



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

1

## **Consecuencias de la Violencia Intrafamiliar:**

**Una medición de los niveles de Ansiedad, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control en usuarias del Centro de la Mujer de Estación Central.**

Memoria para optar al título de Psicóloga

### **Autora:**

Marés Garrido González.

### **Profesora Patrocinante:**

Loreto Leiva

Santiago, Noviembre del 2016.



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

*Mujer, si te han crecido las ideas  
de ti van a decir cosas muy feas  
que, que no eres buena, que, que si tal cosa  
que cuando callas te ves mucho más hermosa  
Mujer, Espiga abierta entre pañales  
cadena de eslabones ancestrales  
ovario fuerte, di, di lo que vales  
la vida empieza donde todos son iguales...*

*Mujer, Gloria Martin.*



## Indice

<b>RESUMEN.....</b>	<b>4</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>4</b>
<b>I.INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>5</b>
I.1 RELEVANCIA DEL PROBLEMA.....	6
<b>II. MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>7</b>
II.1 VIOLENCIA EN LA PAREJA.....	7
II.2 TIPOS DE ABUSOS .....	9
II.3 INTERVENCIONES CONTRA LA VIOLENCIA EN LA PAREJA EN CHILE .....	11
II.4 CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA EN LA SALUD MENTAL DE LA MUJER .....	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
II.4.1 Ansiedad.....	14
II.4.2 Autoestima.....	15
II.4.3 Aislamiento social.....	15
<b>III. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>17</b>
III.1 OBJETIVOS .....	17
III. 1.1 Objetivo General .....	17
III. 1.2 Objetivos Específicos .....	17
III.2 HIPÓTESIS.....	18
<b>IV. METODOLOGÍA.....</b>	<b>18</b>
IV.1 DISEÑO Y PROCEDIMIENTO .....	18
IV.2 PARTICIPANTES .....	19
IV.3 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN .....	19
IV.4 ANÁLISIS DE INFORMACIÓN.....	22
<b>V. RESULTADOS .....</b>	<b>22</b>
V.1 CARACTERIZACIÓN .....	23
V.2 CORRELACIONES.....	26
V.3 DIFERENCIAS ENTRE MEDIAS.....	27
<b>VI. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>29</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.</b>
<b>APÉNDICE .....</b>	<b>38</b>
INSTRUMENTOS .....	38
Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.....	38
Cuestionario de Salud General de Golberg. ....	40
Cuestionario de Apoyo Social Percibido. ....	41
Escala de Autoestima de Rosenberg. ....	43
Escala de Locus de Control de Levenson.....	43



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

## **Resumen**

El presente estudio consistió en caracterizar una muestra de 20 mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar y usuarias de un Centro de la Mujer. Para esto fueron consignados sus Datos Sociodemográficos y sus Niveles de Violencia, Riesgo y Daño. Además, fueron evaluados sus Niveles de Ansiedad, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control.

Los análisis incluyeron la observación de frecuencias, la observación de correlaciones entre variables, y la comparación de medias.

Se concluyó que el tipo de Violencia que más vivenciaron estas mujeres es el psicológico, presentándose en un 100% de los casos. Además, se concluyó que según el Estado Civil de la mujer, aumentarán o disminuirán sus Niveles de Ansiedad Estado y Salud Mental; al igual que con la variable Estudios, concluyéndose que a mayor Nivel Educativo, más elevados serán sus Niveles de Autoestima y menores serán sus Niveles de Locus de Control de Casualidad.

## **Abstract**

The following study consisted in the characterization of a sample of 20 women, victims of domestic violence and attending a Women Aid Center. For this their sociodemographic data and violence level was established. Further more their anxiety, mental health, perceived social aid, self-esteem and control locus levels were tested.

The analysis of this data included the observation of frequency, the observation of correlations between variables and the comparing of measurements.

It was concluded that the most frequent type of violence that the women experienced was psychological, showing in 100% of the cases. It was also concluded that according to the women marital status, the levels of anxiety and mental health would increase or decrease; just as with the variable education, concluding that to higher educational level higher levels of self-esteem and lower the levels of the coincidence control locus.



## I.Introducción

Solo en el año 2015, el Servicio Nacional de la Mujer [SERNAM] registró 45 femicidios perpetrados por las parejas o ex parejas de las víctimas, cifras que sólo consideran los asesinatos en el marco de la Violencia Intrafamiliar, dejando de lado todos aquellos femicidios en donde no existe una relación legal entre las partes.

El femicidio es la máxima expresión de la Violencia en contra de las Mujeres, poniendo en evidencia la ferocidad con que actúa el patriarcado en el día a día y en relaciones tan íntimas como lo son las relaciones de pareja (Fernández, 2012).

Además de la muerte, la violencia intrafamiliar puede presentar una serie de manifestaciones físicas, psicológicas, sexuales y/o económicas de carácter grave, que afectan sustancialmente la calidad de vida de las víctimas (Matud, 2004).

El interés del presente estudio radica en las profundas consecuencias que la violencia puede producir en la Salud Mental de las mujeres víctimas, quienes en muchos casos experimentan mayores niveles de Depresión Grave, Ansiedad, Insomnio y Síntomas Somáticos, además de presentar menores niveles de Autoestima y Apoyo social, situación que disminuye cuando las mujeres se encuentran separadas de los agresores, lo que aporta a establecer la relación entre el maltrato y las consecuencias psicológicas que para las mujeres conlleva (Amor, De Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 2002).

El cúmulo de toda esta experiencia de violencia, genera consecuencias y síntomas clínicos que desembocan en una inadaptación a la vida cotidiana y una profunda interferencia en el funcionamiento cotidiano de las víctimas (Amor, Corral, Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 1997).

Considerando lo anterior, el objetivo de esta investigación se centró en asociar y determinar ciertos Datos Sociodemográficos y los Niveles de Violencia, Riesgo y Daño que presenta un grupo de 20 mujeres que sufrieron -o sufren- de Violencia Intrafamiliar y son usuarias del Centro de la Mujer de Estación Central. Todo esto con el fin de relacionarlas con los Niveles de Ansiedad Estado-Rasgo [A E; A R], Salud Mental [S M],



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

Apoyo Social Percibido [A S], Autoestima [A] y Locus de Control [L C] que presentan al momento de participar de las intervenciones del Centro.

A partir de la literatura y los estudios revisados, se hipotetizó que la muestra presentaría altos niveles de Ansiedad, mayor propensión a desarrollar psicopatologías (Salud Mental), un reducido Apoyo Social, bajos niveles de Autoestima y un Locus de Control más externo que interno. Además, se esperó encontrar dependencia o relación entre estas variables, y diferencias significativas entre sus medias y la media de los datos sociodemográficos recopilados.

## **I.1 Relevancia del problema**

La relevancia y aporte del presente estudio, radica en visibilizar una problemática de salud que cada día afecta a las mujeres. La visibilización progresiva de este fenómeno ha hecho que organizaciones tanto nacionales como internacionales tomen posición en el asunto y definan y caractericen la Violencia en Contra de la Mujer con el fin de prevenirla, legislarla y erradicarla (Comisión Interministerial de Prevención de la Violencia Intrafamiliar, 2006; (Convención Belem do Pará, 1994; Organización de las Naciones Unidas, 1995; Organización Mundial de la Salud, 2002; SERNAM, 2015).

La psicología en particular puede de manera concreta aportar en la prevención psicoeducativa del fenómeno, junto con acompañar y contener a las víctimas posibilitando una reparación del daño y promoviendo un empoderamiento de la mujer que le permita entender su situación, sobreponerse y retomar sus actividades cotidianas con normalidad.



## **II. Marco Teórico**

En el año 2002, la Organización Mundial de la Salud [OMS], a través del *Informe mundial sobre la violencia y la salud*, definió a la violencia como el uso que hacen los sujetos/tas de la fuerza física y el poder, ejercido en forma de amenaza o de manera efectiva, ya sea contra uno mismo/a, o contra otras personas, grupos o comunidades, o que tenga altas probabilidades de generar lesiones, trastornos psicológicos y/o del desarrollo, privaciones o muerte para quienes la sufren.

Por otro lado, y siguiendo esta idea, (Molas, 2000) propone que la violencia tiene como característica central la transgresión de los límites de un/a otro/a basado en la desigualdad de las relaciones de poder, en donde se expresa el dominio de una de las partes en contraposición al sometimiento de la otra.

En Chile también se aborda la violencia como problemática de salud, y es por lo mismo que en la Comisión Interministerial de Prevención de la Violencia Intrafamiliar (2000-2006), se establece el concepto de violencia desde un marco de interacciones viciado por relaciones abusivas de poder, además, se plantea que la violencia adopta diferentes formas según como se estructuran y evolucionan las dinámicas de poder interpersonales y sociales (Gobierno de Chile, 2006).

Dentro de las diferentes formas en que se puede expresar la violencia, se considerará principalmente la violencia intrafamiliar, pasando por los tipos de abusos presentes en estas relaciones abusivas, así como también los tipos de intervenciones que se realizan en Chile para abordar terapéuticamente la temática. Se pondrá énfasis en las consecuencias que la violencia intrafamiliar deja en las mujeres víctimas, centrando el foco en la Ansiedad, la Autoestima y el Aislamiento Social.

