

UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA

**Exposición a violencia y bienestar en la población
adulta: un análisis diferencial en función del
género**

GÉNERO Y SALUD

ANDREA GIL DELGADO- ESTEFANÍA HERNÁNDEZ HERRERA

TRABAJO DE FIN DE GRADO DE PSICOLOGÍA 2015/2016

TUTORES: DRA. M^a PILAR MATUD AZNAR Y DR. IGNACIO IBAÑEZ FERNÁNDEZ

Resumen

El objetivo del presente trabajo es conocer la asociación entre la exposición a violencia durante el año anterior y la sintomatología mental y el bienestar psicológico en el periodo de adultez, analizando la relevancia del género en dicha asociación. Para ello se hizo un estudio transversal con una muestra formada por 130 mujeres y 130 hombres con edades entre 26 y 49 años, la mitad de los/as cuales había sido expuesto/a a violencia interpersonal durante el último año y la otra mitad no. Se encontró que las personas expuestas a violencia durante el año anterior presentan menor dominio del entorno y autoaceptación y mayor sintomatología depresiva, somática y de ansiedad e insomnio que las que no han experimentado violencia. En ambos géneros la exposición a violencia se asociaba, aunque en escasa medida, con mayor número de hijos/as y en las mujeres también con mayor edad y menor nivel de estudios. Se concluye que la exposición a violencia supone un riesgo para la salud mental y el bienestar de las personas adultas.

Palabras clave: violencia, bienestar, salud mental, género.

Abstract

The objective of the present study is to know the association between exposure to violence during the previous year and the mental symptoms and the psychological well-being in the period of adulthood, analysing the relevance of gender in this association. For this was a transversal job with a sample of 130 women and 130 men with ages between 26 and 49 years, half of this had been exposed to violence during the last year and the other half were not. It was found that the persons exposed to violence during the previous year present less control of surroundings and self- acceptance and more depressive symptomatology, somatic, anxiety and sleeplessness than those who have not experienced violence. In both genders exposure to violence is associated, although to a lesser extent, to the biggest number of children and women also with increasing age and lower level of studies. It is concluded that exposure to violence suppose a risk to the mental health and the well- being of adult people.

Keywords: violence, welfare, mental health, gender.

1. INTRODUCCIÓN

La violencia es uno de los problemas más graves de la sociedad actual. La Organización Mundial de la Salud define la violencia como “El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones” (OMS, 2002, p. 1). La violencia es un concepto global y complejo que se refiere a cualquier acto de comisión u omisión y cualquier condición que resulte de dichos actos, que prive a los sujetos de igualdad de derechos y libertades e interfiera con su máximo desarrollo y libertad de elegir (Falcón, Valladares, Abad, Labrador y Arencibia, 2008).

La violencia ha sido clasificada según la OMS (2002) en tres categorías atendiendo a la autoría de la misma: violencia contra uno mismo, violencia interpersonal y violencia colectiva. Esta clasificación distingue entre la violencia que una persona dirige hacia sí misma, la realizada por otro individuo o grupo pequeño de individuos, y la realizada por grupos más grandes, como los Estados, grupos políticos organizados, milicias u organizaciones terroristas.

Uno de los tipos de violencia que tiene mayor impacto sobre el bienestar y la salud mental es la violencia que se da entre las personas que mantienen vínculos afectivos (violencia intrafamiliar, de pareja, de compañeros, etc), ya que se produce en la mayor parte de los casos entre miembros de la familia o compañeros íntimos y suele acontecer en el hogar, aunque no exclusivamente (OMS, 2002). Dentro de este tipo de violencia puede realizarse una especificación dependiendo de donde tiene lugar y a quien va dirigido y sus consecuencias (Quirós, 1992). Este autor, basándose en Londoño, afirma que cuando este tipo de violencia se dirige al grupo familiar se ejerce contra los que se perciben como más débiles o dependientes. Reconoce que dicha violencia no sólo corresponde al maltrato físico sino también a la violencia psíquica y económica, y afecta a la propia integridad, identidad, imagen, patrimonio, aspiraciones, reconocimiento, sexualidad y a sus relaciones interpersonales y salud.

Otro tipo de violencia que afecta a la salud mental y el bienestar, es la violencia comunitaria. Esta se produce entre individuos que pueden conocerse o no y que acontece generalmente fuera del hogar. Dentro de este grupo de violencia se incluye la delincuencia, las agresiones sexuales, y la violencia en diferentes lugares tales como escuelas, trabajo, cárceles y residencias de ancianos (OMS, 2002).

