

## EL “PERDÓN” EN VIOLENCIA DE GÉNERO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD

**María Aranda**

Centro Penitenciario de Jaén (España)

**Beatriz Montes-Berges**

Centro Penitenciario de Jaén (España)

**Miguel Mora-Peigrín**

Universidad de Jaén (España)

<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v1.1122>

*Fecha de Recepción: 23 Septiembre 2017*

*Fecha de Admisión: 1 Noviembre 2017*

### RESUMEN.

Las consecuencias asociadas al tipo de perdón empleado por las mujeres que han sido víctimas de violencia de género pueden adquirir gran relevancia terapéutica. Desde una perspectiva tradicional, éste implica la reducción de los sentimientos negativos hacia el agresor y la aparición de compasión, lo que aumenta la probabilidad de retomar la relación. Por su parte, no perdonar supondría rabia, culpabilidad, evitación y otra serie de efectos negativos. Finalmente, el perdón disposicional implica la superación de los acontecimientos negativos vividos. El objetivo del estudio fue establecer la relación entre el perdón y las enfermedades psicosomáticas en mujeres que han sido víctimas de violencia de género. Participaron 17 mujeres de entre 26 y 60 años. Los resultados mostraron un efecto significativo del nivel de perdón y el tipo (perdón a la situación y autoperdón, perdón al otro) sobre las enfermedades psicosomáticas. De forma general, las dificultades para perdonar se asociaban a mayores frecuencias en la aparición de algunos síntomas psicosomáticos.

**Palabras clave:** perdón, violencia de género, enfermedades psicosomáticas, intervención.

### ABSTRACT.

#### **“Forgiveness” in gender violence and its effects on health.**

The consequences of the type of forgiveness employed have great therapeutic relevance for battered women. From a traditional perspective, forgiveness involves the reduction of negative feelings towards the aggressor and the appearance of compassion, which increases the probability of retaking the relationship. Not to forgive would mean rage, guilt, avoidance and another series of negative effects on women. Finally, dispositional forgiveness involves overcoming negative events. The aim of the study was, therefore, to establish the relationship between forgiveness and psychoso-

matic illness in women who have been victims of gender violence. In the study 17 women were involved; the aged range was 26 to 60. The results showed a significant effect of the level of forgiveness and its type (forgiveness of the situation and self-forgiveness, forgiveness of the other) on psychosomatic illnesses. In general, the difficulties to forgive were associated with higher frequencies in the appearance of some psychosomatic symptoms.

**Keywords:** Forgiveness, gender violence, psychosomatic illness, intervention.

### ANTECEDENTES

La literatura muestra una clara relación entre el padecimiento de violencia de género y una significativa aparición de síntomas con una etiología psicósomática. En comparación con población general, las mujeres expuestas a este tipo de violencia tienen una mayor incidencia y gravedad de síntomas depresivos y ansiedad, trastorno de estrés postraumático y pensamientos de suicidio (e.g., Pico-Alfonso et al., 2006; Eberhard-Gran, Schei y Eskild, 2007). Presentan, además, enfermedades respiratorias como alergias, asma o bronquitis; enfermedades intestinales (Coker, Smith, McKeown y King, 2000; McCauley et al., 1995; Follingstad, 2009) como síndrome del colon irritable y úlceras intestinales; dolor y fatiga (Kendall-Tackett, Marshall y Ness, 2003; McCauley et al., 1995); problemas de la visión y el oído (Heise, Ellsberg y Gottemoeller, 1999); dolor de cabeza y migrañas (Jackson, Philp, Nuttall y Diller, 2002); enfermedades del tracto urinario y riñón (Eberhard-Gran et al., 2007); dolor cervical crónico, artritis o dolor pélvico (Coker et al., 2000).

