

El impacto de la violencia doméstica en la salud y resiliencia de mujeres maltratadas

Grado en Psicología

Autora: Mireia Botía Chordá 45910211A

Tutora: Pilar Jara Jiménez



Agradecer el apoyo de las personas que han estado a mi lado en todo momento y me han ayudado en la realización de este trabajo.

Dar las gracias a mi tutora de Trabajo Final de Grado, Pilar Jara Jiménez, como Doctora en Psicología y Profesora de la Universidad en el Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología de la Universidad Jaume I. Gracias por tu dedicación y sabiduría.

A mi familia, en especial a mi madre, a mi abuela Amparo y a mi novio Vicente, por el apoyo incondicional y por ser lo más importante de mi vida.

A mi amiga Cristina, porque me ha apoyado en todos los buenos y malos momentos.

A mi amiga Mariama, por su conocimiento en lengua inglesa.

Agradecer a las mujeres y al equipo del Centre de la dona de Castellón, porque sin su colaboración no habría sido posible llevar a cabo esta investigación.

Resumen

En este trabajo se analiza el nivel de resiliencia y el impacto de la violencia doméstica en la salud de mujeres maltratadas por su pareja. La muestra está formada por 26 mujeres de entre 21 y 61 años de las cuales 13 eran o estaban siendo maltratadas por sus parejas y otras 13 mujeres que no habían sufrido tales abusos. Las mujeres maltratadas, frente al grupo, control presentaban más síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Además tenían menos capacidad de identidad y autonomía. Las mujeres que habían sido maltratadas físicamente frente a las que habían sido maltratadas psicológicamente o sexualmente, tenían más síntomas de disfunción social y depresión grave. En conclusión, se considera que las mujeres maltratadas tienen peor estado de salud general y menor capacidad de resiliencia, por lo tanto, se debería profundizar en el conocimiento del estado de salud de las mujeres maltratadas por su pareja, especialmente con carácter preventivo, y también en la importancia sobre su capacidad resiliente.

Palabras clave: violencia doméstica, mujeres maltratadas, salud, resiliencia.

Abstract

In this work to analyses the level of resilience and the impact of domestic violence on the health of abused woman by their partner. A sample of 26 women between 21 and 61 years of which 13 had been, or were currently being, abused by their partners and 13 women who had not been abused. Battered women, compared to the control group, presented more somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction and severe depression. They also less ability to identity and autonomy. Woman who had been battered physically against which they had been abused psychologically or sexually, had more symptoms of social dysfunction and severe depression. In conclusion, it is considered that battered woman have worse overall health status and lower capacity for resilience, therefore, it should deepen their knowledge of the health status of woman abused by a partner and also the importance of their resilient skills.

Keywords: gender abuse, abused woman, health, resilience.

EXTENDED SUMMARY

As a general aim of this work, we expect to know the level of resilience and the impact of the gender violence in the mistreated women's health.

The sample is composed by 26 women between the age of 21 and 61 years; 13 of these women were being mistreated by their partner, and the other 13 had not suffered maltreatment. All the participants agreed, voluntarily and anonymously, to the use of the questionnaires, once they were informed about the research. On the one hand, the source for knowing the mistreated women was *El Centre de la Dona de Castellon de la Plana*, because they had attended to this centre for psychological treatment. The evaluation was carried out by a clinical psychologist who was present while filling in the self-reports in order to answer the doubts of the women. On the other hand, the control group sample was obtained by a dimensional sampling of the general population's women who were not and had not being mistreated by their partners.

The process in order to gather the sample of mistreated women had some difficulties since it is a field very limited and restricted, so that the obtaining of the sample was very much limited. It has to be considered the difficulty in order to access to this type of samples. The features of the mistreated women sample served as a reference in order to form the no mistreated women sample. In this way, the control sample with the same features was selected.

In order to carry out the data analysis it was used the software package called SPSS (Statistical Package for Social Sciences, Vrs. 21). Specifically, it was considered the Student's t-test for independent samples.

The data gathered confirm our hypothesis regarding the worst health status of the women mistreated by their partners opposite those women who have not being victims of ill-treatment. This effect seems to be significant in all the general health scale factors. Specifically, we have found that the mistreated women present more somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction and depressive symptoms.

Regarding to our hypothesis about resilience, the data obtained show that there are significant differences between mistreated women and no-mistreated women in relation to identity and autonomy dimensions. This means that women who are victims of ill-treatment would have worse capacity to face adversity, and reaching a professional and personal excellence status, it would find reduced.

It has also been confirmed the hypothesis with respect to the worst health and resilience depending on the type of maltreatment the women have suffered. Those women who have suffered physical mistreatment show more problems to relating to people as well as more suicidal thoughts. Nevertheless, in sexual mistreatment, although there are differences these are not significant, therefore we cannot conclude that sexual mistreated women present worse general health or worse resilience capacity. Thus, all signs indicate that the fact of no suffering the partner's abuses is a factor that has influence, in an important way, in the woman's general health.

Despite the limitations of this research, it is considered that the data are useful in order to work more deeply on the knowledge about the health status of the women who are victims of ill-treatment, and for the design of gender violence prevention and treatment measures.

For future research, we recommend that the mistreated women suicide should be addressed as a problem that results from maltreatment. Although the suicide committed by gender violence women victims is not considered maltreatment, it would be vital to go into detail about this issue and to take into consideration these suicides as a maltreatment cause. Complementing future studies, we might think that as we have not found differences in resilience between the women groups, perhaps we should extend the sample and include men, and thus, verify if the resilience could be a different issue depending on gender.

ÍNDICE

1. Introducción.....	Pág.9-16
2. Método.....	Pág.17-23
2.1. Participantes.....	Pág.17-18
2.2. Instrumentos.....	Pág.18-22
2.3. Procedimiento.....	Pág.22
2.4. Análisis estadístico- matemático de los datos.....	Pág.22-23
3. Resultados.....	Pág.23-26
4. Discusión y Conclusiones.....	Pág.27-28
5. Referencias bibliográficas.....	Pág.29-31
6. Anexos.....	Pág. 32-41

1. INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres por parte del cónyuge, pareja o ex pareja es un fenómeno que ocurre en todas las sociedades y se considera un problema importante de salud pública. Pese a que se trata de un fenómeno global que afecta a las mujeres de todos los niveles sociales, culturales y económicos (Balci y Ayranci, 2005; Walker, 1999), tradicionalmente ha sido ignorado, cuando no tolerado, e incluso recomendado. Heise y García Moreno (2002) definen la violencia de género contra la pareja como cualquier conducta dentro de una relación íntima que cause daño físico, psicológico o sexual a alguno de los miembros de la relación, incluyendo: 1) agresiones físicas (golpes, patadas, palizas...); 2) abuso psicológico (intimidación, menosprecio, humillaciones...); 3) relaciones o conductas sexuales forzadas; y 4) conductas de control tales como aislamiento, control de las actividades y restricciones en el acceso a la información y asistencia. La violencia hacia las mujeres, especialmente las que ejercen las parejas o ex parejas, está determinada por el efecto combinado de numerosas variables de tipo biológico, cultural y social, también de tipo personal, así como factores situacionales inmediatos (Holzworth-Munroe y Stuart, 1994; Echeburrua y Corral, 1998). Aunque exista también el tipo de maltrato contrario, el que ejerce una mujer contra su pareja, cabe destacar que, en la mayoría de los casos, son los hombres los agresores.

La violencia contra la mujer en la pareja es reconocida como una forma de violencia grave por su alta prevalencia (Tjaden y Thoennes, 2000; Medina y Barberet, 2003; MTAS, 2002, 2006), su mortalidad y morbilidad (Cobo, 2007), las consecuencias que tiene para la salud física y mental de las mujeres (OMS, 2005; Matud, 2004; Romito y otros, 2005; Amor y otros, 2001) y los costos sociales que produce (OMS, 2005; Sanmartin, J. 2007). Investigaciones sobre prevalencia indican que atendiendo a la variedad cultural y social que representan distintos países a nivel mundial el porcentaje de mujeres que han recibido violencia en algún momento de su vida por parte de su pareja (o ex pareja) oscila entre el 15% y el 71%; si bien, la cifra más frecuente se encuentra entre el 24% y el 53%. En España, según la Macroencuesta del maltrato contra la Mujer se encontró que los porcentajes de mujeres maltratadas era del 12,4% en 1999, del 11,1% en 2002 y del 9,6% en 2006.

Existen muchos estudios que muestran el impacto que tiene el maltrato hacia la mujer en la salud de éstas. Además de las posibles lesiones físicas sufridas como consecuencia directa de las agresiones, tiene gran impacto psicológico y también supone un factor de riesgo para la salud a largo plazo (Campbell, 2001; Campbell y cols., 2002; Koss, Koss y Woodruff, 1991). Hay estudios que muestran que las mujeres maltratadas tienen con mayor frecuencia problemas neurológicos (Valera y Berenbaum, 2003) ginecológicos y obstétricos, digestivos, urológicos, sexuales, pérdida de apetito, y enfermedades de transmisión sexual (Cambell y cols., 2002).

La OMS, en su informe Mundial sobre Violencia y Salud destaca que, además de existir evidencia de peor salud física, la violencia doméstica se asocia con las siguientes consecuencias psicológicas y conductuales: trastornos por estrés postraumático, depresión, ansiedad, trastornos psicosomáticos, abuso de alcohol y drogas, trastornos alimentarios, trastornos del sueño, fobias y trastorno de pánico, conducta suicida y autodestructiva, sentimientos de vergüenza, culpa y baja autoestima (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano, 2002).

