbourne, C.D. & Stewart, A.I. (1991). The medical outcomes study social support survey. *Social science & medicine*, 32, 705-714.
- Sinclair, V. & Wallston K. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11, 1, 94-101.
- Singh, A.A., Hays, D.G., Chung, Y.B. & Watson, L. (2010). South Asian immigrant women who have survived child sexual abuse: resilience and healing. *Violence against women*, 16 (4), 444-458.
- Simmons, C.A., Lehmann, P. & Dia, D.A. (2010). Parenting and women arrested for intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 25 (8), 1429-1448.
- Snell, J., Rosenwarld, R. & Robey, A. (1964). The wives beater's wife. *Archives of general psychiatry*, 11, 107-112.
- Sousa, C., Herrenkohl, T.I., Moylan, C.A., Tajima, E.A., Klika, J.B., Herrenkohl, R.C. & Russo, M.J. (2011). Longitudinal study on the effects of child abuse and children's exposure to domestic violence parent-child attachments, and antisocial behavior in adolescence. *Journal of interpersonal violence*, 26 (1), 111-136.
- Staggs, S. & Riger, S. (2005). Effects of intimate partner violence on low-income women's health and employment. *American journal of community psychology*, 36 (1/2), 133-145.
- Staggs, S., Long, S., Mason, G., Krishnan, S. & Riger, S. (2007). Intimate partner violence, social support, and employment in the post-welfare reform era. *Journal of interpersonal violence*, 22 (3), 345-367.

- Street, A.E., Gibson, L.E. & Holohan, D.R. (2005). Impact of childhood traumatic events, trauma- related guilt, and avoidant coping strategies on PTSD symptoms in female survivors of domestic violence. *Journal of Traumatic Stress, 18* (3), 245-252.
- Strube, M.J. (1988). The decision to leave an abusive relationship: empirical evidence and theoretical issues. *Psychological bulletin, 104*, 236-250.
- Sullivan, T., Schroeder, J., Dudley, D. & Dixon, J. (2010). Do Differing Types of Victimization and Coping Strategies Influence the Type of Social Reactions Experienced by Current Victims of Intimate Partner Violence?. *Violence against women, 16* (6), 638-657.
- Swanberg, J. & Logan, TK. (2005). Domestic violence and employment: a qualitative study. *Journal of occupational health psychology, 10*, 3-17.
- Swanberg, J., Logan, TK. & Macke, C. (2005). Intimate partner violence, employment, and the workplace: consequences and future directions. *Trauma violence abuse, 6* (4), 286-312.
- Taylor, S.E., Lichtman, R.R. & Wood, J.V. (1984). Attributions, beliefs about control and adjustment to breast cancer. *Journal of personality and social psychology, 46* (3), 489-502.
- Tedeschi, R.G. & Calhoun, L.G. (2004). Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence. *Psychological inquiry, 15* (1), 1-18.
- Tjaden, R. & Thoennes, N. (2000). *Full report of the prevalence, incidence, and consequences of violence against women: findings from the National violence against a women survey*. Washington: Deártamental of justice (U.S.) Office of justice programs, National Institute of Justice.

- Tolman, R. M. & Wang, H.C. (2005). Domestic violence and women's employment: fixed effects models of three waves of women's employment study data. *American Journal of Community Psychology*, 36, 147-158.
- Tomasulo, G. & McNamara, J. (2007). The relationship of abuse to women's health status and health habits. *Journal family violence*, 22, 231-235.
- UDHR (1948). *Declaración de los derechos humanos*. Extraído el 5 de enero del 2011 en [www.ohchr.org/en/udhr/pages/introduction.aspx](http://www.ohchr.org/en/udhr/pages/introduction.aspx)
- UDHR (1993). *World Conference of United Nations Human Rights/ Conferencia Mundial de los Derechos Humanos*. Extraído el 5 de enero del 2011 en [www.unhchr.ch/huridocda/hurido.nsf/\(symbol\)/a.conf.157.23.n](http://www.unhchr.ch/huridocda/hurido.nsf/(symbol)/a.conf.157.23.n)
- UN (1995). *Fouth World Conference on Women/ Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer*. Extraído el 5 de enero del 2011 en [www.un.org/womenwatch/daw/beijing/fwcwn.html](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/fwcwn.html)
- UN (2000). *Acción Beijing+5*. Extraído el 5 de enero del 2001 en [www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing+5.htm](http://www.un.org/womenwatch/daw/followup/beijing+5.htm)
- UN (2008). *Anuario estadístico de América Latina y el Caribe año 2007*. CEPAL
- Unger, R. K. & Crawford, M. (1992). *Women and Gender. A feminist psychology*. New York: McGraw-Hill, Inc.
- UNIFEM (2002). *Violencia contra las mujeres en América Latina y el Caribe Español 1990-2000: Balance de una década*. Elaborado por ISIS para el Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer: UNIFEM.
- Vaeth, P.A., Ramisetty-Mikler, S. & Caetano, R. (2010). Depression among couples in the United States in the context of intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 25 (5), 771-790.

