



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Resiliencia y Sintomatología Clínica en Mujeres
Víctimas de Violencia de Género

Dña. María Dolores Andreu Álvarez
2017



UNIVERSIDAD DE MURCIA

**DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD,
EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS**

**RESILIENCIA Y SINTOMATOLOGÍA
CLÍNICA EN MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DE GÉNERO**

Tesis doctoral de

María Dolores Andreu Álvarez

Dirigida por

Dr. Aurelio Olmedilla Zafra

Dr. Enrique Javier Garcés de los Fayos Ruiz

Murcia, 2017

A mi abuela, por su talento.

A mi madre, por ser la mejor persona del mundo.

A mi padre, porque hay no hay otro igual.

A mi hermano, por ser como es.

A Mario, por seguir aprendiendo juntos.

A las mujeres que sufren violencia machista, especialmente a las que han colaborado en esta investigación. A las que todavía no saben que lo son, a las que lo están descubriendo, a las que aguantan pero buscan una salida y a las que ya la han encontrado. **A todas por ser supervivientes.**

A aquellas mujeres y hombres que están despertando y empiezan a ser conscientes de que el orden de las cosas se puede cambiar. A quienes ya lo sabían y no cesan en su lucha por conseguir que la igualdad sea un derecho real y efectivo.

“*El día en que una mujer pueda amar no en su debilidad sino en su fuerza, no escapar de sí misma sino encontrarse, no humillarse, sino afirmarse, ese día el amor será para ella como para el hombre: fuente de vida y no de peligro mortal*”

SIMONE DE BEAVOIR

Agradecimientos

A Aurelio por ser mi mentor, por su amistad y por enseñarme todo lo que sé de estos menesteres. A Quique por aceptar este proyecto. A Amador, porque no hay un estadístico mejor y más divertido. A Juan Carlos, por ser tan positivo y por su inestimable colaboración documental y de diseño y maquetación.

A mis colaboradoras Marga Villanueva, Juana Fuentes, Lina Vidal, Carolina Pérez, María Inarejos, Laura Miñano, Laura Carrasco, Encarna Forca, y Julia Casales, porque sin su ayuda no habría podido desarrollar este proyecto, por su interés y por la admiración que siento por ellas.

A todas las compañeras de la Red Regional de Recursos de Atención Especializada a Mujeres Víctimas de violencia de Género de la Región de Murcia, por su motivación y su trabajo día a día, porque siempre van más allá de sus funciones y su tiempo en la lucha contra esta lacra.

A mis compañeras Inma Alcázar, Mariló Sanchez, Maite Bueno y Elena Almagro, por su apoyo constante, por su amistad, por los buenos y malos ratos, por las risas, por todo lo que me han enseñado y porque no paro de aprender de ellas.

A todas las compañeras y compañeros de la Dirección General de Mujer por su constante contribución y trabajo para ir consiguiendo avanzar paso a paso, a pesar en ocasiones de mil trabas, en la lucha por la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres.

A mis queridas amigas Chus, Rosa y Ainhoa, por darme su luz y aguantar mis constantes quejas, por su paciencia en mis ausencias y su amistad incondicional.

A D. Bowie, y otros muchos, por acompañarme en este camino.

Resumen

La violencia contra las mujeres por parte de sus parejas es uno de los peores problemas a los que se enfrenta la sociedad, y que mayores consecuencias tiene en la salud psicológica y física de las mujeres que la sufren. En las últimas décadas se ha producido un aumento considerable de investigaciones sobre violencia de género, con la finalidad de mejorar el conocimiento de las causas que la producen y de los efectos devastadores que tiene en sus víctimas. La mayor parte ellas se han centrado en evaluar la sintomatología psicológica que se deriva de ella, pero son escasos los estudios que se centran en analizar el posible efecto positivo de aquellos aspectos que pueden amortiguar sus consecuencias en la salud de las mujeres, y determinar qué variables pueden ser relevantes para amortiguar su impacto y afrontar de manera más exitosa la superación de sus consecuencias, independientemente de la gravedad y la duración de los acontecimientos vividos. Por tanto, el objetivo fundamental de esta investigación es conocer la relación entre la sintomatología clínica en mujeres víctimas de violencia de género y su relación con el maltrato sufrido, y analizar el papel de la resiliencia, y de otras variables como el apoyo social, en esa relación.

Metodología:

La muestra estuvo formada 119 mujeres atendidas en la Red Regional de Recursos de Atención Especializada a Mujeres Víctimas de Violencia de Género de la Región de Murcia, en concreto, en el Centro de Emergencia y en seis Centros de Atención Especializada (Cavis). Los instrumentos utilizados fueron un Cuestionario sociodemográfico para mujeres víctimas de violencia de género, elaborado ad hoc para la investigación, la Escala de Abuso Psicológico Sutil y Manifiesto a las Mujeres, SOPAS (Buesa y Calvete, 2011), el Inventory de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja, APCM (Mataud, Carballeira y Marrero, 2001), la Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). 2003 (Validada por Serrano et al., 2012) y el Inventory de la Personalidad, PAI (Leslie C. Morey, 2007). La recogida de información fue llevada a cabo por las psicólogas

de cada uno de los servicios en dos sesiones de intervención. El Cuestionario sociodemográfico para mujeres víctimas de violencia de género fue cumplimentado por las psicólogas como entrevista estructurada, mientras que el resto de los cuestionarios fueron cumplimentados por las propias mujeres como autoinformes.

Resultados:

En cuanto al análisis de los resultados se aporta información, en primer lugar, de las variables sociodemográficas evaluadas, de variables clínicas y aquellas relacionadas con el tratamiento, de los tipos de maltrato y de las puntuaciones en resiliencia. En segundo lugar, se muestran los datos de la relación entre la gravedad, el tiempo de maltrato sufrido y la sintomatología clínica, y entre el apoyo social y la resiliencia, y la afectación psicológica de las mujeres. Los resultados indican que, en general, el nivel de maltrato sufrido por las mujeres es alto (sutil, psicológico y físico), especialmente en el caso del maltrato sutil. En cuanto a la sintomatología clínica, las escalas que arrojan los resultados más significativos son quejas somáticas, ansiedad, depresión y estrés. El tipo de maltrato que mayor impacto tiene en su salud psicológica es el maltrato sutil, en concreto en quejas somáticas, depresión y estrés. Asimismo, se observa que los niveles de resiliencia de las mujeres evaluadas se pueden considerar bastante altos, tanto en su puntuación general, como en cada una de las dimensiones evaluadas (competencia social, tenacidad y control personal). Por otro lado, se comprueba que aquellas mujeres que tienen un mayor apoyo social presentan una menor sintomatología clínica. Por último, los resultados de los análisis realizados entre resiliencia y sintomatología clínica, indican que aquellas mujeres que obtienen mayores puntuaciones en resiliencia presentan un menor nivel de quejas somáticas, ansiedad, depresión, estrés, inestabilidad emocional e ideación suicida, así como presentan mayores puntuaciones en dominancia y afabilidad (escalas no clínicas, relacionadas con el tratamiento).

Conclusiones:

Este estudio pone de manifiesto que aquellas mujeres que cuentan con determinados recursos personales, como la resiliencia, u otros externos, como el

apoyo social, presentan un menor nivel de sintomatología clínica. Estos resultados son especialmente relevantes desde el punto de vista de la intervención con mujeres víctimas de violencia de género. Por un lado, y según los estudios sobre resiliencia, ésta es un constructo que puede ser desarrollado por cualquier persona en condiciones adversas y por lo mismo puede ser potenciado en intervenciones específicas. En cuanto al apoyo social, otras investigaciones hablan de la importancia del apoyo social para romper con la violencia y superar sus secuelas, de manera que uno de los objetivos fundamentales en el trabajo con mujeres maltratadas debe ser restablecer redes de apoyos formales e informales que favorezcan su recuperación y el afrontamiento de una nueva vida.

Abstract

Violence against women by their partners is one of the worst problems facing society, and has, by far, more consequences on the psychological and physical health of those women who suffer it. In recent decades there has been a considerable increase in research on gender violence, in order to improve awareness of the causes that cause it and the devastating effects it has on its victims. Most of them have focused on assessing the psychological symptomatology derived from it, but there are few studies that focus on analyzing the possible positive effect of those aspects that can dampen their consequences on women's health, and determine what variables can be relevant to cushion their impact and more successfully face the overcoming of the consequences, regardless of the severity and duration of the lived events. Therefore, the main objective of this research is to know the relation between clinical symptomatology in women victims of gender violence and its relation to the abuse suffered, and to analyze the role of resilience, and other variables such as social support, in that relationship.

Methodology:

The sample consisted of 119 women assisted in the Regional Network of Specialized Care Resources for Women Victims of Gender Violence in the Region of Murcia, specifically in the Emergency Center and six Specialized Care Centers (Cavis). The instruments used were a sociodemographic Questionnaire for women victims of gender violence, developed ad hoc for the research, the Subtle Psychological Abuse Scale and Manifesto for Women, SOPAS (Buesa and Calvete, 2011), the Inventory of evaluation of maltreatment to women by their partner, APCM (Mataud, Carbelleira and Marrero, 2001), the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). 2003 (Validated by Serrano et al., 2012) and the Personality Inventory, PAI (Leslie C. Morey, 2007). The collection of information was carried out by the psychologists of each of the services in two intervention sessions. The sociodemographic questionnaire for women victims of gender violence was

completed by the psychologists as a structured interview, while the rest of the questionnaires were filled out by the women themselves as self-reports.

Results:

Regarding the analysis of the results, information is provided, firstly, on the sociodemographic variables evaluated, clinical variables and those related to treatment, types of abuse and resilience scores. Secondly, data on the relation between severity, time of abuse and clinical symptomatology, and between social support and resilience, and the psychological involvement of women are shown. The results indicate that, in general, the level of mistreatment suffered by women is high (subtle, psychological and physical), especially in the case of subtle mistreatment. As for clinical symptomatology, the scales that yield the most significant results are somatic complaints, anxiety, depression and stress. The type of abuse that has the greatest impact on their psychological health is subtle mistreatment, specifically in somatic complaints, depression and stress. It is also observed that the levels of resilience of the women evaluated can be considered quite high, both in their overall score and in each of the dimensions evaluated (social competence, tenacity and personal control). On the other hand, it is verified that those women who have a greater social support present a lower clinical symptomatology. Finally, the results of the analyzes carried out between resilience and clinical symptomatology indicate that women with higher resilience scores have a lower level of somatic complaints, anxiety, depression, stress, emotional instability and suicidal ideation, as well as higher scores in dominance and affability (non-clinical scales, related to treatment).

Conclusions:

This study shows that women with certain personal resources, such as resilience, or other external resources, such as social support, have a lower level of clinical symptoms. These results are especially relevant from the point of view of intervention with women victims of gender violence. On the one hand, and according to studies on resilience, this is a construct that can be developed by anyone in adverse conditions and therefore can be enhanced in specific

interventions. As for social support, other researches speak of the importance of social support to break with violence and overcome its aftermath, so that one of the fundamental objectives in working with abused women should be to restore networks of formal and informal supports that favor their recovery and the coping of a new life.

Sumario

CAPÍTULO 1: PSICOLOGÍA Y GÉNERO.....	8
1.1. La perspectiva de género en psicología: un breve recorrido histórico	9
1.1.1. La presencia de las mujeres en la psicología	12
1.1.2. El interés por el estudio de las mujeres y del género	13
1.1.3. El reconocimiento institucional de los estudios de género	13
1.2. El género como categoría de análisis	14
1.3. La necesidad de incorporar la perspectiva de género al estudio psicológico de la violencia de género	17
1.3.1. Sesgos de género desde el modelo teórico.....	18
1.3.2. Sesgos de género en la selección de las muestras.....	20
1.3.3. Sesgos de género en la elección del diseño de la investigación	20
1.3.4. Sesgos de género en la interpretación de los resultados.....	21
1.3.5. Sesgos de género en la publicación de los resultados	21
1.4. Beneficios de la mirada de género a la investigación en psicología.....	23
CAPÍTULO 2: UNA APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO	25
2.1. La dificultad para definir la violencia de género	27
2.2. Definición de violencia de género	30
2.3. Precisiones terminológicas	34
2.4. Tipos de maltrato.....	36
2.5. El maltrato psicológico	38
2.6. La magnitud de la violencia de género.....	41
2.6.1. Estimación según los datos de las macroencuestas nacionales	44
2.6.2. Estimación según los recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de género	49
2.6.3. Estimación según los datos del sistema judicial	51
2.6.4. Estimación según los asesinatos de mujeres a manos de sus parejas.....	54

CAPÍTULO 3: MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO ...59

3.1. Factores comunes en el origen de la violencia de género	60
3.1.1. La socialización diferenciada y los mandatos de género	60
3.1.2. El amor romántico.....	64
3.1.3. Las microviolencias	66
3.1.4. La escalada de la violencia	69
3.2. Teorías que intentan explicar la violencia de género.....	71
3.2.1. Análisis de factores individuales	73
3.2.1.1. Características sociodemográficas	73
3.2.1.2. Factores personales	74
3.2.1.2.1. Características psicológicas	74
3.2.1.2.2. Psicopatología y abuso de sustancias	76
3.2.1.2.3. Experiencia previa de violencia	77
3.2.2. Modelos teóricos socioculturales sobre las causas de los malos tratos	80
3.2.3. Modelos teóricos sobre los mecanismos psicológicos en el maltrato.....	86
3.2.4. Motivos para continuar en una relación de violencia de género	93

CAPÍTULO 4: CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA99

4.1. Consecuencias de la violencia de género desde un punto de vista social.....	100
4.1.1. Triples discriminaciones.....	103
4.2. El sistema judicial	106
4.3. El impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres.....	107
4.4. Consecuencias psicológicas de la violencia de género	112
4.4.1. Ansiedad.....	116
4.4.2. Depresión.....	116
4.4.3. Trastorno de estrés postraumático.....	119
4.4.4. Trastorno de estrés postraumático complejo o DESNOS	123
4.4.5. Otras consecuencias.....	126

CAPÍTULO 5: RESILIENCIA, PERSONALIDAD Y TRAUMA.....	128
5.1. Conceptualización de la resiliencia	129
5.1.1. La evolución del concepto de resiliencia	130
5.1.2. La definición de resiliencia.....	131
5.1.3. Recursos internos y externos	132
5.1.4. El interés por el estudio de la resiliencia	133
5.2. Resiliencia y violencia de género.....	134
5.3. Personalidad y psicopatología	141
5.4. Trauma.....	145
5.4.1. La respuesta al trauma	147
5.4.2. Trauma y relaciones.....	149
CAPÍTULO 6: OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	151
6.1. Objetivo general	151
6.2. Objetivos específicos.....	151
6.3. Hipótesis.....	153
CAPÍTULO 7: MÉTODO	154
7.1. Diseño	154
7.2. Participantes.....	154
7.3. Instrumentos de evaluación.....	163
7.3.1. Evaluación de variables sociodemográficas	163
7.3.2. Evaluación del tipo de maltrato	164
7.3.3. Evaluación de sintomatología clínica	166
7.3.4. Evaluación de la resiliencia	169
7.4. Procedimiento.....	170

CAPÍTULO 8: RESULTADOS.....	176
8.1. Análisis de fiabilidad del SOPAS, APCM y CD-RISC	176
8.2. Análisis de datos sociodemográficos	177
8.2.1. Situación actual de convivencia con el agresor	177
8.2.2. Inicio del maltrato	178
8.2.3. Tiempo sufriendo maltrato	180
8.2.4. Edad de comienzo de la relación	183
8.2.5. Otras relaciones de maltrato	184
8.2.6. Antecedentes familiares de maltrato	185
8.2.7. Percepción de riesgo	188
8.2.8. Importancia del apoyo social, profesional y familiar	188
8.2.9. Aspectos referidos a la salud física y psicológica	189
8.2.10. Resolución judicial en vigor	193
8.3. Análisis de sintomatología clínica y variables relacionadas con el tratamiento	194
8.3.1. Análisis de escalas clínicas	195
8.3.2. Análisis de escalas relacionadas con el tratamiento.....	205
8.4. Análisis de datos del tipo de maltrato.....	214
8.4.1. Análisis del maltrato sutil.....	215
8.4.2. Análisis del maltrato psicológico y físico	215
8.4.3. Análisis las dimensiones del maltrato psicológico y físico	216
8.4.4. Correlaciones entre tipos de maltrato: sutil, general, psicológico y físico	216
8.4.5. Análisis de la relación entre sintomatología clínica y tipo de maltrato.....	218
8.4.6. Análisis de la relación entre tipo de maltrato y variables sociodemográficas	
220	
8.4.6.1. Edad, nivel formativo y situación laboral.....	220
8.4.6.2. Inicio del maltrato, tiempo sufriendo maltrato, edad de comienzo de la relación, percepción de riesgo, importancia de apoyo social y otras relaciones previas de maltrato	221
8.4.6.3. Independencia económica, hijos e interposición de la denuncia	221

8.4.7. Análisis de relaciones entre sintomatología clínica y variables sociodemográficas.....	223
8.4.7.1. Edad de inicio de la relación, años sufriendo maltrato e inicio del maltrato	223
8.4.7.2. Existencia de relaciones previas de maltrato	223
8.4.7.3. Haber sufrido o presenciado maltrato en la infancia	223
8.4.7.4. Haber sufrido abuso sexual	224
8.4.8. Análisis de la relación entre sintomatología clínica, variables relacionadas con el tratamiento y falta de apoyo social	224
8.5. Análisis de las puntuaciones en resiliencia	226
8.5.1. Análisis de las dimensiones de control personal, tenacidad y competencia social	226
8.5.2. Análisis de las correlaciones entre resiliencia y sus dimensiones: control personal, tenacidad y competencia social	227
8.5.3. Análisis de correlaciones de resiliencia y análisis de diferencias entre medias	
8.5.3.1. Análisis de la relación entre tipos de maltrato (sutil, psicológico, físico) y resiliencia.....	228
8.5.3.2. Análisis de la relación entre sintomatología clínica y resiliencia	229
8.5.3.2.1. Análisis de diferencias entre medias entre quejas somáticas y resiliencia	
8.5.3.2.2. Análisis de diferencias entre medias entre ansiedad y resiliencia.....	230
8.5.3.2.3. Análisis de diferencias entre medias entre TEPT y resiliencia.....	231
8.5.3.2.4. Análisis de diferencias entre medias entre depresión y resiliencia	232
8.5.3.2.5. Análisis de diferencias entre medias entre estrés y resiliencia.....	233
8.5.3.2.6. Análisis de diferencias entre medias entre hipervigilancia y resiliencia	
8.5.3.2.7. Análisis de diferencias entre medias entre inestabilidad emocional y resiliencia	234
8.5.3.2.8. Análisis de diferencias entre medias entre ideación suicida y resiliencia	
8.5.3.2.9. Análisis de diferencias entre medias entre ideación suicida y resiliencia	236
8.5.4. Análisis de resiliencia y variables sociodemográficas	238
8.5.4.1. Nivel formativo.....	238
8.5.4.2. Situación laboral	238
8.5.4.3. Independencia económica	238

8.5.4.4. Interposición de la denuncia	239
8.5.4.5. Apoyo social percibido y falta de apoyo social	240
8.5.4.6. Edad de inicio de la relación	242
8.5.4.7. Años sufriendo maltrato	242
8.5.4.8. Inicio del maltrato	242
8.5.4.9. Haber sufrido o presenciado maltrato en la infancia	242
8.5.4.10. Haber sufrido abusos sexuales en la infancia	243
8.5.4.11. Percepción de riesgo	243
8.5.5. Análisis de las relación entre resiliencia y variables relacionadas con el tratamiento	243
8.5.5.1. Dominancia	243
8.5.5.2. Afabilidad	244
8.5.5.3. Rechazo al tratamiento	245
CAPÍTULO 9: DISCUSIÓN	247
9.1. Respecto a las variables y correlaciones analizadas	247
9.1.1. Variables sociodemográficas	247
9.1.2. Variables clínicas y relacionadas con el tratamiento	251
9.1.3. Tipos de maltrato	256
9.1.4. Valoración de la resiliencia	258
9.2. Respecto a las hipótesis planteadas	260
9.2.1. Hipótesis 1	260
9.2.2. Hipótesis 2	262
9.2.3. Hipótesis 3	263
9.2.4. Hipótesis 4	264
9.2.5. Hipótesis 5	265
CAPÍTULO 10: CONCLUSIONES	267
10.1. Consideraciones para futuras investigaciones	268
BIBLIOGRAFÍA	272

ÍNDICE DE FIGURAS	337
ÍNDICE DE TABLAS	339
ANEXOS.....	343
ANEXO 1: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO	344



CAPÍTULO 1

PSICOLOGÍA Y GÉNERO

Una perspectiva o mirada de género es aquella que tiene en cuenta las diferencias y desigualdades existentes entre hombres y mujeres en cualquier ámbito. Es decir, visibiliza el modo en que género puede afectar a determinados aspectos de la vida y las oportunidades de las personas para resolver sus problemas y dificultades.

En concreto, la perspectiva psicológica de género pretende explicar la conducta humana a partir de la diversidad existente en factores biológicos, experienciales, sociales y culturales, teniendo en cuenta que el hecho de ser hombre o mujer supone uno de los marcadores básicos de esa variabilidad (Cala y Barberá, 2009).

La incorporación de la perspectiva de género al estudio del comportamiento humano surge de la necesidad de comprender como influye la socialización diferenciada de hombres y mujeres en múltiples ámbitos de la vida, como la salud, el trabajo, las relaciones personales, etc. Este tipo de análisis pone en evidencia desigualdades y debe pretender, como finalidad última, impulsar la búsqueda de estrategias que traten de revertirlas. Asimismo, tiene una dimensión política inevitable, que no puede ser reducida a meros planteamientos teóricos o técnicos, sino que requiere un posicionamiento personal firme basado en la interiorización y en el compromiso de asumir una serie de principios, valores y metas que lo distinguen respecto a otras formas de estudio, y debe tener como finalidad la



consecución de cambios sociales o, al menos, evitar seguir profundizando en las discriminaciones de género.

El énfasis en incorporar una visión de género dentro del estudio, no sólo de la psicología sino de otras ciencias de la salud, parte del reconocimiento, en primer lugar, de que un análisis que no integre esta dimensión no puede dar cuenta cabal de la realidad y, en segundo lugar, de que desde la perspectiva de la justicia social no es de ninguna manera suficiente ni coherente analizar las diferencias entre diversos grupos objetos de estudio, sin abordar paralelamente las desigualdades existentes entre hombres y mujeres (Gómez, 2002).

En el presente trabajo resulta necesario partir desde este punto de vista, porque el origen de la violencia contra las mujeres está en las diferencias que ha impuesto el sistema estructural patriarcal imperante desde el comienzo de la humanidad, en todas las sociedades y culturas, a la hora de definir que se espera de mujeres y hombres en base a una serie de estereotipos, roles y mitos preconcebidos que establecen diferentes situaciones de poder, y sitúan a las mujeres en una posición de subordinación.

1.1. La perspectiva de género en psicología: un breve recorrido histórico

A lo largo de la historia de la psicología como ciencia se encuentran numerosos ejemplos de teorías que preconizan la diferencia entre sexos, no sólo desde un punto de vista biológico, sino partiendo de las dimensiones de masculinidad y feminidad.

Durante el siglo XIX son diversos los ejemplos de teorías, supuestamente científicas, que alimentaron los mitos sobre la feminidad devaluada y la inferioridad de las mujeres (Barberá, 2006). Si hacemos un breve recorrido histórico por algunos



de los hechos que ilustran los primeros estudios que ponen de manifiesto la relevancia de las diferencias de género en la salud mental, un claro ejemplo es el estudio de la histeria, siendo uno de exponentes más claros de la visión negativa de las mujeres como objeto de estudio. La histeria era una enfermedad extraña, con síntomas incoherentes e incomprensibles y se creía una trastorno de las mujeres que se originaba en el útero, de ahí su nombre (Ellenberger, 1970). La histeria era considerada un cajón desastre en el que se incluían todos aquellos síntomas que afectaban a las mujeres y de los cuales no se tenía más conocimiento o explicación.

Tradicionalmente este trastorno ha sido abordado desde la teoría psicoanalítica, siendo Freud, en la segunda mitad del siglo XIX, uno de sus principales investigadores. Tal y como expone Herman (1992b, 1997, 2004), la histeria era un trastorno que aparecía en mujeres de clase social alta, consideradas manipuladoras y desinhibidas, que manifestaban diferente sintomatología somática cuyo origen era desconocido. En cuanto a su etiología, Freud llegó a la conclusión de que esos síntomas aparecían como respuesta a vivencias traumáticas de diversa índole, que tenían como base experiencias de abuso sufridas en la infancia. Pero dada la relevancia de estos resultados, y de las consecuencias sociales que tenían tales descubrimientos, ya que sus pacientes pertenecían a una clase privilegiada, tuvo que abandonar la defensa de esta hipótesis.

El interés de este hecho, que puede ser considerado como anecdótico, radica no sólo en la visión que tenían estos célebres investigadores sobre sus pacientes como meros objetos con un componente diabólico, si no en la realidad del maltrato hacia mujeres y niñas, incluso en los estamentos más altos de la sociedad, y en las graves en las consecuencias del mismo. Asimismo, muestra dos de las características básicas de la violencia de género: la naturalización de la violencia y del abuso en la vida de muchas mujeres, y la invisibilización de las mismas, independientemente del sufrimiento que provocara.



Históricamente, en todos los ámbitos, el acceso al conocimiento científico ha estado reservado a los hombres. Tal y como indican Bosch, Ferrer y Alzamora (2006):

En cuanto a la producción científica, sólo una minoría de trabajos más bien heterodoxos y de repercusión limitada por ser sus autoras mujeres, trataron de demostrar científicamente las diferencias entre sexos y la importancia de las influencias ambientales sobre la construcción de las diferencias. (p. 55)

Las limitaciones que han tenido las mujeres en todos los espacios públicos han afectado especialmente a su acceso a la cultura y a la ciencia. La realidad de las mujeres a lo largo de la historia ha estado circunscrita a la esfera privada, al cuidado de los otros, del hogar, a un tipo de labores que no sólo las ha alejado del conocimiento científico, si no que ha supuesto un hándicap, en ocasiones insalvable, en su desarrollo académico basado en prejuicios y discriminaciones por el hecho de ser mujeres.

En consecuencia, este hecho ha favorecido el establecimiento de un sistema de creencias hegemónico patriarcal, que ha retroalimentado las dificultades de acceso de las mujeres al mundo de la ciencia y de la cultura, y que ha sesgado el objeto de estudio para revertir esas diferencias y sus consecuencias en todos los ámbitos (Bosch et al., 2006).

La presencia de las mujeres en el ámbito académico empezó a ser visible a partir de la II Guerra Mundial, debido al necesario reconocimiento que tuvo su papel durante ese periodo, principalmente por su participación en procesos industriales y productivos, lo que llevó consigo un mayor reconocimiento social y de derechos. Pero no fue hasta la década de los setenta cuando las mujeres adquieren un papel significativo entre el alumnado de las universidades (Muñoz, 1996) y, pese a ello, la realidad era que las mujeres seguían estando excluidas tanto en docencia e investigación y se daba prioridad a los intereses masculinos.



En concreto, en el ámbito de la psicología Unger (2001) hace una propuesta de revisión histórica sobre la presencia de las mujeres, y del género como objeto de estudio, desde tres perspectivas relacionadas.

1.1.1. La presencia de las mujeres en la psicología

En primer lugar, la participación de las mujeres en la psicología ha estado presente desde finales del siglo XIX, pero como en otras disciplinas ha sido un “secreto bien guardado” (Scarborough & Furumoto, 1987). Tal y como señalan Barberá y Cala (2008), el trabajo realizado por distintas historiadoras (Furumoto, 1992; Scarborough & Furumoto, 1987; Russo & Denmark, 1987) para visibilizar el papel de las primeras mujeres psicólogas en la historia, pone de manifiesto los condicionantes sociales y las limitaciones a las que estaban sometidas, en contraste con el papel central que tuvieron los hombres.

En las últimas décadas el siglo XX, y gracias a muchos logros conseguidos por grandes luchadoras por la igualdad de oportunidades, esta situación comienza a cambiar, aunque lentamente, debido a la influencia de las corrientes feministas de los años sesenta y setenta, que fueron el principal motor de arranque de los movimientos de género. Los avances fueron notables pero todavía hoy esas diferencias siguen siendo muy importantes, no solo en la representación de las mujeres en carreras o ámbitos de conocimiento técnico, sino también en su visibilización en los puestos y cargos de mayor relevancia en las universidades.

Pero hay que resaltar que a medida que se han ido incorporando mujeres a la disciplina psicológica, sobre todo como investigadoras, se ha hecho más visible la necesidad de incorporar al estudio de la conducta humana, como objeto de tal, a las mujeres, sin la necesidad de identificar sus conductas con las de los hombres, ni considerarlas una desviación cuando aparecen diferencias respecto a las de ellos (Cala y Barberá, 2009).



1.1.2. El interés por el estudio de las mujeres y del género

Pero esta infrarrepresentación no sólo ha tenido que ver con la escasa presencia de las mujeres en diferentes ámbitos del conocimiento científico, si no con el reducido interés como objeto de estudio que han tenido todas aquellas materias, en cualquier disciplina, relacionadas con las desigualdades de género.

Desde el inicio de la psicología como ciencia, uno de sus ámbitos de mayor interés ha sido el estudio de las diferencias intersexuales frente a las semejanzas y utilizar esos resultados para demostrar la supuesta superioridad masculina (Shields, 1975). Pero a partir de los años setenta, se señala el comienzo de una nueva etapa en la que la atención comienza a centrarse en las similitudes comportamentales y en demostrar el escaso alcance estadístico de las diferencias entre mujeres y hombres (Barberá, 1998). El cuestionamiento de la visión androcéntrica sobre el que se ha construido la psicología poniendo de manifiesto los sesgos y los estereotipos que han guiado a esta disciplina, suponen un punto de inflexión en el planteamiento de sus objetos de estudio (Crawford & Marecek, 1989).

En este sentido, tal y como señala Barberá y Cala (2008), los temas sobre los que se plantea la necesidad de reflexionar son: a) el número tan desproporcionado de investigaciones en el que sólo participan hombres, b) la identificación del comportamiento de los varones como norma, y c) la definición de conceptos desde un punto de vista masculino. En general, todos aquellos aspectos que hacen referencia a la falta de atención al género como una categoría social trasversal y, por tanto, de especial interés en el estudio de la psicología.