La violencia es un problema social importante debido a su presencia en todos los ámbitos y a los efectos que causa sobre el bienestar de las personas (Larizgoitia, 2006). Esta autora destaca que su magnitud como problema social se refleja con varios informes, como el de 1996 de la Organización Mundial de la Salud, en el que se estima que alrededor de un millón y medio de personas mueren al año a causa de la violencia y pronostica que para el año 2020 ésta

llegará a ser una de las primeras 15 causas de enfermedad y muerte. Esto se ve reflejado en las estadísticas sobre maltrato y muerte entre compañeros íntimos donde se detecta una tendencia creciente, habiéndose encontrado que entre 1998 y 2000 las muertes por violencia entre compañeros íntimos aumentaron en un 49%, y llegaron a 100 muertes en el 2004.

Una de las formas de violencia más frecuente es la que se da entre la pareja. En un estudio basado en los resultados de la Encuesta sobre la Violencia contra la mujer (NVAWS) realizada en los Estados Unidos se obtuvo que la prevalencia de violencia física entre compañeros íntimos era del 13.3% en las mujeres y del 5.8% en los hombres; la sexual fue del 4.3% para las mujeres y del 0.2% para hombres; y la psicológica del 12.1% para las mujeres y del 17.3% para los hombres siendo, por tanto, más probable que las mujeres, respecto a los hombres, sufran violencia sexual o física por parte de su pareja (Cocker et al., 2002). No obstante, no se conoce con precisión su extensión, ni distribución y, sobre todo, no se conoce su impacto en la salud, especialmente cuando no supone la muerte de las víctimas (Larizgoitia, 2006).

La violencia en el lugar de trabajo, –sea física, psicológica o sexual– ha adquirido una notable importancia en los últimos años y, en la actualidad, es una preocupación prioritaria tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo, ya que afecta la dignidad de las personas, es una fuente de desigualdad, estigmatización y conflicto en el trabajo. Al mismo tiempo, la violencia en el lugar de trabajo aparece como una amenaza grave contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones. Existe evidencia de que causa perturbaciones inmediatas, y también a largo plazo, de las relaciones entre las personas, de la organización del trabajo y de todo el entorno laboral. En investigaciones realizadas sobre la violencia laboral en empleados del sector sanitario se encontró que éstos padecían de un estrés intenso, y agotamiento entre otros síntomas (Paravic, Valenzuela y Burgos, 2004). Tal y como plantean estos/as autores/as, la violencia de cualquier tipo, y más aún si ésta se repite continuamente, tiene un impacto directo en la vida de las personas, amenazando su identidad, su dignidad y las relaciones emocionales, ocasionando problemas en la salud física y mental.

Diversos estudios muestran las consecuencias de la exposición a violencia en la sintomatología mental (Fremont, 2004; Bells y Jenkins, 1997; Palacio, Sabatier, Abello y Madariaga, 2001). En estas investigaciones se constata el efecto que tienen la violencia en la salud mental, habiéndose encontrado que se asocia con la presencia de trastornos mentales, y también con síntomas asociados al estrés postraumático (Pérez-Olmos, Fernández-Piñeres y Rodado-Fuentes, 2005; Rodríguez, De La Torre y Miranda, 2002). Se ha encontrado que las mujeres que han sido víctimas de malos tratos tiene una mayor prevalencia de trastorno de estrés postraumático, crisis de ansiedad, fobias, abuso de sustancias, trastornos por somatización, dolor crónico, depresión y riesgo de suicidio (Posada y Parales, 2011). Otros problemas detectados son ansiedad, ideación suicida, autolesiones, insomnio, dolor, trastornos respiratorios, trastornos musculoesqueléticos, trastornos

cardiovasculares, diabetes y síntomas gastrointestinales. Además se reconoce que, en términos generales, cuanto más severa y/o cuanto más frecuente es la exposición a la violencia, más grave será la sintomatología (Dillon, Hussain, Loxton y Rahman, 2013; Matud, 2004).

