

**Impacto psicológico y afectivo asociado a la exposición a  
violencia de pareja en mujeres adultas**

**Trabajo de Fin de Máster**



Roxana María Anei

Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, Universidad Pontificia Comillas

Máster en Psicología General Sanitaria

Tutora: Mar J. Fernández Ollero

23 de mayo de 2025

## Resumen

**Objetivo:** Examinar el impacto psicológico y afectivo de distintos tipos de violencia de pareja (psicológica, física, sexual y de control) en mujeres adultas, así como el papel modulador de variables sociodemográficas, relacionales y sociales. **Diseño y muestra:** Estudio cuantitativo, ex post facto, transversal. Participaron 260 mujeres mayores de edad ( $M = 35.5$ ,  $DT = 14.4$ ) residentes en España, que mantenían o habían mantenido una relación de pareja heterosexual. La muestra se obtuvo mediante muestreo no probabilístico. **Variables e instrumentos:** Las variables dependientes fueron los niveles de ansiedad, depresión, estrés y autoestima; las independientes, los tipos de violencia sufrida. Se emplearon instrumentos validados: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21), Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES), Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP) y la adaptación española del cuestionario VAW (OMS). **Procedimiento y análisis:** Los datos se recogieron mediante un formulario online anónimo. Se realizaron análisis descriptivos, pruebas no paramétricas y regresiones múltiples tras selección de predictores mediante el método LASSO. **Resultados:** La violencia psicológica (65.8%) y los comportamientos de control (61.9%) fueron los tipos de violencia más prevalentes. Todas las formas de violencia se asociaron con mayor sintomatología psicológica y menor autoestima, siendo la violencia sexual la que mostró el mayor impacto global. Ingresos elevados, mayor edad y apoyo social significativo funcionaron como factores protectores. **Conclusión:** La violencia de pareja, incluso en sus formas más invisibles, conlleva graves consecuencias psicológicas. Se discuten los resultados y se recomienda una evaluación clínica y estrategias de intervención sensibles al género, así como políticas de prevención centradas en la autonomía económica y el fortalecimiento del apoyo social.

**Palabras clave:** violencia de pareja, ansiedad, depresión, estrés, apoyo social, autoestima

## Abstract

**Objective:** This study examined the psychological and emotional impact of various forms of intimate partner violence (IPV)—psychological, physical, sexual, and controlling behaviors—on adult women, as well as the moderating role of sociodemographic, relational and social factors.

**Method:** A quantitative, cross-sectional, retrospective design was used. The sample consisted of 260 adult women ( $M = 35.5$ ,  $SD = 14.4$ ) living in Spain who were currently or had previously been in heterosexual relationships. Participants were recruited through non-probability

sampling. **Measures:** The dependent variables were anxiety, depression, stress and self-esteem; the independent variables were the reported forms of IPV. Validated instruments were employed, including the Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), the Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), and the Spanish adaptation of the WHO's Violence Against Women (VAW) questionnaire. **Procedure and**

**analysis:** Data were collected through an anonymous online survey. Descriptive statistics, non-parametric tests, and multiple regression analyses were conducted following predictor selection via LASSO. **Results:** Psychological violence (65.8%) and controlling behaviors (61.9%) were the most prevalent. All forms of violence were associated with increased psychological symptoms and reduced self-esteem, with sexual violence showing the strongest overall effect. Higher income, older age and strong perceived social support emerged as protective factors.

**Conclusion:** IPV—even in its less visible forms—has serious psychological consequences. The findings are discussed, highlighting the need for gender-sensitive clinical assessment and intervention strategies, as well as prevention policies that promote economic autonomy and strengthen social support networks.

**Keywords:** intimate partner violence, anxiety, depression, stress, social support, self-esteem

## Índice

Introducción .....	6
Objetivos e hipótesis .....	13
Método .....	15
Participantes .....	15
Instrumentos.....	15
Procedimiento.....	18
Análisis estadísticos .....	18
Resultados.....	20
Estadísticos descriptivos .....	20
Perfil sociodemográfico y vulnerabilidad a la violencia de pareja .....	22
Diferencias en la sintomatología según la presencia o ausencia de violencia en la pareja.....	23
Factores asociados al impacto psicológico y afectivo de la exposición a violencia de pareja ...	25
Discusión.....	28
Limitaciones e investigación futura .....	35
Conclusiones .....	38
Referencias.....	39
Anexos.....	53
Anexo 1 – Formulario.....	53
Anexo 2 – Póster .....	82
Anexo 3 – Código regresiones LASSO .....	83
Anexo 4 – Prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov.....	86



## **Introducción**

Las Naciones Unidas (ONU, 1993) definen la violencia contra la mujer como “todo acto de violencia por razón de género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”. Dentro de la violencia ejercida en la vida privada se encuentra la violencia dentro de las relaciones de pareja. Esta incluye cualquier conducta activa o pasiva que dañe o tenga la intención de dañar o controlar a la persona con la que se mantiene o se mantuvo un vínculo afectivo (Díaz-Loving & Rivera Aragón, 2010).

Es importante distinguir las diferentes formas en las que se manifiesta la violencia de pareja. A pesar de la diversidad de clasificaciones en la literatura, puede ser entendida dentro de tres grandes bloques: física, psicológica y sexual (Seijo Martínez & Novo Pérez, 2009). La violencia física es la forma más evidente de maltrato y abarca cualquier tipo de daño corporal infligido a la mujer: golpes, empujones o quemaduras, así como actos que impliquen la negación de atención médica o la coacción a consumir sustancias (ONU, 2024). Este despliegue de conductas suelen ir precedidas por violencia psicológica (O’Leary, 1999), caracterizada por inducir miedo e intimidación, amenazando con causar daño a la víctima, a sus seres queridos o a sus bienes. La violencia psicológica puede materializarse en conductas como críticas constantes, insultos, silencios, humillaciones, gritos o abuso verbal que minan la autoestima de la víctima, llegando a su culpabilización en lo referente a las conductas emitidas por el agresor (ONU, 2024; Seijo Martínez & Novo Pérez, 2009). También incluye el control personal, doméstico y económico, conocido en otras clasificaciones como violencia o abuso económico (Krigel & Benjamin, 2021). Además el agresor puede emitir conductas dirigidas a controlar las relaciones del entorno cercano de la víctima, como su familia y amistades, sus ingresos y la posibilidad de estudiar o trabajar, generando dependencia. Por último, la violencia sexual implica obligar a la víctima a participar en actividades sexuales en contra de su voluntad, violando su

consentimiento. Específicamente, incluye ser obligada a mantener relaciones sexuales, tenerlas por temor a las consecuencias de negarse o realizar algún acto degradante (Seijo Martínez & Novo Pérez, 2009). Generalmente, en una relación de violencia, la primera en producirse es la violencia psicológica. Las conductas de violencia psicológica forjan paulatinamente una relación afectiva cada vez más desigual y abusiva que la mujer va tolerando sin identificar el maltrato que se va instaurando. Su autonomía disminuye progresivamente, mientras la violencia aumenta en frecuencia e intensidad (De La Cruz Muñoz Iribarren, 2021), llegando en ocasiones a la violencia física y sexual, pudiendo incluso terminar en homicidio. Este proceso es conocido como “Pirámide de la violencia” o “Iceberg de la violencia” (Figura 1) (Fernández Alonso et al., 2017).

**Figura 1**

*Pirámide de la violencia*



Nota. Tomado de (Fernández Alonso et al., 2017)

La Organización Mundial de la Salud: OMS (2021a, 2021b) declara que la violencia contra la mujer supone un grave problema de salud pública, además de ser una violación de los derechos humanos de las mujeres. En este sentido, las estimaciones realizadas basadas en datos recogidos entre los años 2000 y 2018 reflejan que, en el grupo de mujeres con edad comprendida entre los 15 y los 49 años a nivel mundial, aproximadamente 1 de cada 3 ha sufrido violencia física y/o sexual en algún momento de su vida, identificándose la mayoría de las veces a la pareja como agresor.

Los datos relativos a España para el 2022 reflejan resultados similares (Ministerio de Igualdad & Eurostat, 2024). Del total de mujeres residentes en España con edad entre los 16 y los 74 años y que han tenido pareja alguna vez en su vida, el 28,7% han sido víctimas alguna vez en su vida de algún tipo de violencia de pareja, siendo el agresor un hombre en el 98% de los casos. Desglosando este porcentaje, el 6,7% ha sufrido violencia sexual, el 12,7% violencia física (incluyendo amenazas) y el 27,8% violencia psicológica. Además, el 11,2% de ellas ha sido víctima por última vez en los últimos 5 años y el 4,4% en los últimos 12 meses. La prevalencia de todos estos tipos de violencia es más alta en el grupo de edad comprendido entre los 18 y los 29 años, tendiendo a disminuir con la edad. Sin embargo, esto podría deberse a que la percepción de la violencia en la pareja es baja en edades más avanzadas para la mayoría de tipologías de violencia (especialmente las más sutiles o invisibles, como el control o el desprecio) y moderada para las más visibles o explícitas, como las amenazas o la presión sexual (Figura 1) (Delgado Álvarez & Gutiérrez García, 2013). Además, en el año 2022, fueron asesinadas 3 de cada 5 mujeres por violencia contra la mujer ejercida por parte de la pareja o expareja, siendo un total de 49 víctimas mortales durante este año y 1.182 en el periodo comprendido entre 2003 y 2022 (Ministerio de Igualdad, 2024).

Diversas investigaciones demuestran que la violencia sufrida por parte de la pareja tiene múltiples consecuencias. Deteriora la salud física, psicológica, sexual, reproductiva y social de las víctimas, a veces de modo irreparable, empobreciendo sus vidas. Las consecuencias dependen del tipo de maltrato sufrido, gravedad, intensidad, frecuencia, edad a la que ocurre y duración (Tourné García et al., 2024). Aunque múltiples estudios señalan que afecta en todas las esferas de la vida de la víctima, el objeto de estudio del presente trabajo es la sintomatología psicológica y afectiva. Respecto a esta, haber sufrido violencia de pareja se asocia con síntomas de estrés, llegando en algunos casos a diagnosticarse un trastorno por estrés traumático (TEPT), diversos trastornos de ansiedad, sintomatología depresiva, tendencias suicidas, trastornos de la

conducta alimentaria, baja autoestima y sentimientos de culpa, entre otras repercusiones (Amor et al., 2006; Campbell, 2002; Dillon et al., 2013; García-Moreno & Stöckl, 2009).

Diferenciando entre los tipos de violencia, se encuentra que sus consecuencias pueden variar ligeramente. La violencia psicológica es suficiente en sí misma para predecir secuelas psicológicas (Basile et al., 2004; Pico-Alfonso et al., 2006; Ratner, 1993; Sackett & Saunders, 1999; Street & Arias, 2001), estando asociada con mayor frecuencia a trastornos mentales comunes como la ansiedad y la depresión incluso cuando ocurre en ausencia de violencia física o sexual (Mendonça & Salvador de Ludermir, 2017). Por otro lado, aproximadamente el 78% de las víctimas de violencia física (incluyendo amenazas) y/o sexual en la pareja han sufrido consecuencias psicológicas debidas a dicha violencia (Ministerio de Igualdad & Eutostat, 2024). La violencia física puede contribuir de manera independiente a padecer depresión (Sackett & Saunders, 1999), mientras que las mujeres que han sufrido ambas tienen más intentos autolíticos (Wingood et al., 2000) y cuentan con más síntomas o diagnóstico de TEPT (Bennice et al., 2003). Campbell (2002) concluye que todos los tipos de violencia conllevan en las víctimas un efecto acumulativo, por lo que aquellas mujeres que sufren varios tipos de violencia tienen más consecuencias sobre su salud respecto a las que solo experimenten un tipo. La violencia física, sexual, psicológica y el acoso o “stalking” se relacionan de forma independiente con la sintomatología post traumática, de forma que sufrir alguna de estas violencias hace más probable que la víctima presente esta sintomatología (Basile et al., 2004; Pico-Alfonso et al., 2006). Además, sufrir más de un tipo de violencia al mismo tiempo hace que sean aún más prevalentes los síntomas compatibles con diagnóstico TEPT (Basile et al., 2004). Asimismo, la duración y la intensidad de la violencia correlacionan positivamente con la gravedad de la sintomatología de TEPT. Por otro lado, algunos autores señalan que una exposición a la violencia tanto física como psicológica provoca daños en la autoestima (Lin-Roark et al., 2015; Tariq, 2013), aunque este resultado es controvertido, ya que en otros estudios no se ha

encontrado una relación significativa entre la violencia física y la autoestima (Shen & Kusunoki, 2019).

La literatura científica previa muestra que la violencia de pareja y sus consecuencias se manifiestan de forma desigual entre distintos colectivos de mujeres debido a distintos factores. Estos pueden estar relacionados con características individuales de la propia mujer, características de la relación (contexto en el que se produce la violencia) o características pertenecientes al ámbito social y comunitario, entre otras (García-Moreno & Stöckl, 2009). Estos factores pueden cumplir simultáneamente dos papeles: por un lado, aumentar o disminuir el riesgo de sufrir violencia (factores de riesgo y protección) y, por otro, modular el impacto de sufrirla (factores moduladores), es decir, aumentan o disminuyen la magnitud de las consecuencias de sufrir dicha violencia.

En el nivel social y comunitario, se presenta como factor de riesgo la falta de empoderamiento de la mujer, asociado con el nivel educativo y el desarrollo económico de un país (Puente Martínez et al., 2016). Así, el acceso de la mujer a la educación y el empleo reduce el riesgo de sufrir violencia (Villarreal, 2007) y brinda mayor posibilidad de cesarla (Kaya & Cook, 2010).

En lo relativo a la relación, tener hijos es un factor de riesgo para sufrir violencia (Puente Martínez et al., 2016), coincidiendo con los resultados obtenidos por Regueira-Diéguez et al. (2015), en los cuales las mujeres con hijos entraban con mayor frecuencia en la categoría de víctimas de maltrato. Además, en el estudio realizado por Vives-Cases et al. (2009) se descubre que el número de hijos también tiene influencia, reportándose más casos de violencia entre mujeres con tres o más menores a cargo. Por otro lado, aunque García Navarro et al. (2020) no tuvieron en cuenta los niveles de cronicidad de la situación de violencia, hipotetizan que se relaciona con la ansiedad, intuyendo así una relación entre el tiempo transcurrido dentro de la relación violenta y las consecuencias a nivel psicológico. Márquez y Mora (2022) confirman esta hipótesis, poniendo de manifiesto que la duración de la relación aparece como factor de riesgo

significativo para todos los tipos de violencia, incrementándose a partir del año para el maltrato psicológico, a partir de los 6 años para el físico y a partir de los 10 años para el sexual. En esta misma línea, Golding (1999) recoge en su metaanálisis que la duración y la intensidad de la violencia se relacionan positivamente con la gravedad de los síntomas depresivos y de TEPT. Este fenómeno se denomina dosis respuesta y consiste en que, a mayor duración e intensidad de la violencia (dosis), los síntomas depresivos y de TEPT serán más graves (respuesta), pudiendo aparecer en mayor número o con mayor intensidad y/o duración. Además, se observa una remisión de los síntomas depresivos al cese de la relación violenta, esperando menor sintomatología en mujeres que ya la abandonaron.

