



**Universidad
Europea** VALENCIA

CIENCIAS DE LA SALUD

MÁSTER OFICIAL EN PSICOLOGÍA GENERAL SANITARIA

Curso 2022-2023

Convocatoria Ordinaria

**SALUD MENTAL POSITIVA, SALUD SEXUAL
Y CAPITAL PSICOLÓGICO, EN MUJERES
EXPUESTAS O NO, A VIOLENCIA DE GÉNERO**

Tutora: Elena Garrote

Alumna: Idhaly Guzmán Pertuz

Valencia, 28 de octubre de 2023

RESUMEN

La violencia de género (VG), se ha relacionado con problemas de salud mental y de salud sexual, como estrés postraumático, depresión, ansiedad y disfunciones sexuales en las mujeres. Sin embargo, se desconoce la relación de la salud mental positiva (SMP) y la salud sexual femenina (SSF), con el Capital Psicológico (CapPsi), un recurso personal que interrelaciona esperanza, resiliencia, optimismo y autoeficacia, que media y modera en el afrontamiento al estrés y el desarrollo del bienestar. El objetivo de esta investigación era analizar la relación del CapPsi con SMP y SSF, en mujeres expuestas a VG. Para ello se ha diseñado un estudio no-experimental, transversal, de alcance correlacional, administrando cuatro instrumentos de medición de variables a 132 mujeres hispanoamericanas de 26 a 65 años. Se han realizado análisis estadísticos de Medias, Desviaciones típicas, *t*-Student y coeficiente *rho*-Spearman. Según los resultados encontrados, las mujeres expuestas a VG en comparación con las no expuestas, informaron menor grado de CapPsi. Además, se encontró, relación positiva significativa, entre el grado de CapPsi y, los niveles de SMP y SSF. La relevancia de este estudio radica en aportar información innovadora, que amplía la base del conocimiento sobre la salud sexual y la salud mental de las mujeres y, valora la incorporación del capital psicológico, como factor protector en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Palabras clave: violencia de género, salud mental positiva, salud sexual femenina, capital psicológico,

ABSTRACT

Gender-based violence (GBV) has been linked to mental health and sexual health problems, such as post-traumatic stress disorder, depression, anxiety and sexual dysfunction in women. However, the relationship of positive mental health (PMH) and female sexual health (FSH) with Psychological Capital (PsyCap) is unknown. A personal resource that interrelates hope, resilience, optimism and self-efficacy, which mediates and moderates coping with stress and the development of well-being. The aim of this research was to analyze the relationship of PsyCap with PMH and FSH, in women exposed to GBV. For this purpose, a non-experimental, cross-sectional, correlational study was designed, administering four variable measurement instruments to 132 Hispanic-American women aged 26 to 65 years. Statistical analyses of means, standard deviations, *t*-Student and rho-Spearman coefficient were performed. According to the results found, women exposed to GBV in comparison with those not exposed, reported a lower degree of PsyCap. In addition, a significant positive relationship was found between the degree of PsyCap and the levels of PMH and FSH. The relevance of this study lies in providing innovative information that broadens the knowledge base on women's sexual health and mental health and values the incorporation of psychological capital as a protective factor in health promotion and disease prevention.

Key words: gender violence, positive mental health, female sexual health, psychological capital,

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	pp.
1. INTRODUCCIÓN	1
Violencia de género	1
Salud mental	3
Salud sexual	5
Capital psicológico	7
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	9
3. METODO	9
Diseño de investigación y consideraciones éticas	9
Métodos de recogida de datos	10
Población y muestra	10
Variabes e Instrumentos	11
Análisis de datos	13
4. RESULTADOS	13
5. DISCUSIÓN	25
6. CONCLUSIONES	29
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	30
ANEXOS	37

1. INTRODUCCIÓN

Violencia de Género

La Violencia de Género (VG), hace referencia a todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo, que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento psicológico, físico o sexual para la mujer, incluidas las amenazas de dichos actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada (Organización de Naciones Unidas [ONU], Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia Contra la Mujer [DEVAW], Art. 1, 1994). Trabajándose durante los últimos 25 años, a nivel internacional, en materia conceptual y legal, para abordarla, prevenirla y erradicarla.

A nivel mundial, la VG se considera un problema de salud pública, mayoritariamente perpetrada por hombres y padecida por mujeres (Consejo de Europa, 2011; Devries et al., 2013; FRA, 2014; García-Moreno et al., 2006; Heise y García-Moreno, 2003; OMS, 2013; Stockl et al., 2013; citado en Ferrer y Bosch, 2019). Siendo la modalidad más frecuente, la violencia infligida por la pareja íntima (Young-Ran y Hye, 2021; Aiquipa y Canción, 2020; Pick et al., 2010), puesto que el 27% de las mujeres de 15 a 49 años que han estado en una relación, informan haber sufrido algún tipo de violencia física y/o sexual por parte de su pareja (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021) y, el 38% de los asesinatos de mujeres ocurridos, han sido cometidos por su pareja o expareja masculina (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2019; OMS, 2013).

En España, la VG contempla todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad; ejercida sobre las mujeres por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. Considerándola una expresión de discriminación, situación de desigualdad y relación asimétrica de poder de los hombres sobre las mujeres (Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, Art. 1.1). Por lo que se impulsan medidas de sensibilización, prevención y detección temprana que visibilice la colaboración de la sociedad civil en las acciones de concienciación y rechazo.

De acuerdo con la ONU (DEVAW, Art. 2, 1994), la VG puede producirse: (a) En la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer; (b) En la comunidad en general, instituciones educacionales u otros lugares, incluida la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, la trata de mujeres y la prostitución forzada y; (c) Dondequiera que ocurra, perpetrada o tolerada por el Estado. Demandando una mayor comprensión de las diversas situaciones en que las mujeres experimentan distintas manifestaciones de VG, así como el trauma y sus efectos negativos consecuentes (Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [CEDAW], Recomendación 35, 2017 que, actualiza la Recomendación 19, 1992).

Según la naturaleza o tipo de la VG ejercida, se encuentra la violencia psicológica, la violencia física o la violencia sexual. Las cuales pueden infligirse de manera interrelacionada con el objetivo de ejercer control sobre la víctima (Alberdi, 2005; Labrador et al., 2004, citado en OPS & OMS, 2013).

La VG psicológica, se observa como la más frecuente (Asensi, 2008; DGVG, 2020; Fernández-González et al., 2017; Hidalgo y Valdés 2014), e incluye insultos, humillaciones, intimidaciones o amenazas (OMS, 2005), y se asocia con alteraciones psicopatológicas (Amor et al., 2001; Daugherty et al., 2019; Echeburúa et al., 1997; García et al., 2020; Pico-Alfonso et al., 2008), incluso mayores (Cogan y Porcerelli, 1996; Khan et al., 1993) que las ocasionadas por la modalidad física.

La VG física, implica bofetones, empujones, golpes, palizas, estrangulamiento, quemadura, amenaza con armas o uso de armas (OMS, 2005), y se relaciona con síndromes de indefensión aprendida, de adaptación paradójica y de la mujer maltratada, con trastornos de estrés postraumático, de depresión y de ansiedad, así como con baja autoestima y, sentimientos de culpa y vergüenza (Deza, 2019; Montero, 2001).

La VG sexual, involucra actos sexuales considerados degradantes/humillantes, relaciones sexuales bajo temor o en contra de la voluntad (OMS, 2005), y se asocia con problemas sexuales (Campbell et al., 2002; Krug et al., 2002; OMS, 2013; Sanmartín, 2010). Es reconocida como problema grave de salud pública (Asociación Mundial para la Salud Sexual [WAS], 2000); observándose en un tercio de las mujeres maltratadas física y psicológicamente, por parte de su pareja (Pico-Alfonso et al., 2008), y reportándose que ocurre más de una vez, en el 82% de las mujeres que han sufrido violencia física, el 91,3% de las que han sufrido violencia psicológica y el 88,8% de las que han sufrido violencia sexual, por parte de parejas pasadas (Guzmán-Rodríguez et., 2021; DGVG, 2020; Fernández-González et al., 2017; Rivas-Rivero y Bonilla-Algovia, 2020; Amor et al., 2002).

Desde un punto de vista general, la violencia sexual envuelve todo acto sexual, la tentativa de consumarlo, las insinuaciones sexuales indeseadas, o las acciones para comercializar o utilizar de cualquier otro modo la sexualidad de una persona mediante coacción por otra persona, independientemente de su relación con la víctima y en cualquier ámbito (, 2011; Organización Panamericana de la Salud [OPS] & OMS, 2013). Desde un punto de vista concreto, la violencia sexual se evidencia preferentemente en mujeres; comprendiendo cualquier acto que traspasa su libertad sexual, sufrir actos sexuales humillantes o en contra de su voluntad, sentirse obligada a tener hijos o a abortar, sufrir agresiones en las relaciones sexuales, abusos, vejaciones o incitación a la prostitución (Chamorro, 2008).

Aunque diversos estudios describen que mujeres y hombres supervivientes de violencia sexual pueden sufrir consecuencias conductuales, sociales y de salud mental análogas, se ha encontrado que las niñas y las mujeres soportan una carga más abrumadora de lesiones y enfermedades, debido a ser mayormente víctimas y estar en situación más vulnerable a consecuencias negativas, para su salud sexual y reproductiva (Andrews, et al., 2004, Dube, et al., 2005, Patel, 2001, citado en OPS & OMS, 2013).

La VG, impacta negativamente la salud de las mujeres, dadas sus consecuencias: (a) Mentales: depresión, ansiedad, estrés, trastorno por estrés postraumático, baja autoestima, trastornos del sueño y de la conducta alimentaria, autolesiones o suicidio; (b) Sexuales/Reproductivas: infecciones de transmisión sexual, incluida la infección por VIH, enfermedad inflamatoria pélvica y/o dolor pélvico crónico, y disfunción sexual como dispareunia o vaginismo (c) Psicológicas/Conductuales: abuso de psicofármacos, alcohol y/o drogas o tabaquismo y, (d) Físicas/Sanitarias: síndromes de dolor crónico y fibromialgia, mayores hospitalizaciones, intervenciones quirúrgicas y visitas a consultas médicas (Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI], 2017; OPS & OMS, 2013). Consecuencia que agravan en casos de sufrir más de una modalidad de VG y/o por reiterados episodios.

A nivel nacional, se estima que el 32,4% de las mujeres de 16 o más años, ha sufrido al menos de un tipo de VG en algún momento de su vida. Revelándose que un 74,7% de las mujeres ha sufrido VG de cualquier tipo por parte de sus exparejas y, evidenciándose dentro de las consecuencias psicológicas más frecuentes, la pérdida de autoestima, en un 50,8% de las víctimas (Dirección General Contra la Violencia de Género [DGVG], 2020).

Según lo expuesto, se encuentra que la VG deteriora la salud mental (SM) y la salud sexual (SS) de las mujeres, sobre todo, en las pertenecientes a colectivos de especial vulnerabilidad, como niñas, minorías, migrantes, con discapacidad, refugiadas o internas en instituciones (CEDAW, 2017; Ley Orgánica 3/2007; ONU, 1994).

Salud Mental

Mundialmente se describe que la SM de las mujeres se muestra más afectada, caracterizándose con una mayor propensión a sufrir de depresión, ansiedad y mayores intentos de suicidio que entrañan una carga de discapacidad (OMS, 2018b).

Algunos estudios identifican como consecuencias negativas de la VG, los trastornos de estrés postraumático, depresión y ansiedad (Deza, 2019; Montero, 2001) y señalan que cerca de un 90% de las mujeres víctimas, acude al centro de Atención Primaria durante el año siguiente de haber sido agredida (Martínez et al., 2019).

Otros estudios indican las que mujeres afectadas por VG, muestran una deficiente SM con mayor riesgo de revictimización, asociada al uso de estrategias psicológicas de afrontamiento por desconexión, en lugar de estrategias de afrontamiento de compromiso, que predicen una mejor SM con menor riesgo de revictimización por violencia física (Taft et al., 2007; Iverson et al., 2013).

En el ámbito europeo, un estudio a gran escala, el European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED), evidencia que el 25,9% de la población había sido diagnosticada de algún trastorno mental en algún momento de la vida. A nivel nacional, al analizar la coexistencia de la violencia dentro de la pareja y los trastornos mentales, se halla un incremento de éstos, en los últimos años (Isabel Ruiz-Pérez, et al. 2018). Haciéndose manifiesto, que las mujeres presentan peores resultados en todos los indicadores de SM investigados, con mayor

vulnerabilidad y prevalencia de morbilidad psíquica que los hombres, peor salud autopercibida, así como, mayor frecuencia de diagnóstico y consumo de psicofármacos (Henares et al., 2020).

En el país, una encuesta realizada por la Confederación Salud Mental España y la Fundación Mutua Madrileña (2023), describe que un 61,3% de las personas con experiencia propia en MS, son mujeres frente a un 38,3% de hombres, teniendo mayor probabilidad de consumir psicofármacos que los hombres, siendo más diagnosticadas, calificando en mayor medida su estado de SM como malo o muy malo y, manifestando mayor sintomatología de SM que los hombres, como, depresión (48,0% vs. 35,5%), ansiedad prolongada (44,7% vs. 8,4%), autolesiones (17,0% vs. 11,7%), e ideación/intento de suicidio (11,3% vs. 6,4%). En tal estudio, médicos/as de atención primaria y profesionales de atención especializada de la sanidad pública, refieren situaciones de estrés manifiesto habitualmente en las consultas, por ser las mujeres las que más acusan sobrecarga del cuidado de los/as hijos/as, de personas mayores y familiares enfermos. Pese a ello, la encuesta destaca que tanto mujeres como hombres, conceden un 4,5 sobre 5 a la importancia de la SM sobre su bienestar general.

Los datos presentados, coinciden con lo señalado por la OMS (2018), cuando resalta que nivel mundial el 70% del personal sociosanitario mundial es femenino y que se observa estrés laboral, concretamente, síndrome burnout con agotamiento emocional, despersonalización y falta de autorrealización (Ortiz, Kanter, y Arias, 2020, citado en Tobón, 2021), sobre todo, en profesionales de la salud (Dominguez, Fernández y Vega, 2018), y en entornos demandantes de mayores recursos adaptativos en cuanto a tareas de cuidados (Kent, Hochard y Hulbert, 2019). Asimismo, se encuentra estrés traumático secundario (Beck, 2011) o fatiga por compasión (Sarra y Feuz, 2018), manifiesto en alteraciones de salud por exposición a las víctimas y por empatía en el acto de cuidar (Moreno et al. 2019). Realidad, que amerita mayor visibilidad e investigación, en el área de la práctica profesional psicológica en el contexto de VG.

La presente investigación asume la SM, más que en su connotación negativa, vale decir, más allá de la sintomatología que la rodea. Concordando con la visión integradora que la define como un estado de bienestar mental que permite afrontar el estrés de la vida, desarrollar todas las habilidades, trabajar adecuadamente y aportar al mejoramiento de la comunicad (OMS, 2022). Incorporando la justificación de una asistencia en SM más balanceada, cuyas evaluaciones y tratamientos orientados a la enfermedad, se complementen con evaluaciones y tratamientos orientados al bienestar (Bohlmeijer et al., 2017)

En el marco de la psicología positiva en el ámbito de la salud, esta investigación considera los indicadores positivos de la SM, vale decir, de la salud mental positiva (SMP), desde un modelo multifactorial que aúna: (a) Satisfacción personal; (b) Actitud prosocial; (c) Autocontrol; (d) Autonomía; (e) Resolución de problemas y auto actualización y, (f) Habilidades de relación interpersonal (Lluch, 1999, Lluch, 2015, Aguilar, 2016). Reconociendo que la SMP se alcanza cuando las habilidades, estrategias y recursos personales son los adecuados, para afrontar las diversas situaciones de la vida (Muñoz et al., 2016). Desde luego, de esencial importancia, para la recuperación, el empoderamiento y la calidad de vida tras vivencias adversas de VG.