El estudio de la violencia de género y los síntomas psicósomáticos una vez abandonada la relación es de gran relevancia, especialmente, por la situación de vulnerabilidad a la que quedan expuestas las mujeres; vulnerabilidad que podría convertirse en un factor de riesgo para la cronificación de las enfermedades psicósomáticas mencionadas, la aparición de nuevos trastornos o, incluso, la probabilidad de retomar la relación violenta. Cabe preguntarse, pues, por qué persisten los trastornos a pesar de la distancia física respecto a la relación. Dar respuesta a esta cuestión es clave, ya que permitiría orientar las intervenciones, minimizando el impacto de la experiencia sufrida y promoviendo factores protectores. Consideramos que una de las variables centrales en la relación entre violencia de género y enfermedades psicósomáticas es el “perdón”, fuertemente asociado a la dificultad para superar daños emocionales y psicológicos. El objetivo de esta investigación fue analizar si el grado y tipo de perdón determinan la capacidad de superación de los bloqueos emocionales y con ellos, las enfermedades psicósomáticas.

Desde una perspectiva tradicional, perdonar conlleva la reducción de los sentimientos negativos hacia el agresor y la aparición de sentimientos como la compasión hacia éste (Prieto-Ursúa y Echegoyen, 2015). Otro grupo de autores coinciden en que el perdón puede considerarse como un estado transitorio o como un rasgo de personalidad (McCullough y Witvliet, 2002). A partir de esta conceptualización, algunas investigaciones distinguen entre tres tipos: episódico, diádico y disposicional. El primero se refiere al perdón de una ofensa específica, una respuesta a una acción concreta (Paleari, Regalia y Fincham, 2009). El perdón diádico es un estado que incluye la disposición a perdonar dentro de una relación cercana, como una pareja o un familiar. Finalmente, el perdón disposicional se entiende como una característica de personalidad que se relaciona con la tendencia a perdonar con el paso del tiempo y presenta estabilidad situacional (Berry, Worthington, Parrot, O'Connor y Wade, 2001).

Por su parte, la experiencia de “no-perdón” viene acompañada de respuestas cognitivas, afectivas y conductuales (Williamson y Gonzales, 2007). A nivel cognitivo aparecen pensamientos de venganza, incompreensión hacia el ofensor o autocolpabilidad. En el plano afectivo se producen sentimientos de rabia, dolor, confusión y sensación de traición. A nivel conductual, a menudo se presentan comportamientos de evitación respecto al ofensor.

A nivel transversal, todo “perdón” puede aplicarse a uno mismo (*autoperdón*) o a los demás. El autoperdón se entiende como el deseo de abandonar el autoresentimiento ante el reconocimiento de que uno ha cometido un error, fomentando la compasión, la generosidad o el amor hacia sí mismo (Enright, 1996). Distintos estudios muestran indicadores de la relevancia del autoperdón para la salud mental. Se ha relacionado el perdón disposicional a uno mismo con una alta autoestima (Hall y Fincham, 2005; Mauger et al., 1992), satisfacción con la vida (Hall y Fincham, 2005) y bienestar psicológico (Jacinto, 2010; Wohl, DeShea y Wahkinney, 2008). Asimismo, el fracaso para perdonarse predice baja autoestima (Mauger et al, 1992) y altos niveles de culpa (Zechmeister y Romero, 2002). La falta de autoperdón está asociada a niveles más altos de psicopatología (Hall y Fincham, 2005; Ross, Kendall, Matters, Wrobel, 2004), depresión o ansiedad (e.g., Romero et al., 2006; Wohl et al., 2008) y disminución de la satisfacción general con la vida (Thompson et al., 2005).

El estudio sobre el perdón se ha centrado en gran parte en su función dentro de las relaciones amorosas, especialmente en el marco de la identificación de variables que contribuyen a mantener el vínculo satisfactorio con la pareja (e.g., Gordon, Hughes, Tomcik, Dixon y Litzinger, 2009; Karremans y Van Lange, 2009). Sin embargo, aunque hay un amplio volumen de trabajos sobre el perdón que ponen de relieve los beneficios derivados del hecho de perdonar, tanto en el plano personal como el interpersonal, los datos existentes reflejan un uso restringido y poco generalizado de técnicas para facilitar el perdón en el marco clínico (Gordon y Baucom, 1998; Wade, Johnson y Meyer, 2008). Especialmente escasas son las investigaciones en relaciones de pareja donde se produce violencia de género.