Los primeros modelos teóricos postulados para dar cuenta del origen y el mantenimiento de la violencia de género se centraron en explicaciones unidireccionales de corte reduccionista: argumentaban diferencias biológicas entre los sexos, características de personalidad de la víctima, trastornos mentales del agresor o conductas adictivas de víctima y/o agresor (Carlson, 1977; Faulk, 1974; Gayford, 1975; Langley y Levy, 1977; Martin, 1976). Desde estos análisis de la violencia como problema individual, se entendía ésta como consecuencia de alguna situación o circunstancia particular. Pero hoy día resulta obvio que un análisis psicosocial de la violencia de género requiere de modelos explicativos que tengan en cuenta factores personales, sociales y culturales (Fernández, 2004; Foa, Cas-cardi, Zoellner y Feeny, 2000; Heise, 1998; Jewkes, 2002; Obasaju, Palin, Jacobs, Anderson y Kaslow, 2009). De hecho, actualmente se entiende como un fenómeno de etiología múltiple y compleja, forjada por las normas socioculturales y las expectativas de rol que apoyan la subordinación femenina y perpetúan la violencia masculina (American Psychological Association, 1999; Dutton, 1992; Walker, 1999), en la que juegan un papel muy relevante la desigual distribución de poder entre hombres y mujeres (Expósito y Moya, 2005; Heise y García-Moreno, 2002; Jin y Keat, 2010; Pratto y Walker, 2004) y las actitudes que legitiman y mantienen estas desigualdades (Alberdi y Matas, 2002; Bohner y Lampridis, 2004; Mullender, 2000; Valor-Segura, Expósito y Moya, 2011).

El estudio del poder, y sobre todo de la lucha por su obtención y mantenimiento, es un área de creciente interés en la psicología social, tanto en lo concerniente a las relaciones interpersonales e intergrupales, como en su papel sobre la estructuración y jerarquización social (Guinote y Vescio, 2010). El poder ha sido considerado un elemento clave en la etiología de la violencia de pareja (Bab-cock, Waltz, Jacobson y Gottman, 1993; Bell y Naugle, 2008; Castro, Casique y Brindis, 2008; Sagrestano, Heavy, y Chris-tensen, 1999; Vescio, Schlenker y Lenes, 2010). Sin embargo, no han sido muchas las investigaciones empíricas que se han ocupado de ello, quizás porque las teorías del poder en general han descuidado la perspectiva de género, poniendo mayor énfasis en el aspecto interracial, internacional, colonial o en las relaciones interétnicas (Jackman, 1994) o bien por la dificultad de concreción de un concepto tan multidimensional como el poder.

EL IMPACTO DEL MALTRATO EN LA SALUD Y LA RESILIENCIA DE LA MUJER

Dutton (1992), plantea que los efectos psicológicos del maltrato como experiencia traumática incluyen un amplio rango de respuestas cognitivas, conductuales, emocionales, interpersonales y fisiológicas que pueden ser clasificadas en tres grupos: 1) indicadores de disfunción y malestar psicológico; 2) problemas de relación; y 3) cambios en el esquema cognitivo.

Dentro de los indicadores de disfunción y malestar psicológico incluye: 1) miedo/terror, que se da especialmente si la mujer considera que sigue en peligro; además, también pueden producirle miedo objetos o situaciones que han estado asociadas con la violencia de su pareja. 2) Síntomas de intrusión, es decir, de reexperimentación de la experiencia traumática a través de sueños, flashbacks, imágenes, sensaciones corporales y pensamientos intrusivos que pueden tener, por ejemplo, cuando habla del abuso con otra persona y/o con profesionales o cuando observa escenas violentas. 3) Respuestas de evitación cuya función es minimizar o negar el conocimiento de la experiencia traumática o sus consecuencias. Éstas pueden incluir pérdida de memoria, sentimientos de distanciamiento, extrañeza, o incapacidad de sentir. 4) Ansiedad, cuyos síntomas pueden ser persistentes y generalizados, así como reacciones fóbicas ante objetos o situaciones que le recuerden el abuso. Dicha sintomatología puede incluir trastorno de pánico, ansiedad generalizada o agorafobia con sintomatología tales como náuseas, diarrea, tener la mente en blanco, miedo de volverse loca, de perder el control... 5) Problemas de sueño, que son consecuencia, en parte, de la activación autonómica y pueden llegar a ser crónicos, influyendo así en otras áreas de su vida tales como la laboral o el cuidado de sus hijos/as. 6) Dificultades de concentración, que también pueden ser consecuencia de la activación autonómica y pueden interferir de forma importante en la capacidad de la mujer para funcionar de forma efectiva. 7) Hipervigilancia, recelo que puede ser o realista o estar condicionado por el maltrato sufrido. 8) Reactividad fisiológica ante sucesos o situaciones que representan la experiencia traumática. 9) Ira, rabia. La expresión de la ira puede ser abierta, con conductas agresivas u hostiles, o encubierta, con conductas pasivo-agresivas o conducta manipuladora, síntomas somáticos o depresión. 10) Pena/depresión/suicidio. La pena se asocia con la pérdida y las mujeres maltratadas pueden experimentar muchas pérdidas: de esperanza en el futuro, de identidad, de hijos/as, de pareja, de casa, de ingresos... Y en casos extremos puede ser que consideren el suicidio como la única forma de poner final al intenso dolor emocional que experimentan. 11) Vergüenza, que también puede sentirla cuando habla del abuso con profesionales. 12) Baja autoestima, considerando que son menos valiosas que otras personas, que no merecen recibir tratamiento... 13) Odio mórbido, que se manifiesta en la obsesión porque el maltratador muera o por deseos de agredirlo y/ o vengarse de él. 14) Quejas somáticas, que pueden ser consecuencia de las lesiones que producen dolor o disfunción, o bien

consecuencia del estrés. 15) Conductas adictivas, las cuales pueden representar una forma de aliviar su sintomatología. 16) Problemas en su funcionamiento en diversos roles tales como el ocupacional, social, parental...

Los cambios en el esquema cognitivo se refieren a cambios en las creencias básicas acerca del mundo, de sí misma, y de las demás personas. Según esta autora (Dutton, 1992), las mujeres maltratadas pueden presentar los siguientes cambios en sus esquemas cognitivos: 1) Pérdida de la asunción de invulnerabilidad/ seguridad, la cual suele ser una consecuencia de la exposición a un suceso traumático. 2) Pérdida de la consideración del mundo como significativo, de que las cosas tienen sentido. 3) Indefensión aprendida, con percepción de inutilidad y/ o de disminución de alternativas. 4) Creencias negativas sobre sí misma. 5) Desarrollo de un continuo de tolerancia hacia la violencia, que puede ser implícito e implica el coste que para la mujer tiene el permanecer en la relación con el agresor. 6) Tolerancia de la inconsistencia cognitiva.

En los problemas de la relación, Dutton (1992) incluye: 1) apego/ dependencia, que suele ser una respuesta común en las víctimas del trauma respecto a sus agresores, es el denominado Síndrome de Estocolmo. 2) Problemas de confianza en otras relaciones. 3) Problemas con las relaciones íntimas. 4) Problemas sexuales.

Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2010), encontraron cómo destaca el bajo porcentaje de mujeres con trastorno de estrés post-traumático (TEPT) (37%) aunque similar al de otros trabajos como el de Sarasúa et al. (2007) (33%). Sí aparecen valores promedio elevados que superan el punto de corte en todas las subescalas del TEPT. Además, los resultados señalan que los síntomas más típicos del TEPT en estas mujeres víctimas de violencia de género son los ya indicados en trabajos anteriores, reexperimentación, concretamente la presencia de recuerdos desagradables y recurrentes sobre el maltrato y malestar psicológico intenso al recordar los sucesos, así como síntomas de hiperactivación: dificultades para conciliar el sueño, problemas de concentración y en un estado permanente de hipervigilancia. Los síntomas de evitación son menos frecuentes, a excepción de la evitación de pensamientos relacionados.

Las características específicas de la violencia pueden explicar la sintomatología del TEPT en estas víctimas. La experiencia prolongada y repetida de los episodios agresivos explicaría la frecuente presencia de recuerdos intrusivos. La hiperactivación constante puede ser consecuencia de la imposibilidad de predecir y controlar la ocurrencia de los episodios violentos y su percepción de que en cualquier momento puede ser agredida, en especial en el hogar. Respecto a las conductas de evitación, son elevadas las de evitación de sentimientos, pero no las de lugares o actividades. Es lógico que el principal lugar a evitar es el hogar y éste, salvo que lo abandonen, no pueden evitarlo. Sí es elevada la pérdida de interés, sensación de futuro

desolador y restricción de vida afectiva, es decir, las variables más relacionadas con el embotamiento emocional que con la propia evitación, poniendo de relieve que los dos factores que forzosamente se han incluido en esta dimensión del TEPT —evitación y embotamiento emocional— pueden variar cada uno de forma independiente. Se evita poco, pero el embotamiento afectivo es muy elevado. No obstante, y a pesar de que el porcentaje de mujeres con diagnóstico TEPT es reducido, seguimos considerando que el TEPT es la categoría o conjunto de síntomas que mejor caracteriza a estas mujeres; de hecho en todas las subescalas las puntuaciones medias superan los valores de corte para el TEPT. La depresión es el trastorno más frecuente en estas mujeres (69,6% entre moderada y grave), sólo el 11% se ve libre de síntomas depresivos. Varios factores pueden contribuir a esto: sensación de fracaso personal, abandono del hogar, deterioro de redes sociales y/o familiares, pérdida de poder adquisitivo y, especialmente, la alteración de todas las áreas de la vida cotidiana. En el trabajo de Labrador et al. (2006) se señalaba que la depresión era uno de los trastornos para el que más se pedía ayuda y el trastorno al que más atención psicológica se prestaba.