### **II.1 Violencia Intrafamiliar**

Uno de los tipos de violencia presentes en la sociedad actual es la que se produce en las relaciones de pareja, entendida también desde las relaciones desiguales de poder que pueden establecerse entre hombres y mujeres, dejando generalmente a los primeros en una posición de privilegio por sobre las segundas (Pizarro y Torres, 2014).



En 1995 la Organización de las Naciones Unidas [ONU] la define como todos aquellos actos de violencia sexista que generen un posible o real daño físico, sexual y/o psíquico, incluyendo la coerción, las amenazas o la privación arbitraria de libertad ya sea en un espacio público o privado.

Para fines de esta investigación, resultan pertinentes las teorías sociales y culturales que intentan explicar y caracterizar la violencia intrafamiliar, que apuestan por la existencia de una violencia de género que presenta valores y costumbres arraigados en la cultura que se encargan de legitimar por diversos medios el control del hombre sobre la mujer. Este enfoque habla de mujeres víctimas y hombre victimarios, y no apela por eso a una diferenciación biológica, si no que más bien apuesta por la existencia de experiencias que refuerzan estereotipos y estructuras sociales desiguales entre géneros originando con esto patrones de violencia y poder a lo largo de las relaciones (Expósito, 2011).

Se entiende entonces a la violencia de género (que incluye dentro de sí a la violencia intrafamiliar) como un conjunto de comportamientos validados por grupos sociales de ideología patriarcal de la masculinidad que ejercen un uso ilegítimo de poder asociado a una infravaloración de las mujeres, validando ideas y creencias erróneas sobre ellas y su sexualidad, además de propiciar y favorecer una sociabilización sexista (Barragán, 2001 citado en Armijo, 2010).

La convención Interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la Violencia en contra de la mujer “Convención Belem do Pará” (1994) indica en su artículo 2 que la violencia de género se presenta en distintas manifestaciones, principalmente en el ámbito físico, psicológico y sexual, además de la posibilidad de ser perpetrada por diversos actores, ya sea dentro de la familia o unidad doméstica o en cualquier otro tipo de relación interpersonal; o dentro de una comunidad, así como en instituciones educativas, de salud; incluso la perpetrada por el estado y sus agentes donde quiera que ocurra.

La disponibilidad de datos sobre la violencia de género en Chile, se encuentran desarrollados principalmente en la violencia doméstica o violencia intrafamiliar [VIF], y según datos de la Encuesta Nacional de Victimización por VIF y delitos sexuales, el



31,9% de las mujeres han sufrido en algún momento de su vida alguna forma de violencia, ya sea física, psicológica o sexual, o una combinación de estas por parte de su pareja, ex pareja o algún familiar. Con un 74%, es la pareja o ex pareja de la mujer el principal agresor, mientras que de manera secundaria, con un 22,7% se encuentran otros parientes (Ministerio del Interior y Seguridad Pública, 2013).

## **II.2 Tipos de abusos**

La violencia que recibe la mujer en el ámbito intrafamiliar tiene múltiples manifestaciones, el modelo de Duluth, generado por Domestic Abuse Intervention Programs [DAIP] las clasifica a través de la *Rueda de Poder y Control* (Ver figura n°1), evidenciando aquellas prácticas abusivas más nombradas por las participantes de su estudio.

Este modelo, considera el maltrato como un patrón de acciones que una persona utiliza para controlar y dominar a su pareja. Es por esta concepción que las palabras Poder y Control están en el centro de la rueda; mientras que en los radios de la rueda se encuentran las tácticas sistemáticas o tipos de abuso que los agresores utilizarían para infundir miedo en sus parejas, como las amenazas, intimidación, coacción, entre otras. Por último, en la llanta de la rueda, se posicionan la violencia física y sexual, que a partir del estudio, se identifican como las violencias que unen todo el ciclo (Pence y Shepard, 1999).

El modelo de Duluth, específicamente la Rueda de Poder y Control, es utilizado en varias partes del mundo para abordar la temática de violencia en contra de la mujer en contexto intrafamiliares, es por esto que es posible encontrarla en manuales de intervención, libros y artículos; además de utilizarse en grupos de asesoramiento y educación para hombres que ejercen violencia (DAIP, 2016.).

En el caso de Chile, la Rueda de Poder y Control es utilizada por el Servicio Nacional De la Mujer [SERNAM] como uno de los modelos teóricos que permiten articular el fenómeno de la violencia en contra de la mujer, entendiéndolo desde una lectura sistémica desde donde las conductas y comportamientos no son considerados como



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

inherentes al individuo si no que más bien serían pautas que nacen de la relación con el entorno.

Desde esta visión, SERNAM incluye además en su tipificación de abusos intrafamiliares clasificaciones más generales y reconocidas en donde se incluye la violencia física y la violencia psicológica, así como también la violencia sexual y la violencia económica (SERNAM, 2015).



Figura n°1. Rueda de Poder y Control. Fuente: Domestic Abuse Intervention Programs.



### **II.3 Intervenciones contra la violencia intrafamiliar en Chile**

En Chile, el tema de la violencia intrafamiliar comienza a regir en lo gubernamental a inicios de los años noventa, con la creación en 1991 del Servicio Nacional de la Mujer; En 1994, surge la promulgación de ley de Violencia Intrafamiliar (ley n° 19.325), que tipifica este tipo de violencia como un hecho punible (Salazar y Vinet, 2011).

En el 2005 esta normativa fue remplazada por la Ley n°20.066 (Larraín, 2008) que aborda la temática de la violencia de género, pero llevada específicamente al ámbito de la violencia en la pareja y expresadas en la ley que intenta erradicar únicamente la violencia intrafamiliar, y tal como menciona el artículo 5, será constitutivo de violencia intrafamiliar todo maltrato que ponga en riesgo la vida o la integridad de quien tenga o tuviese una relación conyugal o de convivencia con el ofensor; o sea pariente por consanguinidad; o si el inciso ocurre entre los padres de un hijo/a común (SERNAM, 2015).

Desde Chile Acoge, se ofrecen programas de prevención de la violencia intrafamiliar, además del trabajo de SERNAM realizado también en prevención y atención a víctimas de violencia intrafamiliar buscando la disminución del riesgo, el daño y la erradicación de la violencia (Larraín, 2008).

Para el cometido, SERNAM cuenta con 96 Centros de la Mujer, 24 Casas de Acogida y 1 casa de refugio para mujeres víctimas del delito de Trata de personas, además de 15 Centros de Hombres por una Vida Sin Violencia repartidos por todo el país y que se encargan de trabajar con hombres que ejercen violencia en contra de sus parejas (Pizarro y Torres, 2014).

En el año 2000 SERNAM crea los *Centros de Atención Integral y Prevención en Violencia Intrafamiliar*, en el 2005 estos cambian su nombre a Centros de la Mujer, manteniendo el objetivo de promover un espacio de atención especializada para mujeres mayores de 18 años, víctimas de VIF con énfasis en la prevención comunitaria, y con una visión sociocultural del fenómeno de la violencia contra la mujer, interviniendo en 3 áreas: prevención, capacitación y atención psicosocial-jurídica (SERNAM, 2015).



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

Este modelo de intervención va por etapas, lo que permite a los profesionales alcanzar una visión más acabada de la situación de las usuarias del programa. La primera etapa consiste en la primera acogida, compuesta principalmente por la entrevista de ingreso al programa. Seguido de esto, se realizan las entrevistas diagnósticas en las áreas psico-socio-jurídica, que tienen por objetivo abordar la situación de violencia y establecer los niveles de daño y riesgo; a la vez que se espera instaurar un vínculo de confianza con la usuaria y generar una co-construcción del motivo de consulta y/o demanda en VIF, generando con esto un plan de intervención individual para cada caso. Cuando se evalúa que la mujer no se encuentra en un riesgo que comprometa su vida, ni posee alguna imposibilidad emocional que obstaculice el trabajo conjunto con otras mujeres (ya sea Estrés Postraumático, Adicciones, Trastornos de Personalidad, y/o Ideación y Planeamiento Suicida) se les ofrece la participación en un proceso de intervención grupal, donde se espera gestionar un espacio vincular de apoyo, contención y confidencialidad (Pizarro y Torres, 2014).

Una vez establecido el plan de intervención individual, se procede a la ejecución del mismo, además de un constante seguimiento del caso, es con esto que luego se evalúa y dictamina la salida del programa, que culminará con un posterior seguimiento a la situación actual de las mujeres según el tipo de salida establecido por las/los profesionales (SERNAM, 2015).

#### **II.4 Consecuencias de la Violencia en la Salud Mental de la Mujer**

La gravedad psicopatológica -o de Salud Mental- expresada en síntomas de Estrés Postraumático (Calvete, Corral y Estévez, 2007) y Malestar Emocional en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, se relaciona con las diferentes circunstancias de las agresiones, como lo son los años de sufrimiento del maltrato, la cercanía de la violencia en el tiempo, e incluso los episodios de maltrato que pudiesen existir en la infancia de la víctima (Amor et al., 2002).



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

Este impacto de la violencia en la Salud Mental de las mujeres, se expresa en la mayoría de los casos (Amor et al., 2002) en mayores niveles de Depresión, Ansiedad, Insomnio y síntomas somáticos (Adams, Bott, Goodwin y Guedes, 2013; Fernández, Labrador y Rincón, 2010).