## OBJETIVOS

El objetivo fue establecer la relación entre el perdón y las enfermedades psicosomáticas en mujeres víctimas de violencia de género. Para ello, se empleó una medida de autoinforme que evalúa el grado en el que el perdón se ejerce sobre uno mismo y la situación, y la otra persona. Asimismo, se recogió la frecuencia de aparición de diversas enfermedades psicosomáticas. Como hipótesis se consideró que el perdón, en sus dos dimensiones, determinaría las diferencias en la frecuencia media de aparición de los distintos síntomas psicosomáticos evaluados. Específicamente, en la medida en la que aumentara la capacidad de ejercer el perdón en cualquier de las modalidades estudiadas, la frecuencia de los síntomas psicosomáticos descendería.

## PARTICIPANTES

Participaron en la investigación 17 mujeres víctimas de violencia de género de edades comprendidas entre 26 y 60 años. Todas estaban en la fase inicial de un programa de intervención grupal llevado a cabo por el Instituto Andaluz de la Mujer de Jaén. El resto de variables sociodemográficas quedan recogidas en la Tabla 1.

## EL “PERDÓN” EN VIOLENCIA DE GÉNERO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD

Tabla 1.  
Resumen de las variables sociodemográficas de las participantes.

Participante	Edad	Estado civil	Nivel estudios	Profesión	Años VdG	Tipo de violencia
1	-	Soltera	Secundarios	Auxiliar administrativo	7	Psicológica/Física Sexual /Económica
2	-	Separada	Primarios	Ama de casa	15	Psicológica
3	-	Separada	Primarios	Ama de casa	47	Psicológica/Física Sexual /Económica
4	57	Separada	Primarios	Ama de casa	40	Psicológica/Sexual
5	51	Separada	Primarios	Ama de casa	33	Psicológica/Física Sexual /Económica
6	52	Separada	Primarios	Ama de casa	33	Psicológica/Física Sexual /Económica
7	50	Casada	Secundarios	Auxiliar administrativo	33	Psicológica/Física Sexual /Económica
8	60	Separada	Primarios	Ama de casa	30	Psicológica/Física
9	-	Separada	Primarios	Jubilada	36	Psicológica/Física Sexual /Económica
10	46	Divorciada	Primarios	Funcionaria	14	Psicológica/Física Sexual /Económica
11	35	Casada	Secundarios	Auxiliar administrativo	6	Psicológica/Económica
12	-	Soltera	Secundarios	Cuidado/hostelería	1,5	Psicológica/Física Económica
13	42	Soltera	Primarios	Ama de casa	4	Psicológica/Física Sexual
14	51	Divorciada	Sin estudios	Ama de casa	25	Psicológica/Económica
15	26	Soltera	Secundarios	Aux. veterinaria	5	Psicológica/Física Sexual /Económica
16	30	Soltera	Secundarios	Dependiente	0,40	Psicológica/Física Sexual /Económica
17	59	Casada	Secundarios	Funcionaria	40	Psicológica Física Sexual Económica

## METODOLOGÍA E INSTRUMENTOS

*Escala de Síntomas Psicósomáticos Revisada* (ESS-R, Sandin y Chorot, 1999). Detecta la frecuencia de aparición en el último año de sintomatología asociada a los principales sistemas somatofisiológicos: inmunológico general,  $\alpha = .764$ , cardiovascular,  $\alpha = .881$ , respiratorio,  $\alpha = .912$ , gas-

trointestinal,  $\alpha = .928$ , neurosensorial,  $\alpha = .904$ , piel y alergia,  $\alpha = .941$ , músculo-esquelético,  $\alpha = .892$ , genitourinario,  $\alpha = .918$ , y aparato reproductor femenino,  $\alpha = .924$ . Se obtiene una puntuación total al sumar los valores de las ocho primeras escalas comunes a mujeres y hombres. En mujeres, añadiendo la novena, se logra una puntuación total adicional.

*Escala de actitud para perdonar* (EAP, Montes-Berges, Vázquez, Aranda, Mora y Armenteros, manuscrito en elaboración). Está compuesta por 11 ítems, con respuestas tipo Likert de 5 puntos, desde 1 (“totalmente en desacuerdo”) hasta 5 (“totalmente de acuerdo”). A mayor puntuación, menor capacidad de perdonar. El instrumento presenta dos dimensiones, perdón hacia uno mismo y la situación, e.g., “No paro de criticarme por los fallos que he cometido en mi vida” (ítems 1, 2, 4-7, 9-11), y perdón hacia el otro, e.g., “Cuando una persona me hace daño, sigo pensando mal de ella durante bastante tiempo” (3, 8). El alfa de Cronbach de las subescalas fue de  $\alpha = .857$ ,  $\alpha = .450$ , respectivamente.