A nivel de factores individuales, Mathias et al. (2013) encontraron que las mujeres con un nivel de escolarización inferior fueron más propensas a sufrir violencia psicológica, física y sexual. Según Márquez y Mora (2022), contar con educación secundaria protege de la violencia física, mientras que los estudios superiores son un factor protector ante la violencia física, psicológica y sexual. Además, los tres tipos de violencia fueron reportados con mayor frecuencia por mujeres con un nivel socioeconómico bajo. El metaanálisis de Stith et al. (2004) identifica tres factores de riesgo individuales: tener una edad menor (inferior a 34 años), bajos ingresos y encontrarse en situación de desempleo. Los datos recogidos en España entre el 2005 y el 2012 coinciden con esta afirmación, ya que la mayoría de víctimas de violencia de pareja fueron mujeres jóvenes, desempleadas y con bajos recursos económicos (Regueira-Diéguez et al., 2015). Además, en los años 2006/2007, se encontró que la prevalencia de violencia de pareja era casi el doble en mujeres migrantes en comparación con las mujeres españolas, con una cifra de 27,9% frente a un 14,3% (Vives-Cases et al., 2009). Por tanto, la migración es otro factor de riesgo añadido, especialmente relevante en relación a sufrir violencia psicológica (Sanz-Barbero et al., 2018). En el marco europeo, se reconocen como factores de riesgo para la violencia física y sexual la percepción de dificultad para llegar a fin de mes, tener hijos y tener entre 18 y 24 años (Sanz-Barbero et al., 2018). Márquez y Mora (2022) reflejan que el estado civil también se

asocia de forma significativa con la probabilidad de sufrir violencia, siendo las mujeres separadas, divorciadas y viudas las que presentan un riesgo mayor de haber sufrido violencia a lo largo de su vida. En cambio, las mujeres casadas presentaron un mayor riesgo de sufrir violencia en los últimos 12 meses.

Por otro lado, como factor protector individual, el apoyo social ha sido ampliamente estudiado en relación con la violencia de pareja. El 75.9% de las víctimas habla con alguien de la violencia sufrida (policía, persona cercana, servicios sanitarios o sociales y servicios de apoyo a víctimas), siendo la forma más frecuente el contacto con una persona cercana (Ministerio de Igualdad & Eurostat, 2024). Izquierdo Mora (2010) encontró que las mujeres que refirieron tener apoyo social, tenían un 89% menos de probabilidad de sufrir violencia de pareja que aquellas que no contaban con él. En el estudio realizado por Matud Aznar et al. (2003), el apoyo social correlacionó negativamente con dificultades en el desempeño de actividades cotidianas y sensación de ineficacia en el ámbito social y positivamente con autoestima. Dentro de este mismo estudio, en el grupo de mujeres que ya no convivía con el agresor, el apoyo social percibido correlacionó negativamente con sintomatología depresiva, somática y de ansiedad e insomnio. Por otro lado, el tiempo transcurrido desde la separación del agresor incide en el apoyo social percibido. Esto se puede explicar por el hecho de que, a medida que las mujeres toman distancia de la relación violenta, aumenta su conciencia de la disponibilidad de apoyos (Buesa & Calvete, 2013).

El apoyo social tiene efectos directos en el bienestar, a la vez que es un modulador que protege de las consecuencias de la violencia de pareja. Beeble et al. (2009) encontraron que las mujeres con mayor apoyo social reportaron una mayor línea base de calidad de vida y menos síntomas de depresión. Asimismo, ante la presencia de abuso psicológico, las mujeres con mayor apoyo social tenían una mejor calidad de vida que aquellas con menor apoyo. En esta misma dirección, Mburia-Mwalili et al. (2010) encontraron que las mujeres víctimas de violencia de pareja con bajo apoyo social tenían entre 3 y 5 veces más probabilidades de manifestar síntomas

de depresión que aquellas con apoyo social alto. Más concretamente, de todos los diferentes tipos de apoyo social incluidos en el estudio de Buesa y Calvete (2013), únicamente el apoyo social por parte de una persona significativa parece tener un impacto relevante en los síntomas depresivos y de TEPT.

### **Objetivos e hipótesis**

El objetivo general del presente trabajo es analizar el impacto de distintos tipos de violencia (física, psicológica, sexual y comportamientos de control) sobre distintos síntomas psicológicos y afectivos (problemas de autoestima y síntomas de depresión, ansiedad y estrés).

De manera más específica, se plantean los siguientes objetivos:

- Establecer qué perfil sociodemográfico (edad, nivel educativo, ingresos económicos, estado civil, número de hijos y migración) se asocia a sufrir con más frecuencia violencia en las relaciones de pareja.
- Analizar la relación de cada tipo de violencia con la sintomatología depresiva y ansiosa, el estrés y la autoestima.
- Investigar el papel moderador de la edad y el nivel socioeconómico entre los tipos de violencia y los síntomas asociados a la presencia de violencia.
- Explorar las características de la relación (presencia de violencia, duración de la relación, si es una relación actual o pasada, edad de la participante en el momento de la relación) y su papel en la intensidad de los síntomas de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima.
- Evaluar si el apoyo social percibido (en sus diferentes dimensiones: familia, amigos y personas significativas) modera el impacto psicológico de cada tipo de violencia.

Por tanto, de acuerdo con los planteamientos teóricos expuestos, las hipótesis en relación con los anteriores objetivos son:

1. Las mujeres más jóvenes, con educación inferior, menores ingresos económicos, migrantes y con hijos serán las que presenten más tipos de violencia y con mayor frecuencia.
2. La presencia de violencia durante la relación se asociará con peor autoestima y mayor sintomatología de depresión, ansiedad y estrés. Concretamente, la presencia de violencia psicológica se asociará con mayor ansiedad, depresión y menor autoestima. La violencia física se asociará con mayor depresión, estrés y menor autoestima. La violencia sexual y los comportamientos de control se asociarán con mayor estrés.
3. Un nivel socioeconómico alto mitigará el efecto de la violencia, de forma que la sintomatología ansiosa, depresiva, de estrés y baja autoestima, será inferior en un nivel socioeconómico alto. Asimismo, una mayor edad también influirá en que la sintomatología sea menor.
4. Las mujeres que pasen más tiempo en una relación con presencia de conductas violentas, presentarán menor autoestima y mayor sintomatología de depresión, ansiedad y estrés.
5. En el caso de las mujeres que han sufrido violencia, la edad a la que sufrieron la violencia actuará como un factor moderador de forma que, cuanto más jóvenes fueran en el momento de experimentar violencia, más intensos serán los síntomas ansiosos, depresivos y el estrés, así como más baja la autoestima.
6. En presencia de violencia, que la relación no sea actual se asociará con menor grado de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés, así como mayor autoestima.
7. El apoyo social percibido moderará la relación entre la violencia de pareja y la sintomatología psicológica y afectiva en mujeres adultas de manera que, a

mayores niveles de apoyo social, el impacto negativo de la violencia sobre la sintomatología será menor.

### **Método**

Para la realización del estudio, se optó por una metodología cuantitativa con diseño ex post facto retrospectivo transversal.

### **Participantes**

Los criterios de inclusión para la elección de la muestra fueron: ser una mujer mayor de edad, residir en España, mantener o haber mantenido una relación de carácter sentimental con un hombre y firmar el consentimiento informado. Con todo esto, la investigación ha contado con una muestra total de 260 mujeres, con edades comprendidas entre los 18 y los 65 años (*Mdn* = 28, *RIC* = 26). Su nivel socioeconómico era bajo en 119 casos (por debajo de 1000€), medio en 96 casos (entre 1000€ y 2000€) y alto en 45 (por encima de los 2000€).

### **Instrumentos**

Para medir las variables de interés, se utilizó un formulario (Anexo 1) realizado a través de la plataforma SurveyHero que incluyó los instrumentos citados a continuación.

Primero, se realizaron preguntas ad hoc sobre edad, género, orientación sexual, residencia en España, nacionalidad, nivel educativo, situación laboral, ingresos económicos y número de hijos (en caso de tenerlos).

En segundo lugar, se midió el estado psicológico y afectivo de cada participante en el momento de contestar el formulario. Se hizo uso de la versión abreviada de escala Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21) (Lovibond et al., 1995), consistente de tres subescalas: ansiedad, depresión y estrés. Esta escala cuenta con el malestar psicológico como factor común, pero cada subescala pretende medir síntomas específicos. Los componentes específicos de la ansiedad son el miedo, el pánico, la taquicardia, los temblores y la boca seca mientras que para la depresión es el bajo afecto positivo, entendido como tristeza, falta de entusiasmo, pérdida de sentido e

iniciativa. Por último, el estrés hace referencia al afecto negativo, definido como dificultad para relajarse, tensión, agitación e irritabilidad (Gurrola Peña et al., 2006). El test cuenta con 21 ítems que evalúan las subescalas mencionadas anteriormente durante los últimos 7 días mediante una escala tipo Likert del 0 al 3 (nada aplicable a mí, aplicable a mí en algún grado o una pequeña parte del tiempo, aplicable a mí en un grado considerable o una buena parte del tiempo y muy aplicable a mí o aplicable la mayor parte del tiempo) y categorizando los síntomas como normales, leves, moderados, severos o extremadamente severos. La escala ha sido validada para población adulta general en Reino Unido (Henry & Crawford, 2005) y para población universitaria en España (Fonseca-Pedrero et al., 2010). En el primer caso, la fiabilidad se estimó utilizando alfa de Cronbach, obteniendo los siguientes resultados con un 95% de confianza:  $\alpha = .88$  [.87, .89] para la escala de depresión, .82 [.80, .83] para la escala de ansiedad, .90 [.89, .91] para la escala de estrés y .93 [.93, .94] para la totalidad del test. Fonseca-Pedrero et al. (2010) encontraron que los niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach) para las subescalas de la DASS-21 oscilaron entre .73 y .81, mientras que la fiabilidad total fue de .90. En la muestra del presente estudio, la fiabilidad medida mediante alfa de Cronbach fue de .88 para la depresión, .82 para la ansiedad, .84 para el estrés y .93 para la totalidad del test.

El otro instrumento utilizado en relación al estado psicológico fue la Escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) (Rosenberg, 1965), validada en población general y clínica en Buenos Aires con una consistencia interna adecuada ( $\alpha = .70$  y  $.78$ ) (Góngora & Casullo, 2009) y en población clínica española ( $\alpha = 0.87$ ) (Morejón et al., 2004). La escala cuenta con 10 ítems con 4 opciones de respuesta tipo Likert (muy de acuerdo, de acuerdo, en desacuerdo y muy en desacuerdo). Puntuaciones menores de 25 reflejan baja autoestima, de 26 a 29 puntos autoestima media y de 30 a 40 puntos autoestima elevada, aunque en este estudio se utilizó la puntuación total como variable continua para medir la autoestima. En la muestra de estudio, la fiabilidad fue de .89.

En tercer lugar, se utilizó el Instrumento de Violencia Contra las Mujeres (VAW) de la OMS, cuya versión original no se encuentra disponible actualmente. Se usó la adaptación y validación española de Badenes-Sastre et al. (2023), que cuenta con un índice de fiabilidad alfa de Cronbach igual a .95 ( $\alpha = .95$  [.94, .96];  $p = .96$ ). El cuestionario consta de 25 preguntas con opciones de respuesta tipo Likert del 1 al 4 (nunca, una vez, pocas veces, muchas veces) para cuantificar la violencia sufrida a lo largo de la vida por parte de la pareja. Por otro lado, se dan dos opciones de respuesta (sí/no) para recoger la presencia de violencia en los últimos 12 meses. El cuestionario realiza preguntas sobre violencia divididas en cuatro tipos o subescalas: física (9 ítems), psicológica (7 ítems), sexual (3 ítems) y conductas de control (6 ítems). Las variables de violencia se recategorizaron en “Sí” o “No”, siendo “No” las mujeres que reportaron no haber sufrido ese tipo de violencia a lo largo de su ciclo vital en sus relaciones. El alfa de Cronbach para la violencia sexual es de .86, para la violencia psicológica .91 y .92 tanto para violencia física como para los comportamientos de control. En la muestra de investigación, se encontró una consistencia interna (alfa de Cronbach) de .91 para la violencia psicológica y física, .84 para la sexual y .90 para los comportamientos de control.

Tras la presentación de la escala VAW, se realizaron preguntas ad hoc sobre la duración de la relación en la que se han basado para contestar, si es actual o pasada, tiempo transcurrido desde que finalizó y con qué edad vivió la participante dicha relación.

Por último, se presentó la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP) (Zimet et al., 1988). Está compuesta por 12 ítems que miden el apoyo social recibido por parte de la familia, de los amigos, de una persona relevante y el total. Se utilizó la adaptación y validación española con seis opciones de respuesta en vez de siete, para reducir la tendencia de respuesta hacia la neutralidad (Landeta & Calvete, 2002). Dichas opciones son: totalmente en desacuerdo, bastante en desacuerdo, algo en desacuerdo, algo de acuerdo, bastante de acuerdo y totalmente de acuerdo. Los coeficientes alfa de Cronbach son de .89 para la subescala familia,

.92 para amigos, .89 para las personas relevantes y .89 para la totalidad del test. En la muestra de estudio, la fiabilidad fue de .94 (familia), .96 (amigos), .87 (personas relevantes) y .95 (total).

### **Procedimiento**

Los datos fueron recogidos mediante la difusión del formulario por diversas redes sociales (Instagram, Twitter, WhatsApp, Facebook, Nextdoor), haciendo uso de muestreo de bola de nieve. Además, se procedió al envío del formulario a distintas asociaciones enfocadas en la intervención con víctimas de violencia de género, previo acuerdo con dichas entidades, para su distribución entre las usuarias que quisieran ser partícipes. Con el fin de facilitar la difusión a dichos organismos, se realizó un póster a través de la plataforma Canva, incluyendo el código QR al cuestionario (Anexo 2).