Salud Sexual

La SSR de las mujeres, se ve afectada por la VG y las disfunciones sexuales (DS). Las cuales, se definen como un conjunto variado de trastornos que conllevan alteración clínicamente significativa de la capacidad de responder sexualmente y de experimentar placer sexual, así como, dificultad para poder participar en las relaciones sexuales según lo deseado (Asociación Psiquiátrica Americana [APA], 2013; OMS, 2020).

Respecto a la prevalencia de las DS, en general se estima que en población adulta el 40-45% de las mujeres y el 20-30% de los hombres presentan al menos una DS. En España, el 46% de las mujeres y el 32% de los hombres de 40 a 80 años de edad (Nicolosi et al., 2006; Hayes, Dennerstein, Bennett y Fairley, 2008 citado en Cabello, 2010).

Según diversos estudios (citado en Vercellino y Philippi, 2020), resultan más frecuentes, el deseo sexual hipoactivo en mujeres y la eyaculación precoz en hombres (Derogatis y Burnett, 2008) con tasas del 40% de las mujeres (22% con bajo deseo sexual), y del 30% de los hombres (con 21% de eyaculación precoz) en EEUU (Laumann, 1999) y, el 34% de las mujeres y el 19% de los hombres en Europa (Moreira et al., 2008).

Aunque las DS se han asociado a bajos niveles de calidad de vida (Laumann, 1999; McCabe, 1997), distintos estudios con muestras clínicas o población general en diferentes países, evidencian que el bienestar sexual resulta de gran importancia para la mayoría de hombres y mujeres (Lindau y Gavrilova, 2010; Basson, 2007, citado en Rico, 2014).

Concretamente las disfunciones sexuales femeninas (DSF), muestran una prevalencia muy alta a nivel mundial, influyendo en ellas factores individuales, culturales y sociales en éstas, entre tales, violencia conyugal, estrés laboral, problemas con la pareja y relacionados con el consumo de alcohol y drogas (Muñoz & Camacho, 2016). Existiendo un infradiagnóstico (Valente et al., 2021), debido a que las mujeres encuentran mayores barreras para alcanzar la protección y la satisfacción de los derechos sexuales, integrantes de SS y salud (OMS, 2018a; 2023). Este hecho representa, un déficit en la calidad de vida de las mujeres que las padecen y con frecuencia, un tema tabú durante la entrevista clínica (Castroviejo, 2010); pese a que pueden generar sufrimiento personal, como estrés, ansiedad y sufrimiento interpersonal o dificultades de relación (Françoise, 2023).

Aunque faltan más estudios epidemiológicos de todas las DSF (Lewis, 2010), en la práctica clínica las DSF se vienen diagnosticando con base a los criterios clasificatorios, internacionales, que recientemente las agrupan en: (a) Trastorno del interés-excitación sexual femenina; (b) Trastorno del orgasmo femenino y, (c) Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración; destacando la angustia que causan y considerando los factores relacionados (DSM-V, APA, 2013). Esto, en consonancia con las fases de la respuesta sexual humana (excitación, meseta, orgasmo y resolución) descritas por Masters y Johnson (1976), los estadios de la respuesta sexual femenina (deseo, excitación, orgasmo) descritos por Kaplan (1985), y la añadida fase de satisfacción propuesta por Carrobbles y Sanz (1991).

Las DSF, del deseo y de la excitación se encuentran como las más frecuentes, pese a la variabilidad de los estudios (McCabe et al., 2015). Sin embargo, se cuenta con pocos estudios de resultados publicados sobre el tratamiento psicológico de los trastornos de la excitación (McCabe et al., 2010). También se observa la insatisfacción con el deseo sexual, en una proporción considerable de mujeres de todas las edades y etapas reproductivas, siendo aún poco conocida la comprensión de los factores implicados; a la espera de la continuidad en la evolución de los avances científicos, para una mayor comprensión del deseo sexual femenino (Brotto et al., 2017).

Los factores psiquiátricos y psicológicos (Lewis et al., 2004), así como los comportamientos de salud, se identifican dentro de los factores de riesgo comunes para las DS (Derogatis et al., 2008). Y dentro de los factores predisponentes, se observan experiencias de vida previas, apego problemático, padres negligentes o críticos, crianza restrictiva, abuso sexual o físico y violencia (McCabe et al., 2010).

Especialmente los factores psicológicos y socioculturales se reconocen que juegan un papel importante en la vulnerabilidad a desarrollar una preocupación sexual, desencadenar y mantener una DS a largo plazo, por ejemplo, estrés y ansiedad anticipatoria constante sobre la evaluación de la pareja (Brotto et al. 2016).

Es innegable que la vivencia de la sexualidad y las conductas sexuales de las personas, se ven influenciadas por las actitudes sexuales (Guerra et al., 2017), en dos dimensiones, negativa-erotofóbica y positiva-erotofílica, en función del contexto y la historia sexual (Fisher y Hall, 1988; Saldívar, 2015, citado en Guerra et al., 2017; Gómez Zapiain, 2014; Pérez, 2019). En torno a ello, aún persiste la vivencia de una sexualidad mediatizada por los roles de género tradicionales (Hidalgo y Dewitte, 2021), que han sostenido un trato desigual y perjudicial hacia las mujeres a raíz del prejuicio hacia las mujeres (Allport, 1954), y un sexismo ambivalente (Glik y Fiske, 1999), con actitudes hostiles y/o benevolentes que idealizan el rol tradicional de mujeres y hombres (citado en Cabello, 2010). Lo cual se encuentra, en la base de las diversas manifestaciones de VG.

Por otro lado, durante los últimos 3 años, en veintinueve países, sólo el 9% de 27.500 hombres y mujeres que acudieron a consultas médicas de rutina, fueron interrogados respecto de su SS, pese a que a los pacientes les gustaría preguntar sobre sexualidad al personal sanitario (Moreira et al., 2005, citado en Valente et al., 2021). También descrito por Dyer y Nair (2013), que la mayoría de los profesionales de salud no discuten de forma proactiva cuestiones de sexualidad en sus consultas a usuarios, y pese a que un 60% afirmó que las mismas, deben abordarse como parte de la atención integral a pacientes, sólo el 6% lo incorporó; identificando barreras personales y organizativas para hacerlo, como falta de formación (79%), de tiempo (67%) y vergüenza (50%).

Lo expuesto, indica la necesidad de investigar y abordar esta problemática ya que la función sexual adecuada provee una sensación de bienestar psicológico, físico y social (Khajehei et al., 2015), y la sexualidad saludable contribuye con la calidad de vida en todas las edades,

mejorando la ansiedad, la depresión y la calidad del sueño (Kleinstäuber, 2017; Costa 2019, citado en Valente et al., 2021).

Desde una mirada integradora y positiva, esta investigación se enmarca en la concepción de la SS, no solo como ausencia de enfermedad, disfunción o malestar, sino como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que posibilita tener experiencias sexuales placenteras, seguras y libres de toda coacción, discriminación y violencia (OMS, 2018a). Igualmente se apoya que la sexualidad saludable es aquella donde la persona acepta, conoce, expresa y vivencia su erótica de modo satisfactorio, siendo parte de la salud y de la felicidad (Cabello, 2012, citado en Vercellino y Philippi, 2020).

Capital Psicológico

La psicología positiva se ha enfocado en las fortalezas en lugar de las debilidades o enfermedades, así como en el desarrollo y *florecimiento* de las personas (Seligman, 2011), poniendo énfasis en las variables que permiten a las personas aumentar su nivel de salud y bienestar, su funcionamiento óptimo y logro del potencial (González-Cantero, et al., 2017; Seligman et al., 2005), e impulsar el crecimiento psicológico (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Aplicada en el ámbito laboral, interesada en medir, incrementar y aplicar las fortalezas y capacidades psicológicas positivas de manera efectiva, para mejorar el desempeño laboral (Luthans y Youssef, 2015). Aplicada en el ámbito de la salud, interesada en evitar complicaciones y generar salud positiva en las personas (Seligman, 2008, citado en Barragán, 2014).

La personalidad como forma habitual de afrontar los acontecimientos a lo largo de la vida, influye sobre la determinación del tipo de valoración y afrontamiento posterior de las personas ante las situaciones potencialmente estresantes. En su vertiente motivacional-energética, caracteriza a personas que perciben y afrontan las circunstancias del entorno, como a sí mismas de forma más positiva y más saludable, dado que cuentan con recursos personales más adecuados. Integrando dos dimensiones con influencia positiva sobre el bienestar psicofísico y la pronta recuperación de la salud: (a) Las creencias y expectativas generalizadas, como el locus de control interno, la autoeficacia y el optimismo; a través de las cuales las personas revaloran, autoconfían y juzgan disponer de mayor capacidad y habilidad para afrontar retos de su vida con esperanza de tener más experiencias positivas y, (b) Las emociones positivas y energía para el afrontamiento, como la afectividad positiva y extraversión; a través de las cuales las personas tienden a sentirse con alta energía y entusiasmo, además de mayor grado de sociabilidad, actividad, vitalidad, asertividad y despreocupación (Sánchez, 2000; Sánchez, a et al., 2004).

Los mencionados factores, autoeficacia, optimismo y esperanza, interrelacionados con la resiliencia, componen el Capital Psicológico (CapPsi), inicialmente estudiado, en el área de la salud ocupacional y definido como, un estado de desarrollo psicológico positivo, conformado por: (a) Autoeficacia o confianza para afrontar retos y llevar a cabo con éxito tareas desafiantes; (b) Optimismo o atribuciones positivas a los eventos presentes y futuros; (c) Esperanza o visualizar

y perseverar en la búsqueda de los objetivos, redireccionando los esfuerzos si es preciso y, (d) Resiliencia o capacidad de mantenerse, recuperarse y fortalecerse ante situaciones adversas (Luthans, Youssef y Avolio, 2007).

La creciente investigación del CapPsi, comienza aplicarse en el campo de la SM, al observarse asociado con el comportamiento proactivo hacia el cuidado de la salud (Omar et al., 2014), relacionado con otras características psicológicas positivas y con la personalidad proactiva que predice la satisfacción con la vida, que influye en la capacidad de llevar vidas más prósperas y construir sociedades más prósperas (Lorenz et al., 2016). Del mismo modo, relacionado con un estilo de vida saludable, convirtiéndose así en una herramienta favorecedora en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (González-Cantero, et al., 2017).

El CapPsi, es un constructo sensible de entrenamiento puesto que, se centra en lo que las personas son, destacando lo que las personas pueden llegar a ser, al ampliar su potencial humano (Luthans et al., 2004; Luthans y Youssef, 2004; Luthans et al, 2007). Por lo que, se considera importante incorporar su evaluación e intervención, como expresan Seligman y Csizkszentmihalyi (2000), no sólo para ayudar a resolver los problemas de SM, sino para alcanzar una mejor calidad de vida y bienestar, y para lograr mejores resultados en diversas áreas de acción (Luthans et al, 2007). Sobre todo, de manera preventiva, en tanto que el CapPsi y particularmente, la resiliencia, funcionan como amortiguador ante los problemas de SM (Li, Yang, Dou & Cheung, 2020).

La presente investigación se inspira en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, que solicita acciones, tanto de atención en SM en programas y servicios destinados a la violencia de género (VG) y la salud sexual y reproductiva (SSR), como de aplicación de enfoques innovadores basados en evidencia científica, para proveer apoyo psicológico a mayor escala, y fortalecer las competencias en proveedores sociosanitarios, hacia una mejor comprensión de las personas vulnerables y de los determinantes sociales de la SM, tales como la desigualdad, la discriminación y la violencia (OMS, 2022a). Además, en el Marco para el Diseño de Programas de Salud Sexual, en la esfera destinada a la prevención de la VG, que incluye la detección temprana, el tratamiento y la atención a las víctimas de violencia o agresiones sexuales infligidas por la pareja y, en la esfera destinada a la función sexual y orientación psicosexual, que incluye la detección y el abordaje de los problemas y dificultades sexuales, así como el tratamiento de las disfunciones y trastornos sexuales (OMS, 2018a).

En virtud de lo anterior, esta investigación hace un intento innovador de evaluar el CapPsi, como un suprafactor favorecedor y un recurso desarrollable, para la promoción de la SMP y la SSF. Ámbitos, que esperan de ampliación del conocimiento científico, especialmente en población, que por fenómenos sociales hallan ante barreras para el alcance de un mayor estado de bienestar psicológico y sexual, en este caso, población inmersa en el contexto de VG.

Las repercusiones para el quehacer profesional psicológico y sexológico, serán el diseño de estudios experimentales de evaluación de programas multimodales de intervención, que integren el CapPsi, como recurso que beneficie el crecimiento psicológico, el empoderamiento y

el bienestar de mujeres supervivientes o expuestas a VG. Contribuyendo, además, con el rendimiento óptimo y la salud ocupacional de las psicoterapeutas que atienden en este contexto.

En este sentido, se formula la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación del CapPsi con la SMP y la SSF, en mujeres expuestas o no a VG?

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

El objetivo principal de esta investigación fue analizar la relación del CapPsi con la SMP y la SSF en mujeres expuestas a VG, en comparación con mujeres no expuestas a VG. Por consiguiente, los objetivos específicos fueron: (1) Describir las características sociodemográficas. (2) Detectar la presencia de VG. (3) Determinar el nivel de SMP, (4) Determinar el nivel de SSF e (5) Identificar el grado de CapPsi.

En línea con lo anterior, las hipótesis de investigación fueron: (1) Correlacionales, estableciendo la hipótesis nula (H_0): No existe relación entre CapPsi y SMP o SSF, en mujeres expuestas a VG; frente a la hipótesis alternativa (H_a): Existe relación moderada entre CapPsi y SMP o SSF, en mujeres expuestas a VG. (2) De diferencias entre grupos, estableciendo la hipótesis nula (H_0): No existen diferencias significativas en el grado de CapPsi de mujeres expuestas a VG, en comparación con mujeres no expuestas a VG; frente a la hipótesis alternativa (H_a): Existen diferencias significativas (intervalo de confianza 95%), en el grado de CapPsi de mujeres expuestas a VG, en comparación con mujeres no expuestas a VG.

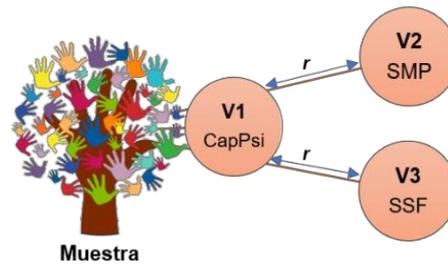
3. MÉTODO

Diseño de estudio

Se trata de un diseño de investigación no experimental, de corte transversal, con alcance descriptivo y correlacional, en el cual no se manipulan las variables y se caracteriza el estado actual de dichas variables en un momento dado y se analiza la relación entre ellas (Hernández-Sampieri 2010; Sánchez y Reyes, 2015), como se ilustra en la Figura 1.

Figura 1

Ilustración del diseño de estudio



La presente investigación se enmarca en los lineamientos legales, permisos y autorizaciones para la investigación en psicología, de acuerdo con el Comité Ético Científico (Universidad Europea de Valencia, 2023), los Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta para Psicólogos (American Psychological Association, 2017), el Código Deontológico del/la Psicólogo/a de España (COPs, 2014), así como, la Ley de Ejercicio de la Psicología y el Código de Ética Profesional de Venezuela de la Federación de Psicólogos de Venezuela (1981, 2023).

Métodos de recogida de datos

Para la realización de esta investigación, se aplicó la encuesta, como técnica de recolección de datos y el cuestionario, como instrumento de medición de las variables objeto de estudio.