- Vaillany, G. E., Meyer, S.E., Mukamal, K. y Soldz, S. (1998). Are social supports in late midlife a cause or a result of successful physical ageing?. *Psychological Medicine*, 28: 1159-1168.
- Van der Kolk, B.A. (2001). The assessment and treatment of complex PTSD. En R.Yehuda (Ed.), *Traumatic stress*. Washington: American Psychiatric Press.
- Vanistendael, S. (1996). *La resiliencia ou le realisme de l'espérance: blessé mais pas vaincu*. Ginebra: Bureau international catholique de l'enfance.
- Vázquez, C. & Hervás, G. (2008). *Psicología positiva aplicada*. Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer.
- Vázquez, C. & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y salud*, 8 (3), 403-422.
- Velasco, S. (2009). *Sexos, género y salud: teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud*. Madrid: minerva ediciones.
- Vera, B., Carbelo, B. & Vecina, M.L. (2006). La experiencia traumática desde la psicología positiva: resiliencia y crecimiento postraumático. *Papeles del psicólogo*, 1 (27), 40-49.
- Vitriol, V., Ballesteros, S., Florenzano, R. Weil, K. & Benadof, D. (2009). Evaluation of an outpatient intervention for women with severe depression and a history of childhood trauma. *Psychiatric services*, 60 (7), 936-942.
- Wagnild, G.M. & Young, H.M. (1993) Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165-178.
- Walker, L. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American psychologist*, 54, 21-29.

- Walker, R., Shannon, L. & Logan, T.K. (2011). Sleep loss and partner violence victimization. *Journal of interpersonal violence*, 26 (10), 2004-2024.
- Werner, E.E. & Smith, R.S. (1992). *Overcoming the odds: high risk children from birth to adulthood*. New York: Cornell University Press.
- Wheathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S., Huska, J.A. & Keane, T.M. (1993). *The PTSD Checklist: reliability, validity & diagnostic utility*. Paper presented at the annual meeting of the international society for traumatic stress studies, San Antonio, TX.
- Woods, S., Wineman, M., Page, G., Hall, R., Alexander, T. & Campbell, J. (2005). Predicting immune status in women from PTSD and childhood and adult violence. *Advances in nursing science*, 28, 306-319.
- World Health Organization (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. En Official records of the World Health Organization, 2, p.100. Ginebra: World Health Organization.
- World Health Organization (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion*, Ottawa, November 1986, Geneva: WHO.
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Ford-Gilboe, M., Lent, B., Varcoe, C. & Campbell, J. (2008). Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *The journal of pain*, 9 (11), 1049-1057.
- Yanes, J. M. (2009). Procesos y constructos psicológicos implicados en la respuesta de estrés. *FOCAD*, 6, 1-29.
- Young, M. (2007). Finding meaning in the aftermath of trauma: resilience and posttraumatic growth in female survivors of intimate partner violence. *Dissertation abstracts international: section B: The sciences and engineering*, 68, 3B, 1951.

- Zlotnick, C., Johnson, J., Kohn, J., Vicente, B., Rioseco, P. & Saldivia, S. (2006).  
Epidemiology of trauma, post-traumatic stress disorder (PTSD) and co-morbid  
disorders in Chile. *Psychological medicine*, 36, 1523-1533.



## **CUARTA PARTE: ANEXOS**



**ANEXOS**

**Carta de consentimiento y entrevista de evaluación (Instrumentos)**



**Carta de consentimiento informado y entrevista de evaluación**

La investigación “la salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad chilena”, corresponde a una tesis para optar al grado de Doctorado Oficial en Mujeres y Salud de la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, y tiene como propósito detectar las repercusiones en la salud psicológica en una muestra de mujeres chilenas supervivientes al maltrato de su pareja.