Como ya viene siendo habitual en estos trabajos aparecen valores muy bajos en autoestima (el 74% no supera el punto de corte). La inadecuada concepción de sí misma, escasa sensación de valía y percepción de insuficientes recursos personales podrían estar explicados por la autocrítica, responsabilidad aprendida de la situación violenta, no dar el paso para romper el ciclo, fracaso y especialmente la culpa. El convivir con una persona que de forma reiterada intenta convencer a la mujer de que es una inútil, no sirve para nada o incluso anula su capacidad de tomar decisiones, también parece determinante.

Los valores de inadaptación son muy elevados, el 88% de las MVVP superan el valor de corte. La mayoría veía afectada su vida cotidiana como consecuencia de la violencia, generándose una desestructuración vital, bien laboral (absentismo o abandono del trabajo), social (limitaciones para relacionarse con otras personas), del tiempo libre (aislamiento, control, trámites legales, juicios, etc.), familiar (afectación hijos, respuesta negativa de allegados), de pareja (desconfianza para reestablecer relación de pareja). Además estas víctimas consideran que no están capacitadas para afrontar las demandas que exige la sociedad. En resumen, también en este trabajo se pone de relieve el deterioro global que suele producirse en estas víctimas, caracterizadas por serios problemas de adaptación a la vida cotidiana.

El porcentaje de ideación o intentos suicidas (44%) señala un grave problema no frecuentemente considerado, resaltando la necesidad de evaluar y prevenir este riesgo en todas las MVVP. Otros trabajos ya habían señalado que un 32,5% de las mujeres habían planeado suicidarse durante la relación abusiva (Villavicencio, 1996), pero han sido datos menos

considerados. En consecuencia, no sólo la prevención, atención y protección debe ir dirigida a evitar un posible homicidio, sino a detectar y evitar el suicidio.

Los trastornos de ansiedad también están representados de forma significativa (38,7%) en su mayoría trastornos de angustia, lo que remite a los elevados niveles de activación y reactividad constante.

En resumen, lo más característico es la presencia de depresión, siendo elevada la frecuencia de TEPT, aunque menos que en trabajos anteriores, y ansiedad. Destacar el riesgo de suicidio de estas víctimas, la baja autoestima, así como dificultades para recuperar el ajuste en el área social.

La resiliencia se puede definir como un conjunto de competencias “para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad” (Henderson, 2002: 20). El comportamiento resiliente muestra características especiales en el contexto de las relaciones de interdependencia entre los individuos y los sistemas social, político, económico, escolar, cultural y mediático. Al respecto, se sabe que la resiliencia no está necesariamente relacionada con la mayor aptitud intelectual ni con la clase social adinerada (Vsillant y Davis, 2000), pero sí con la salud mental y la calidad de vida (Seligman y Czikszentmihaly, 2000). A través de la postulación de este constructo, se intenta entender porqué individuos de cualquier edad son capaces de sobrevivir y salir adelante en contextos de pobreza, violencia intrafamiliar, patologías familiares e incluso desastres naturales. Todo ello a fin de promover patrones de conducta resiliente, o bien para reproducir los mecanismos de adaptación que convierten a un individuo en tal, dentro de un marco adverso (Infante, 2002).

Las personas resilientes logran mantener un equilibrio estable en su comportamiento sin afectar su rendimiento y su vida cotidiana ante un suceso traumático. Ellas no suelen pasar por un período de “recuperación” tras el trauma, y a pesar de haber sido criadas en condiciones de alto riesgo para su salud individual, son psicológicamente sanas y exitosas. Este fenómeno, aparentemente propio de personas extraordinarias, resulta, en realidad, de funciones y procesos adaptativos normales del ser humano.

Werner (1992, citado por Melillo 2004) observó que no todas las personas sometidas a situaciones de riesgo sufrían enfermedades o sufrimientos, sino que, por el contrario, había quienes superaban la situación o incluso salían fortalecidos. Muchas de las mujeres víctimas de violencia de género terminan con la situación de maltrato y se recuperan. Las investigaciones sobre factores protectores de la salud física y mental y sobre resiliencia en mujeres maltratadas muestran como estas mujeres son capaces de adaptarse eficazmente, recuperándose del trauma y llevando una vida y relaciones personales exitosas. En el campo de la violencia doméstica

estudios sobre resiliencia han encontrado factores que ayudan en la protección y recuperación del maltrato tales como: habilidad para aceptarse y hablar bien de sí, capacidad para hacer atribuciones externas de la culpa, tener locus de control interno, una filosofía positiva de vida y contar con recursos espirituales. Estudios como el de Roa, Estrada y Tobo (2012) muestran que la puntuación en resiliencia en mujeres maltratadas era mayor del 65%, lo que identifica que la mayoría de ellas tenían un nivel de resiliencia aceptable. En este estudio se halló que el nivel de significación entre las variables de maltrato y resiliencia era positiva, es decir que a mayor maltrato en pareja mayor nivel de resiliencia.

La violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja produce serias consecuencias en la salud mental de sus víctimas (Murphy, 2000), incluyendo con frecuencia cuadros clínicos como el trastorno por estrés postraumático (Calvete, Estévez y Corral, 2007; Jones, Hughes y Unterstaller, 2001; Krause, Kaltman, Goodman y Dutton, 2008; Kubany, Hill, Owens *et al.*, 2004) y la depresión (Barnett, 2001; Dienemann, Boyle, Baker *et al.*, 2000; Golding, 1999; Mechanic, Weaver y Resick, 2008; Plichta y Falik, 2001). Además, el aislamiento social de las víctimas es un fenómeno muy característico y frecuente (Matud, Aguilera, Marrero, Moraza y Carballeira, 2003), especialmente en los casos de violencia crónica y continuada (Oosthuizen y Wissing, 2005). Para el maltratador mantener a su mujer aislada y dependiente de él es una manera efectiva de control y dominio sobre su vida (Dobash y Dobash, 1998; Stark, 2007). Esto conlleva una merma en la provisión de apoyo social a la víctima, lo cual a su vez puede tener consecuencias adversas para la víctima ya que el apoyo social constituye un factor reconocido de resistencia y protección en situaciones de estrés (Cohen y Wills, 1985).

Lo anterior explica que en la última década se haya producido un aumento de investigaciones acerca del rol del apoyo social en la violencia contra las mujeres. Los resultados de los estudios realizados sugieren que el apoyo social desempeña un papel central en el bienestar y la salud mental de estas mujeres. Se han propuesto dos perspectivas diferentes a este respecto.

Por un lado, el modelo del efecto principal postula que el apoyo social contribuye a la salud psicológica de las mujeres independientemente del grado o severidad del abuso sufrido. Esto se ve apoyado por diversos estudios han mostrado que el apoyo social se asocia con el bienestar general de las víctimas (Theran, Sullivan, Bogat y Steward, 2006) y con su salud mental, incluyendo menos síntomas de depresión, intentos de suicidio y estrés postraumático (Coker, Smith, Thompson *et al.*, 2002; Bradley, Schwartz y Kaslow, 2006; Graham-Bermann, DeVoe, Mattis, Lynch y Thomas, 2006; Kocot y Goodman, 2003; Meadows, Kaslow, Thompson y Jurkovic, 2005). Por otro lado, el modelo del efecto moderador se basa en la premisa de que el apoyo social es un factor amortiguador para las mujeres que sufren malos

tratos. Esto es, el maltrato puede tener un impacto diferencial en el bienestar de las mujeres en función de su nivel de apoyo social percibido (Beeble, Bybee, Sullivan y Adams, 2009). Numerosos estudios han dado apoyo a esta perspectiva, mostrando, al analizar la interacción entre el apoyo social y la violencia, que el apoyo social es un importante factor de resiliencia para las víctimas de violencia doméstica, que reduce sus niveles de ansiedad, el riesgo de suicidio y los síntomas de estrés postraumático (Brewin, Andrews y Valentine, 2000; Carlson, McNutt, Choi y Rose, 2002; Coker *et al.*, 2002; Coker, Watkins, Smith y Brandt, 2003; Kaslow, Thompson, Meadows *et al.*, 1998). Se ha sugerido que esta influencia amortiguadora del apoyo social es menor cuando el abuso es muy severo (Carlson *et al.*, 2002).

En el estudio de Belknap *et al.* (2009), encontraron que el apoyo social informal tiene un impacto mucho mayor en el bienestar emocional y la salud mental de las víctimas que el apoyo social institucional. Por otra parte, además de su papel en la salud mental y emocional de las mujeres, el apoyo social juega un rol muy importante en la seguridad de las mismas (Goodman y Smyth, 2011). En concreto, el apoyo social puede mejorar las habilidades de las mujeres para acceder a recursos que les pueden ayudar a protegerse del maltrato (Bosch y Schumm, 2004; Bybee y Sullivan, 2005; Goodkind, Gillum, Bybee y Sullivan, 2003; Sullivan y Bybee, 1999). El apoyo social también puede favorecer la ruptura con la relación abusiva (Goodman, Dutton, Vankos y Weinfurt, 2005; Hage, 2006; Zlotnick, Jonson y Kohn, 2006) y la prevención de nuevas victimizaciones (Bender, Cook y Kaslow, 2003; Sepúlveda, Troncoso y Álvarez, 1998).

