

**REPERCUSIONES PSICOPATOLÓGICAS EN MUJERES MUSULMANAS
MIGRANTES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y FACTORES
PSICOSOCIALES ASOCIADOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Daniel Lozano García¹
Universidad de Sevilla

Víctor Dujo López
Universidad Complutense de Madrid. Universidad Francisco de Vitoria.

José Manuel Rodríguez González
Universidad de Sevilla

RESUMEN

Europa el principal destino de mujeres migrantes musulmanas que huyen de países árabes, incrementándose de manera progresiva la población migrante y nativa musulmana y, con ello, los retos de adaptación cultural y religiosa en cuanto a su evaluación e intervención psicológica. La presente revisión sistemática tiene como objetivo analizar las repercusiones psicopatológicas en mujeres musulmanas migrantes víctimas de violencia de género y los factores sociales, culturales y religiosos asociados al proceso de victimización. Un total de 14 artículos científicos fueron seleccionados. La ansiedad parece ser el principal cuadro sintomatológico derivado, seguido de sintomatología depresiva y de estrés postraumático. Los factores pre y postmigratorios resultan de considerable relevancia para el proceso de victimización y la expresión de violencia de género en sus formas física, sexual y/o psicológica/emocional y su interrelación y convergencia con procesos de aculturación (integración, segregación, identidad cultural y religiosa en su forma individual y social).

Palabra clave: violencia de género, musulmana, inmigrante, repercusiones psicológicas y salud mental.

ABSTRACT

Psychopathological Repercussions and Associated Psychosocial Factors in Migrant Muslim Women Victims of Intimate Partner Violence: A Systematic Review Europe is the main destination for Muslim migrant women fleeing Arab countries, progressively increasing the migrant and native Muslim population and, with it, the challenges of cultural and religious adaptation in terms of their psychological evaluation and intervention. The objective of this systematic review is to analyze the psychopathological repercussions in migrant Muslim women victims of intimate partner violence and the social, cultural and religious factors associated with the victimization process. A total of 14 scientific articles were selected. Anxiety was the main derived symptomatology, followed by depressive symptoms and post-traumatic stress. Pre- and post-migration factors are of considerable relevance to the process of victimization and its convergence with acculturation processes (integration, segregation, cultural identity and religious in its individual and social form).

Key Words: intimate partner violence, muslim, immigrant, psychological repercussions and mental health.

¹ Correspondencia: Daniel Lozaa
Correo electrónico: dlozano2@us.es
Fecha de recepción: septiembre 2023
Fecha de aceptación: diciembre 2023

Las migraciones y movilidad humana es un fenómeno milenario que ha afectado a todas las sociedades del mundo pero que, en el último siglo, ha experimentado cambios importantes debido a factores de índole político, económico, bélico, social, religioso y/o natural (Lucassen et al., 2010; McAuliffe & Triandafyllidou, 2021), dando lugar a los flujos migratorios actuales y cambios en las legislaciones internacionales y nacionales.

No existen definiciones universalmente acordadas para el concepto de migración, ya que cada organismo ha establecido su definición según las aportaciones del ámbito jurídico, administrativo, estadístico o investigación (McAuliffe & Triandafyllidou, 2021). No obstante, la Organización Internacional para las Migraciones de la ONU (OIM) define migración como:

El movimiento de una persona o de un grupo de personas, ya sea a través de una frontera internacional o dentro de un Estado. Se trata del movimiento de población que abarca cualquier tipo de movimiento de personas, sea cual fuere su magnitud, composición y causas; ello comprende la migración de refugiados, desplazados, migrantes por motivos económicos y personas que se trasladan con otros fines, incluida la reunificación familiar (OIM 2014; 2019).

Según la OIM (McAuliffe & Triandafyllidou, 2021), en 2020, se estima que existe en el mundo alrededor de 281 millones de migrantes internacionales, lo que corresponde a una cifra equivalente al 3,6% de la población mundial. Estas cifras indican un incremento de 128 millones más que 30 años antes (1990). El continente europeo emerge como el principal destino de dichos migrantes en los últimos años, aproximadamente 87 millones de personas (30,9%). Otros continentes también reciben el flujo de personas migrantes, a saber: Asia (30,5%), América del Norte (20,9%) y África (9%).

En cuanto a países, EEUU ocupa el primer lugar entre los principales países de destino (51 millones de migrantes internacionales). Alemania es el segundo país en cuanto a elección por esos migrantes (16 millones), seguido de Arabia Saudí (13 millones), Rusia (12 millones) y Reino Unido (9 millones de migrantes). El crecimiento más grande de los países europeos lo ha experimentado España, cuya población migrante ha aumentado un 23% (106.000 personas más), ocupando España la décima posición actualmente (McAuliffe & Triandafyllidou, 2021).

Por otra parte, entre los principales países emisores de migrantes se encuentran: India (18 millones), México (10,8 millones), Rusia (10 millones) y Siria (8 millones), por

ese orden. Otros países también se encuentran entre los principales emisores (Bangladesh, Pakistán, Ucrania, Filipinas, Afganistán, etc.; McAuliffe & Triandafyllidou, 2021).

Concretamente, de los 281 millones de migrantes internacionales en 2020, 135 millones de migrantes internacionales se corresponde con mujeres de sexo femenino (McAuliffe & Triandafyllidou, 2021). Aunque existen más migrantes de sexo masculino que femenino, las cifras se han equiparado enormemente en los últimos años (51,9% frente a 48,1%).

Las mujeres y niñas migrantes representan una proporción importante de la población migrante de África Occidental y Central, así como la entrada irregular en Europa Septentrional, Occidental y Meridional. Muchas de estas mujeres y niñas están expuestas a riesgos relacionados con el género. Entre los riesgos relacionados con el género, se encuentran: agresiones verbales y físicas, violación, esclavitud, matrimonios forzados, condiciones precarias de empleo, retornos forzosos, malas condiciones de vida, brechas digitales y trata con fines de exploración sexual y laboral (Moyce & Schenker, 2018; Saunders, 2005).

Entre los principales motivos que llevan a las mujeres a migrar de su país de origen se encuentra la búsqueda de empleo, la mejora de su estatus socioeconómico y proseguir con su educación. Además, existe un desequilibrio de género notable en los trabajadores migrantes en los Estados Árabes (19,9 millones frente a 4,2 millones; McAuliffe & Triandafyllidou, 2021), dominando los sectores clave los hombres trabajadores migrantes y nativos.

El estudio del Pew Research Center (Hackett et al., 2017) pone de manifiesto que la población de musulmanes en Europa en el año 2016 es de cerca de 25 millones de personas (4,9% de la población en Europa), en su mayoría, procedentes de solicitantes de asilo que huyen de los conflictos en Siria y otros países predominantemente musulmanes (Irak, Afganistán, Somalia e Irán). Por países, Francia (8,8%), Alemania (6,1%) y Reino Unido (6,3%) ocupan las primeras posiciones por número de musulmanes. Las estimaciones ponen de manifiesto un crecimiento de los 35 a 75 millones en 2050 de la población musulmana en Europa, suponiendo un aumento entre el 5 y el 14% (Hackett et al., 2017).

Dicho estudio valora tres posibles escenarios de evolución de tendencias de los flujos migratorios (Hackett et al., 2017). En un supuesto escenario de “migración cero”

se produciría un incremento al 7,4% en el año 2050 (35,8 millones) por su alta tasa de fecundidad. En el escenario de “migración media” se produciría un incremento al 11,2% (57,9 millones). En el escenario de migración alta se produciría un incremento al 14% de la población total de Europa (75,6 millones). Este factor debe contemplarse junto con el descenso de la natalidad de los nativos europeos.

En este último supuesto, países como Suecia y Chipre alcanzarían el 30% de población nacional musulmana (Hackett et al., 2017). Seguidamente, países como Reino Unido, Francia, Alemania, Austria y Noruega rondaría el 18% de población musulmana, aproximadamente. España, según las estimaciones, alcanzaría el 7,2%.

La violencia de género es definida por la ONU (1993), en la declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, como

Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, ya sea que ocurra en la vida pública o en la vida privada”.

Más específicamente, la legislación española a través de la Ley Orgánica 1/2004, establece en su artículo 1 la violencia contra la mujer como

Todo acto de violencia (...) que, como manifestación de la discriminación, desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges (...) que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada.

Ambas definiciones convergen en la manifestación de la violencia en su forma física, sexual y/o psicológica/emocional contra la mujer por parte del hombre, así como la dinámica de discriminación y devaluación (amenazas, coacciones) que se producen tanto en la esfera pública o privada por parte de un hombre ligado a la mujer mediante la afectividad.

Además, la unión europea mediante el Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra las Mujeres y la Violencia Doméstica

(Convenio de Estambul) en 2014 insta a los estados miembro al establecimiento de medidas jurídicas y estratégicas integrales para prevenir la violencia contra la mujer, así como proteger y asistir a las víctimas (CUE, 2023). A su vez aborda los aspectos relacionados con la violencia de género en el ámbito del asilo y la migración.

La Organización Mundial de la Salud (WHO, 2018) estima que la prevalencia de violencia de género en regiones del sur de Asia (35%, UI 26-45%) y África subsahariana (33%, UI 29-38%) tienen tasas más altas de prevalencia, seguidas por el norte de África (30%, UI 23-40%) y Asia occidental (29%, UI 22-37%). Más específicamente, la revisión sistemática y posterior metaanálisis de Hawcroft et al., (2019) revela que en los países árabes la prevalencia de exposición a lo largo de la vida a cualquier tipo de violencia de género (por parte de la pareja) es del 73,3 % (IC del 95 %: 64,1–81,6). Más exactamente, de violencia física del 35,6 % (IC del 95 %: 24,4–47,5), violencia sexual del 22% (IC 95% 13,3–32) y violencia emocional/psicológica del 49,8% (IC 95% 37,3–62,3). A su vez, existía una fuerte asociación entre síntomas clínicos de salud mental y violencia recibida, siendo la sintomatología depresiva y ansiosa la que muestra mayores correlaciones (Hawcroft et al., 2019).

Dicha dinámica de violencia extiende sus raíces a todos los contextos culturales y sociales en los que pueda existir discriminación en cuanto a género por parte del hombre hacia la mujer (Hawcroft et al., 2019; West, 2016). Especialmente, en contextos de tipo migratorio (campo de refugiados, solicitantes de asilo y país receptor del que se trate), concurren una infinidad de variables diferenciadoras y específicamente asociadas a la mujer y la convergencia intercultural relacionada con la identidad cultural (retención de ideales, valores y comportamientos de la cultura de origen frente a la adopción de ideales, valores y creencias receptoras, tanto personales como sociales; Schwartz et al., 2006), identidad religiosa (lugar que ocupa la religión en su identidad social; Phalet et al., 2018), dinámicas de inclusión (Rothe et al., 2010), integración y segregación como factores coexistentes (Almutairi et al., 2022; DeSa et al., 2022; Macdonnell et al., 2012; Saherwala et al., 2021).