1.1.3. El reconocimiento institucional de los estudios de género

No se puede hablar de la introducción de la perspectiva de género en psicología sin hablar de la División 35. Fue creada en 1973 dentro de la American Psychology



Association y se denominó Sociedad para la psicología de las Mujeres. Su objetivo fundamental era fomentar la presencia de las mujeres y consolidar los estudios de género dentro de la psicología. Entonces, los temas estudiados tenían que ver con cuestiones específicas de la salud de las mujeres, como la maternidad o el síndrome premenstrual, y aunque en la actualidad siguen siendo una línea muy importante de investigación, el énfasis recae en la importancia de género en las relaciones y en la construcción de su identidad y su subjetividad (Cala y Barberá, 2009).

Por suerte, el estudio de los procesos relativos a las desigualdades de género en el ámbito de la salud está en expansión y ello se demuestra en la proliferación de publicaciones, grupos de trabajo, en los que sobre todo hay mujeres, e investigaciones que tienen como objeto de estudio aspectos relacionados con las diferencias de género (Esteban, 2006).

Pero todavía hoy, aún reconociendo la importancia del análisis de las diferencias de género en las ciencias médicas y sociales, no todas las investigaciones tienen en cuenta los resultados de estudios feministas y la evolución que suponen dichas aportaciones, y o bien estos no se integran en estas ciencias, o se integran de manera anecdótica, lo que conlleva una falta de reconocimiento de la producción teórica feminista y una limitación y empobrecimiento del desarrollo del conocimiento científico (Valle, 1995).

1.2. El género como categoría de análisis

Tal y como se ha comentado, entre las aportaciones más importantes del los movimientos feministas al conocimiento científico, se encuentran la consolidación de la categoría género como herramienta de análisis para comprender los procesos de desigualdad en la salud de hombres y mujeres, y el desarrollo de un punto de vista crítico que cuestiona la tradicional y androcéntrica forma de hacer ciencia,



presentada a sí misma como objetiva y con validez universal (García, Jiménez y Martínez, 2005, 2010).

A lo largo de los ochenta, los noventa y la primera década del nuevo milenio, el estudio de la dimensión de género ha evolucionado (Barberá y Martínez, 2004), y ha sido estudiado de forma diferenciada desde tres enfoques, que coinciden temporalmente con cada una de las décadas señaladas (Stewart & McDermott, 2004). Estos modos diferenciados de estudiar el género en psicología son, en primer lugar, el análisis de las diferencias entre las mujeres y los hombres, incluyendo entre ellas el estudio de las características de masculinidad y feminidad. En segundo lugar, el análisis de la variabilidad dentro de cada uno de estos grupos, y por último, el análisis de las relaciones de poder entre hombres y mujeres y de cómo se establecen interacciones continuas entre organización social y vivencias individualizadas.

Esta última perspectiva es conocida como el *doing gender* (West & Zimmerman, 1987) y da un paso más en el estudio del género, integrando las dos anteriores. Desde esta propuesta el género se concibe como un verbo, una acción, no como un nombre (Crawford, 2006), que comprende distintos niveles de análisis: un primer nivel sociocultural, que tiene que ver con la ideología de género y se extiende a través de los estereotipos que sustentan las desigualdades entre mujeres y hombres, y que aprendemos en la familia, el colegio, el trabajo o los medios de comunicación. El segundo nivel interactivo, en el que las claves de género orientan comportamientos específicos en las interacciones sociales con mujeres y hombres, y por último, el nivel individual, en el que ambos grupos aceptan la distinción de género como parte de su autoconcepto y adoptan actitudes y comportamientos ajustados a la normativa social. Según este planteamiento, que es el que está en auge en estos momentos, el género se debe entender como algo dinámico, no estático, que se construye día a día, y que está en la base del mantenimiento de las relaciones de desigualdad entre mujeres y hombres (Cala y Barberá, 2009).



Entre otras razones, se ha tardado tiempo en asumir la importancia del género como categoría de análisis por varias razones. La primera es que muchos autores siguen teniendo una postura restrictiva a la hora de analizar la estratificación social, y siguen basándose y dando prioridad a la clase social, u otras, frente a la división social por género, cuando debiera ser una categoría transversal de la que partieran el resto de las clasificaciones o distinciones (Stolcke, 1992, 2000).

La segunda razón tiene que ver con la confusión terminológica entre “sexo” y “género”, ya que en ocasiones se suelen sustituir un término por el otro, sin tener en cuenta que el primero hace referencia a aspectos biológicos y el segundo a la construcción social que se le atribuye a los mismos. Ésta es una visión muy escueta y estática del concepto “género”, ya que, según Butler (2008), sería más adecuado definirlo como el conjunto de normas y prácticas, en permanente proceso de construcción, que regulan la identidad y asignan un modelo de heterosexualidad impuesta. Dado que ambos conceptos están indisolublemente unidos, al estar asociada a la feminidad/masculinidad a un determinado grupo sexual y a las creencias que sobre tales grupos se tienen, lo correcto sería utilizar la expresión “sistema sexo/género” (Rubin, 1974).

Por último, hay que señalar en las dificultades para reconocer el género como categoría de análisis, el hecho de que en ocasiones las aportaciones de las teorías o estudios feministas a la ciencia, puedan ser percibidas como una amenaza, en la medida en que puede poner en entredicho los modos de vida y las actitudes de los propios investigadores (Esteban, 2006).

Se puede afirmar que la perspectiva de género en psicología está evolucionando desde un planteamiento estático, basado en la dicotomía hombre-mujer, hacia consideraciones de índole más dinámica, que contemplan como influye en constructo género en la socialización y cómo éste marca las diferencias en aspectos esenciales para entender como inciden en sistemas de creencias y comportamientos que afectan a problemas tan complejos como la violencia de género.



El género en la actualidad se puede concebir como una categoría de análisis clave en la investigación científica, que partiendo del modelo conceptual del feminismo teórico resulta de especial interés para explicar la realidad en ámbitos sociales y sanitarios. Como objeto de análisis contribuye a mirar desde un nuevo prisma una determinada área de investigación, posibilitando el diseño de nuevas cuestiones y marcos de trabajo. Además, es una herramienta muy poderosa para la revisión crítica y la denuncia de las desigualdades e inequidades entre mujeres y hombres (Adán, 2006). La mirada de género pretende resaltar que un análisis de la salud que no integre esta dimensión no da cuenta de la realidad y no es coherente para enfrentar las diferencias en salud (Gómez, 2002). En definitiva, la incorporación de esta perspectiva supone el planteamiento de nuevos desafíos éticos y metodológicos que exigen una reconfiguración de la investigación en salud (World Health Organization, Division of Family and Reproductive Health, 1998). Investigar desde este planteamiento implica reconocer las diferencias y las similitudes en el estado de salud de las mujeres y los hombres, partiendo de la base de que tan erróneo es buscar la igualdad en la salud donde hay diferencias como asumir diferencias donde no existen (Esteban, 2006).

1.3. La necesidad de incorporar la perspectiva de género al estudio psicológico de la violencia de género

Tal y como se ha comentado, la psicología desde sus inicios ha estado determinada por la experiencia y la investigación de los hombres, y por ello sus resultados y conclusiones, teniendo como norma la conducta masculina, se han generalizado a la conducta femenina, sin más reflexión, desestimando las posibles contradicciones que se hayan podido encontrar en diversos estudios, excluyendo a las mujeres como objeto de estudio (Jayme, 2002). Desde posturas feministas se han criticado las efectos de la no consideración de la perspectiva de género en sus estudios, señalando que gran parte de los mismos fueron realizados con muestras no



representativas, y las consecuencias que ello tiene en la generalización de los resultados a la población general (Ferrer y Bosch, 2005).

Pese a que la propia psicología se ha considerado una ciencia neutral y objetiva, en muchas ocasiones se ha investigado utilizando muestras sesgadas, especialmente desde un punto social y sanitario, sin tener en cuenta las consecuencias que este hecho conlleva. En el estudio de la violencia de género ha sido frecuente, y sigue siéndolo, que prejuicios y mitos hayan condicionado la investigación en este ámbito, tanto desde el punto de vista de los modelos teóricos de referencia, como de los diseños e instrumentos utilizados.

Siguiendo a Ferrer y Bosch (2005), a continuación se expone un resumen de los sesgos de género más habituales en la investigación psicológica de la violencia de género.

1.3.1. Sesgos de género desde el modelo teórico

Hacen referencia al condicionamiento a causa de los estereotipos y mitos vigentes que llevan consigo que se plantea el objeto de estudio desde un punto de partida erróneo, por ejemplo, considerando que el maltratador es un enfermo mental o que el maltrato es consecuencia del consumo del alcohol y de las drogas.

En el primer caso, la evidencia empírica muestra que el porcentaje de agresores con trastornos mentales se sitúa por debajo del 10% (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998; Medina, 1994; Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994). En cuanto al alcohol o drogas como causa del maltrato, es importante tener en cuenta que el consumo puede actuar como facilitador, pero no como causa del maltrato, y por tanto, los datos aportados varían considerablemente, mostrando que entre un 25% y un 85% de los maltratadores se encuentran bajo los efectos del alcohol cuando cometan el maltrato, y que en torno al 50% de los maltratadores tienen problemas



de abuso de alcohol (Conner & Ackerley, 1994; Fagan, Stewart & Hansen, 1983; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997). Y en el caso de los drogas, los datos disponibles sugieren que la tasa de incidencia entre los hombres violentos oscila entre el 13% y el 35% (Bergman & Brismar, 1993; Gondolf, 1988; Roberts, Williams, Lawrence & Raphael, 1988). Por tanto, los datos no son consistentes, y no pueden establecerse relaciones causa-efecto en ninguno de los supuestos planteados.

Otro de los sesgos que señalan Ferrer y Bosch (2005) relacionados con prejuicios y estereotipos tiene que ver con una visión del maltrato como un problema de pareja sin tener en cuenta las diferencias de género, partiendo de la errónea base de que mujeres y hombres tienen en su relación un estatus similar independientemente de los malos tratos (Straus, 1990).

Asimismo, en ocasiones se considera que el maltrato lo comenten mujeres y hombres en igual medida. Según datos del Consejo General del Poder Judicial en 2015, se registraron un total de 129.193 denuncias por violencia de género, de las cuales 5.238 (4,05%) han sido presentadas directamente por la mujer y el resto han sido interpuestas por otros familiares y otros agentes. En cuanto al porcentaje de hombres que denuncian a sus mujeres por violencia dentro de la pareja, no hay datos, lo que sugiere que no adquieran la relevancia para que haya un registro de las mismas. En cuanto a las denuncias falsas, el Consejo General del Poder Judicial informa que este dato se sitúa por debajo del 0,001%.

Por último, otras posturas actuales bastante reaccionarias consideran la violencia de género como otro tipo más de violencia, anulando la importancia de la socialización diferenciada en estos hechos (Felson, 2002).



1.3.2. Sesgos de género en la selección de las muestras

Siguiendo a Ferrer y Bosch (2005), en cuanto la selección de las muestra en las investigaciones se han solidado utilizar mayoritariamente muestras de hombres como objetos de estudio con una marcada influencia de estereotipos y roles de género. En relación a los agresores, es frecuente que la selección se haga a través de anuncios solicitando voluntarios para participar en estudios sobre conflictos de pareja a cambio de incentivos económicos, lo que puede poner en duda la sinceridad de sus respuestas. En otras ocasiones, su utilizan muestras de agresores que participan como tales en programas de tratamiento, lo que hace preguntarse por la verdadera motivación en la participación de la investigación ya que puede ir asociada a una posible reducción de la condena.

En cuanto a las mujeres, es frecuente que sean seleccionadas exclusivamente en recursos de acogida, y la situación de éstas suele ser extrema y poco representativa de la población de mujeres víctimas de violencia de género (Echeburúa, Corral, Sarasúa y Zubizarreta, 1998).

En cualquier caso, realizar investigaciones en este ámbito es complicado, entre otras razones, porque es complicado acceder a muestras de agresores y víctimas.

1.3.3. Sesgos de género en la elección del diseño de la investigación

En relación a las características que pueden diferenciar a los maltratadores de los no maltratadores, es frecuente que las muestras de comparación sean con otras de otros colectivos que tienen otros problemas específicos (alcoholismo, drogadicción, trastornos mentales, delincuencia, etc.) y no con muestras procedentes de la población general. En un estudio comparativo realizado por Ferrer, Bosch, García, Manassero y Gili (2006) en el que analizaron 35 trabajos, sólo un 37% comparaba



maltratadores y no maltratadores, mientras que el resto (63%) eran comparados con otros grupos que tenían otras problemáticas específicas (convictos, alcohólicos, etc.).

En cuanto a los instrumentos de medida, no suelen tener en cuenta las posibles diferencias en estilos de respuesta de hombres y mujeres, y no suelen incluir todas las posibles estrategias de control que se ejercen en este tipo de violencia ni se suelen considerar sus consecuencias. Además, no tienen en cuenta su idoneidad para evaluar escaladas de conductas violentas y no toman en consideración los antecedentes ni el contexto en el que ocurren los malos tratos (Ferrer y Bosch, 2005).

1.3.4. Sesgos de género en la interpretación de los resultados

Es frecuente que la justificación de los datos se suela hacer en función de que los resultados sean acordes con la finalidad del estudio, siguiendo la tendencia de optar por aquella interpretación que mejor se ajuste al modelo de partida o a los objetivos de la investigación.

Tal y como exponen Ferrer y Bosch (2005): “los estudios realizados desde una determinada perspectiva teórica de análisis del maltrato formularán unas determinadas hipótesis, emplearán unos determinados instrumentos y, consecuentemente, tendrán más posibilidades de obtener unos resultados acorde con lo esperado” (p. 6).

1.3.5. Sesgos de género en la publicación de los resultados

En todas las investigaciones existe una clara tendencia a presentar sólo aquellos resultados que son estadísticamente significativos, y como consecuencia de ello se



pueden sobredimensionar determinadas conclusiones, lo que puede llevar a una interpretación errónea de los datos.

En resumen, la investigación psicológica de la violencia de género ha estado muy marcada por diferentes sesgos de género que han condicionado la veracidad de los resultados. Asimismo, ha sido frecuente que los estudios se hayan centrado en conocer las diferencias entre hombres y mujeres simplemente constatando datos, sin preocuparse por dar una explicación a esas diferencias y esas desigualdades y sin intentar aclarar la construcción social que subyace a las mismas (Maquieira, 2001).

Para evitar estos errores en la investigación de la violencia contra la mujer, y conseguir que los resultados obtenidos proporcionen una explicación más real del fenómeno, que contemple sus verdaderas causas, condicionantes y concusiones, Hyde (1995), propone algunas alternativas:

- Hacer previamente una revisión cuidadosa y crítica de los modelos teóricos de partida, analizando su trasfondo y la idoneidad de los mismos desde un punto de vista cualitativo y no sólo cuantitativo, desterrando estereotipos y mitos androcéntricos que desvelen verdaderas sus causas y sus mecanismos.
- Tener presente la importancia de revisar el procedimiento de selección de las muestras que garantice la representatividad de las mismas, más allá de la dificultad de acceso a las mismas.
- Valorar y cuestionar previamente los instrumentos a utilizar y no usar aquellos que incluyan sesgos.
- Llevar a cabo revisiones meta-analíticas para conocer el alcance real de las diferencias entre mujeres víctimas de violencia de género y de la población normal, así como entre maltratadores y no maltratadores.



1.4. Beneficios de la mirada de género a la investigación en psicología

Tal y como se ha comentado, en el estudio de la psicología, es fundamental tener presente lo que supone la naturalización social de las mujeres y lo que conlleva: el cuidado de familia y enfermos, la división sexual de trabajo con la restricción de igualdad de oportunidades asociada, su rol como responsables en el mantenimiento de la armonía familiar y amorosa, y por supuesto, su capacidad reproductiva. Pero, aunque los hombres salen mejor parados en este reparto, es importante tener en cuenta que su salud, física y mental, también está condicionada y se asocia a mayores conductas de riesgo, como el consumo de sustancias, formas de conducción, expresiones de violencia, etc. (Courtenay, 2000).

Esto significa, que aplicar una mirada de género en el estudio de la psicología no sólo va a beneficiar a las mujeres, sino al conjunto de la sociedad en general. En concreto, en relación a la violencia de género, cuanto mayor sea el conocimiento que se tenga del fenómeno, más cerca se estará de proponer acciones eficaces para erradicar el mismo a través de actuaciones de sensibilización y prevención que tengan un mayor impacto en las distintas esferas a las que han de dirigirse. Asimismo, se podrán desarrollar estrategias de intervención más adecuadas para la recuperación psicológica y emocional de las mujeres que sufren violencia.

En resumen, este primer capítulo ha pretendido mostrar algunas de las ventajas de aplicar una mirada feminista que integre la transversalidad de género en el estudio de la psicología. Esta postura pretende un acercamiento entre perspectivas de análisis que sirvan para buscar nuevos planteamientos e hipótesis de investigación que favorezca avanzar en aras de un mejor conocimiento, más ajustado a la realidad, en tanto que el género debe ser considerado como una categoría básica de análisis, que a su vez ayude a romper con las desigualdades sociales. Esta incorporación en el estudio de la violencia machista es una premisa fundamental, y aun así, a lo largo del capítulo se muestra que tener en cuenta las diferencias de



género no ha venido siendo lo habitual, por lo que debe ser no una recomendación, si no un compromiso.



CAPÍTULO 2

UNA APROXIMACIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género es el tipo de violencia interpersonal más frecuente y en su origen se encuentra la mayor de las desigualdades: la discriminación que vienen sufriendo las mujeres a lo largo de la historia por el mero hecho de serlo (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002). Es una forma de violencia que se produce por unas causas determinadas, persigue unos fines muy concretos y tiene unas consecuencias muy específicas sobre las mujeres que la padecen.

En la actualidad, el fenómeno de la violencia de género ha dejado de ser un problema vinculado al ámbito privado, en el que la respuesta de la sociedad era nula o escasa, y ha pasado a ser considerado como problema social en todo el mundo, debido principalmente a la magnitud del fenómeno, y a las graves consecuencias físicas y psicológicas que conlleva a quienes la padecen (Hagemann-White, 2001; Medina-Ariza & Barberet, 2003; Vives-Cases, Álvarez-Dardet y Caballero, 2003).

Entender la realidad de este fenómeno precisa conocer sus características diferenciales y los elementos que la configuran, para comprender por qué son



necesarias medidas específicas, a diferencia de otras manifestaciones violentas, y por qué la aproximación al estudio y las medidas a desarrollar han de ser globales (Lorente, 2011).

En primer lugar, la violencia de género es estructural. El término estructural remite a la existencia de un conflicto entre dos o más grupos de una sociedad, que suelen ser caracterizados en términos de género, etnia, clase social, nacionalidad, edad u otros, en el que el reparto, acceso o posibilidad de uso de los recursos es resuelto sistemáticamente a favor de algunas partes y en perjuicio de los demás, debido a mecanismos de estratificación social (Tortosa y La Parra, 2003). Esto significa que la violencia de género nace de una desigualdad social y de un déficit democrático de base patriarcal y capitalista, que históricamente ha construido el sistema sexogénero. Este sistema tradicionalmente ha asignado diferentes roles a hombres y mujeres, y los ha jerarquizado, dando más valor a unos que a otros. En concreto los papeles asignados a los hombres son asociados a posiciones de poder y de prestigio social, mientras que a las mujeres las ha situado en el mundo de los cuidados y de la subordinación, cerrándoles el paso al reconocimiento y a la vida pública.

Esta violencia se convierte en institucional cuando es tolerada o perpetrada por los poderes públicos, por acción u omisión, y no sólo cuando afecta a las víctimas directas, sino cuando impide el desarrollo productivo y desequilibra los sistemas de poder entre hombre y mujeres, y en particular cuando afecta a mujeres en condiciones de pobreza.

La violencia de género es universal porque no distingue entre clases sociales, culturas, religiones, edad, nacionalidad, etc., y las causas que la producen son las mismas en todos los países del mundo. El hecho de que en ocasiones se considere un fenómeno marginal y se asocie a determinadas características como la pobreza o la falta de educación, entre otras, tiene que ver con una serie de mitos que no tienen otra función que ocultar la realidad y la magnitud de esta lacra.



Asimismo, la violencia de género es instrumental, porque no es un fin en sí mismo, sino un instrumento de control y dominación social. Es un mecanismo de sometimiento utilizado por el grupo socialmente dominante (los varones) para conseguir la subordinación de grupo (las mujeres) (Franco, 2002, citado por Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011).

Además, la violencia de género que se ejerce en el ámbito de la pareja, tal y como expone Lorente (2011) es inmotivada, extendida y excesiva. Es inmotivada porque se produce ante cualquier situación que el agresor pueda interpretar como ofensiva, como una pérdida de privilegios, o como una insubordinación, en contra de lo que él considera que debe ser la relación establecida. Es extendida, porque no sólo afecta a la mujer a la que se dirige de forma directa, sino que también afecta a los y las menores que conviven en ese ambiente. Las estimaciones realizadas a la baja calculan que alrededor de 3,3 millones de niños/as son testigos de esta violencia física y verbal al año en nuestro país (Farnós y Sanmartín, 2005) y algunas investigaciones señalan que la coocurrencia entre el maltrato infantil y la violencia de género se da entre un 30% y un 60% de los casos evaluados (Mestre, Guil, Lopes, Salovey & Gil-Olarte, 2006). Finalmente, en cuanto a la forma de producirse, la violencia de género es excesiva porque el grado de aplicación es desproporcionalmente intenso a la supuesta causa que lo origina, si es que ésta existe, y esto es uno de los elementos clave para entender las motivaciones de las que parten los agresores y los objetivos que pretenden, pues el efecto que consiguen es aleccionar a la mujer para que asuma sus imposiciones.

2.1. La dificultad para definir la violencia de género

El proceso de comprensión de la violencia de género no ha sido fácil ni ha estado exento de prejuicios, y de hecho, existe todavía una gran resistencia social a admitir una realidad persistente y alarmante que parece tener la vocación de permanecer invisible en las sociedades de nuestros días (Maqueda, 2006).



Desde siempre, creencias y valores acerca de las mujeres y de los hombres han caracterizado una sociedad patriarcal que defiende la supremacía de los varones por naturaleza, y les confiere el derecho y la responsabilidad de dirigir la conducta de su mujer y las implicaciones que ello comporta. Tal y como indica Corsi (1992), un sistema de creencias sostenido basado en tales supuestos, tiene como consecuencias la asunción de que un hombre debe aplicar medidas que considere para controlar el comportamiento de quienes están a su cargo.

La dificultad para definir la violencia de género tiene que ver con la resistencia a comprender este tipo de violencia, sus causas y sus consecuencias, ya que conlleva cuestionar el sistema patriarcal en el que se sustenta y analizar los factores que legitiman culturalmente este tipo de violencia y sus implicaciones. La violencia contra las mujeres no es una cuestión biológica, ni doméstica, sino de género, que surge de un sistema de relaciones que postula que los hombres son superiores a las mujeres, en el que la idea de la dominación masculina está presente en la mayoría de las sociedades y se refleja en sus costumbres (Heise, Pitanguy y Germain, 1994).

A pesar de los esfuerzos realizados por instituciones públicas y numerosas organizaciones en pro de la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, muchas de las creencias arraigadas en ese sistema patriarcal siguen vigentes y suponen un grave obstáculo en el abordaje y erradicación de este tipo de violencia. De hecho, en algunos ámbitos, las políticas y acciones basadas en la equidad entre mujeres y hombres son vividas como ataques a un orden establecido y se entienden como una supuesta pérdida de privilegios, y es por ello que la respuesta sigue siendo la invisibilización y la negación del problema.

Ser capaces de reaccionar ante un fenómeno social requiere que previamente seamos capaces de verlo y de nombrarlo (Ortega, Oter y Rubiales, 2004), y la incapacidad para ver y nombrar la violencia de género se relaciona con dos procesos: la invisibilización y la naturalización (Romero, 2004).



La violencia de género es un fenómeno que ha permanecido invisible a lo largo de los siglos. La consideración de la violencia de género como un asunto privado, oculto entre los muros de la pareja y la familia, ha contribuido enormemente a su invisibilidad y a su falta de reconocimiento. Este tipo de violencia contradice la visión de las relaciones íntimas y familiares como espacios caracterizados por la seguridad, el afecto y la contención. La idealización de estas relaciones ha impedido verlas como lugares en los que se puede experimentar el miedo y la inseguridad y en que las desigualdades de poder entre sus miembros permiten el abuso sistemático (Corsi, Liliana y Sotés, 1995).

Asimismo, Bonino (2005) considera que las razones que explican esta invisibilidad tienen que ver con la restringida definición de este tipo de violencia que hoy impera en nuestra sociedad. Por un lado, porque sólo se considera como tal la física o la psicológica o sexual grave, y las otras formas de violencia, psicológicas, ambientales o económicas, que son las más frecuentes, al no estar en esa definición no son reconocidas como violencia o son percibidas como banales o normales. La otra razón que plantea este autor, tiene que ver con la disculpa social y la desresponsabilización de los hombres que maltratan a sus parejas.

Todavía hoy, y con bastante frecuencia, cuando se visibiliza la violencia de género se asocia a la pobreza y a la exclusión, o se centra en las manifestaciones más intensas o graves en su resultado. En la actualidad persisten muchos mitos sobre la violencia de género, que se sustentan en falsas creencias sobre la verdadera naturaleza del problema y que no hacen más que desviar la atención de las personas que los asumen. Estos mitos desresponsabilizan al maltratador en base a determinadas excusas como los trastornos mentales, el consumo de drogas y alcohol, la marginalidad, la falta de educación, las situaciones de crisis, etc., y responsabilizan a las víctimas por aguantar, provocar e incluso por motivaciones masoquistas.

En cuanto al proceso de naturalización de la violencia, se produce por medio de la coerción y el castigo o comportamientos de subordinación entramados en la



cotidianidad como formas “naturales” de organización de la vida diaria, según los cuales, los propios protagonistas no tienen conciencia, o si la tienen, le otorgan consenso precisamente porque son “naturales” (D’Addario, 2008). El abuso que ejerce un agresor sobre su pareja, lo hace de forma insidiosa, indetectable, con primeros incidentes de baja intensidad, que no pueden codificarse como violentos por “normales” y por aislados, de manera que una gran parte de la violencia que sufren estas mujeres queda invisible para todos, incluso para quienes la padecen (Romero, 2004) . Por tanto, la naturalización va unida a la invisibilización, debido a que la normalización de los actos de abuso y control que van ejerciendo los agresores sobre sus parejas, en una escalada en la que al principio son casi imperceptibles, se convierten por un proceso de habituación en naturales, y por tanto en normalizados e invisibles.

2.2. Definición de violencia de género

Existe un acuerdo amplio en conceptualizar este tipo de violencia como un problema social, una violación de derechos humanos y un problema de salud pública. El uso de la expresión “violencia de género” es tan reciente como el propio reconocimiento de la realidad del maltrato a las mujeres. Es significativo que hasta muy avanzado el siglo pasado no se encuentre ninguna referencia precisa a esa forma específica de violencia en los textos internacionales, salvo acaso como expresión indeterminada de una de las formas de discriminación contra la mujer prescrita por la Convención de Naciones Unidas de 1979 (Maqueda, 2006). En los años 90, la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1993), adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas, y ratificada en la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de Beijín en 1995, supone un giro fundamental en el reconocimiento y la visibilización de este problema a nivel internacional. Esta declaración reconoce que el origen de este tipo de violencia una situación de discriminación intemporal que tiene su origen en una estructura social de naturaleza patriarcal:



(...) constituye una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, que han conducido a la dominación de la mujer y a la discriminación en su contra por parte del hombre e impedido el adelanto pleno de la mujer, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales fundamentales por los que se fuerza a la mujer a una situación de subordinación respecto del hombre, (...). (pp. 1-2)

Asimismo, esta Declaración proporcionó la definición más extendida y universal de este fenómeno:

(...) todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o sicológico 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. (p. 2)

Y señala que esta violencia incluye:

- 1) La violencia física, sexual y sicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;
- 2) La violencia física, sexual y sicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;
- 3) La violencia física, sexual y sicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra. (pp. 2-3)



La Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer supuso un hito en la consideración del problema, y su trascendencia resulta fundamental por tres razones básicas (Heyzer, 2000):

- 1) En primer lugar, porque sitúa la violencia contra las mujeres como una violación de Derechos Humanos.
- 2) En segundo lugar, porque amplia el concepto de violencia contra las mujeres incluyendo tanto la violencia física, psicológica y sexual como las amenazas de sufrir violencia, tanto en al ámbito familiar, como de la comunidad o de Estado.
- 3) Y por último, porque destaca en el origen de este tipo de violencia las diferencias de género, de modo que el principal factor de riesgo para padecerla es ser mujer.

Posteriormente, la promulgación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, sin duda, es el hecho formal que mayor incidencia ha tenido en la sociedad española en la visibilización y reconocimiento del problema, tanto por las consecuencias positivas que conlleva la aplicación de la ley, como por las numerosas críticas que ha generado. Es la primera ley a nivel mundial que regula jurídicamente como una acción positiva medidas en la lucha contra la violencia de género, pero pese al avance que supone su promulgación, no está exenta de críticas de diversos sectores que se resisten a considerar que este tipo de violencia un problema de índole prioritario que requiere de una regulación legislativa específica. Más de una década después de su promulgación, todavía se discute sobre la adecuación del concepto de violencia de género, sobre si la norma es constitucional, y sobre si esta violencia debe tener un tratamiento diferenciado respecto a otras manifestaciones violentas.

En relación al contenido de la ley, inicia su exposición de motivos manifestando que:



La violencia de género no es un problema que afecte al ámbito privado. Al contrario, se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo, por ser consideradas, por sus agresores, carentes de los derechos mínimos de libertad, respeto y capacidad de decisión. (p. 42166)

Asimismo, reconoce que:

En la realidad española, las agresiones sobre las mujeres tienen una especial incidencia, existiendo hoy una mayor conciencia que en épocas anteriores sobre ésta, gracias, en buena medida, al esfuerzo realizado por las organizaciones de mujeres en su lucha contra todas las formas de violencia de género. Ya no es un «delito invisible», sino que produce un rechazo colectivo y una evidente alarma social. (p. 42166)

De esta exposición de motivos hay que resaltar dos premisas fundamentales que han supuesto un gran avance en la consideración del fenómeno, no sólo por dotarlo de entidad jurídica o por su atención como problema social, si no desde un punto de vista teórico-filosófico porque que reconoce que la génesis de la violencia de género en la desigualdad histórica entre hombres y mujeres, y sitúa a las mujeres como objeto de esta violencia por el hecho de serlo, de acuerdo con las recomendaciones de la ratificación de la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer.

