

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
PSICOLÓGICO

CENTRO DE INVESTIGACIÓN MENTE, CEREBRO Y COMPORTAMIENTO
(CIMCYC)



**UNIVERSIDAD
DE GRANADA**

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA (B13.56.1)

TESIS DOCTORAL

**LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA, SU
MANIFESTACIÓN Y LAS CONSECUENCIAS A
LARGO PLAZO EN MUJERES Y SUS
DESCENDIENTES**

Amparo de Piñar Prats

**Esta Tesis Doctoral ha sido dirigida por:
María Nieves Pérez Marfil**

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Amparo de Píñar Prats
ISBN: 978-84-1117-224-0
URI: <http://hdl.handle.net/10481/72864>

ÍNDICE

Capítulo 1: Resumen	14
Capítulo 2: Introducción.....	22
2.1 Estado de la cuestión	24
2.2. La magnitud de la violencia ejercida sobre las mujeres: Europa y España.....	26
2.3. Impacto económico de la violencia de género.....	28
2.4. Cifras mortales de la violencia de género en España	31
2.5. Tipología de violencia de género en la pareja	33
2.6. Secuelas de la violencia de género en supervivientes y descendientes	36
2.6.1. Efectos en la salud física	37
2.6.2. Efectos en la salud psíquica de mujeres supervivientes	38
2.6.3. Efectos en la salud psíquica de descendientes.....	44
2.7. Factores de riesgo que incrementan los efectos negativos en la salud.....	45
2.8. Factores que disminuyen los efectos negativos en la salud.....	47
2.9. Modelos explicativos de la violencia de género.....	49
2.10. El sexismo como factor de perpetración de la violencia de género.....	53
2.11. Programas de intervención frente a la violencia de género	55
Capitulo 3. Justificación, objetivos e hipótesis.....	60
Capitulo 4. Estudio 1. Violencia de Género en la Pareja y sus Consecuencias a Largo Plazo en la Salud Mental de las Mujeres. Factores de Riesgo y Protección.....	65

4.1. Introducción.....	67
4.2. Método.....	71
4.3. Resultados.....	78
4.4. Discusión	86
Capítulo 5. Estudio 2. Necesidades y Apoyos Percibidos por las Mujeres en el Afrontamiento de una Situación de Violencia de Género en la Pareja: un Estudio Cualitativo	93
5.1. Introduction	95
5.2. Methods	98
5.3. Results	100
5.4. Discussion.....	110
Capítulo 6. Estudio 3. Estrategias de Afrontamiento de Descendientes a la Violencia de Género en el Hogar: Un Estudio Cualitativo	118
6.1. Introducción.....	120
6.2. Método.....	124
6.3. Resultados.....	129
6.4. Discusión	139
Capítulo 7: Estudio 4. Factores que Predicen Actitudes Sexistas en Estudiantes de Universidad	145
7.2. Método.....	152
7.3. Resultados.....	157

7.4. Discusión	165
Capítulo 8. Discusión General	171
8.1. Problemas psicológicos a largo plazo en mujeres supervivientes de VGP	174
8.2. Intervención con mujeres supervivientes	175
8.3. Intervención con descendientes de mujeres supervivientes	177
8.4. La prevención de la violencia de género con jóvenes	178
Capítulo 9: Conclusiones	181
Referencias Bibliográficas	186
Anexos.....	227
11.1. Documento de informe favorable del Comité Ético de la UGR.....	229
11.2. Carta de invitación a participar en el estudio para mujeres con violencia de género	231
11.3. Carta de invitación a participar en el estudio para mujeres sin violencia de género	232
11.4. Invitación a participar en el estudio de jóvenes estudiantes.....	233
11.5. Hoja de información y consentimiento informado.....	234
11.6. Guión de entrevista del Estudio 1 y 2. Mujeres con violencia de género ...	237
11.7. Guión de entrevista del Estudio 1. Mujeres sin violencia de género	240
11.8. Guión de entrevista del Estudio 3. Descendientes	242

**Dedicada a Ana Victoria una mujer luchadora incansable que
mostrándole la vida su peor cara, ha conseguido y sabido
floreecer como una verdadera flor de loto**

Agradecimientos

En primer lugar a todas las mujeres que han pasado por mi vida, ya que de todas ellas aprendí algo. Gracias también al feminismo que me ha enseñado a ver la vida desde otro punto de vista, que me parece más justo e igualitario.

A mi tutora, que confió en mí y en el proyecto que le presenté sin ninguna referencia. A todo lo que he aprendido de ella y a los buenos momentos que hemos compartido, hablando de trabajo y de nuestro hobby común, los viajes. A su disponibilidad, siempre ahí, en cualquier momento que lo he necesitado y a su rapidez, dedicación y eficacia. A Manuel, por su aportación cualitativa que tan lejos nos ha llevado.

A todas las mujeres que han participado en este estudio, por dedicarme su tiempo y compartir sus vivencias y emociones conmigo. También a los colectivos que han colaborado, facilitando el contacto con mujeres y supervivientes, como son: la fundación Ana Bella de Sevilla; la Plataforma Cordobesa Contra la Violencia a las Mujeres; el Centro de Información a la Mujer de Cullar Vega; la asociaciones de mujeres de Granada "el Duende" y "Alhalba"; la asociación de mujeres emprendedoras de Albolote; la asociación de mujeres de "Gabia Chica"; las asociaciones de mujeres "la Huerta" de Cullar Vega, "Agua Buena" de Alomartes, "Carmen Vargas" de Huetor Vega y "Nuevas Fronteras" de Montejicar. Sin todas ellas no hubiera sido posible esta tesis.

A las hijas e hijos de las mujeres supervivientes que tuvieron la valentía de hablar de sus temores y recordar momentos difíciles de sus vidas.

Al profesorado y estudiantes que dedicaron su tiempo y un espacio en sus clases para completar los cuestionarios de este estudio.

Por último, a todas las personas que confiaron en mí porque me transmitieron su ánimo, fuerza y constancia para seguir hacia adelante y también a aquellas otras que no creyeron en mí, porque hicieron que me esforzara y luchara más para conseguir mis objetivos.

Capítulo 1: Resumen

1. RESUMEN

La violencia de género (VG) constituye una violación de los derechos humanos con relevancia y reconocimiento mundial, como un problema internacional de salud pública declarado tanto por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996), como por la Organización de Naciones Unidas (ONU, 1993). A partir de esos momentos, las investigaciones en materia de violencia sobre las mujeres han sido una constante.

La Tesis Doctoral que se presenta a continuación profundiza en los problemas de salud psicológica que pudieran perdurar en las mujeres supervivientes de VG, y en sus hijas e hijos. Además, se analizan las estrategias de afrontamiento junto con los recursos y necesidades que identificaron estas mujeres y sus descendientes. Por otro lado, otro de los objetivos ha sido conocer aquellos factores de índole personal o emocional que pudieran predecir actitudes sexistas que se encuentran en la base de la perpetración de la VG.

Cuando una mujer decide poner fin a su relación de pareja donde se está ejerciendo violencia, encuentra a su disposición una serie de recursos (sanitarios, legales, asistenciales, económicos, residenciales, entre otros) que intentan facilitarle y orientarle en su toma de decisiones. Estos recursos se ofrecen al principio de la ruptura y con una temporalidad limitada, en muchas ocasiones protocolizada, y no responden a las necesidades reales de los tiempos de recuperación de muchas mujeres. Las investigaciones reflejan que, algunas de estas mujeres, continúan presentando problemas de salud tanto psicológicos como físicos, años después de haber finalizado la relación y se encuentran sin apoyos ni atención, al no existir recursos especializados y específicos para atender estas necesidades a medio y largo plazo. En el caso de menores y descendientes de mujeres supervivientes, la situación es bastante peor. Los estudios muestran que la VG que se produce en el hogar (VGH) afecta y

tiene repercusiones en las niñas y niños que conviven en estas familias. Los recursos, igual que para sus madres, se circunscriben al momento de la ruptura, no existiendo una continuidad en la intervención.

Como profesionales de la psicología, realizar intervenciones lo más ajustadas a las necesidades de las personas que requieren de nuestra atención, garantiza una eficacia de esa actuación y una satisfacción de la persona que nos consulta. Atendiendo a esta premisa, es importante conocer, de voz de estas mujeres y sus descendientes, aquellos recursos que más les ayudaron y los que más echaron en falta, para mejorar y adecuar nuestras actuaciones a sus demandas. Por otro lado, la prevención juega un papel fundamental para disminuir la incidencia de este tipo de comportamientos, de ahí la necesidad de analizar factores que pudieran estar en la base de las conductas violentas hacia las mujeres.

Esta Tesis Doctoral se realiza con el propósito de ampliar el conocimiento sobre el estado de salud, a largo plazo, de las mujeres supervivientes de VG y de sus menores, además de visibilizar sus necesidades y apoyos, e identificar variables que pudieran predecir las actitudes sexistas que comportan la perpetración de comportamiento violentos hacia las mujeres. Los estudios presentados abordan tres temáticas centrales:

a) El estudio de las consecuencias a largo plazo, de vivir una experiencia de VG tanto en mujeres como en sus descendientes.

b) Mejorar las actuaciones e intervenciones de las mujeres supervivientes y sus hijas e hijos.

c) La prevención de las actitudes sexistas para disminuir los comportamientos violentos contra las mujeres.

Los principales objetivos de la presente tesis doctoral son los siguientes:

1. Comprobar si hay relación entre haber sobrevivido a una experiencia de violencia de género en la pareja (VGP) y tener problemas de salud psicológica a largo plazo. Se trata de identificar factores de riesgo y de protección para disminuir las consecuencias a largo plazo.

2. Conocer las necesidades y apoyos de mujeres supervivientes de VGP, profundizando en sus estrategias de afrontamiento.

3. Conocer las necesidades y apoyos de las hijas e hijos de mujeres supervivientes de VGP, estudiando sus estrategias de afrontamiento y su estado psicológico actual.

4. Identificar factores que permitan predecir actitudes sexistas, que pudieran estar relacionados con comportamientos agresivos hacia las mujeres.

Para el primer objetivo se llevó a cabo un estudio de carácter cuantitativo, transversal, en el que participaron dos grupos, uno constituido por 54 mujeres que habían sufrido una experiencia de VGP que había finalizado como mínimo hacía 3 años, y otro grupo con 51 mujeres que nunca habían sufrido VGP. Los resultados mostraron diferencias significativas entre ambos grupos en las puntuaciones de autoestima, inadaptación, apoyo social y estrés percibido. Las mujeres con experiencias de VGP presentaban una autoestima más baja, mayor inadaptación a la vida cotidiana, menor apoyo social y más estrés percibido. También se encontraron diferencias significativas en la mayoría de las escalas del Millon-III, destacando un patrón de personalidad depresivo y paranoide. En los síndromes clínicos, se encontraron diferencias significativas en los trastorno de ansiedad, somatomorfo, distímico, depresión mayor y delirante. Por otro lado, se encontró que, experimentar VG en la infancia, predecía una mayor patología (menor autoestima, mayor inadaptación, estrés, y sintomatología de trastornos de ansiedad, distimia y trastorno de estrés postraumático (TEPT)). El apoyo social se reveló como un factor de protección para

el trastorno de ansiedad y TEPT. Los años fuera de la violencia no predijeron ninguna de las variables (Capítulo 4).

Para el segundo objetivo se llevó a cabo un estudio de carácter cualitativo en el que participaron, parte de la muestra del estudio anterior, en concreto, 53 de las mujeres que habían sufrido una experiencia de VGP que había finalizado hacía más de tres años. Los resultados mostraron que, para la mayoría, la experiencia de VGP empeoró sus vidas en todos los ámbitos (familiar, laboral, social y económico) y que lo peor fue perder la confianza en ellas mismas y en las demás personas. Lo que más les ayudó en su recuperación fue el apoyo cercano informal (principalmente sus hijas e hijos), junto con el apoyo formal (terapia psicológica). También les ayudó, recuperar la confianza en ellas mismas (con la terapia individual y/o grupal, o por ellas mismas) y el contacto con otras mujeres que habían experimentado VGP. Algunas de estas mujeres expresan que hubiesen deseado haber tenido más valentía y seguridad en ellas mismas, y además echaron en falta un apoyo familiar más directo y la terapia psicológica especializada. En la actualidad, pocas mujeres lo tienen superado y siguen necesitando el apoyo cercano y la ayuda psicológica, además de recursos económicos (Capítulo 5).

Para el tercer objetivo se llevó a cabo un estudio de carácter cualitativo en el que participaron 9 descendientes (5 hijos y 4 hijas) de mujeres que habían sufrido una experiencia de VGP y que había finalizado hacía más de tres años. Los resultados mostraron que, para la mayoría de la muestra, el abandonar la situación de violencia mejoró sus vidas. Lo más difícil fue afrontar las situaciones de violencia que tuvieron que vivir, unido a la incertidumbre de lo que iba a pasar en el futuro si se producía la separación, al ser el padre el principal sustentador de la familia en la mayoría de los casos. Otro aspecto que les preocupaba era el estado y la salud psicológica de su madre, y el hecho de tener que

posicionarse y escoger entre el padre o la madre. Lo que más les ayudó fue el apoyo de la madre y la terapia psicológica. Lo que necesitaron fue más estabilidad familiar, junto con el apoyo de la familia extensa y más comprensión social. Echaban en falta la figura de un padre cariñoso y no maltratador. En la actualidad, la mayoría lo tiene superado, aunque hay quienes siguen necesitando a su padre y terapia psicológica (Capítulo 6).

Para el cuarto y último objetivo se llevó a cabo un estudio de carácter cuantitativo, transversal, en el que participaron 450 estudiantes de la Universidad de Granada, (99 hombres y 341 mujeres) de distintas ramas y niveles de conocimiento y cursos. Los resultados muestran que el sexo, la religión, diferentes escalas de la agresividad, la desregulación emocional y la empatía predicen las actitudes sexistas y la justificación de la violencia hacia las mujeres (Capítulo 7).

Todos los resultados anteriores nos indican que los estudios sobre la intervención y prevención de la VGP son fundamentales para intentar disminuir los comportamientos agresivos hacia las mujeres y sus posteriores efectos negativos a largo plazo en las personas supervivientes de este tipo de violencia, como son las mujeres y sus hijas e hijos.

Capítulo 2: Introducción

2. INTRODUCCIÓN

2.1 Estado de la cuestión

La violencia contra las mujeres y las niñas es un problema social y de salud pública con reconocimiento a nivel mundial. En 1996 y 1998 la OMS declaró que la violencia era un problema de salud pública y, más concretamente, aquella que se ejerce sobre las mujeres y las niñas, tanto por los efectos físicos como psicológicos sobre las mismas. Desde esos momentos, el estudio de la violencia sobre la mujer ha sido una constante (OMS, 2005, 2012, 2013, 2014, 2016), desempeñando un papel fundamental en el establecimiento de las bases empíricas sobre la magnitud del problema, los factores de riesgo y las consecuencias de este tipo de violencia. Una de las conclusiones de estos informes es que, la violencia ejercida sobre las mujeres y las niñas, se sustenta en procesos de discriminación hacia la mujer y la falta de igualdad entre hombres y mujeres como aspecto estructural en todas las sociedades actuales, concluyendo que esta violencia supone una violación de los derechos humanos.

En 1993, la Asamblea General de Naciones Unidas (ONU) aprobó en su resolución 48/104 del 20 de diciembre la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, donde se afirma que la violencia contra las mujeres constituye una violación de los derechos humanos y las libertades fundamentales. Esta resolución establece el marco conceptual donde se recoge, define y delimita lo que entiende por violencia contra la mujer:

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 (ONU, 1993, p. 3).

Artículo 2: Se entenderá que la violencia contra las mujeres abarca los siguientes actos, aunque sin limitarse a ellos (ONU, 1993, p. 3):

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;

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;

c) La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.

Esta declaración va más allá y en su artículo 4 insta a los Estados, no sólo a condenar este tipo de violencia, sino también a no ampararse ni invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla. Incluso les obliga a proceder con la debida diligencia a fin de prevenir, investigar y castigar todo acto de violencia contra las mujeres. También les exige promover la investigación, recoger datos y compilar estadísticas, fomentando las investigaciones sobre las causas, la naturaleza, la gravedad y las consecuencias de esta violencia, así como sobre la eficacia de

las medidas aplicadas para impedirlos y reparar sus efectos, obligando a publicar esas estadísticas, y las conclusiones de las investigaciones.

La respuesta de Europa frente a la violencia sobre las mujeres, la encontramos en el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica llevado a cabo en Estambul el 11 de mayo de 2011. En su artículo 3, recoge diferentes definiciones sobre las formas de ejercer violencia sobre la mujer e incluye a las niñas menores de 18 años en el término mujer (Estambul, 2011, p.5).

En España, en 2004 se aprueba la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Esta ley reconoce, en su exposición de motivos, que "la violencia de género no afecta sólo al ámbito privado y que se dirige a 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". Es decir, saca del ámbito de la privacidad un problema de dimensión social.

2.2. La magnitud de la violencia ejercida sobre las mujeres: Europa y España

Para conocer la magnitud de la VG se han llevado a cabo, tanto en Europa como en España, diferentes recogidas de datos. En Europa, en 2014, la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) realizó una encuesta con una muestra aleatoria de mujeres de los 28 Estados miembros de la Unión Europea, un total de 42.000 entrevistas directas¹.

Uno de sus primeros resultados fue que un 8 % de las mujeres habían experimentado violencia física y/o sexual en los 12 meses previos a la entrevista, y una de cada tres había sufrido algún tipo de agresión física y/o sexual desde los 15 años de edad.

¹ https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14_es.pdf

Se calcula que unas 13 millones de mujeres en la Unión Europea experimentaron violencia física durante los 12 meses previos a la entrevista y que 3,7 millones de mujeres fueron víctimas de violencia sexual en el mismo intervalo de tiempo.

Si nos centramos en las relaciones de pareja, el estudio concluye que, el 22 % de las mujeres, había sufrido violencia física y/o sexual por parte de su pareja varón, y el 31% declaró que su pareja las había violado en seis o más ocasiones. En relación a la violencia psicológica, el 43% de las mujeres declaró que había sufrido alguna forma de violencia psicológica por parte de su pareja actual o de una anterior. Después del análisis de los resultados y la extracción de las diferentes conclusiones, la Unión Europea exige a los países miembros una orientación renovada en lo que a las políticas concernientes a la violencia sobre las mujeres se refieren.

En España, se han realizado un total de 6 macroencuestas sobre esta cuestión. La primera se llevó a cabo en 1999 dentro "Plan de acción contra la violencia doméstica" del Instituto Andaluz de la Mujer. Posteriormente, en el 2002, 2006 y 2011 se realizaron macroencuestas manteniendo un mismo formulario de preguntas. Es a partir del 2015 cuando se modifican las cuestiones plantadas para adecuarlas mejor a las definiciones internacionales. En la última encuesta del 2019², se incluyeron preguntas para conocer si denunciaron o no, si solicitaron ayuda formal e informal y la satisfacción con esa ayuda recibida. Fueron entrevistadas un total de 9.568 mujeres residentes en España mayores de 16 años. Los datos revelan que un 57,3% de las mujeres ha sufrido algún tipo de violencia machista a lo largo de su vida, lo que supone un total de 11.688.411 mujeres de más de 16

² https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf

años. En relación a la frecuencia de la ocurrencia de esa violencia machista, el 75% de las mujeres afirmó que, en más de una ocasión, habían sufrido violencia física, un 68,2% había sufrido violencia sexual y un 84,3% había sufrido violencia psicológica emocional. Si nos circunscribimos a las relaciones de pareja, la encuesta revela que el 14,2% (2.905.489 mujeres) ha sufrido violencia física y/o sexual de alguna pareja, actual o pasada, en algún momento de su vida.

2.3. Impacto económico de la violencia de género

Otro aspecto a tener en cuenta es el impacto, a nivel de sus costes tanto económicos como de recursos, que la VG tiene en España. El Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad publicó un estudio denominado "el impacto de la violencia de género en España: Una valoración de sus costes en 2016"³, para el cual se tuvieron en cuenta las respuesta a la macroencuesta realizada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2015, en la cual se realizaron 10.171 entrevistas a mujeres mayores de 16 años. En este estudio se diferencian varios tipos de costes que se derivan de la VG. Nos encontramos con:

- El coste económico como tal, que se refiere a la pérdidas de bienes y servicios utilizados como consecuencia de esta violencia y que tienen un precio de mercado o a los que se puede asignar un precio aproximado.

- El coste no económico, referido a la pérdida emocional de las víctimas y sus familias, los impactos a largo plazo sobre descendientes víctimas de esta violencia y los daños sobre los valores sociales.

³ https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2019/pdfs/El_impacto_de_la_VG_ES.pdf

- Los costes directos tangibles, son los desembolsos monetarios asociados con la provisión de recursos, bienes a la mujer como resultado de haber sido objeto de violencia de género.

- Los costes directos intangibles, son aquellos que se derivan directamente del acto violento sobre las víctimas, pero para los que resulta difícil imputar un valor monetario puesto que no implican un desembolso económico, pero si implican una pérdida indiscutible de los niveles de bienestar de quien la sufre y en la sociedad.

- Los costes indirectos tangibles, son los costes que se pueden imputar a la violencia pero que no se acompañan de un desembolso monetario real. Son costes susceptibles de cuantificación, pero se estiman en términos de coste de oportunidad en lugar de basarse en gastos reales efectuados.

- Los costes indirectos intangibles son de carácter no monetario que se generan sobre personas del entorno cercano a las víctimas. Recae, principalmente, sobre familiares y amistades, y están muy relacionados con los efectos psicológicos negativos que tienen que soportar como consecuencia de esta violencia (dolor, miedo, sufrimiento o angustia, entre otros). Estos costes son de difícil cuantificación.

Para analizar los datos, el estudio diferencia 3 itinerarios (laboral, asistencia sanitaria y legal) y dos tipos de metodologías de estimación de costes, una más conservadora (con tres categorías: la opción A que considera al conjunto de todas las mujeres que han sido víctimas de violencia física y/o sexual con lesiones que limitan su actividad diaria; la opción B que computa a mujeres que han sido víctimas de violencia física y/o sexual moderada o severa, con independencia de si presentan lesiones que limitan su actividad diaria; y la opción C que tiene en cuenta a todas las mujeres que han sufrido cualquier tipo de VG y presentan lesiones que limitan su actividad diaria) y otra más

elevada. En ambas propuestas metodológicas los cálculos efectuados se basan en el número de mujeres víctimas que han experimentado la violencia a lo largo de los últimos doce meses, y no en el número de incidentes experimentados a lo largo de todo año. En la Tabla 2.1 se resumen las estimaciones de los costes económicos tangibles e intangibles.

Tabla 2.1

Costes económicos tangibles e intangibles de la VG en España 2016

Itinerarios	Total	Metodología Estimación 1 (€)			Metodología
		A	B	C	Estimación 2 (€)
Costes laborales	354.750.624	710.882.100	796.623.357	3.639.749.999	
Costes Sanitarios	254.123.003	517.839.880	517.839.880	2.483.646.332	
Costes Legales	502.244.973	780.165.089	780.165.089	2.247.601.161	
Otros Costes*	169.893.928	169.893.928	169.893.928	169.893.928	
Costes económicos tangibles	1.281.012.528	2.178.780.997	2.264.522.254	8.540.891.420	
Costes intangibles a lo largo de la vida	4.858.772.203	4.858.772.203	4.858.772.203	14.819.576.576	
Costes tangibles como	0,11	0,19	0,20	0,76	

% PIB				
Costes				
tangibles por	27,6	46,9	48,8	183,9
persona (€)				

Fuente: Estudio del impacto de la VG en España.

* "Otros costes" se refieren, por ejemplo a la situación de vulnerabilidad económica de las víctimas y sus familiares, las necesidades de alojamiento, actuaciones desarrolladas por el 3º sector (asociaciones y organizaciones) y costes de las administraciones no encuadradas en los otros epígrafes.

Como se observa en la Tabla 2.1, los costes tangibles fluctúan desde los 1.281.012.528 euros (en la estimación más conservadora) a los 8.540.891.420 euros (en la estimación más elevada). Estos datos suponen un tanto por ciento del PIB de entre el 0,11% y el 0,76%. Los tres sectores analizados aglutinan el 98% de los costes anuales, distribuyéndose de la siguiente manera: itinerario laboral, un 42,6%, el sanitario 29,1% y el legal 26,3%. Por último, si nos centramos en el tipo de agente sobre el que recae el coste, se obtiene que el sector público es el que soporta el mayor peso de los gastos de la violencia, el 57,2%, seguido de la sociedad en general, con un 42,6% y las víctimas con un 0.2%.

2.4. Cifras mortales de la violencia de género en España

Como se desprende de los datos anteriores, la VG continúa siendo un problema social y también de salud pública con graves repercusiones y secuelas, no sólo en las mujeres y sus hijas e hijos que viven esa situación de violencia, sino como sociedad en general. Una sociedad que cada año tiene que afrontar una media de 60 asesinos nuevos, la mayoría sin antecedentes penales previos. Desde 2003 hasta 2020, 1.078 hombres han

asesinado en España a su pareja o ex-pareja, por una cuestión de género⁴, tal y como se recoge en la Figura 2.1.

Figura 2.1

Hombres que han asesinado a su pareja o ex-pareja en los últimos 18 años



Elaboración propia con datos obtenidos de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género

Otras de las víctimas mortales de esta violencia son los hijos e hijas de las mujeres que sufren VG. En España, se tienen registros de estos asesinatos desde 2013. En la mayoría de las ocasiones, los hombres que matan a sus descendientes lo hacen para dejar en la madre un dolor tan intenso y una culpabilidad de la cual, probablemente, no se recuperarán en toda su vida. Entre 2013 y 2020, se han asesinado a un total de 37 menores, 35 lo fueron por su padre y 2 por el hombre que tenía una relación con la madre⁵, como se puede observar en la Figura 2.2.

⁴ https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/VMortales_04_01_2021.pdf

⁵ https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMenores/docs/Vmortalesmenores_2020_15_06.pdf

Figura 2.2

Menores asesinados/as por su padre o pareja de la madre en los últimos 8 años



Elaboración propia con datos obtenidos de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género

El asesinato de menores como acto de castigo o venganza hacia las mujeres, es el acto más grave y execrable con el que se puede atentar contra una persona, pero antes de llegar a este momento, muchas mujeres viven un calvario que, en la mayoría de los casos, deja secuelas psicológicas y, en algunos casos, consecuencias físicas para toda su vida.

2.5. Tipología de violencia de género en la pareja

La Asamblea General de Naciones Unidas en su Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993), en su artículo primero, alude dentro de este tipo de violencia a la violencia física, sexual y psicológica, las amenazas de tales actos, las coacciones y/o la privación arbitraria de la libertad, aunque sin definir que abarca cada una de ellas. La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, en su artículo 1.3, hace la misma referencia a lo que entiende por VG, aunque tampoco ahonda en la concreción de esos actos. Por último, el

Instituto de la Mujer enumera una serie de actos que se incluirían en cada una de estas categorías de violencia (física, psíquica y sexual), aclarando que estas 3 formas de violencia suelen combinarse en las relaciones de pareja⁶. Las definiciones que encontramos se pueden resumir en:

- Violencia física: Comprende cualquier acto, no accidental, que provoque o pueda producir dolor, lesiones o daño en el cuerpo de la mujer, tales como: bofetadas, golpes con el puño o contra objetos, palizas, heridas, fracturas, quemaduras, empujones, tirones de pelo, patadas, mordeduras, estrangulamiento, pellizcos, arañazos, puñaladas, entre otras, y la más grave, el asesinato.

- Violencia psíquica: Incluye aquellos actos o conductas verbales, o no verbales, que producen desvalorización o sufrimiento en las mujeres. Pueden comprender las amenazas de daño físico, las humillaciones en público o privado, las vejaciones, la intimidación, la exigencia de obediencia o sumisión, el tratar de convencerla de que ella es la culpable de cualquier problema, avergonzarla, chantajearla, asustarla y/o vigilarla. Se incluyen conductas verbales coercitivas como los insultos. Así mismo, se considera violencia psíquica, el aislamiento, el control de todos sus movimientos, el descalificar o ridiculizar su propia opinión o el pedirle el acceso a determinados recursos que necesite (Follingstad y Dehart, 2000).

- Violencia sexual: Se produce siempre que se imponga o se coaccione a la mujer a mantener una relación sexual en contra de su voluntad. También cuando la mujer acepta tener relaciones sexuales por temor a la reacción de su pareja y/o sea obligada a realizarlas sin protección. Se incluye realizar actos sexuales que ella considere degradantes o

⁶ https://www.inmujeres.gob.es/areasTematicas/AreaSalud/Publicaciones/docs/GuiasSalud/Salud_XII.pdf

humillantes (García-Moreno et al., 2005; OMS, 2014). También se considera violencia sexual los comentarios o insinuaciones sexuales no deseados (Jewkes et al., 2002).

- Violencia económica: En la actualidad se incluye un cuarto tipo de violencia recogido en la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género de la Junta de Andalucía, que en su artículo 3.d), incluye la violencia económica como:

..."la privación intencionada y no justificada legalmente de recursos, incluidos los patrimoniales, para el bienestar físico o psicológico de la víctima, de sus hijos o hijas o de las personas de ella dependientes, o la discriminación en la disposición de los recursos que le correspondan legalmente o el imposibilitar el acceso de la mujer al mercado laboral con el fin de generar dependencia económica" (pp. 9-10).

En este caso, el varón no dejaría que la mujer controlase los recursos de la economía familiar, limitándole el dinero, o haciéndole entrega de cantidades insuficientes para el mantenimiento de la familia. También incluiría la culpabilización de no saber administrar bien el dinero o el impedirle que trabaje para que no tenga independencia económica.

Otras autoras (Ali et al., 2016) en una revisión de los artículos sobre violencia en la pareja, han clasificado esta violencia según tres parámetros: a) forma de maltrato (física, psicológica o sexual); b) el tipo de violencia ejercida (tipología de Johnson: violencia de control coercitivo; resistencia violenta; violencia de pareja situacional; violencia de control mutuo y violencia instigada por la separación. Y la tipología de Johnston: maltrato masculino episódico; violencia generada por la separación; violencia interactiva controlada por el varón; reacciones psicóticas y paranoicas); c) la persona que la perpetra (hombre o mujer). Dentro de la categoría "tipo de violencia ejercida" una de las que señalan es la

"violencia de control coercitivo". Este tipo de violencia combina el control, la coerción, el maltrato emocional y la manipulación con la perpetración de la violencia física, con el objetivo de tener a la víctima vigilada y sometida. El incumplimiento de lo establecido por el maltratador lleva aparejado el desarrollo de algún tipo de conducta intimidatoria o maltrato físico por parte de éste. Debido a las restricciones sistemáticas a su libertad e independencia, las mujeres se van alejando de sus amistades, familiares y de cualquier recurso de ayuda o apoyo (Logan y Raphael, 2007). El control coercitivo puede infundir miedo, incluso en ausencia de violencia física, y puede continuar después de que termina la relación (Crossman y Hardesty, 2018).

2.6. Secuelas de la violencia de género en supervivientes y descendientes

Desde hace tiempo, las investigaciones existentes confirman la hipótesis de que las mujeres que han sufrido una situación de abuso y violencia en sus relaciones de pareja heterosexuales, informan de problemas de salud física y mental y de una percepción baja de su calidad de vida (Black, 2011; Breiding et al., 2008; Carbone-López et al., 2006; Heise y García-Moreno, 2002; Plichta, 2004; Woods et al., 2008), afectando a la mayoría de sistemas del cuerpo humano, incluyendo el sistema inmune (Woods et al., 2005). Estos efectos negativos sobre la salud de las mujeres se pueden encontrar tanto a corto, como a largo plazo (Bonomi et al., 2007; Bott et al., 2012; Campbell, 2002; Domenech del Rio y Sirvent Garcia del Valle, 2017; Ellsberg et al., 2008; Rollstin y Kern, 1998).

Igualmente, los estudios confirman que, menores con exposición a la VGH, presentan problemas físicos, psicológicos, de comportamiento y emocionales en una probabilidad de hasta 3,7 veces más, que menores sin esa exposición, lo que interfiere en su

desarrollo infantil (Holt et al., 2008; Hungerford et al., 2012; Levendosky et al., 2012; Martinez-Torteya et al., 2009)

En los siguientes apartados se repasarán los resultados de algunos de los estudios que han abordado estos efectos negativos sobre la salud de las mujeres supervivientes de la VGP y de sus descendientes, sin pretender hacer una revisión sistemática de toda la literatura que sobre esta cuestión existen.

2.6.1. Efectos en la salud física

Algunos de los efectos en la salud física suelen ser producto directo y repetitivo de las agresiones físicas y sexuales infringidas a las mujeres, desde puñetazos, patadas, cabezazos en diferentes zonas del cuerpo, también, tirones de pelo o guantazos, hasta la agresión sexual. Los problemas de salud física que se presentan con una frecuencia significativa entre las mujeres que sufren violencia, frente a las que no, van desde el dolor de cabeza, el dolor de espalda, el dolor pélvico crónico, las infecciones vaginales, hasta los problemas digestivos (Black, 2011; Campbell, 2002; Coker, 2000; Eberhard-Gran et al., 2007). Resultado del maltrato psicológico y del estrés continuado de la situación de violencia, Coker (2000) encontró efectos negativos en la salud física como la artritis, las migrañas, el colon irritable o las diarreas. Pero el dolor crónico es el problema de salud física significativamente más asociado a la VGP (Dillon et al., 2013; Kendall-Tackett et al., 2003; Loxton et al., 2006; Ruiz-Perez et al., 2007). Este dolor crónico llega a ser incapacitante hasta 20 meses después de abandonar la situación de violencia (Wuest et al., 2010).

Woods et al. (2008) concluyeron que existían relaciones positivas entre todos los tipos violencia sufrida por la mujer en su relación de pareja (física, psicológica-emocional,

sexual, las amenazas de violencia y el riesgo de homicidio) y problemas neuromusculares, de sueño, de estrés y ginecológicos y que, a mayor severidad del maltrato, se observaban más síntomas.

Estudios recientes muestran una asociación entre lesiones cerebrales a causa de los golpes recibidos en la cabeza y el estrangulamiento, con el daño en la estructura y la conectividad de las neuronas, que desemboca en un deterioro cognitivo y problemas físicos y psíquicos a largo plazo (Campbell et al., 2018). La prevalencia de mujeres maltratadas que sufrieron una lesión cerebral a causa de los golpes recibidos, oscila entre el 60% al 92% (St. Ivany y Schminkey, 2016), encontrándose diferencias estructurales cerebrales en el área, volumen y grosor cortical, y alteraciones en las regiones parietal, occipital y límbica entre mujeres supervivientes de la violencia, y aquellas que no habían sufrido violencia (Daugherty et al., 2020; Valera y Kucyi, 2017). La gravedad de la lesión cerebral se asoció negativamente con medidas de memoria, aprendizaje y flexibilidad cognitiva (Valera y Berenbaum, 2003).

2.6.2. Efectos en la salud psíquica de mujeres supervivientes

El sufrir cualquier tipo de violencia mencionada anteriormente, en la mayoría de los casos, lleva aparejada una serie de secuelas psíquicas, que van a depender del tipo de violencia sufrida, la intensidad, la temporalidad y la proximidad de la misma. Así lo reflejan muchos estudios que se llevan realizando durante los últimos 40 años. Una de las investigadoras referentes en esta materia es Leonore Walker (1979), que introdujo la relación entre el maltrato al cual se sometía a las mujeres y el concepto de indefensión aprendida de Maier y Seligman (1976). Walker extrapola este concepto a la relación de maltrato en la pareja. La mujer experimenta la indefensión aprendida cuando no hay una

relación entre la respuesta que ella genera y el resultado esperado, y siempre dentro de lo que ella identificó como el ciclo de la violencia (Walker, 1979). Todo lo anterior lo encuadró dentro del "Síndrome de la Mujer Maltratada". La autora observó que las víctimas de VGP experimentaban reacciones de estrés que podían ser diagnosticadas dentro de la categoría del trastorno de estrés postraumático (TEPT), pero incluyó una subcategoría, la del Síndrome de la Mujer Maltratada, para explicar algunos efectos psicológicos específicos. Las mujeres presentaban los 3 criterios que definen a un trastorno de estrés postraumático (reexperimentación del trauma, alta excitación y entumecimiento emocional y evitación), pero distinguió otros efectos que ocurrían de forma reiteradas en estas mujeres: a) la falta de relaciones interpersonales asociadas al poder que el maltratador ejercía tanto de control como de aislamiento; b) una imagen corporal distorsionada; y c) unas enfermedades físicas y problemas sexuales que se podían prolongar a lo largo del tiempo. Además, se describían como característicos altos niveles de ansiedad, miedos y ataques de pánico, depresión y otros síntomas clínicos, incluida una hipervigilancia a las señales de que un episodio de violencia, pudiera desencadenarse (Walker, 2009). En 1993, Dutton y Painter, se plantean una redefinición de esta terminología al entender que, no todas las mujeres encajaban en este perfil, y que las reacciones psicológicas, como respuesta al trauma, también variaban a lo largo del tiempo.

Golding (1999) realiza una revisión de la literatura sobre la prevalencia de problemas mentales entre las mujeres con una historia de maltrato de la pareja. Destaca el TEPT como el problema que más se detecta (63,8% de los estudios), seguido de la depresión (46,6% de los estudios). La autora concluye que, sufrir VGP, aumenta el riesgo de desarrollar problemas de salud mental, y por tanto, que la forma de conceptualizar estos problemas merecía especial atención. Estos resultados se mantienen constantes a lo largo

del tiempo, en lo que a la investigación de la VGP se refiere, y así se comprueba en las diferentes revisiones sistemáticas sobre las repercusiones en la salud psíquica de las mujeres que experimentan VGP.