El cuestionario se creó a través de la plataforma Google Forms Online, conformando siete secciones: (a) Saludo introductorio, (b) Cinco instrumentos de medición de las variables y, (c) Despedida y agradecimiento. Este cuestionario fue distribuido mediante enlace de acceso para su cumplimentación voluntaria y anónima, a través de correo electrónico, grupos cerrados de Whats App, Facebook e Instagram. Dicho enlace, fue compartido, previo mensaje de información acerca de la investigación, sus objetivos, el consentimiento informado y la garantía de la confidencialidad.

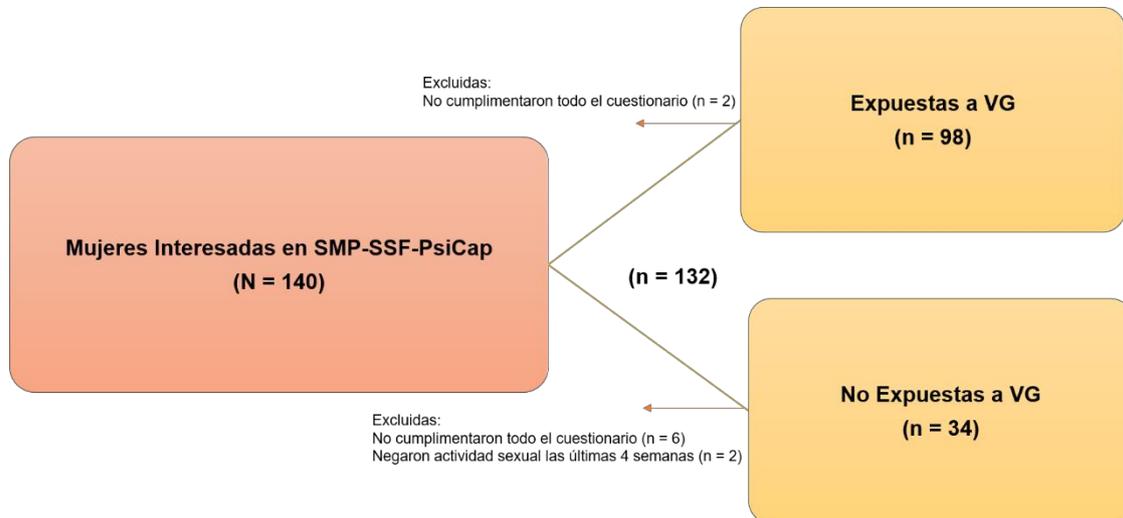
Población y muestra

La población accesible para esta investigación, según criterio de tiempo y recursos de la investigadora (Arias, 2006), estuvo conformada por mujeres hispanoamericanas, con edades comprendidas entre 26 y 65 años, que otorgaron su consentimiento informado, para participar como voluntarias.

La muestra fue no probabilística intencional, integrada por 132 mujeres de habla hispana, de 26 a 65 años de edad, reclutadas a través de un enlace publicado en redes sociales. Siendo agrupadas en mujeres expuestas a violencia de género (EVG, "supervivientes") y no expuestas a violencia de género (NEVG, "libres"), de acuerdo con criterios de inclusión y exclusión, como se ilustra en la Figura 2.

Figura 2

Conformación de la Muestra de Estudio



Variables e Instrumentos

Variables Sociodemográficas

Se recogieron datos personales de las mujeres participantes voluntarias de la investigación, tales como: situación de migrante o no, edad, orientación sexual, estado civil, estudios, colectivo al que pertenecen (por ej. paciente de psicoterapia o psicóloga) y, diagnósticos en salud mental (DSM) y/o en salud física o sexual (DSFS). Lo anterior, mediante Cuestionario AdHoc (Anexo 1).

Variables de Agrupación y Estudio

1. Violencia de Género. Detección de presencia y tipo de VG. Evaluada a través de la *Herramienta Breve de Detección de Violencia Basada en Género* (DVBG). Consta de 4 preguntas que detectan exposición a violencia psicológica/emocional, física, sexual y abuso sexual durante la niñez, además de 2 preguntas que exploran autopercepción de seguridad y riesgo actual de la mujer. La herramienta original fue desarrollada en español por tres asociaciones de SSR (Venezuela, República Dominicana y Perú), y la Federación Internacional de Planificación Familiar, Región del Hemisferio Occidental (IPPF-RHO). Con validación iniciada por la Asociación de Planificación Familiar (PLAFAM) de Venezuela (Bott, et Al., 2010), y continuada por el Programa de Medicina Interna General (PMIG) del Hospital de Clínicas de Universidad de Buenos Aires, Argentina (Majdalani, et al., 2005; Mejía, et al., 2000). Ha mostrado ser un instrumento con propiedades lingüísticas y psicométricas adecuadas; apropiado por su solidez, formato y contenido, como por su comprensibilidad y confiabilidad, para la detección sistemática de VG en mujeres de habla hispana, en las consultas clínicas. (Anexo 2).

2. Salud Mental Positiva. Nivel de SMP. Evaluada a través de la *Escala de Salud Mental Positiva* (PMHQ). Consta de 39 ítems, que estructuran 6 factores: (a) F1 "Satisfacción personal"; (b) F2 "Actitud prosocial"; (c) F3 "Autocontrol"; (d) F4 "Autonomía"; (e) F5 "Resolución de problemas y autoactualización"; y (f) F6 "Habilidades de relación interpersonal". Se responde mediante escala tipo Likert que va desde 1 ("nunca o casi nunca") hasta 4 ("siempre o casi siempre"). La sumatoria de los puntajes se ubica en un rango global 39-156. Siendo la baremación: 39-77 nivel bajo; 78-117 nivel medio; 118-156 nivel alto. La escala fue desarrollada y validada en España por Lluich (1999, 2015). Esta escala cuenta con una consistencia interna de $\alpha=0,91$ (Alfa de Cronbach). Para este estudio fue $\alpha=0,91$. (Anexo 3).

3. Salud Sexual Femenina. Nivel y tipo de disfunción sexual e iniciativa-comunicación sexual, y desempeño sexual de la mujer. Evaluada a través del *Cuestionario de Función Sexual en la Mujer* (FSM). El cual consta de 14 ítems tras uno llave que valoran, por un lado, dominios evaluadores de la actividad sexual, (a) Fases de la respuesta sexual: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción sexual y general, problemas con la penetración vaginal, ansiedad anticipatoria; (b) Aspectos relacionales como iniciativa y grado de comunicación sexual y, por otro lado, dominios descriptivos del desempeño sexual, (c) Actividad sexual sin penetración vaginal, frecuencia de actividad sexual y, presencia/ausencia de pareja sexual. Se responde mediante escala tipo Likert que va desde 1 ("trastorno grave") hasta 5 ("sin trastorno"). Obteniéndose puntuaciones para los dominios evaluadores de actividad sexual (DEAS), clasificatorios de DSF como "Trastorno severo" (1-3), "Trastorno Moderado" (4-7) y "Sin trastorno" (8-15). Proporcionando información complementaria a través de los dominios descriptivos, sin valor cuantitativo. Este cuestionario fue desarrollado y validado en España por Sánchez et al. (2004), mostrando ser estable, válido y fiable, para la exploración y el diagnóstico de las disfunciones sexuales en mujeres de cualquier edad y orientación sexual, con actividad sexual individual o en pareja. Este cuestionario cuenta con un Alfa de Cronbach de $\alpha=0,89$. Para este estudio fue $\alpha=0,84$. (Anexo 4).

4. Capital Psicológico. Grado de estado de CapPsi positivo. Evaluado a través de la *Escala de Capital Psicológico Compuesto* (CPC-12). Consta de 12 ítems que miden: (a) Esperanza, (b) Optimismo, (c) Resiliencia y (d) Autoeficacia. Se responde mediante escala tipo Likert que va desde 1 ("totalmente en desacuerdo") hasta 6 ("totalmente de acuerdo"). Esta escala es una adaptación desarrollada por Lorenz et al. (2016; citado en Platania & Paolillo, 2022), ajustada como alternativa a la investigación relacionada con el trabajo y aplicable en varios campos en todos los dominios de la vida; a partir de: (a) El inicial *Psychological Capital Questionnaire* (PCQ-24) de Luthans et al. (2007), validado en diferentes países con buenas propiedades psicométricas; (b) La versión española, con alta fiabilidad y adecuada validez (Azanza et al., 2014) y, (c) La versión corta (PCQ-12), en población española, adecuada fiabilidad y validez (Meseguer et al., 2017; León-Pérez et al., 2017 y Djourova et al., 2019). Esta escala cuenta con un Alfa de Cronbach de $\alpha=0,82$. Para este estudio fue $\alpha=0,96$. (Anexo 5).

Análisis de Datos

Para el procesamiento y posterior análisis estadístico de los datos, se utilizó el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS por sus siglas en inglés), versión N°25 (Hernández *et al.*, 2014), así como el Python 3.10.

La comparación entre las medias de las variables de estudio, se llevó a cabo, calculando la medida de variabilidad de la estadística inferencial (prueba t-Student), determinando las diferencias significativas con un nivel de confianza del 95% ($p \leq 0,05$). Previo cálculo de las medidas de tendencia central (medias aritméticas) y de dispersión (desviaciones típicas) propias de la estadística descriptiva.

Para las correlaciones entre las variables, se realizó el cálculo del coeficiente *rho* de Spearman, con niveles de confianza del 95% y el 99%, significancias de $p \leq 0,05$ y $p \leq 0,01$.

4. RESULTADOS

Descripción de las Características Sociodemográficas

A continuación, se presentan los resultados de la investigación, de acuerdo con las variables de caracterización, del total de la muestra integrada por 132 mujeres con edades comprendidas entre los 26 y 65 años, que consintieron responder los instrumentos de medición de las variables objeto de estudio.

En primer lugar, de la muestra total, se encontró un 52.27% de mujeres no migrantes y, 74.24% de mujeres expuestas a violencia de género (EVG) frente a un 25.76% de mujeres no expuestas a violencia de género (NEVG) (Tabla 1).

Tabla 1

Condición de Migrante o no Migrante de las Mujeres Participantes

Migrante	n	EVG	NEVG
		A	B
n	132	98	34
	100,00%	100,00%	100,00%
	100,00%	74,24%	25,76%
Sí	63	47	16
	47,73%	47,96%	47,06%
	100,00%	74,60%	25,40%
No	69	51	18
	52,27%	52,04%	52,94%
	100,00%	73,91%	26,09%

Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$)

En segundo lugar, se encontró que de la muestra de mujeres participantes de la investigación: (a) El 39.39% tenían entre 46-55 años de edad, representando 42.86% de expuestas a VG; (b) El 94.70% se identificaron heterosexuales, constituyendo 92.86% de expuestas a VG; (c) El 57.57% eran unidas-casadas, representando 53.06% de expuestas a VG y, (d) El 43.94% tenían estudios de postgrado, constituyendo 40.82% de expuestas a VG. En estos resultados, se halló diferencia significativa en el estado civil, en el sentido que el 23.47% ($p = 0.05$), de las mujeres separadas/divorciadas, resultó más expuesta a VG (Tabla 2).

Tabla 2

Edad, Orientación Sexual, Estado Civil y Estudios de las Mujeres Participantes

Edad	n	EVG		NEVG	Orientación Sexual	n	EVG		NEVG
		A	B				A	B	
n	132	98	34	n	132	98	34		
	100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	100,00%		
	100,00%	74,24%	25,76%		100,00%	74,24%	25,76%		
26-35	19	15	4	Heterosexual	125	91	34		
	14,40%	15,30%	11,77%		94,70%	92,86%	100,00%		
	100,00%	78,95%	21,05%		100,00%	72,80%	27,20%		
36-45	32	20	12	Homosexual	2	2	-		
	24,24%	20,41%	35,29%		1,51%	2,04%	-		
	100,00%	62,50%	37,50%		100,00%	100,00%	-		
46-55	52	42	10	Bisexual	4	4	-		
	39,39%	42,86%	29,41%		3,03%	4,08%	-		
	100,00%	80,77%	19,23%		100,00%	100,00%	-		
56-65	29	21	8	Asexual	1	1	-		
	21,97%	21,43%	23,53%		0,76%	1,02%	-		
	100,00%	72,41%	27,59%		100,00%	100,00%	-		
Estado Civil	n	EVG		Estudios	n	EVG		NEVG	
		A	B			A	B		
n	132	98	34	n	132	98	34		
	100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	100,00%		
	100,00%	74,24%	25,76%		100,00%	74,24%	25,76%		
Soltera	22	18	4	Primaria	2	2	-		
	16,67%	18,37%	11,77%		1,52%	2,04%	-		
	100,00%	81,82%	18,18%		100,00%	100,00%	-		
Novia	9	5	4	Secundaria Bachillerato	15	11	4		
	6,82%	5,10%	11,76%		11,36%	11,22%	11,77%		
	100,00%	55,56%	44,44%		100,00%	73,33%	26,67%		
Unida / Casada	76	52	24	Universitario	57	45	12		
	57,57%	53,06%	70,59%		43,18%	45,92%	35,29%		
	100,00%	68,42%	31,58%		100,00%	78,95%	21,05%		
Separada Divorciada	25	23	2	Posgrado	58	40	18		
	18,94%	23,47%	5,88%		43,94%	40,82%	52,94%		
	100,00%	92,00%	8,00%		100,00%	68,97%	31,03%		

Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$)

En tercer lugar, se encontró que: (a) El 68.94% no tenía diagnóstico en SM, seguido del 19.70% con diagnóstico de ansiedad, constituyendo 68.37% y 20.41% de expuestas a VG; (b) El 67.42% no tenía diagnóstico en SFS, seguido del 7.57% con diagnóstico de migraña, representando 62.25% y 10.21% de expuestas a VG. En estos resultados, se halló diferencia significativa en el diagnóstico en SFS, en el sentido que, el 82.35% ($p = 0.05$), de las mujeres sin diagnósticos de enfermedad, resultaron no expuestas a VG (Tabla 3).

Tabla 3

Diagnósticos en salud mental (SM) o en salud física-sexual (SFS) de las Mujeres Participantes

Diagnóstico SM	n	EVG A	NEVG B	Diagnóstico SFS	n	EVG A	NEVG B
n	132	98	34	n	132	98	34
	100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	100,00%
	100,00%	74,24%	25,76%		100,00%	74,24%	25,76%
Ansiedad	26 19,70%	20 20,41%	6 17,65%	Fibromialgia	8 6,06%	6 6,12%	2 5,88%
	100,00%	76,92%	23,08%		100,00%	75,00%	25,00%
Depresión	7 5,30%	5 5,10%	2 5,88%	Enfermedad Inflamatoria Pélvica	1 0,76%	1 1,02%	-
	100,00%	71,43%	28,57%		100,00%	100,00%	-
TEPT (Trastorno de estrés postraumático)	5 3,79%	3 3,06%	2 5,88%	ITS (Infección de Transmisión Sexual)	5 3,79%	5 5,10%	-
	100,00%	60,00%	40,00%		100,00%	100,00%	-
TA (Trastorno de adicciones)	1 0,76%	1 1,02%	-	Migraña	10 7,57%	10 10,21%	-
	100,00%	100,00%	-		100,00%	100,00%	-
TCA (Trastorno de la conducta alimentaria)	2 1,51%	2 2,04%	-	Endometriosis	5 3,79%	5 5,10%	-
	100,00%	100,00%	-		100,00%	100,00%	-
Sin Diagnóstico	91 68,94%	67 68,37%	24 70,59%	Otra	14 10,61%	10 10,20%	4 11,77%
	100,00%	73,63%	26,37%		100,00%	71,43%	28,57%
				Sin Diagnóstico	89 67,42%	61 62,25%	28 82,35%
					100,00%	68,54%	31,46%

Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$)

Finalmente, se consideró importante identificar, de las mujeres participantes en la investigación, aquellas que eran pacientes o expacientes de psicoterapia y, aquellas que eran psicólogas o sociosanitarias. En este sentido, como dato adicional, se identificó un 21.21% de pacientes/expacientes, un 12.88% de psicólogas y un 9.85% de sociosanitarias, representando 24.49%, 7.14% y 7.14% de las expuestas a VG respectivamente. En estos resultados, se halló diferencia significativa en el colectivo de psicólogas, en el sentido que el 29.41%, reportó estar libre o no expuesta a VG.