*Cuestionario de variables sociodemográficas*. Se recogió información sobre la edad, estado civil, profesión, nivel de estudios, tipo de violencia sufrida, número de años que ha sufrido maltrato y tipo de violencia (física, psicológica, sexual, económica).

## RESULTADOS

En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos de las dos variables analizadas. Respecto a la actitud para perdonar, se encontró una mayor dificultad para ejercer el autoperdón y el perdón a situaciones pasadas,  $M = 3.87$ , en comparación con la capacidad de perdonar a la persona que cometió la infracción o daño,  $M = 2.79$  (Tabla 2). En relación a los síntomas psicósomáticos, todos ellos, exceptuando los relacionados con el aparato genito-urinario y reproductor que tienen una incidencia menor, oscilan en una frecuencia que va desde “algunas veces durante el año” a “frecuentemente, una vez al mes aproximadamente”. Los síntomas con medias mayores, fueron los neurosensoriales, como mareos, visión borrosa o vértigos, y los músculo-esqueléticos, como dolores de cabeza, de espalda o temblor muscular,  $M = 3.78$ ,  $M = 3.68$ , respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2.  
Estadísticos descriptivos de las variables “perdón” y “síntomas psicósomáticos”.

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>Media</i>	<i>Dt</i>
TOTAL PERDÓN	2	5	3.75	.698
Perdón hacia uno mismo y la situación	3	5	3.87	.721
Perdón hacia el otro	1	4	2.79	1.00
TOTAL SÍNTOMAS PSICOSOM.	1	4	3.20	.916
Inmunológico general (IG)	1	5	3.01	.931
Cardiovascular (CV)	1	5	3.16	1.14
Respiratorio (RS)	1	5	3.23	.967
Gastrointestinal (GI)	1	5	3.35	1.11
Neurosensorial (NS)	2	5	3.78	.912
Músculo-esquelético (ME)	1	5	3.68	1.07
Piel-alergia (PA)	1	4	3.01	1.12
Genito-urinario (GU)	1	5	2.92	1.09
Reproductor femenino (RF)	1	5	2.52	1.24

En segundo lugar, los análisis de correlación entre el perdón y los síntomas psicósomáticos (Tabla 3), mostraron una relación significativa entre el perdón hacia una misma y la situación con síntomas respiratorios, gastrointestinales, neurosensoriales y de la piel-alergias. Esto es, medida

## EL “PERDÓN” EN VIOLENCIA DE GÉNERO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD

que las puntuaciones en esta dimensión del perdón son mayores (lo que implica una menor capacidad de perdón a la situación y autoperdón), se incrementaría la frecuencia de aparición de los síntomas mencionados. Por su parte, el perdón hacia la otra persona correlacionó con síntomas respiratorios y los relacionados con el aparato reproductor, es decir, en la medida que las dificultades para perdonar a la persona infractora son mayores, también aumentan los síntomas anteriores.

Tabla 3.  
Correlaciones entre las dimensiones de la ESS-R y EAP.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Perd Yo	1										
Perd Otro	.501(*)	1									
IG	.329	.192	1								
CV	.392	.431	.778(**)	1							
RS	.609(**)	.612(**)	.795(**)	.866(**)	1						
GI	.499(*)	.326	.813(**)	.802(**)	.857(**)	1					
NS	.516(*)	.132	.776(**)	.749(**)	.739(**)	.860(**)	1				
ME	.444	.205	.705(**)	.808(**)	.727(**)	.865(**)	.932(**)	1			
PA	.756(**)	.529(*)	.744(**)	.706(**)	.898(**)	.849(**)	.766(**)	.690(**)	1		
GU	.383	.353	.672(**)	.706(**)	.780(**)	.782(**)	.625(**)	.577(*)	.825(**)	1	
RF	.144	.622(**)	.304	.404	.607(**)	.311	.229	.228	.483(*)	.529(*)	1

\* La correlación es significativa al nivel .05. \*\*

La correlación es significativa al nivel .01.