Su participación como informante en esta etapa de la investigación es voluntaria y no remunerada. Si usted decide participar de la investigación tendrá la libertad de omitir preguntas hechas en las entrevistas y dejar de participar en cualquier momento.

Las entrevistas se mantendrán en privacidad y sólo la investigadora responsable tendrá acceso a la información que usted entregue. Su participación será anónima, por lo tanto, su nombre y otros datos personales no aparecerán cuando los resultados del estudio sean publicados o utilizados en investigaciones futuras.

En caso de tener alguna consulta sobre esta etapa de la investigación, usted podrá contactarse con la investigadora responsable Paloma Labra Valerdi al correo electrónico: [palabra@uc.cl](mailto:palabra@uc.cl)

Si usted está dispuesta a participar de esta entrevista, por favor firme donde corresponda.

Firma participante: \_\_\_\_\_

Firma investigadora responsable: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

1.- Nombre de la entrevistada: \_\_\_\_\_

2.- Centro de la Mujer:

- |                |               |
|----------------|---------------|
| (1) La Granja  | (4) Lo Espejo |
| (2) Pudahuel   |               |
| (3) La Pintana |               |

ANTECEDENTES SOCIODEMOGRÁFICOS

3.- Edad: \_\_\_\_\_

4.- Nacionalidad: (1) Chilena (2) Extranjera

5.- Nivel educativo: ¿Hasta qué curso llegó?

- (0) Sin estudios
- (1) Básica incompleta
- (2) Básica completa
- (3) Media incompleta
- (4) Media completa
- (5) Estudios técnicos incompletos
- (6) Estudios técnicos completos
- (7) Estudios universitarios incompletos
- (8) Estudios universitarios completos

6.- Situación laboral

- (1) Ama de casa
- (2) Trabaja sin boletas (ej. Feria, pequeña costura, cuidado de otros hogares)
- (3) Pequeña empresaria con boletas
- (4) Trabajo esporádico
- (5) Trabajo Fijo
- (6) Desempleada
- (7) Estudiante
- (8) Estudiante y Trabaja

7.- Nivel socioeconómico “autovalorado”

- (1) Bajo
- (2) Medio-bajo
- (3) Medio-alto
- (4) Alto

8.- Estado civil (Se refiere al estado legal, no si vive con él)

- (1) Soltera
- (2) Casada
- (3) Conviviendo
- (4) Separada
- (5) Divorciada
- (6) En trámites de separación
- (7) Viuda

9.- Número de hijos \_\_\_\_\_

**HISTORIA DE MALTRATO EN LA PAREJA**

**10.- Indique con qué frecuencia su pareja realizó las siguientes conductas durante EL ÚLTIMO AÑO de convivencia:**

|  | nunca<br>(0) | alguna vez<br>(1) | frecuente<br>mente<br>(2) | siempre o<br>casi siempre<br>(3) |
|--|--------------|-------------------|---------------------------|----------------------------------|
| 1.- abofetearla  |              |                   |                           |                                  |
| 2.- empujarla  |              |                   |                           |                                  |
| 3.- darle puñetazos  |              |                   |                           |                                  |
| 4.- darle patadas  |              |                   |                           |                                  |
| 5.- torcerle el brazo  |              |                   |                           |                                  |
| 6.- intentar estrangularla   |              |                   |                           |                                  |
| 7.- utilizar un objeto para golpearla  |              |                   |                           |                                  |
| 8.- utilizar un arma blanca  |              |                   |                           |                                  |
| 9.- utilizar un arma de fuego  |              |                   |                           |                                  |
| 10.-mantenerla por la fuerza   |              |                   |                           |                                  |
| 11.- insultarla, ridiculizarla, desvalorizarla   |              |                   |                           |                                  |
| 12.- aislarla de sus amigos y familiares   |              |                   |                           |                                  |
| 13.- controlarle o no dejar que maneje el dinero   |              |                   |                           |                                  |
| 14.- controlarle sus actividades habituales  |              |                   |                           |                                  |
| 15.- ser posesivo o celoso con usted   |              |                   |                           |                                  |
| 16.-amenazarla verbalmente con maltratarla, dañarla o torturarla a usted   |              |                   |                           |                                  |
| 17.- amenazar verbalmente con maltratar, dañar o torturar a otros miembros de la familia, niños e incluso amistades  |              |                   |                           |                                  |
| 18.- amenazarla repetidas veces con separarse, abandonarla o tener una aventura con otra mujer   |              |                   |                           |                                  |
| 19.- Romper o estropear cosas personales a las que usted tiene afecto.   |              |                   |                           |                                  |
| 20.- Obligarla mediante la fuerza física a mantener relaciones sexuales o a realizar cosas durante la relación que usted no deseaba.                       |              |                   |                           |                                  |
| 21.- Obligarle bajo amenaza directa o por temor a represalias, a mantener relaciones sexuales o a realizar cosas durante la relación que usted no deseaba. |              |                   |                           |                                  |
| 22.- Mantener relaciones sexuales cuando usted estaba indefensa (drogada, dormida, inconsciente...)  |              |                   |                           |                                  |