Los factores de riesgo de violencia son de carácter individual, familiar, comunitario y social. Algunos se asocian con la comisión de actos de violencia, otros con su padecimiento, o con ambos. Entre ellos se encuentran los siguientes, y afectan tanto a perpetradores como a víctimas: bajo nivel de instrucción, exposición a maltrato infantil y violencia familiar, situaciones estresantes, pertenencia a grupos marginados o excluidos, limitadas oportunidades económicas, abuso de sustancias, normalización de la violencia y falta de impunidad para los perpetradores de violencia (OMS, 2016; ONU, 2013). Entre los factores que influyen en la reducción del riesgo a sufrir violencia se encuentran: disponer de apoyo social y tener experiencias positivas ante las crisis vitales, educación secundaria completa, normas sociales que promuevan la equidad de género, acceso de las víctimas a una autonomía económica y disponibilidad de crédito y empleo, servicios que articulen respuestas de calidad (servicios judiciales, de seguridad/protección, servicios sociales y médicos) con dotación de personal con conocimientos, capacitación y entrenamiento adecuado, acceso a grupos de ayuda y disponibilidad de espacios seguros o refugios para las víctimas. La ONU, (2013) plantea que es importante tener en cuenta que los factores de riesgo y de protección no son causas directas de la violencia, pero están correlacionadas. Así, por ejemplo, que un muchacho sea testigo del abuso de su madre por parte de su padre no necesariamente lo convertirá en un perpetrador en sus siguientes años de vida; ni el hecho de que una mujer tenga alto nivel socio económico y educativo la hace inmune a la violencia doméstica.

Existe evidencia de que, pese a que la exposición a violencia supone un factor de riesgo para la salud mental, sólo algunas víctimas de violencia presentan trastornos psicopatológicos bien definidos; en cambio sí se encuentra generalmente afectado el bienestar personal así como la presencia de síntomas negativos como el aislamiento social e interrupción de las relaciones íntimas. También se ha encontrado disminución de las habilidades sociales, conductas adictivas, conductas compulsivas, problemas para hacer frente a los conflictos y ansiedad por el contacto. Son frecuentes las consecuencias sobre lo emocional y la afectividad (dependencia y labilidad afectiva, tristeza permanente, conductas de riesgo físico, disforia persistente, rabia y cólera, e impulsos suicidas, entre otras) y las consecuencias sobre la salud física (dolores de cabeza y/o espalda, síntomas cardio-pulmonares, síndrome de colon irritable, partos prematuros, gastritis, y fibromialgia) (Rodríguez, 2012). En muchos casos, el motivo de consulta pueden ser síntomas físicos y psicológicos poco específicos y trastornos por somatización, que puede ser la carta de presentación de una situación de maltrato (Fernández y Echeburúa, 1997). Tal y como plantean estos autores, el reconocimiento de estos síntomas puede llevar a la identificación y tratamiento precoz del maltrato y quizás a prevenir la aparición de problemas futuros.

Un factor relevante en la violencia es el género. En varios estudios se ha encontrado que las mujeres, en comparación con los hombres, tienen más probabilidad de sufrir consecuencias físicas y psicológicas cuando son expuestas a violencia. Se ha encontrado que muchas de las consecuencias físicas que padecían las mujeres eran similares a los síntomas de ansiedad y depresión, indicando además una relación con problemas mentales como resultado de la violencia psicológica que conlleva un deterioro para la salud física (Cocker, et al. 2002).

Aunque son muchos los estudios realizados sobre violencia, generalmente se centran en el estudio de la salud de las víctimas, siendo lo más común los estudios en muestras clínicas de mujeres, y analizando la presencia de patología. Pero son escasos los estudios realizados en población general y los que analizan el impacto que la violencia tiene en el bienestar psicológico. Por tanto, en este trabajo se analiza, no solo la presencia de sintomatología mental, sino también la asociación entre la exposición a la violencia y el bienestar de mujeres y hombres.

El objetivo general del presente trabajo es conocer la asociación entre la exposición a violencia durante el año anterior con la sintomatología mental y el bienestar psicológico en el periodo de adultez, analizando la relevancia que tiene el género en dicha asociación. Los objetivos específicos son:

- 1) Analizar si hay diferencias en sintomatología mental entre las personas adultas expuestas a violencia durante el año anterior y las que no lo han estado, estudiando si el género es un factor diferencial.
- 2) Analizar si hay diferencias en bienestar psicológico entre las personas adultas expuestas a violencia durante el año anterior y las que no lo han estado, estudiando si el género es un factor diferencial.
- 3) Estudiar la asociación entre las variables sociodemográficas (edad, número de hijos/as y nivel de estudios) y la exposición a la violencia en mujeres y hombres en la etapa de adultez.
- 4) Delimitar la asociación entre la sintomatología mental y la exposición a la violencia en las mujeres y hombres de la población general.
- 5) Estudiar la asociación entre el bienestar psicológico y la exposición a la violencia en las mujeres y hombres de la población general.