En 2012, Beydoun et al., llevan a cabo una revisión sistemática y un meta-análisis de las investigaciones publicadas en inglés entre 1980 y 2010, sobre la relación entre la VGP y determinados trastornos relacionados con la depresión. Los resultados muestran que, la mayoría de los estudios, encuentran una asociación positiva moderada y fuerte, entre sufrir VGP y la depresión. Existe un riesgo incrementado entre 2 y 3 veces del trastorno depresivo mayor, y de 1,5 a 2 veces un riesgo de síntomas elevados de depresión y de depresión posparto entre mujeres con maltrato, frente a aquellas que no lo sufrieron.

Por otra parte, Dillon et al. (2013), realizan otra revisión sistemática de manuscritos publicados entre enero de 2006 y junio de 2012, teniendo en cuenta tanto los estudios cuantitativos como los cualitativos. Concluyen que los problemas de salud mental asociados a la VGP incluyen depresión, TEPT, ansiedad, autolisis y trastornos del sueño. Por último, cabe señalar la revisión de Delara (2016), que incluía manuscritos en lengua inglesa desde enero de 1990 hasta el 19 de febrero de 2015, y en donde se estudiaban las consecuencias en la salud mental de las mujeres sometidas, únicamente a violencia física. La autora concluye que la violencia física es la que más sufren las mujeres, pero que los resultados en su salud mental no están lo suficientemente estudiados. Los problemas mentales asociados a este tipo de violencia que se identifican incluyen los trastornos del estado de ánimo, de ansiedad, de uso y abuso de sustancias y los intentos de suicidio. Identifica determinados factores que incrementan la probabilidad de sufrir depresión o ansiedad en mujeres sometidas a violencia física como son, el haber sido abusada en la infancia, la exposición a la violencia parental, la naturaleza y la auto-interpretación de la

victimización, las estrategias de afrontamiento y/o la falta de apoyo social. Por otra parte, aunque el TEPT junto con la depresión son los problemas de salud mental más estudiados, es poco probable encontrarlos de forma separada, normalmente hay una comorbilidad entre ambos (Chandra et al., 2009; Pico-Alfonso et al., 2006).

En relación al TEPT, uno de los primeros estudios fue realizado por Houskamp y Foy (1991). Estos autores encontraron una relación entre la intensidad y el tipo de violencia ejercida sobre las mujeres con la severidad en los síntomas del TEPT. Posteriores estudios confirman que, las mujeres supervivientes de VGP, tienen una probabilidad entre 2,3 y 3 veces mayor de desarrollar TEPT al compararlas con mujeres sin una historia de VGP (Fedovskiy et al., 2007; O'Campo et al., 2006). Las mujeres que sufren más de un tipo de violencia, y ésta es más severa, próxima, frecuente y crónica, muestran un número mayor de síntomas de enfermedad mental (Avdibegovic y Sinanovic, 2006; Bonomi et al., 2006; Eshelman y Levendosky, 2012; Ludermir et al., 2008; Meekers et al., 2013; Savas y Agridag, 2011; Straus et al., 2009). Por otra parte, trabajos realizados sobre TEPT y déficit neuropsicológicos en mujeres supervivientes de VGP, concluyen que existen dificultades cognitivas graves que afectan a su vida cotidiana, sobre todo en aquello relacionado con problemas de memoria, habilidades visoconstructivas, atención, procesamiento del dolor, concentración y función ejecutiva (Fonzo et al., 2010; Hidalgo-Ruzzante et al., 2012; Strigo et al., 2010).

Sin embargo, el TEPT no resulta una categoría explicativa completa para la sintomatología que presentan las supervivientes de VGP. La autora Judith Herman (1992) señaló un forma compleja del TEPT en supervivientes de traumas prolongados y repetidos que ha sido desarrollada y aceptada por la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) dentro de la categoría diagnóstica de Trastorno de Estrés Postraumático Complejo (TEPT-C).

Según la CIE-11 (OMS, 2019), el TEPT-C abarcaría los síntomas del TEPT y tres grupos adicionales de síntomas que reflejarían alteraciones en la auto-organización de la persona y que incluirían: 1) desregulación afectiva, 2) autoconcepto negativo, y 3) alteraciones en las relaciones interpersonales (Brewin, 2020; Cloitre et al., 2013).

A la hora de estudiar el efecto concreto de cada tipo de violencia en el deterioro de la salud mental de las mujeres, uno de los primeros problemas es la conceptualización, medición y separación de cada categoría de violencia. Algunos estudios sugieren que la violencia psicológica tiene tantos efectos negativos en la salud de las mujeres como la violencia física o la sexual (Blasco-Ros et al., 2010; Coker et al., 2002; Lawrence et al., 2009). Aunque teóricamente se pueden conceptualizar de forma separada cada tipo de violencia, en la realidad, la violencia física, psicológica y sexual terminan superponiéndose. Algunas investigaciones señalan que, la agresión psicológica, funciona como antecedente y correlaciona con la agresión física o sexual (Lawrence et al., 2009). Se ha observado que, aquellas mujeres que habían sufrido los tres tipos de violencia (física, sexual y psicológica), tenían hasta 9 veces más probabilidad de presentar síntomas del TEPT, que las que sólo habían padecido uno de ellos (Houry et al., 2007). Si se comparan mujeres que sufrían tanto violencia física como sexual, frente a las que sufrían sólo violencia física, se observa que el primer grupo tenía niveles más altos de síntomas de TEPT y depresión que el segundo (Amor et al., 2002; Bennice et al., 2003; Bonomi et al., 2007; Domenech del Rio y Sirvent Garcia del Valle, 2017; Jewkes et al., 2002). Coker et al. (2000) encuentran que, el 33,6% de las mujeres que habían experimentado ambas violencias (física y sexual), presentaban una discapacidad que les impedía trabajar. Sin embargo, la violencia que por sí misma da cuenta del TEPT y conlleva más síntomas del mismo, es la violencia sexual (Bennice et al., 2003; Bonomi et al., 2007).

Otro de los efectos vinculados al hecho de vivenciar VGP es la de tener pensamientos o intentos de suicidio (Bradley et al., 2005; Devries et al., 2013; Jones et al., 2001; Kaslow et al., 1998; Kramer et al., 2004; Leiner et al., 2008; McLaughlin et al., 2012; Thompson et al., 1999; Weaver et al., 2007). Stark y Flitcraft (1995) ya sugerían que el maltrato podría ser la causa más importante de suicidio femenino. Devries et al. (2011), realizan un estudio sobre VGP en 13 países diferentes y señalan que, uno de los factores de riesgo para realizar un intento de suicidio, es la VGP, también el abuso sexual infantil y el tener una madre la cual hubiere experimentado violencia por parte de su pareja. Las mujeres sometidas a violencia física, sexual o a ambas, tenían hasta tres veces más de probabilidades de tener pensamientos suicidas y hasta 4 veces más probabilidades de intentar llevarlos a cabo (Ellsberg et al., 2008).

Muchos de los efectos negativos en la salud física y psicológica de las mujeres son severos y se mantienen a largo plazo, sobre todo el TEPT (Bonomi et al., 2007; Bott et al., 2012; Campbell, 2002; Domenech del Rio y Sirvent Garcia del Valle, 2017; Ellsberg et al., 2008; Rollstin y Kern, 1998). Pocos estudios han evaluado a mujeres años después de abandonar la relación violenta, para evaluar esas secuelas. Uno de estos estudios es el de Woods (2000), que realiza sendos estudios transversales, con 102 mujeres supervivientes de la violencia. En sus conclusiones refleja que, más de la mitad de estas mujeres, presentaban síntomas del TEPT incluso 6 y 9 años después de salir de la situación de violencia.

Estos resultados se han observado y son generalizables a diferentes culturas, edades y países (Blasco-Ros et al., 2010; Bott et al., 2012; Chan et al., 2010; Domenech del Rio y Sirvent Garcia del Valle, 2017; Ellsberg et al., 2008; Habib et al., 2011; Helweg-Larsen,

2013; Meekers et al., 2013; Pico-Alfonso et al., 2006; Sabri et al., 2013; Thabet et al., 2015).

2.6.3. Efectos en la salud psíquica de descendientes

Los niños y las niñas que viven en un hogar donde su madre sufre VG también son víctimas y supervivientes de esa violencia. En este caso, ya sea porque se les maltrata directamente, o porque están presentes cuando el padre maltrata a la madre. También son víctimas por vivir en primera persona las consecuencias físicas y psicológicas que la VGH deja sobre sus madres (Artz et al., 2014; Graham-Bermann et al., 2007). Los estudios muestran una asociación positiva entre la exposición y severidad de la VGH y el desarrollo de síntomas de TEPT, problemas de internalización (conductas de inhibición, miedo, depresión y ansiedad) y de externalización (problemas conductuales, antisociales y de agresividad) (Evans et al., 2008; Jarvis et al., 2005; Margolin y Vickerman, 2007).

Por otro lado, se encuentra una relación significativa entre los problemas de salud mental desarrollados por las madres y los de sus descendientes, donde según la teoría del TEPT relacional, la retroalimentación conjunta aumenta los síntomas traumáticos (Bogat et al., 2006; Eshelman y Levendosky, 2012). Por otra parte, los niños y niñas a quienes se les expone a VGH presentan menos problemas conductuales, cuanto mejor es el ajuste psicológico de sus madres (Hungerford et al., 2012; Johnson y Lieberman, 2007; Ybarra et al., 2007).

Otro tipo de problemas que aparecen en menores con exposición a VGH están relacionados con la modalidad de apego que desarrollan. Las investigaciones previas afirman que, la probabilidad de desarrollar un apego inseguro y desorganizado, aumentan cuando a los niños y niñas se les expone a situaciones de violencia, donde las figuras de

apego, se convierten en amenaza, fuentes de miedo y estrés, en vez de mostrarse como un espacio seguro (Grip et al., 2012; Hesse y Main, 2006). Los estilos de apego inseguros y desorganizados tienden a ser relativamente estables y se mantienen hasta la edad adulta (Fraley, 2002). El apego desorganizado predice significativamente puntuaciones más altas, tanto en los síntomas del TEPT de la categoría de evitación, como en la de reexperimentación (MacDonald et al., 2008).

2.7. Factores de riesgo que incrementan los efectos negativos en la salud

Como se ha mencionado anteriormente, los primeros factores de riesgo que incrementan el desarrollo de problemas de salud física y psicológica son la duración, proximidad y severidad de la violencia sufrida. Cuanto más tiempo esté sometida una mujer a la violencia, más problemas de salud presentará. La proximidad de la violencia, también predice un peor estado de salud. Por último, existe una correlación positiva y significativa entre la severidad de la violencia y la intensidad de los síntomas del TEPT y el deterioro en el bienestar de las mujeres (DeJonghe et al., 2008; Pico-Alfonso, 2005; Straus et al., 2009). Otro aspecto que predice un mayor deterioro en la salud mental de estas mujeres es la amenaza, tanto de sufrir violencia, como de ser asesinada (Straus et al., 2009; Woods y Isenberg, 2001).

La exposición a estímulos traumáticos y violentos en la infancia incrementa el riesgo posterior a ser víctima de violencia de género, y este riesgo se incrementa según el número de experiencias adversas infantiles (Graham-Bermann et al., 2011; Whitfield et al., 2003). Hay investigaciones que indican que una historia de abuso físico y sexual en la infancia está asociado con un mayor riesgo de ser víctima de violencia física, sexual y psicológica por parte de la pareja (Al-Modallal et al., 2008; Becker et al., 2009; Black et al.,

2001; Bradley et al., 2005; Coid et al., 2001; Daigneault et al., 2009; Dilillo et al., 2001; Krause-Utz et al., 2018; Pico-Alfonso et al., 2008; Thompson et al., 2006; Yan y Karatzias, 2020; Yoshihama y Horrocks, 2010). Incluso, el presenciar actos de VG en la infancia, el ver al padre maltratando a la madre, también incrementa esta vulnerabilidad de revictimización y peor estado de salud mental al mismo nivel que si hubieran estado expuestas a esa violencia (Bott et al., 2012; Ehrensaft et al., 2003; Gass et al., 2011; Gover et al., 2008; Kumar et al., 2005). En concreto, las mujeres que sufrieron abuso físico en la infancia, o presenciaron violencia parental, tienen un riesgo de cuatro a seis veces mayor de sufrir VG física (Bensley et al., 2003). Sin embargo, estas autoras concluyen que las mujeres que habían sufrido abuso sexual infantil, no tenían un mayor riesgo de sufrir VG.

Por otro lado, se ha estudiado la relación entre los acontecimientos de maltrato en la infancia, el maltrato en la pareja en la edad adulta y la salud física y mental. Las mujeres que habían sido sometidas a cualquier tipo de violencia familiar en su infancia, tenían una peor salud tanto física como mental (Bensley et al., 2003). Aquellas mujeres que sufrían maltrato por parte de su pareja, y además tenían una historia de abuso sexual infantil, presentaban una mayor severidad en la sintomatología del TEPT (Astin et al., 1995; Krause-Utz et al., 2018; Messman-Moore et al., 2000; Schaaf y McCanne, 1998). Una explicación para entender estos resultados es el efecto acumulativo de los acontecimientos traumáticos a lo largo de la vida (Anderson et al., 2003; Kennedy et al., 2017; Pico-Alfonso, 2005).

Con respecto a descendientes, igualmente hay una relación positiva entre la severidad, duración y la exposición a la VGH con los problemas de adaptación que pudieran presentar (Hungerford et al., 2012). Algunos estudios revelan que la exposición a la VGH durante los 3 primeros años de vida está asociada con mayores conductas de

externalización (trastorno desafiante, agresividad o hiperactividad) (Fong et al., 2019; Minze et al., 2010). Sin embargo, el principal factor que incrementa los efectos negativos de la VGH se relacionan con el vínculo y el estado psicológico de la madre y, más concretamente, con los síntomas del TEPT. Los síntomas maternos de TEPT, la depresión y la ansiedad correlacionaron positivamente con los problemas conductuales y emocionales de sus menores (Huth-Bocks y Hughes, 2008; Jarvis et al., 2005; Lieberman et al., 2005). Una de las razones que podría explicar esta relación es la incapacidad de la madre de detectar los sentimientos negativos, como la tristeza, que manifiestan sus menores (Johnson y Lieberman, 2007). Reducir los problemas psicológicos de la madre, no sólo mejoraría su funcionamiento cotidiano, sino que beneficiaría significativamente el comportamiento y la salud psicológica de sus menores disminuyendo, así, uno de los factores de riesgo (Graham-Bermann et al., 2011).

2.8. Factores que disminuyen los efectos negativos en la salud

El apoyo social percibido es una de las variables que disminuyen los efectos negativos de la VG en la salud de las supervivientes, además de aumentar la probabilidad de que las mujeres tomen medidas para combatir la violencia (Anderson et al., 2012; Bradley et al., 2005; Coker et al., 2002; Escribà-Agüir et al., 2010; Mburia-Mwalili et al., 2010; Sanchez-Lorente et al., 2012). Se ha observado que, aquellas mujeres supervivientes que informaban de tener un buen apoyo social, presentaban menos problemas de salud mental que aquellas que no lo tenían y, además, el riesgo de una nueva victimización disminuía (Bybee y Sullivan, 2002; Bybee y Sullivan, 2005; Kumar et al., 2005). Altas puntuaciones en apoyo social están asociadas con una reducción significativa, casi a la mitad, del riesgo percibido de problemas de salud mental (Coker et al., 2003). En concreto,

el apoyo social y emocional está relacionado negativamente con la depresión y positivamente con la mejora en la calidad de vida de las supervivientes (Anderson et al., 2003; Coker et al., 2002). En 1995, Astin et al., observaron una correlación negativa entre el apoyo social y los eventos vitales positivos con los síntomas del TEPT. Beeble et al. (2009), estudiaron el apoyo social de mujeres que hacía dos años que habían abandonado la situación de violencia y concluyeron que, por un lado, el apoyo social era un factor de protección, el cual correlacionaba negativamente con los intentos de suicidio (igual resultado obtuvo Coker, et al., 2002), y por otro lado, que las mujeres con experiencias de abuso grave y poco apoyo social tenían más secuelas a largo plazo, y éstas eran más severas. Estas mujeres que informaron de un maltrato más severo tenían menos probabilidad de beneficiarse de los diferentes factores protectores como el apoyo social (Carlson et al., 2002). Otros estudios afirman que, dentro de los apoyos sociales, sólo el tamaño de la red familiar mitiga las consecuencias negativas en la salud autopercebida de estas mujeres (Escribà-Agüir et al., 2010).

También se han estudiado determinados factores personales que contribuyen a la disminución del deterioro de la VG en la salud de las mujeres, como son la resiliencia y el crecimiento postraumático (Anderson et al., 2012). Jose y Novaco (2016) concluyen que, una mayor resiliencia está asociada con un menor estrés percibido y menores síntomas de patologías relacionadas con el estado de ánimo, una vez controlado el historial de abuso y el apoyo social. Los principales factores que se asocian con el aumento de la resiliencia son los indicadores de apoyo social (cantidad y fortaleza de vínculos o lazos sociales). Las mujeres que contaban con redes de ayuda para afrontar las dificultades derivadas de su situación (por ejemplo: conseguir dinero urgentemente o un lugar donde refugiarse), mostraban una mayor resiliencia. Aquellas que obtenían una respuesta negativa de apoyo

por parte de su familia, resultaban ser menos resilientes (Machisa et al., 2018). Otros factores asociados con la resiliencia son: una autoestima positiva, la percepción de control, la espiritualidad o el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas aunque aún no se ha establecido una relación entre ellas. Si se ha encontrado que la ausencia de dificultades económicas y una alta autoestima se asocian con un efecto amortiguador en la salud mental de las mujeres (Carlson et al., 2002).

En el caso de menores expuestos a VGH, las investigaciones se han centrado en tres factores: el apoyo dentro de la familia (por ejemplo, una relación positiva con la madre), apoyo de alguien de fuera de la familia y, por último, las características de personalidad de cada menor (Tajima et al., 2011). Un buen funcionamiento psicológico de la madre, junto con un patrón de maternidad positivo, caracterizado por mostrar sensibilidad, calidez y niveles apropiados de supervisión, sirven como factores de protección (Hungerford et al., 2012; Levendosky et al., 2002; Skopp et al., 2007). Cuando las madres mostraban más sintonía con los sentimientos de sus menores, se presentaban menos problemas de externalización (Johnson y Lieberman, 2007; Sturge-Apple et al., 2010). En relación con adolescentes, la comunicación y la confianza entre iguales moderaron la relación entre la exposición a la VGH y la depresión y la huida de casa (Tajima et al., 2011). Por otro lado, Levendosky et al. (2002) encontraron que el apoyo de iguales es un moderador importante del comportamiento abusivo, la comunicación negativa con la pareja y la victimización de quienes habían sufrido o estaban sufriendo VGH.

2.9. Modelos explicativos de la violencia de género

Una vez revisados los efectos tan perniciosos que sobre la salud física y psicológica de las mujeres tiene un suceso vital tan traumático como es la VG, cabe preguntarse qué

mecanismos pueden explicar la ocurrencia y el mantenimiento de este tipo de violencia. Una de las primeras teorías explicativas sobre el funcionamiento de la violencia sobre las mujeres fue el denominado "ciclo de la violencia" formulado por Leonor Walker (1979). Para esta autora en toda relación violenta se podían observar 3 etapas:

1ª Aumento de la tensión acompañada de una sensación creciente de peligro: En esta fase hay una escalada gradual de tensión donde el maltratador manifiesta su disconformidad con las acciones de la mujer, pero sin llegar a la violencia física. Puede coaccionarla con insultos y/o amenazas haciéndole creer que ella es la culpable de su enfado y que es ella la que tiene que poner la solución para que él no se moleste. La mujer intenta calmarlo y va adecuando su comportamiento a los refuerzos positivos y negativos del maltratador.

2ª Episodio de maltrato agudo: La tensión sigue aumentando y la mujer cada vez teme más una respuesta de violencia aguda. Esta fase se caracteriza por la descarga incontrolable de las tensiones que se han ido acumulando durante la fase 1. En esta fase es donde la mujer puede resultar gravemente herida y donde son más probables las lesiones físicas. Este episodio termina cuando el maltratador ha descargado toda su tensión y fisiológicamente se calma. Con el tiempo, la mujer aprende a predecir el momento en que la violencia es inevitable, donde ya no hay escapatoria y todo está en manos del maltratador.

3ª Fase de reconciliación o de luna de miel. Esta fase se caracteriza porque el agresor se muestra profundamente amable, cariñoso, comprensivo y solicitando el perdón de la mujer, completamente arrepentido por su violencia y con la promesa de que no volverá a ocurrir. Es la etapa de los regalos y del recuerdo de los mejores momentos del noviazgo, para reforzar la relación. En esta fase no existe ningún comportamiento violento o amenazante para la mujer, aunque en ella queda un temor residual por la violencia vivida.

En la actualidad los modelos se centran en explicar la etiología de la VG a través de sistemas multifactoriales, basados en la interacción entre factores personales, situacionales y

socioculturales. Uno de los primeros fue el modelo ecológico para explicar el origen de la violencia sobre las mujeres propuesto por Heise (1998), a partir de la teoría ecológica de Bronfenbrenner (1979), y que desde 2003 fue asumido por la OMS. Este modelo establece 4 niveles de análisis, como se puede observar en la Figura 2.3.

1. Nivel Individual: Representa los factores de la historia personal que cada miembro de la pareja manifiesta, tanto en su comportamiento como a la relación.

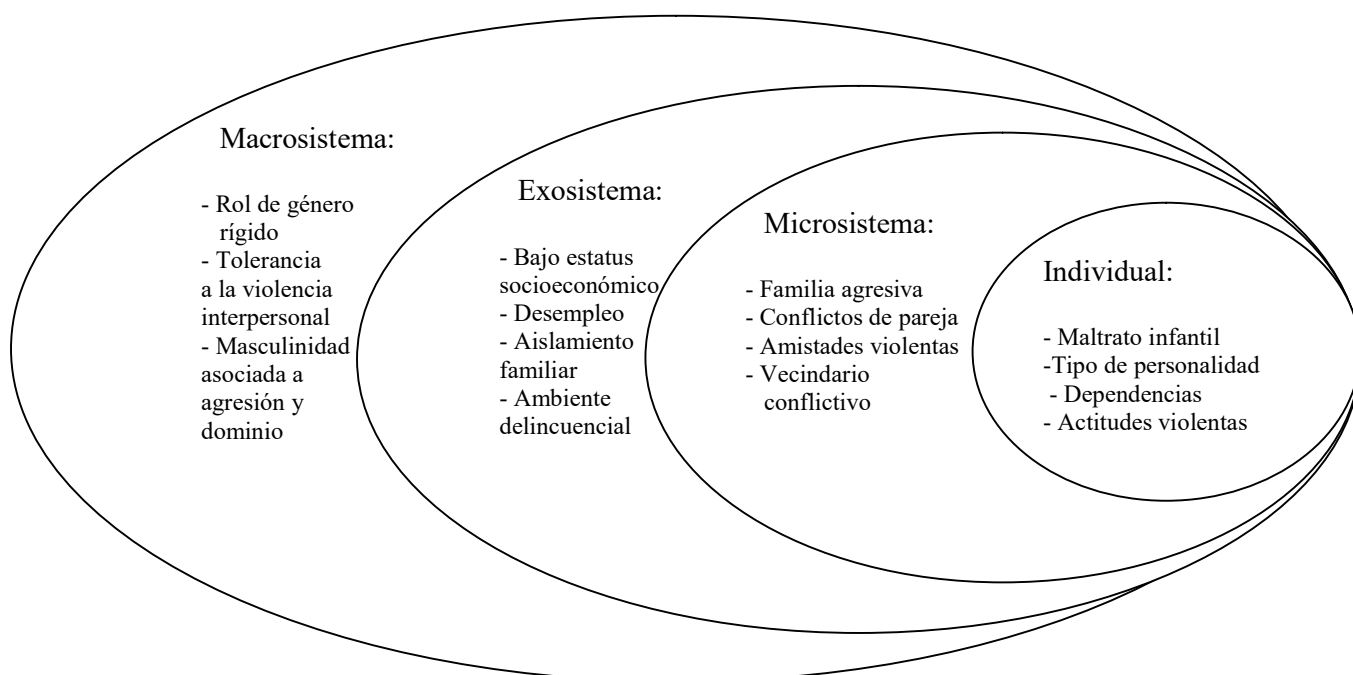
2. Nivel Microsistema (o de relaciones): Analiza el contexto próximo en el cual la persona se desenvuelve, como la familia, amistades, parejas, entre otros.

3. Nivel Exosistema (o de la comunidad): Abarca las instituciones y estructuras sociales tanto formales como informales donde se desarrolla el microsistema. Se exploran los contextos comunitarios donde se desenvuelven las personas como las relaciones laborales, el vecindario, las redes sociales y/o los grupos de iguales.

4. Nivel Macrosistema (o sociedad): Representa las opiniones y actitudes generales que impregnan la cultura en general.

Figura 2.3

Elaboración propia del modelo ecológico de Heise (1998)



Dentro de los modelos explicativos multicausales, Bosch y Ferrer (2013) proponen un modelo piramidal para explicar la etiología de la VGP (ver Figura 2.4). Este modelo consta de cinco etapas e incluye, además, un proceso de filtración que permite profundizar en el análisis de las diferencias entre varones que maltratan y los que no. En la base de la pirámide, se encontraría "la sociedad patriarcal", cuya ideología legitima el poder de los hombres y sus privilegios sociales con respecto a las mujeres. En el siguiente escalón de la pirámide se encontrarían "los procesos de socialización diferenciales", referidos a las normas sociales que indican qué es ser un hombre masculino y qué es ser mujer femenina, es decir, los mandatos de género. El mandato de género masculino (tradicional) incluiría características como el dominio, el poder, el éxito, la racionalidad, la autoconfianza, la protección, el control, entre otros rasgos, que le permitirían llevar a cabo su rol de proveedor. Por otro lado, el mandato de género femenino (tradicional) gira en torno, principalmente, al rol de cuidadora y responsable del bienestar de las demás personas. Incluye características como la abnegación, la renuncia a las propias aspiraciones, la necesidad de protección y la dependencia de otra persona.

El tercer nivel, lo constituirían "las expectativas de control", es decir, una vez establecidos los mandatos de género, se esperaría que cada género respondiera a esas expectativas. El estereotipo masculino considera legítimo el control sobre las mujeres y todo su entorno (amistades, sexualidad, economía o trabajo). En el cuarto escalón se encontrarían "los eventos desencadenantes", referidos a todo aquel acontecimiento que pudiera provocar una inseguridad y un miedo a perder el control por parte del varón tradicional que despliega todo tipo de estrategias para recuperarlo, incluyendo la violencia. El maltratador se siente legitimado para usar la violencia en pos de recuperar su rol de género y el control. En este momento se produciría el "estallido de la violencia", último nivel de la pirámide. Se produce la violencia física, psicológica, sexual y/o económica.

Por último, las autoras refieren un "proceso de filtraje o fuga" que consistiría en posicionarse de forma diferente en la pirámide en cada uno de los escalones, y decidir salir de esa pirámide para no proseguir en la escalada, y así no concluir en la violencia.

Figura 2.4

Elaboración propia del modelo piramidal de Bosch y Ferrer (2013)



2.10. El sexismo como factor de perpetración de la violencia de género

Como se ha podido observar en los epígrafes anteriores, la VG supone un problema social y de salud pública con importantes costes, no sólo económicos, sino también sociales y personales, de ahí que su prevención resulte primordial. Las variables que han resultado más acertadas a la hora de predecir comportamientos relacionados con la perpetración de la VG, han sido aquellas que se han centrado en las actitudes sexistas. El sexismo se define como una actitud dirigida a las personas en virtud de su pertenencia a un determinado sexo

biológico, en función del cual se asumen diferentes características y conductas (Lameinas 2004). Las actitudes sexistas, tienen su base en los estereotipos de género que atribuyen comportamientos más agresivos y violentos a hombres que a mujeres (Delgado Alvarez et al., 2012). Glick y Fiske (1996) desarrollaron su teoría del sexismo ambivalente diferenciando un sexismo con un componente hostil y otro benévolo. Según esta teoría, ambas categorías de sexismo (hostil y benévolo) compartirían 3 dimensiones (el paternalismo, la diferenciación de género y la heterosexualidad). En la Tabla 2.2 se muestran las diferencias entre ambas categorías en las 3 dimensiones.

Tabla 2.2

Diferencias en las dimensiones del sexismo hostil y benévolo de Glick y Fiske (1996)

Dimensiones	Sexismo Hostil (SH)	Sexismo Benévolo (SB)
Paternalismo (P)	P. Dominante: Las mujeres se representan como personas inmaduras, necesitadas de una figura masculina que las guíe.	P. Protector: Las mujeres se representan como débiles y dependientes necesitadas de protección.
Diferenciación de Género (DG)	DG. Competitiva: Se justifica socialmente el poder estructural de los varones que los legitima para ostentar los puestos de responsabilidad, mando y gobierno.	DG. Complementaria: Las mujeres poseen aquellos rasgos positivos que complementan al de los hombres y que están más relacionados con los cuidados y la sensibilidad (entrega, pureza, resignación...).

Heterosexualidad	Hostilidad Heterosexual: Se basa en la creencia que las mujeres usan su atractivo sexual para dominar a los hombres, percibiéndolas como seductoras y manipuladoras por lo que justifica que ellos usen la violencia sexual para dominarlas	Intimidación Heterosexual: Los hombres dependen de las mujeres para obtener la proximidad e intimidad sexual, lo que crea una situación contradictoria, en la cual el grupo dominante depende del grupo subordinado.
-------------------------	---	--

Los estudios muestran que puntuaciones altas en sexismo hostil (SH) correlacionan positivamente con la perpetración de VG y con la gravedad de la misma, siendo el mejor predictor para la agresión sexual (Allen et al., 2009; Anderson y Anderson, 2008; Boira et al., 2017; Dosil et al., 2020; Lynch y Renzetti, 2020; Malonda et al., 2018; Murnen et al., 2002). Existe una relación causal entre las actitudes sexistas y la perpetración de la VG, y se ha comprobado que la probabilidad de ejercer VG aumenta con la aceptación de las actitudes y creencias tolerantes con la VG (Flood y Pease, 2009).

Por lo tanto, intervenir desde la infancia eliminando las actitudes que legitiman las diferencias de comportamientos entre hombres y mujeres, posicionando a un sexo (hombre) por encima del otro (mujer), supondría un avance en la eliminación de la perpetración de la VG.

2.11. Programas de intervención frente a la violencia de género

La VG es un fenómeno complejo y estructural de las sociedades con un sistema político, económico y social fundamentado en el patriarcado, donde los estereotipos de

género delimitan y encorsetan las actuaciones de cada sexo. Por lo tanto, su intervención y prevención requiere actuar desde muy diversas instancias. En un primer momento, sería importante trabajar con la infancia y adolescencia, a través de programas educativos para detectar y eliminar los estereotipos de género (Díaz-Aguado, 2002), que como ya se ha mostrado anteriormente, están en la base de las manifestaciones más violentas de la VG. Una vez producida la VG, la intervención debería de dirigirse a las personas implicadas en esa experiencia. A continuación, se revisarán brevemente las intervenciones que se desarrollan con mujeres y sus descendientes para mejorar su calidad de vida y disminuir los efectos perniciosos de este tipo de violencia, tanto a nivel físico, psicológico, social, interpersonal y de adaptación a la vida cotidiana.

Las intervenciones más eficaces resultan ser aquellas que, a nivel familiar, trabajan con la díada madres-menores y, por otro lado, aquellas que se centran en las mujeres, ya sea con tratamientos individuales o grupales. Las intervenciones que se basan en las terapias cognitivo-conductuales han mostrados ser las más eficaces en el tratamiento individual para reducir los efectos negativos de la VG en la salud mental, como los síntomas del TEPT y la depresión. También son eficaces en disminuir la revictimización. Estas incluyen elementos de resolución de problemas y búsqueda de soluciones, el manejo del estrés, la terapia de exposición, y la reestructuración cognitiva relacionada con la culpa, la vergüenza y los pensamientos distorsionados sobre sí mismas (Johnson et al., 2011; Kubany et al., 2004; Trabold et al., 2020). Un ejemplo de este tipo de programas es el llevado a cabo en Estados Unidos, denominado HOPE (*Helping to Overcome PTSD through Empowermen*). Este programa está basado en el tratamiento cognitivo-conductual desarrollado por Herman (1992) que consta de 3 etapas para recuperar el trauma: 1) Establecimiento de la seguridad, 2) recuerdo y duelo, y 3) reconexión. Los resultados muestran que, disminuir los síntomas

del TEPT junto con el énfasis en el empoderamiento y la adquisición de recursos, reduce el riesgo de re-victimización (Johnson et al., 2011; Krause et al., 2006). Igualmente, se ha estudiado la eficacia de las terapias interpersonales, concluyéndose que ayudan a reducir los síntomas depresivos y la disfunción interpersonal, facilitando oportunidades para desarrollar determinadas habilidades sociales (Cort et al., 2014; Zlotnick et al., 2011).

En lo concerniente a terapias grupales, los grupos proporcionan a las mujeres una función reparadora. Las mujeres se sienten mejor al asociarse con otras mujeres y al recibir respuestas positiva y apoyo de sus iguales. Un ejemplo lo encontramos en el Programa de Empoderamiento de Mamás (*The Moms' Empowerment Program*). Este programa fue diseñado para que las mujeres hablaran y procesaran los efectos de la VG en ellas mismas y en sus menores, y abordar los problemas de crianza derivados de la VGH (Grogan-Kaylor et al., 2020). Esta intervención grupal ofrece información y asesoramiento sobre cómo resolver conflictos, comunicación asertiva, manejo del estrés y el control de las emociones. En lugar de centrarse en la psicopatología que pudieran presentar las mujeres, se centra en el fomento de sus relaciones interpersonales. El fin último de las reuniones es desarrollar el apoyo social y ampliar sus conocimientos sobre los recursos disponibles en la comunidad, favoreciendo su empoderamiento. Los resultados evidencian una reducción de los síntomas de TEPT significativo (Graham-Bermann y Miller, 2013). Otras intervenciones grupales también se han centrado en aumentar el apoyo social, la autoestima y el empoderamiento, obteniendo resultados positivos en autoestima, autopercepción, liderazgo y bienestar de las mujeres (Fuchsel y Brummett, 2021; Rayle et al., 2006; Serrata et al., 2016; Trabold et al., 2020).

En lo referente a la intervención con menores, existen una variedad de formatos, entre los que destacan, los que trabajan con menores únicamente, y aquellos que combinan

el trabajo con menores y las madres junto con las prácticas de crianza y educación, llevándose a cabo en sesiones individuales, grupales con iguales y/o familiares (con la madre). En los estudios que implementaron una combinación de intervenciones conjuntas y por separado, se puso de manifiesto que, dichas intervenciones, fueron las más exitosas a la hora de mejorar los síntomas del TEPT, la depresión, la autoestima, los problemas sociales y de adaptación de los niños y las niñas, así como para incrementar su apoyo social y autoeficacia (Anderson y van Ee, 2018). En las sesiones individuales pueden aprender y comprender, según su edad, la VGH, además de hablar abiertamente sobre sus experiencias y participar en actividades que promuevan la recuperación (Anderson y van Ee, 2018). Por otro lado, las intervenciones conjuntas han mostrado mejorar, a largo plazo, los problemas de externalización y actitudes sobre la violencia de los niños y las niñas (Graham-Bermann et al., 2007). Además, la mejora en la salud mental de las madres se asoció con una disminución de los síntomas del TEPT en sus menores, mostrándose como el mecanismo más importante de cambio en los problemas de sus hijas e hijos (Overbeek et al., 2017). Las madres que presentaban mayor autoestima, más confianza en sus habilidades de crianza, más control sobre el comportamiento de sus menores y eran más cariñosas, tenían hijos e hijas que experimentaban menos problemas emocionales y conductuales (Smith, 2016).

Capítulo 3. Justificación, objetivos e hipótesis

3. JUSTIFICACIÓN, OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La OMS (1996) establece que la violencia sobre las mujeres y las niñas constituye un problema de salud pública, estableciendo, desde ese momento, las bases empíricas sobre la magnitud, factores de riesgo y consecuencia de este tipo de violencia. Esta tesis doctoral pretende profundizar en las consecuencias a largo plazo de la VGP que pudieran mantenerse, tanto en las mujeres supervivientes como en sus descendientes, analizando también aquellas intervenciones que las propias protagonistas consideran más eficaces para su recuperación. También se pretende identificar factores relacionados con la perpetración de comportamientos violentos hacia las mujeres, con el fin de intervenir y disminuir su prevalencia. Por tanto, el objetivo general es profundizar en las consecuencias de la VG tanto en mujeres como en sus descendientes, además de identificar variables relacionadas con la manifestación de este tipo de violencia. Para ello, se han establecido 4 objetivos específicos que se corresponden con cada uno de los estudios empíricos realizados para esta tesis doctoral.

Objetivo 1: Comprobar si hay relación entre haber sobrevivido a una experiencia de violencia de género en la pareja y tener problemas de salud psicológica a largo plazo, identificando factores de riesgo y de protección para disminuir las consecuencias a largo plazo.

Se hipotetiza que experimentar VGP conlleva unos efectos psicológicos y emocionales que perduran a lo largo de la vida de las mujeres supervivientes, influyendo en su vida cotidiana. Estos efectos psicológicos no se encontrarían en mujeres que no han experimentado VGP, obteniendo diferencias significativas. También se hipotetiza que, determinados factores, pueden proteger o agravar los problemas de salud identificados.