Suelen ser mujeres que se sienten más inseguras, temerosas, desesperanzadas y abandonadas y que cuentan con bajos niveles de Autoestima y Apoyo Social, lo que las lleva a experimentar ideación suicida y reportar un mayor número de enfermedades y consumo de medicamentos (Adams et al., 2013; Amor et al., 1997; Matud, 2004; SERNAM, 2015).

Las conclusiones realizadas por Lorence, Menéndez y Pérez (2013), aportan además a entender que la prolongación en el tiempo de las relaciones abusivas pasa por la dependencia emocional que se establece en el vínculo, además de las graves consecuencias que la violencia deja en los recursos personales de afrontamiento -o de control externo y/o interno- de las víctimas, dificultando el término de la relación.

Un estudio de Ace, Buzan, Follingstad, Helff y Runge (2001) concluye también que aquellas víctimas que presentan un Locus de Control más externo, son propensas a desarrollar una mayor identificación con el agresor -empatía y/o dependencia- lo que las imposibilitaría de ver los recursos propios con que cuentan para superar la situación.

Para fines de este estudio, se pondrá énfasis en 3 consecuencias psicológicas de la violencia contra la mujer que según la literatura revisada, engloban gran parte de la sintomatología en casos de violencia.



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

### **II.4.1 Ansiedad.**

Dentro de las repercusiones negativas que la violencia intrafamiliar deja en la salud mental de las mujeres, se encuentran con frecuencia la ansiedad y la depresión (Barreto, González, y Soler, 2005; (Cardenal, Jiménez, Madrigal, Ortiz, y Téllez, 2012).

La ansiedad, como fenómeno psíquico, responde muchas veces a una función adaptativa de los seres humanos que sirve para responder de manera adecuada a situaciones amenazadoras o de riesgo, el problema se presenta cuando los niveles de ansiedad resultan desproporcionados con respecto a una situación o cuando no responden a un problema real (Bobes, Bousoño, González, y Sáiz, 1999).

Las respuestas fisiológicas que caracterizan la ansiedad suelen ser el ahogo, el sofoco, la sudoración, la presión de pecho, el nudo en la garganta, los mareos y la tensión muscular; mientras que los síntomas depresivos suelen englobar sentimientos de culpabilidad, inseguridad, fracaso, baja autoestima, inutilidad, confusión y desesperanza hacia el futuro (Contreras, Galleguillos, Gómez y Ramos, 2010; Barreto et al., 2005), que se correlacionan positiva y significativamente con los niveles de violencia vividos por las víctimas (Corbalán, Hernández y Limiñana, 2007).

Cuando se habla de los Trastornos de Ansiedad, sobretodo del Trastorno de Ansiedad Generalizada, surge también la necesidad de hablar de Depresión, puesto que en términos de sintomatología existe una fuerte comorbilidad entre ambos tipos de trastornos, pero sin saber exactamente cual antecede o predispone al otro, o si en realidad se produce una confusión entre ambos por la presencia de síntomas en común (Agudelo, Buena-Casas y Spielberger, 2007; Blalock, Catanzaro, Joiner, Laurent, y Sandín, 1996).

En el caso de las mujeres víctimas de violencia intrafamiliar, esta comorbilidad entre la Ansiedad y la Depresión se cumple a cabalidad, y los síntomas se expresan e incrementan debido a los factores ambientales estresantes a los que se ven expuestas (Contreras y Rodríguez, 1998).



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

#### **II.4.2 Autoestima.**

La autoestima es una autovaloración que va dependiendo de las condiciones de vida y de lo que se experimenta en el cotidiano de las relaciones sociales (Martínez, 2013). En el caso de las mujeres que sufren de violencia doméstica, la autoestima se considera una variable decisiva puesto que se presenta en bajos niveles, evidenciando un malestar emocional generalizado y propiciando una inseguridad en sí mismas que les dificulta la toma de decisiones (Cardenal et al., 2012; Matud, 2004).

La baja autoestima como una inadecuada concepción de sí mismas, como una escasa sensación de valía y percepción de insuficientes recursos personales, podrían explicarse según Fernández et al. (2010) como la autocrítica y la responsabilidad aprendida de la situación violenta, que no permite dar el paso para romper el ciclo, y que envuelve a la mujer en sensaciones de fracaso y culpa.

Un estudio de Matud (2004), relata también que las mujeres en proceso de separación del agresor y que han sido maltratadas más recientemente, presentan también menores niveles de autoestima y se sienten más inseguras que las mujeres que teniendo una historia de maltrato, se han separado del agresor y han logrado rehacer su vida.

Otros estudios (Fernández, 2006; Carpio y Tejero, 2012; Cardenal et al., 2012; García y Guerrero, 2008) confirman el aumento en sus niveles de autoestima luego de recibir o participar de procesos terapéuticos.

#### **II.4.3 Aislamiento social.**

Parte del control que ejerce el agresor hacia la víctima de violencia, consiste en el encierro y el aislamiento de la mujer de su entorno cercano, consiguiendo con esto perpetuar las lógicas de violencia, puesto que dificulta la posibilidad de la víctima de pedir ayuda (Molas, 2000).

Además de que el agresor limita sus actividades y el contacto que tiene con personas externas a la relación de pareja, es la propia víctima quien en muchos casos,



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

por consecuencia de la violencia, decide distanciarse de su círculo social por vergüenza o temor a que el agresor la violente en presencia de otros/as (Almonacid et al., 1996).

Un estudio sobre Apoyo Social Percibido en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar (Buesa y Calvete, 2013), evaluó distintos tipos de apoyo y su asociación con síntomas depresivos y de estrés postraumático, los resultados mostraron que solo el Apoyo Social Percibido por una persona de confianza reporta menos síntomas de depresión y de estrés postraumático, lo que resulta importante puesto que las participantes declararon que este tipo de apoyo era del que carecían más.

Lo anterior se condice con otros estudios (Aguilera, Carballeira, Matud, Marrero y Moraza, 2003; Estrada, Herrero y Rodríguez, 2012) que también posicionan como relevantes al papel de las amistades, de los/as hijos/as, de las familias de origen e incluso de las/os profesionales que trabajan en diversos centros de atención a víctimas de violencia como un pilar emocional importante que las ayuda a superar el aislamiento social y buscar soluciones.

Con todo lo expuesto, surge la interrogante de cómo se desarrollarán estas sintomatologías en el grupo de mujeres estudiadas, a partir de los niveles y tipos de Violencia que cada una de ellas ha sufrido y/o sigue sufriendo en su relación de pareja.



### **III. Pregunta de Investigación**

¿Cómo se expresan los Niveles de Violencia, Riesgo y Daño en un grupo de 20 mujeres que padecen de Violencia Intrafamiliar, y qué relación establecen estos con sus Niveles de Ansiedad Estado-Rasgo, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control?

#### **III.1 Objetivos**

##### **III. 1.1 Objetivo General**

Asociar y determinar los Niveles de Violencia, Riesgo y Daño que presenta un grupo de 20 mujeres que sufrían -o sufren- Violencia Intrafamiliar en relación a sus Niveles de Ansiedad Estado-Rasgo, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control.

##### **III. 1.2 Objetivos Específicos**

1- Caracterizar a las mujeres Víctimas de Violencia Intrafamiliar a partir de la información sociodemográfica y los Niveles de Violencia, Daño y Riesgo que presentan al momento de ingresar al Centro de la Mujer de Estación Central.

2- Determinar sus Niveles de Ansiedad Estado-Rasgo, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control.

3- Establecer y describir las posibles correlaciones existentes entre los Niveles de Ansiedad Estado-Rasgo, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control.

4- Establecer si existen diferencias en los Niveles de Ansiedad Estado-Rasgo, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control de acuerdo a la Edad, Estado Civil, Estudios y Ocupación de las mujeres.



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

### **III.2 Hipótesis**

**H1:** Se hipotetiza que la muestra de mujeres participantes del estudio presentará altos niveles de Ansiedad Estado-Rasgo, mayor propensión a desarrollar psicopatologías (Salud Mental), bajos niveles de Apoyo Social Percibido, niveles de Autoestima disminuidos y un Locus de Control más externo que interno, a partir de los niveles establecidos por cada cuestionario de autoreporte.

**H2:** Se hipotetiza que los Niveles de Ansiedad Estado-Rasgo, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control que presentan las mujeres participantes del estudio se relacionaran entre ellas.

**H3:** Se hipotetiza que existen diferencias significativas en los Niveles de las variables Ansiedad Estado-Rasgo, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control según las variables sociodemográficas (Edad, Estado Civil, Estudios y Ocupación) presentes en la muestra.

## **IV. Metodología**

### **IV.1 Diseño y Procedimiento**

La presente investigación es de carácter no experimental con un alcance correlacional (Grajales, 2016). La recolección de datos fue llevada a cabo entre Abril y Noviembre del 2015, en el marco de las atenciones realizadas por la investigadora durante su práctica profesional. En ese periodo de tiempo fueron medidas las variables Ansiedad, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de control en cuestionarios de autoreporte agrupados en un solo documento entregado a las mujeres que quisieran colaborar previa firma del consentimiento informado y luego de sus respectivas atenciones en el Centro de la Mujer de Estación Central.