Por otra parte, numerosas investigaciones han puesto de manifiesto la relación y consecuencias, en lo que a salud mental se refiere, derivadas de las experiencias migratorias de las mujeres migrantes tanto de primera como de segunda generación (Almutairi et al., 2022; DeSa et al., 2022; Macdonnell et al., 2012; Saherwala et al., 2021). Cuando son analizados, en conjunto, los factores asociados a las experiencias migratorias

y la violencia de género, se ha comprobado que factores como el estrés derivado de la aculturación, la fuerte limitación o pérdida del capital social de la persona y el aislamiento social derivado, las barreras lingüísticas y culturales, el desempleo, el bajo estatus socioeconómico y las dificultades para acceder a los servicios de salud, tienen efectos en la salud mental de las mujeres migrantes (Almutairi et al., 2022; DeSa et al., 2022; Macdonnell et al., 2012; Saherwala et al., 2021).

En el caso de la población migrante musulmana, tienen lugar una serie de factores psicosociales especialmente relacionados y característicos de su sistema de creencias culturales y religiosas que debe tenerse en cuenta, para una correcta atención sociosanitaria en materia migratoria y de violencia de género, por parte del personal sanitario del país receptor del que se trate (Saherwala et al., 2021). Entre ellos, se pueden destacar: atención sociosanitaria por parte de hombre o mujer (solicitudes de atención por parte de persona del mismo sexo), excesivo contacto ocular si se trata de una mujer musulmana y/o contacto físico, percepción de la víctima sobre posibles situaciones de violencia en la pareja (física, sexual y/o psicológica), casos de infertilidad (por la estigmatización que ejerce su cultura con respecto su labor familiar), el énfasis en el decoro y recato con la vestimenta, importancia de las relaciones familiares sólidas (mantenimiento del orden social y moral), postparto acompañado de la madre (habilidades parentales de cuidado culturalmente heredadas), ramadán, restricción alimentaria y medicación prescrita, y discriminación aumentada por atributos físicos culturales visualmente destacables (Saherwala et al., 2021).

Objetivos del estudio

Expuesto el marco teórico de la investigación, con el propósito de dilucidar la complejidad inherente al fenómeno de la violencia de género y la psicopatología asociada junto con la variable migración y el entramado de factores geopolíticos, culturales y religiosos, se determina como objetivo general: Analizar las repercusiones psicopatológicas en mujeres musulmanas migrantes víctimas de violencia de género y los factores psicosociales, culturales y religiosos asociados a dicho fenómeno.

Para lograr este objetivo y profundizar en las variables relacionadas con la migración, así como factores geopolíticos, culturales y religiosos, se establecen como objetivos específicos: a) Informar de los principales países emisores y receptores de mujeres musulmanas migrantes víctimas de violencia de género de los que se han

realizado investigaciones. b) Exponer el lugar de residencia de las mujeres musulmanas objeto de investigación en países receptores. c) Revisar los instrumentos y metodología de evaluación psicológica empleada en mujeres musulmanas víctimas de violencia de género. d) Establecer la principal sintomatología derivada y asociada al fenómeno de la violencia de género en mujeres musulmanas migrantes. e) Diferenciar las publicaciones que abordan las dimensiones física, psicológica y sexual de la violencia de género. f) Explorar los factores sociales, culturales y religiosos pre y post migratorios.

MÉTODO

A lo largo de la revisión se emplea tanto la herramienta ROBIS (Whiting et al., 2016) como los criterios para revisiones establecidos por la metodología PRISMA (Moher et al., 2015) con el fin de minimizar el riesgo de posibles sesgos en cuanto a: relevancia del estudio, criterios de elegibilidad de la investigación, identificación y selección de publicaciones, recopilación de datos, evaluación en los estudios, así como en la síntesis y los hallazgos (Whiting et al., 2016).

La pregunta de investigación de la presente revisión sistemática se determina usando el formato PICOTS (paciente o problema de interés, intervención, comparación, resultados, tiempo y lugar), siendo la siguiente: ¿Cuáles son las repercusiones psicopatológicas en mujeres musulmanas migrantes víctimas de violencia de género (> 17 años) y los factores psicosociales, culturales y religiosos relacionados a dicho fenómeno y población? Una vez formulada la pregunta, se definieron los descriptores relacionados y propuestos para la consecución de la investigación, completando así la estrategia de búsqueda, adaptándola al máximo a la temática del trabajo y utilizando siempre como idioma vehicular el inglés.

Unidades De Estudio

La muestra de la presente revisión sistemática está compuesta por un total de 14 artículos de revistas científicas que han sido publicados en 4 bases de datos diferentes: Web Of Science (WOS), SCOPUS, PsycInfo y Pubmed, por ese orden; y utilizan como lengua vehicular el inglés. Los artículos que han sido seleccionados en las diferentes bases de datos debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: 1) Que los estudios estén publicados en revistas científicas. 2) Que respondan únicamente a los descriptores utilizados y establecidos para la búsqueda. 3) Se trate de mujeres musulmanas en la muestra del estudio. 4) Tengan igual o más de 17 años. 5) Pertenezcan a población

migrante. Y 6) Tanto migrantes de primera generación como descendientes (migrantes de segunda generación).

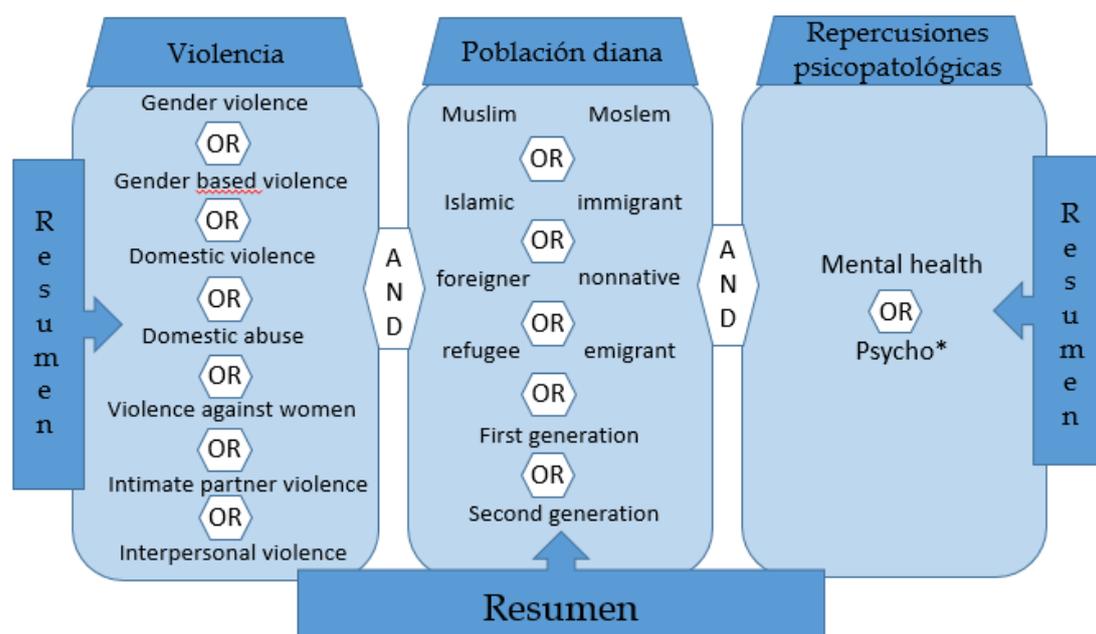
Por otra parte, se excluyeron aquellos estudios que: 1) No se especifique la religión de las mujeres participantes entre sus variables sociodemográficas. 2) No se trate de violencia referida en el ámbito de la pareja. 3) Validación de escalas. 4) Metodologías cualitativas. 5) Revisiones sistemáticas, metaanálisis, tesis o capítulos de libros.

Procedimiento

Para la estrategia de búsqueda de las bases de datos consultadas (Figura 1) se ha recurrido al entrecomillado de los descriptores de búsqueda en los cuerpos de información. También se han utilizado los operadores booleanos “AND” y “OR” (p.e. Interpersonal partner violence AND muslim AND Mental health OR psycho*). Igualmente, en la búsqueda bibliográfica, los términos delimitados son tenidos en cuenta si se encuentran en título, resumen o palabras clave. De todos los resultados arrojados se pudo acceder a su texto completo.

Figura 1.

Cuerpo de búsqueda general para las bases de datos



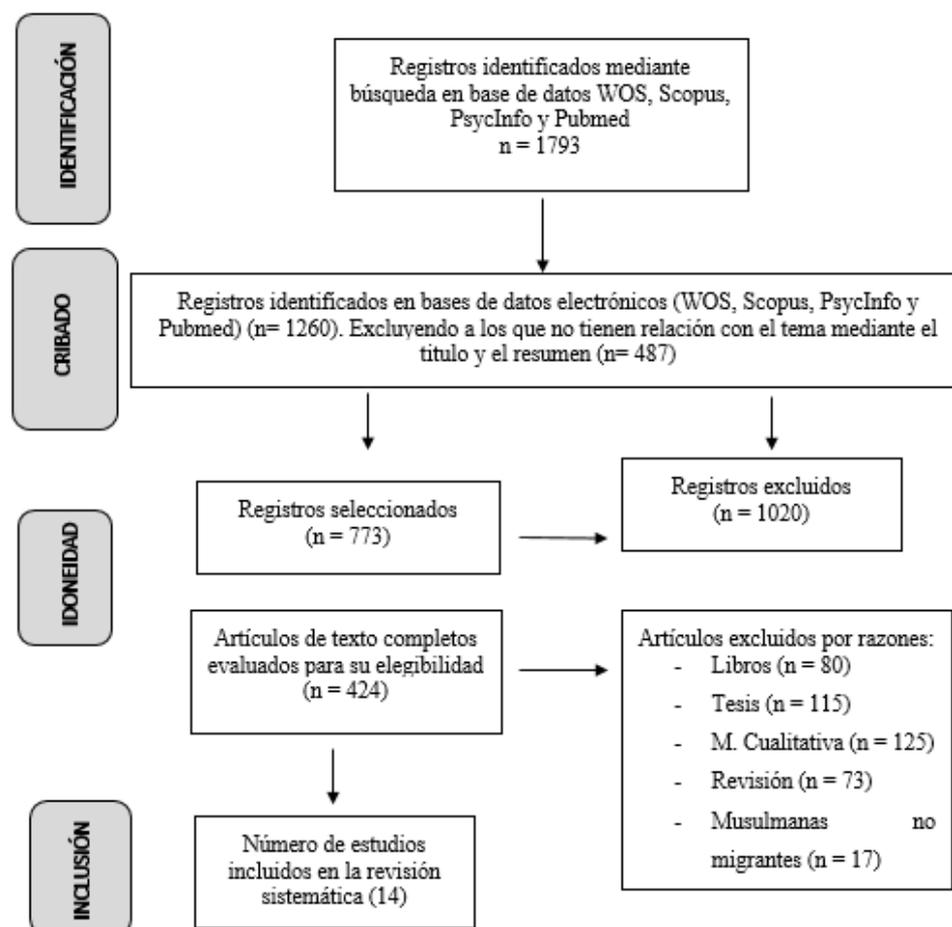
Una vez obtenidos todos los resultados se procedió al análisis de los textos. Dicho análisis se llevó a cabo en dos fases diferentes mediante hoja de Excel. En la primera fase, dos revisores independientes procedieron a un cribado de las investigaciones mediante el

registro de los artículos duplicados, la lectura de título y resumen, así como la aplicación de los criterios de inclusión. El índice de coincidencia entre revisores fue de un 89,65%.