De acuerdo con todo lo anterior planteamos los siguientes **Objetivos e Hipótesis**. Como objetivo general de este trabajo pretendemos conocer el nivel de resiliencia y el impacto de la violencia de género en la salud de mujeres maltratadas. Como hipótesis se plantea que las mujeres víctimas de malos tratos tendrán peor salud que las mujeres que no hayan sufrido malos tratos. En concreto, se estima que tendrán muchas más enfermedades y más sintomatología depresiva y ansiedad y que sus relaciones interpersonales serán más deficientes; es decir, tendrán mayor disfunción social. Respecto a la resiliencia se espera que las mujeres víctimas de violencia de género obtengan mayores puntuaciones y por lo tanto, sean más resilientes. También esperamos que existan diferencias en relación al tipo de maltrato: físico, psicológico y sexual; en concreto, planteamos que las mujeres víctimas de maltrato físico y sexual presenten peores síntomas en resiliencia y salud general.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

La muestra está integrada por 13 mujeres que habían sido o estaban siendo maltratadas por su pareja y un grupo control de 13 mujeres que nunca habían sido víctimas de maltrato. En la Tabla 1 presentamos las principales características sociodemográficas de la muestra. Como podemos observar, mediante la prueba χ^2 no existen diferencias entre ambos grupos en el nivel de estudios, situación laboral, apoyo social y apoyo familiar, situación laboral y apoyo social. La intención al seleccionar la muestra control fue que tuviese las mismas características sociodemográficas que la muestra experimental (mujeres maltratadas) para que éstas no pudiesen ser indicativas de diferencias en los aspectos que deseábamos contrastar. La edad media de ambos grupos también es idéntica (M=39.85, DT=11.33).

Tabla 1.
Características sociodemográficas de la muestra de mujeres maltratadas y no maltratadas: porcentajes y χ^2

	Maltratadas n=13 %	No maltratadas n=13 %	Comparación χ^2
Nivel de estudios:			
No sabe leer ni escribir	-	-	
Lee y escribe	-	-	
Primarios	4.2	0.0	
Secundarios	16.7	20.8	
Formación profesional	8.3	8.3	
Universitarios	16.7	25.0	0.72 ^{n.s}
Estado civil:			
Soltera	16.0	16.0	
Casada	8.0	12.0	
Separada	4.0	8.0	
Divorciada	16.0	16.0	
Viuda	4.0	4.0	0.83 ^{n.s}
Nivel socioeconómico:			
Bajo			
Medio-bajo	12.5	12.5	
Medio	4.2	4.2	
Medio-alto	29.2	29.2	
Alto			0.40 ^{n.s}
Situación laboral:			
Empleada	8.3	91.7	
Desempleada	75.0	25.0	0.02 ^{n.s}
Apoyo social:			
Nada/nunca	4.0	20.0	
Algunas veces	8.0	16.0	
Casi siempre	8.0	4.0	
Siempre	28.0	12.0	0.15 ^{n.s}
Apoyo familiar:			
Nada/nunca			
Algunas veces	4.0	8.0	
Casi siempre	8.0	12.0	
Siempre	36.0	32.0	0.76 ^{n.s}

n.s (no significativo); ***p<0.001

2.2 Instrumentos

Cuestionario de Salud General de Goldbergen su versión en escalas (GHQ-60; Goldberg y Hillier, 1979). Prueba diseñada para detectar trastornos psíquicos en el ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos que se centra en los componentes psicológicos actuales de mala salud. Consta de 4 subescalas que representan las dimensiones de síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave, que no son totalmente independientes entre sí y «representan dimensiones de sintomatología y no se corresponden necesariamente con diagnósticos psiquiátricos» (Lobo y Muñoz, 1996, p. 43). La Tabla 2 muestra los ítems que componen cada factor del Cuestionario. En este estudio se ha utilizado la puntuación tipo *Likert*, que asigna pesos desde 0 hasta 3 (0=mucho peor que lo habitual, 1=peor que lo habitual, 2=igual que lo habitual y 3=mejor que lo habitual).

Tabla 2.
Composición de los factores Cuestionario de Salud

FACTOR	ÍTEMS
SÍNTOMAS SOMÁTICOS	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10, 15, 16
ANSIEDAD E INSOMNIO	7, 11, 12, 13, 14, 17, 18, 19, 20, 37, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 47, 55, 58
DISFUNCIÓN SOCIAL	21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 42, 46, 48
DEPRESIÓN GRAVE	49, 50, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 59, 60

Escala de resiliencia SV-RES (E. Saavedra, M. Villalta-2007). Consta de 60 ítems y describe puntajes en 12 dimensiones de resiliencia (identidad, autonomía, satisfacción, pragmatismo, vínculos, redes, modelos, metas, afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad), basados en los modelos de Edith Grotberg y Eugenio Saavedra. Este modelo considera modalidades de interacción del sujeto: a) consigo mismo, b) con los otros y c) con sus posibilidades, en relación con distintos actos de conciencia para aprender y transformar proactivamente sus juicios sobre 1) la capacidad de generar metas orientadoras de la acción, 2) la capacidad para resolver situaciones problemáticas, 3) la definición de sí mismo, 4) la definición de la historia que la constituye como tal. La Tabla 3 muestra las dimensiones que conforman la Escala de Resiliencia. En este estudio se ha utilizado la puntuación tipo *Likert*, que asigna valores desde 0 hasta 4 (0=muy en desacuerdo, 1=en desacuerdo, 2=ni acuerdo ni desacuerdo, 3=de acuerdo y 4=muy de acuerdo).

Tabla 3.
Las 12 categorías que comprenden la escala del SV-RES

	CONDICIONES DE BASE	VISIÓN DE SI MISMO	VISIÓN DEL PROBLEMA	RESPUESTA RESILIENTE
Yo soy, yo estoy	F1: <i>Identidad</i>	F2: <i>Autonomía</i>	F3: <i>Satisfacción</i>	F4: <i>Pragmatismo</i>
Yo tengo	F5: <i>Vínculos</i>	F6: <i>Redes</i>	F7: <i>Modelos</i>	F8: <i>Metas</i>
Yo puedo	F9: <i>Afectividad</i>	F10: <i>Autoeficacia</i>	F11: <i>Aprendizaje</i>	F12: <i>Generatividad</i>

A continuación se define cada una de ellas:

Identidad (yo soy-condiciones de base). Refiere 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. Ítems: soy una persona con esperanza, con buena autoestima, optimista, seguro de mis creencias, creciendo como persona.

Autonomía (yo soy-visión de sí mismo). Son juicios que se refieren al vínculo que el sujeto establece consigo mismo para definir su aporte particular a su entorno sociocultural. Ítems: yo soy una persona rodeado de personas que me ayudan, en contacto con personas que me aprecian, seguro de mí mismo, seguro de mis proyectos y metas, seguro en el ambiente en que vivo, una persona que ha aprendido a salir adelante en la vida.

Satisfacción (yo soy-visión del problema). Refiere a juicios que develan la forma particular en cómo el sujeto interpreta una situación problemática. Ítems: yo soy un modelo positivo para otras personas, bien integrado en mi lugar de trabajo o estudio, satisfecho con mis relaciones amistad, satisfecho con mis relaciones afectivas.

Pragmatismo (yo soy-respuesta resiliente). Refiere a juicios que develan la forma de interpretar las acciones que realiza. Ítems: yo soy una persona práctica, una persona con metas en la vida, activo frente a mis problemas, revisando constantemente el sentido a la vida, generando soluciones a mis problemas.

Vínculos (yo tengo-condiciones de base). Juicios que ponen de relieve el valor de la socialización primaria y redes sociales con raíces en la historia personal. Ítems: yo tengo

relaciones personales confiables, una familia bien estructurada, relaciones afectivas sólidas, fortaleza interior, una vida con sentido.

Redes (yo tengo-visión de sí mismo). Juicios que refieren al vínculo afectivo que establece la persona con su entorno social cercano. Ítems: acceso a servicios públicos, personas que me apoyan, a quien recurrir en caso de problemas, personas que estimulan mi autonomía e iniciativa, satisfacción con lo que he logrado en la vida.

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. Ítems: personas que me han orientado y aconsejado, personas que me ayudan a evitar peligros o problemas, personas en las cuales puedo confiar, personas que han confiado sus problemas en mí, personas que me han acompañado cuando he tenido problemas.

Metas (yo tengo-respuesta). Juicios que refieren al valor contextual de metas y redes sociales por sobre la situación problemática. Ítems: yo tengo metas a corto plazo, mis objetivos claros, personas con quien enfrentar los problemas, proyectos de futuro, problemas que puedo solucionar.

Afectividad (yo puedo- condiciones de base). Juicio que refiere a las posibilidades sobre sí mismo y el vínculo con el entorno. Ítems: yo puedo hablar de mis emociones, expresar afecto, confiar en las personas, superar las dificultades que se me presentan en la vida, desarrollar vínculos afectivos.

Autoeficacia (yo puedo-visión de sí mismo). Juicio sobre las posibilidades de éxito que la persona reconoce en sí mismo ante una situación problemática. Ítems: yo puedo resolver problemas de manera efectiva, dar mi opinión, buscar ayuda cuando la necesito, apoyar a otros que tienen dificultades, responsabilizarme por lo que hago.