## IV.2 Participantes

Se trabajó con mujeres usuarias del Centro de la Mujer de Estación Central que sufrían -o sufren- de Violencia Intrafamiliar y asistían a atenciones psicológicas individuales y/o recibían apoyo mediante un grupo terapéutico. La muestra estuvo compuesta por 20 mujeres, de entre 22 a 71 años, donde el 90% de ellas se encontraba entre el rango de los 22 a los 61 años. Con un nivel de escolaridad similar entre las que alcanzaron la educación básica y/o media (55%) y las que alcanzaron la educación superior (45%). Además, el 75% de ellas trabajaba fuera del hogar, mientras que el resto se reparte entre las que trabajaban en sus casas -dueñas de casa- o bien se identificaban como cesantes. Por último, el estado civil de la muestra se reparte de forma variada entre las casadas (40%), las solteras (25%), y las separadas o divorciadas (35%).

## IV.3 Técnicas de recolección de información

Se administraron diversos cuestionarios de autoreporte, donde se incluyeron cuestionarios para medir la Ansiedad Estado-Rasgo, la Salud Mental, el Apoyo Social Percibido, la Autoestima y el Locus de Control de las participantes. Por otro lado, se obtuvieron datos sobre la condición sociodemográfica de las mujeres y de sus niveles de daño y riesgo asociados a su situación de violencia, a partir de la pauta de intervención diagnóstica aplicada por los Centros de la Mujer a todas las mujeres que ingresan a dicha institución. Los resultados obtenidos a partir de estos datos, fueron trabajados en el programa informático SPSS.

Para medir la **Ansiedad**, se utilizó la adaptación española del *Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo* (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) de Spielberg C., Gorsuch, R., y Lushene, R. creada en 1982 (Universidad Complutense de Madrid, 2006). Este es un instrumento que intenta medir dos componentes separados de la ansiedad, por un lado, ansiedad entendida como estado, y por otro, ansiedad entendida como rasgo (Acuña, 2010). Consta de 40 ítems, la primera mitad referida a cómo se siente la persona en ese momento (estado) y la segunda mitad referida a cómo se siente la persona habitualmente (rasgo).



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

La mujer debe contestar a cada ítem según una escala tipo Likert, que considera 1 = Nada; 2 = Algo; 3 = Bastante; y 4 = Mucho. La puntuación para cada una de las dos escalas oscila entre 20 y 80 puntos, representando las puntuaciones más elevadas mayores niveles de ansiedad (Acuña, 2010). Su consistencia interna es de 0.90-0.93 para la subescala de estado, y de 0.84-0.87 para la subescala de rasgo (Universidad Complutense de Madrid, 2006). Y su nivel de confiabilidad, Alfa de Cronbach tanto en Ansiedad Estado como Rasgo es de 0,760.

La **Salud Mental** fue medida a través del *Cuestionario de Salud General de Golberg* (GHQ-12), cuestionario elaborado por Golberg en el hospital Universitario de Manchester en la década del 70, que intenta evaluar objetivamente los niveles de salud de las personas (o salud auto percibida). Inicialmente el cuestionario de autoreporte constaba de 60 ítems, pero posteriormente se generaron versiones más cortas de 30, 28 y 12 ítems. La versión utilizada en esta investigación corresponde al cuestionario de 12 ítems, que consta de afirmaciones que deben ser valoradas a partir de una escala tipo Likert, cuando el ítem exprese un síntoma no saludable, las respuestas “menos que de costumbre” son equivalentes a 0 y las respuestas “mucho más que de costumbre” son equivalentes a 3, pero si los ítems están redactados de forma positiva los valores para calificar la afirmación se invierten. En la versión española, que es la utilizada en esta investigación, el valor máximo que se puede obtener es de 36 puntos, y el mínimo 0, el puntaje se obtiene de la sumatoria de las calificaciones de cada uno de los ítems, estimando así el grado de ausencia de salud mental (García, 1999). Su nivel de confiabilidad, Alfa de Cronbach es de 0,751.

Para medir el **Apoyo Social**, se utilizó la versión abreviada del cuestionario de *Apoyo Social Percibido* (SSQ, *Social Support Questionnaire*) creado por Sarason en 1987 que consta de 6 ítems (Universidad Complutense, 2006). Su objetivo es evaluar la disponibilidad (número de personas con las que se podría contar) y la satisfacción que la persona siente con el apoyo social de su círculo cercano principalmente en relación con el apoyo emocional, y también en otras áreas como: sentimientos, consejo, ayuda material, retroalimentación positiva, ayuda física y participación social (Calvo y Díaz, 2004).



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

En la versión abreviada se considera un número máximo de 9 personas por respuesta (lo que da un máximo posible de 45 puntos), y la satisfacción se mide en una escala tipo Likert de 1 a 6 puntos, donde 1 es “muy insatisfecha” y 6 es “muy satisfecha”, lo que entrega un mínimo de 6 puntos y un máximo de 36 puntos (Universidad Complutense, 2006). Su nivel de confiabilidad, Alfa de Cronbach es de 0,760.

La **Autoestima**, fue medida a través de la *Escala de Autoestima de Rosenberg*, desarrollada originalmente en 1965, es una de las escalas más utilizadas para evaluar el nivel de autoestima global, incluye 10 ítems que se centran en los sentimientos de aceptación y respeto que la persona tiene sobre sí mismo/a, considerando 5 ítems enunciados positivamente y los otros 5 ítems enunciados negativamente, su puntuación considera una escala tipo Likert donde 1 = muy de acuerdo; 2 = de acuerdo; 3 = en desacuerdo; y 4 = totalmente en desacuerdo, lo que permite obtener un mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos (Jiménez, Vázquez y Vázquez-Morejón, 2004). Su nivel de confiabilidad, Alfa de Cronbach es de 0,752.

Por último, para medir el **Locus de Control** de las participantes, se utilizó la *Escala de Locus de Control de Levenson* creada en 1972, que se encarga de medir las expectativas generalizadas del locus de control. Se compone de 24 ítems que se dividen en 3 subescalas de 8 ítems cada una, donde se considera: Internalidad (IN), Casualidad (CA), y “Gente poderosa” (GP). Es por esto último que se considera una escala multidimensional (Almeida, Barros, Palenzuela, y Prieto, 1997). La escala cuenta con 6 niveles de respuesta: fuertemente en desacuerdo; moderadamente en desacuerdo; débilmente en desacuerdo; débilmente de acuerdo; moderadamente de acuerdo; y fuertemente de acuerdo. Al ser codificados, estos niveles revelan 3 puntajes para cada una de las 3 subescalas, el mínimo posible para cada subescala es de 8 puntos, mientras que el máximo es de 48 puntos, cuanto más alto es el puntaje en la subescala IN, los/las sujetos/as atribuyen más responsabilidad propia a los eventos que ocurren en sus vidas; mientras que a mayor puntaje en la subescala CA, los/as sujetos/as atribuyen la responsabilidad de las cosas que suceden a la casualidad, el destino, el azar o la voluntad divina; por último, a mayor puntaje en la subescala GP, más responsabilidad del control



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

de sus vidas atribuyen los/as sujetos/as a figuras poderosas de la sociedad como los políticos y grandes empresas (Ferreira, 1987). Su nivel de confiabilidad, Alfa de Cronbach es de 0,709.

#### **IV.4 Análisis de información**

Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para realizar el análisis de la información recolectada. Para la caracterización de las mujeres se utilizaron las frecuencias y los porcentajes de cada variable medida. Para comparar las medias se utilizó la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney, con el fin de contrastar las medianas de dos grupos independientes que no cuentan con una distribución normal y/o tienen un número de muestra reducido.

### **V. Resultados**

Los resultados se estructuran en tres apartados. El primero de ellos entrega una caracterización de la muestra estudiada, que considera los Niveles de Violencia y los Niveles de riesgo que presentan las mujeres de la muestra al momento de ingresar al Centro de la Mujer. El segundo apartado entrega los resultados de las correlaciones existentes entre las variables consideradas en los cuestionarios de autoreporte (Ansiedad, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control). Mientras que el último apartado, presenta las diferencias en las medias de las variables Ansiedad, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control según cada una de las variables sociodemográficas consideradas para la investigación (Edad, Estado Civil, Estudios y Ocupación).



## V.1 Caracterización

Los resultados consignados en la tabla n°1, muestran los Niveles de Violencia y los Niveles de Riesgo que las mujeres participantes del estudio presentaron al momento de ingresar al Centro de la Mujer de Estación Central.