Objetivo 2: Conocer las necesidades y apoyos de mujeres supervivientes de VGP, tanto durante la fase de violencia, como tras haber abandonado la relación, profundizando en sus estrategias de afrontamiento. Las preguntas de investigación se orientan a conocer:

1. Los cambios tras la experiencia.
2. Los apoyos en su recuperación.
3. Los obstáculos y necesidades percibidas.
4. Su situación actual.

Objetivo 3: Conocer las necesidades y apoyos de las hijas e hijos de mujeres supervivientes de VGP, estudiando sus estrategias de afrontamiento y su estado psicológico actual. Para ello se planten unas preguntas de investigación para conocer:

1. La incertidumbre ante su futuro.
2. Los cambios tras la experiencia.
3. Los apoyos en su recuperación.
4. Necesidades percibidas.
5. Situación actual.

Objetivo 4: Identificar factores que permitan predecir actitudes sexistas, que pudieran estar relacionados con comportamientos agresivos hacia las mujeres.

Se hipotetiza que determinadas variables relacionadas con la personalidad y las emociones, como la agresividad, la regulación emocional y la empatía pueden predecir actitudes sexistas.

**Capitulo 4. Estudio 1. Violencia de Género en la Pareja y sus
Consecuencias a Largo Plazo en la Salud Mental de las Mujeres.
Factores de Riesgo y Protección**

4. ESTUDIO 1. VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA Y SUS CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES. FACTORES DE RIESGO Y PROTECCIÓN

4.1. Introducción

En 1998 la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció que la violencia era un problema de salud pública y, más concretamente, aquella que se ejerce sobre las mujeres y las niñas, debido a los efectos físicos y psicológicos que se derivan de esta situación. A partir de entonces, el estudio de la violencia sobre la mujer por parte de la OMS, ha sido una constante, desempeñando un papel fundamental en la identificación la magnitud del problema, los factores de riesgo y las consecuencias de este tipo de violencia (OMS, 2014; 2016). La OMS, en su informe publicado en 2014, reconoce que *"la victimización de la violencia aumenta la vulnerabilidad a problemas emocionales, conductuales y físicos a lo largo de la vida"*.

Las investigaciones previas confirman la hipótesis de que, las mujeres que han sufrido una situación de abuso y violencia en sus relaciones de pareja heterosexuales, informan de mayores problemas en su salud física (Campbell, 2002) y psicológica, (Beydoun et al., 2012; Dillon et al., 2013; Kuijpers et al., 2011; Domenech y Sirvent, 2016), que aquellas otras que no lo han sufrido. Estos resultados trascienden a diferentes muestras, culturas, edades y países (Ellsberg et al., 2008; Helweg-Larsen, 2013). El sufrir violencia de género en la pareja (VGP) está asociado con un amplio rango de problemas de salud mental (Delara 2016; Dillon et al., 2013; Ellbergs et al., 2008) y que, esas consecuencias, son diferentes según el tipo de violencia padecida (física, psicológica o sexual) (Eshelman y Levendosky, 2012) y la severidad de la misma (Straus et al., 2009).

Los trastornos más frecuentes en mujeres con VGP son la depresión y el TEPT, siendo habitual encontrar una comorbilidad entre TEPT y sintomatología depresiva (Pico-Alonso et al., 2006). Por otra parte, se ha estudiado la influencia de diferentes parámetros que tienen que ver con la naturaleza de la violencia ejercida, tales como la duración y la intensidad. En este sentido, se ha encontrado que, a mayor cronicidad, severidad y proximidad de la violencia, más intensa es la sintomatología depresiva y de estrés postraumático (Bonomi et al., 2006; Eshelman y Levendosky, 2012).

Otros de los factores que también incrementan la sintomatología depresiva y de TEPT tienen que ver con el tiempo que se ha estado en la relación, la victimización y el haber sufrido abuso durante la infancia (Bradley et al., 2005; DeJonghe et al., 2008; Krause-Utz et al., 2018). En este sentido, un factor de riesgo que aumenta los problemas en la salud de estas mujeres es el haber sufrido abuso físico y sexual en la infancia (Al-Modallal et al., 2008; Bradley et al., 2005; Daigneabut et al., 2009; Pico-Alonso et al., 2008). Por otro lado, el abuso sexual infantil por parte de un conocido, se ha relacionado con un aumento en la probabilidad de experimentar violencia de género física en la edad adulta (Yoshihama y Horrocks, 2010). Finalmente, las amenazas de violencia y de ser asesinadas por parte de sus parejas, predicen un importante deterioro en la salud mental de las mujeres que lo padecen (Strauss et al., 2009; Woods e Isenberg, 2001).

Las mujeres que habían sufrido maltrato físico, sexual y psicológico en su relación de pareja, tenían más probabilidad de presentar síntomas del TEPT, que las que sólo habían padecido un tipo de violencia (Houry et al., 2007), y del mismo modo, haber experimentado violencia física y sexual, se relacionaba con un mayor riesgo de desarrollo de psicopatología, que haber experimentado sólo violencia física (Bennice et al., 2003). Finalmente, se ha estudiado, qué tipo de VGP es la que se corresponde con una

sintomatología más intensa. Se ha encontrado que, la violencia sexual, es la categoría que está asociada a una mayor gravedad de TEPT. En concreto, las mujeres que habían sido forzadas sexualmente por parte de su pareja, presentaban una sintomatología de TEPT más intensa, que podría explicarse debido a la naturaleza humillante y vejatoria asociada a este tipo de violencia (Bonomi et al., 2007).

Además de problemas depresivos y de TEPT, la VGP se ha vinculado consistentemente con pensamientos e intentos suicidas (Bradley et al., 2005; McLaughlin et al., 2012; Weaver et al., 2007). En un estudio realizado por Devries et al. (2011) en el que participaron personas de 13 países diferentes, se concluyó que, entre los factores de riesgo más consistentes para realizar un intento de suicidio, destacan la violencia ejercida sobre la mujer en el entorno de la pareja heterosexual, el abuso sexual infantil y el tener una madre que hubiera experimentado violencia por parte de su pareja. Aquellas mujeres que habían sufrido un abuso físico, sexual o ambos, tenían tres veces más de probabilidades de tener pensamientos suicidas y hasta 4 veces más probabilidades de realizar un intento (Ellberg et al., 2008).

La evidencia también muestra que los efectos negativos en la salud física y psicológica se mantienen a largo plazo (Bonomi et al., 2007; Domenech y Sirvent, 2016; Ellsberg et al., 2008). Aunque hay pocos estudios que han evaluado a estas mujeres años después de salir del maltrato, se ha observado que el TEPT es una secuela que se mantiene y afecta a su salud mental bastante años después de estar alejadas de la VGP. En dos estudios transversales en el que participaron un total de 102 mujeres maltratadas, Woods (2000) encontró que, más de la mitad de estas mujeres presentaban síntomas de TEPT, incluso 6 y 9 años después de salir de la situación de violencia.

Por otra parte, también se han tratado de identificar factores que actúan como protectores contra los efectos de este tipo de violencia. Los estudios se han centrado, principalmente, en el apoyo social (Anderson et al., 2012, Bradley et al., 2005). Kumar et al. (2005) observaron que, aquellas mujeres que informaban tener un buen apoyo social, presentaban menos problemas de salud mental, que aquellas que no lo tenían. El apoyo social, además, correlaciona negativamente con los intentos de suicidio, incluso 2 años después de abandonar la situación de violencia (Beeble et al., 2009; Coker et al., 2002). El apoyo social y los eventos vitales positivos, no sólo reducen significativamente los efectos adversos en la salud mental de las mujeres, sino que también correlacionan negativamente con los síntomas del TEPT (Coker et al., 2003). Investigaciones recientes han encontrado que, fomentar la resiliencia, puede tener importantes beneficios en la salud de las mujeres que sobreviven a estas situaciones de violencia (Jose y Novaco, 2016).

Un modelo teórico que nos permite comprender cómo se producen los efectos de esta violencia sobre las mujeres es el modelo del control coercitivo. Este modelo considera la VGP no como hechos de violencia física, psicológica o sexual aislados, sino como una estrategia continua de dominación por parte del varón, donde la intimidación, el aislamiento y el control son fundamentales (Stark, 2012). La mujer pierde todo el control de su vida y sus consecuencias son devastadoras. El modelo del control coercitivo nos permite una aproximación completa para entender el por qué las secuelas psicológicas se mantienen a largo plazo, incluso cuando hace tiempo que la mujer ya no tiene ninguna relación con el abusador.

De lo anterior se desprende que, la mayoría de las investigaciones sobre VGP, se han centrado en las secuelas físicas y psicológicas de las mujeres que, o todavía se encontraban viviendo la situación, o habían salido de la misma recientemente. Sería

interesante conocer el patrón temporal de esas secuelas, es decir, si se mantienen, reducen o aumentan a medida que pasa el tiempo. Nuestra hipótesis es que, las mujeres que han sufrido VGP, por las características específicas de esta situación, van a presentar secuelas psicológicas a largo plazo, incluso cuando hace más de tres años que dejaron de tener contacto con el abusador. El objetivo de este trabajo es examinar las secuelas psicológicas a largo plazo que presentan mujeres supervivientes de la violencia de género (física, psicológica y/o sexual), tratando además, de identificar algunos de los factores que pueden relacionarse con la aparición y severidad de dichas secuelas

4.2. Método

Participantes

Participaron un total de 105 mujeres, 71 procedentes de asociaciones de mujeres tanto específicas de VG, como rurales y vecinales, de distintas provincias andaluzas (Granada, Córdoba y Sevilla) y 34 seleccionadas a través de la estrategia de bola de nieve. Cincuenta y cuatro de ellas habían sufrido VGP, que había finalizado hacía más de tres años. En el caso de las mujeres con VGP, se estableció un período mínimo de tres años desde la finalización de la situación de violencia, por ser considerado un tiempo mínimo para la normalización de sus vidas (cierre de situación legal en caso de denuncia, finalización de tratamiento psicológico, cobertura de las ayudas sociales, entre otras).

De las participantes del grupo de VGP, 35 habían sufrido violencia psicológica, física y sexual; 12 violencia psicológica y física; 2 violencia física y sexual; 2 violencia psicológica y sexual; 2 sólo violencia psicológica y una, únicamente, violencia sexual. 41 de las mujeres había denunciado la situación de abuso y 13 no. De estas 54 mujeres, 21 tenían pareja en la actualidad y 33 no. Por otra parte, 51 de las mujeres participantes nunca

habían padecido una situación de violencia por parte de su pareja. Entre estas últimas, 45 tenían pareja en la actualidad y 6 no.

Los criterios de inclusión para ambos grupos fueron ser mayor de edad y no tener dificultades que le impidiesen completar la evaluación. El criterio de exclusión para el primer grupo fue estar experimentando actualmente una situación de violencia de género, o haberla vivido en algún momento de los tres años anteriores a la evaluación. Para el segundo grupo, el criterio de exclusión fue haber experimentado, directamente, en algún momento de su vida, una situación de violencia por parte de su pareja varón. Del grupo control, fueron excluidas dos mujeres que, una vez comenzada la evaluación, se detectó que estaban en ese momento en una situación de maltrato psicológico en su relación de pareja.

En la Tabla 4.1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra, así como algunos datos relacionados con la experiencia de violencia de género de las mujeres. Las edades de las participantes estaban comprendidas entre los 24 y 73 años. Se encontraron diferencias entre los grupos en el salario mensual ($X^2 = 8,501$, $p = ,037$) que ponen de manifiesto que hay un mayor porcentaje de mujeres del grupo de VG con un salario inferior a 500€ (Grupo con violencia = 40,7%, Grupo sin violencia = 17,6%). También se encontraron diferencias en el número de mujeres que afirma haber tenido una experiencia traumática relacionada con la violencia de género en la infancia ($X^2 = 9,832$, $p = ,002$), siendo mayor la frecuencia en el grupo de mujeres con violencia (Grupo con violencia = 46,3%, Grupo sin violencia = 17,6%). Las mujeres que habían sufrido violencia la habían experimentado una media de 16,37 años (oscilando entre 1 año y 44 años). El tiempo que llevaban fuera de la relación de violencia era como mínimo de 3 años, llegando a los 44 años (ME = 11,74 años).

Tabla 4.1

Características Sociodemográficas

VARIABLES	Mujeres con VGP	Mujeres sin VGP	
	(n=54)	(n=51)	
	M(SD) o N(%)	M(SD) o N(%)	p
<i>Edad</i>	47,54 (10,45)	48,08 (10,32)	,790
<i>Número de Hijos/as</i>	2,02 (1,17)	1,82 (0,88)	,329
<i>Nivel Educativo</i>			,952
Estudios Primarios	19 (35,2%)	19 (37,3%)	
Estudios Secundarios	26 (48,1%)	23 (45,1%)	
Estudios Universitarios	9 (16,7%)	9 (17,6%)	
<i>Empleo</i>			,639
Si	30 (55,6%)	26 (51,0%)	
No	24 (44,4%)	25 (49,0%)	
<i>Ingresos Mensuales</i>			,037*
-500€	22 (40,7%)	9 (17,6%)	
500-1000€	21 (38,9%)	21 (41,2%)	
1000-2000€	9 (16,7%)	17 (33,4%)	
+2000€	2 (3,7%)	4 (7,8%)	
<i>Eventos traumáticos infantiles con VG</i>			,002**
Si	24 (44,4%)	9 (17,6%)	
No	30 (55,6%)	42 (82,4%)	

Intentos/pensamientos de

Suicidio

Si 33 (61,1%)

No 21 (38,9%)

Años con VGP 16,37 (9,51)

Años sin Violencia 11,74 (7,57)

Tratamiento Psicológico

Si 39 (72,23%)

No 15 (27,77%)

VGP= Violencia de Género en la Pareja; VG= Violencia de Género *p< ,05;**p< ,01

Procedimiento

En primer lugar se solicitó y obtuvo la aprobación del Comité de Ética de investigación humana de la Universidad de Granada (Nº 352/CEIH/2017). Se obtuvo un listado con todas las asociaciones de mujeres de Andalucía (asociaciones específicas de VG y asociaciones rurales y vecinales). Se contactó por teléfono con las presidentas, y a aquellas que respondieron se les remitió una carta de invitación, donde se explicaba el objetivo del trabajo y se solicitaba la participación voluntaria de las mujeres. La presidenta se lo hacía llegar a sus asociadas y en un contacto telefónico posterior, facilitaban la forma de contactar con las mujeres que querían participar. Posteriormente, se contactaba individualmente con cada una de ellas, explicándoles los objetivos y en qué consistiría su participación. Cada participante contestaba a las pruebas en una única sesión de una duración aproximada de una hora y media. La recogida de datos se hizo de forma individual y siempre con la misma profesional, en un entorno tranquilo y favorecedor a la recogida de información (en su mayoría, centros cívicos, asociaciones y también domicilios de las

entrevistadas). El orden de las pruebas era siempre el mismo: Entrevista semi-estructurada, Escala de autoestima de Rosenberg, Escala de inadaptación de Echeburúa y Corral, Escala de estrés percibido de Cohen (EEP), Cuestionario de apoyo social funcional (DUKE-UNC), Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) e Inventario Clínico Multiaxial de Millon III. Antes de responder a la entrevista y completar las diferentes pruebas de evaluación, las mujeres daban su consentimiento, firmando un documento, quedando clara la posibilidad de que, en cualquier momento, podían renunciar a que sus datos se utilizaran en la investigación. Por último, se les facilitaba las diversas formas de contacto con la investigadora para cualquier duda, información o aclaración.

Instrumentos de medida

Entrevista Semi-estructurada, diseñada expresamente para esta investigación, donde se recogen datos sociodemográficos y relacionados con la situación de violencia sufrida. Entre la información recogida se incluía tipo de maltrato padecido (físico, psicológico y/o sexual), si hubo denuncia de los abusos, si recibieron tratamiento psicológico y/o tipo de apoyo familiar. Por último, se les preguntaba si en la infancia habían sufrido o presenciado algún tipo de suceso traumático y, en su caso, de qué tipo era.

Escala de Autoestima. (EA: Rosenberg, 1965). Se ha utilizado la versión adaptada al castellano por Martín-Albo et al. (2007). Permite clasificar el nivel de autoestima según la puntuación obtenida. Consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos (desde "muy de acuerdo" a "muy en desacuerdo"), lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Una puntuación inferior a 15 indica un problema de baja autoestima. Se trata de un instrumento unidimensional con una consistencia interna alta, alfa de Cronbach 0,75 (Schmitt y Allik, 2005).

Escala de Inadaptación (EI: Echeburúa y Corral, 1995). Evalúa el grado de inadaptación a la vida cotidiana que pueden experimentar diferentes tipos de pacientes. Consta de 6 preguntas puntuables entre 0 y 5 puntos, en una escala de tipo Likert, (desde "nada" a "muchísimo" (rango: 0-30). Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la inadaptación. En lo que se refiere a la fiabilidad, muestra un coeficiente alfa de Cronbach en muestras clínicas entre 0,83 y 0,94. Con respecto a la validez, se han encontrado datos satisfactorios (Echeburúa et al., 2000).

Escala de Estrés Percibido de Cohen (EEP: Cohen et al., 1983). Está diseñada para medir el grado en que las situaciones de la vida se valoran como estresantes y proporciona información general del estado de estrés percibido en el último mes. Consta de 14 ítems en los que se evalúan diferentes situaciones de la vida cotidiana. La escala total puntúa de 0 a 56, siendo las puntuaciones más elevadas indicadoras de un mayor nivel de estrés percibido. Los estudios psicométricos han demostrado una adecuada fiabilidad (consistencia interna, $\sigma = .81$, y test-retest, $\sigma = .73$), validez concurrente y sensibilidad (Remor, 2006).

Cuestionario de Apoyo Social Funcional (DUKE-UNC: Broadhead et al., 1988). Es un cuestionario para la evaluación cuantitativa del apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que se le puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía. Consta de 11 ítems, recogiendo valores referidos al apoyo confidencial y al apoyo afectivo. El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos. A menor puntuación, menor apoyo. Con respecto a sus propiedades psicométricas se ha estudiado la validez de contenido y la validez de constructo,

presentando índices adecuados. La consistencia interna es de 0,92 y 0,80 para las escalas de apoyo confidencial y afectivo, respectivamente (Bellon-Saameño et al., 1996).

Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC: Connor y Davidson, 2003). Consta de 25 ítems, puntuables en una escala de 0-4, donde 0= “no ha sido verdadera en absoluto” y 4= “verdadera casi siempre”. A mayores puntuaciones, mayor resiliencia. La versión original posee buenas propiedades, con un alfa de Cronbach de 0,89 (población general) y una fiabilidad test-retest de 0,87 (personas con trastorno de ansiedad generalizada y TEPT). Se ha utilizado la versión española de esta escala (Crespo et al., 2014).

Inventario Clínico Multiaxial de Millon III (MCMI-III: Millon et al., 2007). Instrumento autoaplicado compuesto por 175 ítems de respuesta dicotómica (verdadero o falso), que cuenta con 24 escalas clínicas agrupadas según el nivel de gravedad. Evalúa 11 patrones clínicos de personalidad, 3 patrones de patología grave de la personalidad, 7 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes clínicos de gravedad severa. En la validación española se obtuvieron coeficientes alfa entre 0,65 y 0,88; la fiabilidad test-retest es elevada en períodos cortos de tiempo (mediana 0,91) (Cardenal y Sánchez, 2007).

Análisis Estadísticos

Después de realizar los análisis descriptivos, se calculó el test de Kolmogorov-Smirnov para evaluar la distribución de las puntuaciones. A continuación, se llevaron a cabo los análisis de las diferencias entre los grupos de mujeres con violencia de género y sin violencia para cada una de las variables recogidas, utilizando pruebas *t* de Student y U de Man-Whitney. Se aplicó el test de Fisher Exact para evaluar las diferencias entre los grupos en el porcentaje de problemas clínicos en cada escala del test MCMI-III. Por último, se realizaron análisis de regresión lineal para identificar qué variables tenían mayor

capacidad predictiva en el estado de salud psicológica actual de las mujeres que habían sobrevivido a una situación de IPV.

4.3. Resultados

En la Tabla 4.2, se incluyen los resultados referidos a las puntuaciones directas de las escalas del MCMI-III. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en las escalas Esquizoide, Evitativa, Depresiva, Dependiente, Histriónica, Negativista y Autodestructiva de los Patrones Clínicos de la Personalidad, en todas las escalas de Patología Grave (Esquizotípica, Límite y Paranoide), en las escalas de trastornos de ansiedad, somatomorfo, bipolar, distímico y TEPT de los Síndromes Clínicos y, en todas las escalas de Síndromes Clínicos Graves (trastorno de pensamiento, depresión mayor y trastorno delirante). En todos los casos, excepto en la escala Histriónica, las diferencias entre los grupos se explican por puntuaciones mayores en el grupo de mujeres con violencia, comparada con el grupo de mujeres sin violencia, poniendo de manifiesto la presencia de una mayor patología en este grupo.

Tabla 4.2

Análisis de las diferencias entre los grupos en las escalas del MCMI-III

Escalas	VGP (n=54) M (SD)	Sin-VGP (n=51) M (SD)	U o t	p
<i>PATRONES CLÍNICOS DE LA PERSONALIDAD</i>				
Esquizoide	9,30 (5,40)	5,31 (3,96)	751,000	,000**
Evitativa	8,40 (7,18)	3,43 (3,85)	806,000	,000**

Depresiva	10,33 (7,27)	3,90 (4,76)	626,000	,000**
Dependiente	8,59 (5,95)	5,55 (5,21)	962,000	,008**
Histriónica	14,05 (5,68)	16,92 (3,52)	1767,500	,012*
Narcisista	14,09 (5,12)	13,74 (3,34)	0,409	,683
Antisocial	4,98 (3,12)	5,14 (3,77)	1365,000	,938
Agresiva	7,90 (4,73)	7,47 (5,04)	1293,000	,589
Compulsiva	17,87 (3,59)	16,98 (4,05)	1230,500	,346
Negativista	11,18 (6,11)	7,45 (5,42)	899,500	,002**
Autodestructiva	6,74 (6,18)	2,59(3,38)	760,500	,000**
<i>PATOLOGÍA GRAVE DE LA PERSONALIDAD</i>				
Esquizotípica	7,92 (6,70)	2,51 (3,05)	702,500	,000**
Límite	7,83 (5,54)	3,86 (4,42)	739,500	,000**
Paranoide	10,31 (6,94)	4,31 (4,03)	685,500	,000**
<i>SÍNDROMES CLÍNICOS</i>				
T. Ansiedad	8,68 (5,78)	3,90 (4,16)	683,000	,000**
Somatomorfo	6,90 (5,13)	3,29 (3,63)	792,500	,000**
Bipolar	7,90 (3,63)	6,07 (3,38)	946,000	,006**
Distímico	7,44 (5,90)	2,68 (4,10)	627,000	,000**
Dep. Alcohol	3,27 (2,28)	2,88 (2,69)	1186,500	,217
Dep. Sustancia	2,20 (1,93)	2,27 (2,38)	1384,000	,963
TEPT	10,63 (6,44)	3,33 (4,47)	476,000	,000**

SÍNDROMES CLÍNICOS GRAVES

T. Pensamiento	8,44 (6,12)	3,70 (4,32)	684,500	,000**
Depresión Mayor	7,94 (6,87)	2,72 (3,36)	662,500	,000**
T. Delirante	4,70 (4,02)	1,09 (1,46)	534,000	,000**

VGP= Violencia Género en la Pareja; U= Test Man-Whitney; t= Test Student;

*p< ,05; **p< ,01

En la Tabla 4.3, se presentan los resultados de las diferencias en el resto de las variables. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas para las escalas de autoestima, inadaptación, apoyo social funcional y estrés percibido. Estas diferencias señalan que, el grupo de mujeres con violencia, tiene niveles más bajos de autoestima y de percepción de apoyo social, y niveles más altos de inadaptación y estrés percibido. No se encuentran diferencias para la escala de resiliencia.

Tabla 4.3

Análisis de diferencias en las escalas de Rosenberg, Inadaptación, Duke, EEP y CD-RISC

Escalas	VGP	No-VGP	U/t	p
	(n=54)	(n=51)		
	M(SD)	M(SD)		
Rosenberg	31,40 (6.74)	35,19 (4,12)	1821,500	,004**
Inadaptación	15,85 (7.87)	4,57 (6,14)	367,500	,000**
DUKE-UNC	36,92 (12.44)	44,00 (5,90)	1835,000	,003**
EEP	28,68 (8.96)	21,43 (6,82)	4,645	,000**
CD-RISC	96,07 (16.56)	100,96 (14,78)	1514,500	,378

VGP= Violencia Género en la Pareja; *p< ,05;**p< ,01

Finalmente, en la Tabla 4.4, se presentan los resultados de los modelos de regresión lineal simple para variables relacionadas con el estado psicológico actual de las mujeres con violencia de género (autoestima, inadaptación, estrés percibido, resiliencia, trastorno de ansiedad, distimia y TEPT). Para dichos análisis, solo se incluyeron el grupo de mujeres con violencia de género. Solo se seleccionaron algunas de las variables que la literatura señala más claramente relacionadas con los efectos de la VG. Las variables predictoras fueron el nivel de estudios, haber sufrido una situación de violencia de género en la infancia, los años en la relación con maltrato, los años transcurridos sin maltrato y el nivel percibido de apoyo social. Existen diferencias significativas en los modelos de autoestima ($F_{(5, 53)} = 2,461$, $p = ,046$), nivel de inadaptación ($F_{(5, 53)} = 3,895$, $p = ,005$), estrés percibido ($F_{(5, 53)} = 3,350$, $p = ,011$), trastorno de ansiedad ($F_{(5, 53)} = 4,471$, $p = ,002$), distimia ($F_{(5, 53)} = 5,267$, $p = ,001$) y TEPT ($F_{(5, 53)} = 5,156$, $p = ,001$). Para la autoestima, se ha encontrado como variable predictora la experiencia traumática en la infancia relacionada con violencia de género ($\beta = -0,375$, $p = ,008$). Para el nivel de inadaptación, se han encontrado dos variables predictoras, el nivel de estudios ($\beta = 0,325$, $p = ,017$) y la experiencia traumática en la infancia ($\beta = 0,406$, $p = ,003$). Para el estrés percibido, aparece como variable predictora la experiencia traumática en la infancia ($\beta = 0,420$, $p = ,002$). Para el trastorno de ansiedad, las variables predictoras encontradas son, las experiencias traumáticas en la infancia ($\beta = 0,341$, $p = ,009$) y el apoyo social (DUKE-UNC) ($\beta = -0,333$, $p = ,010$). Para el trastorno distímico se encuentra la experiencia traumática en la infancia como variable predictora ($\beta = 0,464$, $p = ,000$). Para el TEPT, se encuentran, dos variables predictoras, la experiencia traumática en la infancia relacionada con violencia de género ($\beta = 0,450$, $p = ,001$) y el DUKE-UNC ($\beta = -0,274$, $p = ,030$). El modelo para la resiliencia no fue significativo.

Tabla 4.4

Modelos de regresión lineal usando las puntuaciones en Autoestima, Inadaptación, EEP, CD, trastorno de ansiedad, distímico y TEPT como criterio y las variables de nivel educativo, trauma infantil, tiempo en la relación, años sin violencia y apoyo social como predictores

Escalas	VARIABLES	β Estandarizada	t	p	Inferior Más bajo IC 95%	Superior Más alto IC 95%	F model $F_{(5,53)}=2,461^*$	R^2 ,204	Adjusted R^2 ,121
Autoestima	Nivel Educativo	-0,220	-1,591	0,118	-4,787	0,559			
	Trauma Infantil con VG	-0,375	-2,778	0,008**	-8,685	-1,392			
	Años con VGP	-0,100	-0,739	0,463	-0,264	0,122			
	Años sin Violencia	-0,045	-0,332	0,741	-0,281	0,201			
	DUKE	0,142	1,049	0,300	-0,070	0,224			

Inadaptación						$F_{(5,53)}=3,895^{**}$,289	,215
Nivel Educativo	0,325	2,483	0,017*	0,692	6,587			
Trauma Infantil con VG	0,406	3,187	0,003**	2,353	10,394			
Años con VGP	0,252	1,964	0,055	-0,005	0,421			
Años sin Violencia	0,065	0,512	0,611	-0,198	0,333			
DUKE	-0,153	-1,202	0,235	-0,259	0,065			
EEP						$F_{(5,53)}=3,350^*$,259	,181
Nivel Educativo	0,229	1,718	0,092	-0,498	6,355			
Trauma Infantil con VG	0,420	3,225	0,002**	2,824	12,172			
Años con VGP	0,009	0,070	0,944	-0,239	0,256			
Años sin Violencia	-0,067	-0,515	0,609	-0,388	0,230			
DUKE	-0,113	-0,866	0,391	-0,270	0,107			
Resiliencia						$F_{(5,53)}=1,872$,163	,076
Nivel Educativo	-0,206	-1,454	0,153	-11,593	1,864			

	Trauma Infantil con VG	-0,357	-2,586	0,013	-20,982	-2,624			
	Años con VGP	-0,161	-1,156	0,253	-0,766	0,207			
	Años sin Violencia	-0,182	-1,316	0,194	-1,004	0,209			
	DUKE	0,005	0,033	0,974	-0,364	0,377			
T. Ansiedad							$F_{(5,53)}=4,471^{**}$,318	,247
	Nivel Educativo	-0,096	-0,751	0,456	-2,916	1,330			
	Trauma Infantil con VG	0,341	2,734	0,009 ^{**}	1,042	6,833			
	Años con VGP	0,136	1,080	0,285	-0,071	0,236			
	Años sin Violencia	-0,060	-0,483	0,632	-0,237	0,145			
	DUKE	-0,333	-2,663	0,010 [*]	-0,272	-0,038			
T. Distímico							$F_{(5,53)}=5,267^{**}$,354	,287
	Nivel Educativo	0,007	0,054	0,957	-2,051	2,165			
	Trauma Infantil con VG	0,464	3,824	0,000 ^{***}	2,593	8,343			

	Años con VGP	0,235	1,928	0,060	-0,006	0,299		
	Años sin Violencia	0,122	1,006	0,319	-0,095	0,285		
	DUKE	-0,226	-1,858	0,069	-0,223	0,009		
TEPT							$F_{(5,53)}=5,156^{**}$,349 ,282
	Nivel Educativo	0,008	0,064	0,949	-2,334	2,380		
	Trauma Infantil con VG	0,450	3,695	0,001 ^{**}	2,636	8,929		
	Años con VGP	0,177	1,443	0,155	-0,047	0,287		
	Años sin Violencia	0,035	0,290	0,773	-0,178	0,238		
	DUKE	-0,274	-2,242	0,030 [*]	-0,269	-0,015		

VGP=Violencia Género en la Pareja; *p< ,05;**p< ,01;***p< ,001

4.4. Discusión

El propósito de este estudio ha sido comprobar si las mujeres que viven una situación de violencia por parte de su pareja varón, presentan problemas de salud psíquica a largo plazo. Los resultados muestran que, pasado el tiempo de la situación de violencia, las mujeres que sobreviven a esta situación, presentan peor estado de salud psicológica y patologías, que aquellas que no la han sufrido.

La violencia de género es un fenómeno universal, que afecta a todos los países (Ellsberg et al., 2008) y a mujeres de todas las edades (una de cada tres mujeres de 15 a 49 años ha experimentado violencia física y/o sexual por parte de su pareja varón) y de todos los niveles sociales. Esta situación lleva asociada un gasto en salud pública y recursos sociales, llegando a ser un problema de primer orden para la OMS, que ha elaborado un plan de acción global para fortalecer el papel del sistema de salud en relación a esta cuestión (OMS, 2016). Trabajos previos han puesto de manifiesto que, el efecto de este tipo de violencia en la salud y la calidad de vida de las mujeres, es devastador (Kuijpers et al., 2011), pero apenas existen estudios sobre las consecuencias psicológicas de esta violencia a largo plazo, una vez finalizada la relación (Dillon et al., 2013). Es importante aportar datos en este sentido, para entender y visibilizar qué variables pueden predecir la cronificación de algunas patologías en mujeres que hace tiempo abandonaron la situación de violencia, y siguen requiriendo la atención de servicios sanitarios y sociales.

Se ha documentado que los efectos de la violencia de género no son equiparables a los producidos por otros tipos de violencia interpersonal. El modelo de control coercitivo ayuda a entenderlo (Stark, 2012). En el caso de la violencia de género, la violencia que se ejerce, sea física, psicológica o sexual, no es puntual sino continua, y se hace acompañada

de actos de intimidación, control y aislamiento, con resultados devastadores sobre la víctima.

Nuestro objetivo ha sido estudiar el estado emocional de estas mujeres, pasado el tiempo, y comprobar su relación con diferentes variables. Resulta significativo el alto porcentaje de mujeres de nuestra muestra que, además, de la situación de violencia en la edad adulta, reconoce también haber vivido una experiencia de este tipo en la infancia. También es destacable la proporción que han realizado un intento de suicidio o han tenido pensamientos recurrentes de suicidio. Estas mujeres, además, tienen dificultades de adaptación a su vida cotidiana, mayores niveles de estrés percibido y más baja autoestima, que aquellas que no han vivido una situación de violencia de género. También se observa una diferencia significativa del salario mensual con respecto a las mujeres que no han sufrido violencia. La mayoría de las mujeres supervivientes, tienen empleos de menor cualificación y un salario mensual de menos de 1.000 €. Se encuentran, igualmente, diferencias en el apoyo social percibido. Las mujeres supervivientes de violencia de género expresan que tienen dificultades para encontrar con quien compartir sus sentimientos más íntimos.

Por otra parte, y en la línea de otros trabajos previos (Pico-Alonso et al., 2008), el grupo de mujeres víctimas de violencia, presentan mayores puntuaciones en la mayoría de las escalas de patrones clínicos y severos de personalidad, así como en los síndromes clínicos, lo que indica un perfil de psicopatología muy superior al de las mujeres sin maltrato. Es interesante señalar que, estas diferencias se refieren a los efectos años después de que la situación de violencia haya terminado. En función de nuestro diseño transversal, no podemos señalar si se trata, o no, de una cronificación de problemas clínicos que se originaron durante los años de la convivencia con el abusador, o aparecieron a posteriori.

Pero, independientemente, los resultados son claros en mostrar las grandes dificultades emocionales que estas mujeres presentan a largo plazo. Destacan, especialmente, las puntuaciones relacionadas con los síndromes y problemas clínicos donde es fundamental la sintomatología ansiosa y depresiva.

Otro de nuestros objetivos fue comprobar las variables que podrían predecir el estado emocional. Seleccionamos para incluir en los modelos como variables predictoras algunas de las que la literatura ha relacionado con la calidad de vida de las mujeres supervivientes de VG. En concreto, el nivel educativo, haber experimentado una situación traumática de VG en la infancia, el tiempo transcurrido desde la experiencia de maltrato y la percepción de apoyo social. Para la selección de las variables criterio utilizamos dos guías. En primer lugar, se trata de variables en las que encontramos diferencias entre los dos grupos de mujeres y, en segundo lugar, son variables que los estudios previos han identificado cambios importantes a corto plazo como consecuencia de la experiencia de VG.

En resumen, las variables que nos permiten predecir el estado emocional de nuestras participantes son el haber vivido una situación de VG en la infancia y la percepción del apoyo social. Es decir, las mujeres víctimas de violencia de género en la edad adulta que, además, también vivieron una experiencia traumática en la infancia (por ejemplo, ser testigo del maltrato del padre hacia la madre, haber sido maltratada o abusada en la infancia por el padre o un familiar varón), van a presentar una autoestima más baja, mayores niveles de estrés percibido, más problemas de adaptación a su vida diaria, y una mayor probabilidad de desarrollar sintomatología de trastornos de ansiedad, distimia y TEPT (Woods, 2000).

Por el contrario, aquellas mujeres supervivientes de la violencia que cuentan con apoyo social, van a tener menos probabilidades de desarrollar sintomatología del trastorno de ansiedad y TEPT (Anderson et al., 2003). Resulta interesante que, ni los años sin maltrato, ni los años que convivieron con esa pareja, estén relacionadas con el estado emocional en el momento actual (Ballester y Ventura, 2010).

Un resultado no esperado fue la relación positiva entre el nivel de estudios y la inadaptación. Una posible explicación estaría relacionada con el estereotipo respecto a la violencia de género como un problema que afecta a mujeres con pocos estudios y recursos sociales. A las mujeres con niveles de estudios y nivel socio-económico más altos, les es más difícil identificarse como maltratadas, quizás por la vergüenza y el estigma social que eso supone, y esto se relaciona con problemas de adaptación. No obstante, esta hipótesis debería ponerse a prueba en trabajos futuros. Por otra parte, ninguna de las variables seleccionadas pudo predecir el nivel de resiliencia. Una posible explicación es que existen otros factores que sí están relacionados con la resiliencia, pero que no hemos podido incluir en nuestro trabajo, como por ejemplo el tipo de violencia sufrido (Anderson et al., 2012).

Una de las limitaciones que presenta este trabajo, es que, al tratarse de un estudio transversal, se desconocen las patologías previas que pudieran presentar las mujeres antes de sufrir la situación de violencia, y tampoco se ha podido realizar un seguimiento a lo largo del tiempo que permitiese comprobar posibles cambios en diferentes etapas. Por otra parte, no hemos podido comprobar las consecuencias de los diferentes tipos de maltrato (físico, psicológico y sexual), debido a que, en nuestra muestra, había una importante proporción de mujeres que había sufrido los tres. Nos parece relevante, para futuras investigaciones, comprobar la correlación entre las secuelas a largo plazo y el tipo y la gravedad del maltrato sufrido.