Aprendizaje (yo puedo-visión del problema). Juicios que refieren a valorar una situación problemática como una posibilidad de aprendizaje. Ítems: yo puedo ser creativo, comunicarme adecuadamente, aprender de mis aciertos y mis errores, colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad.

Generatividad (yo puedo- respuesta). Juicios que refieren a la posibilidad de pedir ayuda a otros para solucionar situaciones problemáticas. Ítems: yo puedo tomar decisiones, generar estrategias para solucionar mis problemas, fijarme metas realistas, esforzarme por lograr mis objetivos, asumir riesgos, proyectarme al futuro.

Escala de evaluación del tipo y fase de la violencia de género (EETFVG; Jara y Romero, 2010). Escala evaluativa que consta de dos partes, la primera con un total de 28 ítems, mide los comportamientos subyacentes al tipo fase y fase/s de la violencia. La siguiente parte con 14 ítems, evalúa el grado de acuerdo o desacuerdo que poseen las mujeres afectadas sobre algunas creencias relevantes para prevenir y resolver la violencia contra las mujeres.

2.3 Procedimiento

Todas las participantes accedieron de manera voluntaria y anónima al empleo de los cuestionarios previo consentimiento informado acerca de la investigación. Por un lado, la fuente de derivación de las mujeres maltratadas fue el Centre de la dona de Castellón de la Plana, al que éstas habían acudido en busca de tratamiento psicológico. La evaluación fue realizada por una psicóloga clínica que estuvo presente durante la cumplimentación de los autoinformes para responder a todas las dudas que surgieran en las mujeres. Por otro lado, la muestra del grupo control se obtuvo mediante un muestreo dimensional de mujeres de la población general que no eran ni habían sido maltratadas por sus parejas.

El proceso de recogida de la muestra de mujeres maltratadas tuvo algunas dificultades ya que es un campo muy limitado y restringido, lo que limitó mucho la obtención de la muestra. Ha de considerarse en este punto la dificultad para acceder a este tipo de muestra. Las características de la muestra de mujeres maltratadas sirvieron como referencia para componer la muestra de mujeres no maltratadas. De este modo se seleccionó a la muestra control con las mismas características.

2.4 Análisis estadístico-matemático de los datos

Para realizar los análisis de datos se utilizó el paquete informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences, Vrs.21). Concretamente, se consideró la prueba “t de Student” para muestras independientes. Este estadístico permite contrastar hipótesis referidas a la diferencia entre dos medias independientes. Tenemos dos poblaciones normales, con medias μ_1 y μ_2 de cada una de las cuales seleccionamos una muestra aleatoria (de tamaños n_1 y n_2). Tras esto, utilizamos las medias muestrales \bar{Y}_1 y \bar{Y}_2 para contratar la hipótesis de que las medias poblacionales μ_1 y μ_2 son iguales.

La prueba t que permite contrastar esta hipótesis de igualdad de medias no es otra cosa que una tipificación de la diferencia entre las dos medias muestrales que se obtiene restando a esa diferencia su valor esperado en la población y dividiendo el resultado por el error típico de la diferencia.

El estadístico o prueba t tiene dos versiones que se diferencian en la forma concreta de estimar el error típico. Si suponemos que las varianzas poblacionales son iguales, podemos estimar esa única varianza poblacional utilizando una combinación ponderada de las varianzas (insesgadas) muestrales. Con esta estimación combinada de la varianza poblacional podemos obtener el valor típico de la diferencia. Procediendo de esta manera, el estadístico T resultante se distribuye según el modelo de probabilidad t de Student con $n_1 + n_2 - 2$ grados de libertad.

Si no podemos suponer que las varianzas poblacionales son iguales, entonces el estadístico t sigue siendo una variable distribuida según el modelo de probabilidad t de Student, pero los grados de libertad de la distribución cambian.

Para decidir si podíamos suponer varianzas poblacionales o no, utilizamos la prueba de Levene sobre igualdad de varianzas. Supimos que las varianzas eran iguales (y, por tanto, utilizamos la versión para varianzas iguales) gracias a las conclusiones obtenidas en la prueba de Levene.

3. RESULTADOS

Para conocer si existían diferencias entre las mujeres maltratadas y no maltratadas por su pareja en las escalas del GHQ-60 y en la escala de resiliencia SV-RES realizamos un análisis mediante la prueba t. También utilizamos la prueba t para poder analizar si existían diferencias en los dos grupos de la muestra en función del tipo de maltrato que habían sufrido (maltrato físico y maltrato sexual).

Por un lado, respecto a las diferencias encontradas en las escalas del GHQ-60, observamos que existen diferencias significativas en cada uno de los cuatro factores que la componen. Como puede observarse en la Tabla 4, las mujeres maltratadas por su pareja presentan más síntomas de ansiedad e insomnio, disfunción social, depresión grave y somatizaciones que las mujeres que no han sufrido tales abusos. Las mujeres víctimas de malos tratos se sentirán más cansadas, tendrán más dolores de cabeza, presentarán dificultades para conciliar el sueño y para concentrarse, perderán el interés en sus actividades habituales, tendrán dificultad para relacionarse con la gente, sentimientos de que la vida no merece la pena vivirse, desesperanza, pensamientos suicidas, etc.

Tabla 4.
Medias (y desviaciones típicas) y comparaciones del grupo de mujeres maltratadas y no maltratadas por su pareja en la escala del GHQ-60

	No maltratada	Maltratada	t	Effectsize	d Cohen
Síntomas somáticos	.64(.19)	.41(.17)	3.15**	.54	1.27
Ansiedad e insomnio	.57(.20)	.29(.13)	4.19 **	.64	1.66
Disfunción social	.66(.15)	.47(.19)	2.74**	.48	1.11
Depresión grave	.92(.15)	.50(.23)	5.25**	.73	2.16

(n.s.)no significativo;*p<0.05;***p<0.001

En lo referido a las diferencias en la escala de resiliencia SV-RES, la Tabla 5 muestra las medias, desviaciones típicas prueba de contraste y significación y el tamaño de efecto. Se ha encontrado que existen diferencias significativas en las dimensiones de identidad y autonomía entre los dos grupos de mujeres que componen la muestra. Las mujeres maltratadas son las que peores síntomas presentan respecto a los 12 factores que engloban la escala. En especial, estas mujeres tendrán peores juicios respecto a formas particulares de interpretar los hechos y acciones relacionadas con su persona (identidad) y también respecto a juicios que se refieren al vínculo que la persona establece consigo mismo para definir su aporte particular a su entorno sociocultural (autonomía).

Tabla 5.
Medias (y desviaciones típicas) y comparaciones del grupo de mujeres maltratadas y no maltratadas por su pareja en la escala de resiliencia SV-RES

	No maltratada	Maltratada	t	Effectsize	d Cohen
Identidad	.83(.09)	.67(.17)	3.02**	.51	1.17
Autonomía	.85(.10)	.73(.16)	2.32*	.41	.89
Satisfacción	.84(.09)	.75(.16)	1.69 ^{n.s.}	.33	.69
Pragmatismo	.81(.12)	.76(.17)	.89 ^{n.s.}	.17	.34
Vínculos	.82(.12)	.76(.13)	.94 ^{n.s.}	.23	.48
Redes	.85(.08)	.78(.18)	1.11 ^{n.s.}	.24	.50
Modelos	.86(.08)	.82(.20)	.73 ^{n.s.}	.13	.26
Metas	.79(.12)	.74(.14)	1.04 ^{n.s.}	.18	.38
Afectividad	.83(.12)	.73(.16)	1.58 ^{n.s.}	.33	.71
Autoeficacia	.86(.12)	.79(.13)	1.38 ^{n.s.}	.27	.56
Aprendizaje	.83(.10)	.73(.17)	1.63 ^{n.s.}	.34	.72
Generatividad	.83(.12)	.75(.09)	1.51 ^{n.s.}	.35	.75

(n.s.)no significativo;*p<0.05;***p<0.001

Por otro lado, en los análisis realizados para conocer las diferencias entre mujeres maltratadas y no maltratadas en función del tipo de maltrato, encontramos diferencias en maltrato físico en la escala de salud general GHQ-60. Como muestra la Tabla 6, se observan diferencias en disfunción social y depresión grave, lo que significaría que las puntuaciones más bajas (obtenidas por las mujeres maltratadas) corresponderían con una peor salud general. Esto significaría que las mujeres que han padecido maltrato físico presentarían más problemas para relacionarse con la gente, pérdida de interés en las actividades habituales, pérdida del interés en su apariencia personal, pérdida de confianza consigo mismo, desesperanza, deseos de morir, etc.

Tabla 6.

Medias (y desviaciones típicas) y comparaciones en función del tipo de maltrato en la Escala del GHQ-60

	Maltrato físico	No Maltrato físico	t
Síntomas somáticos	.40(.13)	.41(.25)	.06 ^{n.s.}
Ansiedad e insomnio	.27(.11)	.33(.16)	.82 ^{n.s.}
Disfunción social	.39(.13)	.61(.20)	2.35*
Depresión grave	.41(.19)	.68(.21)	2.32*

(n.s.)no significativo;*p<0.05;***p<0.001

Respecto a las diferencias en el tipo de maltrato físico y la escala de resiliencia, no se observan diferencias significativas entre los dos grupos de mujeres que forman parte de la muestra (Tabla 7). Si que existen diferencias en cada una de las 12 dimensiones pero no son significativas, por lo tanto, no se podría afirmar que las mujeres que han sufrido maltrato físico tengan peor capacidad de resiliencia que las mujeres que no han sido maltratadas físicamente.