En la segunda fase, se revisó en profundidad los artículos seleccionados por título y resumen mediante una lectura de texto completo, así como la aplicación de los criterios de exclusión establecidos para la presente revisión sistemática. El índice de coincidencia entre revisores fue de un 85,72%. Finalmente, se analizó la información con ambos revisores sobre las referencias seleccionadas. El diagrama de flujo que se muestra a continuación (Figura 2) muestra en detalle el proceso de cribado de los artículos seguido por ambos revisores.

Figura 2.

Diagrama de flujo de la revisión sistemática



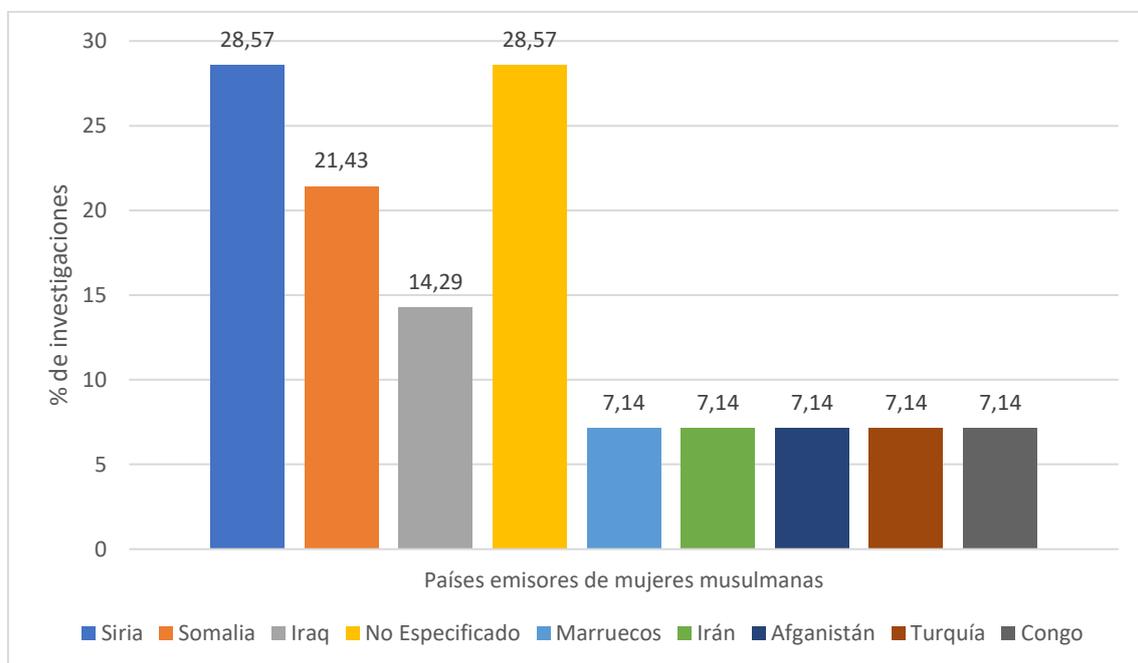
RESULTADOS

Son 14 artículos científicos los seleccionados (Anexo 1) que responden a la pregunta de investigación (PICOTS), los objetivos del estudio y los criterios de búsqueda

establecidos (Figura 1). En primer lugar, y respondiendo al primer objetivo específico de investigación (informar de los principales países emisores y receptores de mujeres musulmanas migrantes víctimas de VG de los que se han realizado investigaciones), los resultados ponen de manifiesto que entre los países emisores de migrantes se encuentran (Anexo 1; Figura 3): Siria (4 artículos; 28,57%), Somalia (3 artículos; 21,43%) y en menor medida Iraq (2 artículos; 14,29%). De manera anecdótica se destacan países emisores como Marruecos, Irán, Afganistán, Turquía y el Congo (1 artículo; 7,14%). En 4 artículos (28,57%) no se especifican el país emisor de migrantes (Figura 3).

Figura 3.

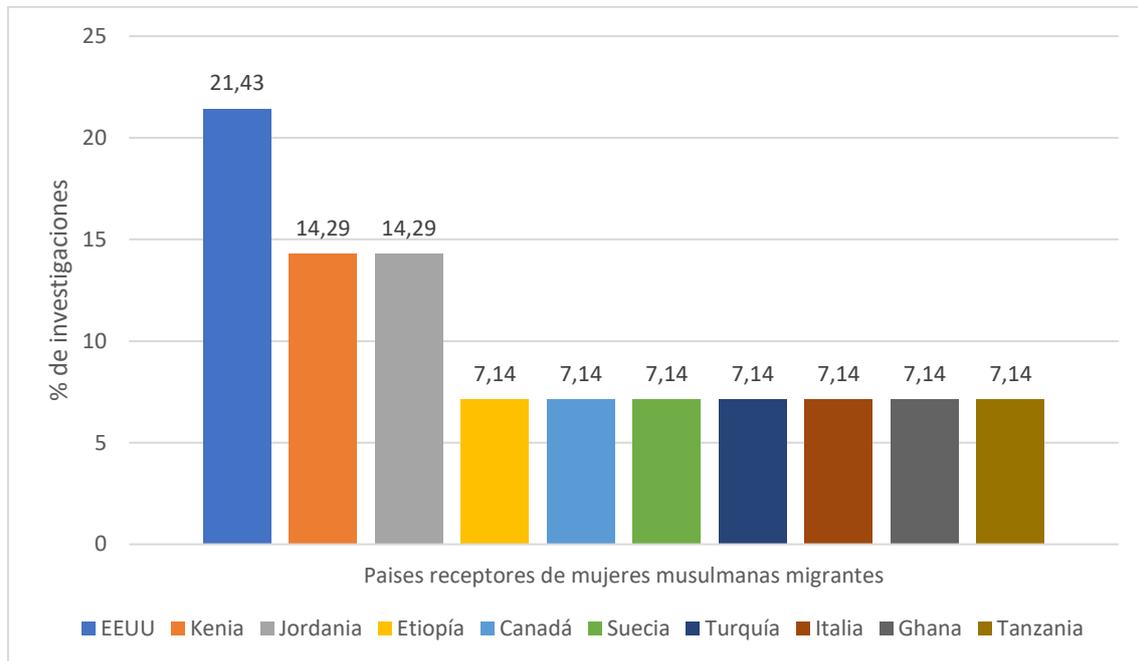
Países emisores de mujeres musulmanas migrantes víctimas de violencia de género.



A su vez, se trazan de igual forma los resultados en base a los países receptores de mujeres musulmanas migrantes víctimas de violencia de género según los artículos científicos seleccionados (Anexo 1; Figura 4). Los resultados ponen de manifiesto que entre los países receptores de mujeres musulmanas se encuentran: EEUU (3 artículos; 21,43%), Kenia (2 artículos; 14,29%) y Jordania (2 artículos; 14,29%), principalmente (Figura 4). En menor medida, mujeres musulmanas migrantes que se encuentran en Etiopía, Canadá, Suecia, Turquía, Italia, Ghana y Tanzania (1 artículo; 7,14%; Figura 4). Destaca que el % acumulado de países africanos que se hayan realizado investigaciones es del 35,72%, de países europeos el 14,2% y países americanos el 28,7%.

Figura 4.

Países receptores de mujeres musulmanas migrantes víctimas de violencia de género.



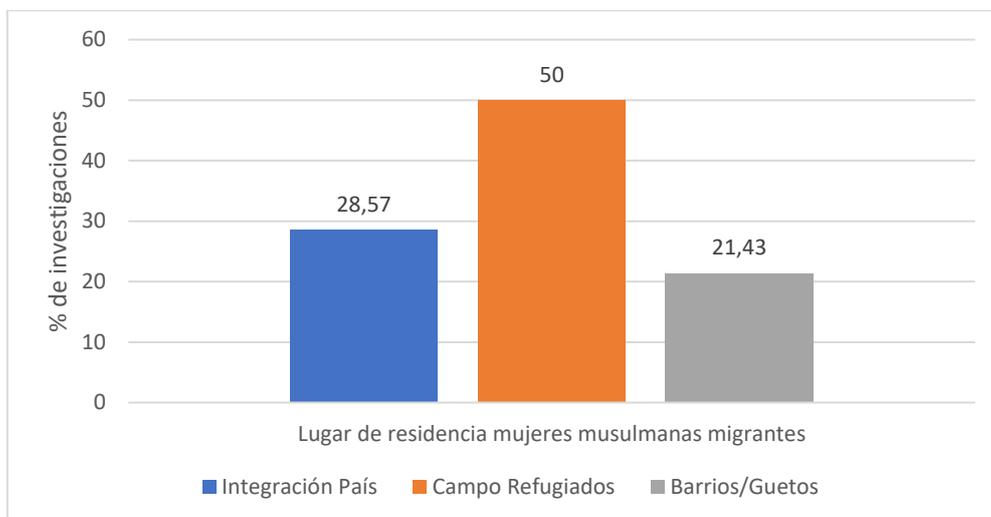
De igual forma, fue tomada en cuenta la fecha de publicación de las investigaciones científicas seleccionadas en el presente estudio de mujeres musulmanas migrantes víctimas de VG (Anexo 1). Se observa que la inmensa mayoría de las publicaciones científicas se enmarcan en los últimos 5 años (9 artículos; 64,25%). Más específicamente, el año con más publicaciones es 2022 (3 artículos; 21,43%), seguidos de 2015, 2017 y 2020 (2 artículos; 14,29%). Por último, destacan las publicaciones en los años 2008, 2011, 2012, 2018 y 2021 (1 artículo; 7,14%).

Sistematizando las características poblacionales en los diferentes estudios seleccionados de mujeres musulmanas víctimas de violencia de género, se encuentra que el 85,71% de los estudios (12 artículos) son mujeres migrantes de primera generación y, el 14,29% (2 estudios) mujeres musulmanas migrantes de segunda generación (Anexo 2)

Por otra parte, el segundo objetivo específico de la investigación (exponer el lugar de residencia de las mujeres musulmanas migrantes objeto de investigación en países receptores) es sistematizado, coincidiendo con el lugar donde habitan dichas mujeres musulmanas. Con ello, se muestra que en el 50% (7 estudios) se encontraban en campos de refugiados, el 28,57% integradas en el país receptor compartiendo su día a día con población nativa y el 21,43% en barrios/guetos (Anexo 1; Figura 5).

Figura 5.

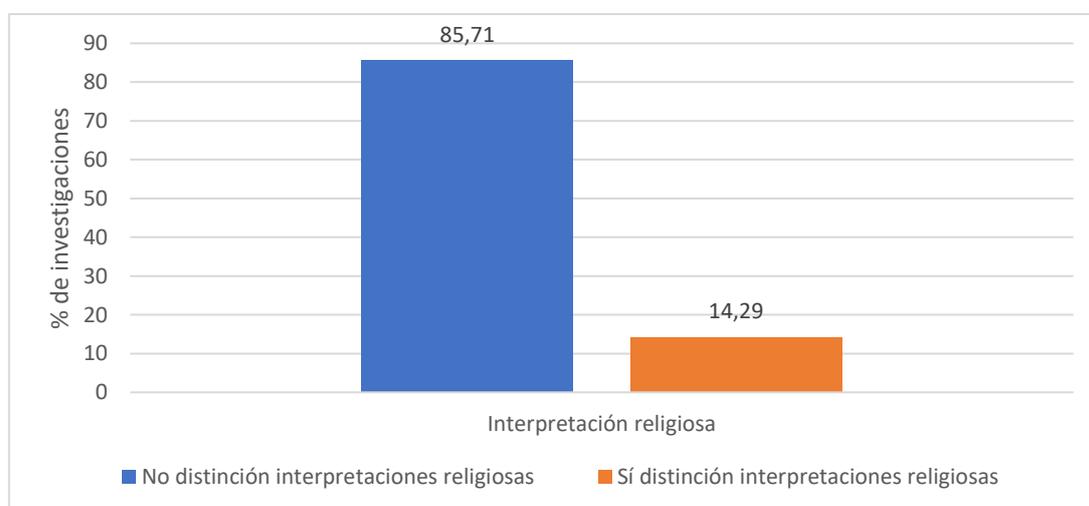
Lugar de residencia mujeres musulmanas migrantes en países receptores.