Detección de Presencia y Tipo de Violencia de Género

De los resultados obtenidos, a partir de la herramienta de detección, se obtuvo una distribución muestral final, que conformó a 98 mujeres expuestas a VG (Grupo A), frente a 34 mujeres no expuestas a VG (Grupo B). Lo que representa que tres de cada cuatro mujeres que contestaron los instrumentos de esta investigación, han vivido algún tipo de VG (Tabla 4).

Cabe destacarse, la no aleatorización de la muestra en esta investigación y el reducido tamaño muestral obtenido, como grupo normativo o control.

Tabla 4

Detección de Presencia y Tipo de Violencia de Género en las Mujeres Participantes

VG Psicológica	n	EVG A	NEVG B	VG Física	n	EVG A	NEVG B
n	132	98	34	n	132	98	34
	100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	100,00%
	100,00%	74,24%	25,76%		100,00%	74,24%	25,76%
Sí	74	74	-	Sí	27	27	-
	56,06%	75,51%	-		20,45%	27,55%	-
	100,00%	100,00%	-		100,00%	100,00%	-
		B*				B*	
No	58	24	34	No	105	71	34
	43,94%	24,49%	100,00%		79,55%	72,45%	100,00%
	100,00%	41,38%	58,62%		100,00%	67,62%	32,38%
			A*				A*
VG Sexual	Base	EVG A	NEVG B	ASI	n	EVG A	NEVG B
n	132	98	34	n	132	98	34
	100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	100,00%
	100,00%	74,24%	25,76%		100,00%	74,24%	25,76%
Sí	33	33	-	Sí	54	54	-
	25,00%	33,67%	-		40,91%	55,10%	-
	100,00%	100,00%	-		100,00%	100,00%	-
		B*				B*	
No	99	65	34	No	78	44	34
	75,00%	66,33%	100,00%		59,09%	44,90%	100,00%
	100,00%	65,66%	34,34%		100,00%	56,41%	43,59%
			A*				A*
Se siente segura	n	EVG A	NEVG B	Siente miedo	n	EVG A	NEVG B
n	132	98	34	n	132	98	34
	100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	100,00%
	100,00%	74,24%	25,76%		100,00%	74,24%	25,76%
Sí	99	75	24	Sí	6	6	-
	75,00%	76,53%	70,59%		4,55%	6,12%	-
	100,00%	75,76%	24,24%		100,00%	100,00%	-
No	33	23	10	No	126	92	34
	25,00%	23,47%	29,41%		95,45%	93,88%	100,00%
	100,00%	69,70%	30,30%		100,00%	73,02%	26,98%

Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$)

Los resultados muestran que, el grupo de mujeres expuestas a VG, ha sufrido violencia psicológica (75.51%), abuso sexual en la infancia (55.10%), violencia sexual (33.67%) y violencia física (27.55%), en algún momento de su vida. Además, el 23.47% informó no sentirse segura volviendo a su casa y el 6.12% manifestó sentir miedo que su pareja u otro familiar, le cause daño. Llama la atención que un 29.41% de las mujeres no expuestas a VG, tampoco se siente segura volviendo a casa (Tabla 4).

Determinación del Nivel de Salud Mental Positiva

Los resultados arrojados a partir del instrumento de medición, indican que ambos grupos tanto las expuestas a VG como las no expuestas a VG, presentaron un alto nivel de SMP, a nivel global (Tabla 7).

Tabla 7

Nivel de Salud Mental Positiva Global de las Mujeres Participantes

Salud Mental Positiva	n	EVG	NEVG
		A	B
n	132	98	34
	100%	100%	100%
\bar{X}	3,29	3,30	3,26
DS	0,39	0,37	0,47

Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$)

Por otro lado, considerando los seis factores que conforman el constructo, tales como, Satisfacción personal, Autocontrol, Actitud Prosocial, Habilidades de relaciones interpersonales, Resolución de problemas y Autonomía. Los resultados arrojan que, las mujeres en general, presentan como más bajo, el nivel de Autocontrol y como como más alto, el nivel de Actitud prosocial. En estos resultados se halla diferencia significativa en el sentido que, las mujeres no expuestas a VG, reportan un mayor nivel de Satisfacción personal que las mujeres expuestas a VG (Tabla 8).

Tabla 8

Nivel de Salud Mental Positiva Dimensional de las Mujeres Participantes Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$)

Satisfacción Personal	n	EVG A	NEVG B	Autocontrol	n	EVG A	NEVG B	Actitud Prosocial	n	EVG A	NEVG B
n	132 100%	98 100%	34 100%	n	132 100%	98 100%	34 100%	n	132 100%	98 100%	34 100%
\bar{X}	3,36	3,31	3,51 A*	\bar{X}	2,99	3,00	2,96	\bar{X}	3,50	3,54	3,38
DS	0,49	0,51	0,41	DS	0,62	0,59	0,71	DS	0,46	0,38	0,62
Habilidades de Relaciones Interpersonales	n	EVG A	NEVG B	Resolución de Problemas	n	EVG A	NEVG B	Autonomía	n	EVG A	NEVG B
n	132 100%	98 100%	34 100%	n	132 100%	98 100%	34 100%	n	132 100%	98 100%	34 100%
\bar{X}	3,30	3,30	3,27	\bar{X}	3,32	3,36	3,22	\bar{X}	3,19	3,22	3,08
DS	0,47	0,45	0,51	DS	0,53	0,49	0,64	DS	0,57	0,57	0,54

Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$)

Determinación del Nivel de Salud Sexual Femenina

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir del instrumento de medición, se pudo detectar que, tanto las mujeres expuestas a VG como las que no, presentaron a nivel global, disfunción sexual, clasificándose en el rango de trastorno moderado. Lo cual resultó ligeramente más acentuado en las mujeres no expuestas a VG (Tabla 9).

Tabla 9

Nivel de Salud Sexual Femenina Global de las Mujeres Participantes

Función Sexual	n	EVG A	NEVG B
Disfunción Sexual	132 100%	98 100%	34 100%
\bar{X}	3,63	3,65	3,58
DS	0,67	0,72	0,53

Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$)

Considerando los dominios evaluadores de actividad sexual, específicamente de aspectos de valoración de la función y disfunción sexual, los resultados permitieron detectar que: (a) Tanto las mujeres expuestas a violencia de género (74.24%), como las que no (25.76%),

informaron presentar disfunción sexual, del deseo, la excitación y problemas con la penetración vaginal, clasificándose en el rango de trastorno severo, pero en el límite superior de la puntuación en el caso de la excitación; (b) Ambos grupos de mujeres manifestaron carecer de disfunción sexual en cuanto a la lubricación, el orgasmo y la ansiedad anticipatoria, clasificándose en el rango sin trastorno. En este resultado, se halló diferencia significativa, en la manifestación de función sexual orgásmica, que resultó sin trastorno, a un nivel algo superior en las mujeres expuestas a VG que en las mujeres no expuestas a VG. Un dato de interés a analizar a profundidad. (Tabla 10).

Tabla 10

Nivel de Salud Sexual Femenina de las Mujeres Participantes, Según Dominios Evaluadores de Actividad Sexual (DEAS): Función y Disfunción Sexual

Deseo	n	EVG	NEVG	Excitación	n	EVG	NEVG	Lubricación	n	EVG	NEVG
	A	B	A		B	A	B				
n	132	98	34	n	132	98	34	n	132	98	34
	100%	100%	100%		100%	100%	100%		100%	100%	100%
\bar{X}	3,53	3,57	3,39	\bar{X}	3,87	3,85	3,90	\bar{X}	4,02	3,98	4,12
DS	0,78	0,86	0,47	DS	0,85	0,90	0,69	DS	0,97	0,99	0,91
Problemas de Penetración Vaginal	n	EVG	NEVG	Orgasmo	n	EVG	NEVG	Ansiedad Anticipada	n	EVG	NEVG
	A	B	A		B	A	B				
n	132	98	34	n	132	98	34	n	132	98	34
	100%	100%	100%		100%	100%	100%		100%	100%	100%
\bar{X}	3,53	3,50	3,61	\bar{X}	3,92	4,08	3,47	\bar{X}	4,11	4,10	4,12
					B*						
DS	0,91	0,93	0,85	DS	1,17	1,12	1,21	DS	0,99	1,04	0,84

Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$)

Considerando los dominios evaluadores de la actividad sexual, específicamente en la valoración de aspectos relacionales de la actividad y la satisfacción sexual, los resultados indicaron que las mujeres expuestas o no a VG: (a) Reportaron moderada iniciativa sexual, siendo ligeramente inferior en el caso de las no expuestas a VG; (b) Informaron ausencia de problemas de comunicación sexual, aunque en el límite inferior de la puntuación; (c) Señalaron tener adecuada satisfacción sexual general, aunque en el límite inferior de la puntuación y, (d) Manifestaron moderada satisfacción con su actividad sexual. (Tabla 11).

Tabla 11

Nivel de Salud Sexual Femenina de las Mujeres Participantes, Según DEAS: Aspectos Relacionales de la Actividad Sexual y Nivel de Satisfacción Sexual

Satisfacción con la Actividad Sexual	n	EVG A	NEVG B	Satisfacción Sexual General	n	EVG A	NEVG B
n	132	98	34	n	132	98	34
	100%	100%	100%		100%	100%	100%
\bar{X}	4,08	4,13	3,94	\bar{X}	3,10	3,05	3,24
DS	0,94	0,95	0,90	DS	1,50	1,56	1,33
Iniciativa Sexual	n	EVG A	NEVG B	Comunicación Sexual	n	EVG A	NEVG B
n	132	98	34	n	132	98	34
	100%	100%	100%		100%	100%	100%
\bar{X}	2,90	2,95	2,76	\bar{X}	3,06	3,04	3,12
DS	0,85	0,88	0,74	DS	1,96	1,97	1,97

Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$)

Identificación del Grado de Capital Psicológico

Los resultados encontrados a través del instrumento de medición, evidencian una diferencia significativa, en el sentido que, las mujeres no expuestas a VG presentaron un mayor grado de CapPsi que las mujeres expuestas a VG (Tabla 5).

Tabla 5

Grado de Capital Psicológico (CapPsi) Global de las Mujeres Participantes

Capital Psicológico	n	EVG A	NEVG B
n	132	98	34
	100,00%	100,00%	100,00%
	100,00%	74,24%	25,76%
\bar{X}	4,52	4,38	4,93
			A*
DS	1,20	1,30	0,71

Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$)

Por otro lado, el mayor grado de CapPsi de las mujeres no expuestas a VG, se encontró en los cuatro factores que lo conforman como suprafactor, a saber, Esperanza, Resiliencia, Optimismo y Autoeficacia. Especialmente en estos dos últimos, hallando diferencias

significativas, en tanto que resultaron de un grado aún mayor, que en las mujeres expuestas a VG (Tabla 6).

Tabla 6

Grado Capital Psicológico Dimensional de las Mujeres Participantes

Esperanza	n	EVG A	NEVG B	Optimismo	n	EVG A	NEVG B
n	132	98	34	Base	132	98	34
	100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	100,00%
	100,00%	74,24%	25,76%		100,00%	74,24%	25,76%
\bar{X}	4,34	4,23	4,65	\bar{X}	4,8	4,6	5,3
DS	1,28	1,34	1,04	DS	1,39	1,50	0,77
Resiliencia	n	EVG A	NEVG B	Autoeficacia	n	EVG A	NEVG B
n	132	98	34	n	132	98	34
	100,00%	100,00%	100,00%		100,00%	100,00%	100,00%
	100,00%	74,24%	25,76%		100,00%	74,24%	25,76%
\bar{X}	4,41	4,31	4,69	\bar{X}	4,56	4,40	5,04
DS	1,18	1,27	0,82	DS	1,29	1,40	0,76

Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$)

Establecimiento de la Relación entre Salud Mental Positiva y Capital Psicológico

En la primera mitad de la Tabla 12, referida a las mujeres expuestas a VG, se puede observar que, a nivel global, existe correlación positiva significativa, de fuerza media ($p < .01$), entre SMP y CapPsi. Lo cual indica una covarianza entre ambas variables, siendo que, a medida que el CapPsi aumenta, también tiende a aumentar la SMP.

El Optimismo junto a la Autoeficacia, correlacionaron positiva y significativamente a fuerza media ($p < .01$), con la Satisfacción personal. Con ésta, la Esperanza mostró correlación positiva y significativa con poca fuerza ($p < .05$).

La Autoeficacia correlacionó positiva y significativamente a fuerza media ($p < .01$), con el Autocontrol, la Resolución de problemas y la Autonomía. Con esta dimensión de la SMP, fue con la única que la Resiliencia mostró correlación positiva y significativa con menos fuerza ($p < .01$).

El Optimismo junto a la Esperanza, mostraron correlación positiva y significativa con poca fuerza ($p < .05$), con el Autocontrol y la Resolución de problemas.

Lo expuesto evidencia que, en las mujeres expuestas a VG, a excepción de la Resiliencia, sus otros tres recursos psicológicos, correlacionan positiva y significativamente con sus fortalezas personales de Satisfacción personal, Autocontrol y Resolución de problemas.

Finalmente, se observan correlaciones positivas, aunque muy débiles, entre las dimensiones Actitud prosocial y Habilidades de relaciones interpersonales de la SMP, y los cuatro factores del CapPsi.

Un dato de interés es que, las dimensiones de las Actitud prosocial y Habilidades de relaciones interpersonales de la SMP, mostraron poca correlación con todos los factores del CapPsi.

En la segunda mitad de la Tabla 12, referida a las mujeres no expuestas a VG, se puede observar que, a nivel global, existe correlación negativa, de grado muy débil, entre SMP y CapPsi.

Los valores de las correlaciones resultaron en su mayoría, bajos, cercanos a cero, incluso en algunos factores y dimensiones, con correlaciones que tendieron a ser negativas y cercanas a cero, lo que sugiere que, en algunos casos no hubo relación entre ambas variables.

En resumen, los resultados obtenidos, indican que las relaciones entre CapPsi y SMP tienden a ser más fuertes y positivas, en mujeres expuestas a VG que en mujeres no expuestas a VG.