En tercer lugar, se analizó el efecto de las dos dimensiones del perdón sobre la escala total de síntomas psicossomáticos y sus dimensiones. Previamente, se calcularon los niveles altos y bajos del perdón a la situación y autoperdón, y perdón al otro a partir de los percentiles 25 y 75. En ambas dimensiones, la prueba T para muestras independientes, asumiendo varianzas distintas, mostró que las medias de los grupos, altos y bajos, fueron significativamente diferentes: a) perdón a la situación y autoperdón,  $t(2,26) = -10.13$ ,  $p = .006$ , b) perdón al otro,  $t(5,00) = -14$ ,  $p = .000$ .

En el caso del perdón a la situación y autoperdón, las diferencias de altos y bajos respecto a síntomas psicossomáticos fueron significativas en los gastrointestinales,  $F(2, 14) = 4.33$ ,  $p = .034$ ,  $M_{bajos} = 1.93$ ,  $M_{altos} = 3.42$ ; musculo-esqueléticos,  $F(2, 14) = 3.42$ ,  $p = .05$ ,  $M_{bajos} = 2.40$ ,  $M_{altos} = 3.80$ , piel-alergia,  $F(2, 14) = 5.93$ ,  $p = .014$ ,  $M_{bajos} = 1.43$ ,  $M_{altos} = 3.57$ . Por su parte, las medias de altos y bajos en perdón al otro fueron significativamente diferentes en síntomas respiratorios,  $F(2, 14) = 5.23$ ,  $p = .020$ ,  $M_{bajos} = 2.39$ ,  $M_{altos} = 3.65$ , piel-alergia,  $F(2, 14) = 3.86$ ,  $p = .046$ ,  $M_{bajos} = 2.12$ ,  $M_{altos} = 3.49$ , génito-urinaris,  $F(2, 14) = 3.51$ ,  $p = .05$ ,  $M_{bajos} = 2.28$ ,  $M_{altos} = 2.62$ , y los relacionados con el aparato reproductor femenino,  $F(2, 14) = 6.68$ ,  $p = .009$ ,  $M_{bajos} = 1.41$ ,  $M_{altos} = 2.80$ .

Finalmente, atendiendo a las variables sociodemográficas, ni la edad, ni los años experimentados de violencia o el tipo de violencia mostraron efecto estadisticamente significativo en ninguna de las medidas de las dimensiones asociadas al perdón y síntomas psicossomáticos, siendo los valores de “p” mayores de .05.

## DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue estudiar la relación entre el perdón, entendido como la capacidad de pasar página, y diversos síntomas psicossomáticos en mujeres que han experimentado vio-

lencia de género. Los análisis descriptivos de las variables mostraron una mayor dificultad de las participantes en el perdón hacia sí mismas y a las situaciones negativas vividas, en comparación con la capacidad de perdonar a la persona que comete el daño. Respecto a las enfermedades psicósomáticas, se halló una frecuencia próxima a “una vez al mes” en los síntomas neurosensoriales (mareos, sensaciones de frío y calor, visión borrosa, vértigos, molestias en los oídos, adormecimientos de extremidades, dificultades de coordinación), y musculoesqueléticos (dolores de cabeza, de espalda, en la zona cervical, en las articulaciones, temblor y contracción muscular, torpeza en las manos). Con una aparición de “algunas veces durante un año” se enmarcan los síntomas inmunológicos en general (catarros, fiebre, ulceraciones, herpes, erupciones en la piel, sensación de fatiga sin causa aparente), cardiovasculares (palpitaciones, taquicardias, opresión en el pecho, síncope, tensión arterial alta), respiratorios (dificultad en la respiración, sensación de ahogo, tos repetitiva) y gastrointestinales (dolor abdominal, colitis, náuseas, acidez, estreñimiento, diarrea). Las diferencias en las medias de estos síntomas no eran explicadas por la edad o ninguna de las variables sociodemográficas evaluadas. Estos datos están en consonancia con estudios que concluyen que las mujeres víctimas de violencia de género presentan enfermedades respiratorias y alergias (Coker et al., 2000; Follingstad, 2009), diversas dolencias intestinales (Kendall-Tackett et al., 2003; McCauley et al., 1995), problemas de visión y oído (Heise et al., 1999), dolor de cabeza y migrañas (Jackson et al. 2002), dolor cervical crónico, de espalda, pélvico y artritis (Coker et al., 2000).