De la misma forma, se ha tenido en cuenta si las diferentes publicaciones científicas distinguían entre las distintas interpretaciones religiosas existentes dentro del islam (tercer objetivo específico). Tal y como se muestra en Figura 6 (Anexo 1), el 85,71% (12 artículos) no distingue entre sus características sociodemográficas en base a sus interpretaciones religiosas, mientras que el 14,29% (2 artículos) sí distingue dichas interpretaciones religiosas musulmanas (sunníes y chiíes), aunque sin que se sistematicen las características religiosas y políticas relacionadas y vinculadas con la violencia de género.

Figura 6.

Interpretación religiosa en mujeres musulmanas víctimas de violencia de género.



El cuarto objetivo específico de investigación es referido a los instrumentos y la metodología de evaluación psicológica utilizada (ver Anexo 1 para descripción de los instrumentos). Con ello, se encuentra que en las 14 publicaciones (100%) la entrevista clínica es el método de evaluación psicológica más empleado seguido de la entrevista clínica semi/estructurada para violencia de género de la OMS (50%; 7 artículos). Seguidamente, instrumentos psicométricos como GAD-7, HTQ-PTSD, CTS-2 (4 artículos; 28,57%), HSCL-21 y PHQ-9 (3 artículos; 21,43%). En menor grado, instrumentos psicométricos como WG-SS, HITS, PC-PTSD, PMLD, PCL-5, AHVS, SPS, WHO-5, BSI, ABS fueron empleados (1 artículo; 7,14%). También fueron llevados a cabo procedimientos de entrevistas en habilidades en la lecto-escritura (2 artículos; 14,29%). El 100% de los instrumentos fueron traducidos y validados.

Como quinto objetivo específico (establecer la principal sintomatología derivada y asociada al fenómeno de la violencia de género en mujeres musulmanas migrantes; Anexo 1) se halla que en el 71,43% de las investigaciones (10 estudios) es la sintomatología ansiosa la principalmente derivada y asociada a la VG en mujeres musulmanas migrantes, seguida de la sintomatología depresiva (57,14%; 8 estudios) y la sintomatología de carácter postraumático (50%; 7 estudios). Es importante destacar que no todos los estudios evaluaron a su vez los tres grupos sintomatológicos y que se encuentran en diferente proporción, siendo la sintomatología ansiosa la que se da en mayor porcentaje, seguida de la depresiva y la postraumática.

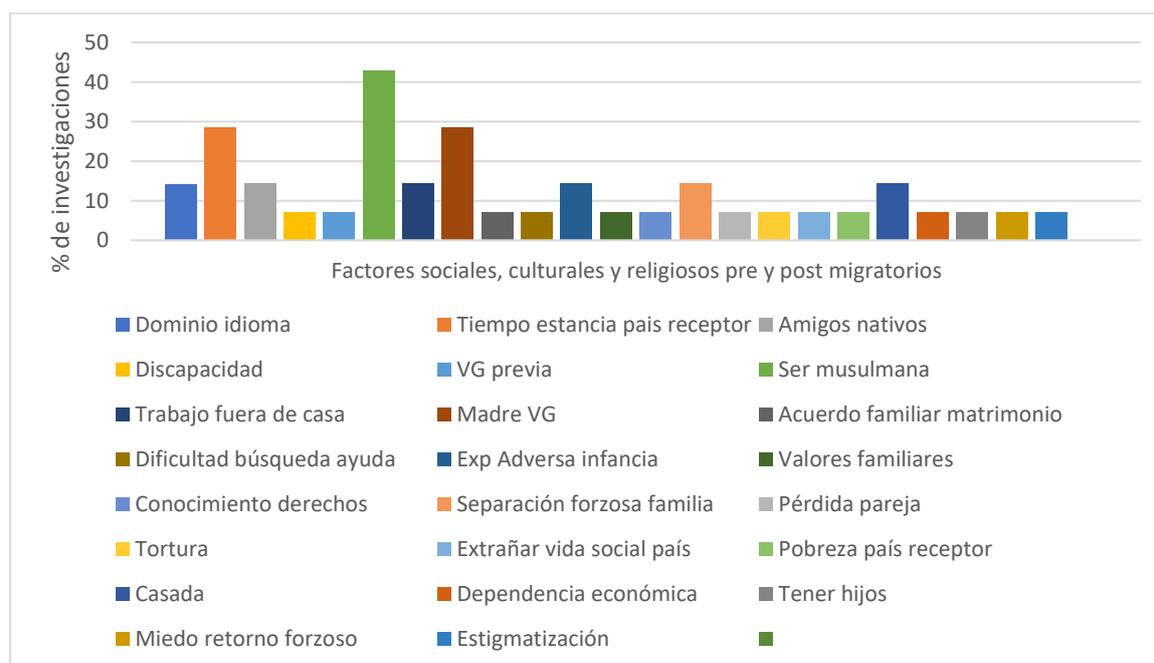
Ahondando en el fenómeno de la violencia de género (sexto objetivo específico), no en todos los estudios se abordaron las tres dimensiones en su manifestación (física, sexual y psicológica; Anexo 1). La dimensión física es tenida en consideración en el 71,43% de las investigaciones (10 estudios), la dimensión sexual en el 50% (7 estudios) y la dimensión psicológica en el 57,14% (8 estudios).

El último objetivo específico (explorar los factores sociales, culturales y religiosos pre y post migratorios) pone de manifiesto la intrincada amalgama de factores asociados a la VG en mujeres musulmanas migrantes (Anexo 1; Figura 7). Los resultados arrojan que el factor religioso creencia religiosa musulmana es el que con mayor frecuencia se asocia a la VG (42,86%; 6 estudios) seguido de tiempo de estancia en país receptor y madre víctima de VG (28,57%; 4 estudios). En menor medida, factores como dominio del idioma extranjero, amigos nativos, trabajar fuera de casa, experiencias adversas en la infancia (guerras), separación forzosa de la familia y pobreza país receptor son

encontrados (14,29%; 2 estudios). Por último, factores como presentar una discapacidad, VG previa a migración, matrimonio formado por acuerdos familiares, dificultades en la búsqueda de ayuda, valores patriarcales y sexistas familiares, tener conocimiento de sus derechos legales, pérdida de la pareja (fallecimiento), víctima de tortura, incomunicación familia de origen, extrañar la vida social de su país de origen, dependencia económica con su marido, tener hijos, miedo a un retorno forzoso y estigmatización son hallados como igualmente relacionados (7,14%; 1 estudio). No en todas las publicaciones científicas fueron tenidos en consideración todos los factores asociados a la VG que aquí se reflejan.

Figura 7.

Factores sociales, culturales y religiosos pre y post migratorios asociados a mujeres musulmanas víctimas de violencia de género.



DISCUSIÓN

En la presente revisión sistemática, catorce han sido los artículos científicos que cumplen con los criterios establecidos para la búsqueda. Las repercusiones psicopatológicas principalmente encontradas y asociadas a mujeres musulmanas migrantes víctimas de violencia de género (Anexo 1) se circunscriben a sintomatología ansiosa (71,43%; 10 estudios), seguida de sintomatología de carácter depresivo (57,14%; 8 estudios), sintomatología de estrés postraumático (50 %; 7 estudios) y, en menor

medida, sintomatología de carácter somático (21,43 %; 3 estudios). Es importante resaltar que no todos los estudios exploran de la misma forma la manifestación sintomatológica.

Estos resultados contrastan con lo encontrado en otras revisiones sistemáticas con mujeres migrantes (Gonçalves & Matos, 2016; Hawcroft et al., 2019; West, 2016), aunque sin pertenecer dichas migrantes a la religión musulmana. Dichas investigaciones se realizaron con mujeres migrantes latinas y asiáticas, encontrándose que la sintomatología depresiva es la principalmente derivada (Gonçalves & Matos, 2016; Hawcroft et al., 2019; West, 2016), seguida de la sintomatología ansiosa y de estrés postraumático, éstas últimas con prevalencias similares a las halladas en la presente revisión sistemática. De igual forma, eran hallados síntomas de índole somático.

En el análisis de las diferentes dimensiones de la violencia de género (violencia física, sexual y/o psicológica/emocional; Anexo 1) llevado a cabo en la presente revisión y otras revisiones se encuentran claramente diferenciados si se compara con mujeres migrantes latinas y asiáticas (Gonçalves & Matos, 2016) pero no con mujeres migrantes africanas (West, 2016). La dimensión física es menos frecuente en cuanto a su aparición en estudios realizados en migrantes latinas y asiáticas (Gonçalves & Matos, 2016; West, 2016), siendo la dimensión psicológica/emocional la mayormente predominante y manifestada en las entrevistas clínicas, las pruebas psicométricas administradas y la posterior expresión sintomatológica.

En el caso de mujeres migrantes africanas, identificaban como la violencia más dañina y perjudicial por parte de su pareja la violencia física, expresada con una alta frecuencia en las entrevistas clínicas llevadas a cabo. Sin embargo, el abuso psicológico/emocional y/o sexual, la intimidación y el control coercitivo se mencionaron con mucha menos frecuencia en dichas entrevistas (West, 2016). De hecho, siendo preguntadas, existía cierta rigidez cognitiva en la consideración de conductas de violencia sexual y/o psicológico emocional como conductas de maltrato que sus parejas ejercían sobre ellas (West, 2016). Esto significa que cuando dichas mujeres migrantes africanas eran confrontadas en la entrevista clínica sobre el significado en la pareja de violencia sexual y psicológica utilizaban estrategias de afrontamiento basadas en (West, 2016): su propio sentido de autoeficacia, la utilización de la religión, la fe, la oración y la espiritualidad, centrarse en el futuro (criar hijos) y utilizar técnicas de encuadre cognitivo (evitar, negar o minimizar el abuso psicológico/emocional y/o sexual).

Las diferencias en la expresión de las distintas entidades nosológicas comúnmente halladas en casos de violencia en la pareja (síntomatología ansiosa, depresiva y/o estrés postraumático), así como su forma (física, sexual y/o psicológica), pueden tener relación a la dinámica intrínseca de la violencia de género y su interrelación con factores culturales y sociales que conforman la identidad cultural y religiosa de la persona migrante así como procesos de aculturación, asimilación cultural e integración o segregación en el país receptor pero como influencia la cultura de origen.

La mayoría de las revisiones sistemáticas llevadas a cabo hasta la fecha (Gonçalves & Matos, 2016; Hawcroft et al., 2019; West, 2016) contemplan grupos de mujeres migrantes heterogéneos, no permitiendo dilucidar las variables sociales y culturales que están implicadas específicamente en grupos homogéneos de mujeres migrantes (por ejemplo, como es el caso de mujeres musulmanas migrantes) donde las variables sociales, culturales y religiosas se encuentran mayormente delimitadas.