Podemos concluir que, los problemas psicológicos de las mujeres que sobreviven a una situación de violencia por parte de su pareja varón, perduran a lo largo del tiempo, independientemente de los años que se mantuvieron en la relación y el tiempo transcurrido desde el abandono de la misma. Como factor de riesgo, que predice un agravamiento de estas secuelas, encontramos el haber sido víctima o testigo de una situación de violencia de género en la infancia, de ahí la importancia de considerar los efectos acumulativos de la violencia (Anderson et al., 2003; Ruiz-Pérez et al., 2007). Por otro lado, el apoyo social es un factor protector que puede prevenir el desarrollo de patologías.

Los resultados de este estudio muestran que, los efectos negativos de la VG en la salud de las mujeres, no sólo se manifiestan durante la convivencia con el abusador como señala la literatura previa, sino que permanecen a lo largo del tiempo afectando a sus relaciones personales, laborales y su vida cotidiana. Estos resultados señalan que, no se debe abordar la VGP como un tipo de violencia interpersonal más, sino que es un tipo de violencia que presenta características diferenciales que producen consecuencias diferentes, y por tanto, requieren un tratamiento específico. Uno de los aspectos a tener en cuenta es la importancia del apoyo social en la recuperación de estas mujeres. Este resultado confirma la importancia de promover las relaciones interpersonales con el entorno como medida preventiva para el desarrollo de problemas emocionales.

Entre las implicaciones prácticas de este trabajo, podemos señalar la importancia de tener en cuenta en la evaluación de mujeres supervivientes de VGP variables relacionadas con experiencias traumáticas en la infancia, debido a que pueden representar un factor de riesgo en el desarrollo de problemas clínicos. De modo parecido, considerar que el apoyo social es uno de los mejores factores para prevenir los problemas emocionales. Por otra parte, a pesar de la importancia de las intervenciones a corto plazo para abordar las

importantes dificultades tras abandonar la situación de maltrato, es fundamental que estas intervenciones continúen en el tiempo, ofreciendo un seguimiento a estas mujeres, adaptado a sus necesidades y demandas específicas, enfocadas, en fomentar una red de apoyo social que prevenga la cronificación del malestar emocional.

**Capítulo 5. Estudio 2. Necesidades y Apoyos Percibidos por las
Mujeres en el Afrontamiento de una Situación de Violencia de
Género en la Pareja: un Estudio Cualitativo**

Este capítulo se encuentra publicado en: de Piñar-Prats, A., Fernández-Alcántara, M., y Pérez-Marfil, M. N. (2021). Needs and Support Perceived by Women for Coping with the Experience of Intimate Partner Violence in Andalusia (Spain): A Qualitative Study. *Journal of Interpersonal Violence*, 088626052110063. <https://doi.org/10.1177/08862605211006367>

5. ESTUDIO 2. NEEDS AND SUPPORT PERCEIVED BY WOMEN FOR COPING WITH THE EXPERIENCE OF INTIMATE PARTNER VIOLENCE IN ANDALUSIA (SPAIN): A QUALITATIVE STUDY

5.1. Introduction

Gender-based violence against women and girls is considered an important public health problem (WHO, 1998). It has repercussions on their physical and psychological health that can persist throughout life (Garcia-Moreno & Watts, 2011; WHO, 2014). The health problems of female survivors of intimate partner violence (IPV) have been widely reported (Beydoun et al., 2012; Domenech del Rio & Sirvent Garcia del Valle, 2017; Ellsberg et al., 2008), including depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder (PTSD) (Delara, 2016; Dillon et al., 2013; Karakurt et al., 2014). An association between PTSD and depressive symptoms has been described in female IPV survivors (Chandra et al., 2009; Koss et al., 2003).

Risk and Protection Factors to Reduce the Adverse Health Consequences of IPV

Research on risk factors for IPV-related health problems and their chronicity has revealed a relationship between the type of IPV (physical, psychological, or sexual) (Eshelman & Levendosky, 2012) and its severity (Straus et al., 2009). Women who had experienced all three types of violence were found more likely to display PTSD symptoms in comparison to those experiencing only one type (Houry et al., 2007), and the most severe symptoms were observed in victims of sexual abuse (Amor et al., 2002; Bonomi et al., 2007). A longer duration of the abuse has also been related to a greater intensity of depressive and PTSD symptoms (Avdibegović & Sinanović, 2006; Bonomi et al., 2006; Eshelman & Levendosky, 2012; Woods et al., 2008). Furthermore, the clinical symptoms

of female IPV survivors frequently diminish with the passage of time, whereas psychological sequelae can persist over a prolonged period (Bott et al., 2012; Campbell, 2002; Domenech del Rio & Sirvent Garcia del Valle, 2017; Ellsberg et al., 2008).

According to the coercive control model (Stark, 2012), IPV differs from other types of interpersonal violence, being characterized by repeated patterns of domination combining physical, psychological, and sexual violence together with episodes of intimidation, control, and isolation. The severity of clinical symptoms of female IPV survivors has been associated with their history of traumatic experiences and previous exposure to adversity. For instance, higher rates of malaise and maladjustment have been reported in those experiencing gender-related violence during their childhood (Bradley et al., 2005; DeJonghe et al., 2008; Krause-Utz et al., 2018). Furthermore, the likelihood of becoming an IPV victim has been found to increase with a larger number of adverse childhood experiences (Whitfield et al., 2003), especially those involving physical and/or sexual abuse (Al-Modallal et al., 2008; Daigneault et al., 2009) and with more than one severe adverse event in the past (e.g., serious accident, natural disaster, non-sexual/sexual assault, or time in a war zone, etc.) (Graham-Bermann et al., 2011).

Nevertheless, the overcoming of traumatic experiences can also represent a positive change and promote personal growth (Calhoun & Tedeschi, 2006). It is important to identify factors that can foster this growth as well as those that protect against IPV-related psychological sequelae, especially over the longer term. Major roles are known to be played by social support (Anderson et al., 2012; Beeble et al., 2009), positive life experiences, and a capacity for resilience (Coker et al., 2003; Jose & Novaco, 2016).

Coping Strategies

In comparison to studies on the psychological impact of IPV, there has been only limited in-depth research on the coping strategies of women experiencing or recovering from abuse. Goodman et al. (2003) published an index of strategies adopted by women suffering from IPV. They concluded that women are more likely than men to resist or defuse violence with emotion-focused strategies rather than adopt other approaches, such as seeking help from public institutions. Another study by St Vil et al. (2017) defined three types of strategy: internal (e.g., based on religion, self-confidence, etc.), interpersonal (e.g., involving self-defense, leaving the abuser, etc.), and external (seeking formal/informal support, etc.). It is of interest to explore this issue further by asking IPV survivors direct questions about their own coping strategies, supporting the design of the most appropriate interventions.

The way in which women overcome traumatic events, such as IPV is poorly understood, and little information is available on the long-term effectiveness of their different coping strategies (Anderson et al., 2012). Most researchers have focused on the short- or long-term psychological problems of these women, usually applying a quantitative methodology, and these data have been useful in the design of mental health programs (Beydoun et al., 2012). However, it remains of major importance to explore women's perceptions of their IPV experience and its consequences as told in their own words. Qualitative analysis of the subjective experiences of women provides firsthand knowledge of the ways in which they address their violent situation and can guide the design of social and psychological interventions in greater accordance with their successful strategies. The objectives of this qualitative study were to determine the impact of IPV on female survivors, identify their needs and difficulties, and investigate their coping strategies.

5.2. Methods

Participants

The study included 53 women enrolled during 2017: 38 recruited from women's associations against gender violence (in Granada, Cordoba, and Seville provinces of Andalusia, Spain) and 15 recruited by snowball sampling (8 from Granada, 5 from Seville, and 2 from Cordoba); 47 of the women were born in Spain, 2 in Bolivia, and 1 each in Argentina, Colombia, Hungary, and Morocco. Inclusion criteria were age > 18 years, history of IPV while resident in Spain, and having left the abuser at least 3 years earlier. Exclusion criteria were experience of IPV currently or within the past 3 years, and difficulties in completing questionnaires. A minimum period of 3 years was considered appropriate to ensure a certain degree of normalization in their lives (e.g., resolution of any judicial processes, end of immediate psychological treatment, and obtaining social assistance, etc.), based on previous reports (Anderson et al., 2003). All of the women resided in Andalusia, which is influenced by Christian and Muslim cultures that generally support the family role of women as caregivers and that of men as breadwinners. Despite legislation in force to combat violence against women in Spain (Organic Law 1/2004, December 28; Law 13/2007, November 26), 55 women were killed by their partners in Spain in 2019, and Andalusia (population of 4,267 million females in 2019)⁷ was the region with the highest percentage of cases (n = 13, 23.6%)⁸.

⁷ <https://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadisticaycartografia/padron/index.htm>

⁸ [https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/Vmortales_2019_4_12\(2\).pdf](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/Vmortales_2019_4_12(2).pdf)

Instruments

A semi-structured interview was used to collect sociodemographic and IPV related data, including the type of abuse (physical, psychological, and/or sexual), the filing or not of a judicial complaint, the receipt or not of psychological treatment and/or family support, any suicide attempt(s), and the experience or witnessing of a traumatic event in childhood and its type. Next, the interviewer asked four open-ended questions to elicit the demands, needs, and coping strategies of the women at the time of the violence and at the time of the interview, selected after a review of the literature: 1) How did your experience of IPV change your life? 2) What helped you most in your recovery? 3) What do you think you needed that was not there? 4) Do you think there is anything that can help you now?

Procedure

The study was approved by the Human Research Ethics Committee of the University of Granada (Nº. 352/CEIH/2017). Participants were recruited from women's associations against gender violence in Andalusia and by snowball sampling. There was no previous link between the research team and the participating associations. The associations disseminated information about the study at their meetings and obtained the telephone numbers of members who expressed interest in participation and had experienced IPV years ago. These women were then contacted by telephone to make an appointment for the interview.

Interviews were conducted individually in a single session in a room at a civic center or the interviewee's home by the same researcher, an expert in qualitative methodology, health psychology, and gender violence. The interview lasted around 20 min on average (range, 7-48 min). Before the start of the interview, informed consent to study participation was signed by interviewees, who received no financial compensation but were

given a contact number for the researcher and were offered future psychological support. No interviewee has taken up this offer.

Data analysis

Thematic analysis was carried out in multiple stages, following Braun and Clarke (2006). First, the research team studied the transcripts of the interviews, which were prepared by the interviewer. Next, coding was performed in an inductive manner, and quotes were organized into themes and codes, which were then reviewed by three experts in qualitative analysis, who reached a consensus on the result. The analysis concluded when theoretic saturation was reached, yielding four main themes with their codes and subcodes. A triangulation process was also conducted among the research team to verify the adequacy of the final result. A clear distinction was established between the quotes of participants and the interpretations of researchers. Back translation was performed to optimize the English version of selected quotes. Atlas.ti version 7 (Scientific Software Development GmbH, Berlin, Germany) was used for data analyses.

5.3. Results

Fifty-three women participated in the study. Table 5.1 exhibits data on their socio-demographic characteristics and their experience of IPV. The mean age of participants was 47.72 years (range, 25-3 years), and the mean duration of IPV was 16.53 years (range, 1-44 years). They had left the violent relationship a mean of 11.83 years earlier (range, 2-44 years). Out of the 53 women, 40 (75.5%) had reported their situation of violence to the judicial authorities; 29 (54.7%) were currently employed, with 19 (79.2%) of these earning less than €1,000 per month; and 24 women (45.3%) had experienced or witnessed an episode of gender violence during their childhood. Among the 53 participants, 34 had

experienced psychological, physical, and sexual violence, 12 psychological and physical violence, two physical and sexual violence, two psychological and sexual violence, two psychological violence alone, and one sexual violence alone. A total of 21 of the women had a current partner.

Table 5.1

Sociodemographic characteristics

Variable	M (SD) o N (%)
<i>Age</i>	47.72 (10.47)
<i>Number of children of woman</i>	1.94 (1.04)
<i>Years in IPV</i>	16.53 (9.53)
<i>Years No Violence</i>	11.83 (7.61)
<i>Educational Level</i>	
Primary School	18 (34%)
Secondary School	26 (49.1%)
University Studies	9 (17%)
<i>Employed</i>	
Yes	29 (54.7%)
No	24 (45.3%)
<i>Monthly Income</i>	
-500€	22 (41.5%)
500-1000€	20 (37.7%)
+1000€	11 (20.8%)
<i>Traumatic Event in Childhood GV</i>	

Yes 24 (45.3%)

No 29 (54.7%)

Psychological Treatment

Yes 39 (73.6%)

No 14 (26.4%)

Table 5.2 exhibits the four main themes and associated codes identified in the qualitative analysis.

Table 5.2

Themes and associated codes

1. Changes after the experience	2. Recovery support	3. Perceived needs and obstacles	4. Current situation
Their lives improved	Close support	Absence of people close to them	Development of their internal resources
It became a positive thing			
Personal changes			
Peace of mind			
Their lives got worse	Self-confidence	Security and courage	Need for financial resources
Multi-faceted deterioration of their lives			
Loss of confidence			
Family disruption	Professional help	Psychological and emotional support	It's over

Contact with survivors IPV	Financial resources	Need for contact and support from others Psychological therapy
----------------------------	---------------------	---

Theme 1: Changes After the Experience

Two main codes were obtained for this theme: *“their lives improved”* and *“their lives worsened.”* An improvement in their life was described by 25 of the women and a worsening by 28. Three sub-codes were extracted from each code:

Code 1: Their lives improved.

Just under half of the women said that although their experience had been very hard, difficult, and traumatic, they recognized the positive outcomes of leaving their abuser. They reported three main areas of improvement: a) achieving positive personal changes; b) feeling stronger and more confident; and 3) finding peace of mind and valuing more intensely their current situation.

a) Positive personal changes: Leaving the abuser was described as a positive event by numerous participants, as illustrated in the quotes cited below, inspiring feelings of optimism and hope.

“I know it’s a traumatic, negative experience and I suffered a lot, but then I turned it into something positive and I can help other women” (P14, 42 years old).

“At the time, it affected me very negatively, but over the years it’s helped me to value all of the things I’ve had in life much more” (P27, 45 years old).

b) Feeling stronger and more confident: Other women described positive changes related to their strength, character, behavior, and way of life.

“My way of being, acting, feeling, and thinking changed. The way I related to people changed. I doubted that I would get to develop as a mother, totally, and lose the bond with my family because he didn’t let me be in contact with them. My life changed a lot, from then on, for the better. Now I’m super well” (P20, 52 years old).

“I’m more human, I empathize more with people, I have more positive thoughts, I believe more in people, because before I didn’t spend time with anyone, only his family. I’ve realized that life is precious, that it’s worth living, but 100%, I mean, I’m someone else, I’ve changed in everything” (P19, 43 years old).

c) Peace of mind: Finally, some women highlighted the peace of mind they achieved when they left the constant distress and upset behind them.

“In peace, in that I was at home, I closed my door, and no one was going to come. That was peace and quiet. Although I was startled by loud noises, I realized that I was free.” (P46, 56 years old).

Code 2: Their lives got worse.

Just over half of the women described a deterioration in their family, social, and/or work lives and in their financial situation.

“Well, my life changed in..... my social life, my economic life changed, my life at work changed. Socially, because I had loads of friends, who dispersed, my girlfriends and the people at work became distant... At work, I had a very bad time because the public examinations came out and I had a good chance of getting a position and I lost it. And with my mother, I had a very bad time, because I couldn’t take care of her as I should have, because of him” (P05, 45 years old).

“In terms of work, in terms of friendships... my life changed in every way. Work, friendships, social relations, economy, everything starting from scratch. My life took a 180-degree turn for the worse” (P25, 61 years old).

Some also reported personality changes, especially a loss of self-confidence and trust in others, besides the destabilization of their family, and difficulties to find a new partner.

“In terms of relating to others and to people, especially the opposite sex, in that and in my self-confidence. I used to have more self-confidence and, nowadays, it’s as if I need the approval of other people” (P37, 25 years old).

“Well, in that it destroyed my family. My children, each on different paths, each with psychological care, me the first, although I was the one I cared least about. My life changed a lot. But above all, my family was destroyed” (P02, 54 years old).

Theme 2: Recovery Support

Most of the women considered that the key factor in their recovery was the support of someone close to them. The accomplishment of personal changes was also described as essential to recovery. The benefits of professional support and contact with other IPV survivors were also highlighted by participants. Four codes were identified:

Code 1: Close support.

Close support to overcome their situation was provided by family members, friends, and/or work colleagues. More than half of the women (56.6%) considered that the greatest support came from their family, especially their children, as well as close friends. Their children represented a very strong incentive to move on with their lives.

“My son helped me in my recovery, my son is everything to me, he’s the best. Also, my family, my granddaughters, my son and everybody around” (P07, 56 years old).

“A friend helped me, one friend in particular she really had a go at me; she’s been my next-door neighbor for 12 years. She’s a very strong woman who helped me a lot” (P17, 44 years old).

“My parents and my brothers and sisters and my son basically, yes, and the work environment, my co-workers, I had a pretty solid social network” (P27, 48 years old).

Code 2: Self-confidence.

Inner strength and self-confidence were considered by 17.0% of the women to be key to their escape and recovery, driven by their determination.

“To better myself, to better my own self and to move on forwards with strength” (P18, 40 years old).

“My willpower, wanting to have a healthy life” (P19, 43 years old).

Code 3: Professional help.

The women referred mainly to the help received from psychologists, but also cited professionals from other fields and organizations (healthcare professionals, judiciary, social services...). Professional help, especially psychological support was considered as crucial to their recovery by 15.1% of participants.

“The psychologist from the Women's Centre, without a doubt, I mean, without any doubt at all. She’s put up with my tantrums and she’s always looking out for me” (P37, 25 years old).

Code 4: Contact with IPV survivors.

Many participants described the benefits gained from contact with women who had also suffered from IPV.

“Being with women like me, I stayed quiet and listened to them; because we were 40 women, all very different, from different social classes, and there we were. I listened to

them talk and they described what had happened to me, without them knowing me, without me knowing them. And that this would have been done by such different men, who also had nothing in common. Well, I felt that that it hadn't happened to me because of me being me or the things I did. I felt identified with their stories, and then I realized that I wasn't guilty of anything, and that helped me a lot" (P26, 48 years old).

Theme 3: Perceived Needs and Obstacles

Four codes were extracted from this theme, which addressed the absence of elements that participants thought would have facilitated their post-IPV recovery, including the lack of support from a person close to them, strength/ courage, emotional/psychological support, and self-confidence, noting their need for professional support at the time.

Code 1: Absence of people close to them.

The support of someone close to them was missed by 56.6% of the women, and around 20% highlighted the absence of their mother.

"Well my mother, I missed my mother very much at the time and she wasn't there. I could say it louder, but not clearer" (P16, 35 years old).

"My parents' support, at least a hug from my mother, well that" (P21, 39 years old).

"Company. I remember that the first time I walked to the courts for my violence case, I entered the corridor and went in alone. I missed the company of... it doesn't matter who, a man or a woman, any person by my side. Loneliness" (P26, 48 years old).

Code 2: Safety and courage.

A total of 18.9% of the women said that they would have liked to be stronger in facing their situation and to have had more self-confidence.

“Having courage, being brave; it wasn’t there, there was fear” (P15, 59 years old).

“Well, to be more confident, to stand up and say no. Not to be so permissive, to be more assertive and to have more character” (P33, 47 years old).

Code 3: Psychological and emotional support.

Many of the participants reported the need for professional support cope with their situation at that time, especially psychological care, specified by 13.2% of participants.

“I needed good psychological therapy, my children too; it would have avoided many things that happened later” (P14, 42 years old).

“So, institutional support and specialized and trained people in order to really value what reality is, to be impartial, in these things there should be no friends or religious beliefs, there shouldn’t be anything, because there are lives and children at stake and then there’s a lack of specialization” (P27, 35 years old).

Code 4: Financial resources.

Only three women referred to their need for economic resources at the time they left their violent situation.

“Economically yes, because I was locked up in a house, I didn’t have a job, I didn’t have anything, so I found myself, from one day to the next, having to maintain a house, a child, and besides, I didn’t have any help from anywhere. I went to the social services and they didn’t help me at all” (P49, 46 years old).

Theme 4: Current Situation

This theme covered the need of many women to develop their internal and economic resources and to find more people to trust in and professional help. Nevertheless, some of the women felt that they had fully recovered from the IPV experience and had no current needs. Five codes were extracted.

Code 1: Development of their internal resources.

Around a quarter of the women (24.3%) considered that their inner strength and self-confidence was key to their futures.

“Well, I think that it’s my perseverance, not wavering, not looking back; keep on walking and not look back again, you know, it’s what I always ask for, to be constant, because I don’t want to get tired and lose my strength and my confidence at some point” (P16, 35 years old).

Code 2: Financial resource needs.

Other women considered gaining employment or improving their finances to be their current priority; 16.9% of the women were currently focused on finding a job that would allow them to support their family.

“A job, it’s very clear to me: a job, and that’s it. About the rest, I feel so happy with the little I have. I’m aware that I’m really in bad shape financially because I have many expenses from my dear ex-husband but it’s true that I’m conscious that I’m better off than many people around me” (P19, 43 years old).

“A stable 8-hour job earning 900 €. A job, right now, it’s money that I have little of, but I do have health thank God, also my son and my partner, so I have love. A job, because it’s not that money gives you happiness, but it gives you stability. So right now, work” (P22, 38 years old).

Code 3: It’s over.

Around one-fifth of the women (20.75%) said they were no longer affected by the IPV experience and now had a good life, with no current needs.

“I think I’m over it. Imagine, from 2000 to 2016, it’s 16 years, right? I think I’m over it, although I feel a little nervous when I talk about it, when I think about it, well, I

don't usually think much. You accept what happened, you end up accepting it. At first, you don't accept anything, you're angry, you have a lot of emotions, and you feel like killing yourself too, all of that is of course the hardest stage; but no, right now, I don't think there's anything I need" (P29, 56 years old).

Code 4: Need for contact and support from others.

Just under one-fifth of participants (18.87%) said that they still needed support from their family or friends.

"Me, that my children love me... and my granddaughter, and that's what helps me, because if not I have no hopes. I don't care, you know, it's simply the love of my children, of my loved ones. That's it" (P25, 61 years old).

Code 5: Psychological therapy.

Professional help was described by 13.21% of the women as their most important current need, especially psychological support.

"Yes, at present, therapy groups are the best thing there is, in fact I'm going until the psychologist tells me I don't have to go anymore. It's always good, you always learn, it's very good" (P34, 43 years old).

5.4. Discussion

This qualitative study analyzed the observations of women with a history of IPV who had left their abusive partner more than 3 years earlier, exploring their experience, what they had lacked and needed, and the ways in which they coped.

Almost half of the participants considered that their IPV survival had improved their lives, indicating a post-traumatic growth process. Indeed, some of them actively participated in helping other women who experience gender violence. This is in line with

previous reports by survivors of posttrauma benefits (Calhoun & Tedeschi, 2006). They had been able to transform a traumatic and negative experience into something positive, strengthening them and leading them to value more intensely all aspects of their lives. Resilience, i.e., the capacity to overcome adverse situations, has been related to a reduction in the negative effects of this violence on women's psychological health (Jose & Novaco, 2016). Both posttraumatic growth and resilience allow women to address their traumatic experience in an adaptive manner, thereby reducing the likelihood of developing long-term psychological problems, such as PDST, depression, or anxiety. According to the discourses of these women, some had managed to overcome the trauma and continue with a better quality of life (resilience), and others had decided to become involved in supporting and assisting other women who suffered IPV (posttraumatic growth). However, just over half of participants considered their life to have been worsened by the experience, which had negative consequences at personal, social, economic, work, and family levels. It made it difficult for them to trust people again and to seek another partner. A worsening of quality of life was previously reported in IPV survivors (Campbell, 2002).

Analysis of the interviews identified factors related to a more adaptive recovery, notably the support of trusted family members and close friends. Mothers described their children as playing a key role in helping them to cope and as a strong incentive to carry on. When they described what they had most missed, they most frequently mentioned their parents, especially their mothers. Various studies have described informal social support as a protective factor against IPV, reducing its impact on the health of survivors (Anderson et al., 2003; Beeble et al., 2009; Coker et al., 2003). In Spain, social services provide psychological and legal help to women reporting IPV and offer temporary accommodation in a shelter to those with few resources or in danger, along with any children; this is always

at a distance from the conflictive home, usually in another province, and they can stay for 3-4 months. This measure, adopted to ensure the safety of the women and their children, commonly has the effect of taking them away from the very people who are potentially of greatest value for their mental health and recovery. This undesirable effect should be taken into consideration by policymakers.

The women linked their recovery from IPV to a restoration of their selfconfidence. Violence has a highly negative impact on the self-esteem of survivors (Tariq, 2013), as recognized by these participants. As already noted, IPV is characterized by physical, psychological, and sexual violence with episodes of intimidation, isolation, and control. In other words, the different incidences of violence cannot be considered as isolated events but rather as framed within a relationship system characterized by control, isolation, and intimidation. In IPV, the ultimate aim of a blow, threat, or insult is to control and isolate the partner so that she understands she cannot do what she wants. The aim of the blow is not to injure (for which pardon is subsequently sought) but to submit and intimidate. The resulting loss of autonomy and personality ends up by impairing the woman's self-confidence and producing a feeling of being trapped (Stark, 2012).

The women described the contact they had made with fellow survivors of IPV as playing an important role in their recovery. In particular, listening to other women speak about similar experiences helped them to understand more clearly that they were not to blame for what had happened. They felt that their anxieties, fears, and concerns were understood and shared by others, and they particularly valued the support they were able to offer each other (Gregory et al., 2017). Group sessions have been found to increase selfawareness and a sense of empowerment, providing peer support to reinforce behavioral changes and, in this case, helping women to take decisions and reducing their feelings of

guilt. This type of intervention also has a positive impact by strengthening informal social relationships among the women and thereby improving their emotional well-being (Alvarez et al., 2016; Marrs et al., 2021). These observations strongly support the value of informal support networks, which can sometimes be even more helpful than formal networks for post-IPV recovery (Goodman et al., 2003).

The women recognized the importance of professional help in their recovery, not only in leaving their situation but also in longer term support to strengthen their self-confidence and overcome the obstacles that they face. There is a particular need for psychological counseling to make visible the destructive messages of the abuser and to minimize any guilt felt by these women. Negative cultural beliefs about women who suffer from IPV (e.g., that they are to blame for their mistreatment), which are also used by abusers in their discourses, are so deeply rooted in society that they ultimately damage the self-esteem of the women and lead to their stigmatization (Overstreet & Quinn, 2013). In order to minimize these detrimental effects and feelings of guilt, it is important to locate IPV as a structural social problem rather than a private family issue (Goodman & Smyth, 2011). We also consider a form of structural stigma labeled *cultural stigma* or ideologies that de-legitimize experiences of IPV (e.g., the belief that IPV victims provoke their own victimization) hinder help-seeking. Specifically, we highlight how negative cultural beliefs about IPV survivors are embedded within and ultimately drive stigmatizing behaviors that IPV survivors often experience.

Only a few of the women described economic resources as a priority need when they left the abuser. This may be attributable to the availability of support from social security services at the time of their escape. Thus, women who are taken to a shelter receive some financial assistance (ca. €430 per month) for a further 12 months after leaving it.

However, there is no continuity in training for entering the job market, and many of the women find themselves without work and in economic difficulty. It is necessary to foment educational opportunities for these women and support their search for stable employment (Hahn & Postmus, 2014).

More than 3 years after leaving their abuser, the main needs of these women were the same as they were at that time, including greater self-confidence, the help of trusted people who are close to them, and professional support. However, it is encouraging that some participants had overcome the experience of IPV and had no current needs in this respect.

Implications for Interventions and Limitations

These findings can serve to contribute new ideas for the design of interventions that specifically respond to the needs of these women. Currently, the majority of interventions focus on symptoms related to PTSD, anxiety, depression, or other psychopathologies and only a few address all of the challenges identified by the participants in this study, including the development of social support from formal and informal groups (Arroyo et al., 2017; Ogbe et al., 2020). A particularly difficult dilemma is that the need to strengthen relationships in their immediate surroundings may conflict with the desirability of moving them to a refuge at a distance from their local area for their safety. In addition, emotional and psychosocial support should be available over the long term to improve their quality of life and well-being. The possibility of providing both individual and group therapy should also be considered in the design of intervention programs. In general, there is a need to raise awareness of this phenomenon throughout society. Framing IPV as a community and social issue means that everyone has a part to play in solving this public health problem (Goodman & Smyth, 2011).

This study has some limitations. The results were obtained in women living in Southern Spain who had left their violent situation over 3 years earlier, limiting their extrapolation to women in other cultural/judicial settings or to those who remain trapped with their abuser. A further study limitation is that it did not consider the women's history of psychological problems or traumatic events, and these should be taken into account in future research, with the objective of intervening not just in the problems derived of the IPV experience, but also in the possible accumulative effects of others traumatic events experienced along these women's life. Furthermore, it cannot be ruled out that some women referred to their experience during IPV in their responses rather than to their current situation. Finally, more than half of the women in this study came from women's associations against gender violence, limiting the generalization of observations. Most of the participants in this study, with a mean age of around 48 years, had a moderate level of education and an income of less than €1,000 per month. Hence, the present findings cannot necessarily be extrapolated to study populations with different socio-demographic characteristics. However, IPV is a worldwide problem that transcends socio-economic, educational, cultural, and age factors (Ellsberg et al., 2008; Helweg-Larsen, 2013), and there is a need to study the needs of younger women and those with higher socioeconomic and educational levels and to explore the support they receive. Further qualitative studies are warranted in wider samples of women.

Conclusion

The discourses of these women, who had all left a situation of IPV at least 3 years earlier, underscore the importance of both formal and informal support resources and networks in helping women to escape IPV and recover from the experience over the short and long term. Besides developing awareness of available institutional resources, work with

the closest circles of IPV survivors and with women's associations can help to reduce the difficulties they face. Participants highlighted the value of individual psychological support and group sessions to boost their self-esteem, confidence, and inner strength, noting that these programs should be continuous and sustained. Periodic evaluations are warranted over the long term to evaluate their need for psychological, social, and economic support and for training/employment counseling, maximizing their autonomy and empowerment.

**Capítulo 6. Estudio 3. Estrategias de Afrontamiento de
Descendientes a la Violencia de Género en el Hogar: Un Estudio
Cualitativo**

Este capítulo se encuentra aceptado para su publicación en la revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica (23-6-2021). de Piñar-Prats, A., Fernández-Alcántara, M., y Pérez-Marfil, M. N. (2021). Superación de la violencia de género en el hogar en jóvenes: estudio cualitativo.

6. ESTUDIO 3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE DESCENDIENTES A LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL HOGAR: UN ESTUDIO CUALITATIVO

6.1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud recoge que los niños y niñas que crecen en familias donde se ejerce violencia de género, pueden sufrir diversos trastornos conductuales y emocionales, e incluso un aumento de las tasas de mortalidad en menores de 5 años (OMS, 2016). En España, desde 2013 a 2020, 23 menores han sido asesinados por su padre en un entorno de violencia de género⁹.

En las últimas décadas, las investigaciones han puesto de manifiesto que, menores que viven en un entorno de VGH, donde el padre maltrata a la madre, tienen 3,7 veces más probabilidad de presentar diversos problemas físicos, psicológicos y emocionales que interfirieron con su desarrollo infantil y social (Hungerford et al., 2012; Levendosky et al., 2012; Martínez-Torteya et al., 2009). Estos problemas son independientes del sexo del menor (Bayarri et al., 2011; Fletcher, 2010). La exposición a esta violencia puede ser directa, porque se les agrede directamente, o bien indirecta, porque son testigos de la violencia física y psicológica que sufren sus madres (Graham-Bermann et al., 2007) y de sus consecuencias (Artz et al., 2014). Esa exposición a la VGH tiene gran impacto en su adaptación, la cual, se ve más afectada cuanto más tempranamente se produce y sobre todo por los efectos acumulativos por la repetición a lo largo del tiempo (Graham-Bermann y Perkins, 2010). El simple hecho de presenciar la VGH se asocia con TEP y, más concretamente, el presenciar violencia física (Jarvis et al., 2005).

⁹ https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMenores/docs/Vmortalesmenores_2020_15_06.pdf

La literatura científica pone de manifiesto el impacto de la VGH en las relaciones de la madre con sus descendientes. La VG en general, y especialmente la sexual, afectan negativamente a la calidad del vínculo emocional de estas madres con sus hijas e hijos (Boeckel et al., 2017). Tras experiencias graves de VGH, se ha encontrado una relación significativa entre la sintomatología de las madres y la de sus hijas e hijos, resultado directamente relacionado con la teoría del TEPT relacional, donde se mantiene que los síntomas traumáticos aumentan por la retroalimentación conjunta (Bogat et al., 2006; Levendosky et al., 2012). Algunos estudios sugieren que el funcionamiento psicológico de la madre y la calidad de la relación madre-menores funcionan como factor de riesgo o de protección en menores expuestos a VGH (Lieberman et al., 2005). Los síntomas de TEPT maternos se relacionan de forma directa con los problemas conductuales de sus hijas e hijos, sin embargo cuanto mejor era la calidad de la relación madre-menores, menos problemas de conducta presentaban. En concreto, las mujeres con un diagnóstico de TEPT informaron de que eran menos sensibles a las emociones de sus descendientes. Se concluye que, cuanto mejor es el ajuste psicológico materno, menores son los problemas conductuales de sus descendientes (Hungerford et al., 2012; Johnson y Lieberman, 2007; Ybarra et al., 2007).

Otro aspecto que se ve afectado en la experiencia de VGH es el tipo de apego que se desarrolla. Cuando el padre y la madre, que son las figuras de apego, pasan de ser un refugio seguro ante las situaciones de alarma e incertidumbre, a una fuente de miedo y estrés, o a estar ausente emocionalmente, tal y como ocurre en las experiencias de VGH, la probabilidad de desarrollar un apego inseguro y desorganizado aumentan. Cuanto más grave sea la violencia ejercida por el padre, más probabilidad hay de que se desarrolle un apego desorganizado y un posterior TEPT (Grip et al., 2012).

Por otra parte, diversas investigaciones han encontrado en supervivientes de VGH, un aumento en la autoestima y en el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas. Por ejemplo, en relación a la resiliencia, se ha observado que la mayoría de menores que vivieron una experiencia de VGH, fueron resilientes, especialmente en el caso de las niñas (Bowen, 2015; Martínez-Torteya et al., 2009). Se observa que la resiliencia es mayor cuanto menor es la violencia a la que se les expone y mayor es la salud mental de sus madres y sus habilidades para cuidarles y protegerles (Graham-Bermann et al., 2009). Por otro lado, los estudios identifican diferentes factores asociados con el crecimiento postraumático en supervivientes de violencia interpersonal, aunque no específicamente en menores de VGH. Entre ellos se encuentran la edad, la severidad del trauma, las características del perpetrador y, por último, el apoyo social. Se ha encontrado una relación positiva entre la edad y el crecimiento postraumático; es decir, se observa un mayor crecimiento cuanto más edad tienen los menores (Elderton et al., 2017). Por otra parte, la severidad del maltrato psicológico correlaciona negativamente con el crecimiento postraumático y el exceso de control por parte del maltratador suele asociarse con una mayor probabilidad de crecimiento tras la experiencia traumática (Song, 2012). Por último, tanto el apoyo social formal (profesional) como el informal (familia y amistades) se han identificado como predictores del crecimiento postraumático. El apoyo social se ha asociado positivamente con niveles altos de crecimiento, y en concreto, estar en contacto con una persona con una experiencia previa de crecimiento, favorece el crecimiento del observador (Cobb et al., 2006).

Un aspecto que preocupa especialmente a la hora de intervenir con menores con experiencias de VGH, es la transmisión intergeneracional de este tipo de violencia. La mayoría de los estudios identifican que, crecer en una familia con VGH, está relacionado

con involucrarse en una relación de pareja adulta violenta, y que esto ocurre tanto en menores que están presentes cuando se produce la violencia, como en quienes experimentan directamente el castigo físico (Franklin y Kercher, 2012). Una de las explicaciones para entender este resultado la ofrece la teoría del aprendizaje social, donde se plantea que la conducta violenta es aprendida a través del condicionamiento conductual directo o por la imitación que se ha observado o se ha visto reforzada en otras personas (Bandura, 1971). Sin embargo, hay otros estudios que consideran otras variables y relacionan la transmisión intergeneracional de la VG, no tanto con la experiencia previa de violencia, sino con la actitud de la persona en relación a la violencia en general, y a la de género en particular. En concreto, una actitud positiva hacia la violencia, y o una orientación de género masculina, tendrían un mayor peso en la transmisión de la VGH, que la experiencia vivida (Stith et al., 2000).

Sin embargo, son escasos los estudios de carácter cualitativo que profundicen en las experiencias de jóvenes y menores relacionadas con la vivencia de la VGH (Spratling et al., 2012). Una excepción es el artículo de Pernebo y Almqvist (2017) que se centró en el estudio de las experiencias de menores de entre 4 y 12 años con su padre abusador, resaltando los problemas internos que podrían desarrollar y la importancia de que fueran informantes en las investigaciones. Por lo tanto, existe una brecha en la investigación de cómo descendientes de mujeres que han experimentado VG, vivieron y afrontaron la VGH desde su propia perspectiva.