**Tabla n°1: Niveles de Violencia y Niveles de Riesgo.**

	<i>No presenta</i>	<i>Inicial – Medio</i>	<i>Grave – Vital</i>
<b><i>Violencia Psicológica</i></b>	0 (0%)	4 (20%)	16 (80%)
<b><i>Violencia Física</i></b>	2 (10%)	7 (35%)	11 (55%)
<b><i>Violencia Sexual</i></b>	7 (35%)	9 (45%)	4 (20%)
<b><i>Violencia Económica</i></b>	3 (15%)	12 (60%)	5 (25%)
<b><i>Riesgo Psicológico</i></b>	0 (0%)	4 (20%)	16 (80%)
<b><i>Riesgo Físico</i></b>	1 (5%)	6 (30%)	13 (65%)
<b><i>Riesgo Sexual</i></b>	7 (35%)	9 (45%)	4 (20%)
<b><i>Riesgo Económico</i></b>	4 (20%)	11 (55%)	5 (35%)

Cuando se observan los Niveles de Violencia y los Niveles de Riesgo, es posible evidenciar que las mujeres, que cuentan con un Nivel de Violencia y Riesgo *Grave o Vital*, presentan mayores niveles en la Violencia Psicológica así como también en el Riesgo Psicológico (ambos con un 80%), seguido por el Riesgo Físico (65%) y la Violencia Física (55%).

Respecto de los Niveles de Violencia y Riesgo *Inicial o Medio* expuestos en la tabla n°1, se observa una predominancia de estos niveles en la Violencia Económica (60%) así como también en el Riesgo Económico (55%), seguido por la Violencia Sexual y el Riesgo Sexual, ambas con un 45%.

Por último, cabe mencionar que los Niveles de Violencia y Riesgo en la categoría de *no presenta*, no alcanzan porcentajes mayores al 35% (en el caso de la Violencia y el Riesgo Sexual), llegando incluso al 0% en la Violencia Psicológica y el Riesgo Psicológico, lo que quiere decir que del total de mujeres, ninguna está exenta de este tipo de agresión, y muy pocas lo están en el caso de la Violencia Física (10%) y el Riesgo Físico (5%).



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

Respecto a los Niveles de Daño, se observa en la tabla N°2 los resultados según Daño Psicológico, Autoestima, Autonomía y Aislamiento de las mujeres al momento de su ingreso al Centro de la Mujer.

**Tabla n°2: Niveles de Daño.**

<b><i>Daño Psicológico</i></b>	
<i>Inicial</i>	1 (5%)
<i>Medio-Grave</i>	19 (95%)
<b><i>Autoestima<sup>1</sup></i></b>	
<i>Disminuida</i>	10 (50%)
<i>Elevada</i>	10 (50%)
<b><i>Autonomía</i></b>	
<i>Disminuida</i>	8 (40%)
<i>Elevada</i>	12 (60%)
<b><i>Aislamiento</i></b>	
<i>Inicial</i>	16 (80%)
<i>Medio-Grave</i>	4 (20%)

Para cada Nivel se observa el número de mujeres que manifestaron sufrir el Daño en cuestión. Es así como se observa que el 95% de las mujeres (n=19) reconoce haber estado expuesta a Daño Psicológico en un Nivel Medio-Grave.

La Autoestima por su parte, se encuentra dividida entre el 50% de las mujeres que la presenta en Niveles Disminuidos, y el 50% de las mujeres que la presenta en Niveles Elevados.

En cuanto a la Autonomía, el 60% de ellas (n=12) manifiesta presentarla en Niveles Elevados.

Y por último, el Aislamiento es un Nivel de Daño que se encuentra en el 80% de las mujeres (n=16) de forma Inicial.

---

<sup>1</sup> El Nivel de Daño Autoestima, al igual que el resto de los Niveles de Daño, fue obtenido por parámetros de medición utilizados por el Centro de la Mujer, y corresponden a la pauta diagnóstica del ingreso de las Mujeres al Centro. A diferencia de la variable Autoestima considerada en los cuestionarios de autoreporte, que fue medida a través de la Escala de Autoestima de Rosenberg.



Por último, la tabla n°3, presenta los porcentajes de la muestra que se encuentran por sobre y por debajo de la media respecto a las variables Ansiedad, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control. Para establecer las medias se utilizaron las cifras que cada cuestionario estipula para su tabulación según la versión aplicada en cada caso.

**Tabla n°3: Niveles de Ansiedad, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control.**

	<i>Porcentaje de mujeres sobre la media</i>	<i>Porcentaje de mujeres bajo la media</i>
<b><i>Ansiedad</i></b>		
<i>Ansiedad Rasgo</i>	50%	50%
<i>Ansiedad Estado</i>	45%	55%
<b><i>Salud Mental</i></b>	35%	65%
<b><i>Apoyo Social Percibido</i></b>		
<i>N° de Personas</i>	30%	70%
<i>Satisfacción</i>	100%	0%
<b><i>Autoestima</i></b>	100%	0%
<b><i>Locus de Control</i></b>		
<i>Internalidad</i>	100%	0%
<i>Casualidad</i>	60%	40%
<i>Gente Poderosa</i>	50%	50%

En la Ansiedad Rasgo y la Ansiedad Estado, el 50% y el 45% de las mujeres se encuentran sobre la media respectivamente, lo que significa mayores Niveles de Ansiedad en esos casos.

La Salud Mental se presenta en un 65% bajo la media, lo que habla de ausencia de psicopatologías y mejores Niveles de Salud Mental en estas mujeres.

El Apoyo Social Percibido se encuentra en un 70% de las mujeres por bajo la media en cuanto al número de personas con las que cuentan para situaciones complejas, y en un 100% en cuanto a la Satisfacción que perciben con estas personas, lo que habla de un Apoyo Social Percibido disminuido en estos casos (70%), pero de una gran satisfacción con el apoyo en un 100% de la muestra.



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

La Autoestima se presenta en un 100% por sobre la media, significando esto que todas las mujeres de la muestra se encontraron con Niveles Elevados de Autoestima al momento de contestar los cuestionarios.

Por último, los Niveles de Locus de Control, registraron al 100% de las mujeres con un Locus de Internalidad por sobre la media, mientras que solo un 60% y un 50% de ellas se encuentra por sobre la media en el Locus de Casualidad Y Locus Gente Poderosa respectivamente.

## V.2 Correlaciones.

Para analizar la asociación entre las variables de Ansiedad Estado (A E), Ansiedad Rasgo (A R), Salud Mental (S M), Apoyo Social Percibido –que incluye N° de Apoyo (N° A) y Satisfacción con el Apoyo (S A)-, Autoestima (A), Locus de Control Interno (L C I), Locus de Control Casualidad (L C C) y Locus de Control Gente Poderosa (L C G P), se analizó la matriz de correlaciones presentada en la tabla n°4.

**Tabla n°4: Correlaciones entre variables.**

<i>Correlaciones</i>								
	<b>A E</b>	<b>A R</b>	<b>S M</b>	<b>N° A</b>	<b>S A</b>	<b>A</b>	<b>L C I</b>	<b>L C C</b>
<b>A R</b>	,656**							
<b>S M</b>	,727**	,570**						
<b>N° A</b>	-,347	-,389	-,173					
<b>S A</b>	-,308	-,275	-,261	,157				
<b>A</b>	-,231	-,687**	-,112	,276	,186			
<b>L C I</b>	-,184	-,237	-,340	-,299	,230	,039		
<b>L C C</b>	,204	,351	,282	-,505	,018	-,401	,353	
<b>L C G P</b>	,126	,337	-,043	-,595**	,028	-,489	,399	,738**

**\*\* Correlación es significativa**

La tabla n°4 muestra que la Ansiedad Estado sólo se relaciona directa y significativamente con la Ansiedad Rasgo y la Salud Mental, así como la Ansiedad Rasgo y la Salud Mental se relacionan también entre ellas, lo que podría indicar que a mayores



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

Niveles de Ansiedad (ya sea Estado y/o Rasgo) mayores serán también los Niveles de Salud Mental (lo que quiere decir que aumenta la posibilidad de presencia de psicopatologías).

Por su parte el Locus de Control Casualidad y el Locus de Control Gente Poderosa también tienen una fuerte y directa relación, es decir si uno de los dos aumenta o disminuye, el otro lo hará también en similares proporciones.

Las variables Autoestima y Ansiedad Rasgo se relacionan fuerte y negativamente entre sí, lo que podría indicar que a medida que aumentan los Niveles de Autoestima, los Niveles de Ansiedad Rasgo disminuirán en similar proporción, y viceversa.

Por último, el Número de Apoyo y el Locus de Control Gente Poderosa, también cuentan con una fuerte relación que se expresa de forma inversa, es decir que mientras más alto sea el Número de Apoyo percibido por las mujeres, menor será su Locus de Control Gente Poderosa. Entre más apoyo, menos Locus de Control Externo presenta la mujer.

### **V.3 Diferencias entre medias**

En la tabla nº5, se analizó si existían diferencias en las medias de las variables Ansiedad, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control según cada una de las variables sociodemográficas consideradas en la investigación (Edad, Estado Civil, Estudios y Ocupación).