Respecto a la relación entre las dimensiones del perdón y los síntomas psicósomáticos, cuando la dificultad se encuentra en perdonar la situación y a una misma, se hallaron más relaciones con enfermedades en comparación con las relaciones entre el perdón ejercido a otros y síntomas psicósomáticos. En primer lugar, una menor capacidad de perdón a la situación y autoperdón se relacionó con un incremento en la frecuencia de aparición de síntomas respiratorios, gastrointestinales, neurosensoriales, de la piel-alergias. En segundo lugar, el perdón hacia la otra persona correlacionó con enfermedades respiratorias y del aparato reproductor, esto es, en la medida que las dificultades para perdonar a la persona infractora son mayores, también aumentan los síntomas anteriores.

Investigaciones sobre el efecto terapéutico del autoperdón ya han mostrado la relevancia de esta variable en otros contextos clínicos. La ausencia o dificultad de ejercer perdón sobre uno mismo está asociado a niveles altos de psicopatología (Hall y Fincham, 2005; Ross et al., 2004), depresión o ansiedad (e.g., Romero et al., 2006; Wohl et al., 2008) y disminución de la satisfacción general con la vida (Thompson et al., 2005). En contraposición, perdonarse se relaciona con salud mental y bienestar incluso de forma más intensa que el perdón a los demás (Mauger et al, 1992; Thompson et al., 2005). El autoperdón supone hacer un esfuerzo consciente e intencionado de superación, comprende un cambio emocional, y conduce a conductas reparatorias con el ambiente, la situación ofensiva y el ofendido. Este efecto positivo del perdón funcionaría contrarrestando las consecuencias negativas asociadas a los sentimientos de culpa que, frecuentemente, aparecen en las mujeres que han experimentado violencia de género.

Los ANOVAs mostraron que las participantes con dificultad para perdonarse a sí mismas y la situación obtenían medias significativamente más elevadas en síntomas gastrointestinales, musculoesqueléticos y piel-alergia, en comparación con las que sí ejercían ese tipo de perdón. Por su parte, las frecuencias de aparición de síntomas respiratorios, piel-alergia, génito-urinaros y del aparato reproductor femenino fueron significativamente mayores en las participantes con un nivel menor de perdón al otro. Estos resultados podrían explicarse atendiendo a algunas de las características asociadas a las enfermedades psicósomáticas. Según Peale (1952) muchas de ellas tienen su origen en los sentimientos negativos: las tensiones nerviosas, la ansiedad o la cólera, aumentan

## EL “PERDÓN” EN VIOLENCIA DE GÉNERO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD

el riego sanguíneo de las paredes del estómago y la probabilidad de aparición de úlceras. Asimismo, los sentimientos negativos provocan subidas de tensión arterial, taquicardias, artrosis, etc. De forma más concreta, algunos estudios han relacionado el perdón y la salud física. Como recogen Prieto-Úrsula et al. (2012), éstos se han centrado fundamentalmente en los efectos adversos de la hostilidad (como componente del no-perdón) sobre la respuesta cardiovascular. El perdón como rasgo se asocia con bajos niveles de presión sanguínea, especialmente diastólica. El perdón como estado también se vincula a menores niveles de tensión arterial y tasa cardiaca. Ser incapaz de perdonar una ofensa específica se relacionaba con incrementos en el tono cardiovascular y simpático (Lawler et al., 2003). El perdón puede ser considerado una forma de afrontamiento del estrés con efectos beneficiosos sobre la salud (Kaplan, Monroe-Blum y Blazer, 1994), ya que implica una menor reactividad cardiovascular y neuroendocrina asociada al estrés, como niveles bajos de cortisol (e.g., Berry y Worthington, 2001; Lawler et al., 2003). Finalmente, el perdón también se relaciona con una mejor salud mental (Harris y Thoresen, 2005), reduce la ira y aumenta el optimismo (Enright y Fitzgibbons, 2000), baja los niveles de depresión (Brown, 2003) y eleva el bienestar general (Bono, McCullough y Root, 2008).