El formulario fue configurado para asegurar el anonimato de las participantes, por lo que no se recogió ni dirección de email, dirección IP, parámetros relativos al link, meta data ni ninguna otra información que pudiese permitir que sean identificadas. Los datos fueron volcados directamente desde la plataforma en un Excel.

### **Análisis estadísticos**

Los análisis estadísticos se realizaron mediante Jamovi (The Jamovi Project, 2024), añadiendo el módulo “Rj” (Jonathan Love & Maurizio Agosti) y el módulo “moretests” (Jonathan Love & Víctor Moreno), que permiten el uso de código R y proveen de información adicional al comprobar los supuestos de las pruebas estadísticas, respectivamente. Previo a la realización de cada análisis, se comprobaron los supuestos de las pruebas. En la mayoría de los casos, las pruebas de normalidad no permitieron asumir distribuciones normales, por lo que se realizaron pruebas no paramétricas y se utilizó la mediana (*Mdn*) como medida de tendencia central y el rango intercuartil (*RIC*) como medida de dispersión.

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos para determinar el perfil sociodemográfico de la muestra y las características de las relaciones sentimentales que han

mantenido. En el caso de las variables nominales y ordinales, se solicitaron las frecuencias y porcentajes. Para las variables continuas, se reportó la mediana y el rango intercuartil.

En segundo lugar, con el objetivo de definir un perfil de vulnerabilidad para sufrir violencia, se relacionaron las características sociodemográficas con los cuatro tipos de violencia, utilizando para las variables sociodemográficas categóricas la prueba chi-cuadrado y reportando el tamaño del efecto mediante la V de Cramer. Para las variables continuas se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, reportando el tamaño del efecto mediante la correlación biserial de rangos. Los tamaños del efecto fueron interpretados según Domínguez-Lara (2018).

En tercer lugar, se analizó el impacto de los tipos de violencia sufridos y los síntomas psicológicos y afectivos, utilizando para ello la t de Student para muestras independientes, reemplazándola por la U de Mann-Whitney en los casos que no se pudo asumir normalidad.

Por último, a través de R (R Core Team & R Foundation for Statistical Computing, 2025) se centraron en la media las variables dependientes continuas y se realizaron cuatro regresiones LASSO (*Least Absolute Shrinkage and Selection Operator*) con la depresión, ansiedad, estrés y autoestima como variables dependientes y los tipos de violencia como independientes. Se añadieron como variables moderadoras el nivel socioeconómico, la edad de la participante, la edad a la que se vivió la relación, la duración de esta, si es actual o pasada, si la violencia es reciente o no (últimos 12 meses) y el apoyo social percibido por parte de amigos, familia y una persona relevante. La combinación de todas estas variables con las hipótesis de moderación planteadas llevó a considerar un modelo de regresión con 49 términos (13 efectos principales y 36 interacciones). Se consideró que un modelo de regresión lineal tradicional resultaba limitado para manejar esta complejidad, por lo que se optó por una regresión lineal penalizada mediante el método LASSO (Anexo 3). Además, se decidió seleccionar el parámetro de penalización ( $\lambda$ ) mediante el método  $\lambda_{1SE}$  en lugar de  $\lambda_{min}$ , ya que permite obtener un modelo más simple y robusto, con menor riesgo de sobreajuste, manteniendo una precisión predictiva similar (McNeish, 2015). Por último, se observó cierta inestabilidad de los resultados en cuanto a las

variables seleccionadas por el método LASSO. Para asegurar que se seleccionaban las variables más relevantes, fueron realizadas 100 réplicas del ajuste y se escogieron aquellas variables que fueron seleccionadas al menos en el 50% de las réplicas. Este enfoque permitió conservar únicamente aquellos predictores más relevantes para explicar o predecir los síntomas de ansiedad, depresión, estrés y baja autoestima.

Lo anterior permitió ajustar las regresiones lineales finales en Jamovi, facilitando la comprensión e interpretación de los resultados. Para dichas regresiones, se comprobaron los supuestos de linealidad, normalidad (Kolmogórov-Smirnov), homocedasticidad (Breusch-Pagan), independencia de los errores (Durbin-Watson) y colinealidad. Se consideraron significativos los resultados con valores de  $p$  inferiores a .05 y una baja colinealidad para valores  $VIF < 10$  y tolerancia  $> .10$  (Pardo Merino & San Martín Castellanos, 2011).

## **Resultados**

### **Estadísticos descriptivos**

La muestra constó de 260 mujeres con una media de edad de 35.5 años ( $DT = 14.4$ ), mientras que la mediana fue de 28 años ( $RIC = 26$ ). De las 260 mujeres, 210 (80.8%) fueron heterosexuales y 50 (19.2%) bisexuales. El 91% ( $n = 238$ ) de las respuestas fueron procedentes de mujeres españolas y el 9% restante de mujeres extranjeras ( $n = 22$ ), proviniendo de Latinoamérica en el 50% de los casos. En cuanto a educación, 150 (57.7%) contaban con estudios universitarios y 110 (42.3%) tenían un nivel inferior, mientras que la situación socioeconómica se dividió entre 119 (45.8%) mujeres con bajo nivel (por debajo de 1000€), 96 (36.9%) con nivel medio (entre 1000€ y 2000€) y una minoría ( $n = 45$ , 17.3%) con nivel alto (por encima de los 2000€). Estos datos pueden entenderse mejor conociendo que el 156 (60%) tenían un trabajo remunerado (por cuenta propia o ajena), 59 (22.7%) eran estudiantes, 18 (6.9%) se encontraban desempleadas, 11 (4.2%) estaban jubiladas o percibiendo pensión, 10 (3.8%) se encontraban en otra situación (por ejemplo, incapacidad) y seis (2.3%) se dedicaban al

trabajo doméstico no remunerado. En el estado civil, la mayoría reportaron estar solteras ( $n = 150$ , 57.7%), mientras que 60 (23.1%) estaban casadas, 28 (10.8%) con pareja de hecho, 12 (4.6%) divorciadas, siete (2.7%) separadas y tres (1.1%) viudas. Una gran parte de ellas no tenía hijos ( $n = 176$ , 67.7%), mientras que el 32.3% restante eran madres ( $n = 84$ ). Dentro del grupo de madres, 32 (38.1%) tenían un hijo, 40 (47.6%) tenían dos, 11 (13.1%) tenían tres y una (1.2%) tenía cuatro.

Referente a las características de la relación sentimental, la mediana de edad a la que se vivió fue de 23 años ( $RIC = 15$ ). Para contestar al formulario, 137 (52.7%) mujeres se basaron en una relación actual, mientras que 123 (47.3%) refirieron una relación pasada. De estas últimas, 24 (19.5%) vivieron la ruptura hacía menos de un año, 50 (40.7%) entre 1 y 5 años y 49 (39.8%) hacía más de 5 años. La duración de las relaciones fue inferior a 2 años en el 36.2% de los casos ( $n = 94$ ) y superior en el 63.8% ( $n = 166$ ).

Los estadísticos descriptivos de la sintomatología y el apoyo social se encuentran en la Tabla 1. Las violencias más prevalentes fueron la psicológica ( $n = 171$ , 65.8%) y el control ( $n = 161$ , 61.9%), seguida de la violencia física ( $n = 80$ , 30.8%) y sexual ( $n = 78$ , 30%). Asimismo, respecto a la cercanía temporal entre la violencia y el momento de completar el formulario, 72 (27.7%) mujeres reportaron haber sufrido violencia psicológica en los últimos 12 meses, 16 (6.2%) sufrieron violencia física, 18 (6.9%) violencia sexual y 70 (26.9%) sufrieron comportamientos de control. Con referencia a la sintomatología psicológica y afectiva, la muestra reportó mayores niveles de estrés, aunque seguido muy de cerca de la depresión y la ansiedad. Respecto a la autoestima, el 50% ( $n = 130$ ) de las mujeres se encontraba a 9 puntos o menos de la puntuación máxima, indicando alta autoestima. Por último, respecto al apoyo social percibido, se reportaron en general niveles altos tanto por parte de amigos como de una persona significativa.

Con respecto a las variables descritas, no pudo asumirse una distribución normal en ningún caso (Anexo 4).

**Tabla 1***Estadísticos descriptivos de la sintomatología y el apoyo social*

	<i>Mdn (RIC)</i>	Mínimo	Máximo
<b>Ansiedad</b>	4 (1-7)	0	18
<b>Depresión</b>	5 (2-9)	0	21
<b>Estrés</b>	8 (5-11)	0	21
<b>Autoestima</b>	31 (26-36)	11	40
<b>Apoyo total</b>	63 (52.75-70)	12	72
<b>Apoyo amigos</b>	22 (18-24)	4	24
<b>Apoyo familia</b>	20 (14-23)	4	24
<b>Apoyo persona significativa</b>	23 (19-24)	4	24

**Perfil sociodemográfico y vulnerabilidad a la violencia de pareja**

A continuación, se analizó el papel de las variables sociodemográficas para conocer cuáles se asociaron a sufrir violencia con mayor frecuencia, de acuerdo con el primer objetivo considerado en este estudio.

Respecto a la edad, no se halló evidencia de relación con la violencia psicológica ( $U = 7087, p = .36$ ), la violencia física ( $U = 6900, p = .59$ ) o el control ( $U = 7897, p = .90$ ), pero sí con la violencia sexual ( $U = 5784, p = .02$ ), siendo mayor la edad en aquellas que no habían sufrido violencia sexual ( $Mdn = 30.5, RIC = 26$ ), que en aquellas que sí ( $Mdn = 25, RIC = 19$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $r_s = -.19$ ).

Por otro lado, no se encontró relación entre el nivel educativo y la violencia física ( $\chi^2(1) = 2.8, p = .09$ ), sexual ( $\chi^2(1) = 0.3, p = .58$ ) ni de control ( $\chi^2(1) = 3.17, p = .08$ ), pero sí se halló con la violencia psicológica ( $\chi^2(1) = 4.10, p = .04, V = .13$ ), de forma que aquellas sin estudios universitarios la sufrieron con mayor frecuencia.

Los ingresos fueron independientes de la violencia psicológica ( $\chi^2(2) = 2.72, p = .26$ ), física ( $\chi^2(2) = 2.13, p = .34$ ), sexual ( $\chi^2(2) = 2.59, p = .27$ ) y el control ( $\chi^2(2) = 0.88, p = .67$ ). Lo mismo ocurrió con la migración, ya que no hubo evidencia de relación con la violencia psicológica ( $\chi^2(1) = 0.52, p = .47$ ), física ( $\chi^2(1) = 0.01, p = .91$ ), sexual ( $\chi^2(1) = 3.06, p = .08$ ) ni el control ( $\chi^2(1) = 2.40, p = .12$ ).

Por último, no se halló asociación entre ser madre y la violencia psicológica ( $\chi^2(1) = 0.12$ ,  $p = .73$ ), física ( $\chi^2(1) = 3.13$ ,  $p = .07$ ), sexual ( $\chi^2(1) = 0.86$ ,  $p = .35$ ) o el control ( $\chi^2(1) = 0.29$ ,  $p = .06$ ). Considerando únicamente a aquellas participantes que eran madres, tampoco se encontró relación entre el número de hijos y la violencia psicológica ( $\chi^2(4) = 1.19$ ,  $p = .88$ ), física ( $\chi^2(4) = 0.692$ ,  $p = .14$ ), sexual ( $\chi^2(4) = 2.04$ ,  $p = .73$ ) o el control ( $\chi^2(4) = 2.96$ ,  $p = .56$ ).

### **Diferencias en la sintomatología según la presencia o ausencia de violencia en la pareja**

Para el segundo objetivo, se planearon pruebas t para muestras independientes para poner a prueba la diferencia de medias en la ansiedad, depresión, estrés y autoestima entre aquellas mujeres que habían sufrido violencia y aquellas que no. Previamente a la realización de las pruebas, se comprobaron los supuestos de normalidad y homocedasticidad. Se utilizó la prueba U de Mann-Whitney, junto con la mediana y el rango intercuartílico (RIC), para las subescalas de ansiedad y depresión. Para las variables de estrés y autoestima, se empleó la prueba t de Student, así como la media y la desviación típica.

En el caso de la violencia psicológica, se hallaron diferencias en todas las subescalas (Tabla 2). En concreto, las mujeres que habían experimentado violencia psicológica en algún momento de su vida tuvieron puntuaciones más bajas en autoestima y más altas en ansiedad, depresión y estrés, encontrándose un tamaño del efecto grande para este último ( $d = -.82$ ).

**Tabla 2**

#### *Violencia psicológica y sintomatología asociada la misma*

	<b>Violencia</b>	<b>No violencia</b>	<b>Estadístico</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>TE</b>
<b>Ansiedad</b>	<i>Mdn (RIC) = 5 (6)</i>	<i>Mdn (RIC) = 2 (4)</i>	<i>U = 5125</i>		<i>&lt;.001</i>	<i>rs = .326</i>
<b>Depresión</b>	<i>Mdn (RIC) = 6 (7)</i>	<i>Mdn (RIC) = 3 (5)</i>	<i>U = 4812</i>		<i>&lt;.001</i>	<i>rs = .368</i>
<b>Estrés</b>	<i>M (DT) = 9.49 (4.4)</i>	<i>M (DT) = 6.06 (3.73)</i>	<i>t = -6.27</i>	258	<i>&lt;.001</i>	<i>d = -.820</i>
<b>Autoestima</b>	<i>M (DT) = 29.47 (6.05)</i>	<i>M (DT) = 31.98 (5.79)</i>	<i>t = 3.21</i>	258	<i>.001</i>	<i>d = .420</i>

*Nota.* gl = grados de libertad; TE = tamaño del efecto;  $r_s$  = correlación biserial de rangos;  $d$  = índice  $d$  de Cohen

De forma similar, para la violencia física también se hallaron diferencias entre todos los síntomas y en la misma dirección que en el caso de la violencia psicológica (Tabla 3).