Tabla 12

Correlación entre Salud Mental Positiva (SMP) y Capital Psicológico (CapPsi)

Mujeres EVG	Esperanza ($\alpha \Rightarrow 0.9$)	Optimismo ($\alpha \Rightarrow 0.95$)	Resiliencia ($\alpha \Rightarrow 0.77$)	Autoeficacia ($\alpha \Rightarrow 0.94$)	CAPITAL PSICOLÓGICO ($\alpha \Rightarrow 0.96$)
Satisfacción Personal ($\alpha \Rightarrow 0.77$)	0.26*	0.33**	0.20	0.30**	0.35**
Autocontrol ($\alpha \Rightarrow 0.83$)	0.24*	0.22*	0.20	0.41**	0.34**
Actitud Prosocial ($\alpha \Rightarrow 0.6$)	0.07	0.09	0.05	0.12	0.13
HH Relaciones Interpersonales ($\alpha \Rightarrow 0.58$)	0.09	0.08	0.04	0.17	0.14
Resolución de Problemas ($\alpha \Rightarrow 0.82$)	0.20*	0.23*	0.09	0.30**	0.31**
Autonomía ($\alpha \Rightarrow 0.75$)	0.12	0.18	0.28**	0.31**	0.24*
SALUD MENTAL POSITIVA ($\alpha \Rightarrow 0.91$)	0.24*	0.27**	0.21*	0.39**	0.36**
Mujeres NEVG	Esperanza ($\alpha \Rightarrow 0.9$)	Optimismo ($\alpha \Rightarrow 0.95$)	Resiliencia ($\alpha \Rightarrow 0.77$)	Autoeficacia ($\alpha \Rightarrow 0.94$)	CAPITAL PSICOLÓGICO ($\alpha \Rightarrow 0.96$)
Satisfacción Personal ($\alpha \Rightarrow 0.77$)	0.12	0.08	-0.02	0.01	0.09
Autocontrol ($\alpha \Rightarrow 0.83$)	-0.26	-0.08	-0.05	0.14	-0.20
Actitud Prosocial ($\alpha \Rightarrow 0.6$)	-0.24	-0.05	-0.16	0.11	-0.21
HH Relaciones Interpersonales ($\alpha \Rightarrow 0.58$)	-0.05	0.22	0.07	0.19	0.05
Resolución de Problemas ($\alpha \Rightarrow 0.82$)	-0.03	-0.06	-0.09	0.14	-0.07
Autonomía ($\alpha \Rightarrow 0.75$)	-0.10	-0.04	-0.20	0.01	-0.18
SALUD MENTAL POSITIVA ($\alpha \Rightarrow 0.91$)	-0.13	-0.00	-0.07	0.13	-0.10

Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$), ** nivel de confianza del 99% ($p < .01$)

Establecimiento de la Relación entre Salud Sexual Femenina y Capital Psicológico

En la primera mitad de la Tabla 13, referida a las mujeres expuestas a VG, se puede apreciar que, a nivel global, existe correlación positiva significativa ($p < .01$), con fuerza poca a

media, entre CapPsi y SSF. Lo cual indica una covarianza entre ambas variables, siendo que, a medida que el CapPsi aumenta, también tiende a aumentar la SSF.

La Esperanza del CapPsi, correlacionó positiva y significativamente, con 9 de los 12 dominios evaluados de la SSF. Cinco de los cuales, tenderían a mostrar correlaciones más fuertes ($p < .01$), por ejemplo, con Satisfacción con la actividad sexual, Orgasmo, Satisfacción sexual general, Comunicación sexual y Excitación, que con la Ansiedad anticipatoria, Frecuencia sexual, Lubricación y Deseo ($p < .05$). En este sentido, la SSF mostró una correlación positiva media significativa con la Esperanza del CapPsi ($p < .01$).

El Orgasmo resultó ser el único dominio la SSF, que correlacionó positiva y significativamente ($p < .01$), con los cuatro factores, Optimismo, Esperanza, Autoeficacia y Resiliencia del CapPsi. Apreciando que para la Resiliencia, resultó ser su única correlación con la SSF.

En resumen, los resultados obtenidos, indican que las relaciones entre SSF y CapPsi, tienden a ser más fuertes y positivas, en mujeres expuestas a VG, que en mujeres no expuestas a VG, especialmente en términos de satisfacción sexual, orgasmo y ansiedad anticipatoria relacionada con la función sexual.

En la segunda mitad de la Tabla 13, referida a las mujeres no expuestas a VG, se puede observar que, a nivel global, existe correlación positiva de poca fuerza, entre SSF y CapPsi, con correlaciones más variadas y algunas negativas.

La Iniciativa sexual, mostró correlación positiva significativa con tres de los factores del CapPsi, con una fuerza media, tanto con Esperanza y Resiliencia ($p < .01$), como con Optimismo ($p < .05$), resultado poca la relación positiva con Autoeficacia. Ésta, sin embargo, correlacionó de forma positiva y significativa ($p < .01$), con Lubricación y, con Problemas de penetración vaginal ($p < .05$). Representando un dato de interés.

La Ansiedad anticipatoria, correlacionó con fuerza media, positiva y significativamente con Resiliencia ($p < .01$) y con Esperanza y Optimismo ($p < .05$).

El Optimismo, mostró correlaciones positivas significativas con Deseo, Orgasmo, Ansiedad anticipatoria, Satisfacción con la actividad e Iniciativa sexual ($p < .05$).

A diferencia del grupo anterior, las mujeres no expuestas a VG no muestran correlaciones tan consistentes y positivas entre su CapPsi y su SSF. Además, hay correlaciones negativas significativas, como entre Excitación y Optimismo ($p < .05$), indicando una relación inversa.

Tabla 13

Correlación entre Salud Sexual Femenina (SSF) y Capital Psicológico (CapPsi)

Mujeres EVG	Esperanza ($\alpha \Rightarrow 0.9$)	Optimismo ($\alpha \Rightarrow 0.95$)	Resiliencia ($\alpha \Rightarrow 0.77$)	Autoeficacia ($\alpha \Rightarrow 0.94$)	CAPITAL PSICOLÓGICO ($\alpha \Rightarrow 0.96$)
Deseo ($\alpha \Rightarrow 0.8$)	0.21*	0.17	-0.01	0.03	0.16
Excitación ($\alpha \Rightarrow 0.81$)	0.28**	0.26*	0.03	0.05	0.22*
Lubricación	0.23*	0.24*	-0.02	0.01	0.18
Problemas Penetración Vaginal ($\alpha \Rightarrow 0.9$)	0.19	0.15	0.01	0.14	0.18
Orgasmo	0.51**	0.53**	0.31**	0.32**	0.52**
Ansiedad Anticipatoria	0.26*	0.32**	0.04	0.19	0.30**
Satisfacción con la Actividad Sexual ($\alpha \Rightarrow 0.7$)	0.55**	0.49**	0.16	0.23*	0.46**
Iniciativa Sexual	0.16	0.08	-0.05	-0.02	0.08
Comunicación Sexual	0.30**	0.17	0.04	0.17	0.24*
Satisfacción Sexual General	0.44**	0.33**	0.16	0.24*	0.34**
Actividad Sexual sin Penetración Vaginal	0.08	0.05	0.15	0.21*	0.12
Frecuencia de la Actividad Sexual	0.24*	0.12	-0.05	0.09	0.13
SALUD SEXUAL FEMENINA ($\alpha \Rightarrow 0.84$)	0.34**	0.28**	0.06	0.13	0.28**
Mujeres NEVG	Esperanza ($\alpha \Rightarrow 0.9$)	Optimismo ($\alpha \Rightarrow 0.95$)	Resiliencia ($\alpha \Rightarrow 0.77$)	Autoeficacia ($\alpha \Rightarrow 0.94$)	CAPITAL PSICOLÓGICO ($\alpha \Rightarrow 0.96$)
Deseo ($\alpha \Rightarrow 0.8$)	0.18	0.32*	0.17	0.30	0.11
Excitación ($\alpha \Rightarrow 0.81$)	-0.10	-0.07	0.26	0.26	0.05
Lubricación	0.21	0.13	0.33*	0.49**	0.29
Problemas Penetración Vaginal ($\alpha \Rightarrow 0.9$)	0.06	0.32	0.37*	0.38*	0.24
Orgasmo	0.14	0.41*	0.04	-0.13	-0.02
Ansiedad Anticipatoria	0.38*	0.37*	0.47**	0.23	0.44**
Satisfacción con la Actividad Sexual ($\alpha \Rightarrow 0.7$)	0.12	0.37*	-0.00	-0.15	-0.04
Iniciativa Sexual	0.50**	0.32*	0.44**	0.26	0.49**
Comunicación Sexual	-0.22	-0.06	0.14	-0.05	-0.13
Satisfacción Sexual General	-0.31	-0.07	-0.20	-0.30	-0.22
Actividad Sexual sin Penetración Vaginal	-0.10	-0.00	-0.12	-0.06	-0.02
Frecuencia de la Actividad Sexual	-0.19	0.15	0.23	-0.13	0.00
SALUD SEXUAL FEMENINA ($\alpha \Rightarrow 0.84$)	0.15	-0.05	0.35*	0.34*	0.22

Nota: * nivel de confianza del 95% ($p < .05$), ** nivel de confianza del 99% ($p < .01$)

En síntesis, en el grupo de mujeres expuestas a VG, las correlaciones entre CapPsi y SSF son, en su mayoría, positivas y significativas.

Por otro lado, en el grupo de mujeres no expuestas VG, las correlaciones son menos consistentes y algunas son negativas, lo que sugiere una relación más compleja entre sus recursos psicológicos y en su respuesta y función sexual.

Estos resultados, son de valor, tanto para subsiguientes estudios sobre la actividad y satisfacción sexual de las mujeres expuestas o no a VG, como para el desarrollo de intervenciones específicas orientadas a mejorar la SSF en mujeres expuestas a VG, en interacción con el entrenamiento del CapPsi.

5. DISCUSIÓN

En virtud de los objetivos planteados, la presente investigación obtuvo que, el 74.24% de mujeres está expuesta a violencia de género, es decir, tres de cada cuatro mujeres resultan afectadas por este problema de salud pública. Un porcentaje que se aleja de lo reportado a nivel internacional por diferentes autores, que describen que aproximadamente un 27% de mujeres de 15 a 49 años que ha revelado haber sufrido algún tipo de violencia física y/o sexual (OMS, 2021; Young- Ran y Hye, 2021; Aiquipa y Canción, 2020; y Pick et al., 2010). Igualmente, divergente de lo señalado a nivel nacional, que describe un 32,4% de mujeres de 16 o más años, ha sufrido al menos, un tipo de VG en algún momento de su vida, y que un 74,7% de mujeres ha sufrido VG de cualquier tipo por parte de sus exparejas (Dirección General Contra la Violencia de Género [DGVG], 2020).

En cuanto a la tipología de VG sufrida, se encontró que prevalece la violencia psicológica (75.51%) sobre las demás. Lo anterior, en consonancia con lo respaldado por diversas fuentes y hallazgos, sitúan la violencia psicológica como la forma más común de violencia de género (Asensi, 2008; DGVG, 2020; Fernández-González et al., 2017; Hidalgo y Valdés 2014).

En segundo lugar, se ubicó el abuso sexual en la infancia (55.10%), por encima de la violencia sexual (33.67%) y la violencia física (27.55%). En el caso de la VG sexual y física, los resultados concuerdan con lo observado por otros autores, quienes identifican un tercio de mujeres víctimas de violencia de género física y psicológica por parte de su pareja (Pico-Alfonso et al., 2008), señalando que ocurre más de una vez, en el 82% de las mujeres que han sufrido violencia física, el 91,3% de las que han sufrido violencia psicológica y el 88,8% de las que han sufrido violencia sexual, por parte de exparejas (Guzmán-Rodríguez et., 2021; DGVG, 2020; Fernández-González et al., 2017; Rivas-Rivero y Bonilla-Algovia, 2020; Amor et al., 2002).

Tomando en cuenta que previamente se ha señalado que cerca del 70% de la población sanitaria es femenina (OMS, 2018b), se pudo observar en esta investigación, dentro de la muestra de estudio, un 12.88% de psicólogas y un 9.85% de sociosanitarias, que constituyeron un 7.14% en cada caso, de mujeres identificadas como no expuestas a VG. Considerando que se obtuvo que el 29.41%, de mujeres que afirmaron estar no expuestas a VG y, destacándose una diferencia significativa, en el colectivo de psicólogas, a un 95% de confianza.

Los resultados permitieron valorar, una demanda de atención expresa, en función de la tasa de respuesta hallada, en aspectos de suma importancia, relacionados con la inseguridad (23.47%) y el riesgo (6.12%) autopercebido por las mujeres expuestas a VG y, la inseguridad (29.41%) autopercebida por las mujeres no expuestas a VG. Cabe reflexionar acerca de la significancia estadística de los resultados y la utilidad clínica de los hallazgos, a la luz de la prevención del riesgo y la protección de la seguridad de las mujeres víctimas de VG.

Las lecciones aprendidas por proveedores y proveedoras en salud sexual y reproductiva, tras incorporar la detección de VG como eje transversal de sus atenciones en consulta,

evidencian que, cuando se formulan preguntas directas acerca de posibles vivencias de VG que pueden estar sufriendo las usuarias, se desvelan datos que de otra manera pasan desapercibidos (IPPF/RHO, 2002). Asimismo, continúa reconociéndose que, para introducir temas sexuales con sus pacientes, los profesionales de la salud, tienden a mostrarse reacios. Además, que pocas mujeres solicitan asistencia médica por sus problemas sexuales (Bachmann, 2006 y Dennerstein et al., 2006, citado en Cabello, 2012).

Tanto la VG como las disfunciones sexuales femeninas, se asocian a problemas de la salud mental de las mujeres. Lo cual, representa a nivel mundial una carga de discapacidad importante dada su mayor propensión a la depresión y a la ansiedad, entre otros padecimientos (OMS, 2018).

Partiendo del esperado estado de bienestar mental que permite afrontar el estrés y desarrollar habilidades, para trabajar y aportar al mejoramiento social, se marca la distinción, entre examinar la salud mental o la salud mental positiva, desde una visión integradora (OMS, 2022b).

De allí que, desde la perspectiva de la salud mental positiva, los resultados hallados en la muestra de mujeres estudiadas, son alentadores, por las medias indicativas de valores positivos en los factores del constructo, Autocontrol, Actitud Prosocial, Habilidades de relaciones interpersonales, Resolución de problemas y Autonomía. Y, Satisfacción personal. En esta, se halla la única diferencia significativa entre los dos grupos de participantes de este estudio, en el sentido que, las mujeres no expuestas a VG, reportan un mayor nivel de Satisfacción personal que las expuestas a VG.

Visto a futuro, los resultados obtenidos, podrían motivar la incorporación justificada de una asistencia en SM, más balanceada e integradora, con evaluaciones y tratamientos orientados a la enfermedad; complementados con evaluaciones y tratamientos orientados al bienestar (Bohlmeijer et al., 2017).

El análisis realizado hasta aquí, en consonancia con otros autores, cobra, aún más sentido, cuando se busca establecer la relación entre la salud mental positiva y el capital psicológico. Que como se presentó en los resultados, evidencia que, el grupo de mujeres expuestas a VG, mostró a nivel global, una correlación positiva significativa, de fuerza media. Resaltando, una diferencia significativa entre los dos grupos de participantes, vale decir, que las mujeres no expuestas a VG reportan un mayor nivel de Satisfacción personal y que en general, las correlacionales entre CapPsi y SMP, tienden a ser más fuertes y positivas en mujeres expuestas a VG.

En virtud de lo anterior, los programas de intervención podrían incluir, el entrenamiento de los factores interrelacionados del CapPsi, concretamente, la Autoeficacia, el Optimismo y la Esperanza, para aumentar la Satisfacción personal. Adicionalmente, en consideración de las excepciones halladas con respecto a la Resiliencia; ésta podría ser incluida, como elemento final a trabajar a profundidad, en las intervenciones psicológicas. Dada su concepción como una capacidad, para mantenerse, recuperarse y fortalecerse de situaciones adversas (Luthans et al.,

2007). De esencial importancia, para la recuperación, el empoderamiento y la calidad de vida tras vivencias de VG.

En esta línea, valdría la pena desarrollar programas protocolizados de intervención individual y grupal, para mujeres víctimas o supervivientes de VG, enfocados en principio, específicamente en la potenciación de la esperanza, el optimismo y la autoeficacia, como elevadores de la satisfacción personal. Posteriormente, en el rescate de la resiliencia, como amortiguadora del estrés ante situaciones negativas y traumáticas. Las cuales, han sido señaladas por estudios previos, como consecuencias negativas de la VG, entre ellas, los trastornos de estrés postraumático, depresión y ansiedad (Deza, 2019; Montero, 2001).