**Tabla n°5: Diferencias de Medias.**

	AR	AE	SM	N° P	SA	A	LCI	LCC	LCGP
<b>Edad</b>	$\bar{X}$								
<b>22 a 50 años</b>	9,310	10,270	10,190	11,310	11,730	11,770	10,270	10,310	9,960
<b>51 a 71 años</b>	12,710	10,930	11,070	9,000	8,210	8,140	10,930	10,860	11,500
<b>Valor P</b>	0,219	0,812	0,750	0,405	0,200	0,188	0,811	0,843	0,578
<b>Estado Civil</b>	$\bar{X}$								
<b>Casada</b>	13,430	15,360	15,710	9,210	9,570	10,640	9,640	10,430	8,640
<b>Soltera/Separada</b>	8,920	7,880	7,690	11,190	11,000	10,420	10,960	10,540	11,500
<b>Valor P</b>	0,104	0,007**	0,004**	0,475	0,602	0,936	0,633	0,968	0,301
<b>Estudios</b>	$\bar{X}$								
<b>Educación Básica/Media</b>	12,450	11,000	11,730	10,140	8,820	7,730	12,050	12,950	11,910
<b>Educación Superior</b>	8,110	9,890	9,000	10,940	12,560	13,890	8,610	7,500	8,780
<b>Valor P</b>	0,102	0,676	0,302	0,761	0,155	0,020**	0,195	0,040**	0,238
<b>Ocupación</b>	$\bar{X}$								
<b>Trabajadora</b>	11,300	10,230	9,870	11,270	10,700	9,730	10,400	10,730	10,130
<b>Dueña de casa/Cesante</b>	8,100	11,300	12,400	8,200	9,900	12,800	10,800	9,800	11,600
<b>Valor P</b>	0,294	0,727	0,404	0,315	0,791	0,312	0,895	0,759	0,630

**\*\* Correlación es significativa**

La variable Estado Civil posee diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ) según la Ansiedad Estado (0,007) y la Salud Mental (0,004), lo que podría indicar que las mujeres Casadas (o que aún mantienen una relación con su agresor) presentan mayores Niveles de Ansiedad Estado y de Salud Mental (presencia de psicopatología).

La variable Estudios, presenta diferencias significativas según la Autoestima (0,02) y el Locus de Control Casualidad (0,04), por lo que podría señalarse que mientras mayor sea el Nivel Educativo de las mujeres, mayor será la Autoestima y el Locus de Control Casualidad que presenten.



## **VI. Conclusiones y Discusión**

A partir de los objetivos planteados en la investigación, se concluye en primer lugar, que la totalidad de las mujeres participantes del estudio sufrieron -o sufren- Violencia Psicológica por parte de sus parejas, de esa totalidad, el 80% la padeció de forma Grave o Vital, lo que se condice con otros estudios (Ayuso et al., 2006; Franco, Olaiz, Palma, Rojas y Valdez, 2006; Cuberos, Domínguez y García, 2008) que también posicionan a la Violencia Psicológica como la más frecuente, esto podría explicarse por la normalización de este tipo de violencia e incluso por la existencia de una mayor tolerancia hacia ella, en comparación a otro tipo de agresiones, como las físicas por ejemplo.

Además de la Violencia Psicológica, un 55% de las mujeres reportó sufrir Violencia Física en un Nivel Grave o Vital, lo que muestra que gran parte de las mujeres puso -o pone- en riesgo su vida al permanecer con el agresor.

Y con Niveles menos intensos, de tipo Inicial o Medio, reportaron Violencia Económica (60%) y Violencia Sexual (45%).

La Violencia Psicológica y Física son las más preponderantes en este grupo de mujeres, le siguen la Violencia Económica principalmente en niveles Iniciales o Medios, esto se condice con que el 75% de las mujeres estudiadas poseen un trabajo remunerado, lo que podría permitirles un mayor grado de independencia en este ámbito.

Los Niveles de Daño presentes en la muestra, parecen ser concordantes con los Niveles de Violencia y Riesgo registrados. Un 95% de las mujeres sufrió de Daño Psicológico Medio-Grave al momento del ingreso al centro; y la mitad (50%) de las mujeres registró un Nivel de Autoestima Disminuido (el otro 50% presentó Niveles Elevados). En el caso de la Autonomía, el 60% de las mujeres registró Niveles Elevados; y por último, el 80% de la muestra presentó un Aislamiento Social de Nivel Inicial.

El objetivo de determinar los Niveles de Ansiedad Estado-Rasgo, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control del grupo de mujeres estudiadas, se logró a través de la aplicación de cuestionarios de autoreporte.



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

De forma general, es posible decir que la mayoría de las mujeres estudiadas, no registraron altos niveles de Ansiedad Estado-Rasgo, ni registraron indicativos de presencia de psicopatologías; por el contrario, el 100% de ellas se encontraba con niveles por sobre la media en Autoestima, y con un Locus de Control mayoritariamente interno. Solo en el caso del Apoyo Social Percibido el 70% de las mujeres registró niveles bajo la media, lo que puede traducirse en mayores niveles de Aislamiento Social.

Todos estos datos sobre los niveles obtenidos en los cuestionarios de autoreporte, no se condicen con la literatura revisada, esto podría explicarse porque al momento de aplicar los cuestionarios el 100% de las mujeres se encontraba viviendo procesos terapéuticos, ya sea grupales, individuales o ambos al mismo tiempo, lo que aportaría a mejorar la salud integral de las víctimas (Fernández, 2006; Carpio y Tejero, 2012; Cardenal et al., 2012; García y Guerrero, 2008)

Además, cabe destacar que el 60% de ellas ya no mantenía una relación con el agresor, lo que si bien no asegura el término de las agresiones, si permite hipotetizar que existiría una disminución de los niveles de violencia experimentado por las víctimas, facilitando así una reparación del daño (Aguilera et al., 2003; Preciado, Rey y Torres, 2012).

Además de establecer los Niveles de Ansiedad Estado-Rasgo, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control, se planteó como objetivo el describir la existencia de correlaciones entre estas variables.

Se encontraron correlaciones significativas, como lo fue en el caso de la Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado, que se correlacionaron de forma fuerte y directa entre ellas, además de correlacionarse cada una en paralelo con la variable Salud Mental. La Ansiedad Rasgo también se correlacionó significativamente de forma fuerte e indirecta con la variable Autoestima.

Estas correlaciones son coherentes con las aseveraciones de que a mayores niveles de Ansiedad (Rasgo y/o Estado), hay más probabilidades de presencia de



psicopatologías (Arias, Caballo, Guillén, Irurtia y Salazar, 2010), y más probabilidades de tener una Autoestima disminuida (Contreras et al., 2010; Barreto et al., 2005).

Por último, la variable Locus de Control Gente Poderosa se correlacionó de forma fuerte y directa con el Locus de Control Casualidad, lo que resulta coherente puesto que ambos tipos de Locus de Control -Gente Poderosa y Casualidad- responden a un tipo de Locus de Control Externo. Además, el Locus de Control Gente Poderosa, se correlacionó de forma fuerte e indirecta con la variable de Apoyo Social “Número de Personas” lo que indica que mientras más aumenta el número de personas con quien se siente apoyada la mujer, más disminuirá el Locus de Control Externo que esta posea (en este caso de Gente Poderosa).

El objetivo final propuesto para esta investigación, consistió en analizar la existencia de diferencias en los niveles de Ansiedad Estado-Rasgo, Salud Mental, Apoyo Social Percibido, Autoestima y Locus de Control, de acuerdo a la Edad, el Estado Civil, los Estudios y la Ocupación de las Mujeres participantes.

Se encontraron diferencias para la variable sociodemográfica de Estado Civil en relación a la Ansiedad Estado y la Salud Mental, lo que podría indicar que las mujeres del grupo que aún mantienen -o mantenían- una relación con el agresor, presentarán mayores niveles de Ansiedad y una peor Salud Mental en comparación a las que se encuentran separadas o divorciadas, como lo plantea también la literatura revisada (Aguilera et al., 2003; Preciado et al., 2012).

Otra diferencia se presentó en la variable Estudios en relación a la Autoestima y el Locus de Control Casualidad, de lo que se infiere que entre mayor nivel educacional posean las mujeres, más elevada será su Autoestima y menos Locus de Control de Casualidad presentarán, a diferencia de aquellas que tengan menores niveles educativos, quienes, se hipotetiza, se sentirán con menos herramientas para enfrentar la situación de violencia.

Dentro de las limitaciones que este estudio presenta, está el pequeño número de la muestra, que impide realizar inferencias más generales, esto ya que fue recolectada



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

entre los meses de abril y noviembre del 2015 en el marco de la práctica profesional de la investigadora, por lo que se redujo a mujeres que compatibilizaran en tiempo y disposición con los horarios de la práctica profesional. A esto se suma la particularidad de la muestra, puesto que es común que mujeres cancelen sus atenciones psicológicas o simplemente no asistan a las sesiones grupales, lo que se condice con sus niveles de ansiedad y autoestima más disminuidos que muchas veces les impide movilizarse y generar cambios concretos en su calidad de vida (Amor et al., 1997) y por ende les impide culminar los procesos terapéuticos ofrecidos.

Por otro lado, al no contar con un grupo de control, se pierde la posibilidad de generar una comparación que resultaría importante para sumar más evidencia a las correlaciones establecidas entre las variables.

A modo de síntesis, se establece la importancia de los procesos terapéuticos en la Salud Mental de las mujeres víctimas de Violencia Intrafamiliar. El presente estudio respalda el impacto favorable que este tipo de estrategias genera en las mujeres, ayudándolas a disminuir las consecuencias, el riesgo y el daño que padecen en estas situaciones de Violencia Intrapareja. Es así como la información entregada y los análisis realizados sirven de insumo para respaldar la práctica que día a día se da en los Centro de la Mujer, posicionando como relevante el asegurar el acceso a estas instancias terapéuticas, sobre todo en un país donde mueren en promedio 42 mujeres al año en manos de sus parejas (SERNAM, 2016).