Es por ello que, en la presente investigación, se indaga sobre los factores sociales, culturales y religiosos pre y post migratorios (Anexo 1), los cuales van a aportar un peso explicativo considerable en el proceso de victimización. Los resultados arrojan que la variable “creencia religiosa musulmana” es el que con mayor frecuencia se asocia a la VG. Este hecho puede ser explicado por la alta relación que muestra la religión junto con el proceso de aculturación (Goforth et al., 2014; LaFromboise et al., 1993; Schwartz et al., 2006). En la cultura musulmana, religión, cultura y estado son elementos inseparables.

La práctica de la religión implica determinados valores y creencias que se encuentran fuertemente afianzados en el imaginario colectivo y las relaciones interpersonales entre los miembros de la comunidad. A su vez, la religión es un concepto multifacético y multidimensional en el caso de las personas musulmanas, el cual incluye emociones, cogniciones y comportamientos concretos (Goforth et al., 2014). Más específicamente, el componente cognitivo de dicha religiosidad está referida al grado de ortodoxia en las creencias. El componente emocional se encuentra relacionado con cómo el individuo se siente en base a sus creencias, propósitos y práctica de la religión. Por último, el componente comportamental, se refiere a la práctica y comportamientos implicados en la doctrina religiosa.

La interrelación de dichos componentes religiosos y culturales concurren con otra serie de variables halladas en la presente revisión sistemática: estancia en el país receptor,

dominio del idioma extranjero, amigos nativos, trabajar fuera de casa, conocimiento de sus derechos legales, pobreza en país receptor, dependencia económica de su marido y dificultades en la búsqueda de ayuda por estado de salud. Dichas variables han demostrado, en estudios similares con mujeres migrantes, estar relacionadas con el proceso de aculturación en cuanto a la integración y asimilación de la cultura receptora (Goforth et al., 2014; Gonçalves & Matos, 2016; LaFromboise et al., 1993; Schwartz et al., 2006; West, 2016) frente a la retención de ideales, valores y comportamientos de la cultura de origen (Phalet et al., 2018; Rothe et al., 2010; Saherwala et al., 2021).

En su conjunto, todas estas variables expuestas con anterioridad conforman el proceso de victimización que posiblemente pueda hallarse en mujeres musulmanas migrantes en países receptores, ya que inician la distinción en dicho colectivo entre una identidad personal fuertemente diluida en la cultura de origen frente a una identidad social más fuertemente diluida en la cultura receptora (LaFromboise et al., 1993) que potencia un rol diametralmente diferente en la mujer y su contribución a la sociedad. Este hecho es constatable ya que, cuando dichas migrantes musulmanas han migrado hacia países con valores religiosos y culturales similares, el proceso de victimización por violencia de género se da con mucha menor frecuencia (Gonçalves & Matos, 2016; WHO, 2018).

Ciertas variables catalogadas como premigratorias, a saber: madre víctima de VG, experiencias adversas en la infancia (guerras), separación forzosa de la familia, VG previa a migración, pérdida de la pareja (fallecimiento), matrimonio formado por acuerdos familiares, valores patriarcales y sexistas familiares, víctima de tortura y miedo a un retorno forzoso; implican un alto conocimiento de la situación geopolítica del país emisor. Dichos factores forman parte de las variables de riesgo en el proceso de victimización en muchos estudios analizados en la presente revisión sobre mujeres musulmanas migrantes víctimas de violencia de género.

De igual forma, todo este proceso de victimización y la infinidad de variables que pueden hallarse cambia si se trata de mujeres musulmanas migrantes de segunda generación, es decir, nacidas en una cultura diferente a la que nacieron sus padres. La teoría de la asimilación cultural y el modelo de aculturación (LaFromboise et al., 1993), ponen de manifiesto que dichas migrantes adoptarán la cultura que perciban como más dominante y aceptada socialmente con los objetivos vitales y culturales establecidos para la persona con menor pérdida asociada. Al encontrarse dos estudios en la presente

revisión no pueden ser analizado con exhaustividad la dinámica de victimización en musulmanas migrantes de segunda generación y su interrelación con los factores culturales y religiosos.

Limitaciones y futuras investigaciones

La principal limitación que puede encontrarse es que, aunque se ha accedido a 4 metabuscadores de gran calado (WOS, Scopus, Psycinfo y Pubmed), puede no recopilar todos los posibles artículos científicos por publicaciones que estén recogidas en revistas de menor impacto a nivel nacional y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión de la presente revisión.

Por otra parte, posteriormente a la finalización de selección de la muestra de artículos, no se tuvo en cuenta tomar los descriptores asociados a “arab” con el fin de tratar de ampliar la base de resultados que contemplara la variable religiosa “muslim OR moslem OR islamic”, ya que, aunque no todos los árabes son musulmanes, hubiera podido ayudar a profundizar en artículos que resulten de relevancia tomando como referencia la muestra que se quiere hallar.

En cuanto a los artículos seleccionados, se encuentran determinados aspectos que limitan las interpretaciones que de ellos puedan derivarse:

En primer lugar, no es explorada en su conjunto la gama sintomatológica presentada por dichas migrantes musulmanas, utilizando directamente instrumentos y pruebas psicométricas que miden sintomatología ansiosa, depresiva o de estrés postraumático, presuponiendo que son los cuadros sintomatológicos que pueden hallarse y derivarse de dicha situación. A su vez, en una cantidad considerable de artículos es determinada la existencia de violencia de género por los resultados directos obtenidos de las pruebas de screening.

En segundo lugar, no en todos los estudios se abordan las tres dimensiones de la violencia de género (física, psicológica/emocional y/o sexual), lo cual puede producir un sesgo en cuanto a los factores psicosociales, culturales y religiosos asociados, así como si realmente la dimensión sexual y/o psicológica/emocional es tenida en menor consideración por las mujeres migrantes musulmanas. Al mismo tiempo, no en todas las publicaciones seleccionadas se tienen en cuenta los factores culturales, sociales y/o religiosos que pueden encontrarse implicados en el proceso de victimización.

En tercer lugar, no es tenido en consideración en las publicaciones de la muestra la influencia que pueden estar mediando en el proceso de victimización el hecho de que dichas mujeres migrantes pertenezcan a diferentes corrientes dentro del islam (sunníes, chías y/o jariyíes).

Para futuras investigaciones es interesante emplear un mayor rigor metodológico, evaluativo, científico y sistemático cuando se aborde la dinámica de violencia de género en mujeres musulmanas migrantes que permita profundizar en las variables sociales, culturales y religiosas asociadas al proceso premigratorio y postmigratorio, ya que parecen estar mediando la posterior manifestación psicopatológica.

Conclusiones

A raíz de la presente revisión sistemática varias son las conclusiones que pueden derivarse:

- El principal cuadro psicopatológico derivado en mujeres musulmanas migrantes víctimas de violencia de género es la ansiedad, seguido muy de cerca en cuanto a prevalencia por la depresión. Igualmente, la sintomatología característica del TEPT se encuentra presente, aunque en menor proporción.
- Factores culturales, sociales y religiosos pre y postmigratorios como creencia religiosa musulmana, madre víctima de VG, estancia en país receptor, dominio del idioma extranjero, amigos nativos, trabajar fuera de casa, experiencias adversas en la infancia (guerras), separación forzosa de la familia y pobreza país receptor se encuentran presentes, en mayor medida, en el proceso de victimización.
- Se muestra mayor concienciación por parte de las mujeres migrantes musulmanas de la violencia física como principal forma de maltrato que han ejercido o podido ejercer sus parejas, quedando en un segundo plano la violencia sexual y/o psicológico/emocional.

REFERENCIAS

- Alghamdi, M. S., Lee, B. K., & Nagy, G. A. (2022). Intimate Partner Violence among Canadian Muslim Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(17-18), NP15153–NP15175. <https://doi.org/10.1177/08862605211021516>
- Almutairi, W., Seven, M., Poudel-Tandukar, K., & VanKim, N. (2022). Mental health disorders among Middle Eastern immigrant women living in the United States: A scoping review. *Perspectives in Psychiatric Care*, 58(4), 3079–3102. <https://doi.org/10.1111/ppc.13088>
- Barkho, E., Fakhouri, M., & Arnetz, J. E. (2011). Intimate partner violence among Iraqi immigrant women in Metro Detroit: a pilot study. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 13(4), 725–731. <https://doi.org/10.1007/s10903-010-9399-4>
- Brooks, M. A., Meinhart, M., Samawi, L., Mukherjee, T., Jaber, R., Alhomsh, H., Kaushal, N., Al Qutob, R., Khadra, M., El-Bassel, N., & Dasgupta, A. (2022). Mental health of clinic-attending Syrian refugee women in Jordan: associations between social ecological risks factors and mental health symptoms. *BMC Women's Health*, 22(1), 4. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01584-y>
- Budhwani, H., & Hearld, K. R. (2017). Muslim Women's Experiences with Stigma, Abuse, and Depression: Results of a Sample Study Conducted in the United States. *Journal of Women's Health* (2002), 26(5), 435–441. <https://doi.org/10.1089/jwh.2016.5886>
- Consejo de la Unión Europea y del Consejo Europeo (13 de junio de 2023). *Medidas de la UE para poner fin a la violencia contra las mujeres*. Recuperado de <https://www.consilium.europa.eu/es/policias/eu-measures-end-violence-against-women/#agreements>
- DeSa, S., Gebremeskel, A. T., Omonaiye, O., & Yaya, S. (2022). Barriers and facilitators to access mental health services among refugee women in high-income countries: a systematic review. *Systematic Reviews*, 11(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s13643-022-01936-1>
- Doku, D. T., & Asante, K. O. (2015). Women's approval of domestic physical violence against wives: analysis of the Ghana demographic and health survey. *BMC Women's Health*, 15, 120. <https://doi.org/10.1186/s12905-015-0276-0>

- Feseha, G., G/mariam, A., & Gerbaba, M. (2012). Intimate partner physical violence among women in Shimelba refugee camp, northern Ethiopia. *BMC Public Health*, *12*, 125. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-125>
- Goforth, A. N., Oka, E. R., Leong, F. T., & Denis, D. J. (2014). Acculturation, acculturative stress, religiosity and psychological adjustment among Muslim Arab American adolescents. *Journal of Muslim Mental Health*, *8*(2). <http://dx.doi.org/10.3998/jmmh.10381607.0008.202>
- Gonçalves, M., & Matos, M. (2016). Prevalence of violence against immigrant women: A systematic review of the literature. *Journal of Family Violence*, *31*, 697-710. <https://doi.org/10.1007/s10896-016-9820-4>
- Gonzalez, F. R., Benuto, L. T., & Casas, J. B. (2020). Prevalence of Interpersonal Violence Among Latinas: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*, *21*(5), 977–990. <https://doi.org/10.1177/1524838018806507>
- Greene, M. C., Likindikoki, S., Rees, S., Bonz, A., Kaysen, D., Misinzo, L., Njau, T., Kiluwa, S., Turner, R., Ventevogel, P., Mbwambo, J. K. K., & Tol, W. A. (2021). Evaluation of an integrated intervention to reduce psychological distress and intimate partner violence in refugees: Results from the Nguvu cluster randomized feasibility trial. *PloS One*, *16*(6), e0252982. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0252982>
- Güngörmüş, Z., Tanrıverdi, D., & Gündoğan, T. (2015). The Effect of Religious Belief on the Mental Health Status and Suicide Probability of Women Exposed to Violence. *Journal of Religion and Health*, *54*(5), 1573–1583. <https://doi.org/10.1007/s10943-014-9877-4>
- Guruge, S., Thomson, M. S., George, U., & Chaze, F. (2015). Social support, social conflict, and immigrant women's mental health in a Canadian context: a scoping review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *22*(9), 655–667. <https://doi.org/10.1111/jpm.12216>
- Hackett, C., Connor, P., Stonawski, M., & Potančoková, M. (2017). *Europe's growing Muslim population*. Pew Research Center.
- Hawcroft, C., Hughes, R., Shaheen, A., Usta, J., Elkadi, H., Dalton, T., Ginwalla, K., & Feder, G. (2019). Prevalence and health outcomes of domestic violence amongst

clinical populations in Arab countries: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health*, 19(1), 315. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-6619-2>