Por todo ello, el objetivo de la presente investigación fue explorar el impacto que la VGH tuvo sobre descendientes cuyas madres habían sobrevivido a una situación de VG hacía un mínimo de tres años. Poder ahondar en la experiencia de estas personas aportará

información valiosa de cara a planificar intervenciones con este tipo de población y a nivel de dinámica familiar, incidiendo en la importancia de la díada madre-descendientes.

6.2. Método

Participantes

Participaron un total de 9 descendientes, 4 hijas y 5 hijos, mayores de edad procedentes de dos provincias andaluzas (2 de Córdoba y 7 de Granada, España). El contacto se hizo a través de sus madres que, previamente, habían participado en otra investigación sobre VG en la pareja.

Los criterios de inclusión fueron ser mayores de edad y haber vivido una experiencia de violencia de género de su padre a su madre que había finalizado hacía más de tres años. Los criterios de exclusión fueron tener problemas que le dificultasen en la realización de la evaluación, y no querer participar en el estudio.

Las edades estaban comprendidas entre los 18 años y los 30 (ME= 22,2; DT=4,52). Ocho vivieron experiencias de violencia física y psicológica de su padre a su madre y sobre su persona, llegando a sentir miedo en algún momento, y cuatro temieron por su vida. Tres testificaron en el juicio contra su padre. Por la experiencia vivida, seis recibieron ayuda psicológica y sólo en 3 de los casos fue especializada, el resto no recibió ninguna ayuda psicológica. Siete continúan viviendo con la madre, una está casada y tiene una niña y otra vive con su abuela. En todos los casos, la relación con la madre es muy buena, sin embargo con el padre, o no tienen relación, o la que mantienen es mala. Cuando la situación de violencia finalizó, la edad que tenían oscilaba entre los 7 y los 21 años (ME= 12,6; DT=5,63). En la Tabla 6.1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 6.1

Características sociodemográficas de la muestra

Participante	Sexo	Edad	Estudios	Trabaja	Relación Pareja	Apoyo Psicológico	Edad fin violencia
P1	M	28	S	Si	Si	Si	20
P2	H	20	S	No	No	Si	7
P3	H	19	S	Si	No	Si	11
P4	H	18	S	No	No	Si	9
P5	M	19	S	No	Si	No	8
P6	M	30	U	Si	No	No	18
P7	M	23	U	No	Si	Si	13
P8	H	18	S	No	No	Si	7
P9	H	25	S	No	No	No	21

M: Mujer; H: Hombre; S: Secundarios; U: Universitarios

Instrumentos de medida

Entrevista Semi-estructurada diseñada expresamente para esta investigación, donde se recogen datos sociodemográficos y relacionados con la experiencia de violencia vivida. Entre la información recogida se encuentra el tipo de violencia sufrida, el apoyo formal o informal recibido, la relación familiar actual o si tuvo que testificar en contra de su padre. Así mismo, se incluyeron cinco preguntas abiertas con el objetivo de analizar en profundidad su estado actual y las necesidades y apoyos que tuvieron, contados desde su propia experiencia : 1) ¿Qué fue para ti lo más difícil?; 2) ¿En qué piensas que este hecho cambio tu vida?; 3) ¿Qué es lo que más te ayudó en tu recuperación?; 4) ¿Qué crees que te hubiera hecho falta y no estaba?; y 5) Y en la actualidad: ¿Piensa que hay algo que te pueda ayudar?

Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático. (EGEP: Crespo y Gómez, 2012). Es un instrumento autoaplicado para la evaluación y diagnóstico del trastorno de estrés postraumático (TEPT), en personas adultas. Consta de 62 ítems divididos en tres secciones: Sección 1: Acontecimientos; Sección 2: Síntomas; Sección 3: Funcionamiento. El instrumento se ha validado con población española adulta expuesta a diversos tipos de acontecimientos traumáticos. Mediante los coeficientes alfa de Cronbach, la prueba presenta una consistencia interna entre .90 y .92.

Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC: Connor y Davidson, 2003). Consta de 25 ítems, puntuables en una escala de 0-4, donde 0= “no ha sido verdadera en absoluto” y 4= “verdadera casi siempre”. A mayores puntuaciones, mayor resiliencia. Puntuaciones totales mayores de 70 reflejan una resiliencia media-alta. La versión original posee buenas propiedades, con un alfa de Cronbach de 0,89 (población general) y una fiabilidad test-retest de 0,87 (personas con trastorno de ansiedad generalizada y TEPT). La versión española de esta escala se puede encontrar en Crespo, Fernández-Lansac y Soberón (2014).

Escala de Autoestima. (EA: Rosenberg, 1965). Se ha utilizado la versión adaptada al castellano por Martín-Albo, Núñez, Navarro y Grijalvo (2007). Consta de 10 preguntas, puntuables entre 1 y 4 puntos (desde "muy de acuerdo" a "muy en desacuerdo"), lo que permite obtener una puntuación mínima de 10 y máxima de 40. Permite clasificar el nivel de autoestima según la puntuación en tres tramos: 1) de 30 a 40 puntos, elevada autoestima. 2) De 26 a 29 puntos, autoestima media. 3) Menos de 25 puntos, baja autoestima. Se trata de un instrumento unidimensional con una consistencia interna alta, alfa de Cronbach 0.75 (Schmitt y Allik, 2005).

Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI; Calhoun y Tedeschi, 1999). La versión utilizada fue la traducción al español de la escala publicada por Páez, et al., (2011) que consta de 21 ítems que se responden en una escala Likert de 0 a 5 puntos y evalúan la percepción de beneficios personales en supervivientes de un acontecimiento traumático. El puntaje máximo es de 105 puntos. Se compone de 5 factores y una puntuación total. A mayor puntuación mayor crecimiento postraumático percibido. Puntuaciones superiores a 62 indican un cambio ligero. Puntuaciones superiores a 72 muestran un crecimiento moderado y superiores a 82 reflejan un crecimiento importante. Puntuaciones inferiores a 62 no conllevan crecimiento postraumático. La versión original posee un alfa de Cronbach de 0,90.

Cuestionario CaMir-R para la evaluación del apego (Balluerka et al., 2011). Permite evaluar las representaciones de apego y la concepción acerca del funcionamiento familiar. Consta de 32 ítems que se responden en una escala de Likert de 5 puntos. Las puntuaciones se trasladan a una tabla Excel donde se obtienen las puntuaciones T de las dimensiones de apego. Se compone de 7 dimensiones. Puntuaciones T menores de 50 en la dimensión de seguridad del apego indican el desarrollo de un estilo de apego inseguro. Los índices de consistencia interna oscilan entre 0,60 y 0,85.

Inventario de Sexismo Ambivalente (ASI; Glick y Fiske, 1996). Se utilizó la versión española, traducida y adaptada al castellano por Expósito, Moya y Glick (1998). Consta de 22 ítems agrupados en dos subescalas que miden sexismo hostil (SH) y sexismo benévolo (SB) en un formato de respuesta tipo Likert de 5 opciones. La escala de SH presenta un coeficiente de alfa de 0,89 y la de SB 0,86. La fiabilidad del inventario es de 0,90. La puntuación total oscila entre 0 y 110 puntos.

Procedimiento

En primer lugar se solicitó y obtuvo la aprobación del Comité de Ética de investigación humana de la Universidad de Granada (Nº 352/CEIH/2017). Luego se contactó con mujeres que habían participado previamente en un estudio sobre violencia de género y que tenían hijos e hijas mayores de edad. A estas mujeres se les explicó el objetivo de la investigación para que les preguntasen a sus hijas e hijos si querían participar. Una vez aceptada la participación, se llevó a cabo la recogida de datos que se realizó de forma individual en una única sesión en un entorno tranquilo y favorecedor a la recogida de información, siempre realizado por la misma profesional. El orden de las pruebas fue siempre el mismo: Entrevista semi-estructurada, Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP), Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC), Escala de Autoestima. (EA), Inventario de Crecimiento Postraumático (PTGI), Cuestionario CaMir-R para la evaluación del apego y el Inventario de Sexismo Ambivalente (ASI). Se concluía con 5 preguntas abiertas sobre sus necesidades y apoyos que percibieron durante la experiencia de violencia de su padre a su madre. Cada participante dio su consentimiento expreso firmando un documento donde se les informaba de la posibilidad de renuncia. No recibieron ninguna compensación económica por su participación.

Análisis de datos

Siguiendo la propuesta de Braun y Clarke (2006), se realizó un análisis temático para identificar, analizar e informar patrones en los datos, a través de varias fases diferenciadas. El análisis se realizó de forma inductiva utilizando el enfoque de contexto que se considera apropiado cuando el objetivo es describir, cómo quienes participa entienden sus experiencias. En primer lugar, el equipo investigador se familiarizó con los datos a través de la transcripción de las entrevistas realizadas y de la lectura en profundidad

del material de forma reiterada. En la segunda y tercera fase del análisis, se realizó la codificación de manera inductiva, organizando las citas en códigos y temas. En la cuarta fase, se llevó a cabo una revisión de los códigos y temas a través del consenso y debate entre las tres personas investigadoras expertas en análisis cualitativo, para garantizar el rigor del análisis. El proceso de análisis finalizó en la quinta fase, cuando se alcanzó la saturación teórica, es decir, cuando se identificaron de una forma definitiva y consensuada cinco temas principales conformados por sus códigos y subcódigos. La triangulación entre el equipo investigador aseguró la idoneidad del resultado final, garantizando la confiabilidad del análisis. Se utilizó el software Atlas.ti versión 7 para el análisis de datos (Scientific Software Development GmbH, Berlin, Germany).

Los cuestionarios se utilizaron como medida para caracterizar a quienes participaron, por lo que se analizaron de manera descriptiva reportando las medias y desviaciones típicas en cada uno de ellos. En los casos en que se disponía de puntos de corte también se incluyeron. Se utilizó el software SPSS versión 26.0.

6.3. Resultados

De las puntuaciones totales a los cuestionarios se puede observar que presentan tanto una resiliencia (ME= 96,77; DT= 13,12) como una autoestima (ME= 33,66; DT= 4,95) media-alta. En relación al crecimiento postraumático (ME= 64,89; DT= 20,77), 4 presentan un cambio postraumático leve, 3 presentan un crecimiento moderado y para 2 la experiencia de violencia supuso un cambio importante en sus vidas. La mayoría presenta un sexismo ambivalente medio-bajo (ME= 41,66; DT= 20,08). En relación al cuestionario CaMir-R sobre apego, las puntuaciones T de la dimensión de seguridad del apego muestran que toda la muestra presenta un apego inseguro (ME =2,84; DT = 10,29). Por último, en los

resultados del EGEP se observa que la situación de maltrato físico y psicológico sufrido es traumática para toda la muestra, lo que les lleva a sentir malestar cuando recuerdan el acontecimiento. Cuatro intentan evitar pensamientos, sentimientos, lugares o personas que les recuerden el acontecimiento. Seis tienen dificultades para concentrarse y se mantienen, todavía, en estado de alerta o alarma. Cinco mantienen sentimientos negativos como el miedo, horror, ira o culpa. Las puntuaciones de los diferentes cuestionarios se presentan en la Tabla 6.2.

Tabla 6.2

Puntuaciones en los diferentes cuestionarios de evaluación

Descendiente	Resiliencia	Autoestima	Crecimiento Postraumático	Apego Seguridad	Sexismo
P1	107(A)	40(A)	101(A)	-7,7(B)	39(B)
P2	90(A)	33(A)	84(A)	-7,7(B)	53(M)
P3	99(A)	31(A)	54(B)	0(B)	6(B)
P4	80(M)	36(A)	65(B)	20,5(B)	25(B)
P5	106(A)	39(A)	59(B)	0(B)	45(M)
P6	92(A)	34(A)	70(B)	15,4(B)	30(B)
P7	122(A)	37(A)	28(B)	-7,7(B)	66(M)
P8	91(A)	27(M)	72(M)	5,1(B)	70(M)
P9	84(M)	26(M)	51(B)	7,7(B)	41(B)

A=Alto; M=Medio; B=Bajo

En relación a las preguntas que se les hacía al final de la entrevista semi-estructurada, se identificaron cinco temas principales, así como diversos códigos en cada una de ellas que aparecen en la Tabla 6.3.

Tabla 6.3

Temas y códigos asociados

<i>1. Incertidumbre ante el futuro</i>	<i>2. Cambios tras la experiencia</i>	<i>3. Apoyos en la recuperación</i>	<i>4. Necesidades percibidas</i>	<i>5. Situación actual</i>
Experiencia de violencia	Restricciones económicas	Apoyo informal	Figura paterna	Está superado
Inseguridad económica	Pérdida de confianza en las demás personas	Apoyo formal	Apoyo familia extensa	Echar de menos a su padre
Preocupación por el estado de salud de la madre	Vivir con más libertad		Necesidad de comprensión social	Continuidad en los apoyos
Tener que posicionarse				

Tema 1. Incertidumbre ante el futuro.

La experiencia de violencia sobre las mujeres en una relación familiar no sólo afecta a sus descendientes en lo que a la violencia en sí misma se refiere, sino a otros aspectos que subyacen a ese entorno. En este tema se identificaron cuatro códigos:

Código 1: Experiencias de violencia de género

Para la mayoría de la muestra, lo más difícil fue, además de la propia experiencia de violencia, el afrontar el proceso de divorcio de sus progenitores. Esto generó diferentes reacciones emocionales donde quienes participaban destacaron el miedo durante el proceso de divorcio, así como el tener que hacer frente a la nueva realidad y a las nuevas responsabilidades una vez que se produjo la separación.

"El tener que estar viviendo en una habitación, el no poder salir de mi casa, cómo yo quisiera, cuando quisiera. No tener tampoco intimidad. El sentir miedo, el sentir que no puedes hacer, ni estar con tranquilidad. Vivíamos una situación como de miedo, como de encarcelamiento" (P6, 30 años).

"Para mí lo más difícil fue pasar de un mundo de burbuja que me había creado mi padre, vale, a la pura realidad, después de un divorcio. De coger la parte de las responsabilidades de mi madre, en relación con mi hermano, de ver que esa burbuja no existe y que realmente, esta es la realidad pura y dura que me toca vivir" (P7, 23 años).

Código 2: Inseguridad económica

Se hace especial referencia al malestar relacionado con la incertidumbre de lo que iba a pasar con sus vidas y de cómo iban a salir adelante sin el aporte económico del padre.

"El momento de cómo íbamos a vivir sin mi padre que era el único que entraba el sueldo. Como yo ya tenía 20 años, el decir, cómo vamos a tirar, ¿qué va a pasar? el después, el después." (P1, 28 años).

Código 3: Preocupación por el estado de salud de la madre

Por otro lado, quienes participaron, también refieren la preocupación por el estado físico y psicológico en el que se encontraba su madre, así como su dolor al percibir el sufrimiento que estaba atravesando durante la situación de VG. En la mayoría de los casos,

también destacaron la alegría producida cuándo sus madres eran capaces de sobreponerse a la situación de violencia.

"Pues lo más difícil fue, pues ver a mi madre, cómo estaba mi madre, y verla, estaba destrozada pero a la vez, fue bueno porque vi cómo se estaba recuperando y cómo dejaba atrás todo aquello y ya, pues, con el paso del tiempo y los años, y ya, pues, rehízo su vida, por así decirlo y puso, yo qué sé, se arregló y, yo que sé, estamos muy bien, ahora." (P3, 19 años).

Código 4: Tener que posicionarse

Otra de las preocupaciones se refiere al tener que decidir entre su padre o su madre. El no poder contar con ambas figuras y el tener que tomar una decisión con respecto a si tener, o no, contacto con el padre.

"La verdad es que para mí lo más difícil fue el hecho de, que, saber que por ejemplo, estar con mi madre y saber que mi padre está en otro lado o, y viceversa, el hecho de tener que elegir como una especie, como por así decirlo, un bando, o mi madre o mi padre" (P2, 20 años).

Tema 2. Cambios tras la experiencia.

Para la mayoría, esta experiencia les llevó a cambiar su vida a mejor. Aunque las experiencias traumáticas también conllevan cambios negativos posteriores en la vida de las personas supervivientes. Los tres códigos identificados fueron:

Código 1: Restricciones económicas

Parte de la muestra, pasó de tener una situación económica positiva a tener que sufrir restricciones, por lo que, en este aspecto consideran que su vida empeoró, cambiando, incluso, su forma de pensar y los roles que venían desempeñando en la familia.

"Cambio la vida 180 grados, me cambió la vida, de ser una niña mimada y de donde todo era para la niña, a decir, esta es la situación, no se puede hacer tal cosa, tal cosa y tal cosa, porque no tenemos dinero. Me ha despertado a la realidad, decirme, estás viendo otra vida, tendrás que acostumbrarte a esto y vivirlo porque no hay marcha atrás" (P7, 23 años).

"En mi forma de pensar, aprendí un poco a apañarme la vida, digamos, o sea, desenvolverme mejor en la vida, ya no estaban dos padres, era uno solo y era más difícil, había que ayudar a mamá" (P8, 18 años).

Código 2: Pérdida de confianza en las demás personas

También, hay quienes reconocen que la experiencia les supuso el perder la confianza en las demás personas teniendo que permanecer en alerta a la hora de relacionarse con la gente.

"Lo único que más me cambió, es que hay que tener siempre cuidado con las personas, hay que andar con pies de plomo a la hora de tratar con cualquier persona porque no sabes qué reacción puede tener. Las apariencias engañan, las personas pueden manipular mucho. No sé, cambio en ese sentido" (P9, 25 años).

Código 3: Vivir con más libertad

El resto, consiguieron tranquilidad, manifestarse tal y como eran y vivir con más libertad con sus madres. Tres presentan un cambio en su percepción de la vida y de las relaciones de pareja, pudiendo identificar comportamientos o situaciones relacionadas con el maltrato.

"En todo, sobre todo en seguridad, en estar tranquilos, en que mi madre estuviera bien, me cambió la vida porque no sabía si cualquier día nos iba a matar " (P1, 28 años).

"A mí me gusta cómo estoy ahora, puedo expresarme tal y como yo soy" (P4, 18 años).

"Me di cuenta de que un hombre no debería de tratar nunca así a una mujer y vi y comencé a ver comportamiento, me informé más y ya pues sé detectar cosas así cuando un hombre no está tratando bien a una mujer o una mujer está siendo maltratada " (P3, 19 años).

Tema 3. Apoyos en la recuperación.

Para la mayoría de quienes participaron, lo que más les ayudó en su recuperación fue el apoyo de una persona cercana. También destaca el apoyo de la ayuda profesional como necesario para su recuperación. Se extrajeron 2 códigos.

Código 1: Apoyo informal

La familia y las amistades como eje y pilar de su recuperación y superación de la experiencia de VGH, sobre todo destacan las figuras de otras mujeres como la madre y la abuela.

"Estar con mi madre, es que mi madre ha sido el pilar" (P5, 19 años).

"La familia, o sea, mi tío, mi abuela, amigos de mi madre y luego amigos míos que me los hice durante el colegio" (P8, 18 años).

Código 2: Apoyo formal

El apoyo psicológico es destacado como un recurso clave que les ayudó a manejar y superar la situación de violencia. Les permitió elaborar las diferentes emociones señaladas previamente como el miedo o las rumiaciones.

"Mi psicóloga y mis amigos y el cariño de mi madre, por así decirlo y de mi abuela. Mis amigos en no estar todo el rato pensando en eso. Cuando llegaba a mi casa, pues el

cariño que me daba mi madre y mi abuela, y mi psicóloga que me ayudó a tratar mi problema y a decirle mis miedos y mis cosas " (P3, 19 años).

Tema 4. Necesidades percibidas.

En este tema se incluyen aquellos aspectos que la muestra enfatizó como importantes para su rehabilitación y que, en aquellos momentos, no encontraron. Los códigos que más destacaron son la falta del padre y la inseguridad que ello le producía, la falta del apoyo de la familia extensa, y por último, la necesidad de una mayor comprensión social.

Código 1: Figura paterna

Cuatro descendientes manifiestan que les hubiera hecho falta su padre. La necesidad de una familia compuesta por un padre y una madre, el tener una infancia con él y con ella conviviendo en el mismo hogar sin violencia, así como una estabilidad familiar para sentir seguridad.

"Supongo que en un principio mientras que mi madre estuvo buscando a su pareja y todo esto, pues supongo que la presencia de mi padre, para en estos momentos que estuve recibiendo un poco de bullying, en clase y todo esto, pues saber, tener un apoyo, para saber cómo defenderme" (P2, 20 años).

"Quizás mi padre. Me hizo mucha falta el amor de mi padre" (P5, 19 años).

"Diría que por lo menos, mi padre se preocupara un poco por mí. O sea, él dijo en el divorcio que ya no tenía hijos y entonces, sí, tardé en asimilarlo pero al final, conseguí asimilarlo, aunque fue difícil" (P8, 18 años).

"Estabilidad familiar. Que hubiera tenido una familia normal y un padre normal" (P9, 25 años).

Código 2: Apoyo de la familia extensa

Por otro lado, echan en falta más apoyo de la familia extensa que, conociendo la situación, no intervinieron o lo hicieron de manera superficial y sin tener en cuenta la situación real o sus necesidades emocionales y económicas.

"Me hizo mucha falta mi familia, aunque hubo una parte de mi familia que sí estuvo pero como la típica pregunta de ¿cómo estás?, te cuelgan, y mi madre con problemas económicos. No ayudaron nada" (P4, 18 años).

Código 3: Necesidad de comprensión social

Cuando la violencia se produce en poblaciones pequeñas donde todo el mundo se conoce, echan en falta más comprensión social, no sentir el rechazo del vecindario y la estigmatización que eso les produce. En muchos casos aparece también la sensación de haber sido abandonadas por el propio vecindario.

"Que la gente no tratara mal a mi madre por una cosa que ella no tenía culpa, la gente de allí de mi pueblo, empezaron a tratar malamente a mi madre, empezaron a mirarla mal, la trataban con despecho, con descaro, eso me hubiera gustado que no hubiera sido así" (P3, 19 años).

" Lo más difícil, el después de la separación, porque a ver, en el pueblo empezó a enterarse la gente, la gente, yo notaba que la gente que era amiga de mi madre, empezó a dejarle de hablar, ya no le hablaban, la miraban con mala cara, cuando pasaba con nosotros, cuchicheaban, incluso dijeron que era prostituta, que por las noches se iba a trabajar y lo mejor de todo, que eso me enteré yo subiendo al autobús del colegio y la conductora lo insinuó. Yo, te puedes imaginar. También, mi propia familia, la familia de mi madre, sus hermanos, le dieron también de lado, fue, la única que estuvo ahí fue mi abuela. La única" (P4, 18 años).

"Más comprensión por parte de la sociedad, en el momento en que se habla de divorcio y se habla de cosas de familia desestructurada y todo es como si fuéramos un bicho raro " (P7, 23 años).

Tema 5. Situación actual.

La mayoría manifiesta haber superado la experiencia negativa de la VGH y encontrarse bien en la actualidad. Sin embargo, hay quién sigue echando de menos a su padre y una continuidad en el apoyo psicológico, que no se circunscriba sólo al momento de la ruptura, sino que puedan tener acceso a ese apoyo en situaciones difíciles posteriores. Se han identificado 3 códigos.

Código 1: Está superado

Siete de nueve descendientes manifiestan que en la actualidad todo está bien, e incluso están felices con su vida actual y que no necesitan nada más.

"Yo ahora mismo estoy bien, mi madre está bien, estamos bien, todos bien, económicamente, todo, todo, está bien, por ahora" (P1, 28 años).

Código 2: Echar de menos a su padre

Aunque pase el tiempo, la figura del padre sigue siendo un elemento importante y necesario.

"Por lo menos, que mi padre se preocupara un poco por mí" (P8, 18 años).

Código 3: Continuidad en los apoyos

La importancia de que tanto los apoyos formales e informales permanezcan en el tiempo, sobre todo, porque son jóvenes que continúan con su desarrollo madurativo.

"En la actualidad, pues eso, un apoyo. Que muchas veces, la verdad te hace falta. Porque, tampoco, no quieres preocupar a tu madre, no quieres muchas veces, porque dices, ya bastante tiene ella con lo suyo. Pues si sentir ese apoyo de alguien" (P6, 30 años).

"Otro tratamiento psicológico, no sé, que ir a un psicólogo me ayudó mucho, eso fue lo que me ha ayudado bastante en todo esto. Y ahora un poco me haría falta" (P8, 18 años).

6.4. Discusión

El objetivo de esta investigación fue explorar el impacto que la VGH tuvo sobre descendientes cuyas madres habían sobrevivido a una situación de VG. Además, se analizaron sus necesidades, apoyos y estrategias que les sirvieron para afrontar la VGH.

Desde 2003, la OMS asumió el modelo ecológico propuesto por Heise (1998) para el estudio de la VG. Este modelo se estructura en 4 niveles de análisis, el individual (tiene en cuenta la historia personal), el microsistema (enfoca el ambiente más próximo a las personas como familia y amistades), el exosistema (abarca las estructuras sociales donde se desarrolla el microsistema, como el vecindario o las redes sociales) y el macrosistema (representa la cultura en general de ese contexto social). Entender cómo cada uno de estos niveles puede incidir en la superación y recuperación de jóvenes de una experiencia de VGH puede ayudar a realizar intervenciones más eficaces.

A nivel individual, para la totalidad de la muestra, el haber sobrevivido a la VGH supuso una importante mejora en sus vidas, en línea con investigaciones previas que afirman que la vivencia de hechos traumáticos, a menudo, resulta en cambios psicológicos positivos después del trauma (Páez et al., 2011). En este caso, no sólo les mejoró la vida por finalizar con la situación de violencia, que aumenta la probabilidad de desarrollar problemas físicos, psicológicos y emocionales (Hungerford et al., 2012), sino que les permitió conseguir niveles de libertad y tranquilidad que antes no tenían. También les ayudó a desarrollarse y evolucionar como personas, presentando una posición madura a la

hora de afrontar las dificultades de la vida. Este aspecto se relaciona con la resiliencia, entendida como la adaptación o desarrollo positivo en un contacto de adversidad, amenaza o riesgo (Bowen, 2015; Martínez-Torteya et al., 2009).

A partir de los resultados del presente estudio, es posible inferir que la VGH supone exponer a los niños y niñas no sólo a lo traumático de la violencia en sí, sino a una serie de preocupaciones e inquietudes no acordes con su edad, como la preocupación por no poder hacer frente a las necesidades económicas de la familia, o por el estado psicológico de su madre. La investigación encuentra una relación significativa entre los problemas de salud mental desarrollados por las madres y la de sus descendientes, explicado por la teoría del TEPT relacional, donde la retroalimentación conjunta aumenta los síntomas traumáticos (Bogat et al., 2006; Eshelman y Levendosky, 2012). De ahí la importancia de intervenir no sólo con la madre, sino con la diada madres-menores, para disminuir la angustia de sus descendientes (Grogan-Kaylor et al., 2020)

En muchos casos de VGH, el padre manipula a sus descendientes para que se posicionen o con su madre o con él. Esta actitud genera mucho miedo e incertidumbre, llevando a un sentimiento de culpabilidad cuando el padre abandona todo contacto con sus menores. Esto se ve reflejado en la situación actual de esta muestra, donde manifiestan que siguen echando de menos a su padre. Este resultado está en concordancia con los hallados en el estudio de Pernebo y Almqvist (2017).

A nivel de microsistema, es importante destacar que, quienes participaron en este estudio coinciden en que uno de los factores que más les ayudó para superar la VGH de forma positiva fue el apoyo social formal (terapia psicológica) y el apoyo informal, entre ellos, la familia (la madre y la abuela) y las amistades. La madre resultó ser un pilar fundamental. La calidad de la relación entre madres y menores es un factor de protección

(Hungerford et al., 2012) y, en este estudio, la relación entre las madres y sus descendientes es evaluada como "buena" o "muy buena", tanto en su infancia, como en la actualidad, en todos los casos. Podemos hipotetizar que esa buena relación y el apoyo recibido, ayudó a evitar problemas psicológicos a largo plazo en esta muestra. En relación con el padre, aunque esta muestra manifiesta una "mala" o "ninguna relación" con él, al preguntarles qué fue lo que necesitaron y no tuvieron, el padre surge como una persona importante y necesaria, aunque esta figura aparece más como un padre idealizado, bueno, y no como un maltratador. Echan de menos a una figura paterna que les quiera y les trate bien. Esto es coincidente con estudios que ponen de relieve que, lo largo de la niñez, en el desarrollo cognitivo, psicológico y social, el acceso a una persona cuidadora como una base o refugio seguro, es importante (Zeanah et al., 2011). Así lo manifiesta uno de los participantes cuando dice que necesitó la presencia de su padre cuando recibió bullying y buscaba un apoyo para saber cómo defenderse.

A nivel de exosistema, en lo relacionado con el vecindario, a una parte de la muestra les resulta necesario la comprensión de la situación de VG por parte de la sociedad, de su entorno vecinal más cercano, especialmente, desean no sentir el rechazo social, y que no cuestionen la veracidad del maltrato. Esto se relaciona con el estigma cultural dentro del modelo de estigmatización de la VG, que destaca cómo las creencias sociales que deslegitiman a las personas que sufren abuso acaba siendo un obstáculo para que estas personas busquen ayuda (Overstreet y Quinn, 2013).

A nivel de macrosistema, los estudios relacionan altas puntuaciones en actitudes sexistas, sobre todo en la subescala de sexismo hostil, con la perpetración de la VG (Dasil et al., 2020; Malonda et al., 2018). Esta muestra presenta unas puntuaciones medias-bajas en sexismo ambivalente y, más concretamente, en el sexismo hostil, incluso uno de los

participantes reconocía que la situación vivida le enseñó a detectar comportamientos de maltrato hacia las mujeres. Esto nos indica la importancia de articular programas de sensibilización a nivel educativo y social que modifiquen las creencias sexistas que se encuentran en la base de los comportamientos de VG. Profundizando en esta cuestión, sería interesante realizar estudios longitudinales para verificar la transmisión intergeneracional de la VG utilizando, quizás, otros instrumentos que miden también las creencias acerca del maltrato a la mujer (López-Cepero et al., 2015; Sanchez-Prada et al., 2019).

Por otro lado, aunque esta muestra presenta buena salud psicológica en la actualidad, si se observa un efecto negativo de la vivencia de VGH en las puntuaciones de evaluación del apego. La totalidad presenta un tipo de apego inseguro. Las personas con apego inseguro se caracterizan por percibir la relación con sus madres-padres como deficitaria, insensible, abusiva o indiferente (Lacasa y Muela, 2014). En este caso, la explicación más probable es que este tipo de apego se debe a la relación de maltrato del padre sobre la madre, ya que la totalidad manifiesta una "mala" o "ninguna relación" con su padre, en la actualidad.

A partir de los resultados de la presente investigación, es importante tener en cuenta que las intervenciones con familias que sufren VGH debe de ser integral, conjunta y global con toda la familia favoreciendo, principalmente, el estado psicológico de la madre por la importancia en la vinculación con la salud psicológica de sus menores (Johnson y Lieberman, 2007; Lieberman et al., 2005). Por otro lado, se deben diseñar programas de formación e información con el círculo cercano de estas familias como factor de protección, apoyo y fomento de su recuperación. Es relevante conseguir una estabilidad familiar y la comprensión de su situación por parte de la sociedad para disminuir los efectos negativos de la VGH, tanto a corto como a largo plazo. Por otro lado, las intervenciones psicológicas

deben de ser especializadas en VG, controlando los estereotipos de género que pudieran presentar menores expuestos a VGH, por la alta probabilidad de la transmisión intergeneracional de la VG. Es importante trabajar la figura del padre, conceptualizándolo como un maltratador y ofreciendo herramientas a sus menores para minimizar los sentimientos de culpa e incertidumbre ante los comportamientos del mismo.

Una de las principales limitaciones de este estudio es el tamaño de la muestra. Es una muestra poco representativa pero que aporta datos a tener en cuenta a la hora de diseñar programas de intervención. Otra limitación está relacionada con la selección de la muestra. Quienes participaron fueron descendientes con buena relación con la madre, que fue quien les propuso la participación y tenían buena predisposición para someterse a la evaluación. Sería interesante evaluar a jóvenes que han experimentado VGH seleccionados aleatoriamente. Otra limitación es que se trata de un estudio de carácter cualitativo, por lo que hay que tener cuidado de generalizar los resultados encontrados a muestras con un perfil diferente al analizado.

En conclusión, tanto la VG en general como la VGH que afecta a las niñas y a los niños, debe de ser abordada con un enfoque integral y comunitario. Es importante intervenir con toda la familia, nuclear y extensa, y con la sociedad en su conjunto, para reducir los efectos negativos y los problemas de salud derivados de sufrir esta experiencia. Por otra parte, los programas de intervención deberían considerar la perspectiva de género con el objetivo de disminuir la transmisión intergeneracional de este tipo de violencia, cuestionando los estereotipos de género y las creencias sexistas para así disminuir la perpetración de actos de violencia de género.

**Capítulo 7: Estudio 4. Factores que Predicen Actitudes Sexistas
en Estudiantes de Universidad**

7. ESTUDIO 4. FACTORES QUE PREDICEN ACTITUDES SEXISTAS EN ESTUDIANTES DE UNIVERSIDAD

7.1. Introducción

La prevención de la violencia de género constituye un aspecto importante para luchar contra este problema de salud pública, por ello resulta fundamental identificar aquellos factores que influyen en su perpetración. La mayoría de las investigaciones se han centrado en el estudio de la identificación de factores socio-culturales relacionados con el origen y desarrollo de la violencia contra la mujer. Uno de los factores más estudiados es el de las actitudes sexistas como predictoras de una mayor incidencia de la violencia sobre la mujer. Glick y Fiske (1996), en su propuesta sobre sexismo ambivalente (TSA), distinguen entre dos tipos de actitudes sexistas: hostil y benevolente. El sexismo hostil (SH) incluye aquellas manifestaciones más tradicionales sobre el rol de las mujeres y de los hombres en la sociedad, principalmente la subordinación de las mujeres a los hombres y la menor capacidad de éstas para el liderazgo. Esto se refleja en que, mayoritariamente, existe un número menor de mujeres en puestos de responsabilidad tanto en empresas privadas como en instituciones públicas. Por otro lado, el sexismo benevolente (SB), incluye otro tipo de actitudes menos radicales pero que también suponen una discriminación sexual, como por ejemplo, el pensar que las mujeres, en comparación con los hombres, suelen presentar una mayor sensibilidad o un sentido más refinado para la cultura o el buen gusto. Este tipo de actitudes benevolentes permiten legitimar al SH. El SH y el SB comparten tres componentes: a) el paternalismo, dominante y protector, que representa a las mujeres, por un lado, inmaduras y necesitadas de figura masculina que las guíe (SH) y, por otro, como personas débiles que deben de ser protegidas (SB); b) la diferenciación de género, competitiva y complementaria, la cual, se basa en una justificación social para el poder

estructural de los varones (SH) y se fomenta la noción de que las mujeres tienen muchos rasgos positivos que complementan a aquellos que les faltan a los varones (SB); y c) la heterosexualidad, hostilidad e intimidad, donde las actitudes fluctúan entre la atracción sexual hacia las mujeres con el deseo de dominarlas (SH), junto con la necesidad de intimidad sexual (SB).

Hay estudios que muestran que no hay diferencias entre hombres y mujeres en las puntuaciones en SB (Boira et al., 2017; Rodríguez y Magalhães, 2013). Sin embargo, sí hay diferencias entre las puntuaciones de hombres y mujeres en SH, siendo los hombres los que puntúan más alto (Zakrisson et al., 2012). Además, es el SH el que se relaciona más directamente con la perpetración de la violencia de género (Allen et al., 2009; Anderson y Anderson, 2008; Dosil et al., 2020; Lynch y Renzetti, 2020; Malonda et al., 2018) y la gravedad de la misma (Boira et al., 2017), llegando a ser un buen predictor de la agresión sexual (Murnen et al., 2002). También se ha señalado que, no es sólo el SH el que predice la violencia, sino que también hay que tener en cuenta contexto en el cual se produzca (Cross et al., 2017). Los hombres que puntúan alto en SH, tienen una mayor probabilidad de agredir a una mujer cuando, además, vean cuestionados sus privilegios o su poder.

Flood y Pease (2009) concluyeron que existía una relación causal entre las actitudes sexistas y la perpetración de la violencia de género. Es decir, cuantas más actitudes y creencias tolerantes hacia la VG presente una persona, más probabilidad hay de que desarrolle comportamientos violentos hacia la mujer, incluyendo las agresiones sexuales. En esta misma dirección, Stith et al. (2004) afirman que las actitudes hacia la violencia son un factor predictivo significativo para la violencia hacia la mujer, junto con otros factores como la ira/hostilidad, la historia de violencia de género previa, el abuso de alcohol y factores emocionales como la depresión y el estrés. Una explicación de estos resultados es

que, esas actitudes sexistas, se fundamentan en base a los estereotipos de rol de género que atribuyen comportamientos más agresivos y violentos a hombres que a mujeres (Delgado Alvarez et al., 2012). Se ha encontrado que hay una correlación positiva entre las actitudes sexistas junto con la aprobación de la violencia en general en las relaciones interpersonales y la aceptación de la violencia contra la mujer (Eckhardt et al., 2012; Herrero et al., 2017).