Se hipotetiza que: (1) las personas expuestas a violencia durante el año anterior tendrán menor bienestar psicológico y mayor sintomatología mental que las que no han experimentado violencia. (2) La asociación entre la exposición a violencia y el bienestar psicológico y la sintomatología mental será mayor en las mujeres que en los hombres.

2. MÉTODO

2.1 Participantes

La muestra está compuesta por 260 personas (50% hombres y 50% mujeres) con edades entre 26 y 49 años. La mitad de las mujeres y la mitad de los hombres habían estado expuestos/as a violencia durante el año anterior y la otra mitad no. La media de edad de los hombres es 36.8 y de las mujeres 37.2 con una desviación típica de 6.82 y 6.75 respectivamente, diferencias que no son estadísticamente significativas, $t(258) = -0.50$, $p = .87$. La media de edad en las personas participantes expuestas a la violencia es de 37.5 ($DT = 6.7$) y la del grupo no expuestas a la violencia 36.5 ($DT = 6.9$), diferencias que no son estadísticamente significativas, $t(258) = -1.15$, $p = .82$.

El 49.6% de la muestra total se encuentra casado/a, 33.1% soltero/a, el 11.5% tiene unión de hecho, el 2.7% está separado/a y el 3.1% se había divorciado. El número de hijos/as oscilaba entre 0, lo que se da en 43.1% de la muestra, y cinco, lo que se da en un solo caso. La media y la mediana del número de hijos/as es de 1 ($DT = 1.04$). También había diversidad en su nivel de estudios, que es básico en el 29.6%, medios en el 36.2%, y universitarios en el 34.2%. Prácticamente la tercera parte (el 34.6%) tiene empleo de tipo manual, en el 37.3% es no manual, el 21.2% tiene profesiones para las que es indispensable un título universitario, y el 6.9% no está insertada en el mercado laboral y afirmaba que su profesión era “ama de casa”.

2.2 Instrumentos

El cuestionario utilizado para detectar los posibles trastornos o afectaciones psíquicas asociadas con la exposición a la violencia es el *Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28, Goldberg y Hillier, 1979)*. Se trata de un inventario muy utilizado en el ámbito comunitario y en medios clínicos no psiquiátricos que se compone por 28 ítems divididos en 4 subescalas, las cuales se centran en los componentes psicológicos de mala salud. Cada escala está formada por 7 ítems y se denominan: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave. Las respuestas hacen referencia a las anteriores semanas y como se siente actualmente. Asimismo, se le presenta una pregunta correspondiente a cada escala y 4 alternativas de respuesta de las cuales el participante tendrá que marcar con la que se sienta mayor identificación.

Para evaluar el bienestar se utiliza la *Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff (1989)* en la versión de Van Dierendonck et al. (2006). Están formadas por 39 ítems que se dividen en 6 escalas: 1) Auto-aceptación: Se relaciona con el hecho que las personas se sientan bien consigo mismas siendo conscientes de sus limitaciones. Tener actitudes positivas hacia sí mismo/a es una característica fundamental del funcionamiento psicológico positivo. Esta escala está formada por 6 ítems; 2) Relaciones positivas: Se requiere mantener relaciones sociales estables y tener amistades en quien se pueda confiar. La

capacidad para amar y una afectividad madura es un componente fundamental del bienestar y de la salud mental. Esta escala está formada por 6 ítems. 3) Dominio del entorno: Habilidad personal para elegir o crear entornos favorables para sí mismos/as. Las personas con un alto dominio del entorno poseen una mayor sensación de control sobre el mundo y se sienten capaces de influir sobre el contexto que les rodea; esta escala está formada por 6 ítems. 4) Autonomía: Evalúa la capacidad de la persona de sostener su propia individualidad en diferentes contextos sociales. Se espera que las personas con altos niveles de autonomía puedan resistir mejor la presión social y autorregular mejor su comportamiento; esta escala está formada por 8 ítems. 5) Propósito en la vida: Se refiere a que la persona tenga metas claras y sea capaz de definir sus objetivos vitales. Un alto puntaje en esta sub-escala indicaría que se tiene claridad respecto a lo que se quiere en la vida; esta escala está formada por 7 ítems. 6) Crecimiento personal: Evalúa la capacidad del individuo para generar las condiciones que le permitan desarrollar sus potencialidades y seguir creciendo como persona. Esta escala está formada por 6 ítems. El formato de respuesta a cada ítem está comprendido entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo), y los/as participantes deben responder dando la puntuación correspondiente al grado de acuerdo con cada afirmación.