Hossain, M., Pearson, R., McAlpine, A., Bacchus, L., Muuo, S. W., Muthuri, S. K., Spangaro, J., Kuper, H., Franchi, G., Pla Cordero, R., Cornish-Spencer, S., Hess, T., Bangha, M., & Izugbara, C. (2020a). Disability, violence, and mental health among Somali refugee women in a humanitarian setting. *Global mental health (Cambridge, England)*, 7, e30. <https://doi.org/10.1017/gmh.2020.23>

Hossain, M., Pearson, R. J., McAlpine, A., Bacchus, L. J., Spangaro, J., Muthuri, S., Muuo, S., Franchi, G., Hess, T., Bangha, M., & Izugbara, C. (2020b). Gender-based violence and its association with mental health among Somali women in a Kenyan refugee camp: a latent class analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 75(4), 327–334. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/jech-2020-214086>

LaFromboise, T., Coleman, H. L. K., & Gerton, J. (1993). Psychological impact of biculturalism: evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 114(3), 395–412. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.395>

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, por las que se establecen las Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. Boletín Oficial del Estado, 313, de 29 de diciembre de 2004. <https://www.boe.es/buscar/pdf/2004/BOE-A-2004-21760-consolidado.pdf>

Lucassen, J., Lucassen, L., & Manning, P. (2010). *Migration history in world history: multidisciplinary approaches*. (Vol. 3). Brill's Paperback Collection.

Macdonnell, J. A., Dastjerdi, M., Bokore, N., & Khanlou, N. (2012). Becoming resilient: promoting the mental health and well-being of immigrant women in a canadian context. *Nursing Research and Practice*, 2012, 576586. <https://doi.org/10.1155/2012/576586>

McAuliffe, M., & Triandafyllidou, A. (2021). Informe sobre las Migraciones en el Mundo 2022. *Organización Internacional para las Migraciones (OIM)*, Ginebra. ISSN, 1020-9026.

- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, L. A., & PRISMA-P Group (2015). Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4(1), 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Moyce, S. C., & Schenker, M. (2018). Migrant Workers and Their Occupational Health and Safety. *Annual Review of Public Health*, 39, 351–365. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040617-013714>
- Napolitano, F., Gualdieri, L., Santagati, G., & Angelillo, I. F. (2018). Violence Experience among Immigrants and Refugees: A Cross-Sectional Study in Italy. *BioMed Research International*, 2018, 7949483. <https://doi.org/10.1155/2018/7949483>
- Nilsson, J. E., Brown, C., Russell, E. B., & Khamphakdy-Brown, S. (2008). Acculturation, partner violence, and psychological distress in refugee women from Somalia. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(11), 1654–1663. <https://doi.org/10.1177/0886260508314310>
- ONU Inmigración [OIM]. (2014). Migración, Medio Ambiente y Cambio Climático: Datos Empíricos para la Formulación de Políticas (MECLEP). Glosario. *Derecho internacional sobre migración*, (34).
- ONU Inmigración [OIM]. (2019). Glosario de la OIM sobre Migración. *Derecho internacional sobre migración*, (34).
- Organización de las Naciones Unidas en Derechos Humanos (20 de diciembre de 1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Recuperado de <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/declaration-elimination-violence-against-women>
- Phalet, K., Fleischmann, F., & Hillekens, J. (2018). Religious identity and acculturation of immigrant minority youth. *European Psychologist*.
- Rai, A., y Choi, & J. (2018). Socio-cultural risk factors impacting domestic violence among South Asian immigrant women: A scoping review. *Aggression and Violent Behavior*, 38, 76-85. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2017.12.001>

- Rothe, E. M., Tzuang, D., & Pumariega, A. J. (2010). Acculturation, development, and adaptation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 681–696. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2010.07.002>
- Saherwala, Z., Bashir, S., & Gainer, D. (2021). Providing Culturally Competent Mental Health Care for Muslim Women. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 18(4-6), 33–39.
- Saunders P. (2005). Traffic violations: determining the meaning of violence in sexual trafficking versus sex work. *Journal of Interpersonal Violence*, 20(3), 343–360. <https://doi.org/10.1177/0886260504272509>
- Schwartz, S. J., Montgomery, M. J., & Briones, E. (2006). The role of identity in acculturation among immigrant people: Theoretical propositions, empirical questions, and applied recommendations. *Human Development*, 49(1), 1-30. <https://doi.org/10.1159/000090300>
- Singh, A., El-Bassel, N., Kaushal, N., Meinhart, M., Hartmann, J. K., Mukherjee, T., Mukherjee, T., Khadra, T., Jaber, J., Al-Qutob, R., & Dasgupta, A. (2022). Financial dependence and intimate partner violence (IPV) among married Syrian refugee women living in non-camp settings in Jordan. *Journal of Global Health Reports*, 6, e2022011. <https://doi.org/10.29392/001c.33049>
- Tinghög, P., Malm, A., Arwidson, C., Sigvardsdotter, E., Lundin, A., & Saboonchi, F. (2017). Prevalence of mental ill health, traumas and postmigration stress among refugees from Syria resettled in Sweden after 2011: a population-based survey. *BMJ Open*, 7(12), e018899. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018899>
- Vakili, M., Nadrian, H., Fathipoor, M., Boniadi, F., & Morowatisharifabad, M. A. (2010). Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Kazeroon, Islamic Republic of Iran. *Violence and Victims*, 25(1), 116–127. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.25.1.116>
- West, C. M. (2016). African immigrant women and intimate partner violence: A systematic review. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 25(1), 4-17. <http://dx.doi.org/10.1080/10926771.2016.1116479>

Whiting, P., Savović, J., Higgins, J. P., Caldwell, D. M., Reeves, B. C., Shea, B., Davies, P., Kleijnen, J., Churchill, R., & ROBIS group (2016). ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. *Journal of Clinical Epidemiology*, *69*, 225–234. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005>

World Health Organization. (2018). Violence against women prevalence estimates. *Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. Geneva: World Health Organization.

ANEXO 1

Resultados de la investigación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Nilsson et al., (2008)	E: Somalia R: EEUU	61 mujeres musulmanas migrantes somalíes. Edades comprendidas entre los 20 a 68 años (M = 37,93; dt = 12,75).	Hopkins Symptoms Checklist-21 (HSCL-21) ^a . Conflict Tactics Scale-2 (CTS-2) ^b . Entrevista destreza idioma y n°. Amigos nativos.	Regresión lineal simple y múltiple. Estudio transversal
<p>Hipótesis 1: Un mejor dominio del idioma (Inglés), un mayor tiempo de estancia en EEUU y menos amigos estadounidenses predicen experiencias de agresión psicológica de la pareja [F (3, 38) = 6,49, p < 0,001, R2 = 0,34]. A mayor dominio de habla inglesa, mayor tiempo pasado en Estados Unidos y más amigos estadounidenses predicen agresión física en la pareja [F (3, 37) = 11,13, p < 0,001, R2 = .47]. La capacidad de hablar inglés es la variable que explica la variación entre agresión psicológica y agresión física.</p> <p>Hipótesis 2:</p> <p>Mujeres que manifiestan agresión psicológica reportan que dominio del inglés, tiempo pasado en EEUU y n° de amigos estadounidenses no predicen salud mental [F (3, 29) = 1,76, p > 0,05, R2 = 15]. Si se añade agresión física, reportan [F (4, 28) = 4.21, p < .001, R2 = .38. ΔR2 = .22, ΔF (1, 28) = 9.94, p = .001] que a mayor agresión psicológica mayor probabilidad de trastorno psicológico. Menos dominio del inglés, menos tiempo pasado en los Estados Unidos y más amigos estadounidenses predijeron salud mental [F (2, 28) = 3,32, p < 0,01, R2 = 26]. Incluir agresión física explica la varianza en la salud mental más allá de la aculturación [F (4, 27) = 10,23, p = 0,001, R2 = 0,60. ΔR2 = 0,34, ΔF (1, 27) = 23,09, p = 0,001].</p>				

Tabla 1. Continuación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Hossain et al., (2020a)	E: Somalia R: Kenia	209 mujeres musulmanas migrantes somalíes. Edades comprendidas entre los 18 y 69 años.	Entrevista semiestructurada adaptada del estudio multinacional de la Organización Mundial de la Salud sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer. Serie breve del Grupo de Washington (WG-SS) de preguntas sobre discapacidad c. Evaluación del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) d. Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) e. Subescala de síntomas postraumáticos del Cuestionario de Trauma de Harvard (HTQ-PTSD) f.	Regresión logística Estudio transversal
<p>Prevalencia discapacidad y violencia:</p> <p>Mujeres que informaron de una discapacidad, los dominios con mayor frecuencia incluyen dificultades con la memoria y/o concentración (75%) y dificultades para caminar (44%). En menor medida discapacidades sensoriales, visión (9%), audición (2%), autocuidado (7%) y problemas de comunicación (1%). El 69% de mujeres con discapacidad manifiestan haber experimentado, en el último año, violencia de pareja y no de pareja física y/o sexual, en comparación con el 54% de las mujeres sin discapacidad. El 73% informó haber experimentado violencia de pareja o no de pareja física y/o sexual durante el último año. Presentar una discapacidad en cualquiera de los dominios previamente al fenómeno migratorio se asocia a una mayor frecuencia de violencia física y sexual fuera de la pareja.</p> <p>Salud mental, discapacidad y violencia de género</p> <p>Un 36% de mujeres sin discapacidad presentan niveles moderados y graves de sintomatología depresiva, un 41% de sintomatología moderada y grave de ansiedad y un 3% de síntomas de probable TEPT. (Comparación con mujeres con discapacidad; 50% sintomatología depresiva, 52% sintomatología ansiosa y un 7% de probable TEPT).</p>				

Tabla 1. Continuación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Hossain et al., (2020b)	E: Somalia R: Kenia	209 mujeres musulmanas migrantes somalíes. Edades comprendidas entre los 18 y 66 años. Estancia media en el campamento 11,5 años.	Entrevista semiestructurada adaptada del estudio multinacional de la Organización Mundial de la Salud sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer. Evaluación del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) d. Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9) e. Subescala de síntomas postraumáticos del Cuestionario de Trauma de Harvard (HTQ-PTSD) f.	Regresión lineal múltiple
<p>El 45% de la muestra tiene pareja y el 41% de las mujeres musulmanas migrantes tiene hijos. El 61% de la muestra no recibe ningún tipo de ingreso.</p> <p>Un 36% de mujeres presentan niveles moderados y graves de sintomatología depresiva, un 41% de sintomatología moderada y grave de ansiedad y un 3% de síntomas de probable TEPT.</p> <p>Durante el año previo al presente estudio, un 47% manifiesta haber sufrido violencia de género en sus 3 formas (física, emocional y sexual). Un 91% de mujeres, en el último año, sufrió violencia de género de tipo emocional, un 93% de tipo físico y un 16% de tipo sexual.</p> <p>En el último año mujer víctimas de violencia de género por su pareja presentan mayor sintomatología depresiva que aquellas que sufrieron violencia, pero no de su pareja.</p>				