En cuanto a su definición, en su artículo 1, al describir el objeto de la ley, enuncia que:

La violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de 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 o de



quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. (p. 42168)

Son muchos los esfuerzos que se están llevando en la actualidad en la sociedad española en la lucha contra la violencia de género, y muchos avances los que se están consiguiendo, pero todavía hay cierto núcleo de premisas, constitutivas de un sistema de creencias más amplio y arraigado, que supone un lastre en la erradicación de esta lacra. Aunque las medidas legales marcan un contexto y tratan de definir las reglas de comportamiento social, su capacidad para modificar conductas sociales de una dinámica tan perversa y arraigada es limitada (Aretio, 2007).

2.3. Precisiones terminológicas

Tal y como se ha comentado, no sólo la definición de este tipo de violencia sino su conceptualización es una de las cuestiones que más controversia genera, ya que la terminología es amplia y llena de matices: violencia de género, violencia doméstica, violencia machista, violencia patriarcal, violencia sexista, violencia contra las mujeres, entre otros términos. Pero pese a los diferentes matices de estas expresiones, el elemento común es que las víctimas directas siempre son las mujeres.

En relación a las dos definiciones utilizadas en el apartado anterior, es preciso matizar que en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de 1995 de Beijing, se hace referencia al concepto más amplio de este fenómeno, ya que recoge todas sus manifestaciones, entre las que se encuentran las siguientes formas: violencia sexista, violencia sexual, la violación, la violación como arma de guerra, el acoso sexual, la mutilación genital femenina, el tráfico de mujeres, la violencia económica, la violencia contra las mujeres en el ámbito familiar o



doméstico, así como otras posibles modos de violencia contra la mujer que se base en las diferencias de género.

Sin embargo, el concepto al que hace referencia la ley 1/2004, es más restringido, y alude a la violencia que se produce en el seno de la pareja, ejercida contra la mujer por su pareja o expareja sentimental, haya existido o no una situación de convivencia. Este es el concepto de violencia contra las mujeres en el que se centra el presente trabajo, por varias razones. En primer lugar, porque es el que define nuestro ordenamiento jurídico nacional, y la muestra objeto de estudio coincide con la definición dada en la ley. En segundo lugar, porque, tal y como ha sido dicho, reconoce la especificidad de este tipo de violencia y sus causas en las diferencias de género y la histórica desigualdad entre hombres y mujeres.

Pese a ser el más utilizado en nuestro país y estar definido desde un punto de vista jurídico de forma precisa, el término “violencia de género” no está libre de discusión, y actualmente sigue sin existir un consenso generalizado sobre su significado. En ocasiones se utiliza como sinónimo de violencia contra las mujeres y hace referencia a todas las manifestaciones de este tipo de violencia, no sólo a la que se produce en el ámbito de la pareja. Incluso en su uso lego a veces se interpreta como la violencia que se da en el ámbito de la pareja, de hombres a mujeres, y de mujeres a hombres, siendo esta una confusión que conlleva el peligro de omitir el origen del problema.

Por tanto, aunque se utilizará preferentemente el término de violencia de género, con la finalidad de hacer la lectura de este texto más ágil, en ocasiones, se empleará la expresión violencia contra las mujeres siempre referida a la violencia ejercida en el ámbito de una relación de pareja. Asimismo, señalar que consideramos otros términos muy adecuados, como violencia del compañero íntimo, por su claridad en cuanto al concepto que define y por ser uno de los términos más utilizados en la literatura internacional (*intimate partner violence*), y violencia machista o violencia sexista, porque indican claramente el responsable y la causa por la que ejerce la



violencia. En cualquier caso, y pese a los matices señalados estos vocablos se considerarán como sinónimos.

Por último, es preciso diferenciar la violencia de género de la violencia doméstica, ya que su confusión es la más habitual y no carece de intencionalidad. Tradicionalmente el término violencia doméstica se ha utilizado para denominar a la violencia producida dentro del espacio donde se consideraba que se ejercía, el hogar, y en el cual el agresor tenía una relación conyugal con la víctima, siendo precisamente el contrato explícito e implícito que se establecía en un matrimonio uno de los pilares que legitimaba el derecho del hombre a ejercer violencia sobre su mujer (Sanmartín, Molina y García, 2003).

La violencia doméstica hace referencia al lugar donde se ejerce, pero no aclara quién agrede, ni por qué lo hace. Al ejercerse dentro del seno familiar puede ser ejercida por cualquiera de sus miembros, sin distinción de sexo, ni edad. Por ello, es necesario aclarar que violencia de género y violencia doméstica no son sinónimos. Esta confusión invisibiliza que son las mujeres quienes sufren la violencia, la circumscribe al ámbito del hogar, y no reconoce que donde se ejerce es en contexto de una relación de pareja, negando por tanto la etiología y la realidad del fenómeno.

2.4. Tipos de maltrato

Cuando se habla de tipos de maltrato se hace referencia a las formas en que la violencia de género se ejerce. En general, se consideran tres tipos de violencia que se interrelacionan dentro de las situaciones de malos tratos: el maltrato físico, el maltrato psicológico y el maltrato sexual, cuya severidad y frecuencia varían de una situación a otra, pero cuyo objetivo común es el control de la víctima (Labrador, Paz, Luis y Fernández-Velasco, 2004). Pero en cualquier caso, los diversos tipos de



maltrato se interrelacionan entre si y en raras ocasiones aparecen de forma aislada (Dutton, 1993; Lewis et al., 2006; Rincón, 2003).

La *Guía práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja* (Garriga y Martín, 2010) define los siguientes tipos de maltrato en la relaciones de violencia de género:

- 1) **Maltrato físico.** Comprende cualquier acto no accidental que implique el uso deliberado de la fuerza, como bofetadas, golpes, palizas, empujones, heridas, fracturas o quemaduras, que provoquen o puedan provocar una lesión, daño o dolor en el cuerpo de la mujer. Las conductas de agresión más frecuentes son erosiones, escoriaciones, cortes y mordiscos. Además puede incluir la omisión de ayuda ante enfermedades o lesiones derivadas de las agresiones. La escalada de conductas agresivas puede terminar en la muerte de la mujer.
 - 2) **Maltrato sexual.** Cualquier conducta que implique un acto de naturaleza sexual realizado sin consentimiento de la mujer con violencia, intimidación, amenaza, o coacción. En cuanto a las formas de violencia sexual, pueden ser, agresiones con o sin contacto corporal, abusos sexuales no consentidos y violaciones. En definitiva, se puede identificar el maltrato sexual como aquella actuación que restringe a la mujer el libre ejercicio de su derecho a la salud sexual.
 - 3) **Maltrato psicológico.** Cualquier conducta intencionada y prolongada en el tiempo, que atenta contra la integridad psíquica y emocional de la mujer y contra su dignidad como persona, y que tiene como objetivo imponer las pautas de comportamiento que el hombre considera que debe tener su pareja. Este tipo de maltrato es más difícil de demostrar que los anteriores y, en ocasiones, la mujer no lo identifica como tal, sino como manifestaciones propias del carácter del agresor y del amor que le tiene.
- Las principales formas de maltrato psicológico son:
- a. Abuso verbal: amenazar, rebajar, insultar, ridiculizar, humillar, utilizar juegos mentales e ironías para confundir, exigir obediencia.



- b. **Abuso económico:** control abusivo de finanzas, recompensas o castigos monetarios, impedirle trabajar, hacerle pedir dinero, solicitar justificación de los gastos, darle un presupuesto límite. No pasar la pensión o hacerse cargo de gastos extraordinarios necesarios (salud, educación,...).
- c. **Aislamiento social:** control abusivo de la vida del otro, vigilar sus actos y movimientos, escuchar sus conversaciones, impedirle cultivar amistades, restringir las relaciones con familiares, etc.
- d. **Intimidación:** asustar con miradas, gestos o gritos, o silencios. Arrojar objetos o destrozar la propiedad. Mostrar armas. Cambios bruscos y desconcertantes de ánimo. Irritarse con facilidad por cosas nimias, mantener a la víctima en un estado de alerta constante.
- e. **Amenazas:** de herir, matar, suicidarse, llevarse a los niños, hacer daño a los animales domésticos, amenazar con irse o echar al otro de casa.
- f. **Desprecio y abuso emocional:** desvalorización, tratarle como inferior, tomar decisiones importantes sin consultar, utilizar a los hijos, prácticas de privilegios masculinos. Se la denigra intelectualmente, como madre, como mujer y como persona.
- g. **Negación, rechazo y culpabilización.**

En cuanto al maltrato o abuso psicológico, dada su importancia y repercusión se considera de interés dedicarle un epígrafe completo.

2.5. El maltrato psicológico

El estudio del abuso psicológico en el ámbito de la violencia de género ha recibido una menor atención que el maltrato físico (Katz & Arias, 1999; O'Leary, 1999; Pico-Alfonso et al., 2006). Este hecho se atribuye a la necesidad de ocuparse en primera instancia del grave impacto de la agresión física y a la creencia de que el



maltrato psicológico es menos grave y sus efectos menos duraderos que otras formas de violencia (O'Leary, 1999). Es decir, su propia naturaleza, la dificultad para identificarlo y su menor daño potencial en relación al maltrato físico ha llevado a minimizar su importancia.

Aunque ha recibido diversas denominaciones, como abuso emocional (NiCarthy, 1986), agresión psicológica (Murphy & O'Leary, 1989), maltrato psicológico (Tolman, 1989), abuso verbal (Evans, 1996), micromachismo (Bonino, 1995, 1998), o violencia invisible (Asensi, 2008), cuando se habla de maltrato psicológico se alude a cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que atenta contra la integridad emocional de la víctima en un proceso continuo y sistemático que tiene como finalidad producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento (McAllister, 2000; Villavicencio y Sebastián, 1999a).

Por otro lado, el estudio del maltrato psicológico no resulta sencillo, porque puede manifestarse de muchas formas, y en ocasiones se expresa de una forma sutil (Marshall, 1996). Tal y como exponen Rodríguez-Carballeria et al., (2005), la propia naturaleza del maltrato psicológico y su complejidad, dificultan establecer una definición consensuada del mismo. Asimismo, su conceptualización ha ido evolucionando y creciendo, y la dificultad para identificarlo de forma objetiva, no sólo desde el punto de vista profesional sino incluso por las propias mujeres que la padecen (Burks, 2006), hace que su definición sea una complicada tarea. Este hecho se relaciona con el umbral de detección del maltrato y de los actos de abuso, que habitualmente se encuentra situado a partir de la violencia verbal manifiesta y la violencia física, quedando el resto de formas de violencias menos explícitas o más sutiles, fuera de la consideración de maltrato.

Pero la importancia de estudiar el abuso psicológico como una forma de maltrato diferenciada está avalada por varias razones. En primer lugar, diferentes estudios epidemiológicos consideran el maltrato psicológico como el tipo de agresión de mayor incidencia en las relaciones de pareja (Blázquez, Moreno y García Baamonde, 2010; Cáceres, y Cáceres, 2006; González, Echeburúa y Corral, 2008;



Tertia & Wissing, 2005). Ya en la II Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres (Instituto de la Mujer y Sigma Dos, 2002) se señalaba que el maltrato psicológico es la forma de violencia más común, seguida del maltrato sexual, estructural, físico y económico. El hecho de que el abuso psicológico sea el más frecuente está relacionado con que éste, en sus diferentes manifestaciones, siempre precede al maltrato físico, tal y como muestran diversos estudios longitudinales (Murphy y O'Leary, 1989; Marshall, 1996; O'Leary, 1999), de igual forma que suelen coexistir (Walker, 1984; Tolman, 1989;), y puede ser un predictor importante del inicio y de la frecuencia de otras formas de maltrato (Marshall, 1996; O'Leary, 1999).

Además, el maltrato psicológico puede tener graves secuelas en la salud mental de las mujeres que lo padecen (Follingstad, Rutledge, Berg, Hause & Polek, 1990; Marshall, 1996; Arias & Pape, 1999; Street & Arias, 2001), y un impacto que puede ser incluso más negativo que el maltrato físico y/o sexual (Marshall, 1992; Sacket & Saunders, 1999; Street & Arias, 2001; Henning & Klesges, 2003; Pico-Alfonso et al., 2006; Stark, 2007). La mayoría de las mujeres que han sido maltratadas a manos de sus parejas manifiestan que la degradación, el miedo, la ridiculización y los ataques verbales como más degradantes que la violencia física experimentada (Follingstad et al., 1990; Walker, 1994; Stark, 2007). Igualmente, algunos autores encontraron que la mayoría de víctimas estudiadas juzgaban la humillación, la ridiculización y los ataques verbales como más desagradables que la violencia física experimentada (Walker, 1979; Follingstad et al., 1990; O'Leary, 1999). Asimismo, en un informe de la World Health Organization (1998) se indica que el peor aspecto de los malos tratos no es la violencia misma, sino la tortura mental y vivir con miedo. De hecho, el maltrato psicológico en el ámbito de la pareja hacia las mujeres se considera el peor tipo de abuso porque supone atacar la iniciativa, la libertad y autonomía de la persona (Stark, 2007), ya que es infligido por quienes se supone que tienen que proporcionar cuidado o protección (Burks, 2006).

Igualmente, el abuso psicológico continuado en el tiempo se relaciona con la baja autoestima de estas mujeres (Lynch & Graham-Bermann, 2000; Burks, 2006), y



genera ansiedad y depresión (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997; Hattendorf, Ottens & Lomax, 1999; Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2001). De la misma forma, este tipo de abuso ha sido vinculado a trastornos de ansiedad, en concreto al trastorno de estrés postraumático (Vitanza, Vogel y Marshall, 1995; Pico-Alfonso et al., 2006), y a sintomatología depresiva y psicosomática severa (Vitanza, Vogel & Marshall, 1995; Marshall, 1996; O'Leary, 1999; Sackett & Saunders, 1999; Calvete, Corral y Estévez, 2005; Kelly, Warner, Trahan & Miscavage, 2009).

Por tanto, la importancia de estudiar el maltrato psicológico queda justificada en base a las investigaciones realizadas, pese a que su impacto se suela subestimar en comparación con los efectos del maltrato físico.

2.6. La magnitud de la violencia de género

Las cifras de la violencia de género sólo muestran una pequeña parte del problema, pues es una realidad que sólo se conoce y registra parcialmente. Realizar estadísticas con datos fiables que estimen la verdadera magnitud de este problema entraña una gran dificultad. En primer lugar, tal y como ya se ha comentado, porque en la mayor parte de los casos el maltrato permanece oculto, y en muchas ocasiones no es identificado por las propias mujeres o detectado por profesionales. En segundo lugar, la dificultad para definir de manera operativa y consensuada este fenómeno (Krug et al., 2002; Tjaden, 2005; Walby, 2005), complica enormemente la posibilidad de recopilar datos fiables, lo que conlleva que aquellos sectores que tienen acceso a estos datos desde distintos ámbitos (sanitario, policial, judicial, de servicios especializados, etc.) obtengan y analicen la información con el sesgo propio, dificultando considerablemente la comparación de los datos.

La variedad de términos utilizados en el área ha ocasionado falta de precisión en las comparaciones entre investigaciones –ya sean de una misma disciplina o



interdisciplinarias– y dificultades para llevar a cabo estudios transculturales (American Psychological Association, 2002; Walker, 1999). En la IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, se solicitó a todos los países miembros que informaran la incidencia y prevalencia de la violencia contra las mujeres. Aunque ningún país informó de su inexistencia, tampoco reportó la ausencia de ella, si bien los datos presentados tenían grandes variaciones (Walker, 1999), de manera que se puede concluir que estas diferencias no tienen que ver tanto con las tasas de prevalencia del fenómeno en distintos momentos y sociedades, como con problemas de orden metodológico, fundamentalmente con los sesgos de las muestras utilizadas (Rincón, 2003). En relación a estos problemas metodológicos, la mayor parte de los datos sobre violencia de género son obtenidos a partir de encuestas nacionales y de los registros de las entidades y recursos que intervienen con mujeres víctimas (Johnson, 1995).

En el caso de los datos obtenidos de las propias víctimas, adquiridos en recursos de atención especializados, es muy posible que estas muestras estén compuestas por mujeres distintas a las que no solicitan ayuda, que son la gran mayoría, y generalmente, en el momento de recoger la información no conviven con el agresor (Riggs, Caufield & Street, 2000). De igual forma, es muy posible que muchas mujeres, cuando informan del maltrato vivido, tiendan a minimizarlo y no lo revelen en toda su dimensión (Jewkes & Abrahams, 2002; Watts & Zimmerman, 2002), porque viven como normal la violencia sufrida, por vergüenza o por otras razones (Tertia & Wissing, 2005).

El Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud (Krug et al., 2002) plantea que datos de diversos estudios sobre este tipo de violencia, metodológicamente bien diseñados, no son directamente comparables ya que las medidas son altamente sensibles por: a) la definición utilizada, b) criterios de selección de las participantes en el estudio (edad y situación marital), c) fuentes de las que se obtienen los datos (grandes encuestas de población versus estudios en profundidad), y d) la disponibilidad de las participantes para informar acerca de aspectos personales de sus vidas –que se relaciona con la manera en que las



preguntas son realizadas, el sexo del entrevistador, la extensión de la entrevista y el grado de privacidad de la misma– (Krug et al., 2002).

A nivel internacional, se estima que las mujeres tienen 8 veces más probabilidad que los hombres de ser agredidas por su pareja (Greenfield et al., 1998; Koss, 2000). Según el Informe sobre Población Mundial 2000 de Naciones Unidas, una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido malos tratos o abusos (Varela, 2002). Por otro lado, los datos de Amnistía Internacional (2010, 2011) informan de que:

- El 70% de las mujeres asesinadas en el mundo lo son a manos de sus parejas o exparejas.
- Una de cada tres mujeres en el mundo es golpeada, obligada a mantener relaciones sexuales o sometidas a algún tipo de abuso a lo largo de su vida.
- La violencia en el ámbito familiar es la principal causa de muerte e incapacidad entre las mujeres de edades comprendidas entre los 16 y los 44 años de edad (Khan, 2004).
- En Estados Unidos el propio gobierno reconoce que la violencia a manos de parejas o exparejas es la mayor amenaza para todas las mujeres, más que las violaciones, los atracos o los accidentes de tráfico.

Según datos del Informe Mundial sobre Violencia y Salud de la Organización Mundial de la Salud (Krug et al., 2002), las cifras recogidas en una revisión llevada a cabo en diferentes países entre los años 1982 y 1999, indican que entre un 10% y un 69% de las mujeres entrevistadas informaba haber sufrido maltrato físico por su pareja en algún momento de su vida, y entre un 1.3 y un 52% en el último año. Un estudio posterior, llevado a cabo para la OMS en 10 países –la mayoría en vías de desarrollo-, reveló que entre el 15% y el 71% de las mujeres había sufrido violencia física, sexual o ambas por parte de su pareja en algún momento de su vida, y respecto a la violencia psicológica la prevalencia se situó entre el 20% y el 75% (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 2005). En ambos estudios se encontró que entre el 3% y el 54% de las mujeres entrevistadas sufrió violencia



física, sexual o ambas durante el año anterior (Heise & García-Moreno, 2002; García-Moreno et al., 2005).

Según el III Informe Internacional: violencia contra la mujer en las relaciones de pareja (Sanmartín, Iborra, García y Martínez, 2010), del Centro Reina Sofía, España es un país que ocupa uno de los lugares más bajos en el ranking internacional sobre violencia en general y sobre violencia contra la mujer en particular. Redondeando las cifras, anualmente siete mujeres por cada millón de mujeres han sido asesinadas en España entre 2000 y 2006. En Europa, casi el doble; en América, cinco veces más. Eso por lo que respecta a muertes violentas de mujeres en general. En relación a la violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico y en la pareja, en España, anualmente cuatro mujeres por cada millón de mujeres han muerto de forma violenta en entre 2000 y 2006; en Europa han muerto seis y, en América, siete.

En España, el número de publicaciones que analizan la magnitud del problema o sus consecuencias sobre la salud ha sido escasa hasta no hace mucho, en comparación con otros países (Ruiz Pérez et al., 2010). Dado que en nuestro país existen diversas fuentes que informan de la magnitud de este problema, dependiendo del ámbito donde se recoja la información y de los objetivos que persiga, tal y como se indica al inicio de este apartado, con la finalidad de ofrecer una visión lo más completa posible de la incidencia la violencia de género en la población femenina española, a continuación se ofrecen datos de los últimos años, obtenidos de fuentes diferentes.

2.6.1. Estimación según los datos de las macroencuestas nacionales

El referente más utilizado por las personas expertas para valorar la magnitud de la violencia contra la mujer, lo constituyen las macroencuestas promovidas en cinco



ocasiones (1999, 2002, 2006, 2011 y 2015) por el Instituto de la Mujer del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que tienen como finalidad dimensionar este fenómeno en nuestro país. A grandes rasgos, estas encuestas persiguen: a) cuantificar los actos violentos contra las mujeres en el ámbito doméstico; b) conocer las características sociales y personales de las mujeres maltratadas; y c) determinar las secuelas físicas y psicológicas del maltrato. Estas encuestas se dirigen a la población femenina mayor de 18 años residente en España a la hora de hacer el estudio.

En la I Macroencuesta sobre violencia contra las mujeres, realizada en 1999, se entrevistaron a 20.552 mujeres (Instituto de la Mujer y Sigma Dos, 2000). En la II y III, realizadas en los años 2002 y 2006, se consultaron a 20.652 y 32.426 mujeres, respectivamente (Instituto de la Mujer y Sigma Dos, 2002, 2006). Estas encuestas se realizaron telefónicamente, a diferencia de la IV Macroencuesta, llevada a cabo en 2011, que se realizó mediante entrevista presencial, lo que explica que el número de la muestra sea menor y la diferencia en algunos de los resultados (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2012a, b).

En cuanto a los criterios utilizados, para la clasificación de las mujeres en relación al maltrato, de distinguen dos tipos:

- **Tipo A “Técnico”:** Mujeres que, aunque no se consideren a sí mismas como maltratadas, responden que son víctimas de determinados comportamientos, considerados como indicativos de cierto grado de violencia, por las personas expertas.
- **Tipo B “Declarado”:** Mujeres que se autoclasifican como maltratadas.

En la Tabla 1 se indica el porcentaje de mujeres consideradas como técnicamente maltratadas y autoclasificadas como maltratadas en el último año, según las Macroencuestas de 1999, 2002 y 2006 (Instituto de la Mujer y Sigma Dos, 2000, 2002, 2006):



Tabla 1

Porcentaje de mujeres consideradas como técnicamente maltratadas y autoclasificadas como maltratadas

CRITERIO	1999	2002	2006
Tipo A TÉCNICO	12,4%	11,1%	9,6%
Tipo B DECLARADO	4,2%	4,0%	3,6%

En relación a la IV Macroencuesta, el resumen de datos que ofrece el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en el momento de realizar este trabajo, no presenta los datos según los criterios con que se han comparado las anteriores macrocencuestas.

En concreto, algunos de los resultados de la Macroencuesta 2011 muestran que (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2012a, b):

- El porcentaje de mujeres que señaló haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida ha sido del 10,9% del total de entrevistadas, lo que equivale a más de 2.150.000 mujeres.
- De ellas, estarían en la actualidad en situación de maltrato casi 600.000 mujeres (el 3,0% del total de entrevistadas) y habrían salido de esa situación más de un 1.560.000 (el 7,9% del total de encuestadas).

Respecto a las Macroencuestas anteriores, los datos reflejan un aumento muy importante de la proporción de mujeres que declaraban en 2011 haber sufrido malos tratos alguna vez en la vida (10,9%, como se ha indicado) frente a los años 2006 (6,3%), 2002 (6,2%) y a 1999 (5,1%), diferencia que puede ser debida a un mayor conocimiento y una mayor conciencia social, por parte de las mujeres, de qué es y cómo se manifiesta la violencia de género.

Otro dato significativo, es que la proporción de mujeres que ha logrado salir de la situación de violencia de género ha ido aumentando de forma significativa desde 1999, pasando de un 2,9% del total de las entrevistadas en ese año a un 4,2% en 2006. En la Macroencuesta de 2011, el porcentaje es del 7,9%. Mientras que, en



2006, dos de cada tres mujeres habrían dejado de ser víctimas de violencia de género (por haber sufrido ese tipo de maltrato alguna vez en la vida, pero no en el último año), la proporción de las que han salido de la violencia en 2011 es casi de tres mujeres de cada cuatro: el 72,5% de las encuestadas que declararon en 2011 haber sufrido violencia de género alguna vez en la vida, no lo sufrieron en el último año (Instituto de la Mujer y Sigma Dos, 2000, 2002, 2006; Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2012a, b). Estos datos pueden interpretarse de manera positiva, ya que el hecho de que cada vez más mujeres sean capaces de salir de las situaciones de violencia en las que han estado inmersas, puede estar relacionado con que en la actualidad existen muchos más recursos específicos, legislativos y de atención, para asistir a mujeres maltratadas y ayudarlas a romper con esa situación. De igual manera, tal y como ya se ha argumentado, en los últimos años se ha avanzado enormemente hacia una mayor sensibilización de la sociedad en contra de esta lacra, hay mucha más información, y muchas mujeres que antes no se reconocían como víctimas, ahora son capaces de identificarse como tales.

La Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2015 (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015a, b) es la última realizada y ha introducido numerosas mejoras con respecto a las anteriores. En primer lugar, se ha adaptado y ampliado el cuestionario con el objetivo de cumplir con los requerimientos recomendados por el Comité de Estadística de las Naciones Unidas y por la Agencia de los Derechos Fundamentales de la UE.

La muestra utilizada ha sido de 10.171 mujeres de 16 años o más, se han realizado entrevistas presenciales y se ha ampliado en más de 2.000 mujeres con respecto a la de 2011. Además, en el nuevo cuestionario se diferencian distintos tipos de violencia y se ha incluido una pregunta de “control” para intentar recoger situaciones de violencia no reveladas.

En cuanto a los resultados obtenidos, a continuación se recogen los datos que se consideran más relevantes:



Violencias sufridas en algún momento de su vida:

- Del total de mujeres de 16 años o más residentes en España, el 12.5% ha sufrido violencia física y/o sexual de sus parejas o exparejas.
- El 13% de las mujeres han sentido miedo de alguna pareja o expareja.
- El 15.5% de las mujeres que participan en la encuesta afirman haber sufrido violencia física, sexual o han tenido miedo.
- Asimismo, una 25.4% de las mujeres han sufrido violencia psicológica de control, el 21.9% violencia psicológica emocional y el 10.8% violencia económica de alguna pareja o expareja.

En cuanto a la violencia sufrida en los últimos 12 meses:

- En el último año, el 2.7% de las mujeres encuestadas ha sufrido violencia física y/o sexual de sus parejas o exparejas.
- El 9.2% de las mujeres residentes en España con 16 años o más ha sufrido violencia psicológica de control, el 7.9% violencia psicológica emocional y el 2.5% violencia económica.

En relación a la violencia sufrida a manos de su pareja actual, señalar que el 71.6% de las entrevistadas tenían pareja en el momento de realizar la encuesta, y que los resultados obtenidos son los siguientes:

- Del total de las mujeres entrevistadas, el 2.9% ha sufrido violencia física y/o sexual en algún momento de la relación y el 1.9% en los últimos doce meses.
- El 2.9% ha tenido miedo de su pareja actual en algún momento de la relación.
- En cuanto a la violencia psicológica, el 11.9% ha sufrido violencia psicológica de control en algún momento de la relación, el 9.3% violencia emocional y el 3.3% violencia económica. En cuanto al último año, el 9.5% de las mujeres encuestadas ha sufrido violencia psicológica de control, el 7.4% violencia emocional y el 2.3% violencia económica.



Por último, en cuanto al número de denuncias, las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado han tenido conocimiento del 26.8% de los casos entrevistados, de los cuales el 78% fueron informados por la propia víctima.

2.6.2. Estimación según los recursos de atención a mujeres víctimas de violencia de género

Para realizar una estimación de la magnitud de la violencia de género a través de los recursos a los que suelen acudir las mujeres víctimas de maltrato es preciso distinguir entre los recursos no especializados, como son los Servicios Sociales o los Servicios Sanitarios, y los recursos especializados de atención a la violencia de género.

En los Servicios Sociales de Atención Primaria es bastante frecuente la comorbilidad entre la violencia de género y/o doméstica, y otras problemáticas sociales, y la situación de violencia, si no revierte gravedad, suele ser considerada como un problema social más, no prioritario en muchos casos para las propias mujeres, aunque la investigación al respecto es escasa.

En cuanto a los Servicios Sanitarios, son un recurso privilegiado para detectar situaciones de violencia de género, debido a que prácticamente la totalidad de la población femenina acude en algún momento de su vida a alguno de ellos. Por ello, es preciso que los y las profesionales sanitarios presten atención a determinados indicadores que pueden señalar la existencia de violencia, y a las objetivables secuelas que producen sobre la salud física y mental de las mujeres que la padecen (Ortega-García at al., 2013; Wu, Huff & Bhandari, 2010; Leone et al., 2009; Blanco, Ruiz-Jarabo, García y Martín-García, 2004; Matud, 2004;), sobre todo en determinadas consultas como las de medicina de familia, u otras específicas de atención a problemas de salud de las mujeres.



En diversos estudios llevados a cabo en Centros de Atención Primaria con una amplia muestra de mujeres se puso de manifiesto que entre un 24,8 y un 32% de las mismas había sido víctima de violencia (física, psicológica y/o sexual) por la pareja alguna vez a lo largo de su vida (Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño, Río-Lozano & the Gender Violence Study Group, 2006a; Ruiz-Pérez et al., 2006b, c). Estos autores pusieron de manifiesto que el 14% de las mujeres fueron víctimas de violencia física por la pareja alguna vez a lo largo de su vida, el 31% lo fue de violencia psicológica y el 9% de violencia sexual. Otros estudios cifran que el 20% de las mujeres que acuden a los Servicios de Atención Primaria de Salud por cualquier motivo, declararon estar sufriendo malos tratos en la actualidad, y de ellas, el 23% sufre malos tratos físicos y el 77% psicológicos (Coker, Smith, Bethea, King & McKeown, 2000). Asimismo, según un estudio observacional retrospectivo, llevado a cabo con una muestra de 614 historias clínicas de Salud Mental, el 24% de las mujeres relataban de forma espontánea haber sufrido algún tipo de maltrato a lo largo de su vida (Garriga, 2009).