Además de las actitudes sexistas, se han identificado otras variables que también se relacionan con la violencia hacia las mujeres, entre ellas, variables sociodemográficas, como el género, la edad y el nivel educativo. Con respecto al género, los hombres mantienen creencias y actitudes menos críticas en relación a la violencia contra las mujeres y perpetran más violencia que ellas, aunque hay estudios que concluyen que las mujeres perpetran más abuso verbal, mientras que los varones cometen más agresiones físicas y sexuales, teniendo consecuencias más graves (Dosil et al., 2020; Haynie et al., 2013). Dosil (2020) observó que eran los hombres de más edad, y con menos formación, los que se implicaban en situaciones más violentas que los jóvenes y con más nivel educativo. Sin embargo, otras investigaciones señalan lo contrario, que son los hombres más jóvenes los que expresan una mayor hostilidad hacia las mujeres, teniendo una mayor probabilidad de cometer actos violentos como agresiones sexuales (Aromäki et al., 2002). En relación al nivel educativo, se ha comprobado, tanto en hombres como en mujeres, que existe una relación inversa entre el nivel de estudios y las actitudes sexistas, encontrando que los jóvenes que cursan educación secundaria presentan más actitudes sexistas que los que cursan estudios universitarios (Garaigordobil y Aliri, 2012; Rodríguez et al., 2010).

Por otra parte, también se ha relacionado la violencia de género (VG) con características de personalidad y diferencias individuales. Diversas investigaciones señalan que la baja autoestima es un predictor de la perpetración de la violencia contra la mujer. En

concreto, los jóvenes con autoestima más baja, recurren más a la violencia con sus parejas, que aquellos que tienen autoestima alta, además, aquellos que utilizan la violencia física con su pareja, obtienen puntuaciones más altas en ansiedad y estrés social (Dosil et al., 2020). También se ha encontrado que la impulsividad, los celos, la depresión, o las escasas habilidades sociales pueden favorecer comportamientos de maltrato (Gortner et al., 1997; Haynie et al., 2013; Puente-Martínez et al., 2015). Los hombres violentos tienden a expresar más hostilidad, ira y desprecio por sus parejas que aquellos no violentos, incluso los que obtenían puntuaciones moderadas en ira y hostilidad, aunque los estudios no son concluyentes en cómo la ira y la hostilidad funcionan o están presentes en los contextos de violencia en la pareja (Eckhardt et al., 2008; Gardner et al., 2014; Gortner et al., 1997; Norlander y Eckhardt, 2005). Garaigordobil (2015) ha encontrado correlaciones positivas entre el SH y SB y las manifestaciones de ira.

Otro de los factores que se ha relacionado con la VG es la regulación emocional, en concreto se ha encontrado que la baja capacidad de regular las emociones negativas aumenta el riesgo de perpetración de la violencia en la pareja (Bliton et al., 2016; McNulty y Hellmuth, 2008; Shorey et al., 2011). Una de las explicaciones de esta relación es que la realización de actos violentos de los hombres hacia las mujeres en la relación de pareja puede ser facilitada, en parte, por esa incapacidad para identificar, comprender, tolerar y modular las experiencias emocionales desagradables y así utilizar este tipo de violencia como una vía de escape o de modulación de esas experiencias emocionales desagradables (Bomar, 2017). Shorey et al. (2011) realizaron un estudio en el que participaron estudiantes de universidad y encontraron que, los estudiantes varones con dificultades en la regulación de sus emociones, cometían más agresiones psicológicas y sexuales a sus parejas. Tager et al. (2010), mantienen que las dificultades en la regulación de las emociones es un mejor

predicador de la violencia en la pareja que los estereotipos masculinos como la dominación o la autosuficiencia.

En esta misma línea, Jolliffe y Farrington (2004) realizaron un meta-análisis con el objetivo de comprobar las relaciones entre la empatía y el comportamiento agresivo. Encontraron una relación inversa entre ambos factores. Más concretamente (Covell et al., 2007), examinaron la relación entre diferentes dimensiones de la empatía y diversos tipos de violencia en la pareja. Encontraron que los agresores que presentaban puntuaciones más bajas en la capacidad de tomar perspectiva, puntuaban más alto en la dimensión general de violencia y en agresiones psicológicas. Por otra parte, aquellos que puntuaban más alto en angustia personal reconocían ejercer más violencia y agresiones físicas.

El objetivo de este trabajo ha sido estudiar las relaciones entre las actitudes sexistas y la agresividad, la regulación emocional y la empatía, en una muestra de estudiantes de universidad. Por otra parte, también se pretende estudiar la relación entre las actitudes sexistas y la formación en género y las creencias religiosas. La literatura previa ha analizado la relación entre las creencias sexistas y diversas variables sociodemográficas como el nivel educativo, la edad y el sexo, pero existen pocos trabajos que hayan incorporado otro tipo de variables, como la formación específica en género y la religión. Se trata de identificar variables que permitan predecir la aparición de actitudes sexistas y, en consecuencia, la probabilidad de llevar a cabo actos de violencia contra las mujeres, para diseñar programas de intervención que, además de eliminar las actitudes machistas, trabajen con otras variables relacionadas con el desarrollo último de los actos de violencia hacia las mujeres.

7.2. Método

Participantes

Participaron un total de 450 estudiantes de la Universidad de Granada que cursaban diferentes titulaciones de grado y posgrado. Los criterios de inclusión fueron: a) tener matrícula en algún grado o posgrado en la Universidad de Granada en el curso 2017/2018, b) aceptar participar en el estudio, y c) ser mayor de edad. El criterio de exclusión fue no haber completado correctamente alguno de los instrumentos de evaluación del protocolo. Finalmente, tuvieron que excluirse a 10 estudiantes al no estar completo el protocolo de evaluación. Participaron 99 hombres (22,5%) y 341 mujeres (77,5%). El rango de edad oscilaba entre 18 y 40 años ($M= 21,14$ $DE= 4,29$). De los diferentes ámbitos de estudio, 200 estudiantes realizaban estudios de la rama de ciencias de la salud (168 de grado y 32 de posgrado), 179 de la rama de ciencias sociales y jurídicas (135 de grado y 44 de posgrado), 29 de la rama de artes y humanidades (título de máster), 21 de la rama de ciencias (estudiantes de grado) y, por último, 11 de la rama de ingeniería (estudiantes de grado).

En la tabla 7.1 se presentan las características sociodemográficas de la muestra, así como algunos datos relacionados con la formación en violencia de género.

Tabla 7.1

Características socio-demográficas de la muestra

Variables	ME (DT) o N (%)
<i>Edad</i>	21,14 (4,29)
<i>Sexo</i>	
Hombres	99 (22,5%)
Mujeres	341 (77,5%)

<i>Orientación Sexual</i>	
Heterosexual	378 (85,9%)
Homosexual	15 (3,4%)
Bisexual	43 (9,8%)
Otras	4 (0,9%)
<i>Orientación Religiosa</i>	
Ninguna	244 (55,5%)
Católica	183 (41,6%)
Otras	13 (2,9%)
<i>Formación Género</i>	
Si	207 (47%)
No	233 (53%)
<i>Rama de Conocimiento</i>	
Ciencias de la Salud	200 (45,4%)
Ciencias Jurídicas	179 (40,7%)
Humanidades	29 (6,6%)
Ciencias	21 (4,8%)
Ingeniería	11 (2,5%)

Instrumentos

Cuestionario de datos sociodemográficos. Diseñado expresamente para esta investigación, donde se recogen datos relacionados con la edad, el sexo, la titulación en la que tenían matrícula, la orientación sexual y religiosa, si tenían pareja en ese momento y su

sexo y, por último, sí habían recibido formación relacionada con la violencia sobre las mujeres y de qué tipo.

Cuestionario de Agresividad (AQ; Buss y Perry, 1992). Este cuestionario está compuesto de 29 ítems en una escala de tipo Likert de 5 puntos que hacen referencia a conductas, pensamientos y sentimientos agresivos. El cuestionario se estructura en cuatro escalas: Agresividad física (9 ítems), agresividad verbal (5 ítems), ira (7 ítems) y hostilidad (8 ítems). La versión utilizada fue la de Andreu- Rodríguez et al. (2002) validado en una muestra española y que presenta un alfa Cronbach de 0,88, para la escala total, 0,86 para la escala de agresión física, 0,68 para la de agresión verbal, 0,77 para la de ira y 0,72 para la de hostilidad.

Escala de Deseabilidad Social (DS; Crowne y Marlowe, 1960). Se utilizó la adaptación española de Ferrando y Chico (2000). Esta escala evalúa la tendencia de la persona a presentarse de una forma socialmente deseable. Consta de 33 ítems en un formato de respuesta de verdadero o falso. A mayor puntuación, mayor presencia de deseabilidad social. El coeficiente de fiabilidad alfa de Cronbach de esta escala es de 0,78. Se incorporó esta escala para determinar las respuestas emitidas de manera socialmente deseable a la hora de responder a los cuestionarios de actitudes sexistas.

Inventario de Sexismo Ambivalente (ASI; Glick y Fiske, 1996). Se utilizó la versión española, traducida y adaptada al castellano por Expósito et al., (1998). Consta de 22 ítems agrupados en dos subescalas que miden SH y SB en un formato de respuesta tipo Likert. La escala de SH presenta un coeficiente de alfa de 0,89 y la de SB 0,86. La fiabilidad del inventario es de 0,90.

Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004). Se utilizó la adaptación al castellano de Hervás y Jódar (2008). Consta de 36 ítems que

evalúan 6 aspectos de la desregulación emocional a través de una escala Likert de 5 puntos. Las 6 sub-escalas son: Conciencia; impulsividad; metas; claridad; estrategias y no aceptación. A más puntuación total, más dificultades en la regulación emocional. Presenta una consistencia interna de alfa 0,93.

El Cuestionario de Actitudes hacia el Género y la Violencia (CAGV; Díaz-Aguado, 2002). Consta de 47 ítems entre los que se incluyen 40 afirmaciones sexistas y de justificación de la violencia y 7 que se orientan en sentido contrario con una escala de Likert de 7 puntos. Los ítems se agrupan en cuatro escalas: Creencias sexistas sobre diferencias psicosociales y justificación de la violencia como reacción (28 ítems); Creencias sobre la fatalidad biológica del sexismo y la violencia (8 ítems); Conceptualización de la violencia doméstica como un problema privado e inevitable (8 ítems); Valoración del acceso de la mujer al trabajo remunerado fuera del hogar y a puestos de poder y responsabilidad (3 ítems). El cuestionario presenta un coeficiente alfa de Cronbach de 0,93 para el factor 1, de 0,69 para el factor 2, un coeficiente de 0,55 para el factor 3 y un coeficiente alfa de 0,54 para el factor 4, presentando, además, niveles altos de fiabilidad y validez. En este trabajo sólo se utilizó la escala de Creencias sobre diferencias psicosociales y justificación de la violencia como reacción, por estar directamente relacionada con el objetivo planteado.

Test de Empatía Cognitiva y Afectiva (TECA; López-Pérez et al., 2008). Test compuesto por 33 ítems en una escala Likert de 5 puntos que mide la empatía en una estructura de 4 factores: Adopción de perspectivas; comprensión emocional; estrés empático y alegría empática. A más puntuación mayor empatía. El test presenta un alfa de Cronbach de 0,86 para el test global y oscila entre 0,70 y 0,78 para las cuatro dimensiones.

Procedimiento

En primer lugar, se solicitó y obtuvo la aprobación del Comité de Ética de investigación humana de la Universidad de Granada (Nº 352/CEIH/2017). Posteriormente, se contactó con el profesorado de diferentes titulaciones de grado y posgrado de la Universidad de Granada, y se solicitó su consentimiento para acceder al aula. La selección de las titulaciones se hizo a través del procedimiento de bola de nieve, pero tratando de reunir títulos de todas las ramas que oferta la Universidad. Una vez en el aula se le explicaba al alumnado el propósito del estudio (conocer las actitudes y opiniones sobre determinadas cuestiones personales) y se les daban una serie de instrucciones para rellenar los diferentes instrumentos de medida que componían el dossier. Por último, se les aclaraba que la participación era voluntaria, anónima y sin gratificación económica. A continuación, se les repartía el dossier con los 6 instrumentos presentados siempre en el mismo orden (AQ, ASI, DS, CAGV, DERS y TECA) y se concertaba otro día para pasar a recogerlos. Además, los participantes completaban una hoja que incluía el consentimiento informado. Una vez se les informaba de los objetivos del estudio, nadie se negó a participar.

Análisis estadísticos

Después de realizar los análisis descriptivos, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson para evaluar la correlación entre la escala DS y las actitudes sexistas del ASI (SH y SB) y del factor 1 del CAGV (Creencias sexistas sobre diferencias psicosociales y justificación de la violencia como reacción). Posteriormente, se realizaron análisis de regresión lineal para identificar qué variables predecían las actitudes sexistas, concretamente el sexismo hostil, el benévolo y las creencias sobre diferencias psicosociales y la justificación de la violencia como reacción.

7.3. Resultados

Los resultados muestran que no hay una correlación significativa entre la DS y las dos escalas del ASI: SH ($r = 0,067$, $p = 0,158$) y SB ($r = 0,004$, $p = 0,926$). Tampoco se encontró correlación con el factor 1 del CAGV ($r = 0,053$, $p = 0,270$).

En la tabla 7.2 se presentan los resultados de los modelos de regresión lineal simple para variables relacionadas con el sexismo ambivalente (SH y SB) y el factor 1 del CAGV (Creencias sexistas sobre diferencias psicosociales y justificación de la violencia como reacción). Las variables predictoras fueron el sexo, las creencias religiosas, la formación en género, las escalas del cuestionario AQ, las sub-escalas del DERS y los factores del TECA. Para el análisis de regresión se utilizaron dos de las categorías de las creencias religiosas (ninguna y católica), excluyéndose la categoría de "otras" por no contar con una representación suficiente de participantes. Por otra parte, quienes habían recibido formación en género lo habían hecho a través de una institución relacionada con la actividad académica, bien en sus centros educativos escolares, bien, como asignaturas específicas de género y violencia en la universidad.

Para el SH se han encontrado como variables predictoras el sexo ($\beta = -0,177$; $p = <0,001$), las creencias religiosas ($\beta = 0,267$; $p = <0,001$), la formación en género ($\beta = 0,106$; $p = 0,013$), la escala de hostilidad del AQ ($\beta = 0,162$; $p = 0,003$), la sub-escala "conciencia" del DERS ($\beta = 0,125$; $p = 0,018$), el factor estrés empático (EE) del TECA ($\beta = -0,181$; $p = <0,001$) y el factor alegría empática (AE) del TECA ($\beta = -0,111$; $p = 0,045$). Para el SB se han encontrado como variables predictoras el sexo ($\beta = -0,189$; $p = <0,001$), las creencias religiosas ($\beta = 0,204$; $p = <0,001$), la escala de hostilidad del AQ ($\beta = 0,147$; $p = 0,012$) y el factor alegría empática (AE) del TECA ($\beta = -0,121$; $p = 0,040$). Para el factor 1 del CAGV, se han encontrado como variables predictoras el sexo ($\beta = -0,189$; $p = <0,001$), las creencias

religiosas ($\beta= 0,146$; $p= 0,001$), la escala de agresividad física del AQ ($\beta= 0,155$; $p= 0,003$), la sub-escala "No Aceptación" del DERS ($\beta= 0,112$; $p= 0,040$), y el factor alegría empática (AE) del TECA ($\beta= -0,269$; $p= <0,001$).

Tabla 7.2

Modelo de regresión lineal usando las puntuaciones de las escalas de sexismo hostil y sexismo ambivalente como criterio y el sexo, las creencias religiosas, la formación en género, las subescalas de las variables de agresividad, desregulación emocional y empatía como predictoras

Escala	VARIABLES	β Estandarizada	T	p	Límite Inferior IC95%	Límite Superior IC95%	Modelo F	R^2	R^2 Corregida
Sexismo Hostil							$F_{(17,427)} = 9,683^{**}$	0,287	0,257
	Sexo	-0,177	-3,557	0,000***	-6,417	-1,849			
	Creencias Religiosas	0,267	6,035	0,000***	3,539	6,958			
	Formación Género	0,106	2,501	0,013*	0,443	3,698			
	Agresión Física	0,067	1,250	0,212	-0,084	0,378			

Agresión					
Verbal	0,060	1,166	0,244	-0,115	0,449
Ira	0,057	0,989	0,323	-0,124	0,376
Hostilidad	0,162	2,956	0,003**	0,100	0,498
DERS					
Conciencia	0,125	2,374	0,018*	0,051	0,546
DERS					
Impulso	0,076	1,239	0,216	-0,097	0,427
DERS					
No_Acepta	0,010	0,191	0,848	-0,139	0,169
DERS					
Metas	0,033	0,675	0,500	-0,135	0,277
DERS					
Claridad	-0,057	-1,004	0,316	-0,404	0,131
DERS					
Estrategias	-0,105	-1,585	0,114	-0,421	0,045

	TECA AP	0,059	1,059	0,290	-0,108	0,359			
	TECA CE	-0,029	-0,592	0,554	-0,234	0,125			
	TECA EE	-0,181	-3,640	0,000***	-0,459	-0,137			
	TECA AE	-0,111	-2,008	0,045*	-0,529	-0,006			
Sexismo							$F_{(17,427)}=5,909^{**}$	0,197	0,164
Benévolo									
	Sexo	-0,189	-3,580	0,000***	-5,335	-1,553			
	Creencias Religiosas	0,204	4,344	0,000***	1,712	4,543			
	Formación Género	0,086	1,908	0,057	-0,039	2,655			
	Agresión Física	0,057	1,015	0,311	-0,093	0,290			
	Agresión Verbal	-0,019	-0,349	0,727	-0,275	0,192			
	Ira	0,043	0,701	0,484	-0,133	0,281			

Hostilidad	0,147	2,532	0,012*	0,047	0,376
DERS					
Conciencia	0,048	0,858	0,391	-0,115	0,294
DERS					
Impulso	0,036	0,548	0,584	-0,156	0,277
DERS					
No_Acepta	0,086	1,487	0,138	-0,031	0,224
DERS					
Metas	0,009	0,172	0,864	-0,156	0,185
DERS					
Claridad	-0,009	-0,153	0,878	-0,239	0,204
DERS					
Estrategias	-0,056	-0,800	0,424	-0,271	0,114
TECA AP	-0,043	-0,718	0,473	-0,264	0,123
TECA CE	0,054	1,028	0,305	-0,071	0,226
TECA EE	-0,058	-1,088	0,277	-0,207	0,059

Factor 1	TECA AE	-0,121	-2,062	0,040*	-0,444	-0,011			
CAGV							$F_{(17,427)}=10,534^{**}$	0,305	0,276
	Sexo	-0,189	-3,836	0,000***	-8,635	-2,783			
	Creencias Religiosas	0,146	3,339	0,001***	1,529	5,909			
	Formación Género	0,043	1,027	0,305	-0,996	3,173			
	Agresión Física	0,155	2,952	0,003***	0,149	0,741			
	Agresión Verbal	0,043	0,847	0,397	-0,205	0,516			
	Ira	-0,001	-0,024	0,981	-0,324	0,317			
	Hostilidad	-0,035	-0,638	0,524	-0,337	0,172			
	DERS Conciencia	-0,030	-0,571	0,569	-0,409	0,225			

DERS					
Impulso	0,077	1,277	0,202	-0,118	0,553
DERS					
No_Acepta	0,112	2,061	0,040*	0,010	0,405
DERS					
Metas	-0,028	-0,573	0,567	-0,341	0,187
DERS					
Claridad	0,097	1,729	0,085	-0,041	0,644
DERS					
Estrategias	-0,041	-0,625	0,533	-0,393	0,204
TECA AP	-0,075	-1,351	0,177	-0,505	0,093
TECA CE	0,008	0,172	0,863	-0,210	0,250
TECA EE	-0,043	-0,864	0,388	-0,297	0,115
TECA AE	-0,269	-4,902	0,000***	-1,172	-0,501

AP= Adopción de Perspectivas; CE= Comprensión Emocional; EE= Estrés Empático; AE= Alegría Empática. * p < 0,05; **p < 0,01;

***p < 0,001

7.4. Discusión

Este estudio trata de identificar variables que correlacionen con las actitudes sexistas para ampliar el abanico de intervenciones con población juvenil y disminuir la probabilidad de perpetrar actos violentos contra las mujeres. La violencia de género es un problema de salud pública que convierte en asesinos a una media de 50 hombres al año en España¹⁰. Además de intervenir en la modificación de las actitudes sexistas, otras variables se muestran importantes para modificar estos comportamientos. Los estudios demuestran que determinadas variables de personalidad y emocionales están relacionadas con la violencia. En este estudio se ha analizado la agresividad, la desregulación emocional y la empatía como predictoras de las actitudes sexistas y de la justificación de la violencia de género.

En primer lugar, los resultados ponen de manifiesto que las respuestas a los cuestionarios sobre creencias sexistas no han estado mediadas por la deseabilidad social. Una primera conclusión es la influencia del sexo y las creencias religiosas en las tres variables sobre creencias sexistas (SH, SB y Creencias sexistas sobre diferencias psicosociales y justificación de la violencia como reacción). Los hombres de este estudio, mantienen creencias más tradicionales sobre el rol de las mujeres y de los hombres en la sociedad. Este resultado va en la línea de aquellos estudios que concluyen que hay diferencias en las creencias sexistas entre mujeres y hombres, puntuando más alto estos últimos (Zakrisson et al., 2012). El SH es el que directamente se relaciona con la perpetración de la VG (Dosil et al., 2020; Lynch y Renzetti, 2020; Malonda et al., 2018)

¹⁰ Datos del Instituto Nacional de Estadística: <https://www.epdata.es/datos/violencia-genero-estadisticas-ultima-victima/109/espana/106#:~:text=Estad%C3%ADstica%20anual%20del%20INE,que%20en%20el%20a%C3%B1o%202018.>

por lo que podemos confirmar que el sexo es un buen predictor de la probabilidad de ejercer violencia sobre las mujeres, concretamente, el sexo masculino.

Por otra parte, se observa que el procesar la religión católica predice las actitudes sexistas, tanto aquellas más hostiles como las más benevolentes, incluso la justificación de la violencia como reacción. En la actualidad, se están desarrollando en todas las religiones movimientos para reducir prácticas y ritos machistas, pero aún existe un legado amplio en este sentido. Por ejemplo, hay fragmentos en el conjunto de libros sagrados de la religión católica que justifican y fomentan estas actitudes. En el Antiguo Testamento ya se culpabilizaba a las mujeres, "Por la mujer tuvo comienzo el pecado: por ella moriremos todos" (Eclesiástico 25,24. Biblia de Jerusalén). "A la mujer le dijo: "Tantas haré tus fatigas cuantos sean tus embarazos: con dolor parirás los hijos. Hacia tu marido irá tu apetencia, y él te dominará" (Génesis, capítulo 3, 16. Biblia de Jerusalén). O en Jueces 19 (Biblia de Jerusalén), denominado "el levita y su concubina", se aprecia una justificación de la violencia que el hombre ejerce sobre su mujer por haber sido mancillada por otros hombres. Estos resultados están en concordancia con aquellos estudios que concluyen que la autorregulación religiosa introyectada, es decir, cuando se llevan a cabo las conductas religiosas para presentarse de forma socialmente deseable, y no por convencimiento interno, está asociada positivamente con el SH y con la perpetración de la violencia de género (Lynch y Renzetti, 2020; Renzetti et al., 2017).

Los resultados muestran que la escala de hostilidad predice tanto el SH como el SB. La hostilidad, conforma el componente cognitivo a través del cual se activan los procesos intencionales de atribución de significados (López et al., 2009), en este caso, hay una atribución y actitud adversa hacia todo lo que contradice o cuestiona el modelo tradicional sexista establecido. Por otro lado, la agresión física predice las creencias sexistas sobre

diferencias psicosociales y la justificación de la violencia como reacción, lo que supone el componente instrumental de la violencia para defender esos valores tradicionales, resaltando el valor y la fuerza cuando esos valores tradicionales de género se ven cuestionados. Esa justificación de la violencia hacia las mujeres incluiría aquellos sesgos atribucionales en los que se culpa a la mujer de la violencia que recibe, considerando que es ella la que provoca la situación de violencia (Díaz-Aguado, 2002).

Otro aspecto a destacar son los problemas en la regulación emocional y su correlación con las actitudes sexistas, en concreto la falta de atención y reconocimiento de las propias emociones y la no aceptación de las emociones negativas. El sexismo refuerza el estereotipo de que los hombres no deben de manifestar sus emociones negativas al representar un signo de debilidad. Estos problemas en la regulación y manifestación emocional correlacionan positivamente con llevar a cabo agresiones psicológicas, e incluso es más probable que los varones que no aceptan sus emociones negativas, utilicen la agresión para llevar a cabo sus deseos sexuales, al confundir esas emociones negativas con la excitación sexual y poder así mitigarla (Shorey et al., 2011). Este resultado muestra la importancia de trabajar y educar en el reconocimiento, manejo y aceptación de las diferentes emociones, para disminuir la probabilidad de la comisión de conductas agresivas hacia las mujeres.

Por otro lado, fomentar las conductas empáticas correlaciona negativamente con las actitudes sexistas. La capacidad de compartir tanto las emociones negativas como positivas de otra persona, ponerse en su lugar, disminuye la probabilidad de agresión. Los maltratadores con menor capacidad empática cometen más actos de violencia, tanto física como psicológica (Covell et al., 2007). Los resultados muestran que el estrés empático (el compartir las emociones negativas de otra persona) correlaciona negativamente con el SH y

la alegría empática (compartir las emociones positivas) correlaciona negativamente con el SB y con la justificación de la violencia sexista. Por tanto, aumentar la capacidad empática, el identificar las emociones de las demás personas, disminuye la probabilidad de agredirlas.

Por último, resaltar que la formación recibida en género correlaciona negativamente con las actitudes sexistas más hostiles, pero no con las más sutiles e incluso con el ejercicio de la violencia. Sería necesario revisar la formación impartida en los centros escolares y universitarios para incidir y visibilizar esa violencia y actitudes más benévolas, que también suponen una discriminación y que son la base y justificación del SH, y pueden llevar a la manifestación de episodios violentos contra las mujeres. Esta formación debería de incluir el cuestionamiento de actitudes y comportamientos enmascarados como positivos, como por ejemplo pensar que las mujeres deben de ser protegidas y cuidadas por los hombres, o que las mujeres son más delicadas y sensibles que los hombres.

Este estudio presenta limitaciones, la principal es el diseño transversal que impide establecer relaciones causales. Además, aunque la muestra incluye estudiantes de varias ramas de conocimiento, algunas titulaciones no están representadas o tienen una mínima representación, como aquellas más masculinizadas (ingenierías o ciencias) y esto se aprecia en la proporción de hombres de la muestra (menos de un 25%). No obstante, esta participación desigual también es un reflejo de la realidad universitaria, donde ha crecido y sigue creciendo el número de estudiantes mujeres en todos los títulos ofertados por la universidad. Sería necesario muestras con proporciones más igualitarias entre hombres y mujeres y las diferentes ramas del conocimiento. En este estudio no se han tenido en cuenta otras variables socio-demográficas que pudieran influir en las respuestas de la muestra como experiencias previas en violencia de género, o algún otro tipo de maltrato en la infancia que condicionara el desarrollo emocional y empático de la muestra. También sería

interesante comprobar si estos resultados se reproducen en jóvenes que no cursan estudios universitarios.

Los resultados de este estudio contribuyen a ampliar el espectro de variables a trabajar en el momento de diseñar programas de intervención contra las actitudes sexistas en población joven. Formar en igualdad de género, cuestionando algunas doctrinas impartidas por la religión, junto con el aprendizaje del reconocimiento y la gestión de las emociones tanto propias como ajenas, amplía el campo de intervención para disminuir la probabilidad de agresiones contra las mujeres.

Capítulo 8. Discusión General

8. DISCUSIÓN GENERAL

Los objetivos de la presente Tesis Doctoral se centraron en tres temáticas fundamentales: a) el estudio de las consecuencias a largo plazo, de vivir una experiencia de VGP tanto en mujeres como en sus descendientes, b) la mejora de las actuaciones e intervenciones de las mujeres supervivientes y sus hijas e hijos, y c) la prevención de las actitudes sexistas para disminuir los comportamientos violentos contra las mujeres. Se establecieron cuatro objetivos específicos desarrollados en 4 estudios empíricos. Los principales resultados de cada estudio se resumen en la Tabla 8.1 A continuación se discuten y analizan las principales implicaciones que estos resultados tienen a la hora de comprender la magnitud y consecuencias de la VGP, además de profundizar en aquellos factores que pudieran facilitar la intervención y la prevención de la misma.

Tabla 8.1

Principales resultados de cada uno de los estudios

Estudios	Principales resultados
Estudio 1	Los problemas psicológicos de mujeres con VGP perduran a lo largo del tiempo, agravándose en aquellas mujeres con experiencias de VG en la infancia. El apoyo social como factor de protección.
Estudio 2	Identificación de las experiencias y recursos que facilitaron la recuperación de las mujeres supervivientes de VGP, como el apoyo informal (hijas e hijos), la terapia psicológica, la recuperación de la confianza en ellas mismas y el contacto con otras mujeres supervivientes de VGP. Identificación de obstáculos y dificultades que ellas manifestaron, como la pérdida de valentía y confianza de en ellas mismas, la necesidad de más apoyo familiar

	(madre), o el acceso a la terapia psicológica.
Estudio 3	Identificación de las experiencias y recursos que facilitaron la recuperación de descendientes de mujeres supervivientes con VGP, como el apoyo de la madre y la abuela y la terapia psicológica. Identificación de obstáculos y dificultades que sus hijas e hijos manifestaron, como la necesidad de más estabilidad familiar, más apoyo de familia extensa, más comprensión social y la figura de un padre no maltratador.
Estudio 4	El sexo, las creencias religiosas, unido a factores de agresividad, desregulación emocional y empatía predicen el desarrollo de actitudes sexistas que se encuentran en la base de los comportamientos violentos hacia las mujeres.

8.1. Problemas psicológicos a largo plazo en mujeres supervivientes de VGP

La VGP es un tipo de violencia interpersonal que se caracteriza por una combinación de tipos de maltrato (físico, psicológico, sexual, económico), unido a una estrategia de dominación, por parte del maltratador, donde el aislamiento, el control y la intimidación funcionan como un control coercitivo para la sumisión de la mujer (Stark, 2012). Los estudios muestran que las mujeres que sobreviven a esta experiencia presentan problemas psicológicos a largo plazo relacionados con el TEPT, la depresión y la ansiedad, que son más graves según la severidad, cronicidad y proximidad de la violencia (Bonomi et al., 2007). La investigación ha probado que el TEPT no abarca toda la sintomatología que las mujeres manifiestan y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) recoge una forma compleja de TEPT, para traumas prolongados y repetidos como sucede en la

VGP. El TEPT-C abarca los síntomas del TEPT además de la desregulación afectiva, el autoconcepto negativo y las alteraciones en las relaciones interpersonales (Brewin, 2020; Cloitre et al., 2013).

Los resultados de esta Tesis Doctoral corroboran y están en la línea de las investigaciones anteriores, habiendo encontrado una correlación entre experimentar VGP y presentar problemas de salud psicológica a largo plazo, incluso más de 3 años después de finalizar la relación (media = 11,74 años). En este trabajo, también se señalan factores de riesgo que agravan estos problemas y factores de protección que los disminuyen. Las mujeres que han participado en este estudio y que han vivido una experiencia de VGP presentan una autoestima más baja, mayor inadaptación a su vida cotidiana, más estrés percibido y menor apoyo social que aquellas mujeres que nunca han experimentado VGP. También, presentan puntuaciones más altas en la mayoría de las escalas de patrones de personalidad clínicos graves, así como en los síndromes clínicos severos, destacando el trastorno de pensamiento, la depresión mayor y el trastorno delirante, en comparación con mujeres sin VGP. Estos problemas se agravan si la mujer ha experimentado o ha sido testigo de VG en su infancia. De ahí la importancia de realizar un buen diagnóstico para visibilizar esas experiencias. El apoyo social se revela como un factor de protección de la ansiedad y del TEPT.

8.2. Intervención con mujeres supervivientes

Una vez probado que experimentar VGP conlleva problemas de salud psíquicos a largo plazo, es importante plantear una intervención que disminuya y palie esos problemas. Escuchar a las mujeres hablar sobre esta experiencia tan traumática, sus estrategias de afrontamiento, aquellos recursos que más les beneficiaron y aquellos obstáculos que encontraron, nos ayuda a diseñar programas de intervención más acordes con sus necesidades.

En este trabajo se ha mostrado que, el sufrir esta vivencia de la VGP, empeora la vida de la mayoría de las mujeres, aunque hay otra parte que consigue convertirla en una experiencia de aprendizaje y superación. La pérdida de la confianza en ellas mismas, y en las demás personas, es un rasgo característico de este tipo de violencia que se encuadraría dentro de la categoría del TEPT-C. Recuperar la autoestima, la valentía y la confianza en ellas mismas y en las demás personas, es uno de los valores que ellas manifiestan como importante, por lo que las intervenciones deben ir encaminadas a fortalecerlas. Este dato está en concordancia con los estudios que muestran que enfatizar el empoderamiento de las mujeres y la adquisición de recursos, reduce el riesgo de re-victimización (Johnson et al., 2011; Krause et al., 2006).

Otro aspecto fundamental, es la intervención con familiares y amistades por la relevancia que tienen en la recuperación y bienestar de estas mujeres. El apoyo social percibido es un factor de protección de los efectos negativos en la salud de las mujeres supervivientes (Anderson et al., 2012; Bradley et al., 2005; Coker et al., 2002; Escribà-Agüir et al., 2010; Mburia-Mwalili et al., 2010; Sanchez-Lorente et al., 2012). Trabajar con las personas próximas a las mujeres con VGP, supone beneficiarla de un apoyo extra, que se debe de acompañar con el apoyo formal como son las terapias psicológicas. Estas últimas, tienen mayores beneficios si se realizan de manera grupal y especializada en género. Este resultado plantea la duda, de si trasladar a las mujeres a una casa de acogida, alejándolas de ese apoyo cercano, es una intervención adecuada. Quizás invertir esos recursos en trabajar comunitariamente con familia, amistades y vecindario (sobre todo en municipios pequeños), tenga más ventajas en la salud psicológica y el bienestar de las mujeres, tanto a corto como a largo plazo.

Las intervenciones con mujeres que han experimentado VGP deben de abordar muchos aspectos de sus vidas, fortaleciéndolas a nivel personal, pero también dotándolas de recursos comunitarios (laborales, formativos, legales y económicos, entre otros) para hacer frente a todas las dificultades que se derivan de sufrir VGP que, además, deben mantenerse en el tiempo.

8.3. Intervención con descendientes de mujeres supervivientes

Otras víctimas de la VGP son las hijas e hijos de las mujeres que la sufren, ya sea porque presencian los actos de violencia hacia su madre, ya sea porque sufren directamente la VG por parte del padre. Los estudios prueban que las mejores intervenciones son las que combinan las terapias individuales con las familiares, sobre todo potenciando la diada madre-descendientes (Anderson y van Ee, 2018).

Según los resultados de esta Tesis Doctoral, lo que más afectaba a las hijas e hijos que sufren VGH era presenciar los actos de violencia que su padre ejercía sobre su madre, además de ver el estado psicológico en el que se encontraba ella. De ahí la importancia de intervenir y mejorar el estado psicológico de la madre, ya que éste influye en el de sus descendientes, tal y como se ha demostrado en otras investigaciones (Hungerford et al., 2012; Johnson y Lieberman, 2007; Lieberman et al., 2005; Ybarra et al., 2007). Un resultado importante es que toda la muestra valoró muy positivamente el haber salido de la VGH, subrayando que mejoró sus vidas, lo que significa que, cuanto antes se abandone la situación, mejor.

En igual medida que con sus madres, lo que más les ayudó en su recuperación fue el apoyo de las personas cercanas (familiares y amistades). En este sentido, se identifican a la madre y a la abuela como ejes vertebradores de la recuperación. El padre aparecía como

una figura que echaban de menos, pero más la representación de un padre bueno, protector y cariñoso, que el padre que tenían. La mayoría de la muestra no mantenía contacto con él o este contacto era muy malo, sin embargo, echaban de menos una figura paterna idealizada. También la ayuda psicológica es muy importante para su recuperación, destacando la necesidad de la misma, incluso años después de no vivir la VGH.

8.4. La prevención de la violencia de género con jóvenes

La prevención, en las ciencias del conocimiento, es prioritario para evitar la aparición de un problema o para disminuir o paliar sus consecuencias negativas. En el tema que nos ocupa, la VG, es importante por las dimensiones del problema y por las consecuencias tanto económicas, laborales, jurídicas y sanitarias que conlleva. Estudiar qué variables o factores contribuyen a disminuir los comportamientos agresivos y violentos contra las mujeres, forma parte de la intervención comunitaria. Los estudios han probado que existe una relación entre las actitudes sexistas y la perpetración de comportamientos y agresiones a las mujeres, siendo incluso el mejor predictor de las agresiones sexuales (Allen et al., 2009; Anderson y Anderson, 2008; Dosil et al., 2020; Lynch y Renzetti, 2020; Malonda et al., 2018; Murnen et al., 2002). Esta Tesis Doctoral ha tratado de identificar algunas de las variables que pudieran predecir las actitudes sexistas para aumentar el abanico de intervenciones con jóvenes.

Los resultados ponen de manifiesto que el sexo masculino y las creencias religiosas son un buen predictor de la probabilidad de ejercer VG, al predecir las actitudes sexistas, en línea con otras investigaciones (Lynch y Renzetti, 2020; Renzetti et al., 2018; Zakrisson et al., 2012). Los jóvenes de este estudio, mantienen creencias más tradicionales sobre el rol de las mujeres y de los hombres en la sociedad que las jóvenes.