Tabla 7

Medias (y desviaciones típicas) y comparaciones en función del tipo de maltrato en la escala de resiliencia SV-RES

	Maltrato físico	No maltrato físico	t
Identidad	.66(.21)	.69(.09)	.28 ^{n.s.}
Autonomía	.72(.20)	.76(.10)	.41 ^{n.s.}
Satisfacción	.73(.19)	.79(.09)	.65 ^{n.s.}
Pragmatismo	.73(.19)	.82(.16)	.87 ^{n.s.}
Vínculos	.72(.12)	.82(.16)	1.83 ^{n.s.}
Redes	.75(.22)	.86(.08)	.98 ^{n.s.}
Modelos	.76(.21)	.94(.13)	1.57 ^{n.s.}
Metas	.72(.17)	.79(.09)	.75 ^{n.s.}
Afectividad	.74(.16)	.72(.21)	-.23 ^{n.s.}
Autoeficacia	.81(.13)	.78(.15)	-.37 ^{n.s.}
Aprendizaje	.75(.17)	.70(.21)	-.42 ^{n.s.}
Generatividad	.73(.11)	.80(.06)	1.15 ^{n.s.}

(n.s.)no significativo;*p<0.05;***p<0.001

En relación al tipo de maltrato sexual, no se ha encontrado ninguna diferencia significativa en ninguna de las escalas de salud general GHQ-60 ni en ninguna de las dimensiones que forman la escala de resiliencia. Podemos concluir que las mujeres maltratadas sexualmente no presentan peor salud general ni menor capacidad resiliente respecto a las mujeres que no han sufrido maltrato sexual (Tablas 8 y 9).

Tabla 8.

Medias (y desviaciones típicas) y comparaciones en función del tipo de maltrato en la escala del GHQ-60

	Maltrato sexual	No Maltrato sexual	t
Síntomas somáticos	.30(.18)	.44(.17)	1.22 ^{n.s.}
Ansiedad e insomnio	.19(.10)	.32(.12)	1.74 ^{n.s.}
Disfunción social	.41(.14)	.49(.21)	.65 ^{n.s.}
Depresión grave	.32(.22)	.56(.21)	1.68 ^{n.s.}

(n.s.)no significativo;*p<0.05;***p<0.001

Tabla 9.

Medias (y desviaciones típicas) y comparaciones en función del tipo de maltrato en la escala de resiliencia SV-RES

	Maltrato sexual	No maltrato sexual	t
Identidad	.75(.05)	.64(.19)	-.96 ^{n.s.}
Autonomía	.72(.05)	.74(.19)	.14 ^{n.s.}
Satisfacción	.85(.16)	.72(.16)	-.31 ^{n.s.}
Pragmatismo	.85(.15)	.74(.18)	-.94 ^{n.s.}
Vínculos	.78(.10)	.76(.15)	-.28 ^{n.s.}
Redes	.83(.13)	.77(.21)	-.47 ^{n.s.}
Modelos	.92(.14)	.78(.21)	-.99 ^{n.s.}
Metas	.73(.06)	.74(.17)	.11 ^{n.s.}
Afectividad	.60(.18)	.79(.13)	1.91 ^{n.s.}
Autoeficacia	.78(.13)	.80(.14)	.18 ^{n.s.}
Aprendizaje	.71(.25)	.74(.16)	.29 ^{n.s.}
Generatividad	.75(.08)	.76(.11)	.15 ^{n.s.}

(n.s.)no significativo;*p<0.05;***p<0.001

4. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos obtenidos confirman nuestra hipótesis respecto al peor estado de salud de las mujeres maltratadas por su pareja frente a las mujeres que no han sido víctimas de malos tratos, efecto que parece ser significativo en todos los factores de la escala de salud general. Concretamente, hemos encontrado que las mujeres maltratadas presentan más síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y síntomas depresivos. Resultados que en general, coinciden con otros estudios (véase por ejemplo, Matud, 2004; Sanz, 2014).

Respecto a nuestra hipótesis sobre resiliencia, los datos obtenidos muestran que hay diferencias significativas en mujeres maltratadas y no maltratadas en las dimensiones de identidad y autonomía. En satisfacción, pragmatismo, vínculos, metas, redes, modelos, afectividad, autoeficacia, aprendizaje y generatividad las diferencias no son significativas entre los dos grupos de mujeres pero sí son mejores en mujeres no maltratadas. Esto significa que las mujeres víctimas de malos tratos tendrían peor capacidad de afrontar la adversidad y alcanzando un estado de excelencia profesional y personal se encontraría mermado.

También se ha confirmado la hipótesis respecto a la peor salud y peor resiliencia en función del tipo de maltrato que padecieron las mujeres respecto a la salud física. Se pudo comprobar que en maltrato físico existían diferencias entre el grupo de mujeres maltratadas y no maltratadas en los factores de disfunción social y sintomatología depresiva. Las mujeres que han sufrido maltrato físico presentan más problemas para relacionarse con la gente y más pensamientos suicidas. Sin embargo, en maltrato sexual aunque sí se encontraron diferencias, estas no son significativas, por tanto, no podemos concluir que las mujeres maltratadas sexualmente presenten peor salud general o peor capacidad de resiliencia. Así, todo indica que el no sufrir los abusos de la pareja es un factor que influye de forma importante, al menos a nivel grupal, en la salud general de la mujer.

Otro hecho que debemos destacar es la diversidad respecto a las diferencias que existen en las características sociodemográficas de mujeres maltratadas y mujeres que no han sufrido malos tratos. Diferencias a nivel educativo, laboral, nivel socioeconómico y apoyo social que muestran la presencia de violencia en todas las clases sociales y en distintos niveles de vida. Este hecho también se ha encontrado en otros estudios (Alberti y Matas, 2002; Fontanil et al., 2002).

Todo ello confirma el gran impacto que tiene la violencia doméstica sobre la salud y resiliencia de la mujer maltratada, así como la complejidad y universalidad del fenómeno y la necesidad del análisis diferencial en función del tipo de abuso.

Entre las reflexiones a las que nos ha llevado este estudio queremos hacer hincapié en las diferencias encontradas en la severidad de pensamientos depresivos. En este sentido, considerar posibles suicidios derivados de los malos tratos de la pareja, especialmente en los malos tratos psicológicos, no aparecen contabilizados como muertes por violencia de género y esta invisibilidad hace poco realista las estadísticas por muerte debido a situaciones de malos tratos; en este sentido no se prestaría la atención debida a los malos tratos psicológicos que presumiblemente estarían engrosando las muertes por violencia de género.

Pero este estudio tiene una serie de limitaciones. En primer lugar, la muestra representada es muy pequeña, si bien es un tipo de muestra bastante inaccesible. También hay que tener en cuenta la forma en que se ha seleccionado la muestra, ya que se trata de un grupo de mujeres que ha participado voluntariamente y que habían acudido a un centro público en demanda de ayuda psicológica o legal. Pese a estas limitaciones, se considera que los datos de este estudio son útiles para poder continuar profundizando en el conocimiento del estado de salud de las mujeres víctimas de malos tratos y para el diseño de medidas de prevención y tratamiento de la violencia de género.

Para futuras investigaciones proponemos que se aborde el suicidio de mujeres maltratadas como un problema derivado del maltrato. Aunque el suicidio de mujeres víctimas de violencia de género no se considere maltrato, sería de vital importancia profundizar en el tema y considerar estos suicidios como causa de maltrato. Complementando futuros estudios cabría pensar que dado que no hemos encontrado diferencia en resiliencia entre los grupos de mujeres quizás convendría ampliar la muestra con hombres y comprobar si la resiliencia pudiera ser un tema distinto por géneros.

5. REFERENCIAS

- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P. Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (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, 227-246.
- Balci, Y. G. y Ayranci, U. (2005). Physical violence against women: Evaluations of women assaulted by spouses. *Journal of Clinical Medicine*, 12, 258-263.
- Belknap, J., Melton, H., Denney, J., Fleury-Steiner, R. y Sullivan, C. (2009). The Levels and Roles of Social and Institutional Support Reported by Survivors of Intimate Partner Violence. *Feminist Criminology*, 4, 377.
- Bender, M., Cook, S. y Kaslow, N. (2003). Social support as a mediator of revictimization of low-income African American women. *Violence and Victims*, 18, 419-431.
- Bosch, K. y Schumm, W. R. (2004). Accessibility to resources: Helping rural women in abusive partner relationships become free from abuse. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 357-370.
- Buesa, S. y Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13, 31-45.
- Bybee, D. y Sullivan, C. M. (2005). Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. *American Journal of Community Psychology*, 36, 85-96.
- Campbell, J. (2001). Domestic violence as a women's health issue-panel discussion. *Women's Health Issues*, 11, 381-387.
- Carlson, B. E. (1977). Battered women and their assailants. *Social Work*, 22, 445-465.
- Carlson, B. E., McNutt, L. A., Choi, D. y Rose, I. (2002). Intimate partner abuse and mental health: The role of social support and other protective factors. *Violence Against Women*, 8, 720-745.
- Cobo, J. A. (2007). La prevención de la muerte homicida: un nuevo enfoque. Informe técnico no publicado. La Justicia de Aragón (expediente nº 1066/07).
- Durán, M., Moya, M., Megías, J. L. y Viki, T. (2010). Social perception of rape victims in dating and married relationships: the role of perpetrator's benevolent sexism. *Sex Roles*, 62, 505-519.
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and Healing the Battered Woman*. Nueva York: Springer.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, Supl., 139-146.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