En el Informe de Violencia de Género de 2011, de la Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, se presentan los datos de mujeres maltratadas obtenidos en el sistema sanitario en 2011 mediante la colaboración de los profesionales que las atienden tanto a nivel primario como especializado. Estos datos tienen como soporte dos fuentes muy distintas: la historia clínica y el parte de lesiones. Según este informe, el sistema sanitario ha detectado e informado de 9.614 mujeres maltratadas en edades de 14 años y mayores en todo el territorio nacional a partir de partes de lesiones como fuente de información (tasa de 91,6 por 100.000). Por otra parte, 6.083 mujeres maltratadas en esas mismas edades han sido casos comunicados por las Comunidades Autónomas a partir de historias clínicas como fuente de información (tasa de 70 por 100.000). En el ámbito de atención primaria cualquiera que sea la fuente, casi cuadriplica por término medio la detección de casos realizada desde atención especializada, siendo las situaciones muy dispares entre Comunidades Autónomas (Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, 2013).



Según los datos presentados, en el informe citado se concluye que la incidencia real de mujeres maltratadas atendida por el sistema sanitario es difícil de valorar sin un estudio que corrija duplicidades entre fuentes y niveles asistenciales.

En cuanto a los recursos especializados de atención a mujeres víctimas de violencia de género, es difícil obtener datos a nivel general, debido a que cada Comunidad Autónoma tiene sus registros, y no existe ningún sistema a nivel nacional que facilite de manera unificada estos datos. Incluso en una misma comunidad, es difícil saber cuál es el número real de mujeres atendidas, ya que los datos que se recogen en los distintos recursos no están cruzados, y es posible que algunos casos sean contabilizados en más de un recurso a la vez.

En concreto, en la Región de Murcia, y según los datos del Servicio de Planificación y Programas de Prevención de Violencia de Género de la Dirección General de Mujer, entre el año 2012 y 2016 han acudido a la Red Regional de Centros de Atención Especializada a Mujeres Víctimas de Violencia de Género un total de 19.822, para recibir atención social, psicológica y jurídica. En ese mismo periodo un total de 496 mujeres y 534 menores han sido acogidos en un Centro de Emergencia, dispuesto para situaciones en las que las mujeres han de ser protegidas con carácter de urgencia por su elevado grado de peligrosidad. Asimismo, 10.719 mujeres han hecho uso del Dispositivo de Atención Telefónica Urgente para Mujeres Maltratadas 112.

2.6.3. Estimación según los datos del sistema judicial

Se estima que las denuncias por violencia doméstica representan sólo el 10% de las agresiones vividas, pero este dato puede servir como otro índice de referencia a propósito de este fenómeno (Walker, 1979; Dutton, 1993; Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2013).



En el territorio nacional, las cifras sobre denuncias por delitos relacionados con violencia de género tienen como fuente el Consejo General del Poder Judicial y proceden de cuestionarios facilitados por los secretarios judiciales. Los datos sobre denuncias de los últimos años informan que desde el 1 de enero de 2007 al 31 de diciembre de 2011 han llegado a los juzgados un total de 672.065 denuncias por violencia de género con la distribución anual que presenta el siguiente gráfico:

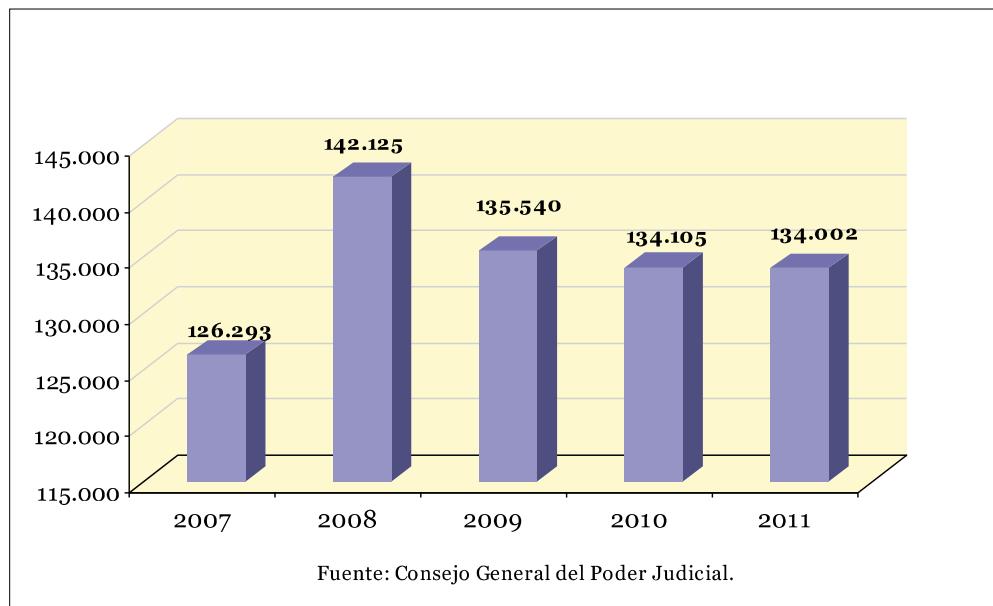


Figura 1. *Denuncias interpuestas por violencia de género por año. 2007-2011*

Si se comparan las cifras interanuales de denuncias interpuestas, se advierte un incremento del 12,5% en 2008 respecto de las habidas en 2007. A partir de ese año, la cifra de denuncias ha ido descendiendo hasta el final del período, produciéndose el mayor decrecimiento de 2008 a 2009: una caída del casi 5%. Se observa que el 2008 es, hasta el momento, el año con mayor número de denuncias por violencia de género. La interpretación de estos datos es complicada, debido a que estas variaciones dependen de múltiples factores y sin una investigación precisa sobre los mismos, resulta muy difícil establecer relaciones causales.

Probablemente, este decremento en el número de denuncias no tiene que ver tanto con el descenso del número de casos, como con otras variables contextuales. En



concreto y de manera intuitiva, uno de los factores que se pueden considerar como causantes de esta caída, es la situación de crisis que se empezó a vivir en la sociedad española a partir de 2008. Las mujeres maltratadas, en general, son especialmente vulnerables desde el punto de vista económico, ya que en la mayor parte de los casos se encuentran en situación de desempleo y dependen económicamente de sus agresores. Las consecuencias que tiene enfrentarse a un proceso judicial para ellas, las sitúa en una situación de incertidumbre sobre cómo podrán afrontar su futuro y el de sus hijos e hijas, en su caso, sin el sustento que encuentran en el agresor, y esto, unido a lo difícil que resulta enfrentarse como víctimas a la que es su pareja durante años y al desconocimiento que supone comenzar un proceso judicial, puede ser una de las razones.

Asimismo, otra de las razones puede estar relacionada con la respuesta de los juzgados a muchas de estas denuncias, ya que desde la promulgación de la Ley 1/2004, muchos jueces y juezas han endurecido los criterios para resolver de manera favorable a las víctimas, en algunos casos por cuestiones ideológicas, y en otras por falta de pruebas, y este hecho no ha pasado desapercibido para las mujeres que sufren violencia. La experiencia de los y las profesionales que trabajan en este ámbito, después de más de diez años de vigencia de la ley, es que la judicialización del problema no siempre es la respuesta más adecuada, e intentan dar otras soluciones alternativas a muchas mujeres, que no van a encontrar la respuesta que buscan en los juzgados.

En cuanto al ámbito geográfico, según comunidad autónoma, fueron los juzgados de Andalucía, seguidos de los de Madrid, los que, tal y como muestra el gráfico, año tras año y en ese orden, más denuncias recibieron. A éstos les siguen los de Cataluña y los de la Comunidad Valenciana. Las denuncias interpuestas en estas cuatro comunidades autónomas agrupan, cada año, más del 62% del total.

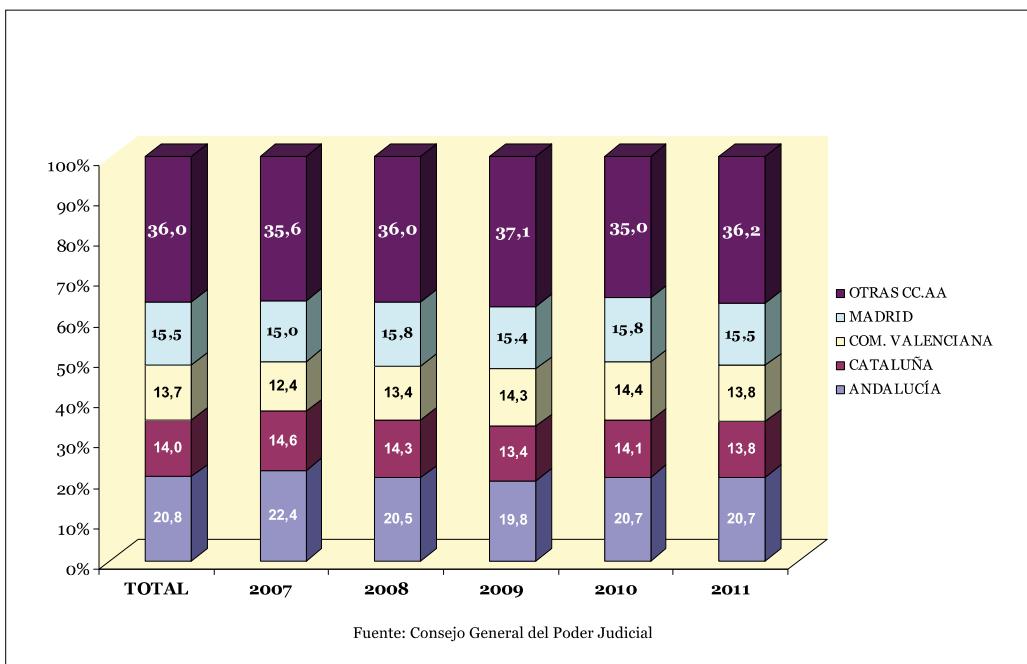


Figura 2. *Distribución porcentual de las denuncias según comunidad autónoma por año. 2007-2011*

En concreto, en la región de Murcia el número total de denuncias desde 2007 hasta 2011 es de 28.425, lo que supone un 4.2 % del total a nivel estatal.

2.6.4. Estimación según los asesinatos de mujeres a manos de sus parejas

Se estima que cada cinco días muere una mujer en nuestro país a manos de su pareja o expareja (Varela, 2005). Estos o aquellos que se cometan por razones de género son denominados feminicidios por los movimientos feministas, y el hecho de que se haya creado un neologismo para nombrarlos responde a la necesidad de destacar el origen de los mismos. La primera persona que utilizó el término “femicide” directamente vinculado a la violencia de género fue Diana Russell en 1976 ante el Primer Tribunal Internacional de Crímenes contra Mujeres, y lo definió “asesinato de mujeres realizado por hombres motivado por odio, desprecio, placer o un sentido de propiedad de la mujer”. Posteriormente, Marcela Lagarde, en 1994, explica que traduce el término “femicide” como feminicidio, porque en



castellano femicidio es homólogo a homicidio y sólo significa asesinato de mujeres (Atencio, 2011).

Las cifras que se muestran en el presente trabajo se refieren a mujeres asesinadas a manos de su pareja o expareja, en los términos del artículo 1 de la Ley 1/2004, y han sido obtenidos del portal estadístico del Ministerio de Sanidad, Asuntos Sociales e Igualdad (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015). Los datos de 2003 a 2005 proceden del Instituto de la Mujer, que se basaba en la información facilitada por los medios de comunicación. Los datos a partir de enero de 2006 proceden de la propia Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, y recogen la información facilitada por las Delegaciones y Subdelegaciones del Gobierno y, desde su creación, en 2007, de las Unidades de Coordinación y Unidades de Violencia contra la Mujer.

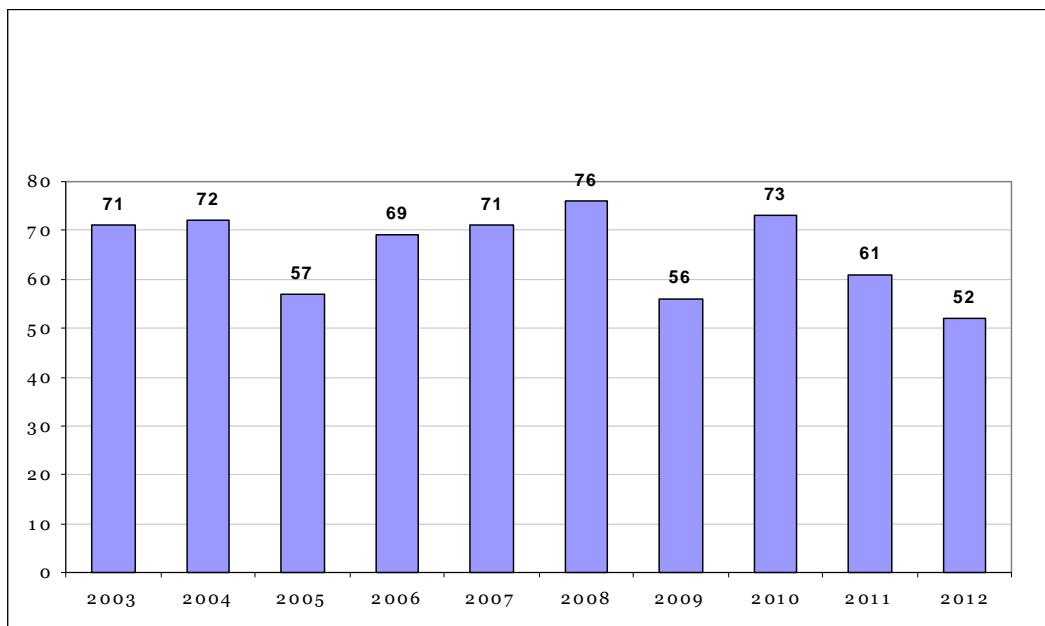


Figura 3. *Total de víctimas mortales por violencia de género. De enero de 2003 hasta diciembre de 2012*
Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género

Según los datos de mortalidad por causa, publicados por el Instituto Nacional de Estadística, desde 2003 a 2010 fueron asesinadas en España un total de 980 mujeres de 15 y más años. A partir de estos datos se calcula que la media anual fue de 122 mujeres. Según los datos de la Delegación del Gobierno para la Violencia de



Género, el 55,6% de estos asesinatos se perpetró en el ámbito de la violencia de género. En 2011, último año del que se disponen datos en relación al total de mujeres asesinadas, la muerte de mujeres como consecuencia de la violencia de género, supone un 63,5% respecto al total de ese año; cifra algo más elevada a la proporción de víctimas por violencia de la pareja o expareja respecto al total de 2009 (62,2%) (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2013). La heterogeneidad y previsible disparidad de criterios a lo largo del tiempo en los sistemas de recogida de información, así como la limitada significación estadística de las cifras de crímenes por violencia de género, obligan a utilizar con prudencia estos datos, aunque pretenden ser exhaustivos.

Por Comunidades Autónomas, el mayor número de víctimas mortales por violencia de género durante el período 2003-2011, se registra en Andalucía, Cataluña y Comunidad Valenciana. Si se comparan dichos datos con el número de mujeres de 15 y más años por comunidad autónoma, son las ciudades autónomas de Melilla y Ceuta las que tienen unas tasas más elevadas. En relación a la Región de Murcia, la tasa de mujeres asesinadas por millón entre 2003 y 2011 es de 4.5, lo que la sitúa por encima de la media nacional.



Tabla 2
Evolución de las víctimas mortales por violencia de género según comunidad autónoma. 1 de enero de 2003 a 31 de diciembre de 2011

	Total	AÑO									
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Total	606	71	72	57	69	71	76	56	73	61	
Andalucía	126	13	19	9	21	8	9	14	17	16	
Aragón	16	2	2	4	1	2	1	0	2	2	
Asturias	16	2	0	1	3	2	1	0	5	2	
Baleares	19	4	2	4	3	1	1	1	2	1	
Canarias	44	6	2	6	4	6	5	5	7	3	
Cantabria	5	1	2	0	0	2	0	0	0	0	
Castilla - La Mancha	25	2	4	2	4	5	3	1	3	1	
Castilla y León	29	4	2	4	3	3	6	1	4	2	
Cataluña	94	12	11	8	10	12	10	10	12	9	
Com. Valenciana	75	7	9	6	8	10	10	9	8	8	
Extremadura	6	1	2	0	1	0	0	1	1	0	
Galicia	28	5	2	1	0	5	7	3	2	3	
Madrid	60	5	5	4	5	9	11	5	7	9	
Murcia	23	3	4	2	3	2	4	2	1	2	
Navarra	9	1	1	2	0	1	3	0	0	1	
País Vasco	21	0	4	3	3	2	3	2	2	2	
La Rioja	6	2	1	0	0	0	2	1	0	0	
Ceuta	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
Melilla	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	

Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Conocimiento de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género).

De los asesinatos cometidos por violencia de género entre 2007 y 2012, sólo el 24.85 % de las mujeres asesinadas, no había denunciado. Según Cobo (2007) existe un riesgo silencioso de muerte homicida, que se sitúa en más de 3 cada 4 muertes, que hace referencia a todos aquellos casos de los que previamente no se ha tenido ningún tipo de conocimiento, bien porque no hayan denunciado su situación en dependencia policiales, y por tanto, no se haya articulado los medios que propone la ley para asegurar su protección, o porque no hayan solicitado ayuda en ningún recurso público. Este hecho es muy significativo, porque pone en evidencia que la mayoría de los casos de violencia de género, no sólo los más graves que son los que llegan a asesinato, se desconocen. Por tanto, uno de los objetivos principales de las



administraciones públicas y de la sociedad en general, debe conseguir desvelar el silencio de las víctimas, para poder ofrecerles la protección adecuada.

Pero incluso en aquellos casos en los que una mujer ha dado los pasos adecuados para protegerse de su agresor, cuando un maltratador tiene previsto matar a su pareja o expareja, no va haber nada que se lo impida. Según Miguel Lorente (Ruiz, 2010), exdelegado del Gobierno contra la Violencia de Género, estos asesinatos nacen de manera premeditada y cuando se analiza cada caso, se puede comprobar que se han ido tomando muchas decisiones encaminadas a cometer el homicidio.

Asimismo, este autor mantiene la tesis de que informar sobre un crimen de esta naturaleza podría producir la consecuencia dramática de desencadenar nuevos crímenes, y mantiene que algunos crímenes machistas se lleven a cabo por el efecto “imitación” y el de “paso a la acción” que tienen los agresores al ver un asesinato por violencia de género anterior. Estas hipótesis vienen abaladas por el análisis de este tipo de asesinatos, ya que se observa que en ocasiones estos crímenes se suceden en el tiempo y es frecuente que los autores utilicen el mismo modus operandi, es decir, el “efecto imitación” se produce cuando el agresor asesina a la mujer tomando como referencia un caso anterior, y el “efecto paso a la acción”, cuando el agresor se decide a cometer el asesinato al ver otro.

En este capítulo se ha pretendido realizar una definición de la violencia de género ateniendo a diferentes cuestiones que hay que tener presentes para tener una comprensión de la misma lo más completa posible, dada la complejidad del fenómeno y la variedad de aspectos terminológicos a considerar. Asimismo, se ha presentado una aproximación a su magnitud con la finalidad de dimensionar esta lacra en la medida de lo posible, dadas las dificultades que esto conlleva, y situarla en un contexto real.



CAPÍTULO 3

MODELOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

En las últimas décadas se han desarrollado diferentes modelos teóricos para explicar el fenómeno de la violencia de género, si bien, ninguno de ellos por sí solo ha sido capaz de dar una respuesta satisfactoria a la complejidad de este problema. Pero resulta fundamental conocer cuáles son los elementos que contribuyen a la génesis de este tipo de violencia, para tener una comprensión global de los modelos teóricos específicos que intentan explicar la instauración de la violencia de género.

Por tanto, se considera adecuado diferenciar estas propuestas teóricas en dos partes diferenciadas. En primer lugar, se exponen aquellos aspectos considerados básicos para dar respuesta a las preguntas de por qué surge la violencia contra las mujeres en la pareja. En segundo lugar, se plantean aquellas teorías que pretenden explicar por qué surgen estas situaciones y cómo se mantienen y cronifican, a pesar de generar las consecuencias negativas que tienen para las mujeres que la sufren. Cada modelo pone el énfasis en distintos elementos, procesos o mecanismos para dar cuenta de este fenómeno, por lo que las propuestas que se presentan a continuación se enriquecen y complementan entre sí. El capítulo finaliza con un breve repaso de



algunas de las razones que suelen esgrimir las mujeres ante la imposibilidad de romper con la relación de violencia.

A continuación, se explican algunos de los factores que, independientemente de los planteamientos teóricos, consideramos que siempre están presentes en la génesis de una relación de violencia.

3.1. Factores comunes en el origen de la violencia de género

3.1.1. La socialización diferenciada y los mandatos de género

Tal y como se comenta en el anterior capítulo, la violencia de género no ocurre en un entorno neutral, si no en una estructura social patriarcal que en muchos casos sigue manteniendo ciertas costumbres que limitan la autonomía y libertad de las mujeres, naturalizan su sometimiento, e impiden su emancipación contribuyendo a mantener la violencia contra ellas (Ferrer, 2007). El sistema patriarcal tiene una serie de mecanismos para perpetuar sus diferencias y la discriminación de las mujeres. Lo hace básicamente mediante dos procesos: la violencia de género y los procesos de socialización. La violencia de género es el instrumento más poderoso de control que se aprende también a través de los procesos de socialización del sistema (García et al., 2005, 2010).

Sanz (2004) expone que:

Si hablamos de violencia de género, hemos de indagar como la construcción de la identidad desde el género y la identificación con sus valores y roles inciden en los comportamientos violentos, en las estructuras vinculares y su dinámica, y en la dificultad de aceptación de la ruptura del vínculo. (p. 5)



Por tanto, no podemos hablar de por qué existe la violencia de género sin hablar de cómo hombres y mujeres hemos aprendido a comportarnos como tales.

Mujeres y hombres han aprendido a ser tales a través un proceso de socialización, que se inicia en el momento del nacimiento y perdura durante toda la vida, en el que las personas en interacción con otras, aprenden e interiorizan los valores, las actitudes, las expectativas y los comportamientos característicos de la sociedad en la que ha nacido y que le permiten desenvolverse en ella (Giddens, 2001).

La socialización diferencial conlleva que las personas, en su proceso de iniciación a la vida social y cultural, a partir de la influencia de los agentes socializadores, adquieran identidades diferenciadas de género con estilos cognitivos, actitudinales y conductuales, códigos axiológicos y morales y normas estereotípicas de la conducta asignada a cada género (Walker & Barton, 1983). Así, tanto hombres como mujeres antes de nacer están predestinados, simbólicamente hablando, a entrar en una rueda de aprendizajes sobre cómo está estructurada la sociedad, qué mandatos han de cumplir y cómo, finalmente, se deben relacionar sexual y afectivamente (García et al., 2005, 2010).

Los mensajes emitidos, repetidos y recibidos durante la socialización a través de los diferentes agentes socializadores (familia, sistema educativo, religión, medios de comunicación, etc.) son diferentes para uno y otro sexo y son interiorizados, de manera que pensamos y actuamos en consecuencia. La congruencia entre los mensajes de los distintos agentes los dota de una gran fuerza en este proceso. Además, no todas estas pautas tienen la misma importancia: cuanto más importantes sean, más importante será también la sanción por no cumplirlas o la recompensa por acatarlas (Bosch, 2007).

El proceso de aprendizaje social no es igual para hombres y mujeres, pues, valores, expectativas y roles son distintos y se transmiten de forma diferente, de manera que la socialización diferencial lleva a que hombres y mujeres adopten comportamientos distintos y desarrollos su actividad en ámbitos diferentes. Y estas



diferencias contribuyen a confirmar la creencia de que mujeres y hombres son diferentes y se comportan de forma diferente, y contribuyen también a justificar la necesidad de continuar socializándolos/as de forma diferente, de forma que la socialización diferencial es un proceso que se autojustifica a sí mismo (Bosch et al., 2007).

Tradicionalmente, la masculinidad se asocia con el poder, la racionalidad, la independencia y otros aspectos de la vida social pública, y la feminidad a aspectos de la vida privada, a la subordinación al varón, la pasividad, la dependencia y la obediencia (Cabral y García, 2001). Es decir, la educación de los hombres va dirigida a potenciar todas aquellas capacidades y actitudes que tienen que ver con la producción y el progreso para desarrollarse y conseguir éxito en el ámbito público, y se les alienta en sus libertades, talentos y ambiciones que facilitan su autopromoción, a la vez que se les enseña a reprimir la esfera afectiva. Mientras que a las mujeres se las educa para desarrollar las cualidades necesarias para ejercer los roles de esposa y madre, incluyendo cuidar el aspecto físico, mantener la belleza, la capacidad de seducir, el atractivo sexual, saber agradar y complacer con objeto de atraer y mantener la atención del hombre que va a satisfacer sus necesidades y dar sentido a sus existencia (Nogueiras, Arechederra y Bonino, 2006).

Dentro de este proceso de socialización diferencial, los mandatos de género cobran una importancia crucial como preceptos a los que se debe obedecer para ser aceptado socialmente como hombre o como mujer. Estos mandatos se van interiorizando y definen como debe comportarse un hombre o una mujer, conformando la identidad de género, de manera que se integran en la creación de su propio subjetivismo conforme al modelo impuesto.

Las raíces de los mandatos de género son tan profundas que resulta muy difícil identificarlos como causas de muchos problemas de las mujeres. Asimismo, resulta muy difícil transgredirlos, incluso reconociéndolos, porque supone apartarse de la norma y su no cumplimiento conlleva problemas de enfrentamiento, ambivalencia,



o incomprendión que pueden resultar una carga demasiado pesada para muchas mujeres e incluso provocar problemas de salud, como ansiedad, depresión, malestar difuso, etc. Ser mujer está sujeto como mandato al estereotipo de “feminidad” tradicional que, entre otros rasgos, incluye la atribución de una importancia fundamental a todo lo relacionado con lo emocional, a las relaciones interpersonales, al afecto, los cuidados, el apego, y no sólo con la creación de estos vínculos sino con la responsabilidad en su mantenimiento (Romero, 2004).

En palabras de Bonino (2004a):

No hay duda de que existen poderosas razones intrasubjetivas para la producción de malestares [...], y que es común a muchas mujeres. Muchas de estas razones están relacionadas con el sometimiento inconsciente a los mandatos culturales de la feminidad, aquellos que son matriz para la identidad femenina tradicional construida en el ser para otros y destinada a la subordinación. Estos mandatos llevan a las mujeres, entre otros comportamientos, a autorresponsabilizarse y autoculparse siempre por el bienestar/malestar de los vínculos, las personas queridas y ellas mismas. Y este sometimiento es lo que toda psicoterapia con mujeres, sean violentadas o no, debe contribuir a transformar, a fin de promover en ellas el ser para sí – con otros pero no a disponibilidad de otros–, aumentar su poder personal y desconstruir su creencia de realización personal a través de los varones. (pp. 86-87)

Por tanto, en la investigación con víctimas de violencia de género es muy importante tener presente cómo los mandatos de género determinan la subjetividad femenina, y cómo a su vez les influyen los mandatos “masculinos”, para entender por qué se dan las situaciones de violencia y como se mantienen.



3.1.2. El amor romántico

El amor es un fenómeno universal, una construcción cultural que ha ido cambiando a lo largo de la Historia. La manera de expresarlo, los contenidos asociados a él, las expectativas, las maneras de demostrarlo (femeninas y masculinas), el lenguaje amoroso, sus reglas y también las formas de gozarlo y sufrirlo, han sido construidas en cada una de las épocas históricas siguiendo cánones muy precisos que surgían de la moral social imperante, y éste a su vez respondía a la estructura de poder dominante (Coria, 2011).

El ideal romántico de nuestra cultura ofrece un modelo de conducta amorosa que estipula lo que “de verdad” significa enamorarse y qué sentimientos han de tenerse, cómo, cuándo, y con quién sí y con quién no. Es este componente cultural, descriptivo y normativo, el causante de que se desarrollen creencias e imágenes idealizadas en torno al amor que en numerosas ocasiones dificultan el establecimiento de relaciones sanas y provocan la aceptación, normalización, justificación o tolerancia de comportamientos claramente abusivos y ofensivos (Bosch et al., 2007).

La idea que encierra el amor romántico es que mujeres y hombres aman, y lo hacen de manera diferente, con la creencia de que el amor es universal y una vía directa a la felicidad. Sin embargo, el amor encierra recovecos de dominio que generan desigualdad, lazos de dependencia y propiedad, así como privilegios e inequidad que generan frustración, sufrimiento e incluso daño (Lagarde, 2001).

El amor romántico es considerado como un sentimiento diferente y superior a las puras necesidades fisiológicas y generalmente implica una mezcla de deseo emocional y sexual, otorgándole, eso sí, más énfasis a las emociones que al placer físico. Se trata de un tipo de afecto que, se supone, debe de ser (Sangrador, 1993; Sampedro, 2005):



- para toda la vida (*te querré siempre*);
- exclusivo (*no podré amar a nadie más que a ti*);
- incondicional (*te querré pase lo que pase*); e
- implica un elevado grado de renuncia (*te quiero más que a mi vida*).

En este modelo de amor, a las mujeres siempre se les ha asignado el lugar de espectadoras dependientes de las necesidades de los otros. Las mujeres reciben el amor como un mandato; un medio de valor personal, de autoestima, como si emanara naturalmente de ellas y solo pudieran encontrar la felicidad a través del él (Bosch et al., 2007). Tal y como explican Nogueiras, Arechederra y Bonino (2006), el modelo de amor romántico que se propone a las mujeres a lo largo del proceso de socialización, implica una alto grado de renuncia personal, un olvido de sí mismas, y una entrega total que potencian comportamientos de dependencia y sumisión al varón.

Cuando la subjetividad de una mujer se configura en torno al amor como el elemento central de su vida y en la necesidad de ser reconocida y querida, se convierte en una persona completamente vulnerable frente a la pareja y por lo tanto estará desprotegida ante cualquier situación de violencia de género, ya que la necesidad de aprobación será prioritaria y no conseguirla llevará consigo situaciones de angustia, sufrimiento, trastornos depresivos e incluso trastornos mentales graves (Levinton, 2000).

En un estudio de Charkow y Nelson (2000, citado por Oliver y Valls, 2004), en el que analizan los procesos de socialización de los y las adolescentes en EE.UU., concluyen que mientras que los chicos se socializan en valores tales como la autonomía, la aventura y la independencia, a las chicas se las socializa en el amor y en la dependencia, y se les deja la responsabilidad del mantenimiento de las relaciones, como única forma de conseguir su felicidad.



Obviamente, esta conceptualización del amor encierra un conjunto de ideas, creencias irracionales y mitos, que pueden desembocar en un modelo de relación que en nombre del amor justifique actitudes y conductas de maltrato.