**Tabla 3***Violencia física y sintomatología asociada a la misma*

	<b>Violencia</b>	<b>No violencia</b>	<b>Estadístico</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>TE</b>
<b>Ansiedad</b>	<i>Mdn (RIC) = 5 (5)</i>	<i>Mdn (RIC) = 4 (6)</i>	<i>U = 5144</i>		<i>&lt;.001</i>	<i>rs = .286</i>
<b>Depresión</b>	<i>Mdn (RIC) = 8 (7.25)</i>	<i>Mdn (RIC) = 4 (7)</i>	<i>U = 4641</i>		<i>&lt;.001</i>	<i>rs = .355</i>
<b>Estrés</b>	<i>M (DT) = 10.15 (4.87)</i>	<i>M (DT) = 7.49 (4.05)</i>	<i>t = -4.57</i>	<i>258</i>	<i>&lt;.001</i>	<i>d = -.615</i>
<b>Autoestima</b>	<i>M (DT) = 28.24 (6.55)</i>	<i>M (DT) = 31.26 (5.62)</i>	<i>t = 3.80</i>	<i>258</i>	<i>&lt;.001</i>	<i>d = .511</i>

*Nota.* *gl* = grados de libertad; *TE* = tamaño del efecto; *rs* = correlación biserial de rangos; *d* = índice *d* de Cohen

Respecto a la violencia sexual, se encontraron diferencias en todas las subescalas de sintomatología, también presentando más síntomas ansiosos, depresivos y estrés, y menor autoestima, aquellas que habían sufrido violencia sexual en comparación con las que no (Tabla 4).

**Tabla 4***Violencia sexual y sintomatología asociada a la misma*

	<b>Violencia</b>	<b>No violencia</b>	<b>Estadístico</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>TE</b>
<b>Ansiedad</b>	<i>Mdn (RIC) = 6 (5.75)</i>	<i>Mdn (RIC) = 3.50 (5)</i>	<i>U = 4465</i>		<i>&lt;.001</i>	<i>rs = .371</i>
<b>Depresión</b>	<i>Mdn (RIC) = 8.50 (7)</i>	<i>Mdn (RIC) = 4 (6)</i>	<i>U = 3897</i>		<i>&lt;.001</i>	<i>rs = .451</i>
<b>Estrés</b>	<i>M (DT) = 10.65 (4.68)</i>	<i>M (DT) = 7.31 (4.01)</i>	<i>t = -5.86</i>	<i>258</i>	<i>&lt;.001</i>	<i>d = -.793</i>
<b>Autoestima</b>	<i>M (DT) = 27.67 (6.42)</i>	<i>M (DT) = 31.47 (5.55)</i>	<i>t = 4.83</i>	<i>258</i>	<i>&lt;.001</i>	<i>d = .653</i>

*Nota.* *gl* = grados de libertad; *TE* = tamaño del efecto; *rs* = correlación biserial de rangos; *d* = índice *d* de Cohen

Por último, en el caso del control (Tabla 5), ocurrió lo mismo que con los otros tipo de violencia.

Se encontraron diferencias en todas las subescalas y en la misma dirección.

**Tabla 5***Control y sintomatología asociada al mismo*

	<b>Violencia</b>	<b>No violencia</b>	<b>Estadístico</b>	<b>gl</b>	<b>p</b>	<b>TE</b>
<b>Ansiedad</b>	<i>Mdn (RIC) = 5 (6)</i>	<i>Mdn (RIC) = 3 (5)</i>	<i>U = 5959</i>		<i>&lt;.001</i>	<i>rs = .252</i>
<b>Depresión</b>	<i>Mdn (RIC) = 6 (7)</i>	<i>Mdn (RIC) = 3 (5)</i>	<i>U = 5079</i>		<i>&lt;.001</i>	<i>rs = .363</i>
<b>Estrés</b>	<i>M (DT) = 9.29 (4.34)</i>	<i>M (DT) = 6.73 (4.28)</i>	<i>t = -4.64</i>	<i>258</i>	<i>&lt;.001</i>	<i>d = -.593</i>
<b>Autoestima</b>	<i>M (DT) = 29.54 (6.11)</i>	<i>M (DT) = 31.62 (5.81)</i>	<i>t = 2.71</i>	<i>258</i>	<i>.007</i>	<i>d = .346</i>

*Nota.* *gl* = grados de libertad; *TE* = tamaño del efecto; *rs* = correlación biserial de rangos; *d* = índice *d* de Cohen

## **Factores asociados al impacto psicológico y afectivo de la exposición a violencia de pareja**

Los objetivos comprendidos entre el tres y el cinco (ambos inclusive) fueron estudiados mediante regresiones lineales múltiples, utilizando cada uno de los síntomas psicológicos y afectivos como variable dependiente. Tal como se indicó en el apartado de método, primero se aplicaron regresiones LASSO para escoger las variables más relevantes para la explicación de cada variable dependiente, tras lo cual fueron introducidas en las regresiones lineales y se comprobaron los supuestos estadísticos de cada una.

Respecto a los supuestos de la regresión lineal, la distribución normal de los residuos no se cumplió para los dos primeros modelos ( $KS_{\text{ansiedad}} = 0.09, p = .03$ ;  $KS_{\text{depresión}} = 0.09, p = .03$ ) aunque sí lo hizo para los dos últimos ( $KS_{\text{estrés}} = .05, p = .45$ ;  $KS_{\text{autoestima}} = .05, p = .52$ ). A pesar de ello, las gráficas Q-Q de todos ellos mostraron desviaciones leves (Anexo 5). Se asumió el supuesto de homocedasticidad en todos los modelos ( $\chi^2(\text{gl})_{\text{ansiedad}} = 19.0, p = .08$ ;  $\chi^2(\text{gl})_{\text{depresión}} = 8.44, p = .21$ ;  $\chi^2(\text{gl})_{\text{estrés}} = 5.54, p = .06$ ;  $\chi^2(\text{gl})_{\text{autoestima}} = 16.8, p = .11$ ). Asimismo, los residuos fueron independientes ( $DW_{\text{ansiedad}} = 2.04, p = .79$ ;  $DW_{\text{depresión}} = 2.05, p = .73$ ;  $DW_{\text{estrés}} = 1.97, p = .86$ ;  $DW_{\text{autoestima}} = 2.12, p = .348$ ) y no se encontraron problemas de colinealidad.

En el caso de la ansiedad, el 21.1% de su variabilidad ( $R^2 = .25, R^2_a = .21$ ) fue explicada por las variables contenidas en la Tabla 6. Las experiencias de violencia sexual dentro de la pareja se asociaron con una puntuación más alta de ansiedad ( $\beta = .37, p = .022$ ). Esta relación se estuvo moderada por el nivel de apoyo familiar ( $\beta = -.27, p = .027$ ), de forma que una puntuación más alta en apoyo familiar redujo el impacto de la violencia sexual sobre la ansiedad. El efecto del control no fue significativo ( $\beta = .05, p = .183$ ), pero el coeficiente fue positivo, indicando que la presencia de control contribuyó levemente a puntuaciones más altas en ansiedad. Sin embargo, el efecto de la interacción entre el control y los ingresos sí fue significativo ( $\beta = -.25, p = .03$ ), indicando que ante la presencia de control, un mayor nivel de

ingresos amortigua el impacto que este tiene sobre la ansiedad. El resto de los términos retenidos en el modelo no fueron significativos.

**Tabla 6**

*Análisis de regresión lineal múltiple para la variable dependiente ansiedad*

Predictor	B	$\beta$	Intervalo de confianza 95%		t	p	Colinealidad	
			Inferior	Superior			VIF	Tolerancia
<b>Constante</b>	<b>3.61</b>				<b>5.86</b>	<b>&lt;.001</b>		
Ingresos	-.13	-.023	-.21	.17	-.24	.810	3.04	.33
Edad	-.03	-.11	-.24	.03	-1.56	.121	1.50	.67
Violencia física*	-.35	-.08	-.52	.35	-.38	.703	3.39	.30
<b>Violencia sexual*</b>	<b>1.54</b>	<b>.37</b>	<b>.06</b>	<b>.68</b>	<b>2.31</b>	<b>.022</b>	<b>1.74</b>	<b>.58</b>
Control*	1.22	.05	-.30	.40	1.33	.183	3.65	.27
Violencia reciente*	.12	.03	-.46	.51	.11	.910	4.71	.21
R. actual/pasada**	.01	<.01	-.33	.34	.01	.990	2.36	.42
Apoyo familia	.02	.02	-.12	.16	.31	.755	1.69	.59
<b>Control * Ingresos</b>	<b>-1.42</b>	<b>-.25</b>	<b>-.48</b>	<b>-.02</b>	<b>-2.18</b>	<b>.030</b>	<b>3.49</b>	<b>.29</b>
<b>V. sexual * Apoyo familia</b>	<b>-.20</b>	<b>-.27</b>	<b>-.52</b>	<b>.03</b>	<b>-2.21</b>	<b>.027</b>	<b>1.53</b>	<b>.65</b>
V. física * R. actual/pasada	1.75	.41	-.12	.95	1.53	.127	4.12	.24
Control * V. reciente	1.43	.34	-.22	.90	1.19	.234	5.82	.17

*Nota.* B = coeficiente no estandarizado;  $\beta$  = coeficiente estandarizado; t = estadístico t de Student; V. = violencia; R. = relación. En **negrita**, los resultados significativos en la regresión.

\*Nivel de referencia: sin presencia de violencia.

\*\*Nivel de referencia: relación actual.

Los síntomas depresivos fueron explicados en un 19.7% ( $R^2 = .22$ ,  $R^2_a = .20$ ) por el hecho de haber sufrido violencia sexual y comportamientos de control (Tabla 9). Ser víctima de violencia sexual ( $\beta = .55$ ,  $p < .001$ ) y estar expuesta a conductas de control por parte de la pareja ( $\beta = .37$ ,  $p < .001$ ) se asociaron con mayores puntuaciones de depresión. El resto de los términos no fueron significativos, aunque la interacción entre los ingresos y el control se aproximó a ello ( $\beta = -.21$ ,  $p = .062$ ), indicando que unos ingresos más altos podrían mitigar el efecto de las conductas de control.

**Tabla 7***Análisis de regresión lineal múltiple para la variable dependiente depresión*

Predictor	B	$\beta$	Intervalo de confianza 95%		t	p	Colinealidad	
			Inferior	Superior			VIF	Tolerancia
<b>Constante</b>	<b>3.58</b>				<b>4.63</b>	<b>&lt;.001</b>		
Ingresos	-.36	-.056	-.24	.12	-.61	.545	2.70	.37
<b>Violencia sexual*</b>	<b>2.70</b>	<b>.55</b>	<b>.18</b>	<b>.93</b>	<b>2.90</b>	<b>.004</b>	<b>2.49</b>	<b>.40</b>
<b>Control*</b>	<b>2.79</b>	<b>.37</b>	<b>.12</b>	<b>.61</b>	<b>3.41</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>2.16</b>	<b>.46</b>
Duración relación**	.78	.16	-.14	.46	1.04	.298	1.76	.57
Control * Ingresos	-1.40	-.21	-.44	.01	-1.87	.062	3.42	.29
V. sexual * Duración relación	1.23	.25	-.24	.75	1.00	.318	2.46	.41

*Nota.* B = coeficiente no estandarizado;  $\beta$  = coeficiente estandarizado; t = estadístico t de Student; V. = violencia; R. = relación. En **negrita**, los resultados significativos en la regresión.

\*Nivel de referencia: sin presencia de violencia.

\*\*Nivel de referencia: relación actual.

El modelo de regresión lineal múltiple construido para la variable dependiente estrés explicó aproximadamente el 16.8% de la varianza en la puntuación de esta escala a través de las variables independientes incluidas ( $R^2 = .17$ ,  $R^2_a = .17$ ). Las variables del modelo se encuentran en la Tabla 8, resultando significativo el efecto tanto de la violencia psicológica ( $\beta = .56$ ,  $p < .001$ ) como de la violencia sexual ( $\beta = .50$ ,  $p < .001$ ), en tanto que sufrir cualquiera de ellas se asocia con mayor presencia de estrés.

**Tabla 8***Análisis de regresión lineal múltiple para la variable dependiente estrés*

Predictor	B	$\beta$	Intervalo de Confianza al 95%		t	p	Colinealidad	
			Inferior	Superior			VIF	Tolerancia
<b>Constante</b>	<b>6.01</b>				<b>13.85</b>	<b>&lt;.001</b>		
<b>Violencia psicológica*</b>	<b>2.49</b>	<b>.56</b>	<b>.30</b>	<b>.82</b>	<b>4.19</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>1.24</b>	<b>.81</b>
<b>Violencia sexual*</b>	<b>2.22</b>	<b>.50</b>	<b>.22</b>	<b>.77</b>	<b>3.60</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>1.24</b>	<b>.81</b>

*Nota.* B = coeficiente no estandarizado;  $\beta$  = coeficiente estandarizado; t = estadístico t de Student; V. = violencia; R. = relación. En **negrita**, los resultados significativos en la regresión.

\*Nivel de referencia: sin presencia de violencia.

Por último, el modelo de regresión para la autoestima explicó mediante las variables independientes incluidas el 25.7% de la variabilidad en la puntuación en esta escala ( $R^2 = .29$ ,

$R^2_a = .26$ ). Los predictores significativos (Tabla 9) fueron los ingresos ( $\beta = .20, p < .01$ ), la edad ( $\beta = .25, p < .001$ ) y el apoyo por parte de una persona significativa ( $\beta = .16, p = .03$ ), de forma que un mayor nivel de ingresos, edad y apoyo, se asocian a una autoestima más alta. El impacto de la violencia sexual y la violencia física estuvo moderado por si la relación era actual o pasada. En concreto, en presencia de violencia física ( $\beta = -.55, p = .04$ ) o sexual ( $\beta = -.78, p = .04$ ), que la relación fuera pasada se asoció con una menor autoestima.

**Tabla 9**

*Análisis de regresión lineal múltiple para la variable dependiente autoestima*

Predictor	B	$\beta$	Intervalo de Confianza al 95%		t	p	Colinealidad	
			Inferior	Superior			VIF	Tolerancia
<b>Constante</b>	<b>30.92</b>				<b>31.49</b>	<b>&lt;.001</b>		
<b>Ingresos</b>	<b>1.64</b>	<b>.20</b>	<b>.07</b>	<b>.33</b>	<b>3.10</b>	<b>.002</b>	<b>1.47</b>	<b>.68</b>
<b>Edad</b>	<b>.11</b>	<b>.25</b>	<b>.11</b>	<b>.40</b>	<b>3.47</b>	<b>&lt;.001</b>	<b>1.87</b>	<b>.53</b>
Violencia física*	.43	.07	-.34	.48	.34	.733	3.17	.32
Violencia sexual*	3.40	.56	-.21	1.33	1.43	.153	11.23	.09
Duración relación	-1.35	-.22	-.54	.10	-1.37	.172	2.14	.47
R. actual/pasada**	.68	.11	-.20	.42	.71	.482	2.17	.46
Apoyo familia	.08	.08	-.06	.22	1.11	.267	1.71	.58
<b>Apoyo persona significativa</b>	<b>.21</b>	<b>.16</b>	<b>.02</b>	<b>.30</b>	<b>2.18</b>	<b>.030</b>	<b>1.80</b>	<b>.55</b>
<b>V. física * R. actual/pasada</b>	<b>-3.36</b>	<b>-.55</b>	<b>-1.07</b>	<b>-.03</b>	<b>-2.08</b>	<b>.038</b>	<b>4.21</b>	<b>.24</b>
<b>V. sexual * R. actual/pasada</b>	<b>-4.73</b>	<b>-.78</b>	<b>-1.53</b>	<b>-.03</b>	<b>-2.04</b>	<b>.042</b>	<b>10.02</b>	<b>.10</b>
V. sexual * Duración relación	-2.68	-.44	-.94	.06	-1.73	.085	2.71	.37

*Nota.* B = coeficiente no estandarizado;  $\beta$  = coeficiente estandarizado; t = estadístico t de Student; V. = violencia; R. = relación. En **negrita**, los resultados significativos en la regresión.