### CONCLUSIONES

Los resultados de la investigación se enmarcan en la línea de aquellos que han puesto de relieve los beneficios derivados del hecho de perdonar, tanto en el plano personal como en el interpersonal. Si se parte de una conceptualización del perdón como pasar página, su carácter aplicado en contextos terapéuticos queda patente. El fomento de esta capacidad permite a la persona disminuir el sentimiento de culpa, para que la víctima aprenda a “dejar pasar” la etapa de su vida en la que ha sido maltratada, de manera que no haya ningún tipo de sentimiento (ni de afecto positivo ni negativo) hacia el agresor, a ella misma o a la situación. De este modo, al no existir dificultad emocional asociada a la relación de maltrato, no se producirán o se reducirán los síntomas psicósomáticos derivados de la situación de maltrato mantenida.

### REFERENCIAS

- Berry, J.W., Worthington Jr., E.L., Parrot, L., O'Connor, L.E. y Wade, N.G. (2001). Dispositional forgivingness: Development and construct validity of the Transgression Narrative Test of Forgivingness (TNTF). *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 1277-1290. doi: 10.1177/01461672012710004
- Berry, J.W. y Worthington Jr., E.L. (2001). Forgivingness, relationship quality, stress while imagining relationship events, and physical and mental health. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 447-455.
- Bono, G., McCullough, M.E. y Root, L.M. (2008). Forgiveness, feeling connected to others, and well-being: two longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 182-195.
- Brown, R.P. (2003). Measuring individual differences in the tendency to forgive: construct validity and links with depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 759-771.
- Coker, A.L., Smith, P.H., McKeown, R.E. y King, M.L. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: Physical, sexual, and psychological battering. *American Journal of Public Health*, 90, 553-559
- Eberhard-Gran, M., Schei, B. y Eskild, A. (2007). Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. *Journal of General Internal Medicine*, 22(12), 1668-1673. doi: 10.1007/s11606-007-0389-8
- Enright, R.D. (1996). Counseling Within the Forgiveness Triad: On Forgiving, Receiving



Forgiveness, and Self-Forgiveness. *Counseling and Values*, 40(2), 107-126. doi: 10.1002/j.2161-007X.1996.tb00844.x

Enright, R.D. y Fitzgibbons, R.P. (2000). *Helping clients forgive: an empirical guide for resolving anger and restoring hope*. Washington, D.C: American Psychological Association.

Follingstad, D.R. (2009). Psychological aggression and women's mental health: the status of the field. *Trauma Violence Abuse*, 10(3), 271-89.

Gordon, K.C. y Baucom, D.H. (1998). Understanding betrayals in marriage: A synthesized model of forgiveness. *Family Process*, 37, 425-449.

Gordon, K.C., Hughes, F.M, Tomcik, N.D., Dixon, L.J. y Litzinger, S.C. (2009). Widening spheres of impact: The role of forgiveness in marital and family functioning. *Journal of Family Psychology*, 23, 1-13.

Hall, J.H. y Fincham, F.D. (2005). Self-Forgiveness: the stepchild of forgiveness research. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(5), 621-637.

Harris, A.H.S. y Thoresen, C.E. (2005). Forgiveness, unforgiveness, health, and disease. En J. Everett, L. Worthington (Ed.), *Handbook of Forgiveness* (pp. 321-333). New York: Routledge.

Heise, L., Ellsberg, M. y Gottemoeller, M. (1999). *Ending violence against women*. Baltimore: Johns Hopkins University, School of Public Health, Population Information Program

Jacinto, G.A. (2010). The self-forgiveness process of caregivers after the death of care-receivers diagnosed with Alzheimer's disease. *Journal of Social Service Research*, 36, 24-36.

Jackson, H., Philp, E., Nuttall, R.L. y Diller, L. (2002). Traumatic brain injury: A hidden consequence for battered women. *Professional Psychology Research & Practice*, 33, 39-45.