En efecto, el 61,3% de las personas con experiencia propia en SM son mujeres, quienes tienden a calificar su estado de SM como malo o muy malo, manifestando mayor sintomatología de SM: depresión (48,0%), ansiedad prolongada (44,7%), autolesiones (17,0%), e ideación/intento de suicidio (11,3%) (Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña, 2023). Lo cual, representa mayor prevalencia de diagnósticos en mujeres víctimas de VG (OMS, 2018).

Sin duda, desde el quehacer como profesionales de la psicología general sanitaria, ha de asumirse una mirada reconocedora de la SMP, alcanzable a razón de las habilidades, estrategias y recursos personales idóneas, para afrontar las diversas situaciones de la vida (Muñoz et al., 2016).

En cuanto, a investigar sobre la salud sexual femenina desde un punto de vista integrador y positivo, la presente investigación, ofrece análisis de aspectos ligados no solo a la respuesta sexual y en torno a ella, al malestar y al diagnóstico de disfunciones sexuales. Más bien, al análisis de aspectos ligados al estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, como vía que ofrece la posibilidad de vivir, experiencias sexuales placenteras, seguras y libres de toda coacción, discriminación y violencia (OMS, 2018).

Los resultados de la investigación permitieron conocer que ambos grupos de mujeres, expuestas o no a VG, presentaron promedios indicativos de disfunción sexual, del Deseo, la Excitación y Problemas con la penetración vaginal; con valores de trastorno severo, en el caso de la excitación. Lo encontrado, coincide con diversos estudios, que a pesar de su variabilidad, señalan como disfunciones sexuales femeninas más frecuentes, las del deseo y la excitación (McCabe et al., 2016). Esto llama aún más la atención, cuando se destaca que se cuenta con pocos estudios con resultados publicados sobre el tratamiento psicológico de los trastornos de la excitación (McCabe et al., 2010).

Otro aspecto a resaltar, está relacionado con la Iniciativa sexual, cuyo resultado fue ligeramente inferior en el caso de las mujeres no expuestas a VG. Por un lado, esto podría estar mediado por (a) Una educación sexual restrictiva y transmisora de estereotipos de género y mitos románticos condicionadores de las relaciones de pareja (Guzmán y Constenla, 2017), o por (b) Una iniciativa sexual emitida como conducta de evitación ante la expectativa de reincidencia de VG, en el caso las mujeres expuestas a VG. Esta proporción de mujeres de la muestra, también podría reflejarse, poca comprensión de los factores implicados en la iniciativa sexual y su relación

con el consentimiento sexual y con la VG. Por ejemplo, en torno a los estereotipos del papel sexual aprendido.

En el grupo de mujeres expuestas a VG, las correlaciones existentes entre CapPsi y SSF en su mayoría son positivas y significativas. Siendo, menos consistentes, en el grupo de mujeres no expuestas a VG. Esto, sugestivo de una relación más compleja entre su estado psicológico y su funcionamiento y satisfacción sexual.

Estos resultados se consideran importantes, para el desarrollo de intervenciones específicas orientadas a mejorar la SSF en mujeres expuestas a VG. Y factores del CapPsi como la esperanza, el optimismo, la resiliencia y autoeficacia.

Quizás la observación que más llama la atención son las correlaciones positivas entre Resiliencia y SSF. Factor que, no mostró ser primordial, con la SMP, en cuanto a su correlación con el CapPsi en mujeres no expuestas a VG, pero que en SSF sí se vuelve importante.

De cara al futuro, convendría desarrollar una línea de investigación que involucre el capital psicológico, no sólo en el ámbito de la salud ocupacional, en el contexto de la psicología de las organizaciones, sino, en el ámbito de la salud mental y la salud sexual, en el contexto de la psicología clínica y de la salud.

Limitaciones y futuras líneas de investigación

Dentro de las limitaciones derivadas de la metodología y las circunstancias propias de la investigación, cabe mencionar, por una parte, que la muestra incidental, seleccionada entre la población abierta a través de redes sociales, impide, tanto la representatividad como la generalización de los resultados encontrados. Sobre los cuales, pudo haber influido, el reducido tamaño muestral del grupo control, integrado por las mujeres no expuestas a VG.

Por otra parte, ha de considerarse que el posible efecto de deseabilidad social, dada la sensibilidad en algunas participantes hacia temas íntimos, como la *sexualidad o la actividad sexual*; pudo no ser del todo reducida, mediante el formato autoadministrado online y la garantía del anonimato.

Se aspira que los aportes de esta investigación, inspire nuevas líneas de estudio psicológico y/o sexológico, que respondan las incógnitas surgidas a partir de la muestra estudiada. Además, que atiendan las necesidades de las mujeres expuestas o no a VG, que demandan actuaciones integradas y diversificadas de atención, para un abordaje eficaz, efectivo y eficiente, de la sintomatología ocasionada o exacerbada por dicha violencia infligida por la pareja.

Lo anterior, en concordancia con recomendaciones previas, que instan a realizar más estudios, para comprender los determinantes sociales de los problemas, trastornos y enfermedades asociados a la salud mental o a la salud sexual y reproductiva, en mujeres con antecedentes de violencia psicológica, física o sexual y/o abuso sexual en la infancia.

Los resultados de esta investigación, se consideran importantes, de cara a líneas futuras de investigación, orientadas a determinar el papel moderador y mediador del capital psicológico, en la prevención y la promoción de la salud mental y la salud sexual.

Seguir investigando sobre las variables abordadas por el presente estudio, podría contribuir con mayores alternativas de tratamiento, basados en nuevos hallazgos de estudios experimentales que, evalúen programas multimodales de intervención psicológica y sexológica; tanto para la reducción de la ansiedad, la depresión y el estrés asociada a experiencias traumáticas, como, para la potenciación del estado de bienestar psicosocial, el funcionamiento óptimo y la satisfacción con la vida.

El inicio, el curso y el cierre de esta investigación, sostiene un compromiso con el desarrollo continuo del conocimiento que contribuya con el crecimiento psicológico y la calidad de vida relacionada con la salud, integrando la óptica psicopatológica y la óptica salutogénica. Ampliando y optimizando el propósito de las intervenciones psicológicas sanitarias.

6. CONCLUSIONES

Respondiendo a las hipótesis de la presente investigación, en primer lugar, se encontró que las mujeres expuestas a VG en comparación con las mujeres no expuestas a VG, presentaron menor grado de CapPsi.

En segundo lugar, se evidenció que existe relación positiva significativa, entre el grado de CapPsi y, los niveles de SMP y SSF de las mujeres expuestas a VG.

La relevancia de este estudio radica en aportar información innovadora, que amplía la base del conocimiento sobre la salud sexual y la salud mental de las mujeres y, valora la incorporación del capital psicológico, como factor protector en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Un recurso psicológico predictor de menores problemas de salud mental.

Los resultados hallados, consituyen una valo agregado, para subsiguientes estudios sobre el capital psicológico, la salud mental positiva y, la satisfacción personal y sexual de las mujeres, expuestas o no a VG. Asimismo, para el desarrollo de programas de intervención destinados a mejorar la SSF, en interacción con planes de entrenamiento del CapPsi, de las mujeres expuestas a VG; para quienes el empoderamiento psicológico y social, conforma un puente para el reconocimiento y potenciación de sus fortalezas personales, el desarrollo continuo de su bienestar; por ende, de su calidad de vida relacionada con la salud.

El quehacer profesional, la superación de barreras para detectar la violencia de género y su relación con sintomatología psiquiátrica, así como para detectar disfunciones sexuales de las pacientes, sin duda, favorece el estableciemiento de la alianza terapeutica, la comprensión de las raíces de los problemas afectivos y sexuales y su interrelación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association (APA, 2017). Principios Éticos de Los Psicólogos y Código de Conducta de la APA (2017) [Archivo PDF]. <https://www.apa.org/ethics/code/ethics-code-2017.pdf>
- Andrea, M. y Camacho, P. (2016). Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. (81)3 <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300002>
- Arias, F. (2006). El proyecto de Investigación. Introducción a la Metodología Científica. Editorial Episteme.
- Azanza, G., Domínguez, Á., Moriano, J. y Molero, F. (2014). Capital Psicológico Positivo. Validación del Cuestionario PCQ en España. *Anales de Psicología*, 30(1), pp.294-301. <http://www.redalyc.org/pdf/167/16729452031.pdf>
- Barragán, E., Ahmad, R. Morales, Martínez, C. (2014). Psicología de las Emociones Positivas: Generalidades y Beneficios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. (19)1. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29232614006.pdf>
- Bohlmeijer, E., Bolier, L., Lamers, S., y Westerhof G. (2017). Intervenciones Clínicas Positivas: ¿por qué son importantes y cómo funcionan? *Papeles del Psicólogo*. 38(1), pp. 34-41 <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2819>
- Bott, S., Guedes A., Claramunt M. y Guezmes, A. (2010). Fortaleciendo la Respuesta del Sector de la Salud a la Violencia Basada en Género. Manual de referencia para profesionales de salud en países en desarrollo. Federación Internacional de Planificación Familiar, Región del Hemisferio Occidental. Publicaciones. Herramientas. [Archivo PDF]. https://oig.cepal.org/sites/default/files/health_sector_response_gender_violence_sp.pdf
- Brotto, L. (2017). Evidence-Based Treatments for Low Sexual Desire in Women. *Frontiers in Neuroendocrinology*, (45). 11-17, <https://doi.org/10.1016/j.yfrne.2017.02.001>
- Brotto L., Atallah S., Johnson, C., Rosenbaum, T., Abdo C., Byers S., Graham C., Nobre P. & Wylie K., (2016). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction, *The Journal of Sexual Medicine*, (13)4, 538-571. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.01.019>
- Cabello F. (2010). Manual de Sexología y Terapia Sexual. Editorial Síntesis.
- Cabello F. y Palacios S. (2012). Actualización sobre el trastorno del deseo sexual hipoactivo femenino. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*. (55)6, páginas 289-295. <https://www.elsevier.es/es-revista-progresos-obstetricia-ginecologia-151-articulo-actualizacion-sobre-el-trastorno-del-S030450131200074X>

- Casas, I., Guirao, L., García, L., Alfaro, J., Sandoval, C. y García, F. (2007). SyDSF-AP: un cuestionario de 21 ítems para aproximarnos a la salud sexual y detectar las disfunciones sexuales femeninas en Atención Primaria. *Semergen*. 33(1), 9-13.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1138359307738364>
- Carrobes, J. y Sanz, A. (1991). *Terapia sexual*. Madrid: Fundación Universidad Empresa. UNED.
- Castroviejo, F. (2010). *Función sexual femenina en Castilla y León: rangos de normalidad*. [Tesis Doctoral] Universidad de Valladolid. Facultad de Medicina
<http://uvadoc.uva.es/handle/10324/692>
- Confederación Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña (2023). *La situación de la Salud Mental en España*. [Archivo PDF].
<https://www.fundacionmutua.es/documents/informe-salud-mental-espana-2023-bajo.pdf>
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW, 2017). Recomendación general N° 35 sobre la violencia por razón de género contra la mujer, por la que se actualiza la recomendación general N° 19.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/11405.pdf>
- Derogatis, L. & Burnett, A. (2008). The Epidemiology of Sexual Dysfunctions. *J Sex Med*. 5(2), 289-300. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18004994/>
- Dyer, K. & Nair, R (2013). Why Don't Healthcare Professionals Talk About Sex? A Systematic Review of Recent Qualitative Studies Conducted in the United Kingdom. *The Journal of Sexual Medicine*. 10(11), 2658-2670. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22846467/>
- Echeburúa E. y Guerricaechevarría C. (2005). Concepto, factores de riesgo y efectos psicopatológicos del abuso sexual infantil.
<https://www.semanticscholar.org/paper/CONCEPTO%2C-FACTORES-DE-RIESGO-Y-EFECTOS-DEL-ABUSO-Echebur%3%BAa-Guerricaechevarr%3%ADa/50c767bd0b960c08d632186dd724d76161e34063>
- Federación de Psicólogos de Venezuela (1981) Código de ética Profesional. [Archivo PDF].
<https://fpv.org.ve/documentos/codigodeetica.pdf>
- Federación Internacional de Planificación Familiar Región del Hemisferio Occidental (2002). *Basta: Boletín sobre cómo integrar la violencia basada en género en la salud sexual y reproductiva*. Los proveedores necesitan apoyo y capacitación continua.

- Ferrer, V. y Bosch, E. (2019). El género en el análisis de la violencia contra las mujeres en la pareja: de la "ceguera" de género a la investigación específica del mismo. *Anuario de Psicología Jurídica*. (29), 69–76. <https://journals.copmadrid.org/apj/art/apj2019a3>
- Françoise, A. (2023). Female sexual dysfunction: Applications of cognitive-behavioral therapy, Editor(s): Colin, M., Vinood, B., y Victor, R. Handbook of Cognitive Behavioral Therapy by Disorder. *Academic Press*. (1) 147-161. <https://shop.elsevier.com/books/handbook-of-cognitive-behavioral-therapy-by-disorder/r-martin/978-0-323-85726-0>
- Gómez Zapiain, J. (2014). *Psicología de la sexualidad*. Alianza Editorial.
<http://public.ebookcentral.proquest.com/choice/publicfullrecord.aspx?p=3228574>
- Guerra, C., del Río, F, Morales, I. y Cabello, F. (2017). Validación de la versión reducida para adolescentes de la encuesta revisada de opinión sexual. *Revista Internacional de Andrología*. 15(4), 135-140. <https://doi.org/10.1016/j.androl.2016.10.006>
- González, J, Oropeza, R., Padrós, F., Colunga, C., Montes, R. y González-Becerra, V. (2017). Capital Psicológico y su Relación con el Estilo de Vida de Universitarios Mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 34(2), 439-443. <https://dx.doi.org/10.20960/nh.172>
- Guzmán, I. y Constenla, M. (2017). Proyecto de Investigación y Coeducación Afectivo-Sexual Integral para Adolescentes y Jóvenes de A Estrada.
<https://www.safecreative.org/work/1701080320741>
- Henares., M, Ruiz, I., y Sordo, L. (2020). Salud Mental en España v Diferencias por Sexo v por Comunidades Autónomas. *Gaceta Sanitaria*, 34(2), 114-119.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.03.002>
- Kaplan, H. (1985). *Disorders of Sexual Desire*. Brumser Mazel, NY. Traducción castellana: Ediciones Grijalbo.
- Khajehei, M., Doherty, M., Tilley, P., & Sauer, K. (2015). Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *J Sex Med*. 12(6), 1415-26.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jsm.12901>
- Laumann, E., Paik, A., & Rosen, R. (1999). Disfunción Sexual en los Estados Unidos: prevalencia y predictores. *JAMA*. 281(6), 537–544.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10022110/>
- Lewis, R., Fugl, K., Bosch, R, Fugl, A., Laumann, E., Lizza, E. y Martin, A. (2004). Epidemiology / risk factors of sexual dysfunction. *J Sex Med*. 1(1), 35-9.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16422981/>
- Ley orgánica 1/2004. De medidas de protección integral contra la violencia de género. 28 de diciembre, BOE; 2004. <https://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