\*Nivel de referencia: sin presencia de violencia.

\*\*Nivel de referencia: relación actual.

## Discusión

Esta investigación tenía como objetivo general analizar el impacto de la presencia de los distintos tipos de violencia en la pareja (física, psicológica, sexual y control) con distintos síntomas psicológicos y afectivos (depresión, ansiedad, estrés y baja autoestima) en mujeres adultas, y los posibles moderadores en estas relaciones.

En la muestra, las violencias más prevalentes fueron la psicológica y los comportamientos de control, siendo menos frecuentes la violencia física y la sexual. Esto se encuentra en consonancia con otras investigaciones (Meekers et al., 2013; Ruiz-Pérez et al., 2006; Sanmartín-Andújar et al., 2023) y datos provenientes de organismos oficiales (Ministerio de Igualdad & Eurostat, 2024). Esto puede explicarse recuperando la Pirámide de Violencia, ya que la violencia psicológica o el control son formas de abuso más sutiles y están más normalizadas.

Respecto al perfil de vulnerabilidad para recibir violencia, se realizó un estudio comparando las variables sociodemográficas entre mujeres que habían sufrido violencia en algún momento de su vida y las que no. Una edad menor se asoció a mayor presencia de violencia sexual, siendo esta un factor de riesgo para sufrir violencia de este tipo. Este resultado coincide con estudios previos (Regueira-Diéguez et al., 2015; Ruiz-Pérez et al., 2006; Sanz-Barbero et al., 2018; Stith et al., 2004) y podría explicarse por el hecho de que una edad inferior implica una menor capacidad para identificar y responder adecuadamente a situaciones de riesgo, lo que hace a las mujeres más susceptibles a la violencia sexual. Sin embargo, en este estudio se pregunta por la violencia sufrida a lo largo del ciclo vital, por lo que otra explicación posible podría ser el hecho de que la violencia sexual ha aumentado en los últimos años (Instituto Nacional de Estadística, 2024), impactando más a aquellas mujeres más jóvenes o que las mujeres más jóvenes son más conscientes de haberse visto expuestas a esta situación por los últimos cambios sociales como la ley de “solo sí es sí”, la visibilización de la violencia a través del movimiento #MeToo y el énfasis en el consentimiento (Galdi & Guizzo, 2021).

Asimismo, no contar con estudios superiores supuso un factor de vulnerabilidad para sufrir violencia psicológica, pero no para otros tipos de violencia. Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Márquez y Mora (2022) y Oluwagbemiga et al. (2023) sobre el riesgo que implica un bajo nivel educativo en relación con la violencia psicológica, aunque además estos autores encontraron una relación con la violencia física y violencia sexual. Las posibles

explicaciones para este resultado pueden ser que un bajo nivel educativo perpetúa las relaciones de poder desiguales, ya que la educación dota a las mujeres de conocimientos y habilidades para defender sus derechos y tomar decisiones informadas (Jewkes et al., 2002), además de influir en su capacidad de reconocer señales de abuso y en el acceso a redes de apoyo, las cuales reducen el riesgo de ser víctimas de violencia (Mosiño & Cardoso Torres, 2021).

A su vez, niveles educativos más altos se asocian con mayores ingresos (Riquelme Silva & Olivares-Faúndez, 2015), los cuales han demostrado ser una variable relevante para explicar la ansiedad, tanto de forma directa como en interacción con el control. Por otro lado, de forma contraria a la literatura previa (Kisa et al., 2023; Márquez & Mora, 2022; Regueira-Diéguez et al., 2015; Stith et al., 2004), no se encontró evidencia de que el nivel de ingresos tuviese relación con respecto a la vulnerabilidad para sufrir violencia. Sin embargo, se ha de tener en cuenta que una mayor estabilidad económica proporciona acceso a recursos y redes de apoyo, reduce la incertidumbre ante situaciones adversas y permite mayor autonomía (Etchevers et al., 2021), siendo factores que protegen frente a la ansiedad. Esto recalca la necesidad social de que las mujeres puedan optar a ingresos estables en igualdad de oportunidades, sin toparse con un techo de cristal, ya que las diferencias de género siguen predominando: tasas más elevadas de desempleo, ocupaciones y sectores feminizados, economía sumergida y trabajo doméstico no remunerado, puestos de menor nivel y menos retribución que los hombres que ocupan puestos de características semejantes (Sarrió et al., 2002). Esta necesidad viene ligada también al sistema educativo, desde el que se debe promover la formación entre mujeres en todos los campos, incluso los tradicionalmente asociados a los hombres.

Por último en lo relativo a las variables sociodemográficas, en contraposición a Sanz-Barbero et al. (2018) y Vives-Cases et al. (2009), no se halló relación entre el estatus migratorio y los tipos de violencia. Asimismo, tampoco se encontró una asociación entre las violencias y otras variables sociodemográficas como tener hijos o el número de ellos, aunque en otros

estudios, como el realizado por Regueira-Diéguez et al. (2015) o Vives-Cases et al. (2009) sí que se encontró dicha relación.

A continuación, se estudió la asociación de los distintos tipos de violencia con el impacto psicológico y afectivo de la misma. Los resultados revelaron que los niveles de depresión, ansiedad y estrés fueron más altos entre mujeres que habían sufrido violencia en comparación con aquellas que no la habían sufrido, mientras que la autoestima de las mujeres que se habían visto expuestas era más baja. Este resultado ya se había encontrado previamente en la literatura (Amor et al., 2006; Campbell, 2002; Dillon et al., 2013; García-Moreno & Stöckl, 2009), para la violencia psicológica, física y sexual. En este estudio se pudo incluir también que las conductas de control tienen el mismo efecto que estos otros tipos de violencia. Este resultado es importante, ya que precisamente estas conductas son a menudo menos identificadas como violencia y son normalizadas con mayor frecuencia, pero tienen efectos igualmente dañinos sobre las mujeres que las sufren.

La conclusión global, a la que también llegan múltiples autoras y autores, es que la violencia de pareja genera problemas de salud mental, aunque estos puedan variar ligeramente entre individuos. Respecto a las repercusiones que suponen dichos problemas, autoras como Sugg (2015) refieren que los síntomas depresivos no solamente afectan a la calidad de vida, sino que además pueden dificultar la posibilidad de las personas de protegerse. La desprotección aumenta todavía más una indefensión ya aprendida debido al maltrato (Acevedo Mena, 2022), que a su vez provoca más síntomas depresivos a través de la auto atribución de culpabilidad y la pérdida de reforzadores (Villarejo Ramos, 2005). Los síntomas de ansiedad, depresión y estrés están relacionados, teniendo en común el afecto negativo, el malestar emocional y los síntomas fisiológicos. Tanto es así, que algunos modelos los consideran parte de un mismo continuo (Apóstolo, 2010). Por tanto, su afección en la calidad de vida se traduce en inseguridad, tensión, miedo, auto privación de actividades placenteras y peor percepción de una misma y del entorno (Freitas et al., 2023). Por consiguiente, las mujeres que sufran estos síntomas o los trastornos

derivados de ellos pueden ver limitado su funcionamiento en diversas áreas: social, personal, laboral y psicológico. Además, aunque no era el objetivo de este estudio, otros autores han demostrado que sufrir un tipo de violencia aumenta el riesgo de sufrir otros tipos (Alsaker et al., 2012), así como que la simultaneidad (Basile et al., 2004) o la acumulación a lo largo del ciclo vital (Stein et al., 2022) podría agravar su impacto, haciendo a estas mujeres especialmente vulnerables y aumentando la probabilidad de revictimización.

Por último, mediante los análisis de regresión se estudió el impacto de las variables sociodemográficas y otras variables relativas a la relación en interacción con los distintos tipos de violencia para la presencia de síntomas depresivos, ansiosos, el estrés y la baja autoestima.

Para todos los síntomas estudiados, fue relevante algún tipo de violencia. La violencia sexual demostró tener impacto en todas las variables consideradas. En el caso de la ansiedad, esta relación se vio mitigada por el apoyo familiar, mientras que para la depresión y el estrés su efecto no se vio modulado por ninguna otra variable. Se ha comprobado que la violencia sexual desencadena un patrón único de consecuencias negativas en comparación con otros tipos de violencia, incluyendo especialmente los síntomas de TEPT, así como depresión, uso de sustancias y tentativas de suicidio (Barker et al., 2019).

La violencia psicológica tuvo mayor impacto sobre el estrés, pero no se asoció con otros síntomas. Dicho estrés no solo se manifiesta a nivel psicológico, sino también somático: dolores, insomnio, enfermedades autoinmunes, problemas digestivos y cardiovasculares, entre otros (Guzmán Guzmán, 2011). Por tanto, se requiere especial atención por parte del personal sanitario a esta sintomatología, pudiendo resultar útil para la detección de casos de violencia, especialmente aquellos donde es menos explícita. Por otro lado, una variable previamente menos estudiada que las otras violencias son los comportamientos de control, que demostraron tener impacto sobre los síntomas depresivos, en consonancia con investigaciones previas (Méndez Sánchez et al., 2014). Además, su impacto sobre la ansiedad se vio moderado por los

ingresos de la mujer, de forma que las mujeres con mayores ingresos presentaron niveles inferiores de ansiedad provocada por este tipo de violencia.

Además, los ingresos, la edad y el apoyo de la persona significativa se asociaron por sí mismos con la autoestima, independientemente de la presencia o ausencia de violencia. En el caso de la autoestima, se encontraron interacciones entre la violencia física y la violencia sexual con el estatus actual o pasado de la relación. Aunque la hipótesis inicial era que abandonar la relación de violencia tendría un impacto positivo sobre la autoestima, en este estudio se encontró lo contrario. Este hallazgo, a pesar de ser contraintuitivo, puede tener una explicación. Anteriores investigaciones identifican que uno de los problemas que surgen cuando una mujer experimenta una relación de maltrato es no reconocerse como víctima (Delegación del Gobierno para la Violencia et al., 2019). Este hecho es multicausal: por un lado, la pirámide en la cual ciertas formas de violencia pasan desapercibidas; por otro, la normalización de algunos comportamientos como forma de amor a través de los mitos (el amor todo lo puede, el amor es posesión y exclusividad, el amor es lo más importante) (Pascual Fernández, 2016). Asimismo, la socialización diferencial es otra causa identificada, ya que mientras a los hombres se les educa en fortaleza, independencia y poder, las mujeres son educadas en el cuidado, la inestabilidad y el servir al otro (Pascual Fernández, 2016), dificultando la identificación y puesta en marcha de los propios límites. Otra causa, englobada dentro de la propia violencia psicológica, es el gaslighting, entendido como “proceso intencional para hacer pensar a una persona que está perdiendo la cordura mediante la negación, la mentira, uso de falsa información y descalificación de los sentimientos y percepciones de esa persona” (Galán Jiménez & Figueroa Varel, 2017). Todo lo anterior hace que las mujeres se den cuenta de la violencia una vez que salen de la relación, cuando tienen distancia emocional, reciben apoyo o entran en contacto con discursos que les permiten reinterpretar lo vivido (ya sea en terapia o a través de otros medios). Es entonces cuando logran nombrar como violencia lo que antes quizás veían como “problemas de pareja” o “malos momentos”, acarreando problemas de autoestima a través de mecanismos

como la culpabilización de una misma por haber permanecido en la relación. Por otro lado, el hallazgo relacionado con esta hipótesis podría sumarse a los resultados encontrados por Dillon et al. (2013), quienes sostienen que los efectos negativos de la violencia son duraderos en el tiempo, a pesar de haber abandonado la relación, manifestándose en síntomas de ansiedad, depresión, TEPT y desregulaciones del sueño, sumando la baja autoestima a esta lista.

Aunque se hipotetizaba encontrar moderaciones con otras variables para explicar el impacto de la violencia, este estudio ha explorado múltiples variables a la vez, conservando únicamente las más relevantes, no encontrando algunos de los resultados esperados. Entre estos resultados, se encuentra el efecto mitigador de la edad. No se encontró este efecto y ello pudo deberse a un mayor peso de las variables relacionadas con la violencia o de aquellas que permitiesen una vía de escape directa en caso de sufrirla (como los ingresos o el apoyo). La edad se asocia a la obtención de más recursos de afrontamiento psicológicos (Blanchard-Fields, 2007), pero estos pueden verse mermados por la indefensión mencionada anteriormente (Acevedo Mena, 2022).

Otro efecto que se esperaba y no fue encontrado es el efecto de la duración de la relación, contrario a las conclusiones de García Navarro et al. (2020) y Márquez y Mora (2022). Como anteriormente, esto podría deberse a la inclusión de otros factores relativos a la relación con un mayor peso explicativo o a la forma de medir la duración. Por otro lado, aunque tampoco se halló efecto de la edad en el momento de la relación, sí que es un efecto encontrado en la literatura previa (Loxton et al., 2017). No por ello resulta menos importante la prevención temprana respecto a relaciones sentimentales, especialmente en la adolescencia, siendo un momento vulnerable donde las mujeres pueden integrar y normalizar con mayor facilidad ciertos comportamientos dentro de la relación, como pueden ser el control o las formas sutiles de violencia psicológica (humillaciones, chantaje emocional o culpabilización), fomentadas por los mitos del amor romántico presentes en la cultura (Marroquí & Cervera, 2014). Asimismo, también es un momento en el que los hombres comienzan a afianzar patrones de relación

fomentados nuevamente por un contexto sociocultural patriarcal, por lo que la implementación de programas preventivos, como el propuesto por Hernando Gómez (2007), tendría un doble beneficio a largo plazo: que las mujeres detecten y eviten relaciones de maltrato, así como que los hombres no las perpetúen.