**Respecto a la relación de maltrato que está consultando en el centro,**

**11.- ¿Cuánto es el tiempo de relación de maltrato? \_\_\_\_\_ Años**

**12.- ¿Cuándo fue el último incidente de maltrato estando en la relación? \_\_\_\_\_ días/semanas/años**

**ANTECEDENTES DE MALTRATO DE LA MUJER EN SU FAMILIA DE ORIGEN**

**13.- ¿Sufrió algún tipo de maltrato durante su infancia?**

- (0) No
- (1) Si

**14.- ¿Tipo de maltrato que sufrió?**

- (0) Ninguno
- (1) Maltrato psicológico
- (2) Maltrato físico y psicológico
- (3) Maltrato físico, psicológico y sexual

**15.- ¿Quién fue el agresor/a?**

- (0) nadie
- (1) mi mamá
- (2) mi papá
- (3) ambos padres
- (4) madrastra
- (5) padrastro
- (6) otro familiar: ¿Cuál? \_\_\_\_\_
- (7) Tías de internado
- (8) Hermanos

**TIPOS DE APOYO**

**Apoyo Emocional.** ¿En qué medida “percibió” estas personas le hicieron sentirse querida, amada, valorada, respetada, etc.? Tanto durante el maltrato como actualmente.

**Usted cree que el nivel de apoyo “percibido” durante el maltrato como actualmente es**

(1) Bajo (incluir cuando no saben nada o no se relacionan con la fuente) / (2) Moderado / (3) Alto / (4) Muy alto

| FUENTE  | Durante maltrato<br><i>Nivel</i> | Actualmente<br><i>Nivel</i> |
|---|----------------------------------|-----------------------------|
| Familiares  | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Amigos  | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Vecinos   | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Carabineros (policía)                               | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Algún profesional de COSAM, Hospital, Colegio, etc. | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Centro de la mujer                                  | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |

**¿En general cómo evaluaría el nivel de satisfacción de apoyo emocional? 1 2 3 4**

**Apoyo Informacional:** ¿En qué medida estas personas le proporcionaron asesoramiento u orientación que le resultara útil o necesaria?

| FUENTE  | Durante maltrato<br><i>Nivel</i> | Actualmente<br><i>Nivel</i> |
|---|----------------------------------|-----------------------------|
| Familiares  | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Amigos  | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Vecinos   | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Carabineros (policía)                               | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Algún profesional de COSAM, Hospital, Colegio, etc. | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Centro de la mujer                                  | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |

**¿En general cómo evaluaría el nivel de satisfacción de apoyo emocional? 1 2 3 4**

**Apoyo Tangible:** ¿En qué medida estas personas le proporcionaron algo que necesitara, o le ayudaron con tareas u obligaciones a las que usted no podía hacer frente en ese momento?

| FUENTE  | Durante maltrato<br><i>Nivel</i> | Actualmente<br><i>Nivel</i> |
|---|----------------------------------|-----------------------------|
| Familiares  | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Amigos  | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Vecinos   | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Carabineros   | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Algún profesional de COSAM, Hospital, Colegio, etc. | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |
| Centro de la mujer                                  | 1 2 3 4                          | 1 2 3 4                     |

**¿En general el apoyo tangible lo valorarías? 1 2 3 4**

**ESTRESORES ADICIONALES A LA SITUACIÓN DE MALTRATO.**

Indique si sufrió usted alguno de estos problemas o situaciones durante el último año