Kaplan, B.H., Monroe-Blum, H. y Blazer, D.G. (1994). Religion, health and forgiveness. En J.S. Levin (Ed.). *Religion in Aging and Health* (pp. 52-77). Thousand Oaks, CA: Sage.

Karremans, J.C. y Van Lange, P.A.M. (2008). The role of forgiveness in shifting from "me" to "we". *Self and Identity*, 7, 75-88.

Kendall-Tackett, K., Marshall, R. y Ness, K. (2003). Chronic pain syndromes and violence against women. *Women & Therapy*, 26, 45-56.

Lawler, K.A., Younger, J.W., Piferi, R.L., Billington, E., Jobe, R., Edmondson, K. y Jones, W.H. (2003). A Change of Heart: Cardiovascular Correlates of Forgiveness in Response to Interpersonal Conflict. *Journal of Behavioral Medicine*, 26(5), 373-393.

Mauger, P.A., Perry, J.E., Freeman, T., Grove, D.C, McBride, A.G. y McKinney K.E. (1992). The measurement of forgiveness: preliminary research. *Journal of Psychology and Christianity*, 11, 170-180.

McCauley, J., Kern, D., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A., et al. (1995). The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10), 744-81.

McCullough, M.E. y Witvliet, C.V.O. (2002). The psychology of forgiveness. En C.R. Snyder y S.J. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 446-455). Nueva York: Oxford University Press.

Paleari, F.G., Regalia, C. y Fincham, F.D. (2009). Measuring offence-specific forgiveness in marriage: The Marital Offence-Specific Forgiveness Scale (MOFS). *Psychological Assessment*, 21, 194-209. doi: 10.1037/a0016068

Peale, N. V. (1952). *The power of positive thinking*. New-York: Prentice-Hall.

Pico-Alfonso, M.A., Garcia-Linares, M.I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. y Martínez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599-611. doi: [10.1089/jwh.2006.15.599](https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.599)

## EL “PERDÓN” EN VIOLENCIA DE GÉNERO Y SUS EFECTOS EN LA SALUD

Prieto-Ursúa, M., Carrasco Galán, M.J., Cagigal de Gregorio, V., Gismero González, E., Martínez Díaz, M.P. y Muñoz San Roque, I. (2012). El Perdón como Herramienta Clínica en Terapia Individual y de Pareja. *Clínica Contemporánea*, 3(2), 121-134. doi: 10.5093/cc2012a8

Prieto-Ursúa, M. y Echegoyen, I. (2015). ¿Perdón a uno mismo, autoaceptación o restauración intrapersonal? Cuestiones abiertas en psicología del perdón. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 230-237.

Romero, C., Kalidas, M., Elledge, R., Chang, J., Liscum, K.R. y Friedman, L.C. (2006). Self-forgiveness, spirituality and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(1), 29-36.

Ross, S.R., Kendall, A.C., Matterns, K.G., Wrobel, y Rye, M.S. (2004). A personological examination of self-and other-forgiveness in the five factor model. *Journal of Personality Assessment*, 82(2), 207-214.

Thompson, L.Y., Snyder, C.R., Hoffman, L., Michael, S.T., Rasmussen, H.N., Billings, L.S., et al. (2005). Dispositional forgiveness of self, others and situations. *Journal of Personality*, 73(2), 313-359.

Wade, N.H., Johnson, C.V. y Meyer, J.E. (2008). Understanding concerns about intervention to promote forgiveness: a review of the literature. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 88-102. doi:10.1037/0033-3204.45.1.88

Williamson, I. y Gonzales, M.H. (2007). The subjective experience of forgiveness: Positive constructs of the forgiveness experience. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(4), 407-446.

Witviet, C.V.O, Ludwig, T.E. y Vander Laan, K.L. (2001). Granting forgiveness or harboring grudges: implications for emotion, physiology and health. *Psychological Science*, 12, 117-123.

Wohl, M.J.A., DeShea, L. y Wahkinney, R.L. (2008). Looking Within: Measuring State Self-Forgiveness and Its Relationship to Psychological Well-Being. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 40(1), 1-10

Zechmeister, J.S. y Romero, C. (2002). Victim and offender accounts of interpersonal conflict: Autobiographical narratives of forgiveness and unforgiveness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(4), 675-686.