Por último, se esperaba que el apoyo social (por parte de diferentes agentes) actuase como factor protector ante la sintomatología derivada de la violencia. En este sentido se encontró un efecto positivo del apoyo por parte de una persona significativa en la autoestima, en congruencia con estudios anteriores que encuentran que, a mayor apoyo social, mayor autoestima y autoeficacia (Simón et al., 2017), aunque no estuvo asociado a la violencia. Sí se encontró un efecto mitigador del apoyo familiar en mujeres que han sufrido violencia sexual. Este dato es relevante, ya que en un 18% de los casos, las mujeres no piden ayuda y/o no denuncian debido a la falta de apoyo familiar y social (Delegación del Gobierno para la Violencia et al., 2019).

### **Limitaciones e investigación futura**

La presente investigación ha contado con una serie de limitaciones a tener en cuenta. En primer lugar, dado que la muestra no se obtuvo de manera aleatoria sino a través de la difusión del formulario en círculos cercanos, hubo variables que no pudieron ser estudiadas por falta de representatividad. Así ocurrió con el posible efecto de la migración o el del rol de madre y el número de hijos, pudiendo ser focos de futuras investigaciones. Asimismo, tampoco pudo incluirse el estado civil como variable de estudio debido a que el término “soltera” a nivel legal, no necesariamente implicaba no tener pareja, pudiendo haber inducido a conclusiones erróneas. De la misma manera, otra variable que no pudo incluirse fue el tiempo transcurrido desde la ruptura, ya que no todas las mujeres habían contestado en base a una relación pasada, por lo que las consecuencias derivadas de la violencia en relaciones pasadas y el tiempo de recuperación sería otra vía interesante a estudiar. Por último, sería beneficioso que futuras investigaciones considerasen la duración de la relación como una variable continua o con un

mayor número de categorías, permitiendo así un análisis más detallado sobre los efectos del tiempo de exposición a la violencia en los síntomas psicológicos y afectivos.

En segundo lugar, no pudo cuantificarse el nivel de violencia sufrido debido a la realización del estudio en población general con baja presencia de la misma, causando distribuciones muy asimétricas. Esto se vio limitado debido a la dificultad de acceso a asociaciones que traten con víctimas de violencia de género, ya que existen numerosos estudios que requieren de la participación de las mujeres, suponiendo para ellas un desgaste emocional y la reticencia por parte de los organismos ante la posibilidad de que vayan a ser revictimizadas o retraumatizadas. Sin embargo, los resultados sobre la sintomatología asociada a la violencia obtenidos en este estudio son consistentes con lo esperado en contextos clínicos y, tal como señalan Dillon et al. (2013), podrían extrapolarse a la población general. Estos autores destacan que la violencia de pareja ocurre en una amplia variedad de contextos, generando problemas de salud significativos en todos ellos, por lo que constituyen un problema social y sanitario a nivel mundial. En la muestra de estudio, la mayoría de las mujeres reportaron algún tipo de violencia en alguna relación de algún momento de su vida, siendo congruente con estos autores. Por tanto, puede resultar de interés explorar el alcance de la sintomatología asociada a la violencia menos intensa, ya que parece ser menor que en casos más explícitos, pero puede predisponer a las mujeres a terminar en relaciones de maltrato de mayor intensidad, con el consiguiente incremento de problemas de salud mental. En este sentido, se ha observado que la relación entre trastorno mental (o problemas psicopatológicos) y la violencia de pareja es bidireccional, por lo que las mujeres que los sufran tienen mayor probabilidad de volver a verse envueltas en relaciones de maltrato (Bernards et al., 2022).

En tercer lugar, debido a que las subescalas utilizadas únicamente miden síntomas y no permiten establecer diagnósticos formales, no se pudo hablar de trastornos clínicos. Sin embargo, esta característica también representa una fortaleza, ya que posibilita la identificación de malestares subclínicos que podrían beneficiarse de intervención, evitando que estos

problemas pasen inadvertidos. Se escogieron tests o pruebas psicométricas de menor longitud, con el objetivo de probabilizar la participación en el estudio y perder el menor número de datos posible. En este sentido, algunas de ellas no fueron validadas en población general española, lo que podría ser un objetivo futuro. Asimismo, se encontraron dificultades a la hora de escoger un cuestionario relacionado con la violencia de pareja, ya que la mayoría de ellos son de cribado y no están pensados para cuantificar la violencia ni para ser autoadministrados. Además, no existe una sola definición ni una categorización universal de los distintos tipos de violencia de pareja, por lo que cada cuestionario evalúa aquello que considera más relevante en función de la definición escogida como punto de partida. Como ejemplo, este estudio no ha tenido en cuenta la violencia económica o vicaria, pudiendo ser relevante en futuras investigaciones.

En cuarto lugar, la comparación de muchas variables mediante un método como LASSO supuso tanto una fortaleza como una limitación. Según McNeish (2015), este método presenta múltiples ventajas, entre ellas la reducción del sobreajuste y una mayor estabilidad e interpretabilidad, lo que lo convierte en una herramienta recomendada para su aplicación en las ciencias del comportamiento. La limitación encontrada respecto a su uso reside en la inclusión de variables no significativas, pudiendo haber pasado por alto asociaciones interesantes para el contexto clínico al incluir otros factores con mayor peso. Sin embargo, se optó por mantener en el modelo estas variables no significativas, incluyéndolas y presentándolas en la presente investigación, de forma que futuros investigadores puedan tener indicios sobre relaciones a explorar o factores potencialmente asociados a la sintomatología.

Por último, este estudio presenta algunas limitaciones propias del diseño empleado que deben tenerse en cuenta al interpretar los hallazgos. Al igual que en otras investigaciones, no fue posible establecer relaciones causales entre la experiencia de violencia de pareja y la sintomatología psicológica y afectiva, sino solo asociaciones. El carácter transversal del estudio también implica que los datos se recogen en un único momento del tiempo, lo que impide analizar cómo evolucionan los síntomas asociados a la violencia a lo largo del ciclo vital o tras el

fin de la relación. Así, no puede determinarse, por ejemplo, si los síntomas persisten, disminuyen o aumentan con el tiempo. A pesar de estas limitaciones, el presente trabajo ofrece una aproximación valiosa a una problemática compleja, y sus hallazgos pueden servir de base para futuras investigaciones que, mediante diseños longitudinales o mixtos que combinen análisis cuantitativos con enfoques cualitativos, profundicen en la comprensión de las secuelas psicológicas de la violencia de pareja.

## **Conclusiones**

Los resultados de esta investigación refuerzan el carácter alarmante de la violencia en las relaciones de pareja, incluso en sus formas más sutiles y normalizadas como el control o la violencia psicológica. El hecho de que más del 60% de las mujeres participantes hayan reportado haber sufrido al menos un tipo de violencia de pareja a lo largo de su vida evidencia una prevalencia que no puede seguir siendo ignorada ni minimizada. Esta realidad se ve agravada por el impacto psicológico y afectivo significativo que dicha violencia genera, afectando la autoestima y favoreciendo el desarrollo de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés.

Asimismo, el estudio ha permitido identificar factores moduladores que pueden proteger a las mujeres frente a las consecuencias más graves del maltrato, como el apoyo social o la estabilidad económica. No obstante, también se han hallado resultados contraintuitivos, como la menor autoestima en mujeres que ya han abandonado la relación violenta, lo que pone de manifiesto la complejidad de los procesos de recuperación y la necesidad de formación sobre estos fenómenos entre distintos profesionales.

Los hallazgos obtenidos en esta investigación pueden resultar de especial utilidad para el diseño de intervenciones sanitarias y psicosociales más ajustadas a las particularidades de las víctimas, así como para reforzar la implementación de programas preventivos en contextos educativos y comunitarios. Asimismo, los indicadores identificados podrían facilitar la detección temprana de casos más vulnerables. A su vez, se abren nuevas líneas de estudio centradas en las violencias de menor intensidad, su papel como antesala de maltratos más graves y su posible

relación bidireccional con la sintomatología psicológica. Todo ello refuerza la urgencia de avanzar hacia una transformación social y cultural que deje de tolerar o invisibilizar cualquier forma de violencia contra la mujer, reforzando su autonomía económica y generando redes de apoyo.

## Referencias

- Acevedo Mena, K. M. (2022). Indefensión aprendida y depresión en mujeres víctimas de violencia conyugal en los centros de mujeres Ixchen del departamento de Managua. *Gestión I+D*, 5(3), 334–356.  
[http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev\\_GID/article/view/20236](http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_GID/article/view/20236)
- Alsaker, K., Morken, T., Baste, V., Campos-Serna, J., & Moen, B. E. (2012). Sexual assault and other types of violence in intimate partner relationships. *Acta Obstetricia Et Gynecologica Scandinavica*, 91(3), 301–307. 10.1111/j.1600-0412.2011.01336.x
- Amor, P., Bóhórquez, I. A., & Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción Psicológica*, 4, 129–154.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=344030758006>
- Apóstolo, J. L. A. (2010). O conforto pelas imagens mentais na depressão, ansiedade e stresse. *Imprensa da Universidade de Coimbra/Coimbra University Press*.
- Badenes-Sastre, M., Lorente Acosta, M., Herrero Machancoses, F., & Expósito Jiménez, F. (2023). Spanish Adaptation and Validation of the World Health Organization's Violence Against Women Instrument. *Psicothema*, 35(2), 202–210. 10.7334/psicothema2022.197

- Barker, L. C., Stewart, D. E., & Vigod, S. N. (2019). Intimate Partner Sexual Violence: An Often Overlooked Problem. *Journal of Women's Health (2002)*, 28(3), 363–374.  
10.1089/jwh.2017.6811
- Basile, K. C., Arias, I., Desai, S., & Thompson, M. P. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 413–421. 10.1023/B:JOTS.0000048954.50232.d8
- 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.  
10.1037/a0016140
- 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. 10.1891/vivi.2003.18.1.87
- Bernards, S., Graham, K., Tanner, B., Chavarria, J., Dhinsa, T., Crépault, J. F., & Wells, S. (2022). Update of Canada's Low-Risk Alcohol Drinking Guidelines: Overview of reviews of the association between alcohol use and aggression and violence. <https://www.ccsa.ca>
- Blanchard-Fields, F. (2007). Everyday Problem Solving and Emotion. *Current Directions in Psychological Science*, 16(1), 26–31. 10.1111/j.1467-8721.2007.00469.x
- Buesa, S., & Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13, 31–45. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56025664003>

- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331–1336. 10.1016/S0140-6736(02)08336-8
- De La Cruz Muñoz Iribarren, J. (2021). *Fases del ciclo de violencia de género*. Instituto Andaluz de la Mujer. <https://ws097.juntadeandalucia.es/ventanilla/index.php/que-es-la-violencia-de-genero/fases-del-ciclo-de-violencia-de-genero>
- Delegación del Gobierno para la Violencia, de Género, Fundación Igual a Igual, Gómez Plaza, A., Villajos Pozuelo, S., Candeira de Andrés, L., & Hernández Gómez, A. (2019). *Estudio sobre el tiempo que tardan las mujeres víctimas de violencia de género en verbalizar su situación*. Madrid: NIPO: 04219036X  
<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/estudios/investigaciones/tiempo-tardan-verbalizar-situacion/>
- Delgado Álvarez, C., & Gutiérrez García, A. (2013). Percepción de la violencia de género en personas mayores. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 329–338.
- Díaz-Loving, R., & Rivera Aragón, S. (2010). In Díaz-Loving R., Rivera Aragón S.(Eds.), *Antología psicosocial de la pareja*. Miguel Ángel Porrúa.
- 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. 10.1155/2013/313909
- Domínguez-Lara, S. (2018). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación Médica*, 19(4), 251–254. 10.1016/j.edumed.2017.07.002

- Etchevers, M. J., Garay, C. J., Putrino, N. I., Helmich, N., & Lunansky, G. (2021). Argentinian Mental Health During the COVID-19 Pandemic: A Screening Study of the General Population During Two Periods of Quarantine. *Clinical Psychology in Europe*, 3(1), 1–17. 10.32872/cpe.4519
- Fernández Alonso, M. d. C., Salvador Sánchez, L., Guzmán, M. Á, Velázquez, S. H., & Sánchez Ramón, S. (2017). *Guía clínica de actuación sanitaria ante la violencia de género*. SACYL. Junta de Castilla y León: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/violencia-genero/guia-clinica-actuacion-sanitaria-violencia-genero>
- Fonseca-Pedrero, E., Paino, M., Lemos-Giráldez, S., & Muñiz, J. (2010). Propiedades psicométricas de la depression anxiety and stress scales-21 (DASS-21) en universitarios Españoles. *Ansiedad Y Estrés*, 16(2-3), 215–226.
- Freitas, P. H. B. d., Meireles, A. L., Ribeiro, I. K. d. S., Abreu, M. N. S., Paula, W. d., & Cardoso, C. S. (2023). Symptoms of depression, anxiety and stress in health students and impact on quality of life. [Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes del área de la salud e impacto en la calidad de vida] *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 31, e3884–8345.6315.3884. eCollection 2023. 10.1590/1518-8345.6315.3884
- Galán Jiménez, J. S., & Figueroa Varel, M. d. R. (2017). Gaslighting. La invisible violencia psicológica. *Uaricha, Revista De Psicología*, 14(32), 53–60. <https://www.revistauaricha.umich.mx/index.php/urp/article/view/151>
- Galdi, S., & Guizzo, F. (2021). Media-Induced Sexual Harassment: The Routes from Sexually Objectifying Media to Sexual Harassment. *Sex Roles*, 84(11), 645–669. 10.1007/s11199-020-01196-0

- García Navarro, C., Gordillo León, F., & Pérez Nieto, M. Á. (2020). Análisis de las consecuencias cognitivas y afectivas de la violencia de género en relación con el tipo de maltrato. *Ansiedad Y Estrés*, 26(1), 39–45. 10.1016/j.anyes.2020.01.003
- García-Moreno, C., & Stöckl, H. (2009). Protection of sexual and reproductive health rights: addressing violence against women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 106(2), 144–147. 10.1016/j.ijgo.2009.03.053
- Golding, J. M. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99–132. 10.1023/A:1022079418229
- Góngora, V., & Casullo, M. M. (2009). Validación de la escala de autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires. *Ldots De Diagnóstico Y Evaluación Psicológica*, 27 Ldots, 1, 179–194.
- Gurrola Peña, G. M., Balcázar Nava, P., Bonilla Muños, M. P., & Virseda Heras, J. A. (2006). Estructura factorial y consistencia interna de la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología Y Ciencia Social*, 8(002), 3–7.
- Guzmán Guzmán, R. E. (2011). Trastorno por somatización: su abordaje en Atención Primaria. *Revista Clínica De Medicina De Familia*, 4(3), 234–243.  
<https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2011000300009>
- Henry, J. D., & Crawford, J. R. (2005). The short-form version of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): construct validity and normative data in a large non-clinical sample. *The British Journal of Clinical Psychology*, 44(Pt 2), 227–239. 10.1348/014466505X29657

Hernando Gómez, Á. (2007). La prevención de la violencia de género en adolescentes. Una experiencia en el ámbito educativo. *Apuntes De Psicología*, 25(3), 325–340.