La intervención, principalmente con varones, debería de encaminarse en el reconocimiento de las propias emociones y la aceptación de las emociones negativas para que no se transformen en conductas agresivas. Por otra parte, debería considerarse el diseño de programas que cuestionen la masculinidad más tradicional, donde la manifestación de emociones negativas se entiende como un signo de debilidad y se enmascara de agresividad, para reforzar el estereotipo masculino de fortaleza. Y, finalmente, subrayar la importancia de fomentar conductas empáticas, aprender a ponerse en el lugar de la otra persona, ayuda a entender las emociones de las demás personas y disminuir los comportamientos agresivos, al entender el sufrimiento que causan.

Resumiendo, hace falta cuestionar los estereotipos de género, pero también trabajar aquellas características de personalidad que conecten con las emociones y la empatía como antídoto frente a la VG.

Capítulo 9: Conclusiones

9. CONCLUSIONES

La VGP es un problema social y de salud pública que conlleva un importante gasto de recursos públicos, por lo que prevenir y mejorar las intervenciones, supone invertir en la mejora comunitaria. Educar en igualdad, atajando las actitudes sexistas es una garantía de disminuir la perpetración de la VGP. Es fundamental llevar a cabo programas que trabajen las emociones y la empatía con jóvenes, lo que supone invertir en salud y bienestar psicológico reduciendo los comportamientos agresivos. Conseguir que haya menos mujeres que experimenten VGP, conlleva también una disminución del desarrollo de problemas de salud físicos y psicológicos, a corto y largo plazo, y que los hijos e hijas que viven en esos hogares, lo hagan en un ambiente seguro y estable.

Las intervenciones con las mujeres deben de incidir en trabajar su empoderamiento y la confianza en ellas mismas como motor del cambio en sus vidas. Fomentar sus apoyos informales resulta clave, por lo que se deben incorporar a familiares y amistades para conseguir disminuir los efectos a largo plazo de esta violencia, tanto en mujeres como en sus descendientes. La familia y amistades deben considerarse un pilar fundamental de apoyo que necesita información para poder hacer frente a esa tarea. Invertir en información a personas próximas a mujeres y descendientes que sufren VG es garantía de protección de los efectos en la salud de esta violencia.

Por otra parte, a nivel profesional, es importante hacer un buen diagnóstico, detectando situaciones de VG en la infancia que predicen un peor estado de salud psicológico. Igualmente, trabajar con perspectiva de género, entendiendo las claves que diferencian esta violencia con respecto a otras violencias interpersonales. Por último, se subraya la importancia de las terapias grupales y familiares para disminuir la culpabilidad y

entender la VG como un problema estructural y social, y no como algo individual o personal, continuando con la terapia más allá de los primeros años de la ruptura de la VGP.

La VG no se combate a nivel individual sino que es un trabajo comunitario, donde toda la sociedad tiene que aportar su granito de arena para conseguir terminar con esta pandemia mundial que se denominada violencia de género, violencia machista o violencia contra las mujeres y niñas.

Referencias Bibliográficas

- Ali, P. A., Dhingra, K., & McGarry, J. (2016). A literature review of intimate partner violence and its classifications. *Aggression and Violent Behavior, 31*, 16–25. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.06.008>
- Allen, C. T., Swan, S. C., & Raghavan, C. (2009). Gender Symmetry, Sexism, and Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(11), 1816–1834. <https://doi.org/10.1177/0886260508325496>
- Al-Modallal, H., Peden, A., & Anderson, D. (2008). Impact of Physical Abuse on Adulthood Depressive Symptoms Among Women. *Issues in Mental Health Nursing, 29*(3), 299–314. <https://doi.org/10.1080/01612840701869791>
- Alvarez, C. P., Davidson, P. M., Fleming, C., & Glass, N. E. (2016). Elements of effective interventions for addressing intimate partner violence in Latina women: A systematic review. *PLoS One, 11*(8), e0160518. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160518>
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 2*, 227-246.
- Anderson, C. A., & Anderson, K. B. (2008). Men who target women: Specificity of target, generality of aggressive behavior. *Aggressive Behavior, 34*(6), 605–622. <https://doi.org/10.1002/ab.20274>

- Anderson, D. K., Saunders, D. G., Yoshihama, M., Bybee, D. I., & Sullivan, C. M. (2003). Long-term Trends in Depression among Women Separated from Abusive Partners. *Violence Against Women, 9*(7), 807–838.
<https://doi.org/10.1177/1077801203009007004>
- Anderson, K. M., Renner, L. M., & Danis, F. S. (2012). Recovery: Resilience and Growth in the Aftermath of Domestic Violence. *Violence Against Women, 18*(11), 1279–1299. <https://doi.org/10.1177/1077801212470543>
- Anderson, K., & van Ee, E. (2018). Mothers and Children Exposed to Intimate Partner Violence: A Review of Treatment Interventions. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(9), 1955.
<https://doi.org/10.3390/ijerph15091955>
- Andreu-Rodríguez, J.M, Peña-Fernández, M.E., & Graña-Gómez, J.L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema, 14*(2), 476–482.
- Aromäki, A. S., Haebich, K., & Lindman, R. E. (2002). Age as a modifier of sexually aggressive attitudes in men. *Scandinavian Journal of Psychology, 43*(5), 419–423.
<https://doi.org/10.1111/1467-9450.00310>
- Arroyo, K., Lundahl, B., Butters, R., Vanderloo, M., & Wood, D. S. (2017). Shortterm interventions for survivors of intimate partner violence: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse, 18*(2), 155–171.
<https://doi.org/10.1177/1524838015602736>
- Artz, S., Jackson, M. A., Rossiter, K. R., Nijdam-Jones, A., Géczy, I., & Porteous, S. (2014). A comprehensive review of the literature on the impact of exposure to

- intimate partner violence for children and youth. *International Journal of Child, Youth and Family Studies*, 5(4), 493. <https://doi.org/10.18357/ijcyfs54201413274>
- Astin, M. C., Ogland-Hand, S. M., Coleman, E. M., & Foy, D. W. (1995). Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(2), 308–312. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.63.2.308>
- Avdibegovic, E. & Sinanovic, O. (2006) Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croatia Medical Journal*, 47, 731– 741.
- Ballester, A. y Ventura, M. (2010). Evaluación mediante el Inventario MCMI-III de mujeres víctimas de maltrato psicológico por parte de su anterior pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, 36, 68-76. doi:10.1016/S0377-4732(10)70047-X
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Version reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema*, 23(3), 486+.
- Bandura, A. (1971). *Social learning theory*. New York: General Learning Press.
- Bayarri, E., Ezpeleta, L., & Granero, R. (2011). Exposure to Intimate Partner Violence, Psychopathology, and Functional Impairment in Children and Adolescents: Moderator Effect of Sex and Age. *Journal of Family Violence*, 26(7), 535–543. <https://doi.org/10.1007/s10896-011-9390-4>
- Becker, K. D., Stuewig, J., & McCloskey, L. A. (2009). Traumatic Stress Symptoms of Women Exposed to Different Forms of Childhood Victimization and Intimate Partner Violence: *Journal of Interpersonal Violence*. <https://doi.org/10.1177/0886260509354578>

- Beeble, M. L., Bybee, D., Sullivan, C. M., & Adams, A. E. (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. <https://doi.org/10.1037/a0016140>
- Bellón-Saameño, J.A., Delgado Sánchez, A., Luna del Castillo, J.D., & Lardelli Claret, P. (1996). Validity and reliability of the questionnaire on functional social support DUKE UNC-11. *Atención Primaria, 18*, 153–1
- Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M., & Astin, M. (2003). The Relative Effects of Intimate Partner Physical and Sexual Violence on Post-Traumatic Stress Disorder Symptomatology. *Violence and Victims, 18*(1), 87–94.
- Bensley, L., Van Eenwyk, J., & Wynkoop Simmons, K. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal of Preventive Medicine, 25*(1), 38–44.
[https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(03\)00094-1](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(03)00094-1)
- Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., Lo, B., & Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine, 75*(6), 959–975.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.025>
- Black, D. A., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2001). Risk factors for male-to-female partner sexual abuse. *Aggression and Violent Behavior, 6*(2), 269–280.
[https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00026-4](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00026-4)

- Black, M. C. (2011). Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences: Implications for Clinicians. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 5(5), 428–439. <https://doi.org/10.1177/1559827611410265>
- Blasco-Ros, C., Sánchez-Lorente, S., & Martínez, M. (2010). Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: A longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 10, 98. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-98>
- Bliton, C. F., Wolford-Clevenger, C., Zapor, H., Elmquist, J., Brem, M. J., Shorey, R. C., & Stuart, G. L. (2016). Emotion Dysregulation, Gender, and Intimate Partner Violence Perpetration: An Exploratory Study in College Students. *Journal of Family Violence*, 31(3), 371–377. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9772-0>
- Boeckel, M. G., Wagner, A., & Grassi-Oliveira, R. (2017). The Effects of Intimate Partner Violence Exposure on the Maternal Bond and PTSD Symptoms of Children. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(7), 1127–1142. <https://doi.org/10.1177/0886260515587667>
- Bogat, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., & von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 109–125. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.002>
- Boira, S., Chilet-Rosell, E., Jaramillo-Quiroz, S., & Reinoso, J. (2017). Sexismo, pensamientos distorsionados y violencia en las relaciones de pareja en estudiantes universitarios de Ecuador de áreas relacionadas con el bienestar y la salud. *Universitas Psychologica*, 16(4), 1. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-4.spdv>

- Bomar, G. (2017). Emotion Regulation Moderates the Relation between Family-of-Origin Violence and Intimate Partner Violence in Men Arrested for Domestic Violence. University of Tennessee Honors Thesis Projects.
- 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, 16*(7), 987–997. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.0239>
- Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carrell, D., Dimer, 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. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.015>
- Bott, S., Guedes, A., Goodwin, M., & Mendoza, J. (2012). *Violence Against Women in Latin America and the Caribbean: A Comparative Analysis of Population-Based Data from 12 Countries*.
- Bosch, E., y Ferrer, V. A. (2013). Nuevo modelo explicativo para la violencia contra las mujeres en la pareja: el concepto piramidal y el proceso de filtraje. *Asparkia, 24*, 54-67.
- Bowen, E. (2015). The impact of intimate partner violence on preschool children's peer problems: An analysis of risk and protective factors. *Child Abuse & Neglect, 50*, 141–150. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.09.005>
- 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. <https://doi.org/10.1002/jts.20077>

- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breiding, M. J., Black, M. C., & Ryan, G. W. (2008). Prevalence and Risk Factors of Intimate Partner Violence in Eighteen U.S. States/Territories, 2005. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(2), 112–118. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.10.001>
- Brewin, C. R. (2020). Complex post-traumatic stress disorder: A new diagnosis in ICD-11. *BJPsych Advances*, 26(3), 145–152. <https://doi.org/10.1192/bja.2019.48>
- Broadhead, W. E., Gehlbach, S. H., Degruy, F. V., & Kaplan, B.H. (1988). The Duke-UNC functional social support questionnaire: Measurement for social support in family medicine patients. *Medicine Care*, 26, 709-723
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development*. Cambridge, Harvard University Press. (Traducción al castellano: La ecología del desarrollo humano. Cognición y desarrollo humano. Barcelona: Ediciones Paidós, 1987).
- Buss, A.H. & Perry, M.P. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452–459.
- Bybee, D. I., & Sullivan, C. M. (2002). The Process Through Which an Advocacy Intervention Resulted in Positive Change for Battered Women Over Time. *American Journal of Community Psychology*, 30(1), 103–132. <https://doi.org/10.1023/A:1014376202459>
- Bybee, D., & Sullivan, C. M. (2005). Predicting Re-Victimization of Battered Women 3 Years After Exiting a Shelter Program. *American Journal of Community Psychology*, 36(1–2), 85–96. <https://doi.org/10.1007/s10464-005-6234-5>

- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331–1336. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08336-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08336-8)
- Campbell, J. C., Anderson, J. C., McFadgion, A., Gill, J., Zink, E., Patch, M., Callwood, G., & Campbell, D. (2018). The Effects of Intimate Partner Violence and Probable Traumatic Brain Injury on Central Nervous System Symptoms. *Journal of Women's Health*, 27(6), 761–767. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.6311>
- Carbone-López, 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(4), 382–392. <https://doi.org/10.1177/003335490612100406>
- Cardenal, V. y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Carlson, B. E., McNutt, L.-A., Choi, D. Y., & Rose, I. M. (2002). Intimate Partner Abuse and Mental Health: The Role of Social Support and Other Protective Factors. *Violence Against Women*, 8(6), 720–745. <https://doi.org/10.1177/10778010222183251>
- Chan, C. H., Tiwari, A., Fong, D. Y. T., & Ho, P. C. (2010). Post-traumatic stress disorder among Chinese women survivors of intimate partner violence: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 918–925. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2010.01.003>

- Chandra, P. S., Satyanarayana, V. A., & Carey, M. P. (2009). Women reporting intimate partner violence in India: Associations with PTSD and depressive symptoms. *Archives of Women's Mental Health, 12*(4), 203–209.
<https://doi.org/10.1007/s00737-009-0065-6>
- Chris Fraley, R. (2002). Attachment Stability From Infancy to Adulthood: Meta-Analysis and Dynamic Modeling of Developmental Mechanisms. *Personality and Social Psychology Review, 6*(2), 123–151.
https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_03
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Brewin, C. R., Bryant, R. A., & Maercker, A. (2013). Evidence for proposed ICD-11 PTSD and complex PTSD: A latent profile analysis. *European Journal of Psychotraumatology, 4*(1), 20706.
<https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.20706>
- Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., & Cann, A. (2006). Correlates of posttraumatic growth in survivors of intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress, 19*(6), 895–903. <https://doi.org/10.1002/jts.20171>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior, 24*(4), 385-396. doi:10.2307/2136404
- Coid, J., Petrukevitch, A., Feder, G., Chung, W.-S., Richardson, J., & Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: A cross-sectional survey. *The Lancet, 358*(9280), 450–454.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05622-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05622-7)
- Coker, A. L. (2000). Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. *Archives of Family Medicine, 9*(5), 451–457.
<https://doi.org/10.1001/archfami.9.5.451>

- Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23(4), 260–268. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(02\)00514-7](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(02)00514-7)
- Coker, A. L., Smith, P. H., McKeown, R. E., & King, M. J. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: Physical, sexual, and psychological battering. *American Journal of Public Health*, 90(4), 553–559. <https://doi.org/10.2105/AJPH.90.4.553>
- 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(3), 259–267. [https://doi.org/10.1016/S0091-7435\(03\)00122-1](https://doi.org/10.1016/S0091-7435(03)00122-1)
- Connor, K. & Davidson, J. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor_Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76–82.
- Consejo de Europa (2011). *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica*. Estambul, 11.V.2011. https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2014-5947
- Cort, N. A., Cerulli, C., Poleshuck, E. L., Bellenger, K. M., Xia, Y., Tu, X., Mazzotta, C. M., & Talbot, N. L. (2014). Interpersonal psychotherapy for depressed women with histories of intimate partner violence. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 700–707. <https://doi.org/10.1037/a0037361>

- Covell, C. N., Huss, M. T., & Langhinrichsen-Rohling, J. (2007). Empathic deficits among male batterers: A multidimensional approach. *Journal of Family Violence, 22*(3), 165–174. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9066-2>
- Crespo, M., Fernández-Lansac, V. y Soberón, C. (2014). Adaptación española de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en situaciones de estrés crónico. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 22*, 219-238.
- Crespo, M., y Gomez, M. M. (2012). La Evaluación del Estrés Postraumático: Presentación de la Escala de Evaluación Global de Estrés Postraumático (EGEP). *Clínica y Salud, 23*(1), 25–41. <https://doi.org/10.5093/cl2012a4>
- Cross, E. J., Overall, N. C., Hammond, M. D., & Fletcher, G. J. O. (2017). When Does Men’s Hostile Sexism Predict Relationship Aggression? The Moderating Role of Partner Commitment. *Social Psychological and Personality Science, 8*(3), 331–340. <https://doi.org/10.1177/1948550616672000>
- Crossman, K. A., & Hardesty, J. L. (2018). Placing coercive control at the center: What are the processes of coercive control and what makes control coercive? *Psychology of Violence, 8*(2), 196–206. <https://doi.org/10.1037/vio0000094>
- Crowne, D.P. & Marlowe, D. (1960). A new Scale of Social Desirability Independent of Psychopathology. *Journal of Consulting Psychology, 24*, 349–354.
- Daigneault, I., Hébert, M., & McDuff, P. (2009). Men’s and women’s childhood sexual abuse and victimization in adult partner relationships: A study of risk factors. *Child Abuse & Neglect, 33*(9), 638–647. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.04.003>
- Daugherty, J. C., Verdejo-Román, J., Pérez-García, M., & Hidalgo-Ruzzante, N. (2020). Structural Brain Alterations in Female Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 088626052095962*.

<https://doi.org/10.1177/0886260520959621>

DeJonghe, E., Bogat, G., Levendosky, A., & Eye, A. (2008). Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: Prediction and prevention. *Journal of Postgraduate Medicine*, 54(4), 294.

<https://doi.org/10.4103/0022-3859.41435>

Delara, M. D. (2016). Mental Health Consequences and Risk Factors of Physical Intimate Partner Violence. *Mental Health in Family Medicine*, 12(01).

<https://doi.org/10.25149/1756-8358.1201004>

Delgado Alvarez, M. C., Sánchez Gomez, M. C., & Fernandez-Davila Jara, P. A. (2012). Atributos y estereotipos de género asociados al ciclo de la violencia contra la mujer. *Universitas Psychologica*, 11(3), 778.

<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsyl11-3.aega>

Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., Astbury, J., & Watts, C. H. (2013). Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Medicine*, 10(5), e1001439. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>

Devries, K., Watts, C., Yoshihama, M., Kiss, L., Schraiber, L. B., Deyessa, N., Heise, L., Durand, J., Mbwambo, J., Jansen, H., Berhane, Y., Ellsberg, M., & Garcia-Moreno, C. (2011). Violence against women is strongly associated with suicide attempts: Evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social Science & Medicine*, 73(1), 79–86.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.05.006>

Díaz-Aguado, M.J. (2002). *Prevenir la Violencia contra las Mujeres. Construyendo la Igualdad*. Instituto de la Mujer.

- Dillillo, D., Giuffre, D., Tremblay, G. C., & Peterson, L. (2001). A Closer Look at the Nature of Intimate Partner Violence Reported by Women With a History of Child Sexual Abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 16*(2), 116–132. <https://doi.org/10.1177/088626001016002002>
- Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. *International Journal of Family Medicine, 2013*, 1–15. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>
- Domenech del Rio, I., & Sirvent Garcia del Valle, E. (2017). The Consequences of Intimate Partner Violence on Health: A Further Disaggregation of Psychological Violence—Evidence From Spain. *Violence Against Women, 23*(14), 1771–1789. <https://doi.org/10.1177/1077801216671220>
- Dosil, M., Jaureguizar, J., Bernaras, E., & Sbicigo, J. B. (2020). Teen Dating Violence, Sexism, and Resilience: A Multivariate Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 17*(8), 2652. <https://doi.org/10.3390/ijerph17082652>
- Dutton, D. G., & Painter, S. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry, 63*(4), 614–622. <https://doi.org/10.1037/h0079474>
- Eberhard-Gran, M., Schei, B., & Eskild, A. (2007). Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. *Journal of General Internal Medicine, 22*(12), 1668–1673. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0389-8>

- Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.), *Manual de psicopatología*, 2, 171-186. Madrid: McGraw-Hill.
- Eckhardt, C. I., Samper, R. E., & Murphy, C. M. (2008). Anger Disturbances Among Perpetrators of Intimate Partner Violence: Clinical Characteristics and Outcomes of Court-Mandated Treatment. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(11), 1600–1617. <https://doi.org/10.1177/0886260508314322>
- Ehrensaft, M. K., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E., Chen, H., & Johnson, J. G. (2003). Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 741–753. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.741>
- Elderton, A., Berry, A., & Chan, C. (2017). A Systematic Review of Posttraumatic Growth in Survivors of Interpersonal Violence in Adulthood. *Trauma, Violence, & Abuse*, 18(2), 223–236. <https://doi.org/10.1177/1524838015611672>
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & Garcia-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*, 371(9619), 1165–1172. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60522-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60522-X)
- Escribà-Agüir, V., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, M. I., Vives-Cases, C., Plazaola-Castaño, J., & Martín-Baena, D. (2010). Partner Violence and Psychological Well-Being: Buffer or Indirect Effect of Social Support. *Psychosomatic Medicine*, 72(4), 383–389. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181d2f0dd>

- Eshelman, L., & Levendosky, A. A. (2012). Dating Violence: Mental Health Consequences Based on Type of Abuse. *Violence and Victims*, 27(2), 215–228. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.27.2.215>
- Evans, S. E., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior*, 13(2), 131–140. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2008.02.005>
- Expósito, F., Moya, M. y Glick, P. (1998). Sexismo ambivalente: medición y correlatos. *Revista de Psicología Social*, 55, 893-905.
- Fedovskiy, K., Higgins, S., & Paranjape, A. (2007). Intimate Partner Violence: How Does it Impact Major Depressive Disorder and Post Traumatic Stress Disorder among Immigrant Latinas? *Journal of Immigrant and Minority Health*, 10(1), 45–51. <https://doi.org/10.1007/s10903-007-9049-7>
- Ferrando, P.J. & Chico, E. (2000). Adaptación y análisis psicométrico de la escala de Marlowe and Crowne. *Psicothema*, 12, 383–389.
- Fletcher, J. (2010). The effects of intimate partner violence on health in young adulthood in the United States. *Social Science & Medicine*, 70(1), 130–135. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.09.030>
- Flood, M., & Pease, B. (2009). Factors Influencing Attitudes to Violence Against Women. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(2), 125–142. <https://doi.org/10.1177/1524838009334131>
- Follingstad, D. R., & DeHART, D. D. (2000). Defining Psychological Abuse of Husbands Toward Wives: Contexts, Behaviors, and Typologies. *Journal of Interpersonal Violence*, 15(9), 891–920. <https://doi.org/10.1177/088626000015009001>

- Fong, V. C., Hawes, D., & Allen, J. L. (2019). A Systematic Review of Risk and Protective Factors for Externalizing Problems in Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Trauma, Violence, & Abuse, 20*(2), 149–167.
<https://doi.org/10.1177/1524838017692383>
- Fonzo, G. A., Simmons, A. N., Thorp, S. R., Norman, S. B., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2010). Exaggerated and Disconnected Insular-Amygdalar Blood Oxygenation Level-Dependent Response to Threat-Related Emotional Faces in Women with Intimate-Partner Violence Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry, 68*(5), 433–441. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.04.028>
- Franklin, C. A., & Kercher, G. A. (2012). The Intergenerational Transmission of Intimate Partner Violence: Differentiating Correlates in a Random Community Sample. *Journal of Family Violence, 27*(3), 187–199.
<https://doi.org/10.1007/s10896-012-9419-3>
- Fuchsel, C. L., & Brummett, A. (2021). Intimate Partner Violence Prevention and Intervention Group-Format Programs for Immigrant Latinas: A Systematic Review. *Journal of Family Violence, 36*(2), 209–221.
<https://doi.org/10.1007/s10896-020-00160-6>
- Fraley, R. C. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modeling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review, 6*(2), 123–151.
https://doi.org/10.1207/S15327957PSPR0602_03
- Garaigordobil, M. (2015). Sexismo y Expresión de la Ira: Diferencias de Género, Cambios con la Edad y Correlaciones entre Ambos Constructos. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 24*(1), 35-42.

- Garaigordobil, M., & Aliri, J. (2012). Parental Socialization Styles, Parents' Educational Level, and Sexist Attitudes in Adolescence. *The Spanish Journal of Psychology*, *15*(2), 592–603. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2012.v15.n2.38870
- García-Moreno, C., Hansen, H.A., Ellsberg, M., Heise, L., & Watss, CH. (2005). WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: Initial results on prevalence, health outcomes and women's Responses. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud.
- <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43310?locale-attribute=es&>
- Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2011). Violence against women: An urgent public health priority. *Bulletin of the World Health Organization*, *89*(1), 2–2. <https://doi.org/10.2471/BLT.10.085217>
- Gardner, F. L., Moore, Z. E., & Dettore, M. (2014). The Relationship Between Anger, Childhood Maltreatment, and Emotion Regulation Difficulties in Intimate Partner and Non-Intimate Partner Violent Offenders. *Behavior Modification*, *38*(6), 779–800. <https://doi.org/10.1177/0145445514539346>
- Gass, J. D., Stein, D. J., Williams, D. R., & Seedat, S. (2011). Gender Differences in Risk for Intimate Partner Violence Among South African Adults. *Journal of Interpersonal Violence*, *26*(14), 2764–2789. <https://doi.org/10.1177/0886260510390960>
- Glick, P., & Fiske, S. T. (1996). The Ambivalent Sexism Inventory: Differentiating hostile and benevolent sexism. *Journal of Personality and Social Psychology*, *70*(3), 491–512. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.70.3.491>
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorder: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, *14*(2), 99–132.

<https://doi.org/10.1023/A:1022079418229>

Goodman, L., Dutton, M. A., Weinfurt, K., & Cook, S. (2003). The intimate partner violence strategies index. *Violence Against Women, 9*, 163-186.

<https://doi.org/10.1177/1077801202239004>

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. <https://doi.org/10.1037/a0022977>

Gortner, E. T., Gollan, J. K., & Jacobson, N. S. (1997). Psychological Aspects of Perpetrators of Domestic Violence and Their Relationships with the Victims. *Psychiatric Clinics of North America, 20*(2), 337-352.

[https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70316-6](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70316-6)

Gover, A. R., Kaukinen, C., & Fox, K. A. (2008). The Relationship Between Violence in the Family of Origin and Dating Violence Among College Students. *Journal of Interpersonal Violence, 23*(12), 1667-1693.

<https://doi.org/10.1177/0886260508314330>

Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H., & Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse & Neglect, 33*(9), 648-660.

<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.01.002>

Graham-Bermann, S. A., Howell, K. H., Lilly, M., & DeVoe, E. (2011). Mediators and Moderators of Change in Adjustment Following Intervention for Children Exposed to Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(9), 1815-1833.

<https://doi.org/10.1177/0886260510372931>

- Graham-Bermann, S. A., Lynch, S., Banyard, V., DeVoe, E. R., & Halabu, H. (2007). Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence: An efficacy trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(2), 199–209. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.199>
- Graham-Bermann, S. A., & Miller, L. E. (2013). Intervention to Reduce Traumatic Stress Following Intimate Partner Violence: An Efficacy Trial of the Moms' Empowerment Program (MEP). *Psychodynamic Psychiatry, 41*(2), 329–349. <https://doi.org/10.1521/pdps.2013.41.2.329>
- Graham-Bermann, S. A., & Perkins, S. (2010). Effects of Early Exposure and Lifetime Exposure to Intimate Partner Violence (IPV) on Child Adjustment. *Violence and Victims, 25*(4), 427–439. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.4.427>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gregory, A. C., Williamson, E., & Feder, G. (2017). The Impact on Informal Supporters of Domestic Violence Survivors: A Systematic Literature Review. *Trauma, Violence, & Abuse, 18*(5), 562–580. <https://doi.org/10.1177/1524838016641919>
- Grip, K., Göteborgs universitet, & Psykologiska institutionen. (2012). *The damage done: Children exposed to intimate partner violence and their mothers - towards empirically based interventions in order to reduce negative health effects in children*. University of Gothenburg.

- Grogan-Kaylor, A., Howell, K. H., Galano, M. M., & Graham-Bermann, S. A. (2020). The Moms' Empowerment Program. In E. T. Gershoff & S. J. Lee (Eds.), *Ending the physical punishment of children: A guide for clinicians and practitioners*. (pp. 121–129). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000162-013>
- Habib, S. R., Abdel Azim, E. K., Fawzy, I. A., Kamal, N. N., & El Sherbini, A. M. (2011). Prevalence and Effects of Violence Against Women in a Rural Community in Minia Governorate, Egypt*. *Journal of Forensic Sciences*, *56*(6), 1521–1527. <https://doi.org/10.1111/j.1556-4029.2011.01886.x>
- Hahn, S. A., & Postmus, J. L. (2014). Economic Empowerment of Impoverished IPV Survivors: A Review of Best Practice Literature and Implications for Policy. *Trauma, Violence, & Abuse*, *15*(2), 79–93. <https://doi.org/10.1177/1524838013511541>
- Haynie, D. L., Farhat, T., Brooks-Russell, A., Wang, J., Barbieri, B., & Iannotti, R. J. (2013). Dating Violence Perpetration and Victimization Among U.S. Adolescents: Prevalence, Patterns, and Associations With Health Complaints and Substance Use. *Journal of Adolescent Health*, *53*(2), 194–201. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.02.008>
- Heise, L. L. (1998). Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women*, *4*(3), 262–290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>
- Heise, L. & García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. In E.G. Krug, L.L. Dahlberg & J.A. Mercy (Eds.), *World Report on Violence and Health*, 88-121. Ginebra: World Health Organization.

- Helweg-Larsen, K. (2013). Violence against Women in Europe: Magnitude and the Mental Health Consequences Described by Different Data Sources. In C. García-Moreno & A. Riecher-Rössler (Eds.), *Key Issues in Mental Health* (Vol. 178, pp. 54–64). S. KARGER AG. <https://doi.org/10.1159/000342773>
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377–391. <https://doi.org/10.1002/jts.2490050305>
- Herrero, J., Rodríguez, F. J., & Torres, A. (2017). Acceptability of Partner Violence in 51 Societies: The Role of Sexism and Attitudes Toward Violence in Social Relationships. *Violence Against Women, 23*(3), 351–367. <https://doi.org/10.1177/1077801216642870>
- Hervás, G. & Jódar, R. (2008). Adaptación al Castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud, 9*, 139–156.
- Hesse, E., & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and Psychopathology, 18*(02). <https://doi.org/10.1017/S0954579406060172>
- Hidalgo-Ruzzante, N., Gómez, P., Bueso-Izquierdo, N., Jiménez, P., Martín Del Moral, E., & Pérez-García, M. (2012). Secuelas cognitivas en mujeres víctimas de violencia de género. *En Congreso para el estudio de la violencia contra las mujeres*
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child Abuse & Neglect, 32*(8), 797–810. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2008.02.004>

- Houry, D., Kembell, R. S., Click, L. A., & Kaslow, N. J. (2007). Development of a Brief Mental Health Screen for Intimate Partner Violence Victims in the Emergency Department. *Academic Emergency Medicine*, *14*(3), 202–209.
<https://doi.org/10.1197/j.aem.2006.09.056>
- Houskamp, B. M., & Foy, D. W. (1991). The Assessment of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women. *Journal of Interpersonal Violence*, *6*(3), 367–375.
<https://doi.org/10.1177/088626091006003008>
- Hungerford, A., Wait, S. K., Fritz, A. M., & Clements, C. M. (2012). Exposure to intimate partner violence and children’s psychological adjustment, cognitive functioning, and social competence: A review. *Aggression and Violent Behavior*, *17*(4), 373–382. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2012.04.002>
- Huth-Bocks, A. C., & Hughes, H. M. (2008). Parenting Stress, Parenting Behavior, and Children’s Adjustment in Families Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Family Violence*, *23*(4), 243–251. <https://doi.org/10.1007/s10896-007-9148-1>
- Jarvis, K. L., Gordon, E. E., & Novaco, R. W. (2005). Psychological Distress of Children and Mothers in Domestic Violence Emergency Shelters. *Journal of Family Violence*, *20*(6), 389–402. <https://doi.org/10.1007/s10896-005-7800-1>
- Jewkes, R., Sen, P., García-Moreno, C. (2002). “Sexual violence”. En: E. G. Krug et al. (Eds.) *World report on violence and health*. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf
- 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.

<https://doi.org/10.1037/a0023822>

Johnson, V. K., & Lieberman, A. F. (2007). Variations in Behavior Problems of Preschoolers Exposed to Domestic Violence: The Role of Mothers' Attunement to Children's Emotional Experiences. *Journal of Family Violence, 22*(5), 297–308.

<https://doi.org/10.1007/s10896-007-9083-1>

Jolliffe, D., & Farrington, D. P. (2004). Empathy and offending: A systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior, 9*(5), 441–476.

<https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.03.001>

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*(2), 99–119. <https://doi.org/10.1177/1524838001002002001>

Jose, R., & Novaco, R. W. (2016). Intimate Partner Violence Victims Seeking a Temporary Restraining Order: Social Support and Resilience Attenuating Psychological Distress. *Journal of Interpersonal Violence, 31*(20), 3352–3376.

<https://doi.org/10.1177/0886260515584352>

Karakurt, G., Smith, D., & Whiting, J. (2014). Impact of Intimate Partner Violence on Women's Mental Health. *Journal of Family Violence, 29*(7), 693–702.

<https://doi.org/10.1007/s10896-014-9633-2>

Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Meadows, L. A., Jacobs, D., Chance, S., Gibb, B., Bornstein, H., Hollins, L., Rashid, A., & Phillips, K. (1998). Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*(3), 533–540.

<https://doi.org/10.1037/0022-006X.66.3.533>

- Kendall-Tackett, K., Marshall, R., & Ness, K. (2003). Chronic Pain Syndromes and Violence Against Women. *Women & Therapy, 26*(1–2), 45–56.
https://doi.org/10.1300/J015v26n01_03
- Kennedy, A. C., Bybee, D., Palma-Ramirez, E., & Jacobs, D. (2017). Cumulative victimization as a predictor of intimate partner violence among young mothers. *Psychology of Violence, 7*(4), 533–542. <https://doi.org/10.1037/vio0000071>
- Koss, M. P., Bailey, J. A., Yuan, N. P., Herrera, V. M., & Lichter, E. L. (2003). Depression and PTSD in Survivors of Male Violence: Research and Training Initiatives to Facilitate Recovery. *Psychology of Women Quarterly, 27*(2), 130–142.
<https://doi.org/10.1111/1471-6402.00093>
- Kramer, A., Lorenzon, D., & Mueller, G. (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues, 14*(1), 19–29.
<https://doi.org/10.1016/j.whi.2003.12.002>
- Krause, E. D., Kaltman, S., Goodman, L., & Dutton, M. A. (2006). Role of distinct PTSD symptoms in intimate partner reabuse: A prospective study: Distinct PTSD Symptoms in Intimate Partner Reabuse. *Journal of Traumatic Stress, 19*(4), 507–516. <https://doi.org/10.1002/jts.20136>
- Krause-Utz, A., Mertens, L. J., Renn, J. B., Lucke, P., Wöhlke, A. Z., van Schie, C. C., & Mouthaan, J. (2018). Childhood Maltreatment, Borderline Personality Features, and Coping as Predictors of Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 088626051881778*. <https://doi.org/10.1177/0886260518817782>
- Kubany, E. S., Hill, E. E., Owens, J. A., Iannce-Spencer, C., McCaig, M. A., Tremayne, K. J., & Williams, P. L. (2004). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With

- PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(1), 3–18.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.72.1.3>
- Kuijpers, K. F., van der Knaap, L. M., Winkel, F. W., Pemberton, A., & Baldry, A. C. (2011). Borderline traits and symptoms of post-traumatic stress in a sample of female victims of intimate partner violence. *Stress and Health*, 27(3), 206–215.
<https://doi.org/10.1002/smi.1331>
- Kumar, S., Jeyaseelan, L., Suresh, S., & Ahuja, R. C. (2005). Domestic violence and its mental health correlates in Indian women. *British Journal of Psychiatry*, 187(1), 62–67. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.1.62>
- Lacasa, F. y Muela, A. (2014). Guía para la aplicación e interpretación del cuestionario de apego CaMir-R. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del Adolescente*, 24, 83-93.
- Lameiras-Fernandez, M. (2004). El sexismo y sus caras: de la hostilidad a la ambivalencia. *Anuario de Sexología*, 8, 91-102.
- Lawrence, E., Yoon, J., Langer, A., & Ro, E. (2009). Is Psychological Aggression as Detrimental as Physical Aggression? The Independent Effects of Psychological Aggression on Depression and Anxiety Symptoms. *Violence and Victims*, 24(1), 20–35. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.24.1.20>
- Leiner, A. S., Compton, M. T., Houry, D., & Kaslow, N. J. (2008). Intimate Partner Violence, Psychological Distress, and Suicidality: A Path Model Using Data from African American Women Seeking Care in an Urban Emergency Department. *Journal of Family Violence*, 23(6), 473–481.
<https://doi.org/10.1007/s10896-008-9174-7>

- Levendosky, A. A., Huth-Bocks, A., & Semel, M. A. (2002). Adolescent Peer Relationships and Mental Health Functioning in Families With Domestic Violence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 31*(2), 206–218.
https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3102_06
- Levendosky, A. A., Lannert, B., & Yalch, M. (2012). The Effects of Intimate Partner Violence on Women and Child Survivors: An Attachment Perspective. *Psychodynamic Psychiatry, 40*(3), 397–433.
<https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.3.397>
- Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*, 38, de 13 de febrero de 2008, 7761 a 7773. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2008-2493>
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado, 313*, de 29 de diciembre de 2004, 42166 a 42197. <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>
- Lieberman, A. F., Van Horn, P., & Ozer, E. J. (2005). Preschooler witnesses of marital violence: Predictors and mediators of child behavior problems. *Development and Psychopathology, 17*(02). <https://doi.org/10.1017/S0954579405050182>
- Logan, T., & Raphael, J. (2007). Book Review: Stark, E. (2007). *Coercive Control: The Entrapment of Women in Personal Life*. New York: Oxford University Press. *Violence Against Women, 13*(8), 885–890.
<https://doi.org/10.1177/1077801207304805>
- López, M., Sánchez, A., Rodríguez, L., & Fernández, M. (2009). Propiedades Psicométricas del Cuestionario AQ Aplicado a Población Adolescente. *Edupsykhé, 8*(1), 79–94.