0= no ocurrió , 1= ocurrió pero tuvo un impacto mínimo 2= ocurrió y tuvo un impacto considerable

|  |       |
|--|-------|
| 1.- Fallecimiento de un familiar o persona cercana                     | 0 1 2 |
| 2.- Enfermedad de un familiar o persona cercana.                       | 0 1 2 |
| 3.- Enfermedad o accidente personal.                                   | 0 1 2 |
| 4.- Embarazo y/o parto   | 0 1 2 |
| 5.- Conflictos familiares (excluyendo pareja)                          | 0 1 2 |
| 6.- Hijos menores a su cargo   | 0 1 2 |
| 7.- Problemas económicos.  | 0 1 2 |
| 8.- Problemas laborales.(pérdida, inactividad)                         | 0 1 2 |
| 9.- Problemas legales relacionados con pareja (sep, custd)             | 0 1 2 |
| 10- Problemas legales personales ( judicial, banco, peleas con vecina) | 0 1 2 |
| 11.- Acoso por parte de la pareja                                      | 0 1 2 |
| 12.- Haber sido víctima de algún otro delito.                          | 0 1 2 |

**Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGSTEP) de Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasúa, 1997)**

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma:

|           |                                      |
|-----------|--------------------------------------|
| <b>0:</b> | NADA                                 |
| <b>1:</b> | 1 vez por semana o menos / POCO      |
| <b>2:</b> | de 2 a 4 veces por semana / BASTANTE |
| <b>3:</b> | 5 o más veces por semana / MUCHO     |

**Síntomas de Reexperimentación**

**Recuerde MARCAR CON NÚMEROS LAS RESPUESTAS**

- 1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? \_\_\_\_\_
- 2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? \_\_\_\_\_
- 3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? \_\_\_\_\_
- 4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? \_\_\_\_\_
- 5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica (por ejemplo le sudan las manos, late fuerte el corazón, etc.) Al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? \_\_\_\_\_

**Puntuación síntomas de reexperimentación:** \_\_\_\_\_

**(Rango 0-15)**

**Síntomas de Evitación**

**Recuerde MARCAR CON NÚMEROS LAS RESPUESTAS**

- 1. ¿Se ve obligado a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? \_\_\_\_\_
- 2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? \_\_\_\_\_
- 3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? \_\_\_\_\_
- 4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? \_\_\_\_\_
- 5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? \_\_\_\_\_
- 6. ¿Se siente limitado en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? \_\_\_\_\_
- 7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? \_\_\_\_\_

**Puntuación síntomas de evitación:** \_\_\_\_\_

**(Rango: 0-21)**

**Síntomas de aumento de la Activación**

**Recuerde MARCAR CON NÚMEROS LAS RESPUESTAS**

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? \_\_\_\_\_
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? \_\_\_\_\_
3. ¿Tiene dificultades de concentración? \_\_\_\_\_
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quien está a su alrededor, etc.) desde el suceso? \_\_\_\_\_
5. ¿Se sobresalta o alarma más fácilmente desde el suceso? \_\_\_\_\_

**Puntuación síntomas de activación \_\_\_\_\_**

(Rango: 0-15)

**PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRUMÁTICO:  
(RANGO 0-51)**

*Puntuación TOTAL:*

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3, en el de evitación; y de 2, en el de aumento de la activación

- Sí
- Agudo (1-3 meses)
- Crónico (> 3 meses)
- Con inicio demorado
- No

*Gravedad del trastorno de estrés postraumático*

|   | <i>Punto de corte</i> | <i>Puntuación obtenida</i> |
|---|-----------------------|----------------------------|
| ESCALA GLOBAL<br>(Rango 0-51)                   | 15                    |                            |
| ESCALAS ESPECÍFICAS                             |                       |                            |
| <i>Reexperimentación</i><br>(Rango 0-15)        | 5                     |                            |
| <i>Evitación</i><br>(Rango 0-21)                | 6                     |                            |
| <i>Aumento de la activación</i><br>(Rango 0-15) | 4                     |                            |

**Inventario de depresión de Beck (BDI) (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979)**

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido **DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY**.

Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también.