Tabla 1. Continuación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Feseha et al., (2012)	E: Diferentes países, sin especificar R: Etiopía	422 mujeres, de las cuales 68 son musulmanas migrantes. Media de edad 26,2 (dt = 6,33). El 60,7% están casadas.	Adaptación de entrevista semiestructurada del estudio multinacional de la Organización Mundial de la Salud sobre la salud de la mujer y la violencia doméstica contra la mujer.	Regresión logística multivariable
<p>Las participantes musulmanas tenían dos veces más probabilidades de experimentar violencia física durante su vida en comparación con las cristianas (OR = 2,5 [IC 95%: 1,1, 5,5]), las mujeres campesinas musulmanas tenían 13 veces más probabilidades de haber experimentado violencia de género en comparación con las amas de casa (OR = 13,0 [IC 95%: 3,7, 45,5]) y las mujeres cuyas madres habían experimentado violencia de género tenían nueve veces más probabilidades de experimentar violencia física por parte de su pareja en comparación con aquellas mujeres que no tenían antecedentes de violencia de género materna (OR = 9.7[C.I: 5.2, 18.1]).</p> <p>La probabilidad de sufrir violencia física por parte de la pareja en los últimos 12 meses es mayor en mujeres musulmanas y católicas que entre las cristianas ortodoxas (OR = 2,8 [IC 95%: 1,6, 5,0]) y (OR = 2,4 [95 %C.I: 1,2, 4,5]) respectivamente.</p> <p>Probabilidad de violencia física por parte de la pareja fue mayor entre mujeres musulmanas cuya relación actual con su pareja fue “arreglada” por acuerdo de su pareja con la familia (OR = 2,0 [IC 95%: 1,3, 3,3]).</p>				

Tabla 1. Continuación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Alghamdi et al., (2022)	E: Marruecos, Iraq, Irán, Canadá, Afganistán y Kurdistán R: Canadá	8 participantes Media de edad 43 (rango 29 – 57 años) 12,5 años de media de residencia en Canadá (rango 5 – 27 años)	Cuestionario de variables sociodemográficas. Entrevista clínica. Escala <i>Hurt, Insulted, Threatened with harm, Screamed</i> (HITS) ^g .	Correlación de Pearson.
<p>Se reflejan tasas elevadas de violencia de pareja en el HITS, con una puntuación media de 16. En particular, el participante nacido en Canadá obtuvo la puntuación más baja en el HITS. Las participantes informaron de niveles severos de ansiedad, con una puntuación media en el GAD-7 de 12,6. En síntomas de depresión puntuaron moderadamente graves, con media de 14,6 y una alta probabilidad de experimentar síntomas de trastorno de estrés postraumático, con una puntuación media de 2,9 (de un total de 4).</p> <p>Variables relacionadas a la violencia de género que sufrían son factores de riesgos pre-migratorios: experiencias adversas en la infancia (guerras), historia familiar de violencia de género, dificultad en la búsqueda de ayuda ante el fenómeno de la violencia de género. Factores de riesgos post-migratorios: dificultad lingüística, falta de conexión social, valores patriarcales familiares internalizados y sexismo. Mujeres musulmanas migrantes de primera generación más afectadas por violencia de género que segunda generación (sufren de más estresores, menos apoyo, mucha espera en la búsqueda de ayuda y consecuencias más graves para la salud mental).</p>				

Tabla 1. Continuación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Barkho et al., (2011)	E: Iraq R: EEUU	23 mujeres musulmanas iraquíes (M = 43,1; dt = 9,96).	Entrevista estructurada de elaboración propia con adaptación lingüística.	Prueba no paramétrica U de Mann-Whitney Rho de Spearman Prueba Kolmorov-Smirnov
<p>Cada una de las tres escalas de violencia de género revelaron que casi todas las participantes (93%) informaron un tipo de comportamiento controlador durante su vida, el 76% informaron haber estado expuestas a comportamientos amenazantes y el 80% había sido agredida físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas.</p> <p>No asociación significativa entre las creencias personales y el comportamiento controlador (rho de Spearman = -0,2, p = 0,13), el comportamiento amenazante (rho = -0,10, p = 0,5) o el abuso físico (rho = -0,8, P = 0,5). Las correlaciones tampoco fueron significativas entre el conocimiento de las mujeres sobre sus derechos legales y su exposición al control, las amenazas y el abuso físico (rho = -0,13, P = 0,3), (rho = 0,03, P = 0,8) y (rho = -0,05, P = 0,7), respectivamente.</p> <p>41% de las mujeres manifiestan padecer síntomas somáticos.</p> <p>Correlación significativa entre los problemas respiratorios y las conductas amenazantes (P<0,01, IC = -3,4 a -0,5) y entre el dolor muscular informado y la exposición al abuso físico (P<0,002, IC = -1,8-0,4).</p> <p>La percepción de salud mostró una correlación negativa con el comportamiento amenazante (rho = -0,33, P(0,01) y la violencia física (rho = -0,35, P(0,01), mientras que correlacionó positivamente con las calificaciones de las mujeres sobre sus propios derechos legales (rho = .36, P\0,007).</p>				

Tabla 1. Continuación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Tinghög et al., (2017)	E: Siria R: Suecia	1215 mujeres musulmanas sirias	Cuestionario sociodemográfico Cuestionario de diseño propio y validado sobre eventos potencialmente traumáticos premigratorios y perimigratorios. Cuestionario de diseño propio y validado sobre estrés postmigratorio. Cuestionario de Trauma de Harvard (HTQ-PTSD) ^f . Hopkins Symptoms Checklist-21 (HSCL-21) ^a .	Regresión logística. Análisis univariado
<p>Entre los factores premigratorios identificados como estresantes destacan: separación forzosa de la familia (67,9%), pérdida de la pareja (64%), ser testigo de violencia y agresión (63%), sometimiento a tortura (31%), ser víctima de violencia física por guerrilleros (31%) y víctimas de violencia sexual. Todos y cada uno de los factores premigratorios están relacionados significativamente con todos los tipos de trastornos mentales evaluados ($P < 0.05$), aunque con mayor relación con el TEPT y menor con el bienestar subjetivo.</p> <p>La violencia sexual por parte de la pareja es un predictor significativo de ansiedad.</p> <p>Entre los factores post-migratorios identificados como estresantes destacan: extrañar la vida social de su país de origen (64%), sentimiento de tristeza por distancia e incomunicación con miembros de su familia (49,8%), sentimiento de exclusión en Suecia (20%), pobreza extrema, y conflictos familiares (10%).</p> <p>Todos los factores estresantes post-migratorios correlacionan significativamente con ansiedad, depresión, bienestar subjetivo bajo y TEPT, excepto sentimiento de tristeza por no reunirse con miembros de su familia y ansiedad. TEPT y discriminación por origen nacional.</p>				

Tabla 1. Continuación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Güngörmüş at al., (2015)	E: Siria R: Turquía	135 mujeres migrantes musulmanas sirias	Cuestionario sociodemográfico Escala de probabilidad de suicidio (SPS) ^j . Inventario breve de síntomas (BSI) ^k	Prueba t de student Prueba de chi cuadrado.
<p>Correlación significativa entre las creencias religiosas y la escala de somatización del BSI ($p < .05$).</p> <p>Aquellas mujeres musulmanas que previamente planteaban haber presentado ideación suicida mostraban un incremento sintomatológico mayor durante la dinámica de violencia que aquellas que no lo presentaron ($p < .05$).</p> <p>Mujeres musulmanas “sin creencias religiosas” correlaciona con autoevaluación negativa y hostilidad. Con fuertes creencias religiosas con baja/moderada general ideación suicida y hostilidad ($p < .05$).</p> <p>Aquellas mujeres musulmanas que expresaron haber cortado puentes con sus creencias religiosas experimentaron más problemas mentales al exponerse a la violencia que aquellas con fuertes creencias religiosas ($p < .05$), aunque también los presentan.</p>				

Tabla 1. Continuación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Napolitano et al., (2018)	E: No especificado R: Italia	587 inmigrantes totales. 271 hombres. 232 mujeres. (M = 35,3; dt = 12,7). 107 mujeres musulmanas migrantes.	Entrevista clínica estructurada adaptada y validada al idioma nativo del/la entrevistado/a.	Prueba de chi cuadrado. Análisis bivariado. Regresión logística
<p>El 6,5 % de las mujeres musulmanas participantes manifestaron ser víctimas de violencia de género por parte de su pareja.</p> <p>Haber experimentado al menos una forma de violencia (psicológica, física, económica y sexual) en los últimos 12 meses en Italia era significativamente más probable entre mujeres musulmanas ($\chi^2=5,03$; $p=0,02$), trabajadoras ($\chi^2=3,84$; $p=0,03$), las que vivían en una casa ($\chi^2=40,72$; $p<0,0001$) y las que tenían una estancia más larga en Italia ($t=-5,36$; $p<0,0001$).</p> <p>El riesgo de experimentar al menos una forma de violencia en los últimos 12 meses en Italia era más probable entre aquellas quienes llevaban mucho más tiempo en Italia (OR=1,01; IC 95%: 1,003-1,01) y menos probable en mujeres migrantes que vivían en un campo de refugiados (OR=0,29; IC 95%: 0,17-0,51) en comparación con las que vivían en una casa.</p> <p>Además, aquellas mujeres musulmanas con nivel educativo medio (OR=0,31; IC 95%: 0,12-0,83), bachillerato o superior (OR=0,31; IC 95%: 0,12-0,79), no recibido maltrato psicológico (OR=0,19; IC 95%: 0,08-0,46) habían experimentado un menor número de episodios de violencia general.</p>				

Tabla 1. Continuación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Doku y Asante (2015)	E: Sin especificar R: Ghana	1845 mujeres musulmanas migrantes.	Entrevista clínica estructurada adaptada y validada al idioma nativo del/la entrevistado/a. Cuestionario sociodemográfico.	Regresión logística uni y bivariada. Prueba de chi cuadrado.
<p>Mujeres musulmanas comparadas con mujeres cristianas justificaban la violencia física en la pareja.</p> <p>Mujeres musulmanas que estaban en los sectores pobreza extrema (OR = 3,5, IC = 2,7–4,4), pobres (OR = 2,3, IC = 1,8–2,9), medios (OR = 1,9, IC = 1,6–2,4) más probabilidades de aprobar la violencia doméstica física contra la pareja.</p> <p>Mujeres musulmanas analfabetas tenían aproximadamente 3,1 veces (OR = 3,1, IC = 2,4–3,9) más probabilidades de aprobar la violencia doméstica física contra la pareja. A medida que avanza el nivel educativo, menos probabilidad de justificación de violencia física contra la pareja.</p> <p>Mujeres musulmanas casadas justificaban en mayor medida la violencia física contra la pareja que aquellas que no estaban casadas (OR = 1.3, CI = 1.2–1.45).</p>				