Para evaluar si las personas participantes han sido expuestas o no a violencia durante el año anterior se utilizaron los ítems relativos a la presencia de violencia del *Inventario de sucesos vitales estresantes* (Matud, 2008). Dicho inventario tiene 2 ítems que evalúan la existencia o no de violencia en el ámbito de pareja y 2 referidos a violencia familiar; además, explora el acoso laboral mediante 1 ítem y las agresiones sexuales también con 1 ítem.

Estas escalas han sido utilizadas debido a su demostrada fiabilidad y consistencia interna.

2.3. Procedimiento

Todas las personas participantes fueron voluntarias y el pase de pruebas fue autoaplicado, tras obtener el consentimiento informado. La muestra del presente trabajo fue obtenida aleatoriamente de una muestra más grande de personas controlando que cumpliesen los siguientes requisitos: 1) ser la mitad hombres y la otra mitad mujeres con edades entre 26 y 49 años; 2) que el 50% de los hombres y el 50% de las mujeres hubiesen estado expuestos/as a violencia familiar, laboral o de pareja durante el año anterior pero que sus edades fuesen similares.

El presente estudio se inserta dentro de los trabajos del Proyecto de Investigación Referencia PSI2015-65963-R (MINECO/FEDER, UE) y fue informado positivamente por el Comité de ética de la investigación y bienestar animal (CEIBA) de la Universidad de La Laguna.

Tras introducir los datos al ordenador se realizaron análisis descriptivos, análisis de varianza (MANOVA y ANOVA) y correlaciones r de Pearson cuando eran variables cuantitativas y Rho de Spearman cuando eran variables ordinales. Todos los análisis estadísticos se hicieron con la versión 21 del paquete estadístico IBM SPSS.

3. RESULTADOS

Al analizar el tipo violencia informado por el grupo de personas participantes con exposición a la violencia durante el año anterior se encontró que lo más común fueron las discusiones familiares, de la que informaron 86 participantes (el 33.1%). Le seguía las discusiones graves de pareja, de lo que informaron 60 de los casos (el 23.1%); 12 personas (el 4.6%) informaron de acoso laboral; 5 de los casos (el 1.9%) informaron de maltrato de pareja y la menos citada fue la violencia familiar con una frecuencia de 2 participantes que corresponde con un 0.8% de la muestra expuesta a violencia. Cabe destacar que, dentro de la muestra que ha sido expuesta a violencia durante el último año, el 38.5 % ha sufrido un sólo tipo de violencia, el 10% ha sido expuesto a dos tipos de violencia, el 1.2% a tres tipos de violencia y el 0.4% a cuatro tipo de violencia.

Para conocer si había diferencias en sintomatología mental y en bienestar psicológico entre las personas que habían estado expuestas o no a violencia durante el año anterior, se hicieron análisis de varianza. En el MANOVA se consideraron como factores el género (hombre, mujer) y la exposición a la violencia (sin violencia, con violencia) y como variables dependientes las escalas del GHQ-28 se encontró que la interacción género X exposición a la violencia no fue estadísticamente significativa, $F(4, 253) = 0.95$, $p = .434$, pero sí lo fueron los efectos principales del género, $F(4, 253) = 9.14$, $p < .001$; y los de la exposición a la violencia, $F(4, 253) = 2,74$, $p = .03$. En la Tabla 1 se muestran las medias, desviaciones típicas y las comparaciones entre las personas que han estado expuestas y no lo han estado a la violencia. Como puede observarse, las personas que han estado expuestas a violencia durante el año anterior tienen mayor sintomatología depresiva, somática y de ansiedad e insomnio, no dándose diferencias estadísticamente significativas en disfunción social entre las personas expuestas y no expuestas a violencia.