3.1.3. Las microviolencias

Tal y como expresa Bonino (2004a):

Las microviolencias son pequeños –a las que he dado en llamar micromachismos–son pequeños, casi imperceptibles controles y abusos de poder quasi normalizados que los varones ejecutan permanentemente. Son hábiles artes de dominio, maniobras que sin ser muy notables, restringen y violentan insidiosa y reiteradamente el poder personal, la autonomía y el equilibrio psíquico de las mujeres, atentando además contra la democratización de las relaciones. Dada su invisibilidad se ejercen generalmente con total impunidad. (p. 87)

Este tipo de conductas, llamadas por el autor micromachismos, no tienen porqué suponer intencionalidad, mala voluntad o planificación, sino que son dispositivos mentales y corporales automatizados en el proceso de la socialización masculina, como hábitos de reacción frente a las mujeres. Su efectividad en gran medida viene dada porque son prácticamente imperceptibles y por el hecho de que funcionan sostenidos, naturalizados y avalados por la normativa patriarcal de género (Bonino, 2004a). Son prácticas habituales de dominación masculina en la vida cotidiana, que incluyen un amplio abanico de maniobras interpersonales que tienen como objetivo:

- 1) Mantener el dominio y su supuesta superioridad sobre la mujer objeto de la maniobra.
- 2) Reafirmar o recuperar dicho dominio ante una mujer que se “rebela”.



- 3) Resistirse al aumento de poder personal o interpersonal de una mujer con la que se vincula, o aprovecharse de dichos poderes.

En el debate de si esas conductas son o no violencia es difícil llegar a una respuesta satisfactoria, pero lo que sí está muy claro es que no se pasa a una situación de violencia sin que antes se hayan dado este tipo de abusos sutiles (Bonino, 1991).

Con objeto de describirlos adecuadamente, este Bonino (1995) establece una tipología de los micromachismos clasificándolos en tres categorías, aunque posteriormente incluyó una cuarta categoría, los michomachismos encubiertos (Bonino, 2004a):

- 1) **Micromachismos utilitarios.** Son los más naturalizados por mujeres y hombres, y son caracterizados por su índole utilitaria y porque, generalmente, son maniobras por omisión, de manera que su efectividad está dada no por lo que se hace, si no por lo que se deja de hacer y se delega en la mujer.

Algunos ejemplos de esta categoría son la no responsabilización sobre lo doméstico, el aprovechamiento y abuso de la capacidad femenina para el cuidado, concretamente, la naturalización y aprovechamiento del rol de cuidadora, la delegación del trabajo del cuidado de vínculos y personas, los requerimientos abusivos solapados o la negación de la reciprocidad.

- 2) **Micromachismos encubiertos.** Se caracterizan por su índole insidiosa, encubierta y sutil, razón por la que son muy efectivos, y persiguen el dominio, la imposición de las “verdades” masculinas y la disponibilidad de la mujer para mantener las cosas en la dirección elegida por el hombre, ocultándolas tras otras razones. Son los más manipulativos y por ser encubiertos, la mujer no suele percibirlos, aunque es “golpeada” psicológicamente por ellos con diversas intensidades.

Algunas muestras de estos micromachismos son: la creación de falta de intimidad a través de comportamientos activos de alejamiento, con los que el varón intenta controlar las reglas de juego de la relación a través de la



distancia (silencios, aislamiento y malhumor manipulativo, avaricia de reconocimiento y disponibilidad), la comunicación defensiva-ofensiva, los engaños y mentiras, la actitud seudonegociadora, el paternalismo o las inocentizaciones (consistentes en declararse sin responsabilidades, diversas formas de autoindulgencia y autojustificación, o la minusvaloración de los propios errores), etc.

- 3) **Micromachismos de crisis.** Se utilizan en períodos en los que el estable desbalance de poder en las relaciones de pareja entra en crisis y se desequilibra en dirección a una mayor igualdad. Esto puede ser debido a un aumento de la autonomía femenina o a una disminución de la sensación de control y dominio del varón debido, por ejemplo, a razones de pérdida laboral o de limitación física. Generalmente estas situaciones de cambio se acompañan de reclamos por parte de la mujer de mayor igualdad en la relación (Bonino, 2004b).

Algunos ejemplos son el hipercontrol, el seudoapoyo, la resistencia pasiva, prometer y hacer méritos, victimizarse, dar pretextos, o “darse tiempo” para el cambio.

- 4) **Micromachismos coercitivos.** Se caracterizan porque el hombre usa la fuerza (no la física sino la moral, la psíquica, la económica o la de la propia personalidad) de un modo “directo”, para intentar doblegar a la mujer, limitar su libertad, expoliar su pensamiento, su tiempo o su espacio, y restringir su capacidad de decisión.

Algunos ejemplos de esta categoría: las coacciones en la comunicación, el uso expansivo y abusivo del espacio y del tiempo para sí, la insistencia abusiva para lograr fines, la apelación a la “superioridad” de la lógica “masculina”, etc.

Pese a que este tipo de conductas pueden resultar banales, su importancia estriba en que su uso combinado y reiterativo crea un clima más o menos tóxico que va coartando y desestabilizando la autonomía personal y la integridad psicológica de la mujer, perpetuando la disponibilidad de la mujer hacia el hombre. Tal y como se ha comentado, una de las razones fundamentales de la fuerza de estas



microviolencias es su invisibilidad, ya que al no ser oposiciones o coacciones evidentes, son difíciles de percibir, y por tanto resulta difícil contrarrestarlas.

De igual forma, generan unos efectos comunes, independientemente de las particularidades de cada mujer. Algunos ejemplos de estas consecuencias son (Bonino, 2004b): Sobreesfuerzo psicofísico, con agotamiento de las reservas emocionales y de la energía para sí y para el desarrollo de los intereses vitales, inhibición del poder personal, limitación de la libertad y aumento de actitudes defensivas y de queja ineficaz, inhibición de la lucidez mental, deterioro variable de la autoestima y de la autocredibilidad, con aumento de la desmoralización y la inseguridad y aparición de sentimientos de incompetencia, derrota, distancia emocional o impotencia, malestar difuso, irritabilidad crónica y un hartazgo “sin motivo” de la relación, de los cuales las mujeres se culpan, por no percibir su origen.

3.1.4. La escalada de la violencia

Siguiendo con Bonino (2004a), es muy común escuchar como mujeres que han sufrido, o sufren, violencia a manos de sus parejas o exparejas verbalizan “no sé cómo estoy metida en esto”. El malestar al que están expuestas estas mujeres es similar, es decir, todas tienen en común el sufrimiento por el maltrato vivido, y experimentan sentimientos análogos de frustración, pena, vergüenza, miedo, incapacidad, culpa, etc.

El proceso por el cual se llega a la violencia se conoce como escalada de la violencia (*Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*) y se define como un proceso paulatino y ascendente de etapas en las que la intensidad y la frecuencia de las agresiones se va incrementando a medida que pasa el tiempo. Comienza con conductas de abuso psicológico bajo la apariencia y expresión, por parte del agresor, de actitudes de cuidado y protección, difíciles de percibir por su



apariencia amorosa, pero que van reduciendo la seguridad y la confianza de la mujer en sí misma y su capacidad de reacción. Son conductas restrictivas y controladoras, que van minando su autonomía, a la vez que la sitúan en condiciones de dependencia y aislamiento.

Habitualmente estas conductas, que suelen ser la antesala del maltrato físico, no se perciben por parte de las mujeres como agresivas, sino como manifestaciones del carácter de la pareja o de rasgos masculinos por excelencia (rol dominante y protector a un tiempo), que se han interiorizado y generan en las mujeres situaciones de indefensión aprendida y vulnerabilidad. El aumento progresivo de la violencia, hasta llegar a las agresiones físicas e incluso a la muerte, puede extenderse a lo largo de un prolongado periodo de tiempo, durante el cual se incrementa la pérdida de referencias, autoestima, seguridad personal, de manera que es difícil para la mujer víctima percibir y entender el significado y la trascendencia del proceso en el que está inmersa, así como el riesgo que corre (Garzón, 2011).



Figura 4. *Escalada de la violencia*



3.2. Teorías que intentan explicar la violencia de género

Las primeras investigaciones que pretendían explicar cómo surge la violencia machista se centran en la búsqueda de factores comunes que pudieran correlacionar en un perfil de víctima o agresor. Analizaban características sociodemográficas, psicológicas, psicopatológicas o de la propia relación para intentar explicar este fenómeno. Pero la complejidad del mismo no permite planteamientos tan reduccionistas, sino que requiere de modelos más complejos, que vayan más allá del mero análisis de factores aislados, para dar cuenta de la dimensión de este tipo de violencia.

Tal y como indican Riggs, Caulfield y Street (2000), a pesar del esfuerzo de muchos investigadores por encontrar un conjunto de factores comunes en víctimas o agresores, no existe ningún indicador o un conjunto de indicadores claros, que permita identificar un perfil de víctima o de victimario.

La investigación científica debe desistir en su búsqueda de factores que avalen la teoría de un perfil de mujer maltratada y de agresor, ya que es un planteamiento que deriva la atención de las causas reales de la violencia contra las mujeres y favorece que se sigan manteniendo una serie de mitos que oscurecen la comprensión de este problema, y que en la mayor parte de los casos culpabilizan a las víctimas y desresponsabilizan a los agresores. Por tanto, la investigación en este sentido debe ir dirigida a una mayor y mejor conocimiento de las circunstancias socioculturales y de las características de quiénes ejercen y padecen este tipo de violencia, con la finalidad de buscar estrategias eficaces de prevención e intervención.

La revisión de la literatura científica sobre modelos explicativos de violencia de género muestra que existen diferentes vertientes que estudian este fenómeno: psicológica, psicosocial, sociológica, sociocultural, penal y de salud pública



(Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral, 2008; Escudero, Polo, López y Aguilar, 2005b; Ferrer, Bosch, Navarro, Ramis y García, 2008; Lorente, Lorente, Lorente, Martínez y Villanueva, 2000; Montero, 2001; Vives-Cases, Álvarez-Dardet, Carrasco-Portiño y Torrubiano-Domínguez, 2007; Vives-Cases et al., 2009). Esto significa que existen múltiples modelos que explican el problema de forma fragmentada, de acuerdo con sus intereses y puntos de vista, proporcionando una visión particular en la que en ocasiones es complicado integrar el resto de los avances logrados en el conocimiento de esta materia (Sepúlveda, 2004).

Tal y como plantea el Grupo de Trabajo en Violencia del Hombre contra la Mujer de la Asociación Psicológica Americana, la violencia de género es multicausal, y destacan que es una conducta aprendida a través de las normas socioculturales y expectativas de rol que determinan la subordinación femenina y perpetúan la violencia masculina (American Psychological Association, 1999).

A continuación, se expone brevemente una revisión de los modelos teóricos que intentan dar respuesta a cómo surge y se cronifica la violencia de género y a la incapacidad de muchas mujeres víctimas de romper con esa situación. A grandes rasgos, estos modelos y teorías pueden clasificarse en dos grupos: los que estudian el análisis de factores individuales y los que se centran en los condicionantes socioculturales que se encuentran detrás de la violencia. Señalar que explicaremos con mayor precisión aquellas teorías que consideramos que se acercan a una comprensión más adecuada o acertada del problema, de acuerdo con el punto de vista partida del presente trabajo.



3.2.1. Análisis de factores individuales

3.2.1.1. Características sociodemográficas

Si bien, como se ha expuesto a lo largo de este trabajo, aunque la violencia de género se considera un fenómeno universal presente en todos los grupos sociodemográficos, algunos autores han estudiado su asociación a determinadas características a este tipo de violencia. Riggs, Caultfield y Street (2000) encontraron que el aumento del estrés familiar, relacionado con el bajo nivel socioeconómico y la pérdida de empleo del agresor se asociaban a un mayor riesgo de perpetración de violencia. En relación a estos datos, cabe señalar que aunque estos factores en sí mismos no explican porque surge la violencia de género, si que pueden actuar como desencadenantes de este tipo de respuestas. Además, estos autores señalan que la violencia disminuye a medida que la edad de la pareja aumenta, dato que puede ser explicado porque es posible que la violencia se aguante más y se denuncie menos a medida que una pareja lleva más tiempo junta, por la tolerancia, la ambivalencia y la responsabilidad de mantener la unidad familiar de la mujer que la padece (Cobo, 2007).

En un estudio ex post facto llevado a cabo por Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral (2008) sobre el total de los 1.081 casos denunciados por violencia contra la mujer en las comisarías de la Ertzaintza del País Vasco (octubre de 2005-septiembre 2006), concluyen que, en conjunto, los agresores denunciados tienden a ser más bien jóvenes, con una edad media en torno a los 38 años. En cuanto a la nacionalidad, hay una sobrerepresentación de la población extranjera inmigrante, especialmente latinoamericana, de manera que éstos suponen un 28% del total de la muestra estudiada, es decir, 7 veces más de lo esperado. En general, los agresores pertenecen a un estrato socioeconómico medio-bajo o bajo. Muy en consonancia con lo anterior, cuentan con un nivel de estudios escaso y desempeñan profesiones poco cualificadas o se encuentran en paro.



Por lo que se refiere a las víctimas, éstas tienden a ser más jóvenes aún que los agresores, con una edad media en torno a los 35 años. De hecho, y a diferencia de los agresores, el grupo más frecuente (el 38% de la muestra) se encuentra entre los 18 y 30 años, siendo esta diferencia significativa. Respecto a la nacionalidad, y como ocurre también en el caso de los agresores, hay una elevada representación de víctimas extranjeras inmigrantes, que constituyen el 27% del total de la muestra estudiada. En general, las víctimas carecen de empleo o desempeñan una profesión muy poco cualificada, cuentan con estudios elementales y pertenecen a un estrato socioeconómico bajo o medio-bajo.

La interpretación de estos datos se debe hacer con cautela, en primer lugar porque esta investigación se lleva a cabo con una muestra que tiene como factor común haber interpuesto una denuncia, y tal y ya se ha comentado a lo largo del presente trabajo, el gran grueso de casos de violencia de género no pasa por el sistema policial/judicial. En cuanto a la variable edad, puede que a las mujeres jóvenes tengan una menor “carga moral” a la hora de interponer denuncia contra su pareja. En relación a la nacionalidad, es posible que la cultura latinoamericana, que es la que está más sobre-representada, por un lado, tenga una visión más machista de las relaciones, pero, por otro lado, a diferencia de otras culturas extranjeras (como la islámica), sean más proclives a cambiar con más frecuencia de pareja.

3.2.1.2. Factores personales

3.2.1.2.1. Características psicológicas

Pese a que se ha prestado mucha menos atención al estudio de las características psicológicas de las mujeres víctimas, que a las de los agresores, algunos autores mantienen que existen ciertas características de vulnerabilidad en las mujeres maltratadas que favorecen que entren en ese tipo de relaciones y les impiden



romper con ellas. Algunas de estas características son la dependencia emocional de su pareja (Rounsaville, 1978), la baja autoestima (Carlson, 1977; Star, 1978), la asunción de roles tradicionales en la relación de pareja (Langley & Levy, 1977) y la desigualdad de oportunidades y alternativas en relación a los hombres (Walker, 1979; Aguirre, 1985; Strube & Barbour, 1984).

Cabe nombrar el mito del masoquismo de manera anecdótica y a modo de ejemplo de cómo las primeras teorías que pretendían explicar el maltrato emanaban del patriarcado. Basado en la teoría psicoanalítica de Freud, intentaba explicar porque las mujeres que eran maltratadas por sus parejas permanecían en la relación violenta o, en caso de romper, la retomaban poco después o buscaban otra relación semejante (Schultz, 1964; Faulk, 1974). Esta hipótesis planteaba que las mujeres maltratadas tenían una tendencia al masoquismo, es decir, que consciente o inconscientemente buscaban y provocaban el maltrato. Este planteamiento ha sido muy criticado (Walker, 1979; Moss, 1991; Burgard & Rommel-Spacher, 1992), entre otras razones, porque desresponsabiliza al agresor de su conducta y culpa a la mujer víctima, siendo un planteamiento hoy en día completamente en desuso.

En relación a los agresores, aunque existe poca investigación al respecto, los hombres que ejercen violencia de género son menos asertivos, más hostiles e irascibles que los que no lo hacen, y difieren de éstos en que aceptan más violencia como estrategia de resolución de conflictos en la pareja (Riggs et al., 2000). En general, los agresores suelen presentar carencias psicológicas significativas, como sesgos cognitivos –pensamientos distorsionados sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer, principalmente–, dificultades de comunicación, irritabilidad y una falta de control de los impulsos, así como otras dificultades específicas (abuso de alcohol y celos patológicos) (Dutton y Golant, 1999; Echeburúa, Fernández-Montalvo & Amor, 2003; Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Fernández-Montalvo, Echeburúa & Amor, 2005).

Una característica del maltrato por parte del victimario es la negación de su conducta. Cuando una conducta genera malestar o es rechazada socialmente se



utilizan estrategias de afrontamiento para eludir la responsabilidad, como buscar excusas, alegar que se trata de un problema estrictamente familiar, hacer atribuciones externas, considerar lo que ocurre como normal en todas las familias o quitar importancia a las consecuencias negativas de esas conductas para la víctima (Dutton, 2007; Madina, 1994).

3.2.1.2.2. Psicopatología y abuso de sustancias

Las primeras teorías explicativas sobre la violencia de género (entonces llamada violencia doméstica o conyugal) ponían su acento en las características individuales del agresor, y asumían como causa de la violencia cuadros psicopatológicos como la psicopatía u otros trastornos mentales. Este modelo, conocido como modelo psiquiátrico, consideraba la violencia como expresión de la sintomatología subyacente, la cual podía tener su origen en anomalías de origen biológico o en la historia personal del agresor (Grossman, Mesterman y Adamo, 1992).

Los trastornos mentales en sentido estricto son relativamente poco frecuentes (cerca del 20% del total) en los agresores en el hogar (Sanmartín, 2000, 2002), pero, sin embargo, en todos los casos aparecen alteraciones psicológicas en el ámbito del control de la ira, de la empatía y expresión de emociones, de las cogniciones sobre la mujer y la relación de pareja, y de las habilidades de comunicación y de solución de problemas.

Con respecto a síndromes psicológicos específicos, los trastornos de personalidad se han identificado con frecuencia en la población de agresores (Dinwiddie, 1992; Hamberger & Hastings, 1986), en concreto el trastorno antisocial de la personalidad, el límite y el narcisista (Hamberger & Hastings, 1988).

El modelo psiquiátrico ha sido ampliamente criticado por considerar sólo variables intrínsecas del agresor, sin considerar otros aspectos sociales y culturales que



legitiman la aparición y el mantenimiento de la violencia contra las mujeres (Clare, 2002).

Por otra parte, la relación entre psicopatología y mujeres maltratadas de violencia de género abarca diversas teorías, aunque la investigación en este sentido es escasa. Algunos planteamientos, que carecen de todo rigor científico, postulan que las víctimas son trastornadas mentales por aguantar esa situación de violencia (Gayford, 1975), en la línea de la hipótesis masoquista. Otros, sin embargo, postulan que el desconocimiento de las problemática de la violencia de género y de sus consecuencias, dificulta poder distinguir las reacciones psicológicas de las mujeres víctimas de los síntomas que presentan algunas enfermedades (Herman, 1992b, 1997, 2004).

En cuanto a los problemas de adicción, el modelo psiquiátrico que intenta explicar la violencia de género en base a los problemas de personalidad o de salud mental de los maltratadores, tal y como ya hemos expuesto, también pretende dar cuenta bajo la misma lógica los problemas de adicción y de abuso de sustancias como factores decisivos para explicar la conducta del maltratador (Rosenbaum & O'Leary, 1981; Fagan et al., 1983). Es cierto que el uso de determinadas drogas y alcohol pueden estar vinculados a la violencia de género, pero en la mayor parte de los casos no lo están, y cuando sucede, no es como causa, si no como factor precipitante, de manera que no puede generalizar como factor explicativo de la violencia de género.

3.2.1.2.3. Experiencia previa de violencia

Uno de los factores más estudiados en el análisis de la victimización es haber observado y/o sufrido violencia en la familia de origen. En algunas investigaciones, se ha observado que los adolescentes que reciben castigos físicos en sus familias tienen más riesgo de agredir físicamente a su pareja que los que no sufren dicho castigo (Straus & Yodanis, 1997). Otros estudios sostienen que muchos adultos que



ejercen violencia en sus familias provienen de familias violentas (Kaufman & Zigler, 1987; O'Keefe, 1998).

Esta es la llamada hipótesis de la transmisión generacional, que plantea que una conducta es aprendida y pasa de generación en generación, de manera que si un niño fue abusado o maltratado por sus padres, ejercerá maltrato sobre sus hijos (Belmonte, 1995).

Esta hipótesis es barajada con frecuencia en relación a la probabilidad de que los niños que han sufrido/vivido violencia se comporten igual en el futuro, pero no suele postularse con misma frecuencia esta relación con las niñas/mujeres. Es decir, siguiendo el planteamiento lógico de la hipótesis de la transmisión generacional, debería ser más probable que aquellas niñas que han sufrido este tipo de violencia en la infancia, de mayores asuman el papel de víctimas en sus relaciones. Esta hipótesis se basa en la Teoría del Aprendizaje Social, cuyo máximo exponente es Bandura (Bandura, 1973; Bandura y Ribes, 1975; Bandura, Ross & Ross, 1961), que pone su acento, entre otros factores, en el destacado papel que cumple el aprendizaje por observación o aprendizaje vicario en la conducta humana y en como esta se transmite socialmente.

Pese a que puede ser un factor de riesgo para ser victimario o víctima, no existe una correlación consistente entre el hecho de haber sufrido/observado violencia en la infancia (de género o doméstica, otro aspecto que tampoco queda claro) y adoptar el rol de maltratador o maltratada en la vida adulta. Esta hipótesis es otro de los mitos que prevalecen en torno a la violencia de género y contra los que debemos luchar: no todos los niños que han vivido en hogares violentos se convierten en maltratadores, ni todos los maltratadores han vivido en hogares violentos.

En el presente trabajo no se considera que estas variables expliquen la violencia de género por sí mismas, si no que preferimos remitirnos al apartado 3.1. Factores comunes en el origen de la violencia de género, y partiendo de ahí, y contemplando algunas de las teorías que se exponen a continuación, llevar a cabo un análisis de



los factores que pueden estar influyendo, no sólo en el origen, sino en el mantenimiento del problema. En cualquier caso, se considera que tanto en el caso de las mujeres como de los hombres, asumir el rol tradicional de género marcado por la cultura patriarcal, atender a los mandatos que esto conlleva y aceptar como universales y verdaderos los mitos del amor romántico, puede predisponer a establecer relaciones de violencia de género.

A continuación en la Tabla 3, se exponen las principales teorías que hacen referencia a los factores personales como explicación de la violencia de género:

Tabla 3

Principales teorías que hacen referencia a los factores personales como explicación de la violencia de género

GRUPO	TEORÍA	AUTORES	CONCEPTO
Factores individuales	Aspectos sociodemográficos	Riggs, Caulfield y Street, 2000 Echeburúa, Fernández-Montalvo y Corral, 2008	La violencia de género es asociada a características sociodemográficas determinadas.
	Aspectos personales	Rounsaville, 1978 Carlson, 1977 Star, 1978 Langley y Levy, 1977 Dutton y Golant, 1997 Echeburúa, Fernández-Montalvo y Amor, 2003 Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997 Fernández-Montalvo, Echeburúa y Amor, 2005	La violencia de género se debe a características psicológicas, psicopatología, abuso de sustancias o experiencia previa de violencia



3.2.2. Modelos teóricos socioculturales sobre las causas de los malos tratos

Estas teorías intentan explicar la violencia de género y/o doméstica en base a factores sociales, resaltando como principal factor explicativo de este fenómeno las diferencias de poder en la pareja y en los núcleos familiares. Se lleva a cabo la distinción de género/doméstica, porque en la mayor parte de los casos intentan explicar más que la violencia ejercida por el hombre contra su pareja, la violencia doméstica. Dada la variedad de modelos, se mencionarán sólo aquellos que tienen mayor poder explicativo aplicado según el objeto de esta investigación.

Las teorías que se citan brevemente a continuación intentan explicar el origen los malos tratos desde una perspectiva sociológica:

La Teoría de los Recursos postula que dentro de la familia el poder (la fuerza) de un miembro depende de los recursos de que disponga, de manera que quien aporte más recursos tendrá más poder sobre su pareja (Goode, 1971).

Por otra parte, según la Teoría de la Inconsistencia, un hombre puede recurrir a la violencia cuando se siente amenazado en su estatus por su pareja que tiene mayor educación, logros y éxito financiero, tal y como demostró Gelles (1974), quien encontró que aquellos hombres que no podían cumplir su rol de proveedor por desempleo o cuyas mujeres tenían mejor sueldo o educación ejercían más violencia en su pareja.

La Teoría del Estrés relaciona los malos tratos con el estrés y la frustración, que viene motivado por diferentes factores sociales y familiares que hacen que el individuo reaccione de forma violenta dentro de la unidad familiar (McCubbin et al., 1980).



La Teoría Feminista intenta dar respuesta al fenómeno de la violencia contra la mujer, explicándola a partir de la organización patriarcal, donde la violencia sería un fenómeno estructural y funcional para mantener el orden establecido, tal y como ya se ha expuesto en el presente trabajo. Es decir, la violencia de género es una consecuencia de la adquisición de una identidad de género, en la que los varones son socializados para dominar, controlar y agredir a las mujeres (Callirgos, 1998; Corsi, Dohmen y Sotés, 1995). Desde la postura del feminismo radical, (MacKinnon, 1982, 1983, 1991) se postula que la estructura fundamental de la sociedad es el género, de manera que a partir de ahí, la sociedad se divide entre quienes tienen el poder y lo ejercen, los hombres, y las que no lo tienen y viven sometidas, las mujeres. Por tanto, según el planteamiento de esta teoría, la violencia ejercida contra la mujer se convierte en el mecanismo utilizado para mantener la situación de inequidad y subordinación de las mujeres.

Señalar que esta teoría es básica en la comprensión del fenómeno de la violencia contra las mujeres, aunque la complejidad del mismo hace necesario contemplar otros factores y modelos para dar una respuesta global a este problema.

Dentro de la perspectiva sociológica y desde un punto de vista sistémico, se sostiene que la violencia en el ámbito de la pareja se da por una persona que maltrata y otra que sostiene y da continuidad a ese tipo de relación, de manera que considera que la agresión es el resultado de un estilo de relación conyugal (Sepúlveda, 2004). Este planteamiento deja ver que la víctima es quién invita a la violencia con la finalidad de sostener ese estilo de relación y por tanto culpabiliza a la misma de su situación.

Partiendo de esta perspectiva sistémica consideramos de interés citar la Teoría del Intercambio, propuesta por Gelles (1987, 1995) en el ámbito de la violencia familiar sobre la base de que el comportamiento es gobernado por el principio de costes y beneficios, donde la violencia será utilizada cuando el beneficio que se extrae es superior a los costes que va a suponer esa conducta. De manera que la condición de privacidad de la familia, las reticencias de los organismos públicos para intervenir y el bajo riesgo de otras intervenciones (familia, amigos) reducen el coste de utilizar



la violencia, y unidas a la permisividad cultural de la misma y al interés de obtener o mantener el poder sobre la persona maltratada, incrementan los potenciales beneficios del uso de la violencia por los maltratadores.

La Teoría de la Cultura de la Violencia (Garrido, Stangeland y Redondo, 1999) pretende dar respuesta y concretar que hace que las conductas violentas sucedan en determinadas circunstancias y no en otras. Basándose en la teoría del aprendizaje del comportamiento violento, consideran que son dos los factores los que se asocian a estos comportamientos. Por un lado, el estrés, producido por situaciones de escasez de recursos económicos, de desempleo precario u otras circunstancias como la enfermedad o los problemas sexuales. Por otro lado, postulan que el factor que va unido a esas relaciones violentas es de carácter cultural, es decir, está relacionado con la legitimación del uso de la violencia en la resolución de conflictos, en un amplio espacio social, alentado por los modelos que se exponen constantemente en los medios de comunicación. La conjunción de estos dos factores, es decir, la situación de estrés y la aprobación explícita de un modelo de conducta violento, incrementa las probabilidades de llegar a establecer relaciones de maltrato. En cuanto a las críticas, este modelo en sí mismo es excesivamente reduccionista, no contempla otras causas culturales presentes en la violencia de género, como la desigualdad entre hombres y mujeres, y restringe la violencia a los ambientes más desfavorecidos, manteniendo uno de los mitos de este fenómeno.

Desde esta perspectiva sociológica, el modelo que más se aproxima a una explicación holística de la violencia de género y que recoge, en gran medida, todas las variables planteadas en las anteriores propuestas teóricas es el Modelo Ecológico.

Este modelo fue desarrollado originalmente por Urie Bronfenbrenner (1977, 1987) para explicar el desarrollo humano. Plantea un conjunto de sistemas donde las personas se desarrollan a lo largo de su vida, cada uno de los cuales se incluyen dentro del otro, de manera que permite una visión y un conocimiento global del individuo. Posteriormente, Heise (1998) adapta este modelo para explicar la



violencia de género como un fenómeno multifacético, al cual contribuyen factores personales, situacionales y socioculturales.

En síntesis, el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (1977) plantea los siguientes niveles:

- **El microsistema:** formado por todos los factores que conforman las relaciones personales de los individuos (uno mismo, familia y amigos), con sus historias personales de vida, creencias, actitudes, comportamientos, etc.
- **El exosistema:** que contiene al anterior y abarca todo lo relativo a las instituciones sociales donde un individuo realiza sus actividades de desarrollo (la escuela, la iglesia, la justicia, el sistema de salud, etc.,...), en el que aparecen las condiciones o factores de riesgo que influyen en su relación y otros apoyos o respuestas de carácter comunitario.
- **El macrosistema:** que engloba al exosistema, que a su vez contiene al microsistema, y hace referencia a todo el conjunto de creencias y valores culturales profundamente arraigados acerca de los conceptos de género, roles, poder, obediencia, concepción de la familia, etc.

Posteriormente, Dutton (1988) incluye los factores a nivel ontogenético, que hacen referencia al desarrollo individual de cada persona y a su historia de aprendizaje, y que se corresponden con el modelo de Heise (1998) con los factores relacionados con la historia personal.