- Faulk, M. (1974). Men who assault their wives. *Medicine, Science and Law*, 14, 180-183.
- Fernández, C. (2004). Violencia contra las mujeres: una visión estructural. *Intervención Psicosocial*, 13, 155-164.
- Fischer, A. R. (2006). Women's benevolent sexism as a reaction to hostility. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 410-416.
- Foa, E. B., Cascardi, M., Zoellner, L. A. y Feeny, N. C. (2000). Psychological and environmental factors associated with partner violence. *Trauma, Violence and Abuse*, 1, 67-91.
- Fontanil, Y., Méndez-Valdivia, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F.J., Herrero, F. J. y Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*, 14, Supl., 130-138.
- Gayford, J. J. (1975). Wife-battering: a preliminary survey of 100 cases. *British Medical Journal*, 1, 194-197.
- Goodman, L., Dutton, M. A., Vankos, N. y Weinfurt, K. (2005). Women's resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time. *Violence Against Women*, 11, 311-336.
- Goodman, L. y Smyth, K. (2011). A Call for a Social Network-Oriented Approach to Services for Survivors of Intimate Partner Violence. *Psychology of Violence*, 1, 79-92.
- Guinote, A. y Vescio, T. (2010). *The Social Psychology of Power*. New York: Guilford Press.
- Grotberg, E. (2006). ¿Qué entendemos por resiliencia?, ¿cómo promoverla?, ¿cómo utilizarla? En: E. Grotberg (Ed), *La resiliencia en el mundo de hoy. Cómo superar las adversidades* (pp.17-57). Barcelona: Gedisa.
- Hage, S. M. (2006). Profiles of women survivors: The development of agency in abusive relationships. *Journal of Counseling and Development*, 84, 83-94.
- Heise, L. y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E. G. Krug, L. L. Dahlberg y J. A. Mercy (eds.), *World Report on Violence and Health*. Ginebra: World Health Organization.
- Holzworth-Munroe, A. y Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin*, 116, 476-497.
- Instituto de la mujer, ministerio de trabajo y asuntos sociales (2008). *La violencia contra las mujeres. Resultados de la Macroencuesta*. Madrid: Instituto de la mujer.
- Koss, M.P., Koss, P.G. y Woodruff, W.J. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine*, 151, 342-347.
- Krug, E. G., Dahlberg, L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., y Lozano, R. (eds.) (2002). *World Report on Violence and Health*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.

- Labrador, F.J. (2006). Protocolos de atención psicológica a mujeres víctimas de malos tratos. Trabajo realizado para el Instituto de la Mujer (Manuscrito no publicado).
- Langley, R. y Levy, R. C. (1977). *Wifebeating: The silent crisis*. New York: Dutton.
- Martin, D. (1976). *Battered wives*. San Francisco: Blide Publications.
- Matud, M.P (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de las mujer maltratada. *Psicothema, 16*, 397-401.
- Medina- Ariza, J. y Barberet, M. (2003). Intimate Partner Violence in Spain.Findings from a National Survey. *Violence against woman.9*: 302-322.
- Megías, J. L. y Montañés, P. (2012). Percepción de las mujeres víctimas de malos tratos sobre la asimetría de poder en la pareja y su relación con la violencia: estudio preliminar. *Anales de psicología, 28*, 405-416.
- OMS (2005). Estudio multipaís sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer. Informa preliminar de resultados (www.who.prg).
- Roa, C., Estrada, K. y Tobo, M. (2012). Nivel de resiliencia en mujeres maltratadas por su pareja. Proyecto de investigación formativa llevado a cabo en el Programa de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia. Línea de investigación en Desarrollo Humano. Grupo DHEOS.
- Romito, P. Molzan, T. y de Marchi, L. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science and Medicine.60*: 706-711.
- Saavedra, E. y Villalta, M. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit: Lima. 14*: 31-40.
- Sanmartin, J. (2007). II Informe internacional de violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y Legislación. Valencia. Ed. CRSV.
- Sarasúa, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema, 19*, 459-466.
- Sanz, B., Rey, L. y Otero, L. (2014). Estado de salud y violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria, 28*, 102-108.
- Tjaden, P. y Thoennes, N. (2000). Extent, nature, and consequences of intimate partner violence. Research Report. Findings from the National Violence Against Women Survey. : U. S. Department of Justice. Office of Justice Programs. National Institute of Justice.
- Valera, E. M. y Berenbaum, H. (2003). Brain injury in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 797-804.
- Villavicencio, P. (1996). *La situación de maltrato y su repercusión en el ajuste psicosocial en las mujeres en centros de acogida*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.

6. ANEXOS

Anexo 1. Cuestionario de salud general de Goldberg



CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG

MASSON, S.A. (GHQ-60)

105
973
. P72
66518
1996

Por favor, lea esto cuidadosamente:

Nos gustaría saber si tiene algún problema médico y cómo ha estado de salud, en general, *durante las últimas semanas*. Por favor, conteste a TODAS las preguntas subrayando simplemente la respuesta que, a su juicio, mejor puede aplicarse a usted. Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes y los que tiene ahora, no sobre los que tuvo en el pasado. Es importante que intente contestar TODAS las preguntas. Muchas gracias por su colaboración.

ÚLTIMAMENTE:

- | | | | | |
|---|-----------------------|------------------------|---------------------------------|--|
| 1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma? | Mejor que lo habitual | Igual que lo habitual | Peor que lo habitual | Mucho peor que lo habitual |
| 2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un reconstituyente? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Algo más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Algo más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Algo más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 5. ¿Ha padecido dolores de cabeza? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Algo más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 6. ¿Ha tenido la sensación de opresión en la cabeza o de que la cabeza le va a estallar? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Algo más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 7. ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hacía? | Mejor que lo habitual | Igual que lo habitual | Menos que lo habitual | Mucho menos que lo habitual |
| 8. ¿Ha tenido temor a caerse desmayado en un sitio público? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Algo más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 9. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Algo más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 10. ¿Ha notado que suda mucho? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Algo más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 11. ¿Se ha dado cuenta de que se despierta demasiado temprano y es incapaz de volver a dormirse? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Algo más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 12. ¿Se despierta usted cansado? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Algo más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 13. ¿Se ha sentido tan cansado que no tenía fuerzas ni para comer? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Algo más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 14. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? | No, en absoluto | No más que lo habitual | Algo más que lo habitual | Mucho más que lo habitual |
| 15. ¿Se ha sentido con la cabeza más clara y despejada? | Más que lo habitual | Igual que lo habitual | Menos despejada que lo habitual | Muchos menos despejada que lo habitual |

© MASSON, S.A. Fotocopiar sin autorización es un delito.

POR FAVOR, VUELVA LA HOJA

ÚLTIMAMENTE:

16.	¿Se ha notado lleno de energía? Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos energía que lo habitual	Con mucha menos energía que lo habitual
17.	¿Ha tenido dificultades para conciliar el sueño? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
18.	¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
19.	¿Ha estado teniendo sueños que le asustan o le son desagradables? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
20.	¿Ha pasado noches inquietas o intranquilas? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
21.	¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo? Más activo que lo habitual	Igual que lo habitual	Algo menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
22.	¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas? Menos tiempo que lo habitual	Igual que lo habitual	Más tiempo que lo habitual	Mucho más que lo habitual
23.	¿Ha perdido interés en sus actividades habituales? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
24.	¿Ha perdido interés en su apariencia personal? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
25.	¿Se ha preocupado menos acerca de su vestir? Más preocupado que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos preocupado que lo habitual	Mucho menos preocupado que lo habitual
26.	¿Ha salido tanto de casa como tiene costumbre? Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
27.	¿Se las ha arreglado tan bien como la mayoría de la gente lo haría en sus circunstancias? Mejor que la mayoría	Más o menos lo mismo que la mayoría	Algo peor que la mayoría	Mucho peor que la mayoría
28.	¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien? Mejor que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Peor que lo habitual	Mucho peor que lo habitual
29.	¿Se ha ido retrasando para comenzar a trabajar o para ponerse a hacer las cosas de la casa? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
30.	¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas? Más satisfecho que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos satisfecho que lo habitual	Mucho menos satisfecho que lo habitual
31.	¿Ha sido capaz de sentir calor y afecto por los que le rodean? Más que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
32.	¿Le ha resultado fácil entenderse con la gente? Más fácil que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

ÚLTIMAMENTE:

33. ¿Ha pasado mucho tiempo charlando con la gente? Más tiempo que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
34. ¿Ha tenido miedo de decir ciertas cosas a la gente porque tiene la impresión de que va a hacer el ridículo? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
35. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida? Más útil que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos útil que lo habitual	Mucho menos útil que lo habitual
36. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos capaz que lo habitual
37. ¿Ha sentido que no es capaz de iniciar cosas? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
38. ¿Ha notado que se asusta ante cualquier cosa que tiene que hacer? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
39. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
40. ¿Ha tenido la sensación de que no puede superar sus dificultades? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
41. ¿Ha vivido bajo la impresión de que la vida es una lucha continua? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
42. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día? Más que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
43. ¿Se ha tomado las cosas demasiado a pecho? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
44. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
45. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
46. ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas? Más capaz que lo habitual	Igual que lo habitual	Menos capaz que lo habitual	Mucho menos capaz que lo habitual
47. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
48. ¿Ha tenido la sensación de que la gente le mira? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
49. ¿Se ha sentido poco feliz o deprimido? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
50. ¿Ha perdido confianza en sí mismo? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
51. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual

ÚLTIMAMENTE:

52.	¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
53.	¿Ve su futuro con esperanza? Más que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Con mucha menos esperanza que lo habitual
54.	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias? Más que lo habitual	Aproximadamente lo mismo que lo habitual	Menos que lo habitual	Mucho menos que lo habitual
55.	¿Se ha notado nervioso y «a punto de explotar» constantemente? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
56.	¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
57.	¿Ha pensado en la posibilidad de «quitarse de en medio»? Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado
58.	¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
59.	¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo? No, en absoluto	No más que lo habitual	Algo más que lo habitual	Mucho más que lo habitual
60.	¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza? Claramente, no	Me parece que no	Se me ha cruzado por la mente	Claramente lo he pensado

Reservados todos los derechos. No puede reproducirse, almacenarse en un sistema de recuperación o transmitirse en forma alguna por medio de cualquier procedimiento, sea éste mecánico, electrónico, de fotocopia, grabación o cualquier otro, sin el previo permiso escrito del editor.