Tabla 1. Medias, desviaciones típicas y comparaciones en sintomatología mental entre las personas expuestas y no expuestas a violencia el año anterior

	Sin violencia		Con violencia		$F_{(4,253)}$	p
	M	DT	M	DT		
S. somáticos	5.54	4.04	6.74	4.18	6.24	0.013
Ansiedad e insomnio	6.07	4.78	7.31	4.53	5.00	0.026
Depresión grave	1.29	2.40	2.40	3.60	8.86	0.003
Disfunción social	6.81	2.13	7.10	2.57	0.96	0.329

En el MANOVA donde se consideraron como factores el género (hombre, mujer) y la exposición a la violencia (sin violencia, con violencia) y como variables dependientes las puntuaciones en las *Escalas de Bienestar Psicológico de Ryff* (1989) se encontró que la interacción género X exposición a violencia no fue estadísticamente significativa, $F(6, 251) = 1.32, p = .25$, pero sí lo fueron los efectos principales del género, $F(6, 251) = 2.46, p = .025$; y los de la exposición a violencia, $F(6, 251) = 3.96, p = .001$. En la Tabla 2 se muestran las medias, desviaciones típicas y las comparaciones entre las personas que han estado expuestas y no lo han estado a violencia en bienestar psicológico. Como puede observarse, hay diferencias estadísticamente significativas entre las personas que han estado expuestas a la violencia durante el año anterior y quienes no lo han estado en autoaceptación y en dominio del entorno, que es mayor en las personas no expuestas a violencia durante el año anterior. Además se encontraron diferencias marginalmente significativas desde el punto de vista estadístico en relaciones positivas, informando de más relaciones positivas aquellas personas no expuestas a violencia durante el último año.

Tabla 2. Medias, desviaciones típicas y comparaciones en bienestar psicológico entre las personas expuestas y no expuestas a violencia el año anterior

	Sin violencia		Con violencia		$F_{(1,256)}$	p
	M	DT	M	DT		
Autoaceptación	27.30	4.91	25.52	5.79	7.27	0.007
Relaciones Positivas	27.70	5.09	26.46	5.77	3.51	0.06
Autonomía	36.13	5.85	34.91	6.16	2.68	0.10
Dominio Entorno	27.70	4.24	25.91	4.35	1.39	0.001
Crecimiento Personal	31.72	4.83	32.34	5.09	1.03	0.31
Propósito de vida	27.83	5.09	26.93	5.56	1.81	0.17

En la Tabla 3 se muestran las correlaciones, para mujeres y hombres, entre las características sociodemográficas y la exposición a la violencia. Como puede observarse, en los hombres, la exposición a la violencia es independiente de la edad y del nivel de estudios pero existe una cierta tendencia a mayor violencia en los hombres con mayor número de hijos/as. También en las mujeres el número de hijos/as se asocia con la exposición a la violencia pero, además, las mujeres de más edad y menor nivel de estudios informan de mayor violencia. En todo caso destaca que el tamaño de las correlaciones es bajo.

Tabla 3. Correlaciones entre las variables sociodemográficas y la exposición a violencia en la adultez

	Hombres	Mujeres
Edad	-0.04	0.25**
Nivel de estudios ^t	-0.05	-0.24**
Nº de hijos/as	0.18*	0.22*

^t Rho de Spearman

* $p < .05$; ** $p < .01$

En la Tabla 4 se muestran las correlaciones, para mujeres y hombres, entre sintomatología mental y la exposición a violencia. Como puede observarse, aunque el tamaño del efecto es bajo, en los hombres, la exposición a violencia se asocia de forma estadísticamente significativamente con síntomas somáticos, ansiedad e insomnio y depresión grave. En las mujeres la exposición a violencia se asocia con sintomatología de depresión grave, somática, ansiedad e insomnio y con disfunción social.

Tabla 4. Correlaciones entre las variables de sintomatología mental y la exposición a violencia en la adultez

	Hombres	Mujeres
S. somáticos	0.18*	0.23**
Ansiedad e insomnio	0.18*	0.21*
Disfunción social	0.00	0.19*
Depresión grave	0.21*	0.29**

* $p < .05$; ** $p < .01$

En la Tabla 5 se muestran las correlaciones, para mujeres y hombres, entre las variables de bienestar psicológico y la exposición a violencia. Como puede observarse, aunque la magnitud de los coeficientes de correlación es bajo, algunos son estadísticamente significativos. En las mujeres, la exposición a violencia durante el año anterior se asocia con menor autoaceptación, menor relaciones positivas y menor dominio del entorno. En los hombres la exposición a violencia solo se asocia de forma estadísticamente significativa con menor dominio del entorno.