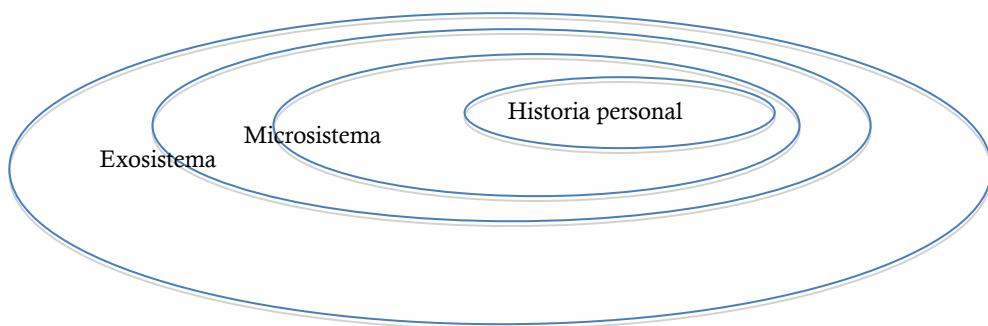


Figura 5. *Modelo de Heise. Violencia de género como un fenómeno multifacético*



El Modelo Ecológico pretende integrar los hallazgos surgidos desde diferentes disciplinas. Los factores que propone Heise (1998) en cada uno de los niveles están respaldados por evidencia empírica basada en estudios antropológicos, psicológicos y sociológicos en diferentes países. Si bien algunos de ellos pueden estar sometidos a debate, lo más importante de su propuesta es la interacción dinámica entre los factores de los distintos niveles:

- Los **factores de la historia personal** hacen referencia a las experiencias de desarrollo o de personalidad del individuo que modelan la forma de responder a los estresores del micro y exosistema. Según el modelo de Heise (1998) incluyen factores como haber sido testigo de violencia entre los padres en la infancia, haber sido maltratado y haber tenido un parente ausente o rechazante.
- Los **factores del microsistema** se refieren a las interacciones en las cuales la persona se involucra con otras, así como el significado que se atribuye a esa interacción, siendo muy importantes aquellas que están relacionadas con la estructura de familia tradicional. Entre estos factores se incluyen la dominancia masculina en la familia, el conflicto marital y el uso de alcohol.
- En cuanto a los **factores del exosistema** considera el desempleo y el bajo nivel socioeconómico, el asilamiento de la mujer y la familia y la vinculación con pares delincuentes.
- Por último, los **factores del macrosistema** operan a través de su influencia en los niveles más bajos del sistema, y son la noción de masculinidad definida por el honor, la rudeza y la dominancia, los roles de género rígidos, el sentimiento de propiedad y la aprobación del castigo físico de la mujer y el contexto cultural justificador de la violencia.

Según Heise (1998), una de las limitaciones de este modelo es que no explica completamente qué combinación de variables da cuenta de la violencia en los distintos lugares, es decir, no muestra cómo se articulan las relaciones entre los distintos factores.



En la Tabla 4 se exponen los principales modelos teóricos socioculturales sobre las causas de los malos tratos:

Tabla 4
Principales modelos teóricos socioculturales sobre las causas de los malos tratos

MODELO TEÓRICO	AUTORES	CONCEPTO
La Teoría de los Recursos	Goode, 1971	El poder para ejercer la violencia es de quién más recursos tiene
Teoría de la inconsistencia	Gelles, 1974	El hombre ejerce violencia en la pareja cuando siente amenazado sus estatus
Teoría del estrés	McCubbin et al., 1980	Las reacciones violentas viene motivadas por el estrés y la frustración
Teoría feminista	MacKinnon, 1982, 1983, 1991 Corsi, Dohmen y Sotés, 1995 Callirgos, 1998	La violencia de género proviene de una estructura social patriarcal
Teoría del intercambio	Gelles, 1987, 1995	Basada en la teoría de costes y beneficios, la violencia se utiliza cuando el beneficio es superior a los costes
Teoría de la cultura de la violencia	Garrido, Stangeland y Redondo, 1999	Se basa en la combinación de situaciones de estrés y el uso de la violencia como medio de resolución de conflictos
Modelo ecológico	Bronfenbrenner, 1977, 1987 Dutton, 1988 Heise, 1998	Plantea una conjunto de sistemas relacionados en la base de la violencia



3.2.3. Modelos teóricos sobre los mecanismos psicológicos en el maltrato

Una de las características más llamativas y que más incomprendión generan en torno a la violencia de género, es que pese a la frecuencia y a la gravedad del maltrato, la mayor parte de las mujeres (entre el 40 y el 89%) permanecen con sus parejas durante muchos años, y es frecuente que vuelvan con ellas aunque hayan sido capaces de abandonarlas temporalmente (Matud, Carballeira y Marrero, 2003).

Cuando se pregunta a una mujer maltratada por qué aguanta esa situación de violencia expone múltiples motivos que le sirven justificación para no adoptar la decisión de romper la relación. Existen diversas teorías que estudian los mecanismos psicológicos que actúan en las relaciones de maltrato e intentan explicar porque las mujeres víctimas no rompen con esa situación, aunque al igual que en el caso de los modelos que intentan dar cuenta de las causas de la violencia de género, ninguna parece suficiente por sí sola. A continuación se exponen las principales teorías que intentan explicar por qué a las mujeres que sufren maltrato les cuesta tanto poner fin al mismo. Posteriormente, se analizarán de forma breve las razones que manifiestan las víctimas para seguir en su relación, con la finalidad facilitar la compresión de este comportamiento paradójico.

La Teoría de la Indefensión Aprendida de Seligman (1975) es quizás el modelo más clásico para explicar por qué las mujeres no acaban con las situaciones de violencia en la pareja. Según sus hallazgos, cuando un animal o una persona se enfrenta a un acontecimiento que es independiente de sus respuestas, aprende que no controla los resultados de su conducta (Seligman, 1975). La indefensión aprendida se produce cuando un sujeto aprende que su conducta es independiente del resultado que obtiene, y esto es lo que les pasa a las mujeres víctimas de violencia cuando se enfrentan a situaciones en las que hagan lo que hagan para no obtener una respuesta de maltrato, la obtienen. Es decir, sienten que las respuestas de maltrato



que reciben por parte del agresor son completamente incontrolables ya que no saben por qué se producen, cuándo van a suceder ni qué pueden hacer para evitarlas. Por tanto, una mujer sometida a acontecimientos incontrolables, en este caso a actos violentos, generará un estado psicológico de donde la respuesta de reacción o huida queda bloqueada.

Basado en la Teoría de la Indefensión Aprendida, el modelo más universal a la hora de explicar cómo se inicia, pero sobre todo cómo se cronifica la violencia en la pareja contra la mujeres es “Teoría del ciclo de la violencia” (Walker, 1979). Esta teoría establece una serie de etapas en las relaciones en las que existen malos tratos, que ayudan a comprender cómo se sienten las mujeres víctimas de violencia de género y por qué no rompen con la relación de maltrato.

Las fases del ciclo de la violencia son las que se presentan a continuación, y varían tanto en duración como en intensidad para una misma pareja y entre distintas parejas:

- 1) **Acumulación de tensión.** Se caracteriza por una escalada gradual de la tensión, donde la hostilidad del hombre va en aumento sin motivo comprensible y aparente para la mujer. Se intensifica la violencia verbal y pueden aparecer los primeros indicios de violencia física. Se presentan como episodios aislados que la mujer cree puede controlar y que desaparecerán. La tensión aumenta y se acumula.
- 2) **Explosión o agresión.** Estalla la violencia y se producen las agresiones físicas, psicológicas y/o sexuales. Es en esta fase donde la mujer suele denunciar o pedir ayuda.
- 3) **Calma o reconciliación o luna de miel.** En esta fase el agresor manifiesta que se arrepiente y pide perdón a la mujer. Utiliza estrategias de manipulación afectiva (regalos, caricias, disculpas, promesas) para evitar que la relación se rompa. La mujer a menudo piensa que todo cambiará. En la medida que los comportamientos violentos se van afianzando y ganando



terreno, la fase de reconciliación tiende a desaparecer y los episodios violentos se aproximan en el tiempo.

Esta etapa de arrepentimiento dará paso a una nueva fase de tensión y el ciclo se repetirá varias veces y, poco a poco, la última fase se irá haciendo más corta y las agresiones cada vez más violentas, tomando forma de espiral. Tras varias repeticiones del ciclo, esta última fase llega a desaparecer, comenzando la fase de tensión inmediatamente después de la de explosión violenta.

Según Walker (1984), el maltrato evoluciona en una escala ascendente en cuanto a la gravedad y la frecuencia de aparición de los actos violentos. Además, las conductas humillantes y las actitudes de desvalorización tienen también un carácter intimidatorio, de manera que la mujer queda así atrapada en un círculo violento, en donde las agresiones físicas y/o psicológicas se manifiestan de forma repetida e intermitente entremezcladas con actitudes y comportamientos de arrepentimiento o buen trato.

Sin embargo, aunque el ciclo de la violencia es muy frecuente en las relaciones de pareja donde se da maltrato, no se observa en todos los casos. Recientemente se ha descrito otra forma de relación violenta donde hay una situación continua de frustración y amenaza pero donde sólo de forma ocasional aparece la agresión física. Esta llamada «forma moderada de violencia» sería más difícil de detectar que las formas más severas de abuso (*Protocolo común para a actuación sanitario ante la violencia de género*).

Otros autores (Echeburúa y Corral, 1998; Sarasua y Zubizarreta, 2000), describen que las primeras reacciones de la víctima ante estos sucesos se caracterizan por sentimientos de humillación, vergüenza, preocupación y miedo, que facilitan la ocultación de los mismos. Con el paso del tiempo se produce una pérdida de control, confusión y sentimientos de culpa que, en muchas ocasiones y con la coraza del enamoramiento, dificultan que la propia víctima se reconozca como tal. Finalmente, el malestar emocional crónico, la percepción de pérdida de control y el



miedo a sufrir una segunda victimización desde el ámbito jurídico-penal e incluso desde el sociofamiliar, junto con otros factores personales, justifican la permanencia en el ciclo de la violencia.

A partir de sus investigaciones, Walker (1984) acuñó el término de Síndrome de la Mujer Maltratada para describir los síntomas psicológicos derivados de una relación de violencia. Según la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, existe incluso una definición técnica del síndrome de la mujer maltratada que consiste en:

Las agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el género masculino y femenino, situándola en una posición de subordinación al hombre y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona: maltrato en el seno de las relaciones de pareja, agresión sexual en la vida social y acoso en el medio laboral. (p. 42166)

Según la Teoría de los Costes y Beneficios, Pfouts (1978), basándose en el modelo de Thibaut y Kelley (1961), postula que la decisión de dejar una relación violenta depende de que el beneficio total de esa decisión sea mayor que el coste de permanecer en la relación, por lo que las respuestas de afrontamiento de la mujer víctima de violencia dependería del análisis de los costes y beneficios respecto a permanecer o abandonar la relación de maltrato.

La Teoría de la Unión Traumática de Dutton y Painter (1981) apela a las claves afectivas o emocionales que aparecen en el contexto del entorno traumático para explicar la ocurrencia de vínculos paradójicos entre víctima y agresor. Es decir, el desequilibrio de poder y la alternancia de refuerzos y castigos son los dos factores que provocan que las mujeres víctimas desarrollen un vínculo traumático con el agresor.



Entre las investigaciones que han tratado de arrojar luz sobre la ocurrencia de estos vínculos paradójicos entre víctima y agresor, Montero (2001) habla de un síndrome global, el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (SAPVD), que genera una reacción psicofisiológica y conforma una serie de modificaciones cognitivas ante un entorno traumático dentro de un contexto referencial, como es el ámbito de pareja.

Sus conclusiones se basan en que en no pocas ocasiones se observa que mujeres a quienes se supone independencia personal o económica y una posibilidad de acceso a recursos, continúan en las relaciones íntimas en las que sufren violencia. Estas mujeres que desarrollan actividades sociales o profesionales que sugieren a su entorno que no están paralizadas por el miedo, parecen sin embargo incapaces de denunciar a sus agresores, con quienes siguen conviviendo, y mucho menos de abandonar la relación.

En muchos casos, este tipo de mujeres de perfil social considerado independiente, comparten la reacción paradójica de desarrollar un vínculo afectivo gradualmente más fuerte con el agresor, llegando a asumir las excusas esgrimidas por el agresor tras cada episodio de violencia y aceptando sus arrepentimientos.

Desde esta perspectiva el síndrome es un mecanismo activo de adaptación habilitado para amortiguar y/o evitar la incidencia masiva de estresores amenazantes sobre la víctima.

Montero (1999) ha descrito el denominado Síndrome de Estocolmo Doméstico (SIES-d) y lo define como un vínculo interpersonal de protección construido entre la víctima y el agresor, dentro de un ambiente aislado de estímulos, a través de la inducción de un modelo mental de naturaleza cognitiva dirigido a la recuperación del equilibrio fisiológico y conductual de la víctima y la protección de la integridad psicológica.



Otros autores (Escudero, Polo, López y Aguilar, 2005a) proponen el Modelo de la Persuasión Coercitiva como otra teoría explicativa del mantenimiento de las mujeres en situaciones de violencia de género.

El modelo que desarrollan establece que en la violencia de género se producen una serie definida de estrategias de persuasión coercitiva cuya finalidad es perpetuar el control del maltratador sobre la víctima. Estas estrategias generan un progresivo estado de confusión de emociones, distorsión de pensamientos y paralización que dificultan que la mujer abandone la relación establecida por el sujeto maltratador.

La persuasión coercitiva como modelo explicativo del mantenimiento de la mujer en una situación de maltrato tiene una representación dispar en la bibliografía revisada. Su mención suele ser pareja al concepto de «lavado de cerebro».

La aplicación más completa del concepto de «control mental» o «persuasión psicológica» a la violencia de género se encuentra en un trabajo de Ramirez y Andersen (1985). Estas autoras describen una serie de estrategias coercitivas aplicadas en sectas como «una variación en el fenómeno del maltrato el cual fue inicialmente observado entre mujeres de bajos ingresos económicos».

En una acepción amplia, la persuasión coercitiva se distingue de otras formas de influencia, en que en la primera la persona destinataria es física o psicológicamente sometida a continuas situaciones de presión para su «desocialización».

Ramirez y Andersen (1985) describen varias «estrategias coercitivas» en la violencia contra la mujer: dominación desde las primeras fases de la relación por el hombre a través de actos psíquicos y físicos, malinterpretados por la mujer bajo la representación de «hombre con carácter»; aislamiento/aprisionamiento; escalada en el miedo y mantenimiento de éste; inducción de culpa; expresión contingente de «amor»; lealtad al agresor y autodenuncia (semejante al Síndrome de Estocolmo); promoción del sentimiento de incapacidad e indefensión (relacionado con la indefensión aprendida de Seligman (1975); expresión patológica de celos;



reforzamientos intermitentes a través de comportamientos que generan esperanza y exigencia de secreto.

En la Tabla 5 se exponen los modelos teóricos explicativos sobre los mecanismos psicológicos del maltrato y de cómo influyen en las repuestas paradójicas que producen en quienes lo experimentan:

Tabla 5
Modelos teóricos explicativos sobre los mecanismos psicológicos del maltrato

MODELO TEÓRICO	AUTORES	CONCEPTO
Teoría de la indefensión aprendida	Seligman, 1975	Se basa en la independencia de la conducta y sus resultados
Teoría del ciclo de la violencia	Walker, 1979	Establece una serie de etapas en las relaciones de malos tratos
Teoría de los costes y beneficios	Thibaut y Kelley, 1959	La decisión de dejar una relación violenta depende de que el beneficio total sea mayor que el coste
Teoría de la unión traumática	Dutton y Painter, 1981	El desequilibrio de poder y la alternancia de castigos y refuerzos son la base del vínculo traumático
Teoría del síndrome de adaptación paradójica	Montero, 1999	Explica la reacción paradójica por la que se establece cada vez un vínculo afectivo cada vez más fuerte con el agresor
Teoría de la persuasión coercitiva	Escudero, Polo, López y Aguilar, 2005a	Establece que en la violencia de género se desarrollan unas estrategias de persuasión coercitiva cuya finalidad es perpetuar el control del agresor sobre la víctima



3.2.4. Motivos para continuar en una relación de violencia de género

Tal y como ya se ha comentado, es muy común encontrar a mujeres que están siendo maltratadas y no finalizan con su relación, o bien mujeres que ya se han separado de su pareja y posteriormente deciden volver a la relación. De hecho, en los casos en los que definitivamente consiguen dejar a su pareja, generalmente ha habido previamente unos cinco intentos de ruptura (Barnett, 2000).

En las relaciones afectivas y sexuales muchas veces el resultado es tan dañino y perjudicial que parece que las personas actúan de modo irracional (Gómez, 2004). Por ello una de las cuestiones que con más frecuencia se plantea en la investigación sobre violencia de género es conocer los motivos que estas mujeres tienen para no abandonar la relación o retomarla.

Entre los motivos que exponen las mujeres para continuar en sus relaciones de violencia, hay que decir que igual que no existe un perfil único de víctimas de violencia de género, tampoco hay un motivo que incida en mayor medida que el resto en todos los casos o que aparezca en todos los casos de violencia de género (Melgar, 2009).

A continuación se exponen las causas que desde las investigaciones se han presentado como motivos por los cuales las mujeres maltratadas se mantienen en sus relaciones:

Dificultad para identificar la violencia

Es imposible que una mujer rompa con la situación de violencia que está viviendo si no es consciente de ello (Brown, 1997). Tal y como se ha comentado, la violencia suele empezar de forma tan insidiosa y sutil, que es muy frecuente que muchas mujeres no identifiquen las situaciones de violencia que viven hasta que no llega el maltrato físico, y cuando esto



sucede es posible que su capacidad de decisión y otras habilidades estén tan mermadas que se crean incapaces de tomar esa decisión.

Los hijos y las hijas

Uno de los motivos que con mayor peso esgrimen las mujeres para romper con la violencia es tener hijos o hijas. La tradicional creencia de que los menores han de criarse con un parento, unida a la presión social que suele ejercer el resto de la familia extensa, la sociedad y, en ocasiones, los propios menores, cuando no han presenciado el maltrato hacia su madre de forma habitual, se convierten en causas muy relevantes para no dar el paso. Cuando hay menores la ruptura supone un cambio vital mucho más importante, sobre todo en aquellos casos en los que las mujeres deber ser alojadas en recursos de alojamiento.

Por otro lado, existen determinadas barreras legales, como el miedo a que les retiren la custodia o a no percibir la pensión correspondiente (unida a la dependencia económica), que incrementan la incertidumbre ante su futuro y el de sus menores, y disminuyen la probabilidad de tomar la decisión de acabar con la violencia.

Recursos económicos insuficientes

El fenómeno de feminización de la pobreza supone la existencia de altos índices de pobreza entre la población femenina y es un hecho que cada vez se comenta con más frecuencia desde diversos ámbitos. Si tradicionalmente las mujeres han dispuesto de menos oportunidades de promoción en el terreno económico y productivo, en el caso de las mujeres víctimas de violencia está situación se agudiza aún más. De hecho, el control económico y poner obstáculos para conseguir metas profesionales suelen ser estrategias utilizadas con mucha frecuencia por los agresores para controlar a sus mujeres. Es muy frecuente, tal y como expone Izquierdo (1998), que los malos tratos sucedan en condiciones sociales de dependencia, en los que la mujer no tiene ingresos propios o, si los tiene, no son suficientes para satisfacer sus necesidades y las de sus hijos e hijas. La precariedad y la



dependencia económica sitúan a la mujer en una posición de mayor vulnerabilidad ante la violencia, haciéndole más difícil salir de esa situación.

Falta de apoyo social

Resulta fundamental el apoyo familiar y social para abandonar una relación de violencia, para evitar posibles recaídas y para superar las secuelas del maltrato. El hecho de que la familia extensa conozca la situación de violencia y apoye la decisión de la mujer, e incluso la anime a dar el paso, es de una importancia crucial en el proceso de superación de la violencia. Cuando las mujeres no obtienen este apoyo familiar, son juzgadas o se encuentran con trabas para dar el paso de la separación, es mucho más difícil que la lleven a cabo. Por otro lado, la falta de apoyo profesional y de recursos es otra de las grandes limitaciones para salir de su situación.

Las presiones del maltratador

Cuando una mujer víctima comunica a su agresor que quiere dejar la relación, éste suele utilizar diferentes estrategias para intentar hacerla cambiar de opinión. Habitualmente no lo hace a través de tácticas nuevas, sino de reacciones que están en concordancia con sus comportamientos previos y el trato que ha mantenido con su mujer hasta ese momento, pero que se incrementan en intensidad (Melgar, 2009). Es muy frecuente que intenten infundir temor explicando las consecuencias que puede tener para ella la separación, y que a través de amenazas sobre ataques o represalias consiga que la mujer desista en su decisión. Uno de las razones más poderosas para que una mujer no abandone una relación es el miedo, emoción que en la mayor parte de las ocasiones se basa en razones bien fundadas, como las amenazas de muerte hacia ella o en contra de otras personas cercanas a ella. El punto de máximo riesgo físico para la mujer suele ser el momento de la separación, cuando la mujer se rebela y cuando el varón se da cuenta de que la separación es algo inevitable (Echeburúa y Corral, 1998). De hecho, cuando el abandono de la relación se une a los malos tratos habituales y a los celos por parte del agresor, es cuando la



violencia se vuelve más letal para las mujeres (Garrido, 2001). En muchos casos, la finalización de la relación no lleva consigo acabar con la violencia, pues muchos hombres aumentan sus agresiones y presiones, y este incremento en algunos casos tiene como trágico desenlace el asesinato de la mujer.

Por otro lado, el agresor también puede amenazar con desprestigiar a la mujer públicamente, utilizando el conocimiento que tiene de ella, explicando detalles de su relación y utilizando descalificaciones de manera continua en los círculos habituales de la mujer, con la finalidad de dañarla psicológicamente y ejercer presión para que no la abandone. Es importante tener presente que en la mayor parte de los casos para las mujeres maltratadas resulta muy humillante hacer pública su condición de víctima de violencia, y les resulta muy vergonzoso.

Asimismo, otra de las estrategias más efectivas para impedir la ruptura es amenazar con quitarle la custodia de sus hijos/as, volverlos en su contra o transmitirle que les va a hacer daño, no sólo a ellos si no a otras personas queridas para ella.

Los propios sentimientos de la mujer

Los abusos que sufre una mujer en la relación violenta tienen un alto coste para ella. Es muy frecuente que la autoestima esté tan dañada que se crean merecedoras de lo que les pasa y se vean incapaces para dar el paso de salir de esa situación.

También es muy habitual la racionalización de la violencia, que supone una reinterpretación de las situaciones violentas con el fin de neutralizarlas a través de un proceso de distorsión de la realidad y autoengaño con el fin de poder justificar su permanencia en la relación(Towns & Adams, 2000).Otras mujeres ponen como excusa estar enamoradas de sus parejas y mantienen una visión idealizada del amor que las llevan a sostener una serie de mitos que se alejan completamente de la realidad, –el amor lo puede todo, si le quiero, tengo que aguantar, quién bien te quiere te hará llorar, etc.– tal y como se muestra en uno de los apartados previos de este capítulo.



En muchos casos, las mujeres también se suelen autoengaños con la vana esperanza de que su pareja cambie y que vuelva a ser como era en los más o menos escasos momentos en los que no tenía ese comportamiento violento (LaViolette & Barnett, 2000; Walker, 1979). Esto sucede porque las mujeres se crean una imagen distorsionada de su pareja y establecen una división entre cuando es “el bueno y el malo”, llegando a creer que cuando las agrede no es él realmente. Asimismo, muchas mujeres llegan a pensar que ellas pueden contribuir a que su marido cambie, que pueden ayudarlo e incluso que es su responsabilidad.

Otras mujeres sienten una gran ambivalencia por el rol que se les ha otorgado como tales, relacionado con los estereotipos y mandatos de género, en el que se las hace responsable de la unidad y bienestar familiar, y por tanto, del posible fracaso de ésta. Esto las lleva a tener sentimientos contradictorios de forma continua sobre si deben poder fin a su relación y dejar de aguantar el maltrato, o continuar y seguir con su falsa estabilidad cotidiana por el bien de la familia y porque es su papel como madre y mujer. Además, es muy común que sientan lástima hacia al agresor, pensando que si lo abandonan él no sabrá ocuparse de sí mismo, lo que lleva consigo una gran sentimiento de culpa. Pero el sentimiento de culpa no sólo viene derivado de esta situación, si no por creer que todo lo que sucede a su alrededor es responsabilidad suya y no lo pueden evitar.

En cuanto a la reincidencia o la vuelta con el agresor, existen pocas investigaciones que intenten explicar las causas de por qué muchas mujeres víctimas retoman la relación después de haber conseguido separarse, tal y como ya se ha comentado es bastante frecuente. En una investigación realizada por Gondolf y Fisher (1988) con mujeres que habían roto en varias ocasiones su relación de violencia encontraron que más de la mitad de ellas había vuelto con el agresor por razones económicas, ser amenazada y acosada por el maltratador, ser animada por su familia para reconciliarse, sentirse culpable y estar enamorada. Los argumentos que exponen en estos casos son muy similares a los motivos que manifiestan para no abandonar la relación de violencia, aunque sería interesante proponer estudios en esta



línea y tener un mayor conocimiento sobre estos motivos, para poder articular estrategias de intervención eficaces que posibiliten que las mujeres superen sus relaciones de violencia de forma definitiva, una vez dado el paso de la separación, que es el más difícil.

En este capítulo se ha pretendido hacer un recorrido por los principales modelos teóricos explicativos de la violencia de género, si bien, como se comenta al principio del mismo, ninguno ellos resulta suficiente para recoger totalmente la complejidad de fenómeno. En cualquier caso, resulta fundamental tener presente que independientemente del modelo teórico explicativo del que se parta para entender este tipo de violencia, no se puede obviar la importancia de su comprensión desde un punto de vista que no integre la perspectiva de género y el análisis de las diferencias en la socialización diferenciada entre mujeres y hombres.



CAPÍTULO 4

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO Y PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA

Las consecuencias que se derivan de la violencia de género abarcan un complejo de factores difíciles de determinar por las particularidades del fenómeno en sí, ya que aunque existen características comunes en sus casusas, manifestaciones y consecuencias, el resultado final está mediatisado por las singularidades de cada caso y puede ser contemplado desde distintos puntos de vista: social, jurídico, de la salud, y psicológico. Las diferentes posiciones están necesariamente relacionadas, tal y como se verá a continuación, porque las repercusiones de cualquiera de estos ámbitos influyen en el resto.

En la primera parte de este capítulo se explican las consecuencias generales de la violencia desde los distintos puntos de vista (social, jurídico y de la salud) que influyen en la salud psicológica de las mujeres víctimas de violencia de género. La segunda parte está dedicada a los principales trastornos psicológicos que sufren las mujeres que se exponen a este tipo de maltrato, como frutos del mismo.



4.1. Consecuencias de la violencia de género desde un punto de vista social

A nivel social, es difícil encontrar referencias bibliográficas que muestren como afecta la violencia de género en esta parcela de la vida de las mujeres que la sufren, aunque la experiencia de profesionales que trabajan en este ámbito, testimonia que el aislamiento social y familiar, la dificultad para acceder a actividades gratificantes, las cargas familiares, las dificultades para el acceso al empleo, la exclusión social, las dificultades económicas, la repercusión sobre los menores, los cambios de lugar de residencia, etc., son una constante en su vida, y en la de sus hijos e hijas, y tienen graves consecuencias en su salud y su calidad de vida.

Las consecuencias de la violencia de género en las mujeres, en todos los ámbitos, pero especialmente desde un punto de vista social, están claramente relacionadas con los procesos de invisibilización y naturalización de la violencia, ya comentados en el capítulo 2.

Según las investigaciones de campo de Melgar (2009), las mujeres manifiestan cómo algunas de las interacciones con el entorno familiar han supuesto una “normalización” de relaciones en las que las que son sometidas o maltratadas. Esta normalización puede darse a través de la observación de las relaciones violentas que se dan en la propia familia o a través de otro tipo de aprendizajes como son la desigualdad de la mujer, la dominación del hombre y otros que vinculan amor con violencia y que también pueden tener una influencia negativa para situarlas en una situación de vulnerabilidad frente al varón. Cuando sucede esta situación de naturalización en el ámbito familiar es muy posible que la mujer no detecte el grado de violencia a la que está expuesta (le resulta invisible) y, por tanto, no ponga los medios para romper con esa situación. Asimismo, en las familias en las que la violencia está naturalizada es muy difícil encontrar el apoyo necesario para conseguir salir de esa situación, e incluso puede ser frecuente encontrar impedimentos para ello.



Por otro lado, el aislamiento al que las suele someter el agresor, sobre todo de aquellas personas que considere que pueden ser una fuente de apoyo, se convierte en un obstáculo más.

En relación al círculo de amistades la situación es similar. En la mayor parte de los casos suele suceder que la historia de violencia que vive una mujer no sea conocida por su círculo de amistades en toda su dimensión y, cuando se conoce, el efecto positivo que estos pueden ejercer suele ser minimizado por el agresor a través del aislamiento de las víctimas en la mayoría de las ocasiones. De igual manera, se suele considerar un problema íntimo, de pareja, en el que no hay que meterse y la actitud que se adopta es acorde con el refrán “los trapos sucios se lavan en casa”, y se suele mirar hacia otro lado.

También puede suceder que las personas cercanas se encuentren impotentes ante la situación de maltrato y no sepan cómo actuar para ayudar a la víctima, bien porque ésta no se reconoce como tal, o porque ante posibles intentos hayan obtenido una respuesta negativa de no aceptación o de alejamiento, por miedo a las represalias o por temor a que cualquier indicio de ayuda que pueda percibir el agresor ponga en una situación de mayor riesgo a la víctima. Los motivos pueden ser muy diversos, pero lo que sí está claro es que cuando existe una falta de reconocimiento por parte de la mujer del maltrato que sufre y/o una situación de aislamiento resulta muy complicado encontrar y ofrecer el apoyo adecuado para salir de la violencia.

Por tanto, son muchos los factores, entre los que destaca el aislamiento, los que hacen que las mujeres maltratadas a menudo experimenten una carencia de apoyo social y les resulte muy complicado encontrar apoyo en su ambiente más cercano.

En este sentido, señalar que existe evidencia empírica de que la escasa calidad de las relaciones sociales se asocia con problemas de salud y de que las personas aisladas socialmente tienen mayores tasas de mortalidad y morbilidad (Cohen & Syme, 1985; House, Kahn, McLeod & Williams, 1985). En contraposición, otros estudios informan de que el apoyo social influye en los indicadores positivos de



salud, habiéndose encontrado en diversos estudios que se asocia con el bienestar percibido (Barnett & Gotlib, 1988; Cohen & Syme, 1985; Davis, Morris & Kraus, 1998).