© 1996. MASSON, S.A. Ronda General Mitre, 149. Barcelona (España).
Versión en lengua española de P. E. Muñoz (1978).

GHQ-60 © David Goldberg and The Institute of Psychiatry, 1978. Translated by permission of the Publishers, NFER-NELSON, Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor SL4 1DF, England. All rights reserved.
GHQ-60 © David Goldberg and The Institute of Psychiatry, 1978. Traducido con autorización de los Editores, NFER-NELSON, Darville House, 2 Oxford Road East, Windsor SL4 1DF, England. Reservados todos los derechos.

Anexo 2. Escala del tipo y fase de la violencia de género**ESCALA DE EVALUACIÓN DEL TIPO Y FASE DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO
(EETFVG)**

*Gender Violence Type and Phase Assessment Scale.
Jara and Romero, 2010*

INSTRUCCIONES

A continuación se presentan una serie de afirmaciones sobre la violencia de género. Responda, marcando con una cruz, según el grado en que se sienta identificada con cada frase. Tenga en cuenta la siguiente escala de importancia:

0	1	2	3	4
Nada/Nunca	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre

Por favor, responda a los ítems marcando el número que considere que mejor refleje su experiencia.

		Nunca/Nada	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre	Siempre
1	Considero que hay violencia aunque no me peguen	0	1	2	3	4
2	Me centro más en mis fracasos que en mis éxitos	0	1	2	3	4
3	Suelo encontrar soluciones a los problemas	0	1	2	3	4
4	Me siento inútil cuando me golpean	0	1	2	3	4
5	Me sentía indefensa en mi relación de pareja	0	1	2	3	4
6	Me pega sin motivo aparente	0	1	2	3	4
7	Antes de vivir conmigo, yo sabía que mi pareja había pegado a sus parejas anteriores	0	1	2	3	4
8	He tenido relaciones sexuales con mi pareja por la fuerza.	0	1	2	3	4
9	Accedo a tener relaciones sexuales con mi pareja para evitar los malos tratos	0	1	2	3	4
10	Tengo relaciones sexuales con mi pareja por miedo	0	1	2	3	4
11	Estoy satisfecha con lo que voy consiguiendo	0	1	2	3	4
12	Él decide por mí	0	1	2	3	4
13	Ha intentado aislarme de mis amigos	0	1	2	3	4
14	Ha intentado aislarme de mi familia	0	1	2	3	4
15	Me siento culpable de lo que pasa	0	1	2	3	4
16	Me insulta en cualquier lugar	0	1	2	3	4
17	Trato de ocultar los malos tratos que sufro	0	1	2	3	4
18	Siempre estoy en alerta	0	1	2	3	4
29	Lo he denunciado	0	1	2	3	4
20	Me asustan sus miradas	0	1	2	3	4
21	Me siento sola	0	1	2	3	4
22	Puedo estudiar /trabajar fuera de casa	0	1	2	3	4
23	Me impide ver a mi familia	0	1	2	3	4

24	<i>Vigila mis actos</i>	0	1	2	3	4
25	<i>Creo que lo aguantaba porque estaba “enganchada” a mi marido</i>	0	1	2	3	4
26	<i>El arrepentimiento de mi marido me hacía sentir culpable</i>	0	1	2	3	4
27	<i>Me gusta cuidar mi aspecto</i>	0	1	2	3	4
28	<i>Creo que soy importante para quienes me rodean</i>	0	1	2	3	4
29	<i>Me gusta</i>	0	1	2	3	4

A continuación se presentan una serie de creencias sobre la violencia de género. Indique, marcando con una cruz, su grado de acuerdo en relación con las frases que le mostramos. Tenga en cuenta la siguiente escala de importancia:

0	1	2	3	4
<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Algo de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>

Por favor, responda a los ítems marcando el número que considere que mejor refleja lo que usted cree.

		<i>Nada de acuerdo</i>	<i>Algo de acuerdo</i>	<i>Bastante de acuerdo</i>	<i>Muy de acuerdo</i>	<i>Totalmente de acuerdo</i>
1	<i>Yo creo que, la mujer tiene que obedecer</i>	0	1	2	3	4
2	<i>Quien te quiere no puede pegarte</i>	0	1	2	3	4
3	<i>Yo creo que las mujeres somos iguales que los hombres</i>	0	1	2	3	4
4	<i>Yo creo que, las mujeres no denuncian(o retiran las denuncias) por proteger a sus parejas</i>	0	1	2	3	4
5	<i>Yo creo que, lo que ocurre en la familia es privado</i>	0	1	2	3	4
6	<i>Yo creo que, las bofetadas son a veces necesarias</i>	0	1	2	3	4
7	<i>Yo creo que, la mayoría de los maltratadores son personas fracasadas</i>	0	1	2	3	4
8	<i>Yo creo que, cuando te casas es para lo bueno y para lo malo</i>	0	1	2	3	4
9	<i>Yo creo que, soy capaz de realizar un proyecto de vida futuro y en solitario</i>	0	1	2	3	4
10	<i>Yo creo que, un/a hijo/a sin padre se desarrolla completamente</i>	0	1	2	3	4
11	<i>Yo creí que, debía aguantar el maltrato por los hijo/as</i>	0	1	2	3	4
12	<i>Yo creo que, mi marido no puede vivir sin mi</i>	0	1	2	3	4
13	<i>Yo creo que, no lo abandoné porque lo quería</i>	0	1	2	3	4
14	<i>Generalmente, yo hacía las tareas de casa</i>	0	1	2	3	4
15	<i>Yo creo que, no lo abandono porque me da pena aunque me pegue</i>	0	1	2	3	4
16	<i>Yo creo que, la esposa tiene que aguantar lo que sea por el matrimonio</i>	0	1	2	3	4

Por favor, indique, de forma voluntaria, sus características de:

Edad:

Estado civil:

Número de hijos:

Lugar de nacimiento:

Lugar de residencia:

Nivel socioeconómico:

bajo	medio bajo	medio	medio alto	alto
------	------------	-------	------------	------

Nivel cultural:

no sabe leer ni escribir	lee y escribe	estudios primarios	estudios secundarios	formación profesional	estudios universitarios
-----------------------------	------------------	-----------------------	-------------------------	--------------------------	----------------------------

Situación laboral:

Tiene apoyo social

Nada/Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
------------	---------------	--------------	---------

Tiene apoyo familiar

Nada/Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre
------------	---------------	--------------	---------

Escriba las enfermedades graves (infarto, ictus, cáncer,...) que ha padecido y aproximadamente la edad en que las padeció:

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

Anexo 3. Escala de resiliencia

ESCALA DE RESILIENCIA SV-RES

(E. Saavedra, M. Villalta-2007)

SEXO: MUJER _____ HOMBRE _____ EDAD _____

Evalúe el grado en que estas afirmaciones lo (a) describen. Marque con una x su respuesta. Conteste todas las afirmaciones, no hay respuestas buenas ni malas,

YO SOY-YO ESTOY	Muy de acuerdo	De acuerdo	Ni acuerdo Ni desacuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1.- Una persona con esperanza.					
2.- Una persona con buena autoestima.					
3.- Optimista respecto al futuro.					
4.- Seguro de mis creencias o principios.					
5.- Creciendo como persona.					
6.- Rodeado de personas que en general me ayudan en situaciones difíciles.					
7.- En contacto con personas que me aprecian.					
8.- Seguro de mi mismo.					
9.- Seguro de mis proyectos y metas.					
10.- Seguro 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 integrado en mi lugar de trabajo o estudio.					
14.- Satisfecho con mis relaciones de amistad.					
15.- Satisfecho con mis relaciones afectivas.					
16.- Una persona práctica.					
17.- Una persona con metas en la vida.					
18.- Activo frente a mis problemas.					
19.- Revisando constantemente el sentido de la vida.					
20.- Generando soluciones a mis problemas.					

YO TENGO...					
21.- Relaciones personales confiables.					
22.- Una familia bien estructurada.					
23.- Relaciones afectivas sólidas.					
24.- Fortaleza anterior.					
25.- Una vida con sentido.					
26.- Acceso a servicios públicos.					
27.- Personas que me apoyan.					
28.- A quien 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 mí.					
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 de futuro.					
40.- Problemas que puedo solucionar.					
YO PUEDO					
41.- Hablar de mis emociones.					
42.- Expresar afecto.					
43.- Confiar en las personas.					
44.- Superar las dificultades que se me presentan 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 creativo.					
52.- Comunicarme adecuadamente.					
53.- Aprender de mis aciertos y mis errores.					

54.- Colaborar con otros para mejorar la vida en la comunidad.					
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.					