Tabla 5. Correlaciones entre las variables de bienestar psicológico y la exposición a violencia en la adultez

	Hombres	Mujeres
Autoaceptación	-0.12	-0.23**
Relaciones Positivas	-0.14	-0.20**
Autonomía	-0.12	-0.07
Dominio Entorno	-0.23**	-0.23**
Crecimiento Personal	0.04	-0.12
Propósito de vida	-0.10	-0.13

* $p < .05$; ** $p < .01$

4. DISCUSIÓN

Con el presente estudio se pretende conocer si existe asociación entre la exposición a violencia durante el año anterior con la sintomatología mental y el bienestar psicológico en el periodo de adultez, analizando la relevancia que tiene el género en dicha asociación. En este estudio se plantearon dos hipótesis: (1) las personas expuestas a violencia durante el año anterior tendrán menor bienestar psicológico y mayor sintomatología mental que las que no han experimentado violencia. (2) La asociación entre la exposición a violencia y el bienestar psicológico y la sintomatología mental será mayor en las mujeres que en los hombres. Para poner a prueba las mencionadas hipótesis y conseguir los objetivos, se ha analizado una muestra de 260 personas, la mitad de las cuales había sido expuesta a violencia mientras que la otra mitad no. Dicha muestra estaba compuesta por el mismo número de hombres que de mujeres, siendo similares las edades de mujeres y de hombres y las de las personas expuestas y no expuestas a violencia.

Según los resultados obtenidos se cumple la primera hipótesis ya que las personas expuestas a violencia durante el año anterior presentan mayor sintomatología de ansiedad e insomnio, depresión grave y síntomas somáticos. Estos resultados coinciden con los de otros estudios como el de Dillon et al. (2013) donde se ha encontrado mayor ansiedad, depresión, dolor crónico y somatización en las víctimas de violencia. También se ha encontrado que las personas expuestas a violencia durante el año anterior informan de menor dominio del entorno, autoaceptación y de menos relaciones positivas con las demás personas que las que no estuvieron expuestas a violencia, si bien esta última dimensión solo era marginalmente significativa desde el punto de vista estadístico. En otros estudios también se ha encontrado asociación entre violencia y menor autoaceptación, relaciones positivas y dominio del entorno (véase, por ejemplo, Rodríguez, 2012).

No en todas las dimensiones de bienestar psicológico se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre las personas expuestas y no expuestas a violencia, y tampoco había diferencias entre dichos grupos en disfunción social. Ello puede deberse a que la muestra de la presente investigación estaba formada por personas de la población general, las cuales informaron de que el tipo de violencia a que habían estado expuestas el año anterior eran mayoritariamente discusiones de pareja, no llegando al maltrato como tal. Quizá ello sea la causa de que estén afectadas algunas dimensiones de bienestar psicológico, pero no todas, ni tampoco la disfunción social.

La segunda hipótesis planteada, que propone que la asociación entre la exposición a violencia y el bienestar psicológico y la sintomatología mental será mayor en las mujeres que en los hombres, se confirmó solo parcialmente. Aunque en los análisis de varianza el género no interactuaba de forma estadísticamente significativa con la exposición a la violencia, sí se encontraron algunas diferencias en la magnitud de la asociación entre la exposición a la violencia y la sintomatología mental y el bienestar, siendo ligeramente más alta en las mujeres que en los hombres. Así, en los estudios correlaciones se observó que era un poco más alta la magnitud de las correlaciones entre violencia y sintomatología somática, de ansiedad e insomnio y depresión grave; además, aunque en los hombres la exposición a violencia durante el año anterior era independiente de disfunción social, en las mujeres correlacionaba de forma estadísticamente significativa, si bien la magnitud de la correlación era baja. También en las mujeres, respecto a los hombres, la exposición a violencia estaba más asociada con las dimensiones de bienestar psicológico de menor autoaceptación y menos relaciones positivas. Estos resultados son congruentes con los de otros estudios, como los de Cocker, et al. (2012) que encuentran que las mujeres, en comparación con los hombres, tienen más probabilidad de sufrir consecuencias psicológicas cuando son expuestos a violencia.