Tabla 1. Continuación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Greene et al., (2021)	E:Burundi, Congo R:Tanzania	15 mujeres musulmanas migrantes. En relación de pareja los últimos 12 meses.	Cuestionario sociodemográfico. Hopkins Symptoms Checklist-21 (HSCL-21) ^a Cuestionario de Trauma de Harvard (HTQ-PTSD) ^f . Conflict Tactics Scale-2 (CTS-2) ^b . Abuse Assessment Screen	Correlación de Pearson Prueba t de student
<p>Casi todas las participantes informaron haber experimentado conductas de control y lesiones relacionadas con la violencia de pareja (hematomas, dolores, lesiones, huesos rotos o visitas al médico). La mayoría de los participantes informaron haber experimentado violencia psicológica de pareja (67,2%), violencia de pareja física (82,3%) y/o violencia sexual por parte de la pareja (95,2%).</p> <p>Las participantes mostraban cuadros de ansiedad, depresión y TEPT, por ese orden, que iban mejorando con la intervención cognitivo conductual.</p> <p>Existían diferencias significativas en el abordaje de infancias adversas que correlacionan con la violencia de pareja.</p>				

Tabla 1. Continuación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Singh et al., (2022)	Siria Jordania	313 mujeres musulmanas migrantes. (M = 35,7; dt = 9,05).	Cuestionario sociodemográfico Conflict Tactics Scale-2 (CTS-2) ^b . Evaluación habilidades con la lectura y la escritura	Prueba de chi cuadrado T de student. Regresión logística
<p>Tasa de prevalencia de violencia de género en los últimos 12 meses entre las participantes fue del 38,7%. La violencia física y la violencia sexual en los últimos 12 meses fue del 38,4 % y 8,6 % respectivamente. La mayoría de las participantes informaron cambios en la dependencia financiera de sus maridos después de la Guerra Civil Siria, asociado con una mayor probabilidad de victimización de las participantes (aOR=1.96, 95% CI=1.00-3.81; aOR: 1.99, 95% CI=1.11-3.58). La estabilidad económica parece ser un factor protector frente a la violencia de pareja por su papel desestabilizador de rol.</p> <p>El 24% de las mujeres musulmanas que informaron un aumento en la dependencia financiera de sus maridos experimentaron más violencia de pareja en comparación con aquellas cuya dependencia financiera no cambió</p>				

Tabla 1. Continuación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Brooks et al., (2022)	E: Siria R: Jordania	507 mujeres musulmanas migrantes.	Cuestionario sociodemográfico Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D). Evaluación del trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7) d.La lista de verificación del TEPT para el DSM-5 (PCL-5) m. Conflict Tactics Scale-2 (CTS-2) b. Cuestionario validado sobre estrés postmigratorio PMLD n.	Regresión múltiple. Regresión logística. Prueba de chi cuadrado.
<p>El 39,9% de mujeres musulmanas migrantes presentan una estancia de menos de 1 mes, el 29,2% menos de 1 año y el 30,9% más de 1 año. Se encuentran tasas de sintomatología depresiva del 62,92%, sintomatología ansiosa del 57,46% y sintomatología de TEPT del 66,21%.</p> <p>La sintomatología depresiva más elevada correlacionaba con mujeres con más tiempo de desplazamiento ($p = 0.007$). Mujeres musulmanas con depresión, ansiedad o TEPT eran significativamente mayores que aquellas sin problemas de salud mental; depresión ($p = 0,002$), ansiedad ($p < 0,001$) o trastorno de estrés postraumático ($p < 0,001$). Estado civil (no casada) correlaciona con sintomatología depresiva ($p = 0.044$). Tener hijos y víctima de TEPT correlaciona con mayor nivel de violencia de género ($p = 0.0434$). Aproximadamente, el 34,1% expresaron violencia de pareja durante el último año.</p> <p>Mujeres con depresión ($p < 0,001$), ansiedad ($p < 0,001$) o trastorno de estrés postraumático ($p < 0,001$) informaron violencia de pareja durante el último año respecto aquellas que no cumplían con las condiciones de salud mental. Las mujeres con depresión, ansiedad o TEPT experimentaron una mayor cantidad de factores estresantes posteriores a la migración ($p < 0,001$) que las mujeres sin una condición de salud mental, siendo pobreza (79,1%), miedo a retorno forzoso a Siria (78,9%) y preocupación por no recibir tratamiento por su condición mental (74,5%) las que en mayor medida correlacionan.</p> <p>Se encuentran 11 factores estresantes posteriores a la migración para depresión (rango: $p < 0,001$ a $p = 0,001$), 12 factores estresantes posteriores a la migración para ansiedad (rango: $p < 0,001$ a $p = 0,015$) y 14 factores estresantes posteriores a la migración para TEPT (rango: $p < 0,001$ a $p = 0,021$).</p> <p>Cada año adicional de edad se asoció significativamente con un aumento del 4% (entre 2 y 6% o 7%) en las probabilidades de ansiedad (OR 1,04, IC del 95% [1,02, 1,07]), así como un aumento del 3% o 4% (entre 1 y 6%) en las probabilidades de TEPT en el modelo no ajustado (OR 1,04, IC del 95% [1,01, 1,06]). La violencia de pareja se asoció con un aumento del 187% (entre 80 y 358%) de probabilidades de depresión (OR 2,87, IC del 95% [1,80, 4,58]), un aumento del 230% (entre 109 y 420%) de probabilidades de ansiedad (OR 3,30, IC del 95% [2,09, 5,20]) Por último, la violencia de pareja se asoció con un aumento del 436% (entre 207 y 838%) de probabilidades de sufrir trastorno de estrés postraumático (OR 5,36; IC del 95% [3,07; 9,38]).</p>				

Tabla 1. Continuación

Estudio	País emisor y receptor	Muestra	Instrumentos	Análisis
Budhwani y Hearld (2017)	E: No especificado R: EEUU	373 mujeres musulmanas migrantes. Migrantes de primera y segunda generación (43,7%). Diferencia entre corrientes musulmanas (sunní (45, 3%, chii (38,9%) e “islam general” 15,5%).	Cuestionario demográfico Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) ¹ . Escala de vigilancia aumentada (AHVS) ^ñ . Entrevista clínica abusos sexuales.	Regresión logística, análisis univariado
<p>La estigmatización correlaciona con altas puntuaciones en sintomatología depresiva (OR= 0.924, 95% CI = 0.888–0.962, p < 0.001). Además, otros factores como el nivel educativo, los ingresos económicos, víctima de abuso físico por la pareja en el pasado y exposición a abuso sexual en la pareja (OR = 0.314, 95% CI = 0.129–0.763, p < 0.05).</p> <p>Si existía abuso físico tenían el doble de probabilidades de padecer sintomatología depresiva grave en comparación con las encuestadas que no habían experimentado abuso físico (OR = 1,994, IC del 95% = 1,180–3,372, p < 0,01). De manera similar, las encuestadas que informaron haber estado expuestas a abuso sexual tenían probabilidades dos veces mayores de sufrir sintomatología depresiva grave (OR = 2,288, IC del 95 % = 1,156–4,528, p < 0,05).</p>				

Tabla 2. *Leyenda de términos*

<p>a Subescalas HSCL-21: Sentimientos generales de angustia, síntomas somáticos y dificultad de desempeño). Cada ítem se califica en una escala tipo Likert de 4 puntos (1 = nada en absoluto a 4 = extremadamente). Alfa de Cronbach = .95.</p> <p>b Subescalas CTS-2: Agresión psicológica (8 ítems; Alfa de Cronbach = .83) mide agresión verbal y conductas agresivas no verbales; y Agresión física (12 ítems; Alfa Cronbach = .90) mide abuso físico. Escala tipo Likert de 7 puntos [(0) nunca (1) una vez, (2) dos veces, (3) 3 a 5 veces, (4) 6 a 10 veces, (5) 11 a 20 veces (6) más de 20 veces].</p> <p>c Entrevista autoinformada serie breve del Grupo de Washington (WG-SS) de preguntas sobre discapacidad: se abordan seis dominios funcionales básicos: caminar, ver, oír, cognición, autocuidado y comunicación. Alfa de Cronbach = .53.</p> <p>d GAD-7: escala de ansiedad de 7 ítems utilizada para detectar el trastorno de ansiedad generalizada. Alfa de Cronbach = .77.</p> <p>e PHQ-9: escala de 9 ítems basada en los criterios de depresión del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Alfa de Cronbach = .77. (DSM-IV).</p> <p>f HTQ-PTSD : Subescala de 16 ítems derivada de los criterios de TEPT del DSM-IV. Alfa de Cronbach = .83.</p> <p>g HITS: detección de abuso físico y verbal. Consta de cuatro ítems. Los ítems se califican en una escala tipo Likert que va de 1 (nunca) a 5 (frecuentemente), con un rango total de 4 a 20. Cualquier puntuación superior a 10 se considera indicación positiva de violencia de género. Alfa de Cronbach = 0,80.</p> <p>h PC-PTSD: herramienta de detección de cuatro ítems que examina cuatro síntomas de TEPT, que incluyen: reexperimentación, entumecimiento emocional, evitación e hiperactivación. Sensibilidad (0,76–0,85) y especificidad (0,71–0,88).</p> <p>i WHO-5: se utiliza como medida global del bienestar subjetivo. Contiene cinco ítems del tipo “Me he sentido feliz y de buen humor” con alternativas de respuesta que van desde “todo el tiempo” (5) hasta “nunca” (0) en relación a las últimas 2 semanas. El valor más alto posible de esa escala es 100, ya que la puntuación total se multiplica por un factor de cuatro. Alfa de Cronbach = 0,94.</p> <p>j SPS: Autoinforme de 36 ítems que evalúa la ideación suicida a través de cuatro subescalas (desesperanza, ideación suicida, autoevaluación negativa y hostilidad) junto con una puntuación total.</p> <p>k BSI: Inventario autoinformado de 53 síntomas que evalúa aparición sintomatológica en una escala Likert de 0 a 4. Las nueve subescalas de la escala son: somatización (S), trastorno obsesivo compulsivo (TOC), sensibilidad interpersonal (IS), depresión (D), trastorno de ansiedad (AD), hostilidad (H), ansiedad fóbica (PA), Idea paranoide (PI) y psicoticismo (P).</p> <p>l CES-D: Escala Likert abreviada de 4 ítems utilizada para medir los síntomas de depresión autoinformados en mujeres en la última semana. (Traducida al árabe).</p> <p>m PCL-5: Escala autoinformada tipo Likert de 20 ítems para medir la presencia y gravedad de los síntomas del TEPT durante los últimos 30 días. Validada en árabe.</p> <p>n PMLD: Lista de verificación abreviada de 14 ítems que preguntaba una variedad de problemas posteriores a la migración relacionados con la pobreza, el desempleo, la discriminación, la separación</p>
--

de miembros de la familia y cuestiones relacionadas con los desafíos de la inmigración utilizando una escala Likert de 6 puntos.

ñ **AHVS**: mide la respuesta anticipatoria ante la discriminación. Consta de cuatro ítems para medir vigilancia intensificada (frecuencia intentan prepararse para posibles insultos de otras personas antes de salir de casa, sienten que siempre deben tener cuidado con su apariencia (para obtener un buen servicio o evitar ser acosados), observan atentamente lo que dicen o cómo lo dicen, y tratar de evitar determinadas situaciones y lugares sociales). Escala tipo Likert entre 1 = casi todos los días y 6 = nunca.