- Ley orgánica 3/2007. Para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. 22 de marzo de 2007. BOE; 2007. <https://www.boe.es/boe/dias/2007/03/23/pdfs/A12611-12645.pdf>
- Luthans, F., Youssef, C., & Avolio, B. (2015). *Psychological Capital and Beyond*. Oxford University Press.
- [https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=jTQcBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Luthans,+F.,+Youssef,+C.,+%26+Avolio,+B.+\(2015\).+Psychological+Capital+and+Beyond.+Oxford+University+Press.&ots=oO3eKYTVum&sig=MTaAvNU36uPL8Z6QAIzXakrWA3l#v=onepage&q=Luthans%2C%20F.%2C%20Youssef%2C%20C.%2C%20%26%20Avolio%2C%20B.%20\(2015\).%20Psychological%20Capital%20and%20Beyond.%20Oxford%20University%20Press.&f=false](https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=jTQcBgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Luthans,+F.,+Youssef,+C.,+%26+Avolio,+B.+(2015).+Psychological+Capital+and+Beyond.+Oxford+University+Press.&ots=oO3eKYTVum&sig=MTaAvNU36uPL8Z6QAIzXakrWA3l#v=onepage&q=Luthans%2C%20F.%2C%20Youssef%2C%20C.%2C%20%26%20Avolio%2C%20B.%20(2015).%20Psychological%20Capital%20and%20Beyond.%20Oxford%20University%20Press.&f=false)
- Luthans, F., & Youssef, C. (2007). Psychological Capital: An Evidence-Based Positive Approach. *Annual Review of Organizational Psychology and Organizational Behavior*, 4(1), 339–366. <https://doi.org/10.1146/annurev-orgpsych-032516-113324>
- Lluch, M. (2015). Promoción de la salud mental positiva. *Revista Enferm. Salud Mental*. (1), 23-26. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6145927>
- Lluch, M. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. [Tesis Doctoral]. Universidad de Barcelona. <http://tdx.cat/handle/10803/2366>
- Majdalani, M., Mejía, R., Alemán, M., Fayanas, R. y Guedes A. (2005). Detección de situaciones de violencia basada en género. Validación de un cuestionario breve. *Revista Panamericana de Salud Pública*. (17)2. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/8107>
- Martínez, S., Frapolli, G. & Jiménez, I. (2019). Herramientas de detección y abordaje de violencia de género en Atención Primaria: a propósito de un caso clínico. *Metas de Enfermería*, 22(8), 68-78. <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/81492/herramientas-de-deteccion-y-abordaje-de-violencia-de-genero-en-atencion-primaria-a-proposito-de-un-caso-clinico/>
- Masters. W., y Johnsons, V. (1976). *Incompatibilidad Sexual Humana*. Intermédica.
- McCabe, M., Sharlip, I., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A., Laumann, E., Lee, S. & Segraves, R., (2016). Incidence and Prevalence of Sexual Dysfunction in Women and Men: A Consensus Statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine. *J Sex Med*. 13(2): 52-144 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26953829/>
- McCabe, M., Althof, S., Assalian, P., Chevret, M., Leiblum, S., Simonelli, C. y Wylie K. (2010). Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction, *The Journal of Sexual Medicine*, (7)1, 327-336. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01618.x>

- McCabe, M. (1997). Intimidad y calidad de vida entre hombres y mujeres sexualmente disfuncionales. *J Sexo Marital Ther.* (23)4, 276–290.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9427207/>
- Mejía R., Alemán, M., Fernández, A, y Pérez, S. (2000). Conocimiento y detección de violencia doméstica por los médicos clínicos. *Medicina.* (60)5, 591-594.
<https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol60-00/5-1/violenciadomestica.htm>
- Muñoz, C., Restrepo, D. y Cardona., D. Construcción del concepto de salud mental positiva. Revisión sistemática. *Rev Panam Salud.* 39(3),166–73.
https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/28310/v39n3a4_166-173.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Nicolosi, A., Buvat, J., Glasser, D., Hartmaan, U., Laumann, E. y Gingel, I. (2006). Comportamiento sexual, disfunciones sexuales y patrones relacionados de búsqueda de ayuda en europeos de mediana edad y ancianos: El estudio global de actitudes y comportamientos sexuales. *Rev Int Urol.* (12)2, 64–70.
[file:///C:/Users/macc_/Downloads/S1698031X13001337%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/macc_/Downloads/S1698031X13001337%20(2).pdf)
- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2019). Global study on homicide. Gender-related Killing of women and girls. https://www.unodc.org/documents/dataand-analysis/gsh/Booklet_5.pdf
- Omar, A., Salessi, S. y Urteaga, F. (2014). Diseño y validación de la escala CapPsi para medir capital psicológico. *Liberabit.* 20(2), 315-323.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v20n2/a12v20n2.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2023). *Reforzando la capacidad de investigación para responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de los migrantes de Venezuela y Centroamérica.* [Seminario web]. <https://www.who.int/es/news-room/events/detail/2023/03/07/default-calendar/webinar-strengthening-research-capacity-to-respond-to-the-sexual-and-reproductive-health-needs-of-migrants>
- Organización Mundial de la Salud (2022a). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030.* [Archivo PDF]. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240031029>
- Organización Mundial de la Salud (2022b). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* [Archivo PDF]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Violencia contra las mujeres: estimaciones para el 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 ejecutivo.*
<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681>

- Organización Mundial de la Salud (2020). CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
- Organización Mundial de la Salud (2018a). *La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo*. [Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; [Archivo PDF]. <https://www.who.int/es/publications/i/item/978924151288>
- Organización Mundial de la Salud (2018b). *Salud de la Mujer*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
- Organización Mundial de la Salud (2013). Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos en la salud de la violencia de pareja íntima y la violencia sexual fuera de la pareja. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia sexual. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf;jsessionid=9FF6109F729F530EC10D9A5C0C073D7D?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud (2005). Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43390>
- Organización de Naciones Unidas (1994). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Naciones Unidas. <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1286.pdf?file=fileadmin/Documentos/BDL/2002/1286>
- Pérez, N. (2019). Relación entre los rasgos de personalidad y actitudes hacia la sexualidad. [Tesis de Maestría] Universidad Internacional de La Rioja. <https://reunir.unir.net/handle/123456789/8371#:~:text=Los%20resultados%20confirmaron%20la%20existencia,las%20actitudes%20hacia%20la%20sexualidad>
- Pick, S., Leenen, L., Givaudan, M. y Prado, A. (2010). *Yo quiero, yo puedo...prevenir la violencia*. Programa breve de sensibilización sobre violencia en el noviazgo. *Salud Mental*. 33(2), 153-160. <https://www.redalyc.org/pdf/582/58215623006.pdf>

- Platania, S. & Paolillo, A. (2022). Validation and measurement invariance of the Compound PsyCap Scale (CPC-12): a short universal measure of psychological capital. *Anales de Psicología / Annals of Psychology*. (38)1, 63-75.
https://www.researchgate.net/publication/357527499_Validation_and_measurement_invariance_of_the_Compound_PsyCap_Scale_CPC-12_a_short_universal_measure_of_psychological_capital
- Sánchez., A., Amor, P., Fernández, E. y Olmedo, M. (2004). Principales áreas actuales de aplicación de la investigación en diferencias individuales. En *Introducción al estudio de las diferencias individuales*. Sanz y Torres., Ed.
- Sánchez, A. (2000). Perspectiva biopsicosocial del estrés en el marco de la psicología de la salud. En C. Sandi y J.M. Calés (Coord.), *Estrés: consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas*. Sanz y Torres., Ed.
- Sánchez, H. y Reyes, C. (2015). Metodología y Diseños en la Investigación Científica. Editorial H. Hugo Sanchez Carlessi.
- Sánchez, F., Pérez Conchillo, M., Borrás, J., Gómez, O., Aznar, J. y Caballero, A. (2004). Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Atención Primaria*. (34)6, 286-294. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7669196/>
- Seligman, M. (2011). Flourish. A visionary new understanding of happiness and well-being. Free Press.
- Seligman, M., Steen, T., Park, N. & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress, *American Psychologist* (60)5, 410-421. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16045394/>
- Seligman, M. & Csikzentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. <https://psycnet.apa.org/record/2000-13324-001>
- Tobón, L. (2021). Fatiga por compasión y autocuidado en profesionales de la salud. El campo del cuidado y la responsabilidad personal. *El Ágora U.S.B.* (21)2, 726-747. <https://doi.org/10.21500/16578031.4792>
- Valente, D., Pellegrino, J. & Tatti, S. (2021). Sexualidad y salud sexual. *Revista de la asociación médica Argentina*, 134(2). https://www.ama-med.org.ar/uploads_archivos/2193/Rev-2-2021_pag-9-14_Valente.pdf
- Vercellino, M. y Philippi, R. (2020). Sexualidad, Depresión y Antidepresivos. ¿Cómo enfrentar este dilema? Revisión comprensiva del uso de psicofármacos en Trastorno Depresivo Mayor y Sexualidad. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 58 (4), 400-412.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000400400>

ANEXOS

CSD

Le agradecemos su participación voluntaria en esta investigación, para ampliar el conocimiento acerca del capital psicológico, la salud mental y la salud sexual de las mujeres. Puede responder con total honestidad pues no hay respuestas correctas ni incorrectas, tan solo, formas de pensar, sentir y hacer. Puede estar segura que la información que suministre es absolutamente anónima y confidencial y, contribuirá con programas de intervención que respondan a las necesidades de la población femenina y favorezcan su grado máximo de bienestar y funcionamiento óptimo.

- **Etiqueta nominal: Ejemplo "ACVE1971"**

Nota: (inicial del primer nombre, inicial del primer apellido, inicial del país de nacimiento, inicial del país de residencia y año de nacimiento, indicando los 4 dígitos).

- **País de nacimiento:** Venezuela

- **País de residencia:** España

Instrucción: para cada dato, marque el recuadro de la casilla que le describa a usted:

Datos		Respuestas						
1	Migrante	No <input type="checkbox"/>			Sí <input type="checkbox"/>			
2	Edad	26-35 <input type="checkbox"/>	36-45 <input type="checkbox"/>	46-55 <input type="checkbox"/>	56-65 <input type="checkbox"/>			
3	Orientación sexual	Heterosexual <input type="checkbox"/>	Homosexual <input type="checkbox"/>		Bisexual <input type="checkbox"/>		Asexual <input type="checkbox"/>	
4	Estado civil	Soltera <input type="checkbox"/>	Novia <input type="checkbox"/>		Unida/Casada <input type="checkbox"/>		Separada/Divorciada <input type="checkbox"/>	
5	Nivel de estudios	Primaria <input type="checkbox"/>	Secundaria/Bachillerato <input type="checkbox"/>		Universitario <input type="checkbox"/>		Posgrado <input type="checkbox"/>	
6	Ocupación	Desempleada <input type="checkbox"/>	Docencia <input type="checkbox"/>	Socio-Sanitaria <input type="checkbox"/>	Empresaria <input type="checkbox"/>	Comercial <input type="checkbox"/>	Cuidados domésticos <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>
7	Colectivo	Psicóloga <input type="checkbox"/>	Superviviente de VG <input type="checkbox"/>		Paciente/Expaciente de Psicoterapia <input type="checkbox"/>		Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/>	
8	Dx en Salud Mental	Ansiedad <input type="checkbox"/>	Depresión <input type="checkbox"/>		TEPT <input type="checkbox"/>	TA <input type="checkbox"/>	TCA <input type="checkbox"/>	
9	Dx en Salud Física o Sexual	Fibromialgia <input type="checkbox"/>	Enfermedad Inflamatoria Pélvica <input type="checkbox"/>	ITS <input type="checkbox"/>	Migraña <input type="checkbox"/>	Endometriosis <input type="checkbox"/>	Otra <input type="checkbox"/>	

Leyenda: TEPT: trastorno de estrés postraumático. TA: trastorno de adicciones químicas/conductuales. TCA: trastorno de la conducta alimentaria. ITS: infección de transmisión sexual.

HDVBG

Introducción:

Debido a que el maltrato y la violencia son comunes en la vida de las mujeres, hacemos estas preguntas a todas las mujeres que asisten a servicios socio/sanitarios o consulta psicológica en: _____ (nombre de la entidad/clínica).

1. ¿Se ha sentido alguna vez dañada emocional o psicológicamente por parte de su pareja o expareja? (Ejemplo: insultos constantes, humillaciones en privado o en público, destrucción de objetos apreciados, ridiculizar, rechazar, manipular, amenazar, aislar de amigos o miembros de la familia, etc.) *

No

Sí 1.1 ¿Cuándo sucedió? _____ 1.2 ¿Quién lo hizo? _____

2. ¿Alguna vez su pareja o expareja le ha hecho daño físico? (Ejemplo: golpes, pateadas, quemaduras, etc.) *

No

Sí 2.1 ¿Cuándo sucedió? _____ 2.2 ¿Quién lo hizo? _____

3. ¿En algún momento de su vida se ha sentido forzada a tener contacto o relaciones sexuales?

No

Sí 3.1 ¿Cuándo sucedió? _____ 3.2 ¿Quién lo hizo? _____

4. ¿Recuerda haber sido tocada de una manera inadecuada por alguien cuando usted era niña?

No

Sí 4.1 ¿Cuándo sucedió? _____ 4.2 ¿Quién lo hizo? _____

- 5a. ¿Se siente segura volviendo hoy a su casa? No Sí 5b. ¿Siente miedo de que su pareja u otra persona le cause algún daño? No Sí

Fuente: IPPF-RHO (1999).

*Nota: Descripción de ejemplos de violencia psicológica/emocional y psicológica, dependiendo de lo considerado prácticas comunes en su ámbito.

**Nota: Las preguntas abiertas fueron excluidas de la presente investigación.

SMP

Instrucciones:

El siguiente cuestionario contiene una serie de afirmaciones referidas a la forma de pensar, sentir y hacer que son más o menos frecuentes en cada quien. Lea cada frase y seleccione la respuesta que mejor se adapte a usted. Márquela con una X en la casilla correspondiente. Puede estar segura que la información es absolutamente anónima y confidencial.

La respuesta puede ser: Casi siempre o siempre (CS). A menudo o con bastante frecuencia (AM). Algunas veces (AV). Casi nunca o nunca (CN).

POR FAVOR, CONTESTE A TODAS LAS AFIRMACIONES.		CS	AM	AV	CN
1.	A mí, me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías. * (AP)	1	2	3	4
2.	Los problemas, me bloquean fácilmente. * (AC)	1	2	3	4
3.	A mí, me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas. * (AP)	1	2	3	4
4.	Me gusta como soy. (SP)	4	3	2	1
5.	Soy capaz de controlarme cuando experimento emociones negativas. (AC)	4	3	2	1
6.	Me siento a punto de explotar. * (SP)	1	2	3	4
7.	Para mí, la vida es, aburrida y monótona. * (SP)	1	2	3	4
8.	A mí, me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional. * (HRI)	1	2	3	4
9.	Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas. * (HRI)	1	2	3	4
10.	Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí. * (A)	1	2	3	4
11.	Creo que, tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas. (HRI)	4	3	2	1
12.	Veo mi futuro con pesimismo. * (SP)	1	2	3	4
13.	Las opiniones de los demás, me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones. * (A)	1	2	3	4
14.	Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean. * (SP)	1	2	3	4
15.	Soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o. (RP&AA)	4	3	2	1
16.	Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden. (RP&AA)	4	3	2	1
17.	Intento mejorar como persona. (RP&AA)	4	3	2	1
18.	Me considero "un/a buen/a psicólogo/a". (HRI)	4	3	2	1
19.	Me preocupa que la gente me critique. * (A)	1	2	3	4
20.	Creo que soy una persona sociable. (HRI)	4	3	2	1
21.	Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos. (AC)	4	3	2	1
22.	Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida. (AC)	4	3	2	1
23.	Pienso que soy una persona digna de confianza. (AP)	4	3	2	1
24.	A mí, me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás. * (HRI)	1	2	3	4
25.	Pienso en las necesidades de los demás. (AP)	4	3	2	1
26.	Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables, soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal. (AC)	4	3	2	1
27.	Cuando hay cambios en mi entorno, intento adaptarme. (RP&AA)	4	3	2	1
28.	Delante de un problema, soy capaz de solicitar información. (RP&AA)	4	3	2	1
29.	Los cambios que ocurren en mi rutina habitual, me estimulan. (RP&AA)	4	3	2	1
30.	Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes. * (HRI)	1	2	3	4
31.	Creo que soy una inútil y no sirvo para nada. * (SP)	1	2	3	4
32.	Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes. (RP&AA)	4	3	2	1
33.	Me resulta difícil tener opiniones personales. * (A)	1	2	3	4
34.	Cuando tengo que tomar decisiones importantes, me siento muy insegura/o.* (A)	1	2	3	4
35.	Soy capaz de decir no, cuando quiero decir no. (RP&AA)	4	3	2	1
36.	Cuando se me plantea un problema, intento buscar posibles soluciones. (RP&AA)	4	3	2	1
37.	Me gusta ayudar a los demás. (AP)	4	3	2	1
38.	Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o.* (SP)	1	2	3	4
39.	Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico. * (SP)	1	2	3	4

Fuente: Lluch (1999, 2015).