Al analizar la relevancia de las variables sociodemográficas en la exposición a violencia se observa que en los hombres hay una ligera tendencia a mayor violencia cuanto mayor sea el número de hijos/as. Ocurre lo mismo en las mujeres pero, además, en éstas también se asocia con el nivel de estudios y la edad, aumentando ligeramente la probabilidad de estar expuestas a violencia a más edad y menor nivel de estudios. Dichos resultados son congruentes con los de Organismos internacionales (OMS, 2016; ONU, 2013) donde asocian la exposición a la violencia con el nivel de estudios y la educación recibida. Otros factores relevantes que citan la OMS y la ONU, pero que no se han estudiado en el presente trabajo, son la normalización de la violencia y la falta de impunidad. A partir de los resultados encontrados sobre la asociación entre la exposición a violencia y las características sociodemográficas de las mujeres, se podría hacer una reflexión sobre el papel que el bajo nivel educativo y la mayor edad y número de hijos/as tiene en la perpetuación de los roles tradicionales, considerando en mayor medida que el papel de la mujer está en el hogar, lo que podría hacerle más vulnerable a la

violencia. Y los factores de mayor edad y menor nivel de estudios pueden estar relacionados con la perpetuación de este rol.

El presente estudio tiene una serie de limitaciones entre las que destaca que se trata de un estudio correlacional, por lo que no pueden hacerse inferencias causa-efecto; además, todos los datos han sido obtenidos mediante autoinforme, por lo que están sometidos a los sesgos propios de esta técnica. Además, la muestra no es aleatoria. Pese a ello, los datos del presente trabajo permiten concluir que la exposición a violencia supone una limitación en el bienestar y la salud mental de las personas adultas.

5. REFERENCIAS

Bell, C. C., y Jenkins, E. J. (1997). Exposure and response to community violence among children and adolescents. En J.D Osofsky (Ed.), *Children in a violent society* (pp. 9-32). Nueva York: The Guilford Press.

Cocker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M. y Smith, P.H (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American Journal of Preventive Medicine*, 23, 260-268.

Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D. y Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of literature. *International Journal of Family Medicine*, 1-15. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1155/2013/313909>

Falcón, J.C., Valladares, A. M., Abad, J.C., Labrador, C. y Arencibia, N. (2008) La violencia, un problema de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24, 1-6.

Fernández, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 150-178.

Fremont, W. P. (2004). Childhood reactions to terrorism-induced trauma: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 381-392.

Goldberg, D. P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

Larizgoitia, I. (2006). La violencia es también un problema de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 20, 63-70.

Matud M. P. (2008). *Género, estrés y salud: estudio de su asociación y del papel de los medios de comunicación como transmisores de los roles de*

género tradicionales. Proyecto de Investigación. La Laguna: Universidad de Laguna.

Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.

Organización de las Naciones Unidas (2013). *Elementos esenciales de planificación para la eliminación contra la violencia de mujeres y niñas*. Recuperado de: <http://www.endvawnow.org/uploads/modules/pdf/1372349315.pdf>.

Organización Mundial de la Salud (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Recuperado de: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf

Organización Mundial de la Salud (2016). *Violencia de pareja y violencia Sexual*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

Palacio, J., Abello, R., Madariaga, C. y Sabatier, C. (2001). Estrés post-traumático en jóvenes desplazados por la violencia política en Colombia. *Recuperado de* <http://www.psiquiatria.com/estres-62/estres-post-traumatico-en-jovenes-desplazados-por-la-violencia-politica-en-colombia/>.

Paravic, T., Valenzuela, S. y Burgos, M. (2004). Violencia percibida por trabajadores de atención primaria de salud. *Ciencia y Enfermería*, 2, 53-65.

Pérez-Olmos, I., Fernández-Piñeres, P. E., y Rodado-Fuentes, S. (2005). The prevalence of war-related post-traumatic stress disorder in children from Cundinamarca, Colombia. *Revista de salud Pública*, 7, 268-280.

Posada, R. y Parales, C. J. (2011). Violencia y desarrollo social: más allá de una perspectiva de trauma. *Universitas Psychologica*, 11, 255-267.

Quirós, E. (2002). El impacto de la violencia intrafamiliar: Transitando de la desesperanza a la recuperación del derecho a vivir libres de violencia. *Perspectivas Psicológicas*, 3-4, 155-163.

Rodríguez, J. I. P. (2012). Los mecanismos de la violencia: consecuencias en las víctimas y sus implicaciones en la intervención profesional. *Estudios jurídicos*, 1-32.

Rodríguez, J., De La Torre, A. y Miranda, C. T. (2002). La salud mental en situaciones de conflicto armado. *Biomédica*, 22, 337-46.

Van Dierendonck, D., Abarca, A. B., Díaz, D., Jiménez, B. M., Gallardo, I., Valle, C. y Carvajal, R. R. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572-577.