1. 0 No me siento triste.  
1 Me siento triste.  
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.  
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. 0 No me siento especialmente desanimada respecto al futuro.  
1 Me siento desanimada respecto al futuro.  
2 Siento que no tengo que esperar nada.  
3 Siento que el futuro es desalentador y las cosas no van a mejorar.
3. 0 No me siento fracasada.  
1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.  
2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.  
3 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.  
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.  
2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.  
3 Estoy insatisfecha o aburrida de todo.
5. 0 No me siento especialmente culpable.  
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.  
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.  
3 Me siento culpable constantemente.
6. 0 No creo que esté siendo castigada.  
1 Siento que puedo ser castigada.  
2 Espero ser castigada.  
3 Siento que estoy siendo castigada.
7. 0 No me siento descontenta conmigo misma.  
1 Estoy descontenta conmigo misma.  
2 Me avergüenzo de mí misma.  
3 Me odio.
8. 0 No me considero peor que cualquier otro.  
1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.  
2 Continuamente me culpo por mis faltas.  
3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.  
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.  
2 Desearía suicidarme.  
3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
10. 0 No lloro más de lo que solía.  
1 Ahora lloro más que antes.  
2 Lloro continuamente.  
3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.

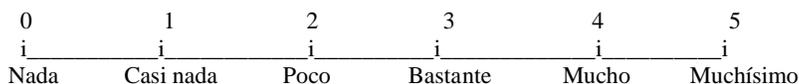
11. 0 No estoy más irritada de lo normal en mí.  
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.  
2 Me siento irritada continuamente.  
3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. 0 No he perdido el interés por los demás.  
1 Estoy menos interesada en los demás que antes.  
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.  
3 He perdido todo interés en los demás.
13. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.  
1 Evito tomar decisiones más que antes.  
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.  
3 Ya me es imposible tomar decisiones.
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes.  
1 Estoy preocupada porque parezco mayor o poco atractiva.  
2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva.  
3 Creo que tengo un aspecto horrible.
15. 0 Trabajo igual que antes.  
1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.  
2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo.  
3 No puedo hacer nada en absoluto.
16. 0 Duermo tan bien como siempre.  
1 No duermo tan bien como antes.  
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.  
3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. 0 No me siento más cansada de lo habitual.  
1 Me canso más que antes.  
2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.  
3 Estoy tan cansada que no puedo hacer nada.
18. 0 Mi apetito no ha disminuido.  
1 No tengo tan buen apetito como antes.  
2 Ahora tengo mucho menos apetito.  
3 He perdido completamente el apetito.
19. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.  
1 He perdido más de 2 kilos.  
2 He perdido más de 4 kilos.  
3 He perdido más de 7 kilos. Estoy a dieta para adelgazar: SÍ NO
20. 0 No estoy más preocupada por mi salud más de lo normal.  
1 Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, molestias, malestar estómago o estreñimiento.  
2 Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.  
3 Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.
21. 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.  
1 Estoy menos interesada en el sexo que antes.  
2 Estoy mucho menos interesada por el sexo.  
3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

**Escala de Inadaptación de Echeburúa & Corral (1995)**

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

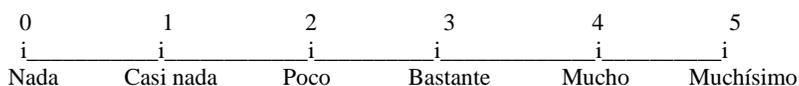
**- TRABAJO Y/O ESTUDIOS (incluir dueña de casa)**

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o estudios se ha visto afectado:



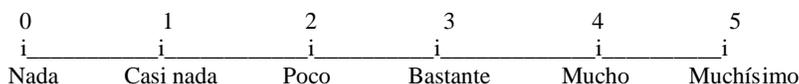
**- VIDA SOCIAL**

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:



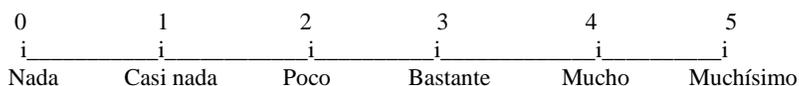
**- TIEMPO LIBRE**

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc...) se han visto afectadas:



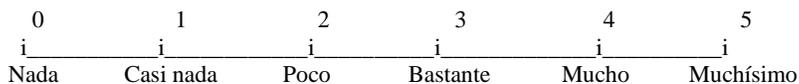
**- RELACIÓN DE PAREJA**

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:



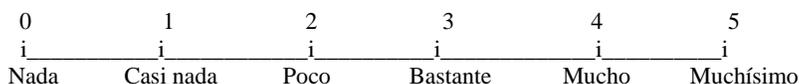
**- VIDA FAMILIAR**

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:



**- ESCALA GLOBAL**

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:



**El Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) (Araya, R., Wynn, R. & Lewis, G., 1992)**

*Nos gustaría saber cómo se ha sentido, en general, las dos últimas semanas. Por favor responda todas estas preguntas marcando la alternativa que más se acerca a cómo usted se siente. Recuerde que queremos conocer acerca de molestias o quejas recientes, no aquellas que ha tenido en el pasado.*