<https://doi.org/10.55414/9c6xje97>

Instituto Nacional de Estadística. (2024). *Delitos sexuales según sexo*.

<https://ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=28750>

Izquierdo Mora, M. D. (2010). Social support as a protective factor against violence to women by a partner. [Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja] *Enfermería Clínica*, 20(2), 134–135. 10.1016/j.enfcli.2010.01.003

Jewkes, R., Levin, J., & Penn-Kekana, L. (2002). Risk factors for domestic violence: findings from a South African cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, 55(9), 1603–1617.

Jonathan Love, & Maurizio Agosti.Rj - Editor to run R code inside jamovi [computer software]

Jonathan Love, & Victor Moreno.moretests - Adds more tests to the jamovi analyses [computer software]

Kaya, Y., & Cook, K. J. (2010). A cross-national analysis of physical intimate partner violence against women. *International Journal of Comparative Sociology*, 51(6), 423–444.

10.1177/0020715210386155

Kisa, S., Gungor, R., & Kisa, A. (2023). Domestic Violence Against Women in North African and Middle Eastern Countries: A Scoping Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 24(2), 549–575.

10.1177/15248380211036070

- Krigel, K., & Benjamin, O. (2021). From Physical Violence to Intensified Economic Abuse: Transitions Between the Types of IPV Over Survivors' Life Courses. *Violence Against Women, 27*(9), 1211–1231. 10.1177/1077801220940397
- Landeta, O., & Calvete, E. (2002). Adaptación y Validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad Y Estrés, 8*, 173–182.
- Lin-Roark, I. H., Church, A. T., & McCubbin, L. D. (2015). Battered women's evaluations of their intimate partners as a possible mediator between abuse and self-esteem. *Journal of Family Violence, 30*, 201–214.
- Lovibond, S. H., Lovibond, P. F., & Psychology Foundation of Australia. (1995). *Manual for the Depression Anxiety Stress Scales* (2nd ed.). Psychology Foundation of Australia.
- Loxton, D., Dolja-Gore, X., Anderson, A. E., & Townsend, N. (2017). Intimate partner violence adversely impacts health over 16 years and across generations: A longitudinal cohort study. *Plos One, 12*(6), e0178138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178138>
- Márquez, S. V., & Mora, A. M. (2022). Identificación de los factores de riesgo de violencia de género en el Ecuador como base para una propuesta preventiva. *Revista Desarrollo Y Sociedad, (91)*, 111–142. 10.13043/dys.91.3
- Marroquí, M., & Cervera, P. (2014). *Interiorización de los falsos mitos del amor romántico en jóvenes*. Universidad de Granada. 10.30827/Digibug.32269
- Mathias, A. R. A., Bedone, A., Osis, M. D., & Fernandes, A. M. S. (2013). Perception of intimate partner violence among women seeking care in the primary healthcare network in São Paulo state, Brazil. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official*

*Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 121(3), 214–217.

10.1016/j.ijgo.2012.12.019

Matud Aznar, M., Aguilera Ávila, L., Marrero Quevedo, R., Moraza Pulla, O., & Carballeira Abella, M. (2003). El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 439–459.

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.

10.1177/0886260509354879

McNeish, D. M. (2015). Using Lasso for Predictor Selection and to Assuage Overfitting: A Method Long Overlooked in Behavioral Sciences. *Multivariate Behavioral Research*, 50(5), 471–484. 10.1080/00273171.2015.1036965

Meekers, D., Pallin, S. C., & Hutchinson, P. (2013). Prevalence and correlates of physical, psychological, and sexual intimate partner violence in Bolivia. *Global Public Health*, 8(5), 588–606. 10.1080/17441692.2013.776093

Méndez Sánchez, M. d. P., García Méndez, M., Jaenes Sánchez, J. C. & Peñaloza Gómez, R. (2014). Percepción de la violencia y sintomatología depresiva en parejas mexicanas. *Apuntes De Psicología*, 32(2), 137–146. <https://doi.org/10.55414/cadazm13>

Mendonça, M. F., & Salvador de Ludermit, A. B. (2017). Intimate partner violence and incidence of common mental disorder. *Revista De Saúde Pública*, 51

Ministerio de Igualdad. (2024). *XVI Informe Anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2022 - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género.*

<https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/observatorio/informesanuales/xvi-informe-anual-del-observatorio-estatal-de-violencia-sobre-la-mujer-2022/>

Ministerio de Igualdad, & Eurostat. (2024). *Encuesta Europea de violencia de género - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género*.

[https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/encuesta\\_europea/](https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaencifras/encuesta_europea/)

Morejón, A. J., Garcia-Boveda, R., & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: Fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes De Psicología*, 22(2), 247-256, 0213-3334.

Mosiño, A., & Cardoso Torres, S. L. (2021). Violencia contra las mujeres y su asociación con los niveles de educación: un análisis de la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones de los Hogares, México 2021. *Acta Universitaria*, 34, e3996.

<https://doi.org/10.15174/au.2024.3996>

O'Leary, K. D. (1999). Psychological Abuse: A Variable Deserving Critical Attention in Domestic Violence. *Violence Vict*, (1), 3–23. 10.1891/0886-6708.14.1.3

Oluwagbemiga, A., Johnson, A., & Olaniyi, M. (2023). Education and Intimate Partner Violence Among Married Women in Nigeria: A Multilevel Analysis of Individual and Community-Level Factors. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(3-4), 3831–3863. 10.1177/08862605221109896

ONU. (1993). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer.

<https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>

ONU. (2024). *Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas | ONU Mujeres*

Organización Mundial de la Salud: OMS. (2021a). *Violencia contra la mujer*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Organización Mundial de la Salud: OMS. (2021b). Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018: estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres. Resumen [Abstract].

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349589/9789240027114-spa.pdf?sequence=1>

Pardo Merino, A., & San Martín Castellanos, R. (2011). *Análisis de datos en ciencias sociales y de la salud II*. Síntesis.

Pascual Fernández, A. (2016). *Sobre el mito del amor romántico. Amores cinematográficos y educación*. Universidad de Granada.

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* (2002), 15(5), 599–611. 10.1089/jwh.2006.15.599

Puente Martínez, A., Ubillos Landa, S., Echeburúa, E., & Páez Rovira, D. (2016). 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), 295–306.

<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>

- R Core Team, & R Foundation for Statistical Computing. (2025). R: A Language and Environment for Statistical Computing [computer software]. Vienna, Austria:
- Ratner, P. A. (1993). The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne De Sante Publique*, *84*(4), 246–249.
- Regueira-Diéguez, A., Pérez-Rivas, N., Muñoz-Barús, J. I., Vázquez-Portomeñe, F., & Rodríguez-Calvo, M. S. (2015). Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, *34*, 119–126.  
10.1016/j.jflm.2015.05.012
- Riquelme Silva, G., & Olivares-Faúndez, V. E. (2015). Rentabilidad del trabajo en Chile: Análisis de la evolución de los retornos por nivel educativo. *Ciencia & Trabajo*, *17*(52), 69–76.
- Rosenberg, M. (1965). Society and the adolescent self-image.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Álvarez-Kindelán, M., Palomo-Pinto, M., Arnalte-Barrera, M., Bonet-Pla, Á, De Santiago-Hernando, M. L., Herranz-Torrubiano, A., & Garralón-Ruiz, L. M. (2006). Sociodemographic Associations of Physical, Emotional, and Sexual Intimate Partner Violence in Spanish Women. *Annals of Epidemiology*, *16*(5), 357–363.  
10.1016/j.annepidem.2005.03.007
- Sackett, L. A., & Saunders, D. G. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims*, *14*(1), 105–117. 10.1891/0886-6708.14.1.105
- Sanmartín-Andújar, M., Vila-Fariñas, A., Pérez-Ríos, M., Rey-Brandariz, J., Candal-Pedreira, C., Martín-Gisbert, L., Rial-Vázquez, J., Ruano-Ravina, A., & Varela-Lema, L. (2023).

Percepción de violencia en el noviazgo entre los adolescentes. Estudio transversal. *Revista Española De Salud Pública*, 97

Sanz-Barbero, B., López Pereira, P., Barrio, G., & Vives-Cases, C. (2018). Intimate partner violence against young women: prevalence and associated factors in Europe. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72(7), 611–616. 10.1136/jech-2017-209701

Sarrió, M., Barberá, E., Ramos, A., & Candela, C. (2002). El techo de cristal en la promoción profesional de las mujeres. *International Journal of Social Psychology*, 17(2), 167–182. 10.1174/021347402320007582

Seijo Martínez, M. D., & Novo Pérez, M. (2009). In Fariña Rivera F., Arce Fernández R. and Buela-Casal G.(Eds.), *Aproximación psicosocial de la violencia de género. Aspectos introductorios*. Biblioteca Nueva.

Shen, S., & Kusunoki, Y. (2019). Intimate Partner Violence and Psychological Distress Among Emerging Adult Women: A Bidirectional Relationship. *Journal of Women's Health (2002)*, 28(8), 1060–1067. 10.1089/jwh.2018.7405

Simón, M. <sup>a</sup>., Molero Jurado, M., Del Mar, Pérez-Fuentes, M., Gázquez, J., Barragán Martín, A. B., & Martos Martínez, Á. (2017). Análisis de la relación existente entre el apoyo social percibido, la autoestima global y la autoeficacia general. *European Journal of Health Research*, 3, 137. 10.30552/ejhr.v3i2.71

Stein, S. F., Galano, M. M., Grogan-Kaylor, A. C., Clark, H. M., Ribaldo, J. M., & Graham-Bermann, S. A. (2022). Predictors of Intimate Partner Violence Victimization by Multiple Partners Over a Period of 8 Years. *Journal of Traumatic Stress*, 35(1), 222–234. 10.1002/jts.22723

- 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. 10.1016/j.avb.2003.09.001
- Street, A. E., & Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims, 16*(1), 65–78.
- Sugg, N. (2015). Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *The Medical Clinics of North America, 99*(3), 629–649. 10.1016/j.mcna.2015.01.012
- 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>
- The Jamovi Project. (2024). Jamovi [computer software]
- Tourné García, M., Herrero Velázquez, S., & Garriga Puerto, A. (2024). Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer por la pareja. *Atención Primaria, 56*(11), 102903. 10.1016/j.aprim.2024.102903
- Villarejo Ramos, A. (2005). Agresión a la mujer como factor de riesgo múltiple de depresión. *Psicopatología Clínica Legal Y Forense, 5*(1-3), 75–86.
- Villarreal, A. (2007). Women's Employment Status, Coercive Control and Intimate Partner Violence in Mexico. *Journal of Marriage and Family, 69*, 418–434. 10.1111/j.1741-3737.2007.00374.x

Vives-Cases, C., Gil-González, D., Plazaola-Castaño, J., Montero-Piñar, M. I., Ruiz-Pérez, I., Escribà-Agüir, V., Ortiz-Barreda, G., Torrubiano-Domínguez, J., & G6 para el Estudio de la Violencia de Género en España. (2009). Gender-based violence against immigrant and Spanish women: scale of the problem, responses and current policies. [Violencia de género en mujeres inmigrantes y españolas: magnitud, respuestas ante el problema y políticas existentes] *Gaceta Sanitaria*, *23 Suppl 1*, 100–106. 10.1016/j.gaceta.2009.07.008

Wingood, G. M., DiClemente, R. J., & Raj, A. (2000). Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*, *19*(4), 270–275. 10.1016/s0749-3797(00)00228-2

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30–41.  
10.1207/s15327752jpa5201\_2

## Anexos

### Anexo 1 – Formulario



### Impacto de la violencia de pareja en la salud mental de las mujeres

El presente formulario forma parte del Trabajo de Fin de Máster "Impacto de la violencia de pareja en la salud mental de las mujeres", realizado para la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales de la Universidad Pontificia Comillas. Dicho trabajo pretende analizar la influencia de distintas variables (ej. apoyo social) en las posibles consecuencias afectivas derivadas de haber mantenido un tipo de relación de pareja u otro. La recolección de datos irá destinada a esta investigación, con la posibilidad de ser publicada posteriormente.

El cuestionario tiene una duración aproximada de 10 minutos. Para asegurar la confidencialidad, la plataforma no recoge datos personales, correo electrónico o dirección IP, por lo que la encuesta es **completamente anónima**.

Los únicos requisitos para poder contestar son ser una **mujer mayor de edad, residir en España y haber mantenido una relación de pareja con un hombre**. La participación es totalmente voluntaria, pudiendo retirarte del estudio cuando lo desees, sin tener que dar explicaciones y sin que esto suponga ningún tipo de repercusión. Algunas de las preguntas podrían despertar recuerdos o emociones desagradables, por lo que tienes la opción de no continuar contestando si sientes que podría ser perjudicial para ti. Las respuestas que hayas marcado hasta ese momento no serán guardadas.

En caso de alguna duda puedes ponerte en contacto con Roxana (roxanei@alu.comillas.edu) o con Mar, tutora del TFM (mfollero@ext.comillas.edu).

La investigación se somete al cumplimiento de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales (LOPDGDD) y el Reglamento 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos.

**Afirmo haber leído y entendido la información proporcionada, estando de acuerdo en que mis respuestas puedan ser utilizadas con los fines anteriormente mencionados: \***

Sí

No

## Datos demográficos

¿Eres mayor de edad? \*

Sí

No

Indica tu edad \*

Por favor, elige... ▼

¿Cuál es tu género? \*

Mujer

Hombre

¿Cuál es tu orientación sexual? \*

Heterosexual

Bisexual

Lesbiana

¿Cuál es tu país de residencia? \*

España

Otro

¿Cuál es tu nacionalidad? \*

Por favor, elige... ▼

**¿Cuál es tu nivel educativo? \***

Estudios primarios

EGB, ESO

FP de grado medio, Ciclo formativo de grado medio

Bachillerato, FP de grado superior, Ciclo formativo de grado superior

Estudios universitarios (Diplomatura/Licenciatura/Grado)

Estudios universitarios superiores (Doctorado/Máster/Estudios de posgrado)

**Actualmente, ¿cuál es tu situación laboral? \***

Estudiante

Empleada por cuenta ajena

Desempleada

Autónoma

Jubilada o percibiendo pensión

Trabajo doméstico no remunerado

Otra situación (ej. incapacidad)

**¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor tus ingresos netos mensuales? \***

Por favor, elige... ▼

**Indica tu estado civil actual \***

Soltera

Casada

Pareja de hecho

Viuda

Separada

Divorciada

### ¿Tienes hijos? \*

Sí

No

### ¿Cuántos hijos tienes? \*

1

2

3

4 o más

## Salud mental

Por favor, lee cada una de las siguientes frases y marca la respuesta que mejor indique en qué medida cada frase ha sido aplicable a ti durante los **últimos 7 días**. No hay respuestas correctas ni incorrectas. No emplees mucho tiempo en cada frase.