SSF

Instrucciones:

Lea cada pregunta y responda con sinceridad, seleccionando sólo una respuesta que se adapte a usted y enciérrela con un círculo, en la casilla correspondiente. Puede estar segura que la información es absolutamente anónima y confidencial.

La respuesta puede ser: Nunca (N). Raramente (R). A veces (AV). A menudo (AM). Casi siempre/ siempre (CS)

0)	Pregunta llave: ¿Ha tenido usted actividad sexual durante las últimas cuatro semanas? <i>Nota informativa: La actividad sexual puede ser en pareja o mediante estimulación sexual propia, incluyendo caricias, juegos, penetración, masturbación, etc.</i>	Si		No		
Preguntas: Durante las últimas 4 semanas:		Respuestas				
1)	¿Ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes, etc.) relacionadas con actividades sexuales? (D)	N 1	R 2	AV 3	AM 4	CS 5
2)	¿Ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual? (D)	N 1	R 2	AV 3	AM 4	CS 5
3)	¿Le ha resultado fácil excitarse sexualmente? (E)	N 1	R 2	AV 3	AM 4	CS 5
4)	Durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado, ¿Ha sentido excitación sexual?, por ejemplo: sensación de “ponerse en marcha”, deseo de “avanzar más” en la actividad sexual. (D) (E)	N 1	R 2	AV 3	AM 4	CS 5
5)	Cuando se sintió excitada sexualmente, ¿Notó humedad y/o lubricación vaginal? (E) (L)	N 1	R 2	AV 3	AM 4	CS 5
6)	*Durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en la vagina y/o zona genital, ¿Ha sentido dolor? (PPV)	CS 1	AM 2	AV 3	R 4	N 5
7) A	Durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto, etc.), ¿Podía realizarse con facilidad? (PPV) <i>Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar responda la siguiente pregunta (7 B)</i>	N 1	R 2	AV 3	AM 4	CS 5
7) B	*Indique, ¿Por qué motivo no ha habido penetración vaginal? <i>Instrucciones: cumplimente esta pregunta solo si no contestó a la anterior pregunta (7 A). (ASSPV)</i>	Por sentir dolor	Por miedo a la penetración	Por falta de interés para la penetración	Por no tener pareja sexual	Por incapacidad para la penetración
8)	*Ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual, ¿Ha sentido miedo, inquietud, ansiedad, etc.? (PPV) (AA)	CS 1	AM 2	AV 3	R 4	N 5
9)	¿Ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración? (O) (SAS)	N 1	R 2	AV 3	AM 4	CS 5
10)	¿Cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona? (IS) <i>Nota informativa: el término “con otra persona” se refiere a su pareja si la tiene, otra u otras personas, independientemente de su sexo.</i>	N 1	R 2	AV 3	AM 4	CS 5
11)	¿Se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales? (GCS) (CS/P) <i>Instrucciones: no debe de contestar a esta pregunta si no tiene pareja. (13)</i>	N 1	R 2	AV 3	AM 4	CS 5
12)	¿Cuántas veces ha tenido actividad sexual? (FAS)	1-2 veces	3-4 veces	5-8 veces	9-12 veces	12+ veces
13)	¿Disfrutó cuando realizó actividad sexual? (SAS) (11)	N 1	R 2	AV 3	AM 4	CS 5
14)	En general, en relación a su vida sexual, ¿Se ha sentido satisfecha? (SSG)	Muy Insatisfecha	Bastante Insatisfecha	Ni insatisfecha Ni satisfecha	Bastante Satisfecha	Muy Satisfecha

Fuente: Sánchez, et al., (2004). FSM©

CPC-12

Instrucciones:

A continuación, encontrará declaraciones que describen cómo puede pensar de sí misma ahora. Seleccione la respuesta que más se adapte a su nivel de acuerdo o desacuerdo con cada afirmación.

La respuesta puede ser:

1: Totalmente en desacuerdo (TD). 2: En desacuerdo (ED). 3: Algo en desacuerdo AD. 4: Algo de acuerdo (AA). 5: De acuerdo (DA). 6:

Totalmente de acuerdo (TA)

Afirmaciones.	1 TD	2 ED	3 AD	4 AA	5 DA	6 TA
1. Si me encontrara en un aprieto, se me ocurrirían muchas maneras de salir de él. (E)						
2. Ahora mismo, me veo con bastante éxito. (E)						
3. Se me ocurren muchas maneras de alcanzar mis objetivos actuales. (E)						
4. Tengo ilusión por la vida que me espera. (O)						
5. El futuro me depara muchas cosas buenas. (O)						
6. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas. (O)						
7. A veces me obligo a hacer cosas quiera o no. (R)						
8. Cuando estoy en una situación difícil, normalmente puedo encontrar la manera de salir de ella. (R)						
9. No pasa nada si hay gente a la que no le caigo bien. (R)						
10. Confío en que podría enfrentarme eficazmente a acontecimientos imprevistos. (A)						
11. Puedo resolver la mayoría de los problemas si invierto el esfuerzo necesario. (A)						
12. Puedo mantener la calma cuando me enfrento a dificultades porque puedo confiar en mi capacidad de afrontamiento. (A)						

Fuente: © 2016 Lorenz et al.

HOJA DE INFORMACIÓN

Título del estudio: SALUD MENTAL POSITIVA, SALUD SEXUAL Y CAPITAL PSICOLÓGICO EN MUJERES EXPUESTAS O NO A VIOLENCIA DE GÉNERO.

Promotor: Universidad Europea de Valencia

Investigadores: Guzmán-Pertuz Idhaly

Centro: Universidad Europea de Valencia

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio de investigación que se está realizando desde la Universidad Europea de Valencia, en el cual se le invita a participar como voluntaria. Este documento tiene por objeto que usted reciba la información correcta y necesaria para evaluar si quiere o no participar en el estudio. A continuación, le explicaremos de forma detallada todos los objetivos, beneficios y posibles riesgos del estudio. Si usted tiene alguna duda tras leer las siguientes aclaraciones, estaremos a su disposición para responder a las posibles dudas. Finalmente, usted puede consultar su participación con las personas que considere oportuno.

Motivo del estudio:

El motivo este estudio es ampliar la investigación y el conocimiento sobre la salud de las mujeres, contribuyendo con nuevas herramientas de prevención y promoción de su salud mental y su salud sexual, focalizadas en el desarrollo de las fortalezas y el bienestar.

Resumen del estudio:

La salud mental y la salud sexual, resultan afectadas por situaciones negativas de la vida, generando padecimientos que representan una carga mayor para las mujeres, como estrés, ansiedad, depresión y, alteraciones sexuales, del deseo/interés y excitación, orgasmo o dolor durante las relaciones sexuales.

Factores socioculturales y psicológicos, influyen en estas problemáticas que deterioran la calidad de vida y la salud de las mujeres. Situaciones de desigualdad social y roles de género tradicionales aprendidos, se encuentran en la base de actitudes y conductas que explican la violencia contra la mujer o la violencia de género, física, psicológica/emocional o sexual, que minan la salud mental.

La salud mental, no solo equivale a la ausencia de enfermedad o al tratamiento de los trastornos mentales diagnosticados. Por encima, tiene que ver con un estado de bienestar mental que permite afrontar el estrés de la vida, desarrollar todas las habilidades, trabajar adecuadamente y aportar al mejoramiento de la comunicad. Y se alcanza, cuando las habilidades, estrategias y recursos personales son los adecuados, para afrontar especialmente las situaciones difíciles de la vida. Desde luego, importante, para la recuperación y el empoderamiento de supervivientes de violencia de género y, para la calidad de vida de todas las mujeres. La salud sexual, también va más allá de la ausencia de enfermedad, disfunción y malestar o de la atención a las infecciones de transmisión sexual o a la planificación familiar. Más bien, tiene que ver con un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que posibilita tener experiencias sexuales placenteras, seguras y libres de toda coacción, discriminación y violencia. Igualmente, importante, para disfrutar de calidad de vida.

La presente investigación se inspira en el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013-2030, y en el Marco para el Diseño de Programas de Salud Sexual, promovidos por la Organización Mundial de la Salud (2022, 2018), que solicita acciones de atención en SM destinados a la VG y a la SSR, y de aplicación enfoques innovadores basados en evidencia científica, para proveer apoyo psicológico a mayor escala, y fortalecer las competencias en proveedores sociosanitarios. Mediante detección temprana, tratamiento y atención a víctimas de violencia o agresiones sexuales por la pareja y, detección, abordaje y tratamiento de problemas, disfunciones y trastornos sexuales.

Lo anterior, destacando el papel de la psicología positiva en el ámbito de la salud e integrando la perspectiva sexológica clínica, para el abordaje del malestar psicosexual femenino. A su vez, incorporando la valoración del capital psicológico, como un recurso personal compuesto del grado de esperanza, resiliencia, optimismo y autoeficacia, que favorece el afrontamiento al estrés y el desarrollo del bienestar; funcionando como amortiguador ante los problemas de salud mental. Útil de entrenar, mediante programas de intervención psicológica y sexológica, como factor psicológico protector y promotor de la salud mental y la sexual de las mujeres.

Participación voluntaria y retirada del estudio:

La participación en este estudio es voluntaria, por lo que puede decidir no participar. En caso de que decida participar, puede retirar su consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con la profesional investigadora o colaboradora, ni se produzca perjuicio alguno. En caso de que usted decidiera abandonar el estudio, puede hacerlo permitiendo el uso de los datos obtenidos hasta ese momento para la finalidad del estudio, o si fuera su voluntad, todos los registros y datos serán borrados de los ficheros informáticos.

¿Quién puede participar?

El estudio se realizará con mujeres hispanoamericanas voluntarias, con edades comprendidas entre 26 y 64 años que otorgan su consentimiento informado. El reclutamiento de las participantes será mediante redes profesionales de psicólogas y redes sociales de líderes comunitarias o institucionales, que ejercen por cuenta ajena o propia y que, expresan su interés en colaborar con el estudio de investigación. Si acepta participar, usted va a formar parte de un estudio en el que se incluirán 300 mujeres hispanoamericanas, migrantes o no.

¿En qué consiste el estudio y mi participación?

En el primer lugar la profesional colaboradora o investigadora le transmitirá esta información general y le hará una breve entrevista, para identificar si cumple con los criterios de inclusión en el estudio. En el caso de no cumplir con los criterios de inclusión propuestos, no podrá formar parte del presente estudio. Para aquellas mujeres incluidas en el estudio, la profesional colaboradora o investigadora, le facilitará el enlace de acceso al cuestionario en Google Forms, donde encontrará frases relacionadas con formas de pensar, sentir o hacer, en torno a la salud mental y a la salud sexual de las mujeres, como a factores de riesgo o protectores asociados. Motivando su confianza y seguridad en tanto que se garantiza el anonimato y la confidencialidad.

¿Cuáles son los posibles beneficios y riesgos derivados de mi participación?

Es posible que usted no obtenga ningún beneficio directo por participar en el estudio. No obstante, se prevé que la información y el análisis que se derive, permita a corto plazo, beneficiarle, invitándole a participar en un programa psicoeducativo (online, a finales de noviembre), para potenciar la salud mental positiva y la salud sexual femenina. También se prevé que, a mediano plazo, se puedan beneficiar otras mujeres, usuarias o pacientes de psicoterapia y, se pueda contribuir con un cambio de pensamiento en las y los profesionales de la psicología y la sexología, a la hora de abordar las necesidades/demandas de las usuarias en proceso de recuperación, por experiencias de violencia de género y/o, de pacientes en proceso de superación, por sintomatología psicológica o sexual. Al finalizar la investigación podrá ser informada, si lo desea, sobre los principales resultados y conclusiones generales del estudio. El estudio no supone ningún riesgo para su salud ya que, para la toma de los registros, no se incurre en ninguna acción nociva ni perniciosa. No obstante, si algún tema le genera malestar, puede detener su participación y solicitar asesoramiento por parte de la profesional responsable de la investigación.

¿Quién tiene acceso a mis datos personales y como se protegen?

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todas las voluntarias participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted

puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a la profesional del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y, solo la psicóloga investigadora, podrá utilizarlos para el análisis grupal y las recomendaciones científicas. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna (salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal), previa solicitud de entrevista individual con la psicóloga investigadora. Sólo se transmitirán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, número de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en España. El acceso a su información personal quedará restringido a la profesional del estudio de investigación, al Comité Ético de Investigación Clínica y al personal autorizado por la Universidad Europea de Valencia como promotora; cuando lo precisen, para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo con la legislación vigente.

¿Recibiré algún tipo de compensación económica?

No se prevé ningún tipo de compensación económica durante el estudio. No obstante, su participación en el estudio no le supondrá ningún gasto.

¿Quién financia esta investigación?

La profesional del estudio es la responsable de gestionar la financiación del mismo.

Otra información relevante:

Si usted decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos, y puede exigir la destrucción de sus datos y/o de todos los registros identificables, previamente retenidos, para evitar la realización de otros análisis. También debe saber que puede ser excluida del estudio si la investigadora del estudio lo considera oportuno, ya sea por motivos de seguridad, por cualquier acontecimiento adverso que se produzca o porque considere que no está cumpliendo con los procedimientos establecidos. En cualquiera de los casos, usted recibirá una explicación adecuada del motivo que ha ocasionado su retirada del estudio.

Calidad científica y requerimientos éticos del estudio:

Este estudio ha sido sometido a aprobación por el Comité de Ética de la Universidad Europea de Madrid, Valencia y Canarias, que vela por la calidad científica de los proyectos de investigación que se llevan a cabo en el centro. Cuando la investigación se hace con personas, este Comité vela por el cumplimiento de lo establecido en la Declaración de Helsinki y la normativa legal vigente sobre investigación biomédica (ley 14/2007, de junio, de investigación biomédica) y ensayos clínicos (R.D. 223/2004 de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos).

Preguntas a la investigadora del estudio:

Si tiene alguna duda o comentario sobre algún aspecto de la información del estudio, por favor no deje de preguntar o comunicar a la investigadora: Idhaly Guzmán, teléfono +34 612523011 y correo electrónico indhalyguzman@gmail.com quien le responderá lo mejor que sea posible. En caso de que una vez leída esta información y aclaradas las dudas, decida participar en el estudio, deberá firmar su consentimiento informado. Este estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación de la Universidad Europea de Madrid, Valencia y Canarias.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

D./D^a. _____, de ___ años, con CODIGO: _____ y domicilio en la Provincia/Municipio: _____. He recibido una explicación satisfactoria sobre el procedimiento del estudio, su finalidad, riesgos, beneficios y alternativas.

He quedado satisfecha con la información recibida, la he comprendido, se me han respondido todas mis dudas y comprendo que mi participación es voluntaria.

Presto mi consentimiento para el procedimiento propuesto y conozco mi derecho a retirarlo cuando lo desee, con la única obligación de informar sobre mi decisión a la profesional responsable del estudio.

En Valencia, a los ___/09/2023.

Firma y N^o de colegiada de la
investigadora

Firma de la voluntaria/participante