### Referencias Bibliográficas

- Ace, Buzan, Follingstad, Helff, & Runge. (2001). Justifiability, Sympathy Level, and Internal/External Locus of the reasons Battered Women Remain in Abusive Relationships. *Violence and Victims*, 621-644.
- Acuña, D. (2010). *Evaluación de Ansiedad. Datos normativos del inventario de Ansiedad Estado-Rasgo en Buenos Aires*. Buenos Aires: Las tesinas de Belgrano.
- Adams, Bott, Goodwin, & Guedes. (2013). *Violence Against Women. In Latin America and the Caribbean: A comparative analysis of population-based data from 12 countries*. Washington: Pan American Health Organization.
- Agudelo, D., Buela-Casas, G., & Spielberger, C. (2007). Ansiedad y Depresión: El problema de la diferenciación a través de los síntomas. *Salud Mental*, 33-41.
- Aguilera, L., Carballeira, M., Matud, M., Marrero, R., & Moraza, O. (2003). El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 439-459.
- Almeida, L., Barros, A., Palenzuela, D., & Prieto, G. (1997). Una versión española de una batería de Escalas de expectativas generalizadas de control. *Revista Portuguesa de Educación*, 75-96.
- Almonacid, F., Daroch, C., Mena, P., Palma, C., Razeto, M., & Zamora, E. (1996). Investigación Social sobre Violencia Conyugal. *Última Década*, 1-17.
- Amor, Corral, D., Echeburúa, Sarasua, & Zubizarreta. (1997). Repercusiones Psicopatológicas de la Violencia Doméstica en la Mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 7-19.
- Amor, P., De Corral, P., Echeburúa, E., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (2002). Repercusiones Psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 227-246.
- Arias, Caballo, Guillén, Iruña, & Salazar. (2010). Relaciones entre Ansiedad Social y Rasgos, Estilos y Trastornos de la Personalidad. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*, 259-276.
- Armijo, N. (20 de Febrero de 2010). *tesis.uchile.cl*. Obtenido de Uso de la cineterapia en mujeres víctimas de violencia intrafamiliar: [http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-armijo\\_n/html/index-frames.html](http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2010/cs-armijo_n/html/index-frames.html)



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

- Ayuso, P., Blanco, P., González, J., género, G. d., Montero, M. I., Plazaola, J., & Ruiz, I. (2006). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 202-208.
- Barreto, P., González, R., & Soler, E. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema* , 267-274.
- Blalock, Catanzaro, Joiner, Laurent, & Sandín. (1996). Modelo tripartito sobre el afecto positivo y negativo, la depresión y la ansiedad: evidencia basada en la estructura de los síntomas y en diferencias sexuales. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* , 27-34.
- Bobes, Bousoño, González, & Sáiz. (1999). Trastornos de Ansiedad. *Medicine*, 4952-4962.
- Buesa, & Calvete. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social . *International Journal of Psychology and Psychological therapy* , 31-45.
- Calvete, E., Corral, S., & Estévez, A. (2007). Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psicothema*, 446-451.
- Carnedal, Jiménez, Madrigal, Ortiz, & Téllez. (2012). Cambios emocionales y alteraciones en la inmunoglobulina A (IgA) tras el tratamiento psicológico en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Anales de Psicología*, 397-404.
- Carpio, C., & Tejero, J. (2012). Eficacia de un programa para la prevención de la violencia en un centro de enseñanza secundaria. *REOP*, 123-138.
- Clavo, F., & Díaz, M. D. (2004). Apoyo Social Percibido: características psicométricas del cuestionario Caspe en una población urbana geriátrica. *Psicothema*, 570-575.
- Contreras, & Rodríguez. (1998). Algunos datos recientes sobre la Fisiopatología de los trastornos por ansiedad. *Rev Biomed*, 181-191.
- Contreras, P., Galleguillos, K., Gómez, C., & Ramos, M. (2010). Propiedades psicométricas del cuestionario de respuesta emocional a la violencia en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Dialnet*, 233-245.
- Convención Interamericana para prevenir, sancionar, y erradicar la violencia contra la mujer. (1994). *Convención de Belem do Para*. Brasil: Asamblea General de la Organización de los Estados Americanos.
- Corbalán, Hernández, & Limiñana. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*, 118-124.



- Cuberos, I., Domínguez, J., & García, P. (2008). Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico: consecuencias sobre la salud psicosocial. . *Anales de Psicología.*, 115-120.
- Domestic Abuse Intervention Programs. (20 de Febrero de 2016). *The Duluth Model*. Obtenido de Home of the Duluth Model: <http://www.theduluthmodel.org/training/wheels.html>
- Estrada, Herrero, & Rodríguez. (2012). La red de apoyo en mujeres víctimas de violencia contra la pareja en el estado de Jalisco (México). *Universitas Psychologica*, 523-534.
- Expósito, F. (2011). Violencia de Género . *Mente y Cerebro*, 20-25.
- Fernandez, A. (2012). FEMICIDIOS: La ferocidad del patriarcado. *Revista Nomadías*, 47-73.
- Fernández, R., Labrador, F., & Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja . *Psicothema*, 99-105.
- Fernández, T. (2006). "Hacia un nuevo camino": programa de investigación-acción sobre autoestima y musicoterapia con mujeres violentadas. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 65-79.
- Ferreira, M. (1987). Escala Multidimensional de Locus de Control de Levenson . *Arquivos Brasileiros de Psicología*, 79-97.
- Franco, A., Olaiz, G., Palma, O., Rojas, R., & Valdez, R. (2006). Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud en México. *Salud Pública de México*, 232-238.
- García. (1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Golberg. Adaptación Cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 88-97.
- García, J., & Guerrero, R. (2008). Ensayo clínico de la eficacia de la terapia constructivista sistémica en casos de violencia contra la mujer. *Apuntes de Psicología*, 269-280.
- Gobierno de Chile. (20 de febrero de 2006). *ministerio de desarrollo social*. Obtenido de Política y plan nacional de intervención en violencia intrafamiliar: <http://www.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/btca/txtcompleto/planvif.pdf>
- Grajales, T. (20 de Febrero de 2016). *Tgrajales*. Obtenido de Tipos de investigación: <http://tgrajales.net/investipos.pdf>
- Jiménez, R., Vázquez, A., & Vázquez-Morejón, R. (2004). Escala de Autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 247-255.



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

- Larraín, S. (2008). *La Situación de Violencia contra las mujeres en Chile. Legislación y Políticas Públicas*. . Santiago: Unesco.
- Lorence, B., Menéndez, S., & Pérez, J. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychosial Intervention* , 41-53.
- Martínez, 2. (16 de diciembre de 2013). Proyecto para trabajar la Autoestima en mujeres victimas de la violencia de género. Alicante, Alicante, España.
- Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 397-401.
- Ministerio del Interior y Seguridad Pública. (2013). *Encuesta Nacional de Victimización por Violencia Intrafamiliar y Delitos Sexuales*. Santiago: Adimark.
- Molas, A. (2000). La violencia intrafamiliar como fenómeno social, puntualizaciones sobre la intervención profesional. En A. Molas, *Violencia Familiar* (págs. 1-13). Montevideo: Creagraf.
- Organización Mundial de la Salud. (2002). *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud: resumen*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- Pence, & Shepard. (1999). *coordinating community responses to domestic violence. Lessons from Duluth and beyond*. London: Sage Publications.
- Pizarro, & Torres. (2014). *Sentidos y Significados en un grupo terapéutico de Violencia de Género*. Santiago: Caupolicán Servicios Gráficos.
- Preciado, Rey, & Torres. (2012). Mujeres que finalizaron una relación maltratante: características de personalidad, psicopatológicas y sociodemográficas. *Universitas Psychologica* , 43-54.
- Salazar, & Vinet. (2011). Mediación familiar y violencia de pareja. *Revista de Derecho*, 9-30.
- SERNAM . (16 de diciembre de 2015). *Femicidios 2015.SERNAM*. Obtenido de Ministerio de la Mujer y la Equidad de Género: <http://portal.sernam.cl/img/upoloads/FEMICIDIOS%202015%20actualizado%20al%2028%20de%20diciembre.pdf>
- SERNAM. (2015). *Orientaciones Técnicas Centro de la Mujer Año 2015*. Santiago: SERNAM.
- Universidad Complutense de Madrid. (20 de Febrero de 2006). *Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica* . Obtenido de pendientedemigracion.ucm.es: <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%2>



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

0EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/TRASTORNOS%20DE%20A  
NSIEDAD/EVALUACION%20GENERAL%20DE%20LOS%20TRASTORNOS%20  
DE%20ANSIEDAD/ESCALA%20DE%20ANSIEDAD%20ESTADORASGO%20(ST  
AI)/STAI\_



## Apéndice

### Instrumentos

#### Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo.