### Me ha costado mucho descargar la tensión. \*

Nada aplicable a mí

Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo

Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo

Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

### He notado la boca seca. \*

Nada aplicable a mí

Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo

Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo

Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**No he podido sentir ninguna emoción positiva. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**He tenido dificultades para respirar (ej. respiración excesivamente rápida, falta de aliento sin haber hecho esfuerzo físico). \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**Me ha resultado difícil tener iniciativa para hacer cosas. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**He tendido a reaccionar exageradamente ante las situaciones. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**He tenido temblores (ej. en las manos). \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**He estado preocupada por situaciones en las que pudiera ser presa del pánico y hacer el ridículo. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**He sentido que no había nada que me ilusionara. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**Me he sentido agitada. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**Me ha resultado difícil relajarme. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**Me he sentido desanimada y triste. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**No he tolerado nada que me impidiera seguir con lo que estaba haciendo. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**He sentido que estaba al borde del pánico. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**He sido incapaz de entusiasmarme por nada. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**He sentido que no valía mucho como persona. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**He tendido a sentirme enfadada con facilidad. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**He notado mi corazón sin hacer esfuerzo físico (ej. aumento del ritmo cardíaco, ausencia de algún latido). \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**Me he sentido asustada sin una razón de peso. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

**He sentido que la vida no tenía ningún sentido. \***

- Nada aplicable a mí
- Aplicable a mí en algún grado, o una pequeña parte del tiempo
- Aplicable a mí en un grado considerable, o una buena parte del tiempo
- Muy aplicable a mí, o aplicable la mayor parte del tiempo

## Autoestima

Por favor, contesta las siguientes frases con la respuesta que consideres más apropiada.

**Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás. \***

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

**Estoy convencida de que tengo cualidades buenas. \***

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

**Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente. \***

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

**Tengo una actitud positiva hacia mí misma. \***

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

**En general, estoy satisfecha de mí misma. \***

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

**Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa. \***

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

**En general, me inclino a pensar que soy una fracasada. \***

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

**Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma. \***

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

**Hay veces que realmente pienso que soy una inútil. \***

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

**A veces creo que no soy buena persona. \***

Muy de acuerdo

De acuerdo

En desacuerdo

Muy en desacuerdo

## Actitudes de pareja

A continuación, se presentan una sucesión de preguntas que hacen referencia a experiencias o situaciones que pueden haber acontecido en tu **relación de pareja actual (si la tienes) o en una relación pasada con un hombre**. Por favor, léelas con atención e intenta responder de manera honesta a cada una de las cuestiones.

**Alguna vez en la vida tu pareja actual y/o pasada...**

**¿Te ha insultado? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ha menospreciado delante de otras personas? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

¿Te ha humillado delante de otras personas? \*

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

¿Y en los últimos 12 meses? \*

Sí

No

¿Te ha hecho cosas para asustarte a propósito? \*

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

¿Y en los últimos 12 meses? \*

Sí

No

**¿Te ha hecho cosas para intimidarte a propósito? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ha amenazado con hacerte daño? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ha amenazado con hacerle daño a alguien que te importa? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ha abofeteado? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ha arrojado algo con lo que podría lastimarte? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ha empujado? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ha golpeado con el puño? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ha golpeado con algo que pueda herirte o hacerte daño? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ha arrastrado? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ha golpeado con el pie? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Ha intentado estrangularte? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ha amenazado con una pistola, un cuchillo o algo por el estilo? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ha obligado a tener relaciones sexuales cuando no querías? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Alguna vez tuviste relaciones sexuales cuando no querías porque tenías miedo de lo que podría hacerte? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ha obligado a hacer algo sexual que has encontrado degradante o humillante? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Trató de evitar que vieras a tus amigas/os? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Trató de restringirte el contacto con tu familia? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Insistió en conocer dónde estabas todo el tiempo? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Te ignoró o te trató con indiferencia? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Se enfadó si hablabas con otro/s hombre/s? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**¿Sospechaba a menudo de que le eras infiel? \***

Nunca

Una vez

Pocas veces

Muchas veces

**¿Y en los últimos 12 meses? \***

Sí

No

**La relación en la que te has basado para completar el anterior cuestionario es... \***

Actual

Pasada

**¿Qué duración ha tenido dicha relación? \***

Menos de 6 meses

Entre 6 meses y 1 año

Entre 1 y 2 años

Entre 2 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Más de 10 años

**¿Hace cuánto terminó dicha relación? \***

Menos de 6 meses

Entre 6 meses y 1 año

Entre 1 y 2 años

Entre 2 y 5 años

Entre 5 y 10 años

Más de 10 años

**¿Cuántos años tenías tú cuando ocurrió? \***

Por favor, elige... ▼

## Apoyo social percibido

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones sobre tu entorno (amigos, familia y personas relevantes).

**Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil. \***

Totalmente en desacuerdo

Bastante en desacuerdo

Algo en desacuerdo

Algo de acuerdo

Bastante de acuerdo

Totalmente de acuerdo

**Existe una persona especial con la cual puedo compartir mis penas y alegrías. \***

Totalmente en desacuerdo

Bastante en desacuerdo

Algo en desacuerdo

Algo de acuerdo

Bastante de acuerdo

Totalmente de acuerdo

**Mi familia realmente intenta ayudarme. \***

Totalmente en desacuerdo

Bastante en desacuerdo

Algo en desacuerdo

Algo de acuerdo

Bastante de acuerdo

Totalmente de acuerdo

**Obtengo de mi familia el apoyo emocional que necesito. \***

Totalmente en desacuerdo

Bastante en desacuerdo

Algo en desacuerdo

Algo de acuerdo

Bastante de acuerdo

Totalmente de acuerdo

**Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí. \***

Totalmente en desacuerdo

Bastante en desacuerdo

Algo en desacuerdo

Algo de acuerdo

Bastante de acuerdo

Totalmente de acuerdo

**Mis amigos realmente tratan de ayudarme. \***

Totalmente en desacuerdo

Bastante en desacuerdo

Algo en desacuerdo

Algo de acuerdo

Bastante de acuerdo

Totalmente de acuerdo

**Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal. \***

Totalmente en desacuerdo

Bastante en desacuerdo

Algo en desacuerdo

Algo de acuerdo

Bastante de acuerdo

Totalmente de acuerdo

**Puedo hablar de mis problemas con mi familia. \***

Totalmente en desacuerdo

Bastante en desacuerdo

Algo en desacuerdo

Algo de acuerdo

Bastante de acuerdo

Totalmente de acuerdo

**Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías. \***

Totalmente en desacuerdo

Bastante en desacuerdo

Algo en desacuerdo

Algo de acuerdo

Bastante de acuerdo

Totalmente de acuerdo

**Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos. \***

Totalmente en desacuerdo

Bastante en desacuerdo

Algo en desacuerdo

Algo de acuerdo

Bastante de acuerdo

Totalmente de acuerdo

**Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones. \***

Totalmente en desacuerdo

Bastante en desacuerdo

Algo en desacuerdo

Algo de acuerdo

Bastante de acuerdo

Totalmente de acuerdo

### Puedo hablar de mis problemas con mis amigos. \*

Totalmente en desacuerdo

Bastante en desacuerdo

Algo en desacuerdo

Algo de acuerdo

Bastante de acuerdo

Totalmente de acuerdo



Muchísimas gracias por tu tiempo y por haber llegado hasta aquí.

Las preguntas anteriores pueden haber removido experiencias pasadas o haberte hecho reflexionar sobre tu relación actual. En caso de que sientas que podrías necesitar ayuda especializada, por favor, no dudes en ponerte en contacto con alguno de los siguientes recursos, a los que podrás acceder pinchando directamente sobre el nombre:

- **016**: Servicio telefónico de información, asesoramiento jurídico y atención psicosocial inmediata por personal especializado. También puedes contactar a través de WhatsApp (600 000 016) o email (016-online@igualdad.gob.es).
- **Asociación Somos Más** (Zaragoza): acogida, acompañamiento, asesoramiento y atención, asesoría jurídica y atención psicológica y social. También ofrecen atención temprana a víctimas de violencia de género digital. <https://asocsomosmas.es/>
- **Asociación Alanna** (Valencia): Centro de Atención Integral a Mujeres y menores Víctimas de la Violencia de Género. <http://www.alanna.org.es/>
- **Fundación Luz Casanova** (Madrid): Inclusión, formación y atención a personas sin hogar, mujeres y menores víctimas de violencia de género, e inmigrantes.
- **Fundación Ana Bella** (nacional e internacional): Respuesta inmediata a las peticiones de ayuda y adaptada a las circunstancias de cada mujer, apoyo emocional presencial y telefónico.
- **Asociación AFAVIR** (Castellón): ayuda a familiares y víctimas de Violencia de Género.
- **Asociación Victoria** (Madrid, Fuenlabrada): equipo multidisciplinar de psicólogas, abogadas, trabajadoras sociales, y terapeutas.
- **Asociación AMUVI** (Sevilla): Asesoramiento, asistencia e información a las víctimas de violencia sexual y violencia de género.
- **Asociación Malos Tratos** (País Vasco, Madrid, Sevilla): ofrece ayuda a mujeres maltratadas, violencia de género y casos de prostitución.
- **Recursos del Gobierno de Navarra**
- **Asociación Clara Campoamor** (nacional)

También queremos recordarte nuestros correos para que puedas ponerte en contacto con nosotras si sientes que habría algo en lo que te podamos ayudar. Roxana (roxanei@alu.comillas.edu) y Mar (mfollero@ext.comillas.edu).

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

IMPACTO DE LA  
**VIOLENCIA  
DE GÉNERO**

EN LA SALUD MENTAL DE  
LAS MUJERES

¡TU VOZ ES IMPORTANTE!

Si eres una mujer mayor de edad, ayúdanos a investigar las consecuencias psicológicas derivadas de distintas relaciones de pareja.

Escanea el QR y completa el cuestionario. ¡Son menos de 10 minutos y es completamente anónimo!



### Anexo 3 – Código regresiones LASSO

```
library(glmnet)
library(jmvReadWrite)

# Leer datos
data <- read_omv("Datos.omv")

X <- model.matrix(
~ v_psico_cat * Ingresos +
`v_fis_cat ` * Ingresos +
v_sex_cat * Ingresos +
`v_control_cat ` * Ingresos +

v_psico_cat * edad_centrada +
`v_fis_cat ` * edad_centrada +
v_sex_cat * edad_centrada +
`v_control_cat ` * edad_centrada +

v_psico_cat * edad_relación +
`v_fis_cat ` * edad_relación +
v_sex_cat * edad_relación +
`v_control_cat ` * edad_relación +

v_psico_cat * actual_pasada +
`v_fis_cat ` * actual_pasada +
v_sex_cat * actual_pasada +
`v_control_cat ` * actual_pasada +

v_psico_cat * duracion_relacion +
`v_fis_cat ` * duracion_relacion +
v_sex_cat * duracion_relacion +
`v_control_cat ` * duracion_relacion +

v_psico_cat * vreciente +
`v_fis_cat ` * vreciente +
v_sex_cat * vreciente +
`v_control_cat ` * vreciente +

v_psico_cat * amigos_centrada +
`v_fis_cat ` * amigos_centrada +
v_sex_cat * amigos_centrada +
`v_control_cat ` * amigos_centrada +
```

```

v_psico_cat * familia_centrada +
`v_fis_cat ` * familia_centrada +
v_sex_cat * familia_centrada +
`v_control_cat ` * familia_centrada +

v_psico_cat * persona_centrada +
`v_fis_cat ` * persona_centrada +
v_sex_cat * persona_centrada +
`v_control_cat ` * persona_centrada,

data = data
)[, -1] # quitar intercepto

# Definir variables dependientes
respuestas <- list(
  ansiedad = data$total_ansiedad,
  depresion = data$total_depresion,
  estres = data$total_estres,
  autoestima = data$total_autoestima
)

# Parámetros para las réplicas

n_iter <- 100
threshold <- 0.50
results <- list()

# Loop por cada variable dependiente
for (var in names(respuestas)) {
  cat("\n===== \n")
  cat("Variable dependiente:", var, "\n")

  y <- respuestas[[var]]
  n <- nrow(X)
  p <- ncol(X)
  selection_matrix <- matrix(0, nrow = p, ncol = n_iter)

  for (i in 1:n_iter) {
    set.seed(100 + i)
    idx <- sample(1:n, replace = TRUE)
    X_boot <- X[idx, ]
    y_boot <- y[idx]

```

```

cvfit <- cv.glmnet(X_boot, y_boot, alpha = 1, nfolds = 10)
coefs <- coef(cvfit, s = "lambda.1se")[-1]
selection_matrix[, i] <- as.numeric(coefs != 0)

}

selection_freq <- rowMeans(selection_matrix)
names(selection_freq) <- colnames(X)
stable_vars <- sort(selection_freq, decreasing = TRUE)

# Guardar en lista de resultados
results[[var]] <- stable_vars

# Imprimir
#print(round(stable_vars, 2))
cat("\nVariables seleccionadas en al menos", threshold * 100, "% de las repeticiones:\n")
print(stable_vars[stable_vars >= threshold])

# Gráfico (opcional)
barplot(stable_vars, main = paste("Frecuencia de selección -", var),
las = 2, col = "steelblue", ylim = c(0, 1))
abline(h = threshold, col = "red", lty = 2)

}

```

## Anexo 4 – Prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov

	Prueba K-S	<i>p</i>
<b>Edad</b>	1	< .00
<b>Depresión</b>	.74	< .00
<b>Ansiedad</b>	.72	< .00
<b>Estrés</b>	.92	< .00
<b>Autoestima</b>	1	< .00
<b>Apoyo total</b>	1	< .00
<b>Apoyo amigos</b>	1	< .00
<b>Apoyo familia</b>	1	< .00
<b>Apoyo persona significativa</b>	1	< .00

## Anexo 5 – Gráficas Q-Q

- A. Ansiedad
- B. Depresión
- C. Estrés
- D. Autoestima