Pero además de necesitar el apoyo emocional de las personas más significativas o allegadas a ella, en muchas ocasiones también precisa información y apoyo instrumental, tal como la asistencia económica, legal y un lugar donde refugiarse de los ataques del agresor (Hobfoll, 1986).

En relación al apoyo institucional, aunque se desconoce el dato con exactitud, el porcentaje de mujeres que solicita ayuda fuera de su círculo familiar y de amistades es bastante reducido. El desconocimiento sobre los recursos existentes, el miedo a contar lo que les sucede, y en ocasiones a perder el anonimato que les proporciona el silencio, la vergüenza de relatar su situación, y otros motivos, son importantes obstáculos para buscar ayuda institucional. Pero quizás, uno de los mayores hándicaps que experimentan las mujeres víctimas de violencia a la hora de pedir ayuda es el miedo a no ser creídas o a ser juzgadas.

También puede suceder que los servicios sociales, de atención a la mujer, u otros recursos especializados en este ámbito, hayan sido ineficientes por diferentes razones. Haber tenido experiencias previas negativas en este tipo de recursos (o en otros como el sistema policial o judicial) provoca en las mujeres maltratadas una gran desconfianza en el sistema y en las posibilidades que éste les ofrece para ayudarlas. A veces la falta de sensibilización de profesionales de atención a mujeres víctimas, la descoordinación entre los distintos recursos y el hecho de tener que relatar una y otra vez lo que les sucede las instala en una situación de victimización secundaria. Por otro lado, el acceso a los recursos no siempre es fácil por la escasez de servicios o por las propias dificultades de las mujeres para acceder a ellos (cargas familiares, dificultades desplazamiento, barreras idiomáticas, control por parte del agresor, etc.).



Otra de las consecuencias de la complejidad del fenómeno de la violencia de género es la dificultad real para proporcionar respuestas y soluciones satisfactorias a las necesidades y demandas que presentan las mujeres víctimas, por la enrevesada problemática que presentan. Esto conlleva, desde el punto de vista de la intervención especializada, tener que ajustar expectativas de forma constante entre sus necesidades y las posibles alternativas de solución. Cuando una mujer víctima de violencia decide solicitar ayuda, en muy pocas ocasiones, en primera instancia y a corto plazo, va a percibir que la situación es favorable para ella y para sus hijos e hijas. Tal y como se comenta al comienzo de este apartado, cualquier decisión que tome con respecto a su vida va a conllevar una serie de consecuencias difíciles de afrontar: enfrentarse a la persona con la que ha estado vinculada íntimamente y que le genera una gran temor, la pérdida de su estatus social, el miedo a la evaluación y a la falta de comprensión, entrar en un proceso judicial, la incertidumbre sobre su futuro, etc. En los casos más graves, la pérdida de empleo, una mayor precariedad económica, “esconderse” en una nueva residencia donde no pueda ser encontrada y ponerse en una mayor situación de riesgo cuando el agresor no acepta la separación.

4.1.1. Triples discriminaciones

En cualquier caso, el impacto de la violencia de género en las mujeres víctimas tiene un amplio abanico de consecuencias sociales, además de las aquí recogidas, que dependen de las características de cada caso y que se suelen agravar en aquellas situaciones en las que las mujeres son especialmente vulnerables. Este es el caso de las mujeres con algún tipo de discapacidad física o psicológica, mujeres con trastorno mental y/o con adicciones, mujeres mayores de edad, mujeres inmigrantes o mujeres con especiales dificultades de acceso a los recursos de apoyo como son las mujeres de los ámbitos más rurales, y en general, las mujeres en riesgo de exclusión social. En cualquiera de estos ámbitos la discriminación es triple, por ser mujer, por ser víctima y por estar en cualquiera de estas situaciones.



Dado que cualquiera de estas situaciones requieren de un análisis preciso de causas y consecuencias, por razones prácticas sólo se ofrece una visión general de estas circunstancias que complican aún más el problema de la violencia contra las mujeres, pero es necesario incidir en la importancia de profundizar en el estudio de las mismas y en la búsqueda de soluciones adecuadas, ya que el sufrimiento y la vulnerabilidad de las mujeres en estas situaciones y la invisibilidad de las mismas poder ser todavía mayor que en el resto de los casos.

En el caso de las mujeres con discapacidad física la falta de autonomía y el miedo a no tener quién las cuide son un gran obstáculo a la hora de pedir ayuda. Las mujeres con discapacidad psíquica, con trastorno mental o con problemas de adicción se enfrentan a la falta del reconocimiento de la violencia que viven por parte de su círculo más cercano, de los y las profesionales e incluso de ellas mismas, debido a su sintomatología o a los propios procesos mentales, a la escasa credibilidad que se les atribuye, al rechazo y al estigma social y a la falta de apoyo, como factores más comunes. En relación a las mujeres mayores las dificultades para poner fin a su situación se incrementan, por su propio sistema de creencias, por el miedo al juicio social, por la incertidumbre respecto a su futuro y la falta de expectativas de vida. Por último, en el caso de las mujeres inmigrantes los factores culturales sobre el rol de la mujeres, el miedo a las consecuencias de las denuncia (pueden pensar que las van a repatriar o incluso al agresor, que en ocasiones es el único sustento económico), la incertidumbre y las dificultades con el idioma las sitúan en una situación de especial vulnerabilidad.

En todos estos casos, la capacidad del sistema para dar respuesta a estas situaciones es muy limitada. En primer lugar por invisibilidad y la falta de reconocimiento de estas situaciones y en segundo lugar, por la escasez de recursos económicos destinados a atender estos casos y por la falta de recursos específicos adaptados a cada una de las problemáticas.

El consumo de psicofármacos, alcohol y de drogas ilegales en mujeres maltratadas es otras de las cuestiones que merece una especial atención, tanto como factor de



riesgo como consecuencia. Un estudio longitudinal de Testa, Livingston y Leonard (2003), encontró que las mujeres que consumen drogas ilícitas tienen más riesgo de sufrir violencia de pareja con posterioridad. Asimismo, el consumo de drogas ilícitas está relacionado con una mayor probabilidad de ser maltratadas en nuevas relaciones de violencia.

Por otro lado, las mujeres víctimas de violencia de género pueden recurrir al consumo de sustancias adictivas (alcohol, psicofármacos o drogas) a modo de estrategia de afrontamiento del sufrimiento experimentado. Según un estudio de Gutierrez y Van Puymbroeck (2006) el porcentaje de víctimas que consumen drogas abusivamente oscila entre el 4% y el 40% de las mujeres que acuden a programas de tratamiento de violencia doméstica y a casas de acogida para víctimas. La explicación a este hecho es que el consumo de sustancias supone un alivio a corto plazo del malestar emocional, pero, sin embargo, a la larga puede ser causa de un agravamiento de la situación de la víctima (p. ej., mayor vulnerabilidad ante la victimización, problemas de dependencia de sustancias, etc.).

Asimismo, el consumo excesivo de medicamentos, sobre todo de analgésicos y de psicofármacos (ansiolíticos, hipnóticos o antidepresivos), recetados por el médico o, más frecuentemente, consumidos en forma de autoterapia, puede responder a un intento de superar el malestar físico o emocional generado por una situación de estrés crónico (Echeburúa y Corral, 1998).

El abuso de alcohol es mucho más frecuente en mujeres maltratadas que en el resto de la población femenina. Según Golding (1999), la tasa de prevalencia media puede situarse en el 18,5% (rango entre el 6,6% y el 44%), que está muy por encima de la media de la población normativa (del 4% al 8%) (Kessler et al., 1994).



4.2. El sistema judicial

Desde el punto de vista jurídico, la Ley 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género ha supuesto un gran avance en la lucha contra esta lacra, ya que contempla en un mismo instrumento legal medias civiles y penales para proteger a las mujeres víctimas de este tipo de violencia. La denuncia y el proceso judicial suponen una gran ansiedad para las mujeres al tener que demostrar ante los ámbitos policial y jurídico la veracidad de su testimonio, en la mayor parte de las ocasiones con escasas pruebas. Asimismo, el desconocimiento y el desconcierto que supone enfrentarse a un proceso judicial, con la carga adicional que supone el hecho de que sea contra la persona con la que ha mantenido un vínculo emocional, amoroso y familiar, tiene enormes consecuencias en la estabilidad psicológica de estas mujeres.

La interposición de una denuncia por maltrato, desde el punto de vista civil conlleva procesos de separación, problemas con la custodia y las medidas del régimen de visitas, de pérdida de poder económico, etc. Desde el punto de vista penal, para la mujer supone enfrentarse a un proceso judicial en el que siendo la víctima se ve obligada a demostrar su inocencia, en muchos casos con pruebas inconsistentes por la dificultad de probar las violencias psicológicas, y en ocasiones, ante profesionales con poca o ninguna sensibilidad ante esta problemática. Asimismo, las mujeres que dan este paso deben afrontar la incertidumbre que le provoca todos los aspectos que tienen que ver con el proceso judicial en sí: la denuncia, el parte de lesiones cuando procede, la solicitud de una orden de protección y las consecuencias de la misma, la designación de un abogado del turno de oficio, el juicio rápido, el incremento del riesgo que se produce tras la denuncia, el contacto con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, etc.

A pesar del indiscutible avance que ha supuesto desde un punto de vista jurídico la Ley Orgánica 1/2004 de Protección Integral contra la Violencia de Género, cabe señalar que ha supuesto una fuerte institucionalización del problema.



En muchos casos, la visión que se tiene en el sistema judicial del problema de la violencia de género en relación al tratamiento que se da en los servicios especializados dista mucho y eso conlleva, en ocasiones, a interpretaciones bastante dispares de una misma situación.

Profesionales del ámbito de la judicatura recomiendan a las mujeres víctimas cada vez con más frecuencia que antes de enfrentarse a un procedimiento judicial cuenten con asesoramiento especializado previo para ajustar expectativas sobre las consecuencias de interponer una denuncia y entiendan previamente como se desarrolla este proceso y cuál puede ser el resultado final, con la finalidad de que puedan valorar a priori a lo que se enfrentan.

Tal y como señala Carbadillo (2010), la ley está para proteger los derechos de las mujeres que sufren este tipo de violencia, sin embargo, no todas se enfrentan al problema de la misma forma, ni todas quieren resolverlo por la vía judicial, quieren denunciar o quieren que se les aplique el mismo tipo de medidas. Resulta muy complicado procurar en un mismo instrumento jurídico soluciones que recojan la complejidad cada una de las situaciones y respondan a las demandas de quienes están en circunstancias más o menos vulnerables.

4.3. El impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres

Desde el punto de vista de la salud de las mujeres, la violencia de pareja del hombre contra la mujer fue declarada en 1996 por la WHO como un problema de salud pública dada su elevada incidencia a nivel mundial y las graves consecuencias que conlleva para las mujeres, las familias y la sociedad en general (World Health Organization, 1996; Krug et al., 2002).



Durante las tres últimas décadas ha habido un incremento en el número de estudios, principalmente de tipo transversal, dirigidos a conocer el impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres (Dutton, 2006; Martínez, García-Linares & Pico-Alfonso, 2004).

Además de las lesiones producidas por la violencia física, la bibliografía muestra consistentemente que sus víctimas padecen, en comparación con las que no la sufren, más problemas crónicos de salud como fibromialgia, trastornos gastrointestinales, como el síndrome de colon irritable y ginecológicos como enfermedades de transmisión sexual, así como trastorno por estrés postraumático, ansiedad y trastornos depresivos, entre otros (Bradley, Smith, Long & O'Dowd, 2002; Heise, Ellsberg & Gottemoeller, 1999; Jacobson & Richardson, 1987; Richardson et al., 2002). El amplio rango de trastornos asociados al maltrato conlleva un mayor uso por parte de estas mujeres de diferentes servicios sanitarios, desde los cuales se puede desempeñar un papel crucial para ayudar a estas mujeres y remitirlas a los recursos asistenciales pertinentes (Plazaola y Ruiz, 2004).

El hecho de ser víctima de violencia de género supone en la mayoría de los casos una situación estresante de larga duración, en la que son muy frecuentes los sentimientos de incontrolabilidad e indefensión. (Amor, Echeburúa, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Matud, 2004; García-Linares, Sánchez-Lorente, Coe & Martínez, 2004). Dicha exposición prolongada en el tiempo genera en el organismo una respuesta fisiológica mantenida con el consiguiente deterioro en el estado general de salud, en la salud física y en la salud mental de las mujeres víctimas (Campbell, 2002; Blanco et al., 2004; Ellsberg et al., 2008), suponiendo una disminución en su calidad de vida.

La mayoría de los estudios se han centrado en el impacto sobre la salud mental, siendo menos frecuentemente abordado el impacto sobre la salud física y relativamente poco investigado el impacto sobre otros sistemas (Martínez et al., 2004; Dutton et al., 2006).



En relación a las lesiones físicas, los efectos más visibles del maltrato son heridas de diversa magnitud, traumatismos, fracturas, quemaduras, lesiones en distintas partes del cuerpo (Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria, 2003). Según Lorente Acosta (2001), la distribución de las lesiones suele ser más habitual en la cabeza, la espalda y el pecho de la mujer, ya que los agresores tienden a golpear aquellas partes del cuerpo de la mujer que no están expuestas para no dejar huellas visibles de la agresión, sin embargo estas lesiones pueden producir daño en los órganos internos.

Muchas de las enfermedades o problemas médicos que experimentan las mujeres maltratadas suelen ser psicosomáticos, derivados del su estado psicológico, debido a la situación de estrés crónico o de vulnerabilidad psicológica a la que se encuentran sometidas, siendo una de las consecuencias más comunes de este tipo de violencia los llamados trastornos funcionales (Labrador y Alonso, 2005-2006).

En cuanto a la salud general, los estudios indican que las mujeres golpeadas experimentan más dolores de cabeza, dolores musculares o en las articulaciones, problemas gastrointestinales o abdominales, trastornos del sueño y la alimentación, problemas menstruales, disfunciones sexuales, infecciones vaginales y urinarias, enfermedades de transmisión sexual, trastornos somáticos, exacerbación de enfermedades crónicas como diabetes, asma y/o hipertensión etc. (Torres, 2001; Campbell, 2002; Lorente, 2001; Redondo, 2004; Thompson, Kaslow, Kingree, Thompson & Meadows, 1999; Walker, Newman, Koss & Bernstein, 1997).

Asimismo, las mujeres víctimas de violencia de género suelen presentar más problemas en su salud sexual y reproductiva. Según Campbell (2002), si se compara la presencia de problemas físicos entre mujeres maltratadas y no maltratadas, encontraron entre un 50% y un 70% más de probabilidades de tener problemas ginecológicos, en el sistema nervioso central, y relacionados con el estrés, en mujeres que han sufrido maltrato.



En algunos casos, las consecuencias más extremas de este tipo de violencia pueden conducir a la muerte, bien sea por las agresiones producidas por el maltratador (Lorente, 2001), o porque muchas mujeres pueden decidir acabar con su propia vida, aunque este dato es muy difícil de determinar. Estudios realizados en Australia, Canadá, Israel, Sudáfrica y Estados Unidos, indican que entre un 40% y un 70% de las mujeres fueron víctimas asesinadas por sus parejas o exparejas en el contexto de relaciones abusivas (Krug et al., 2002).

En resumen, más allá del impacto psicopatológico en las víctimas de violencia de pareja, hay una disminución de su calidad de vida y un deterioro en sus condiciones de salud (ver Tabla 6), con un mayor número de problemas psicosomáticos y con un aumento en la frecuencia de las consultas al médico de familia (Campbell, 2002; Woods & Wineman, 2004). Es más, la violencia de pareja es el tercer factor que, tras la diabetes y los problemas en el parto, más pérdida de años de vida saludable supone en la mujer (Labrador et al., 2004; Lorente, 2001).

Tabla 6
Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género

CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD DE LAS MUJERES

1. CONSECUENCIAS FATALES

- a. Muerte por homicidio o suicidio

2. CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA

- a. Lesiones diversas: contusiones, traumatismos, heridas, quemaduras,..., que pueden producir discapacidad
- b. Deterioro funcional
- c. Síntomas físicos inespecíficos
- d. Peor salud



3. CONSECUENCIAS EN CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD

- a. Dolor crónico
- b. Síndrome del intestino irritable
- c. Otros trastornos gastrointestinales
- d. Quejas somáticas

4. CONSECUENCIAS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

- a. Por relaciones sexuales forzadas: pérdida del deseo sexual, trastornos menstruales, enfermedades de transmisión sexual, sangrado y fibrosis vaginal, dispareunia, dolor pélvico crónico, infección urinaria, embarazo no deseado,...
- b. Por maltrato durante el embarazo: hemorragia vaginal, amenaza de aborto, muerte fetal, parto prematuro, bajo peso al nacer,...

5. CONSECUENCIAS EN LA SALUD PSÍQUICA

- a. Depresión
- b. Ansiedad
- c. Trastornos del sueño
- d. Trastorno por estrés postraumático
- e. Trastornos de la conducta alimentaria
- f. Intento de suicidio
- g. Abuso de alcohol y drogas

6. CONSECUENCIAS EN LA SALUD SOCIAL

- a. Aislamiento social
- b. Pérdida del empleo
- c. Absentismo laboral
- d. Disminución del número de días de vida saludable

7. CONSECUENCIAS EN LA SALUD DE LAS HIJAS E HIJOS

- a. Riesgo en la alteración de su desarrollo integral
- b. Sentimientos de amenaza
- c. Dificultades de aprendizaje y socialización
- d. Adopción de comportamientos de sumisión o violencia con sus compañeros o compañeras



- e. Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas
- f. Con frecuencia son víctimas de maltrato por parte del padre
- g. Violencia transgeneracional con alta tolerancia a situaciones de violencia
- h. La violencia puede también afectar a otras personas dependientes de la mujer que viven con ella

4.4. Consecuencias psicológicas de la violencia de género

Previamente a la profundización es este apartado, es necesario recordar que las necesidades de la salud mental de la mujeres no pueden ser adecuadamente comprendidas sin entenderla forma en que están vinculadas a la condición desigual de la mujer en la sociedad, siendo en muchos casos la circunstancia que las provoca. Tal y como se ha comentado, el género es una condición y un estado de desigualdad social, alrededor del cual se construyen todo un conjunto de supuestos y prácticas sociales. Ver la salud mental de las mujeres, desde el enfoque de género es necesario, tanto para la comprensión de los problemas de salud mental a los que más a menudo se enfrentan las mujeres, como para comprender y poder dar respuesta a las condiciones particulares de vida de las mujeres y el impacto de estas condiciones en su salud física y en su bienestar mental.

En las últimas décadas se ha producido un aumento considerable de las investigaciones sobre la violencia contra las mujeres por parte de sus parejas, a partir de su reconocimiento como un grave problema social debido a su alta incidencia y a la gravedad de las consecuencias que sobre la vida y la salud física y psicológica de sus víctimas conlleva (Patró, Corbalán y Limiñana, 2007).

La investigación llevada a cabo en las últimas tres décadas ha llevado a considerar a la violencia de género como una experiencia potencialmente traumática, capaz de



producir toda una constelación de sintomatología psicológica (Patró et al., 2007). Si bien cualquier victimización puede producir efectos psicológicos, en el caso de las mujeres maltratadas por su pareja el impacto de ésta se incrementa debido a las siguientes características: la violencia a menudo consiste en una combinación de actos abusivos de tipo físico (empujones, bofetadas, patadas, puñetazos, golpes con o contra objetos, agresiones con armas,...), psicológico (insultos, desprecios, humillaciones, aislamiento, conductas de control, amenazas,...) y/o sexual (mediante la fuerza física, bajo amenaza o por temor a represalias), suele tener un carácter progresivo y crónico, se produce de forma repetitiva e intermitente, ocurre dentro del propio hogar y por aquella persona con la cual se convive diariamente (Follingstad, Neckerman & Vormbrock, 1988; Herman, 1992b, 1997, 2004).

La mayor parte de los procesos psicológicos que se derivan del impacto de la violencia de género tienen una evolución patológica debido a la naturaleza traumática del contexto. Algunos de estos procesos constituyen categorías diagnósticas reconocidas en la psicopatología, siendo clínicamente observados y tratados, aunque en muchas ocasiones sin reconocer completamente las complejas estructuras del problema real (Montero, 2001). Asimismo, esta violencia está asociada a una sensación de amenaza a la vida y al bienestar emocional por las graves implicaciones psicológicas que produce. Por ello, constituye un factor de riesgo para la salud mental, tanto a corto como a largo plazo, tal y como ha quedado demostrado en numerosos estudios (véase Amor, Bohórquez y Echeburúa, 2006; Soler, Barreto y González, 2005).

Asimismo, cabe señalar respecto a las consecuencias psicológicas de este tipo de violencia, que es necesario distinguir aquellas que se producen inmediatamente después de la agresión de aquellas derivadas de una violencia crónica (Vizcarra, 2011). Los estudios demuestran que el maltrato psicológico continuado sin lesiones físicas resulta más incapacitante para el funcionamiento habitual de la mujer (Echeburúa, 1994). Según este autor, el daño psíquico es mayor porque se relaciona con tres elementos clave: 1) la amenaza a la propia integridad psicológica, 2) la “pérdida” violenta del ser amado, y 3) la percepción del daño como intencionado.



Según Golding (1999), el maltrato genera diversas reacciones emocionales como ansiedad, desesperanza, miedo al pasado y al futuro, incapacidad, inseguridad, culpa y devaluación y estrés permanente que afectan gravemente a la salud psicológica de las mujeres que sufren violencia, a través de las desvalorización que hacen de sí mismas y la debilitación de sus autoestima.

En el campo de estudio de la violencia contra la mujer, las relaciones entre síntomas depresivos y las variables referidas a la situación de maltrato y al contexto han sido ampliamente estudiadas por distintos autores, habiendo recibido mucha menos atención el estudio del papel desarrollado por las variables de personalidad. La gravedad de los síntomas de depresión en muestras de mujeres maltratadas ha sido asociada a una mayor frecuencia, severidad, duración y combinación de tipos de maltrato, con el tiempo transcurrido desde el cese de la violencia, así como con un menor apoyo social recibido por la mujer (Campbell, Kub & Rose, 1996; Campbell, Sullivan & Davidson, 1995; Cascardi & O'Leary, 1992; Michell & Hodson, 1983; Patró, Limiñana y Corbalán, 2004; Villavicencio y Sebastián, 1999b). Estudios como el de Dutton (1992) o Nurius, Furrey y Berliner (1992) señalan, en el mismo sentido, la influencia del nivel de estresores adicionales a la hora de valorar el ajuste psicológico de las mujeres víctimas de violencia en la pareja, puesto que se ha observado que la situación de maltrato a menudo produce la aparición de otras situaciones estresantes adicionales (violencia sobre los hijos, reducción del rendimiento laboral o pérdida del trabajo, problemas de salud, conductas de acoso tras la ruptura, problemas legales relacionados con la separación y custodia de los hijos, problemas económicos, etc.), que contribuyen a reducir la capacidad de la mujer para hacer frente a la situación de maltrato y repercute en su nivel de ajuste psicológico.

Dentro del estudio del impacto psicológico de las experiencias traumáticas existe consenso en señalar una serie de factores principales que pueden exacerbar o mitigar la respuesta individual ante una experiencia potencialmente traumática: a) características de la situación o evento sufrido (tales como su naturaleza, severidad y duración); b) características individuales de la víctima (nivel de desarrollo,



características de personalidad o historia psicopatológica); y c) características del contexto que rodea a la víctima (apoyo social previo y posterior al acontecimiento y eventos estresantes adicionales) (Carlson & Dalenberg, 2000; Green, Wilson & Lindy, 1985). Estos factores mediadores también se encuentran presentes en los modelos de estrés-salud, donde las variables de personalidad y el apoyo social son consideradas como variables o recursos del individuo, desempeñando un papel mediador entre el estrés y el bienestar psicológico a través de su influencia en el proceso de afrontamiento y, en tanto que antecedentes, constituirían un índice de los recursos o de la vulnerabilidad potencial de un individuo ante acontecimientos estresantes (Sánchez-Cánovas y Sánchez-López, 1994, 1999).

En resumen, los estudios existentes ponen de manifiesto una mayor incidencia de trastornos mentales en mujeres víctimas de violencia, en comparación con mujeres en cuya relación no existe violencia (Plazaola-Castaño y Ruiz-Pérez, 2004; Pico-Alfonso et al., 2006; Bonomi, Anderson, Cannon, Slesnick & Rodriguez, 2009).

Entre los problemas mentales más frecuentemente asociados a la violencia de pareja se han encontrado la depresión (Kramer, Lorenzon & Mueller, 2004; Matud, 2004; Pico-Alfonso et al., 2006), la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (Amor et al., 2002; Dutton et al., 2006; Rodriguez et al., 2008; Pico-Alfonso et al., 2006). Otros problemas de salud mental relacionados con la violencia de pareja han sido el abuso de alcohol y drogas (Kaysen et al., 2007; Breiding, Black & Ryan, 2008;), la ideación suicida (Kramer et al., 2004; Pico-Alfonso et al., 2006; Ellsberg et al., 2008) e intentos de suicidio (Wingood, DiClemente & Raj, 2000; Ellsberg et al., 2008) y alteraciones del sueño (Woods, Hall, Campbell & Angott, 2008), entre otros.



4.4.1. Ansiedad

La American Psychiatric Association (APA Work Group on Psychiatric Evaluation, 2016) define la ansiedad como una preocupación excesiva sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades, que se acompañan de diversos síntomas como: inquietud o impaciencia, fatiga, dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco, irritabilidad y tensión entre otros.

La exposición a la violencia repetida, intermitente e incontrolable produce en las mujeres víctimas una amenaza constante a la propia integridad y seguridad. La ansiedad en situaciones de violencia de género viene producida no sólo por el estrés que genera el episodio violento en sí, sino por la anticipación a posibles incidentes futuros (Mitchell & Hodson, 1983).

Diversos estudios han demostrado que uno de los síntomas más frecuentes en mujeres maltratadas con las reacciones ansiosas (Amor et al., 2001; Bradley et al., 2002; Torres, 2001; Vizcarra et al., 2004). Asimismo, Gleason (1993) postula que las mujeres maltratadas tienen más probabilidades de sufrir fobias específicas, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático.

4.4.2. Depresión

La depresión, junto con el trastorno de estrés postraumático es una de las consecuencias psicológicas que con más frecuencia se han estudiado en mujeres víctimas de violencia por parte de su pareja (Follingstad, Brennan, Hause, Polek & Rutledge, 1991; Walker, 1999; Dutton, 1993; Golding, 1999; Barnett, 2001). Según Golding (1999), la prevalencia de este trastorno en mujeres maltratadas oscila entre un 15% y un 83%. Los estudios en nuestro país, también muestran porcentajes muy elevados, superiores al 60% (Echeburúa y Corral, 1997).



La depresión, siguiendo el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1995), se incluye dentro de los trastornos del estado de ánimo, en concreto dentro de los trastornos depresivos, y se define, a grandes rasgos, como un estado más o menos transitorio caracterizado por los siguientes síntomas: 1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, 2) disminución del interés o de la capacidad por el placer (anhedonia), 3) pérdida o aumento de peso y/o del apetito, 4) insomnio o hipersomnia, 5) agitación o enlentecimiento psicomotor, 6) pérdida de energía, fatiga, 7) sentimientos de inutilidad o de culpa, 8) disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones. Además de existir diferentes etiquetas diagnósticas para los trastornos depresivos, es muy frecuente la comorbilidad con los trastornos de ansiedad.

Cuando aparece depresión asociada a la violencia de género, los síntomas de ésta suele de mayor intensidad, al combinar el estado de ánimo deprimido con la violencia y las agresiones (Zust, 2006).

Según Zubizarreta y et al., (1994) ciertas características asociadas a las situaciones de maltrato se pueden considerar como buenas predictoras de la aparición de este trastorno como, por ejemplo, las humillaciones y desvalorizaciones constantes, las agresiones y castigos incongruentes, el refuerzo de conductas de sometimiento, la disminución del refuerzo positivo o el progresivo aislamiento social que sufren las víctimas de tales situaciones.

El comportamiento de acoso y control del agresor influye de manera decisiva en la actitud de la víctima, propiciando el aislamiento, la pasividad y la sumisión. El agresor condiciona mediante el castigo cualquier intento de la víctima de autonomía, de búsqueda de apoyo o de empoderamiento, de manera que consigue que las respuestas de ésta sean siempre de evitación ante las agresiones. A su vez, estas conductas de evitación, tienen como consecuencia, al menos al principio, una reducción de los malos tratos, lo que las convierte un elemento reforzante muy potente para las mismas, conformando un círculo del que es muy difícil salir.



Asimismo, el hecho de que las mujeres víctimas tengan una relación íntima con su agresor resulta un factor clave a la hora de agudizar la sintomatología depresiva (DeMaris & Kaukinen, 2005). Este hecho tiene que ver con la vivencia de un grave fracaso personal, ya que se ven afectadas todas las áreas de la relación de pareja y familiar, lo que suele producir sentimientos de culpa y de pérdida de autoestima (Buesa, 2009).

Por otro lado, haber experimentado maltrato sexual incrementa la severidad de los síntomas depresivos e incrementa la presencia de intentos de suicidio en mujeres que también son maltratadas física y psicológicamente (Pico-Alfonso et al., 2006). Las mujeres maltratadas suelen experimentar sentimientos de desvalimiento y presentan una autoevaluación negativa, lo que disminuye su capacidad para enfrentar la situación abusiva (Villavicencio y Sebastián, 1999a). Cascardi y O'Leary (1992) postulan que la depresión aumenta la inseguridad, la capacidad para tomar decisiones, la autoinculpación y la baja autoestima son síntomas importantes en la depresión y frecuentes en mujeres víctimas.

Golding (1999) llevó a cabo un metaanálisis en el que fueron revisados 18 estudios que evaluaban la presencia de depresión en mujeres maltratadas, encontrando tasas que van desde un 15 a un 83% de los casos, pudiendo ser explicada, en parte, esta gran variabilidad atendiendo a la distinta procedencia y características de las muestras evaluadas y a los diferentes instrumentos de medida empleados. Utilizando el Inventory de Depresión de Beck (BDI), distintos estudios han encontrado que entre un 39% y un 54% de mujeres víctimas de maltrato procedentes de centros de acogida o que solicitaron ayuda en centros de asistencia presentan puntuaciones que pueden considerarse dentro de las categorías de depresión moderada o severa según los rangos del inventario (Campbell et al., 1996; Campbell & Soeken, 1999; Cascardi & O'Leary, 1992; Nixon, Resick & Nishith, 2004).