---

1. En las últimas dos semanas, ¿ha sido capaz de concentrarse en lo que hace?  
0 mejor que de costumbre  
0 igual que de costumbre  
1 menos que de costumbre  
1 mucho menos que de costumbre
  
2. ¿Recientemente, ha perdido mucho sueño por preocupaciones?  
0 no, en absoluto  
0 no más que lo usual  
1 algo más que lo usual  
1 mucho más que lo usual
  
3. En este último tiempo, ¿se ha sentido usted una persona útil para los demás?  
0 más útil que de costumbre  
0 igual que de costumbre  
1 menos útil que de costumbre  
1 mucho menos útil
  
4. Últimamente, ¿se siente capaz de tomar decisiones?  
0 más capaz que de costumbre  
0 igual que de costumbre  
1 menos capaz que de costumbre  
1 mucho menos capaz
  
5. ¿En el último tiempo, se ha sentido constantemente bajo tensión (tensa)?  
0 no, en absoluto  
0 no más que de costumbre  
1 algo más que de costumbre  
1 mucho más que de costumbre
  
6. ¿Ha sentido que usted NO puede solucionar sus problemas últimamente?  
0 no, en absoluto  
0 no más que de costumbre  
1 algo más que de costumbre  
1 mucho más que de costumbre
  
7. ¿Ha podido disfrutar de la vida diaria últimamente?  
0 más que de costumbre  
0 igual que de costumbre  
1 menos que de costumbre  
1 mucho menos que de costumbre
  
8. ¿Recientemente, se ha sentido capaz de hacerle frente a sus problemas?  
0 más que lo habitual  
0 igual que lo habitual  
1 menos capaz que lo habitual  
1 mucho menos capaz que lo habitual

9. ¿Se ha sentido triste y deprimida últimamente?

0 no, en absoluto

0 no más que de costumbre

1 algo más que de costumbre

1 mucho más que de costumbre

10. ¿Ha estado perdiendo confianza en sí misma recientemente?

0 no, en absoluto

0 no más que de costumbre

1 algo más que de costumbre

1 mucho más que de costumbre

11. ¿En el último tiempo, ha sentido que usted no vale nada?

0 no, en absoluto

0 no más que lo habitual

1 algo más que lo habitual

1 mucho más que lo habitual

12. En las últimas dos semanas, ¿se ha sentido feliz, considerando todas las cosas?

0 más que lo habitual

0 igual que lo habitual

1 menos que lo habitual

1 mucho menos que lo habitual

**SUMA TOTAL:** \_\_\_\_\_ **Si la suma es igual o mayor a 5 se deberá realizar una evaluación psiquiátrica más profunda**

**Escala de Resiliencia SV-RES** (Saavedra & Villalta, 2007) Evalúe el grado en que estas afirmaciones la describen. Marque con una "X" su respuesta. Conteste todas las afirmaciones. **No hay respuestas buenas ni malas.**