- Lopez-Cepero Borrego, J., Rodríguez-Franco, L. y Rodríguez-Díaz, F. J. (2015). Evaluación de la Violencia de Pareja. Una Revisión de Instrumentos de Evaluación Conductual. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(40), 37-50
- López-Pérez, B., Fernández-Pinto, I., & Abad, F.J. (2008). *TECA, Test de Empatía Cognitiva y Afectiva*. Tea Ediciones S.A.
- Loxton, D., Schofield, M., Hussain, R., & Mishra, G. (2006). History of Domestic Violence and Physical Health in Midlife. *Violence Against Women*, 12(8), 715–731.
<https://doi.org/10.1177/1077801206291483>
- Ludermir, A. B., Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., França-Junior, I., & Jansen, H. A. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 66(4), 1008–1018.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.10.021>
- Lynch, K. R., & Renzetti, C. M. (2020). Alcohol Use, Hostile Sexism, and Religious Self-Regulation: Investigating Risk and Protective Factors of IPV Perpetration. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(17–18), 3237–3263.
<https://doi.org/10.1177/0886260517708758>
- MacDonald, H. Z., Beeghly, M., Grant-Knight, W., Augustyn, M., Woods, R. W., Cabral, H., Rose-Jacobs, R., Saxe, G. N., & Frank, D. A. (2008). Longitudinal association between infant disorganized attachment and childhood posttraumatic stress symptoms. *Development and Psychopathology*, 20(2), 493–508.
<https://doi.org/10.1017/S0954579408000242>
- Machisa, M. T., Christofides, N., & Jewkes, R. (2018). Social support factors associated with psychological resilience among women survivors of intimate partner violence

- in Gauteng, South Africa. *Global Health Action*, *11*(sup3), 1491114.
<https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1491114>
- Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: Theory and evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*, *105*(1), 3–46.
<https://doi.org/10.1037/0096-3445.105.1.3>
- Malonda, E., Llorca, A., Tur-Porcar, A., Samper, P., & Mestre, M. (2018). Sexism and Aggression in Adolescence—How Do They Relate to Perceived Academic Achievement? *Sustainability*, *10*(9), 3017. <https://doi.org/10.3390/su10093017>
- Margolin, G., & Vickerman, K. A. (2007). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. Overview and issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, *38*(6), 613–619. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.613>
- Martin-Albo, J., Núñez, J.L., Navarro, J.G., Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, *10*, 458-67.
- Martinez-Torteya, C., Anne Bogat, G., Von Eye, A., & Levendosky, A. A. (2009). Resilience Among Children Exposed to Domestic Violence: The Role of Risk and Protective Factors: Child Resilience to Domestic Violence. *Child Development*, *80*(2), 562–577. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01279.x>
- Mburia-Mwalili, A., Clements-Nolle, K., Lee, W., Shadley, M., & Wei Yang. (2010). Intimate Partner Violence and Depression in a Population-Based Sample of Women: Can Social Support Help? *Journal of Interpersonal Violence*, *25*(12), 2258–2278. <https://doi.org/10.1177/0886260509354879>

- McLaughlin, J., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2012). Intimate partner abuse and suicidality: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 32*(8), 677–689.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.08.002>
- McNulty, J. K., & Hellmuth, J. C. (2008). Emotion regulation and intimate partner violence in newlyweds. *Journal of Family Psychology, 22*(5), 794–797.
<https://doi.org/10.1037/a0013516>
- Meekers, D., Pallin, S. C., & Hutchinson, P. (2013). Intimate partner violence and mental health in Bolivia. *BMC Women's Health, 13*(1), 28.
<https://doi.org/10.1186/1472-6874-13-28>
- Messman-Moore, T. L., Long, P. J., & Siegfried, N. J. (2000). The Revictimization of Child Sexual Abuse Survivors: An Examination of the Adjustment of College Women with Child Sexual Abuse, Adult Sexual Assault, and Adult Physical Abuse. *Child Maltreatment, 5*(1), 18–27. <https://doi.org/10.1177/1077559500005001003>
- Millon, T., Davis, R., & Millon, C. (2007). *MCMIII Inventario Clínico Multiaxial de Millon III*. Madrid, TEA ediciones.
- Minze, L. C., McDonald, R., Rosentraub, E. L., & Jouriles, E. N. (2010). Making sense of family conflict: Intimate partner violence and preschoolers' externalizing problems. *Journal of Family Psychology, 24*(1), 5–11. <https://doi.org/10.1037/a0018071>
- Murnen, S. K., Wright, C., & Kaluzny, G. (2002). If "Boys Will Be Boys," Then Girls Will Be Victims? A Meta-Analytic Review of the Research That Relates Masculine Ideology to Sexual Aggression. *Sex Roles, 46*(11/12), 359–375.
<https://doi.org/10.1023/A:1020488928736>

- Norlander, B., & Eckhardt, C. (2005). Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 25*(2), 119–152. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2004.10.001>
- O’Campo, P., Kub, J., Woods, A., Garza, M., Jones, A. S., Gielen, A. C., Dienemann, J., & Campbell, J. (2006). Depression, PTSD, and Comorbidity Related to Intimate Partner Violence in Civilian and Military Women. *Brief Treatment and Crisis Intervention, 6*(2), 99–110. <https://doi.org/10.1093/brief-treatment/mhj010>
- Ogbe, E., Harmon, S., Van den Bergh, R., & Degomme, O. (2020). A systematic review of intimate partner violence interventions focused on improving social support and mental health outcomes of survivors. *PLoS One, 15*(6), e0235177. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235177>
- Organización Mundial de la Salud (1996). Resolución 49.25 de la Asamblea Mundial de la Salud. WHA 49.25. *Prevención de la Violencia. Una Prioridad en Salud Pública*. Ginebra 1996. https://www.who.int/violence_injury_prevention/resources/publications/en/WHA4925_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud (1998). Salud Familiar y Reproductiva OPS, División de Salud y Desarrollo. *Violencia Contra la Mujer. Un Tema De Salud Prioritario*. Washington. OMS/OPS 1998. https://www.who.int/gender/violence/violencia_infopack1.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica: Primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia : resumen del informe*. Organización Mundial de la Salud.

- Organización Mundial de la Salud (2012). *Prevención de la Violencia Sexual y Violencia Infligida por la Pareja contra las Mujeres. Qué Hacer y Cómo Obtener Evidencias*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44350/9789241564007_eng.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Violencia contra la Mujer. Respuesta del Sector de la Salud*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87060/WHO_NMH_VIP_PVL_13.1_spa.pdf?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2014). Consejo Ejecutivo 134ª Sesión. *Afrontar el Problema Mundial de la Violencia, en Particular contra Mujeres y Niñas*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB134/B134_21-sp.pdf
- Organización Mundial de la Salud (2016). *Plan de acción mundial para fortalecer el papel del sistema de salud dentro de una respuesta nacional multisectorial para abordar la violencia interpersonal, en particular contra las mujeres y las niñas, y contra los niños*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf?sequence=1>
- Organización Mundial de la Salud (2019). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, 11ª revisión (CIE-11). <https://www.who.int/classifications/classification-of-diseases>
- Overbeek, M. M., De Schipper, J. C., Willemsen, A. M., Lamers-Winkelmann, F., & Schuengel, C. (2017). Mediators and Treatment Factors in Intervention for Children Exposed to Interparental Violence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 46(3), 411–427. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1012720>

- Overstreet, N. M., & Quinn, D. M. (2013). The intimate partner violence stigmatization model and barriers to help seeking. *Basic and Applied Social Psychology, 35*(1), 109–122. <https://doi.org/10.1080/01973533.2012.746599>
- Páez, D., Vázquez, C., Bosco, S., Gasparre, A., Iraurgi, I., & Sezibera, V. (2011). Crecimiento post estrés y post trauma: Posibles aspectos positivos y beneficiosos de la respuesta a los hechos traumáticos. In D.Páez, C. Beristain, J. González, N. Basabe & J. De Rivera (Eds.) (Superando la violencia colectiva y construyendo cultura de paz, pp. 311–339). Madrid: Fundamentos.
- Pernebo, K., & Almqvist, K. (2017). Young Children Exposed to Intimate Partner Violence Describe their Abused Parent: A Qualitative Study. *Journal of Family Violence, 32*(2), 169–178. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9856-5>
- Pico-Alfonso, M. A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 29*(1), 181–193. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.08.010>
- Pico-Alfonso, M. A., Echeburúa, E., & Martinez, M. (2008). Personality Disorder Symptoms in Women as a Result of Chronic Intimate Male Partner Violence. *Journal of Family Violence, 23*(7), 577–588. <https://doi.org/10.1007/s10896-008-9180-9>
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., & Martinez, 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. <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.599>

- Plichta, S. B. (2004). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences: Policy and Practice Implications. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(11), 1296–1323. <https://doi.org/10.1177/0886260504269685>
- Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., & Páez-Rovira, D. (2015). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: Una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología, 32*(1), 295. <https://doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>
- Rayle, A. D., Sand, J. K., Brucato, T., & Ortega, J. (2006). The “Comadre” Group Approach: A Wellness-Based Group Model for Monolingual Mexican Women. *The Journal for Specialists in Group Work, 31*(1), 5–24. <https://doi.org/10.1080/01933920500341424>
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology, 9*, 86–93.
- Renzetti, C. M., Lynch, K. R., & DeWall, C. N. (2018). Ambivalent Sexism, Alcohol Use, and Intimate Partner Violence Perpetration. *Journal of Interpersonal Violence, 33*(2), 183–210. <https://doi.org/10.1177/0886260515604412>
- Resolución 48/104 de la Asamblea General "Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer" A/RES/48/104 (28 de febrero de 1994). <https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/RES/48/108>
- Rodríguez, Y., Lameiras, M., Carrera, M.V. y Faílde, J.M. (2010). Evaluación de las Actitudes Sexistas en Estudiantes Españoles/as de Educación Secundaria Obligatoria. *Psychologia: Avances de la Disciplina, 4*(1), 11-24.

- Rodríguez, Y., y Magalhães, M. J. (2013). El Sexismo Moderno en Estudiantes Universitarios/as. *AGIR - Revista Interdisciplinar de Ciências Sociais e Humanas*, *1*(2), 113-121.
- Rollstin, A. O., & Kern, J. M. (1998). Correlates of Battered Women's Psychological Distress: Severity of Abuse and Duration of the Postabuse Period. *Psychological Reports*, *82*(2), 387–394. <https://doi.org/10.2466/pr0.1998.82.2.387>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press
- Ruiz-Perez, I., Plazaola-Castano, J., & del Rio-Lozano, M. (2007). Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. *The European Journal of Public Health*, *17*(5), 437–443. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckl280>
- Sabri, B., Bolyard, R., McFadgion, A. L., Stockman, J. K., Lucea, M. B., Callwood, G. B., Coverston, C. R., & Campbell, J. C. (2013). Intimate Partner Violence, Depression, PTSD, and Use of Mental Health Resources Among Ethnically Diverse Black Women. *Social Work in Health Care*, *52*(4), 351–369. <https://doi.org/10.1080/00981389.2012.745461>
- Sanchez-Lorente, S., Blasco-Ros, C., & Martínez, M. (2012). Factors That Contribute or Impede the Physical Health Recovery of Women Exposed to Intimate Partner Violence: A Longitudinal Study. *Women's Health Issues*, *22*(5), e491–e500. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2012.07.003>
- Sanchez-Prada, A., Delgado-Alvarez, C., Bosch-Fiol, E., & Ferrer-Perez, V. (2019). Aportaciones sobre la Medición de Creencias acerca del Maltrato a la Mujer (IBWB) en Población Española. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación—e Avaliação Psicológica*, *53*(4). <https://doi.org/10.21865/RIDEP53.4.04>

- Savas, N., & Agridag, G. (2011). The Relationship Between Women's Mental Health and Domestic Violence in Semirural Areas: A Study in Turkey. *Asia Pacific Journal of Public Health, 23*(3), 399–407. <https://doi.org/10.1177/1010539509346323>
- Schaaf, K. K., & McCanne, T. R. (1998). Relationship of childhood sexual, physical, and combined sexual and physical abuse to adult victimization and posttraumatic stress disorder. *Child Abuse & Neglect, 22*(11), 1119–1133. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(98\)00090-8](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(98)00090-8)
- Schmitt, D. P., & Allik, J. (2005). Simultaneous Administration of the Rosenberg Self-Esteem Scale in 53 Nations: Exploring the Universal and Culture-Specific Features of Global Self-Esteem. *Journal of Personality and Social Psychology, 89*(4), 623–642. doi:10.1037/0022-3514.89.4.623
- Serrata, J. V., Hernandez-Martinez, M., & Macias, R. L. (2016). Self-Empowerment of Immigrant Latina Survivors of Domestic Violence: A *Promotora* Model of Community Leadership. *Hispanic Health Care International, 14*(1), 37–46. <https://doi.org/10.1177/1540415316629681>
- Shorey, R. C., Brasfield, H., Febres, J., & Stuart, G. L. (2011). The Association Between Impulsivity, Trait Anger, and the Perpetration of Intimate Partner and General Violence Among Women Arrested for Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence, 26*(13), 2681–2697. <https://doi.org/10.1177/0886260510388289>
- Skopp, N. A., McDonald, R., Jouriles, E. N., & Rosenfield, D. (2007). Partner aggression and children's externalizing problems: Maternal and partner warmth as protective factors. *Journal of Family Psychology, 21*(3), 459–467. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.21.3.459>

- Smith, E. (2016). *Domestic Abuse, Recovering Together (DART): Evaluation Report*. NSPCC: London, UK.
- Song, L. (2012). Service Utilization, Perceived Changes of Self, and Life Satisfaction Among Women Who Experienced Intimate Partner Abuse: The Mediation Effect of Empowerment. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(6), 1112–1136.
<https://doi.org/10.1177/0886260511424495>
- Spratling, R., Coke, S., & Minick, P. (2012). Qualitative data collection with children. *Applied Nursing Research*, 25(1), 47–53. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2010.02.005>
- St. Ivany, A., & Schminkey, D. (2016). Intimate Partner Violence and Traumatic Brain Injury: State of the Science and Next Steps. *Family & Community Health*, 39(2), 129–137. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000094>
- St Vil, N. M., Sabri, B., Nwokolo, V., Alexander, K. A., & Campbell, J. C. (2017). A Qualitative Study of Survival Strategies Used by Low-Income Black Women Who Experience Intimate Partner Violence. *Social Work*, 62(1), 63–71.
<https://doi.org/10.1093/sw/sww080>
- Stark, E. (2012, October 21). *Re-presenting battered women: Coercive control and the defense of liberty*. Paper prepared for the conference Violence Against Women: Complex Realities and New Issues in a Changing World, Les Presses de l'Université du Québec, Québec, Canada.
- Stark, E., & Flitcraft, A. (1995). Killing the Beast within: Woman Battering and Female Suicidality. *International Journal of Health Services*, 25(1), 43–64.
<https://doi.org/10.2190/H6V6-YP3K-QWK1-MK5D>

- Stith, S. M., Rosen, K. H., Middleton, K. A., Busch, A. L., Lundeberg, K., & Carlton, R. P. (2000). The Intergenerational Transmission of Spouse Abuse: A Meta-Analysis. *Journal of Marriage and Family*, 62(3), 640–654.
<https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00640.x>
- Stith, S. M., Smith, D. B., Penn, C. E., Ward, D. B., & Tritt, D. (2004). Intimate partner physical abuse perpetration and victimization risk factors: A meta-analytic review. *Aggression and Violent Behavior*, 10(1), 65–98.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2003.09.001>
- Straus, H., Cerulli, C., McNutt, L. A., Rhodes, K. V., Conner, K. R., Kemball, R. S., Kaslow, N. J., & Houry, D. (2009). Intimate Partner Violence and Functional Health Status: Associations with Severity, Danger, and Self-Advocacy Behaviors. *Journal of Women's Health*, 18(5), 625–631. <https://doi.org/10.1089/jwh.2007.0521>
- Strigo, I. A., Simmons, A. N., Matthews, S. C., Grimes, E. M., Allard, C. B., Reinhardt, L. E., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2010). Neural Correlates of Altered Pain Response in Women with Posttraumatic Stress Disorder from Intimate Partner Violence. *Biological Psychiatry*, 68(5), 442–450.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.03.034>
- Sturge-Apple, M. L., Davies, P. T., Cicchetti, D., & Manning, L. G. (2010). Mothers' Parenting Practices as Explanatory Mechanisms in Associations Between Interparental Violence and Child Adjustment. *Partner Abuse*, 1(1), 45–60.
<https://doi.org/10.1891/1946-6560.1.1.45>
- Tager, D., Good, G. E., & Brammer, S. (2010). Walking over "em": An exploration of relations between emotion dysregulation, masculine norms, and intimate partner

- abuse in a clinical sample of men. *Psychology of Men & Masculinity*, 11(3), 233-239. <https://doi.org/10.1037/a0017636>
- Tajima, E. A., Herrenkohl, T. I., Moylan, C. A., & Derr, A. S. (2011). Moderating the Effects of Childhood Exposure to Intimate Partner Violence: The Roles of Parenting Characteristics and Adolescent Peer Support: effects of childhood exposure to partner violence. *Journal of Research on Adolescence*, 21(2), 376–394. <https://doi.org/10.1111/j.1532-7795.2010.00676.x>
- Tariq, Q. (2013). Impact of intimate partner violence on self Esteem of women in Pakistan. *American Journal of Humanities and Social Sciences*, 1(1), 25–30. <https://doi.org/10.11634/232907811604271>
- Thabet, A., Tawahina, A., Victoria, T., & Vostanis, P. (2015). PTSD, Depression, and Anxiety among Palestinian Women Victims of Domestic Violence in the Gaza Strip. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science*, 11(2), 1–13. <https://doi.org/10.9734/BJESBS/2015/18960>
- Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Kingree, J. B., Puett, R., Thompson, N. J., & Meadows, L. (1999). Partner abuse and posttraumatic stress disorder as risk factors for suicide attempts in a sample of low-income, inner-city women. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 59–72. <https://doi.org/10.1023/A:1024742215337>
- Thompson, R. S., Bonomi, A. E., Anderson, M., Reid, R. J., Dimer, J. A., Carrell, D., & Rivara, F. P. (2006). Intimate Partner Violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 447–457. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.016>
- Trabold, N., McMahon, J., Alsobrooks, S., Whitney, S., & Mittal, M. (2020). A Systematic Review of Intimate Partner Violence Interventions: State of the Field and

- Implications for Practitioners. *Trauma, Violence, & Abuse*, 21(2), 311–325.
<https://doi.org/10.1177/1524838018767934>
- Valera, E., & Kucyi, A. (2017). Brain injury in women experiencing intimate partner-violence: Neural mechanistic evidence of an “invisible” trauma. *Brain Imaging and Behavior*, 11(6), 1664–1677. <https://doi.org/10.1007/s11682-016-9643-1>
- Valera, E. M., & Berenbaum, H. (2003). Brain injury in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 797–804. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.797>
- Walker, L. (1979). *The battered woman*. New York: Harper & Row Publisher.
- Walker, L. E. (2009). *The battered woman syndrome*. Springer Pub. Co.
- Weaver, T. L., Allen, J. A., Hopper, E., Maglione, M. L., McLaughlin, D., McCullough, M. A., Jackson, M. K., & Brewer, T. (2007). Mediators of Suicidal Ideation Within a Sheltered Sample of Raped and Battered Women. *Health Care for Women International*, 28(5), 478–489. <https://doi.org/10.1080/07399330701226453>
- Whitfield, C. L., Anda, R. F., Dube, S. R., & Felitti, V. J. (2003). Violent Childhood Experiences and the Risk of Intimate Partner Violence in Adults: Assessment in a Large Health Maintenance Organization. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(2), 166–185. <https://doi.org/10.1177/0886260502238733>
- Woods, A. B., Page, G. G., O’Campo, P., Pugh, L. C., Ford, D., & Campbell, J. C. (2005). The Mediation Effect of Posttraumatic Stress Disorder Symptoms on the Relationship of Intimate Partner Violence and IFN- γ Levels. *American Journal of Community Psychology*, 36(1–2), 159–175.
<https://doi.org/10.1007/s10464-005-6240-7>

- Woods, S. J. (2000). Prevalence and Patterns of Posttraumatic Stress Disorder in Abused and Postabused Women. *Issues in Mental Health Nursing, 21*(3), 309–324. <https://doi.org/10.1080/016128400248112>
- Woods, S. J., Hall, R. J., Campbell, J. C., & Angott, D. M. (2008). Physical Health and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery & Women's Health, 53*(6), 538–546. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.07.004>
- Woods, S. J., & Isenberg, M. A. (2001). Adaptation as a Mediator of Intimate Abuse and Traumatic Stress in Battered Women. *Nursing Science Quarterly, 14*(3), 215–221. <https://doi.org/10.1177/08943180122108463>
- Wuest, J., Ford-Gilboe, M., Merritt-Gray, M., Wilk, P., Campbell, J. C., Lent, B., Varcoe, C., & Smye, V. (2010). Pathways of Chronic Pain in Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Women's Health, 19*(9), 1665–1674. <https://doi.org/10.1089/jwh.2009.1856>
- Yan, E., & Karatzias, T. (2020). Childhood Abuse and Current Intimate Partner Violence: A Population Study in Hong Kong. *Journal of Interpersonal Violence, 35*(1–2), 233–251. <https://doi.org/10.1177/0886260516682521>
- Ybarra, G. J., Wilkens, S. L., & Lieberman, A. F. (2007). The Influence of Domestic Violence on Preschooler Behavior and Functioning. *Journal of Family Violence, 22*(1), 33–42. <https://doi.org/10.1007/s10896-006-9054-y>
- Yoshihama, M., & Horrocks, J. (2010). Risk of intimate partner violence: Role of childhood sexual abuse and sexual initiation in women in Japan. *Children and Youth Services Review, 32*(1), 28–37. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2009.06.013>

Zakrisson, I., Anderzén, M., Lenell, F., & Sandelin, H. (2012). Ambivalent sexism: A tool for understanding and improving gender relations in organizations: Ambivalent sexism. *Scandinavian Journal of Psychology*, *53*(1), 64–70.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00900.x>

Zlotnick, C., Capezza, N. M., & Parker, D. (2011). An interpersonally based intervention for low-income pregnant women with intimate partner violence: A pilot study. *Archives of Women's Mental Health*, *14*(1), 55–65.

<https://doi.org/10.1007/s00737-010-0195-x>

ANEXOS

11.1. Documento de informe favorable del Comité Ético de la UGR



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Vicerrectorado de Investigación y Transferencia

COMITE DE ETICA EN INVESTIGACION DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA

La Comisión de Ética en Investigación de la Universidad de Granada, visto el informe preceptivo emitido por la Presidenta del Comité en Investigación Humana, tras la valoración colegiada del Comité en sesión plenaria, en el que se hace constar que la investigación propuesta respeta los principios establecidos en la legislación internacional y nacional en el ámbito de la biomedicina, la biotecnología y la bioética, así como los derechos derivados de la protección de datos de carácter personal,

Emite un Informe Favorable en relación a la investigación titulada: 'LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA PAREJA, DETECCIÓN Y CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO EN MUJERES Y SUS DESCENDIENTES' que dirige D./Dña. AMPARO DE PIÑAR PRATS, con NIF 24.254.055-A, quedando registrada con el nº: 352/ CEIH/2017.

Granada, a 30 de Mayo de 2017.



EL PRESIDENTE

Fdo: Enrique Herrera Viedma

Fdo: Fernando Cornet Sánchez del Águila

EL SECRETARIO

Gran Vía de Colón 48, 2 Planta. 18071 GRANADA
<http://investigacion.ugr.es>

11.2. Carta de invitación a participar en el estudio para mujeres con violencia de género



Invitación a participar en un estudio de violencia sobre las mujeres

Desde la Universidad de Granada se está realizando una investigación con mujeres que han sufrido cualquier tipo de violencia por parte de su ex pareja o ex marido.

Nos gustaría contactar con mujeres que hayan finalizado con esa relación violenta hace como mínimo tres años. El único requisito es haber dejado de vivir en esa situación desde hace tres años, independientemente de la edad que se tenga y el tiempo transcurrido.

A las mujeres que colaboren con nosotras, además de informarles de los resultados últimos de dicho estudio, si lo desean se les facilitará los resultados de todas las pruebas aplicadas y/o una orientación psicológica individualizada. El objetivo último es poder ayudar a las mujeres supervivientes de esta violencia.

Si quieres participar o conoces a alguna mujer interesada, puedes contactar a través de e-mail (investigaciongranada@hotmail.com) o en el teléfono 600714533 (Amparo).

Se ruega la mayor difusión posible, ya que es muy importante vuestra colaboración.
Gracias y un saludo.

P.D.: El tiempo necesario de participación es como máximo de dos horas y es completamente anónima.

11.3. Carta de invitación a participar en el estudio para mujeres sin violencia de género



Invitación a participar en un estudio sobre la situación de las mujeres en su relación de pareja

Desde la Universidad de Granada se está realizando una investigación con mujeres que tienen o han tenido una relación de pareja, en la cual no hayan sufrido maltrato.

Nos gustaría contactar con mujeres de edades comprendidas entre los 30 y 50 años, sin estudios universitarios, con estudios primarios o secundarios y que en la actualidad tengan pareja o hayan tenido una relación estable, aunque ahora mismo no la tengan.

A las mujeres que colaboren con nosotras, además de informarles de los resultados últimos de dicho estudio, si lo desean se les facilitará los resultados de todas las pruebas aplicadas.

Si quieres participar o conoces a alguna mujer interesada, puedes contactar a través de e-mail (investigaciongranada@hotmail.com) o en el teléfono 600714533 (Amparo).

Se ruega la mayor difusión posible, ya que es muy importante vuestra colaboración.
Gracias y un saludo.

P.D.: El tiempo necesario de participación es de una hora y media aproximadamente y es completamente anónima.

11.4. Invitación a participar en el estudio de jóvenes estudiantes



Invitación a participar en un estudio de actitudes y opiniones sobre las relaciones personales

Desde la Facultad de Psicología se está realizando una investigación con estudiantes de la Universidad de Granada sobre sus actitudes y opiniones en las relaciones interpersonales.

La participación de los y las estudiantes consiste en rellenar una serie de cuestionarios, de forma individual, que se les entregarán al comienzo de clase y se recogerán en días posteriores.

El tiempo necesario de clase, es el requerido para repartir los cuadernillo y explicar las instrucciones de cumplimentación. No más de 10 minutos.

Es importante tener en cuenta a estudiantes de diferentes ramas del conocimiento, es por lo que nos ponemos en contacto con usted, para saber si es posible contar con su colaboración y poder disponer de 10 minutos de su clase para llevar a cabo la entrega de los cuestionarios.

Si quiere colaborar, el contacto se puede hacer por teléfono 600714533 (Amparo) o por e-mail: investigaciongranada@hotmail.com para concretar día, hora y clase.

Muchas gracias por su atención y agradecerle de antemano poder contar con su colaboración.

Un saludo.

11.5. Hoja de información y consentimiento informado

Título del estudio: Violencia sobre las mujeres.

Investigadoras principales: Dra. María Nieves Pérez Marfil y Amparo de Piñar Prats.

Centro: Universidad de Granada. Facultad de Psicología. Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico.

Introducción: Este documento es para solicitar su consentimiento en la participación de esta investigación. El objetivo es informarle sobre el estudio y que reciba toda la información correcta y suficiente para que pueda decidir si quiere o no participar en el mismo. Para ello lea esta hoja informativa con atención y le aclararemos todas las dudas que le puedan surgir.

Participación voluntaria: Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento.

Descripción general del estudio: El propósito de este estudio es la evaluación de algunas características relacionadas con nuestro comportamiento y actitudes en diferentes situaciones y circunstancias. Nos interesa conocer el estado actual de descendientes de mujeres que han sobrevivido a una situación de violencia por parte de su pareja varón. Para ello le proponemos que rellene diferentes cuestionarios y responda a unas preguntas. La entrevista será grabada para una siguiente transcripción, no identificándose a la persona entrevistada. El tiempo aproximado de duración es de menos de una hora.

Beneficios y riesgos derivados de su participación en el estudio: Dado que se trata de un proyecto de investigación en el que usted participa de forma voluntaria, no hay ningún beneficio directo de su participación. Ahora bien, si posteriormente usted quiere

información de sus resultados o desea una orientación psicológica individualizada, se le facilitará. La participación en esta investigación no le supone ningún riesgo para su salud.

Confidencialidad: El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todas las personas participantes se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo. Sus datos serán tratados informativamente y se incorporarán a un fichero automatizado de datos de carácter personal cuyas responsables son María Nieves Pérez Marfil y Amparo de Piñar Prats. De acuerdo a lo que establece la legislación sobre protección de datos, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a las investigadoras principales mediante correo electrónico: nperez@ugr.es y investigaciongranada@hotmail.com.

Sus datos recogidos para este estudio estarán identificados mediante un código y sólo las investigadoras principales del estudio podrán relacionar dichos datos con usted. Las investigadoras se comprometen a la confidencialidad y utilizarán los resultados sólo con fines científicos (los resultados podrán ser empleados en congresos y también publicarse en revistas científicas manteniendo siempre y en todos los casos, el anonimato de las personas participantes).

De acuerdo con la ley vigente usted tiene derecho a conocer los resultados que haya obtenido en los cuestionarios y en las tareas que va a realizar.

Ninguna de las investigadoras recibe compensación económica por este estudio

Consentimiento informado

Título del estudio: Violencia sobre las mujeres.

Una vez que tiene la información sobre las características del estudio, después de haber leído la hoja de información y comprendido las explicaciones ofrecidas por la investigadora y haber podido hacer las preguntas que he considerado oportunas

De acuerdo a las consideraciones anteriores, doy mi consentimiento a participar en el estudio voluntariamente:

Nombre y Apellidos: _____

Fecha: _____

Teléfono de contacto: _____ e-mail: _____

D.N.I: _____

Firma de la persona participante: _____

Se asegura explícitamente la confidencialidad de los datos (art. 15.2) y no se mencionará a la persona participante, sin su autorización.

Nombre y apellidos de la investigadora: _____

D.N.I. de la investigadora: _____

No otorgo mi consentimiento a participar y/o a revocarlo en cualquier momento del estudio (art. 4.3.)

Firma de quien participa

Fecha de Revocación

11.6. Guión de entrevista del Estudio 1 y 2. Mujeres con violencia de género

Número de Identificación: Fecha: Lugar entrevista:

Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento:

Nivel de Estudios: Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios

Trabajas: SI NO ¿Trabajo actual?:

¿Recibes alguna ayuda económica? SI NO

Salario mensual: -500€ Entre 500-1000€ Entre 1000-2000 + 2000€

Estado Civil: Soltera Casada Separada/divorciada Viuda Pareja de hecho

Número de hijas: 1 2 3 4 Número de hijos: 1 2 3 4 Edades:

¿A qué edad tuvo su primera hija/o?

¿Cuántos hermanas o hermanos tienes?..... ¿Qué posición ocupas?

¿Cómo recuerdas la relación con tu madre en tu infancia?

Sin relación Mala Regular Buena Muy buena

¿Cómo recuerdas la relación con tu padre en tu infancia?

Sin relación Mala Regular Buena Muy buena

En tu infancia, recuerdas haber sido víctima o presenciaste algún tipo de suceso violento.

Suceso:

¿Qué edad tenías cuándo empezaste con la relación?

¿Cuánto tiempo estuviste en esa relación?

¿Te insultó? Nunca Pocas veces Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

¿Te golpeó? Nunca Pocas veces Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

¿Te obligó a mantener relaciones sexuales?

Nunca Pocas veces Algunas veces Bastantes veces Muchas veces

¿En alguna ocasión sentiste que tu vida estuvo en peligro? SI NO

¿Te atendieron en alguna ocasión en un hospital por esos hechos? 0 1 2 3 4 5 +veces

¿Denunciaste los hechos? SI NO ¿En qué año? ¿En qué año fue el juicio?

Condena: Sin condena Alejamiento Multa 1 año Prisión
2-5 años Prisión +5-10 años Prisión +10 años

¿Tuviste algún dispositivo de protección?: Teléfono Móvil Dispositivo GPS Policía
asignado

¿Fuiste a casa de acogida?: SI NO Tiempo y lugar:.....

¿Recibiste ayuda psicológica?: SI NO Tiempo y lugar:.....

Trabajabas cuando ocurrieron los hechos: SI NO ¿En qué?:

Tuviste que dejar tu trabajo: SI NO Tuviste que trasladarte: SI NO

¿Te sentiste apoyada por tu madre? Nada Poco Algo Mucho Bastante

¿Te sentiste apoyada por tu padre? Nada Poco Algo Mucho Bastante

¿Te sentiste apoyada por tus hermanas/os? Nada Poco Algo Mucho Bastante

¿Tuviste pensamientos/intentos de suicidio?: SI NO

Retomaste la convivencia con él en algún momento: SI NO

Mantienes algún contacto con él en la actualidad: SI NO

Ahora ¿Tienes relación de pareja con alguna persona? SI NO Hombre o Mujer

¿Con quién vives actualmente?

Ahora ¿Cómo es la relación con tus hijas/os? Sin relación Mala Regular Buena
Muy buena

Ahora ¿Cómo es la relación con tu madre y padre? Sin relación Mala Regular Buena
Muy buena

En la actualidad ¿Tomas alguna medicación? SI NO Tratamiento:

¿En qué piensas que este hecho cambio tu vida?

¿Qué es lo que más te ayudó en tu recuperación?

¿Qué crees que te hubiera hecho falta y no estaba?

Y en la actualidad: ¿Piensa que hay algo que te pueda ayudar?

11.7. Guión de entrevista del Estudio 1. Mujeres sin violencia de género

Número de Identificación: Fecha: Lugar entrevista:

Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento:

Nivel de Estudios: Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios

Trabajas: SI NO ¿Trabajo actual?:

¿Recibes alguna ayuda económica? SI NO

Salario mensual: -500€ Entre 500-1000€ Entre 1000-2000 + 2000€

Estado Civil: Soltera Casada Separada/divorciada Viuda Pareja de hecho

Número de hijas: 1 2 3 4 Número de hijos: 1 2 3 4 Edades:

¿A qué edad tuvo su primera hija/o?

¿Cuántos hermanas o hermanos tienes?..... ¿Qué posición ocupas?

¿Cómo recuerdas la relación con tu madre en tu infancia?

Sin relación Mala Regular Buena Muy buena

¿Cómo recuerdas la relación con tu padre en tu infancia?

Sin relación Mala Regular Buena Muy buena

¿Tienes pareja en la actualidad? SI NO

¿Has tenido parejas con anterioridad? SI NO ¿Cuántas?

¿Cuánto tiempo llevas/estuviste en esa relación de pareja?

¿Qué edad tenías cuándo empezaste con la relación?

¿Cómo calificarías esa relación de pareja del 1 al 10?

¿Con quién vives actualmente?

Ahora ¿Cómo es la relación con tus hijas/os? Sin relación Mala Regular Buena

Muy buena

Ahora ¿Cómo es la relación con tu madre y padre? Sin relación Mala Regular Buena

Muy buena

En tu infancia, recuerdas haber sido víctima o presenciaste algún tipo de suceso violento.

Suceso:

En la actualidad ¿Tomas alguna medicación? SI NO

Tratamiento:

11.8. Guión de entrevista del Estudio 3. Descendientes

Número de Identificación: Fecha: Lugar entrevista:

Lugar de Nacimiento: Fecha de Nacimiento:

Nivel de Estudios: Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios

Trabajas: SI NO ¿Trabajo actual?:

¿Recibes alguna ayuda económica? SI NO

Salario mensual: -500€ Entre 500-1000€ Entre 1000-2000 + 2000€

Estado Civil: Soltera/o Casada/o Separada/o/divorciada/o Viuda/o Pareja de hecho

Número de hijas: 1 2 3 4 Número de hijos: 1 2 3 4 Edades:

¿A qué edad tuvo su primera hija/o?

¿Cuántos hermanas o hermanos tienes?..... ¿Qué posición ocupas?

Ahora ¿Tienes relación de pareja con alguna persona? SI NO Hombre o Mujer

¿Con quién vives actualmente?

¿Qué edad tenías cuando se separaron tu padre y tu madre?

¿Cómo recuerdas la relación con tu madre en tu infancia? Sin relación Mala

Regular Buena Muy buena

¿Cómo recuerdas la relación con tu padre en tu infancia? Sin relación Mala

Regular Buena Muy buena

En tu infancia, recuerdas haber sido víctima o presenciaste algún tipo de suceso violento.

Suceso:

¿En algún momento sentiste miedo? SI NO

¿En alguna ocasión sentiste que tu vida estuvo en peligro? SI NO

Tuviste que testificar sobre la situación vivida SI NO

¿Recibiste ayuda psicológica?: SI NO Tiempo y lugar:.....

¿Recibiste ayuda de alguien de tu familia?: SI NO Familiar:

¿Recibiste ayuda de alguna amistad?: SI NO ¿Quién?:

¿Tuviste pensamientos/intentos de suicidio?: SI NO

Ahora ¿Cómo es la relación con tu madre? Sin relación Mala Regular Buena Muy buena

Ahora ¿Cómo es la relación con tu padre? Sin relación Mala Regular Buena Muy buena

En la actualidad ¿Tomas alguna medicación? SI NO

Tratamiento:

¿Qué fue para ti lo más difícil?

¿En qué piensas que este hecho cambio tu vida?

¿Qué es lo que más te ayudó en tu recuperación?

¿Qué crees que te hubiera hecho falta y no estaba?

Y en la actualidad: ¿Piensa que hay algo que te pueda ayudar?