##### Instrucciones.

Abajo aparecerán algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada frase y coloque una X en el casillero que indique cómo se siente EN ESTE MOMENTO. No hay respuestas buenas o malas, no utilice mucho tiempo para responder, pero trate de elegir la respuesta que mejor describa sus sentimientos en ESTE PRECISO MOMENTO:

	Nada	Un poco	bastante	mucho
1.me siento calmada				
2.me siento segura				
3.estoy tensa				
4.me siento disgustada				
5.me siento "a mis anchas"				
6.me siento alterada				
7.estoy preocupada por algún problema				
8.me siento satisfecha				
9.me siento asustada				
10.me siento cómoda				
11.tengo confianza en mí misma				
12.me siento nerviosa				
13.me siento agitada				
14.me siento indecisa				
15.me siento tranquila				
16.me siento "a gusto"				
17.estoy preocupada				
18.me siento aturdida				
19.me siento equilibrada				
20.me siento bien				



**Instrucciones.**

Abajo aparecerán algunas expresiones que la gente usa para describirse a sí misma. Lea cada frase y coloque una X en el casillero que indique cómo se siente GENERALMENTE. No hay respuestas buenas o malas, no utilice mucho tiempo para responder, pero trate de elegir la respuesta que mejor describa cómo se siente GENERALMENTE:

	Casi nunca	Algunas veces	Frecuentemente	Casi siempre
21. me siento bien.				
22. me siento nerviosa.				
23. me siento "a gusto" conmigo misma.				
24. quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo.				
25. siento que fallo				
26. me siento descansada.				
27. soy una persona tranquila, serena y calmada.				
28. siento que las dificultades se me amontonan y no las puedo superar.				
29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.				
30. soy feliz.				
31. tengo malos pensamientos.				
32. me falta confianza en mí misma.				
33. me siento segura.				
34. puedo decidirme rápidamente.				
35. me siento "fuera de lugar".				
36. me siento satisfecha.				
37. algunas ideas poco importantes ocupan mi cabeza y me molestan.				
38. los desengaños me afectan tanto que no me los puedo sacar de la cabeza.				
39. soy una persona estable.				
40. cuando pienso en las cosas que tengo entre manos me pongo nerviosa y tensa.				



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

### **Cuestionario de Salud General de Golberg.**

#### **Instrucciones:**

Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber cómo ha estado de salud en las últimas semanas. Conteste a todas las preguntas marcando con una X la respuesta que usted escoja, es importante que piense en cómo se ha sentido últimamente y de manera reciente, no en el pasado.

1) ¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?

Mejor que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Menos que lo habitual\_\_\_\_ Mucho menos que lo habitual \_\_\_\_

2) ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho el sueño?

No, en absoluto\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Más que lo habitual\_\_\_\_ Mucho más que lo habitual\_\_\_\_

3) ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

Más que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Menos que lo habitual\_\_\_\_ Mucho menos que lo habitual\_\_\_\_

4) ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Más capaz que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Menos capaz que lo habitual\_\_\_\_ Mucho menos capaz que lo habitual\_\_\_\_

5) ¿Se ha sentido constantemente agobiada y en tensión?

No, en absoluto\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Más que lo habitual\_\_\_\_ Mucho más que lo habitual\_\_\_\_

6) ¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?

No, en absoluto\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Más que lo habitual\_\_\_\_ Mucho más que lo habitual\_\_\_\_

7) ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

Más que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Menos que lo habitual\_\_\_\_ Mucho menos que lo habitual\_\_\_\_

8) ¿Ha sido capaz de hacer frente adecuadamente a sus problemas?

Más capaz que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Menos capaz que lo habitual\_\_\_\_ Mucho menos capaz que lo habitual\_\_\_\_



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

9) ¿Se ha sentido poco feliz y/o deprimida?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_ Más que lo habitual\_\_\_\_ Mucho más que lo habitual\_\_\_\_

10) ¿Ha perdido confianza en sí misma?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_ Más que lo habitual\_\_\_\_ Mucho más que lo habitual\_\_\_\_

11) ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

No, en absoluto\_\_\_\_ No más que lo habitual\_\_\_\_ Más que lo habitual\_\_\_\_ Mucho más que lo habitual\_\_\_\_

12) ¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?

Más feliz que lo habitual\_\_\_\_ Igual que lo habitual\_\_\_\_ Menos feliz que lo habitual\_\_\_\_ Mucho menos feliz que lo habitual\_\_\_\_



**Cuestionario de Apoyo Social Percibido.**

**Instrucciones:**

Las siguientes preguntas se refieren a personas de su entorno que le proporcionan ayuda o apoyo. En cada cuestión indique, en primer lugar, con cuantas personas puede contar para ayudarlo (no más de 9 en cada caso), y en segundo lugar, marque con una X el grado de satisfacción general que tiene con el apoyo recibido en cada situación, según los siguientes criterios:

**A:** Muy satisfecha. **B:** Bastante satisfecha. **C:** Poco satisfecha. **D:** Un poco insatisfecha.  
**E:** Bastante insatisfecha. **F:** Muy insatisfecha.

	n° de personas	A: Muy satisfecha	B: Bastante satisfecha	C: Poco satisfecha	D: Un poco insatisfecha	E: Bastante insatisfecha	F: Muy insatisfecha
1. Contar realmente con alguien para distraerse de sus preocupaciones cuando se siente agobiada.							
2. Contar con alguien para ayudarla a sentirse más relajada cuando está bajo tensión o presión.							
3. Alguien que la acepte totalmente, con sus peores y mejores cualidades.							
4. Contar con alguien para cuidarla, a pesar de todo lo que le está sucediendo.							
5. Alguien que la ayude a encontrarse mejor cuando se siente realmente deprimida.							
6. Alguien que la consuele cuando está muy disgustada.							



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
Facultad de Ciencias Sociales.  
Departamento de Psicología.

### Escala de Autoestima de Rosenberg.

#### Instrucciones:

El siguiente apartado tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases marcando con una X la respuesta que considere más apropiada según los siguientes criterios:

**A:** Muy de acuerdo.    **B:** De acuerdo.    **C:** En desacuerdo.    **D:** Muy en desacuerdo.

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencida de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.				
5. En general estoy satisfecha de mi misma.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgullosa.				
7. En general, me inclino a pensar que soy una fracasada.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí misma.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy una inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				



**Escala de Locus de Control de Levenson.**

**Instrucciones:**

Debajo hay un listado de situaciones. Debe decir en qué medida está de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas, marque con una X en el número que mejor exprese su opinión, según los siguientes criterios:

- 1:** Fuertemente desacuerdo. **2:** Moderadamente desacuerdo. **3:** Débilmente desacuerdo.  
**4:** Débilmente de acuerdo. **5:** Moderadamente de acuerdo. **6:** Fuertemente de acuerdo.

	1	2	3	4	5	6
1.El que yo llegue a ser una líder depende principalmente de mis aptitudes						
2. Mi vida ha sido influenciada por sucesos inesperados.						
3. Yo siento que lo que pasa en mi vida está muy determinado por la gente que tiene poder (ricos, políticos).						
4. El hecho de tener un accidente cuando voy manejando depende principalmente de mí mismo.						
5. cuando hago planes, estoy casi seguro de que los llevaré a cabo.						
6. ciertamente, a veces no puedo evitar tener mala suerte en mis asuntos personales.						
7. Como yo soy solitaria siempre, las cosas me salen bien.						

CONTINUACIÓN...

- 1:** Fuertemente en desacuerdo. **2:** Moderadamente en desacuerdo. **3:** Débilmente en desacuerdo  
**4:** Débilmente de acuerdo. **5:** Moderadamente de acuerdo. **6:** Fuertemente de acuerdo.

	1	2	3	4	5	6
8. A pesar de estar bien capacitado, no conseguiré un buen trabajo a menos que alguien me ayude.						
9. La cantidad de amigos que tengo depende de lo agradable que soy.						
10. he descubierto que si algo va a suceder, ello sucede independientemente de lo que yo haga.						
11. Yo creo que los ricos y los políticos controlan mi vida de muchas maneras.						
12. si tengo un accidente automovilístico, ello se debe solamente a mi mala suerte.						
13. la gente como yo tiene muy poca oportunidad de defender sus intereses personales cuando esos intereses entran en conflicto con los grupos poderosos (ricos, políticos).						
14. No siempre es apropiado para mí planear por muy adelantado porque de todas maneras muchas cosas resultan ser asunto de buena o mala suerte.						



**UNIVERSIDAD DE CHILE**  
 Facultad de Ciencias Sociales.  
 Departamento de Psicología.

15. En este país, para uno lograr lo que quiere, necesariamente tiene que adular al jefe.						
16. El que yo llegue a ser un líder dependerá de la suerte que yo tenga.						
17. Yo siento que la gente que tiene algún poder sobre mi (padres, familiares, cónyuges, jefes, etc.) tratan de decidir lo que sucederá en mi vida.						
18. En la mayoría de los casos yo puedo decidir lo que sucederá en mi vida.						
19. Normalmente soy capaz de defender mis intereses personales.						
20. Si tengo un accidente cuando voy manejando, toda la culpa es del otro conductor.						
21. Cuando logro lo que quiero, es porque he trabajado mucho por ello.						
22. Cuando yo quiero que mis planes me salgan bien, los elaboro de tal manera como para complacer a la gente que tiene influencia sobre mi (padres, cónyuges, jefes, etc.).						
23. Mi vida está determinada por mis propias acciones.						
24. Tener pocos o muchos amigos depende del destino de cada uno.						