| YO SOY-YO ESTOY...  | Muy de acuerdo (1) | De acuerdo (2) | Ni acuerdo Ni desacuerdo (3) | En desacuerdo (4) | Muy en desacuerdo (5) |
|---|--------------------|----------------|------------------------------|-------------------|-----------------------|
| 1.- Una persona con esperanza   |                    |                |                              |                   |                       |
| 2.- Una persona con buena autoestima                                      |                    |                |                              |                   |                       |
| 3.- Optimista respecto al futuro  |                    |                |                              |                   |                       |
| 4.- Segura de mis creencias o principios                                  |                    |                |                              |                   |                       |
| 5.- Creciendo como persona  |                    |                |                              |                   |                       |
| 6.- Rodeada de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles |                    |                |                              |                   |                       |
| 7.- En contacto con personas que me aprecian                              |                    |                |                              |                   |                       |
| 8.- Segura de mi misma  |                    |                |                              |                   |                       |
| 9.- Segura de mis proyectos y metas                                       |                    |                |                              |                   |                       |
| 10. Segura en el ambiente en que vivo                                     |                    |                |                              |                   |                       |
| 11.- Una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida             |                    |                |                              |                   |                       |
| 12.- Un modelo positivo para otras personas                               |                    |                |                              |                   |                       |
| 13.- Bien integrada en mi lugar de trabajo o estudio                      |                    |                |                              |                   |                       |
| 14.- Satisfecha con mis relaciones de Amistad                             |                    |                |                              |                   |                       |
| 15.- Satisfecha con mis relaciones afectivas                              |                    |                |                              |                   |                       |
| 16.- Una persona práctica   |                    |                |                              |                   |                       |
| 17.- Una persona con metas en la vida                                     |                    |                |                              |                   |                       |
| 18.- Activa frente a mis problemas  |                    |                |                              |                   |                       |
| 19.- Revisando constantemente el sentido de mi vida                       |                    |                |                              |                   |                       |
| 20.- Generando soluciones a mis problemas                                 |                    |                |                              |                   |                       |
| <b>YO TENGO...</b>  |                    |                |                              |                   |                       |
| 21.- Relaciones personales confiables                                     |                    |                |                              |                   |                       |
| 22.- Una familia bien estructurada  |                    |                |                              |                   |                       |
| 23.- Relaciones afectivas sólidas   |                    |                |                              |                   |                       |
| 24.- Fortaleza interior   |                    |                |                              |                   |                       |
| 25.- Una vida con sentido   |                    |                |                              |                   |                       |
| 26.- Acceso a servicios Sociales-públicos                                 |                    |                |                              |                   |                       |
| 27.- Personas que me apoyan   |                    |                |                              |                   |                       |
| 28.- A quién recurrir en caso de problemas                                |                    |                |                              |                   |                       |
| 29.- Personas que estimulan mi autonomía e iniciativa                     |                    |                |                              |                   |                       |
| 30.- Satisfacción con lo que he logrado en la vida                        |                    |                |                              |                   |                       |
| 31.- Personas que me han orientado y aconsejado                           |                    |                |                              |                   |                       |
| 32.- Personas que me ayudan a evitar peligros o problemas                 |                    |                |                              |                   |                       |
| 33.- Personas en las cuales puedo confiar                                 |                    |                |                              |                   |                       |
| 34.- Personas que han confiado sus problemas en mi                        |                    |                |                              |                   |                       |
| 35.- Personas que me han acompañado cuando he tenido problemas            |                    |                |                              |                   |                       |
| 36.- Metas a corto plazo  |                    |                |                              |                   |                       |
| 37.- Mis objetivos claros   |                    |                |                              |                   |                       |
| 38.- Personas con quien enfrentar los problemas                           |                    |                |                              |                   |                       |
| 39.- Proyectos a futuro   |                    |                |                              |                   |                       |
| 40.- Problemas que puedo solucionar                                       |                    |                |                              |                   |                       |

CUARTA PARTE: ANEXOS

---

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
| <b>YO PUEDO...</b>   |  |  |  |  |  |
| 41.- Hablar de mis emociones                                 |  |  |  |  |  |
| 42.- Expresar afecto   |  |  |  |  |  |
| 43.- Confiar en las personas                                 |  |  |  |  |  |
| 44.- Superar las dificultades que se me presenten en la vida |  |  |  |  |  |
| 45.- Desarrollar vínculos afectivos                          |  |  |  |  |  |
| 46.- Resolver problemas de manera efectiva                   |  |  |  |  |  |
| 47.- Dar mi opinión  |  |  |  |  |  |
| 48.- Buscar ayuda cuando la necesito                         |  |  |  |  |  |
| 49.- Apoyar a otros que tienen dificultades                  |  |  |  |  |  |
| 50.- Responsabilizarme por lo que hago                       |  |  |  |  |  |
| 51.- Ser creativa  |  |  |  |  |  |
| 52.- Comunicarme adecuadamente                               |  |  |  |  |  |
| 53.- Aprender de mis aciertos y errores                      |  |  |  |  |  |
| 54.- Colaborar con otros para solucionar mis problemas       |  |  |  |  |  |
| 55.- Tomar decisiones  |  |  |  |  |  |
| 56.- Generar estrategias para solucionar mis problemas       |  |  |  |  |  |
| 57.- Fijarme metas realistas                                 |  |  |  |  |  |
| 58.- Esforzarme por lograr mis objetivos                     |  |  |  |  |  |
| 59.- Asumir riesgos  |  |  |  |  |  |
| 60.- Proyectarme al futuro                                   |  |  |  |  |  |

LA SALUD MENTAL DE MUJERES SUPERVIVIENTES DE VIOLENCIA DE GÉNERO: UNA  
REALIDAD CHILENA

---