En resumen, las víctimas que sufren maltrato presentan frecuentemente sintomatología ansioso-depresiva y un nivel bajo de autoestima, así como un peor



grado de adaptación a la vida cotidiana y un mayor riesgo de suicidio (Amor et al., 2002, 2006; Mertin & Mohr, 2000; Moscicki, 1989).

4.4.3. Trastorno de estrés postraumático

Tal y como se ha comentado, la depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) son las consecuencias más comúnmente detectadas a largo plazo (Amor et al., 2001; Echeburúa et al., 1997). Es más, la comorbilidad de ambos trastornos en las víctimas de violencia de pareja es bastante habitual (Cascardi, O'Leary & Schlee, 1999; Echeburúa, Corral y Amor, 2002; Stein & Kennedy, 2001).

Algunos autores señalan que las mujeres tienen aproximadamente el doble de probabilidades de padecer TEPT que los hombres, aunque la causa de esta diferencia o está clara (Norris, Foster & Weisshaar, 2002). En respuesta a ello, Cusack, Falsetti y Arellano (2002) consideran que el mayor riesgo de que las mujeres padezcan TEPT a lo largo de su vida está relacionado con una mayor probabilidad a exponerse a situaciones traumáticas, sobre todo de índole sexual. Por otro lado, otros autores señalan que no existe una mayor prevalencia de este trastorno en mujeres expuestas a la violencia de género, postulando como explicación una mayor tolerancia o normalización de la violencia en estos casos (Mihalic & Elliott, 1997).

La gravedad de los efectos de este proceso de victimización está relacionada con la intensidad del maltrato, pero no necesariamente con el de tipo físico. De hecho, la violencia psicológica también se ha identificado como un buen predictor del TEPT (Picó-Alfonso, 2005). Sin embargo, son aún más numerosos los estudios en los que las agresiones sexuales dentro de la pareja constituyen el mejor predictor de dicho trastorno (Amor et al., 2002; Bennice, Resick, Mechanic & Astin, 2003; Dutton, Kaltman, Goodman, Weinfurt, & Vankos, 2005; Kemp, Green, Hovanitz, & Rawlings, 1995).



En concreto, el trastorno de estrés postraumático tiene una tasa media de prevalencia alta (entre un 45 y un 60%) en la violencia de pareja (Cascardi et al., 1999). Pero al margen de la disparidad de los datos, muy relacionada con los criterios empleados en la evaluación, parece haber una correspondencia entre las tasas más altas de TEPT y las víctimas asistidas en casas de acogida.

La incidencia de estrés postraumático en víctimas de violencia de pareja, con una cronicidad media de 10 años y que acuden a un programa de tratamiento especializado sin vivir en casas de acogida, se sitúa dentro de la media registrada, es decir, entre un 45 y 50% de las víctimas evaluadas (Amor et al., 2002; Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997). En cualquier caso, según los criterios del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), es muy superior a la prevalencia estimada a lo largo de la vida en la población general, tanto en mujeres (13%) como en hombres (6,2%) (Breslau et al., 1998; Breslau, 2001).

La incidencia diferencial del TEPT en relación con el sexo –que se dobla en la población femenina– se explica, fundamentalmente, por el riesgo de sufrir agresiones sexuales u otro tipo de violencia machista por el hecho de ser mujer (Amor et al., 2006).

En cuanto a las características diagnósticas, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1995), señala como la característica esencial del TEPT la aparición de síntomas característicos que siguen a la exposición a un acontecimiento estresante y extremadamente traumático, donde la persona se ve envuelta en hechos que representan un peligro real para su vida o cualquier otra amenaza para su integridad física. El trastorno puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (p. ej., torturas, violaciones). La probabilidad de presentar este trastorno puede verse aumentada cuanto más intenso o más cerca físicamente se encuentre el agente estresante. Siendo éste el primer síntoma característico para su diagnóstico, catalogado como criterio A, el resto de síntomas esenciales para su diagnóstico se agrupan en tres categorías denominadas B, C y D.



Los síntomas que hacen referencia a la categoría B, tienen que ver con la reexperimentación del recuerdo traumático de diferentes formas: recuerdos del acontecimiento recurrentes e intrusos que provocan malestar y en los que se incluyen imágenes, pensamientos o percepciones, pesadillas o flashback, así como malestar psicológico o reacciones fisiológicas intensas ante estímulos asociados al suceso.

En cuanto al criterio C, se refiere a respuestas de evitación persistente de estímulos asociados al trauma y embotamiento de la reactividad general del individuo. Esto conlleva esfuerzos para evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones sobre el suceso traumático o para evitar actividades, lugares o personas que motivan recuerdos del trauma. Además dentro de esta categoría, se incluyen síntomas de embotamiento afectivo, aislamiento o distanciamiento social, con pérdida de interés por actividades gratificantes, bloqueo emocional o para recordar algún aspecto de las agresiones y sensación de desesperanza hacia el futuro.

Por último, dentro de la categoría D, se encuentran síntomas tales de aumento de la activación o arousal, ausente antes del trauma, y otros como dificultades para conciliar o mantener el sueño, irritabilidad o ataques de ira, dificultades para concentrarse, hipervigilancia o respuestas exageradas de sobresalto.

En relación a los síntomas de la categoría C, algunos autores consideran adecuado distinguir en dos categorías diferentes los síntomas de embotamiento afectivo y los síntomas de evitación emocional (King, Leskin, King & Weathers, 1998).

Por tanto, según la American Psychiatric Association (2000), los síntomas definitorios del TEPT son la reexperimentación, evitación y embotamiento afectivo e hiperactivación.

No obstante, algunos estudios señalan la importancia de diferentes variables para que una persona considere como acontecimiento traumático un hecho, es decir, para que después de este se desarrolle sintomatología postraumática (Brewin,



Andrews & Valentine, 2000): A) historia vital de la persona, incluyendo otras vivencias relacionadas conductas de evitación y negación de otros acontecimientos traumáticos; B) nivel de salud física y mental, siendo los antecedentes de enfermedad mental un factor predictivo del TEPT; C) apoyo social percibido durante el acontecimiento, y D) recursos personales percibidos o autoeficacia percibida.

Asimismo, otros autores (Amor et al., 2002), en un estudio realizado con 212 mujeres víctimas de maltrato familiar, señalan que la sintomatología postraumática estaba relacionada con diferentes circunstancias del maltrato: la situación de la mujer en relación a su convivencia con el agresor, la cercanía de la violencia en el tiempo, los años de sufrimiento de violencia, la presencia de relaciones sexuales forzadas y haber sido víctima de maltrato en la infancia.

Por tanto, diferentes variables, como las experiencias previas de maltrato, el bajo apoyo social y familiar (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González y Galea, 2004), las inadecuadas estrategias de afrontamiento (Campos, Páez y Velasco, 2004) y una mayor vulnerabilidad física y psicológica (Echeburúa, Corral & Amor, 2003) predisponen a un mayor nivel de estrés postraumático. Por otro lado, un mayor de autonomía personal, reduce el malestar y la probabilidad de llegar a situaciones extremas, pudiendo ser un factor de protección frente a este trastorno (García-Leiva, Domínguez-Fuentes y García, 2009).

El hecho de que una relación de pareja o familiar se consideren un ámbito íntimo y/o cerrado favorece el hecho de que se puedan dar agresiones repetidas y prolongadas. La percepción del agresor de la indefensión y de la vulnerabilidad de la víctima, en un entorno en el que no suele ser habitual cualquier intervención externa, como una denuncia, favorece la sensación del victimario para ejercer el maltrato con total impunidad.

Todo ello hace que los síntomas postraumáticos en el contexto de la violencia de género requieran una comprensión específica que vas más allá de la categoría



diagnóstica del TEPT. Por un lado, están los traumas por el maltrato vivido y sus consecuencias, y por otro lado, el miedo a sufrir nuevos episodios. Como ya se ha dicho, la violencia de género no se produce de forma aislada, sino que es un hecho repetido, y en muchas ocasiones, la decisión de acabar con la relación no termina con el miedo al maltrato, ya que en la mayor parte de los casos este se incrementa y es de mayor riesgo cuando se produce la ruptura. Ello supone una importante fuente de inseguridad para las mujeres que sufren esta violencia y un factor de riesgo a la hora de poder superar las secuelas que se derivan del maltrato, y puede explicar por qué en ocasiones la sintomatología asociada se cronifica.

4.4.4. Trastorno de estrés postraumático complejo o DESNOS

Desde su inclusión en las clasificaciones diagnósticas, el TEPT ha resultado controvertido, especialmente por la propia descripción y limitación del concepto de acontecimiento traumático y por la descripción clínica del trastorno (Gómez y Crespo, 2012). Asimismo, muchos autores no consideran que la categoría diagnóstica de TEPT sea la adecuada para definir las consecuencias de traumas ocurridos de forma reiterada y durante mucho tiempo por personas allegadas, como suceden en situaciones de violencia de género o de abuso infantil (Briere, 1984, 1992; Courtois, 1988; Finkelhor, 1984; Herman, 1992a, b, 1997, 2004).

Luxenberg, Spinazzola y van der Kolk (2001a, b) señalan que el estudio del trauma ha empezado a ser estudiado de forma relevante en las últimas décadas. Estos autores señalan que gran parte de las investigaciones que estudian los efectos del trauma demuestran que el TEPT recoge solo aspectos limitados de la psicopatología asociada. Ellos señalan como elemento crítico postraumático al determinar el efecto en la sintomatología, el nivel de desarrollo en el que el trauma se produce y si sucede en una relación de cuidado o de pareja, manifestando, como ejemplo, que las víctimas de accidentes de tráfico o de desastres naturales,



presentan diferencias clínicas con aquellas que han sufrido abuso, privación y/o descuido por parte de sus cuidadores.

La insuficiencia del TEPT como modelo de comprensión de la sintomatología derivada de la exposición a situaciones extremas, ha llevado a la American Psychiatric Association a proponer que deben distinguirse los hechos traumáticos en dos tipos: Tipo I (puntuales y asumibles, cuyo paradigma sería un accidente de tráfico en una persona sin factores de riesgo) y Tipo II (crónicos, prolongados en el tiempo, como sucede en el caso de la violencia de género). Los primeros serían explicados por el TEPT y los segundos corresponderían al diagnóstico de TEPT-Complejo o DESNOS (Disorder of Stress not Otherwise Specified) (Pérez, 2006).

Por tanto, al trauma que ocurre repetida y acumulativamente, y es ejercido por una persona con la cual el menor mantiene vínculos afectivos, se le denomina “Trauma Complejo” (Courtois, 2004), y hace referencia a algunas formas de trauma muy generalizadas y complicadas. Herman (1992a, b, 1997, 2004), a partir de diversos estudios factoriales en adultos sobre traumas por abuso en la infancia, determinó que las principales consecuencias psicológicas no se recogían en el TEPT de la American Psychiatric Association, y que las características principales del trauma eran: depresión, ansiedad, odio hacia sí mismo, disociación, abuso de sustancias, conductas autolesivas y comportamientos de riesgo, revictimización, problemas interpersonales y en las relaciones íntimas (incluidas las familiares), preocupaciones somáticas, y desesperación o desesperanza.

Sin embargo, estas características fueron entendidas como condiciones de comorbilidad más que como elementos esenciales de la complicada y compleja adaptación postraumática. Pero, como estas condiciones son precisamente las más difíciles de tratar en terapia y aparecen en personas que han sufrido condiciones de maltrato, se ha propuesto que este conjunto de síntomas conforman un Trastorno por Estrés Postraumático Complejo (CPTSD), o Trastorno de Estrés Extremo no Especificado (DESNOS) (Pelcovitz et al., 1997), síndrome que está siendo actualmente validado a través de diversos ensayos de campo propiciados por la American Psychiatric Association.



En la actualidad, existe un comité investigador, estudiando la inclusión de esta categoría en el DSM-V, y ya se están realizando estudios de campo de validación para aceptar su aceptación (van der Kolk, et al., 2005). Este comité trabaja para validar la propuesta inicial de síntomas de Judith Hermann (1992a).

Tabla 7
DESNOS. Criterios diagnósticos en estudio
Fuente: Herman, 1992a

-
1. ALTERACIÓN EN LA REGULACIÓN DEL AFECTO Y LOS IMPULSOS
 - a. Desregulación del afecto
 - b. Desregulación de la ira
 - c. Conductas autodestructivas
 - d. Preocupaciones suicidas
 - e. Dificultades en la modulación de la implicación en actividades sexuales
 - f. Asunción excesiva de riesgos
 2. ALTERACIÓN EN LA ATENCIÓN O EN LA CONCIENCIA
 - a. Amnesia
 - b. Episodios disociativos transitorios y despersonalización
 3. SOMATIZACIONES
 - a. Sistema digestivo
 - b. Dolor crónico
 - c. Síntomas cardiopulmonares
 4. ALTERACIONES DE LA PERCEPCIÓN DE SÍ MISMO
 - a. Ineficacia
 - b. Daño permanente
 - c. Culpabilización y responsabilidad
 - d. Vergüenza
 5. ALTERACIONES EN LA PERCEPCIÓN DEL PERPETRADOR
 - a. Asumir creencias distorsionadas
-



- b. Idealización del perpetrador
- c. Preocupación porque al perpetrador se le haga daño

6. ALTERACIONES EN LA RELACIÓN CON LOS DEMÁS

- a. Incapacidad para creer
- b. Revictimización de sí mismo
- c. Victimización de otros

7. ALTERACIONES EN EL SISTEMA DE SIGNIFICADOS DE LA VIDA

- a. Desesperanza
- b. Pérdida de creencias que se tenían previamente

Señalar, que en la actualidad, no hay ningún instrumento validado en lengua castellana para la evaluar el DESNOS, por lo que no ha sido incluido como una objeto de estudio en la presente investigación. Pese a ello, se considera que es una categoría diagnóstica de especial interés en relación a las posibles respuestas que puedan presentar las víctimas de violencia de género, y es por ello, que hemos querido hacer referencia en este apartado a la misma.

4.4.5. Otras consecuencias

Las mujeres maltratadas suelen experimentar sentimientos de desvalimiento y presentan una autoevaluación negativa lo que disminuye su capacidad para enfrentar adecuadamente la situación abusiva (Villavicencio y Sebastián, 1999a). El deterioro de la autoestima se suele acompañar de mecanismos defensivos que intentan dar un sentido al maltrato o distanciarse de ella de manera artificial. Algunas mujeres maltratadas pueden recurrir a mecanismos de adaptación, como la minimización de las agresiones recibidas o de las experiencias conflictivas como una manera de reducir el problema, llegando a no percibir su relación como problemática (Barnett, 2001; Berry, 1995; Echeburúa y Corral, 1998; Instituto de la Mujer y Sigma Dos, 2000; Villavicencio y Sebastián, 1999a).



La autoinculpación que realizan muchas mujeres que sufren maltrato, sería otra estrategia protectora que les daría la sensación de seguir controlando la situación, lo cual es una forma de autoengaño defensivo que les impide salir de la relación. Miller y Porter (1983) señalan que habría que distinguir tres tipos de sentimientos de culpa: 1) por causar la violencia, 2) por no ser capaz de detener la violencia, y 3) por tolerar la violencia. Según estos autores, este último tipo de sentimiento de culpa es el que manifiestan generalmente las mujeres maltratadas y es lo que determinaría la reacción emocional y conductual de las víctimas.

Las mujeres maltratadas intentan evitar pensar o sentir emociones que les provoquen reexperimentar lo que ha pasado, de esta manera se protegen del caos, la confusión y el peligro. Las estrategias de evitación ayudan, en un primer momento, a quella mujer no se enfrente al impacto emocional del incidente, sin embargo, la utilización de este tipo de estrategias tiene, a largo plazo, consecuencias negativas, como presentar mayor sintomatología psicológica y/o malestar emocional y la mayor dificultad para abandonar la relación abusiva (Follingstad et al., 1988).

En este capítulo se ha pretendido hacer un resumen de las principales consecuencias que tiene la violencia de género sobre las mujeres a distintos niveles, social, jurídica, y desde el punto de vista de la salud, haciendo hincapié especialmente en su consecuencias psicológicas, ya que éstas son las que tienen un mayor impacto, más duradero y difícil de superar, en la vida de las mujeres que la sufren.



CAPÍTULO 5

RESILIENCIA, PERSONALIDAD Y TRAUMA

Hoy en día la resiliencia es un concepto que todo el mundo conoce y que poco a poco está generando un número mayor de investigaciones por su indudable atractivo ya que, entre otras razones, es relativamente novedoso y supone hablar de psicología desde un punto de vista positivo. Pero disertar de resiliencia en violencia de género resulta complejo, no sólo por la dispersión de teorías y definiciones que hay en torno al constructo, si no por la escasez de investigaciones que se centran en este ámbito. Lo mismo sucede con todos los estudios que pretenden relacionar la personalidad con violencia de género, no sólo porque son escasos si no poco determinantes. Por otro lado, el estudio de la resiliencia va indisolublemente unido al trauma como experiencia, ya que ésta, partiendo de cualquiera de sus posibles definiciones, se desarrolla o aparece ante situaciones especialmente adversas o traumáticas.

En este capítulo se vinculan tres aspectos que aparecen necesariamente unidos si se pretende hablar de afrontamiento y superación en violencia de género. En una primera parte se define la resiliencia y se tratan aspectos generales de la misma, así como se expone una posible relación entre violencia de género y resiliencia. En la segunda parte, se exponen brevemente diferentes investigaciones realizadas sobre



personalidad, psicopatología y violencia de género. Y por último, se habla de este tipo de violencia como experiencia traumática y las consecuencias que como tal tiene en el funcionamiento de las mujeres que la sufren.

5.1. Conceptualización de la resiliencia

La resiliencia encarna las cualidades personales que permiten que una persona pueda prosperar en medio de la adversidad, y como tal, puede ser considerada como una medida de la capacidad de afrontamiento del estrés y un importante objetivo del tratamiento de la ansiedad, la depresión y las reacciones al estrés (Connor & Davidson, 2003). Es una característica multidimensional que varía en función del contexto, la edad, el género y las diferencias culturales, así como dentro de una persona sometida a diferentes circunstancias de la vida (Garmezy, 1985; Garmezy & Rutter, 1985; Rutter, 1985; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Werner & Smith, 1992).

El interés por la resiliencia es relativamente reciente. El estudio del constructo se ha desarrollado fundamentalmente en investigaciones con menores y adolescentes y los estudios sobre la edad adulta y la vejez son mucho más escasos (Serrano-Parra et al., 2012). Surgió a partir de la necesidad de entender por qué ante las exposición en diferentes experiencias traumáticas (abandono, pobreza extrema, maltrato, guerras, etc.), algunos y algunas menores no sólo eran capaces de sobrevivir a esas adversidades, sino que no tenían problemas de salud o de conducta y podían llevar una vida normal, sin desarrollar ningún tipo de psicopatología (Garmezy, 1971; Werner, 1989; Masten, 1999; Grotberg, 1999).

En un primer momento se pensó que estos y estas menores resistían a la adversidad porque eran “invulnerables”, pero posteriormente se propuso el concepto de resiliencia en sustitución del primero, ya que la resiliencia puede ser promovida,



mientras que la invulnerabilidad se considera un rasgo de personalidad (Rutter, 1993).

5.1.1. La evolución del concepto de resiliencia

Se puede establecer dos momentos históricos en la evolución de la conceptualización de la resiliencia. El primero, que surge a principio de los años setenta, en el que es considerada dependiente de factores individuales o como una característica de personalidad (Masten, 1999). Desde esta perspectiva la resiliencia es considerada como una serie de recursos personales, estimados como factores de protección, que en interacción con factores del entorno, tienen la capacidad de amortiguar los efectos del estrés y sus efectos negativos (Lazarus y Folkman, 1986; Garmezy & Masten, 1994; Garmezy, 1991).

Siguiendo esta línea, se entiende que los factores personales que podrían actuar como factores de protección pueden ser de muy diversa índole, como factores cognitivos y afectivos, relacionadas tanto con dimensiones de la personalidad como con la competencia personal: un alto coeficiente intelectual, temperamento fácil, empatía, motivación de logro, tener control sobre lo que ocurre, búsqueda de apoyo social, sentimientos de autosuficiencia, humor positivo, baja desesperanza, autonomía, alta autoestima y autoeficacia, orientación a la resolución de problemas, capacidad de entusiasmo, motivación y tener iniciativa, entre otras características (Luthar, 2006; Masten, 1999; Rutter, 2000).

El segundo momento amplia la noción de resiliencia y se desplaza al interés de la interacción entre factores internos y externos, proponiendo una visión más dinámica del concepto.

Desde esta perspectiva la resiliencia ya no es considerada una serie de factores de protección, sino como una serie de mecanismos entendidos como una interacción



dinámica que permite a las personas afrontar la adversidad y salir fortalecida de ella, y no como lo contrario a los factores de riesgo (Rutter, 1993). Es decir, a grandes rasgos, la resiliencia sería considerada como un proceso de interacción dinámico entre la persona y el ambiente que permitiría una adaptación positiva en situaciones adversas (Luthar & Cicchetti, 2000; Kaplan, 1999, Cicchetti & Cohen, 1995).

5.1.2. La definición de resiliencia

La resiliencia es un constructo que plantea dificultades en cuenta a su definición, porque no hay un completo acuerdo en su consideración y no existe una teoría unificada que la explique. Lo que sí está claro, es que hay una tendencia a partir de las definiciones dadas por los y las autoras de la segunda generación y entre las más aceptadas están las de Garmezy (1991) que la considera como “la capacidad para recuperarse y mantener una conducta adaptativa después del abandono o la incapacidad inicial al exponerse a un evento estresante” (p. 459).

Grotberg (1995), por otro lado, la define como la capacidad de las personas para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e incluso, ser transformadas por ellas. Por su parte, Luthar, Cicchetti y Becker (2000) consideran la resiliencia como “un proceso dinámico que abarca la adaptación positiva dentro del contexto de una adversidad significativa” (p. 543). Otros autores la consideran como un complejo conceptual de experiencias de vida y patrones de adaptación que modifican el impacto de las adversidades (Hjemdal, Friberg, Stiles, Martinussen & Rosenvinge, 2006; Masten, 2007). Asimismo, es interpretada como un proceso de superación de los efectos negativos de la exposición al riesgo, el afrontamiento exitoso de experiencias traumáticas y la evitación de la dificultad (Fergus & Zimerman, 2005). Por último, puede ser definida como un resultado caracterizado por patrones particulares de conducta funcional a pesar del riesgo (Olsson, Bond, Burns, Vella-Brodrick & Sawyer, 2003).



En resumen, la resiliencia puede ser vista como una característica de personalidad, una capacidad, un proceso o un resultado, pero en lo que si hay un claro acuerdo es en su facultad para afrontar y superar la adversidad.

5.1.3. Recursos internos y externos

Un factor es considerado como protector cuando interactúa con un estresor para reducir los posibles resultados negativos (Steinhardt y Dolbier, 2008). En este sentido, los factores protectores suelen organizarse en dos grandes grupos: aquellos que tienen que ver con los recursos personales, como las competencias, habilidades de afrontamiento y la autoeficacia y aquellos recursos externos al individuo o ambientales, que pueden estar dentro o fuera de la familia (Fergus y Zimmerman, 2005).

En cuanto a los recursos individuales ya se han descrito algunos como inteligencia, sociabilidad, habilidades para resolver problemas y de autorregulación, espiritualidad, dar un sentido a la vida, optimismo y otros, a los que habría que sumar la resiliencia constitucional neurobiológica (Masten, 2007).

En relación a los factores externos, tal y como se ha comentado, la mayor parte de las investigaciones llevadas a cabo en el ámbito de la resiliencia se ha llevado a cabo en poblaciones infantiles y adolescentes, de manera que los recursos ambientales descritos tienen que ver con la familia y otros agentes externos presentes en esas edades. A nivel familiar, se mencionan, entre otras, una crianza efectiva, la relación con un adulto que proporcione cuidado, la cohesión y el apoyo marital, la confianza en él o la menor y el apego parental (Masten, 2007; Becoña, 2006). En el ambiente escolar, se consideran como factores protectores la unión al profesorado, la participación en actividades extraescolares, no involucrarse con amistades problemáticas (Tiet, Huizinga & Byrnes, 2010). Asimismo, a nivel comunitario, el hecho de mantener conductas prosociales con amigos/as y otras personas, tener



acceso a recursos sociales y de salud, pueden ser considerados como factores protectores (Masten, 2007).

En resumen, aunque la resiliencia no puede ser equiparada a un factor de protección, ya que estos no se pueden desarrollar y la resiliencia si, lo que queda claro es que en la conceptualización de la misma es necesaria tener en cuenta la interacción de los recursos personales y externos para comprender el proceso y el resultado por el cual una persona puede afrontar la adversidad y salir fortalecida de ella.

5.1.4. El interés por el estudio de la resiliencia

El hecho de que la resiliencia sea una característica que puede ser promovida resulta de especial interés, no sólo para esta investigación, sino en cualquier ámbito, porque sugiere que se puede establecer modelos de aprendizaje para desarrollarla. Según Grotberg (2006), aproximadamente un tercio de las personas de todo el mundo demuestran ser resilientes, pero el hecho de que el resto no lo manifieste no significa que no lo puedan ser, sino que es preciso promover esa capacidad.

Tal y como expone Becoña (2006), la resiliencia ha mostrado su valor en la explicación en estudios longitudinales de por qué hay personas que se adaptan de forma exitosa en su vida tras haber vivido experiencias traumáticas o acontecimientos vitales negativos en su infancia, aunque no se puede hacer un abuso del término y tratar de dar solución con el mismo a otros muchos problemas.

Según Masten (2014), la resiliencia puede ser considerada como un proceso natural en los seres humanos y mucho más habitual de lo que se cree, siempre y cuando se den las condiciones propicias y los sistemas de protección que la favorecen.



En cualquier caso, resulta fundamental la utilidad del concepto tanto para la prevención como para el tratamiento, pese a que necesita una mayor precisión, y se puede desarrollar a través de modelos de intervención que contemplen todos los factores que se ponen juego tanto en procesos como en resultados resilientes.

En este sentido, muchas mujeres maltratadas rompen con el maltrato y se recuperan, pero no se ha indagado suficientemente sobre los factores que les ayudan a recuperarse ni sobre las relaciones entre ellos. Las investigaciones sobre la influencia de factores protectores en la salud física y mental de las mujeres y los estudios sobre resiliencia en mujeres maltratadas aportan elementos para comprender la adaptación eficaz de éstas y la superación de experiencias traumáticas (Jaramillo-Vélez, Ospina-Muñoz, Cabarcas-Iglesias y Humphreys, 2005).

Por otro lado, tener una mayor conocimiento sobre la resiliencia en mujeres maltratadas, amplia la comprensión que se tiene de la respuesta humana a situaciones de violencia de pareja y permite identificar habilidades que se pueden usar en programas de promoción de la salud y de intervención para brindar un cuidado significativo y un acompañamiento de importancia a las mujeres en estas situaciones. Tal y como postula McMillen (1999), puede ser útil plantear estrategias clínicas que ayuden a las personas traumatizadas a transformar los eventos adversos en experiencias de fortalecimiento personal.

5.2. Resiliencia y violencia de género

Como se ha comentado en el apartado anterior, son pocos los estudios que existen sobre violencia de género y resiliencia y la gran mayoría de ellos se han realizado sobre niños y adolescentes. En el ámbito de la violencia de género sobre todo se han investigado las cualidades en resiliencia que tienen las mujeres que han salido de



vivencias de maltrato en la pareja (Anderson, Renner & Danis, 2012), sin aportar estrategias para ayudarlas reforzando estas cualidades.

Es un hecho que las mujeres son capaces de recuperarse de la violencia, pero falta información sobre cómo estas mujeres lo hacen y si siguen teniendo éxito a largo plazo (Goodman, Dutton, Weinfurt & Cook, 2003).

Las circunstancias de vida de una mujer superviviente a la violencia de género se alteran significativamente después de salir de la situación de violencia. Abandonar una relación abusiva implica pasar de ser controlado a tener el control, a la vez que se tiene que enfrentar a los costos de una nueva vida que en muchos casos, sobre todo al principio, se caracterizará por el miedo y la desorientación. Este cambio toma una tremenda fuerza a medida que la energía cambia la forma de vivir para comenzar una nueva vida (Senter & Caldwell, 2002).

Pero se sabe mucho más de los síntomas y consecuencias que la violencia tiene sobre las mujeres que de cómo se desarrollan los procesos de adaptación (Humphreys, 2003).

La investigación sobre la violencia de género ha abordado a fondo sus consecuencias negativas. Sin embargo, escasas líneas de investigación se han centrado en explicar cómo las mujeres transforman sus luchas contra-adversidad para recuperar sus vidas, y por consiguiente, se carece de información sobre cómo ayudarlas a recuperarse (Cobb, Tedeschi, Calhoun & Cann, 2006). En otras palabras, conocer la sintomatología y las consecuencias de la violencia de género en las mujeres aporta muy poca información sobre los recursos que éstas tienen para superarla.

Las consecuencias negativas y el dolor que se derivan de la violencia de género no deben minimizarse, sin embargo, no tiene que ser la pieza central en la que centrar toda la atención, porque favorece la victimización de las mujeres. La mayoría de las supervivientes muestran una impresionante capacidad de recuperación y



perseverancia. Según Saakvitne, Tennen y Affleck (1998), el crecimiento y el dolor no son de manera necesaria mutuamente excluyentes, sino que están inextricablemente vinculados en la recuperación del trauma.

Algunas investigaciones han mostrado que la resiliencia es una variable de la dimensión personal que puede influir o mediar en los síntomas que las mujeres experimentan ante situaciones de maltrato conyugal (McMillen, 1999), e incluso algunos autores (Carlson, 1997) utilizan la resiliencia para explicar cómo algunas logran un patrón de respuestas individuales exitosas ante situaciones de maltrato que les permite adaptarse a tal condición.

Es importante tener en cuenta que cuando una mujer decide poner fin a una relación de violencia, en muchos casos no es posible hacerlo de manera determinante, en el sentido de que es difícil terminar de forma permanente la relación. Las recaídas son muy frecuentes, así como el intento de romper de nuevo la relación, por lo que la ruptura ha de verse como un proceso (Anderson & Saunders, 2003). Además, la ruptura de la relación nos siempre significa el fin de la violencia, pues los agresores pueden seguir ejerciéndola de muchas formas.

En cuanto los estudios que se centran en los factores que ayudan en la protección y recuperación del maltrato, Valentine y Feinauer (1993), señala los siguientes: habilidad para aceptarse y pensar bien de sí, capacidad para hacer atribuciones externas de la culpa, tener locus de control interno, una filosofía positiva de vida y contar con recursos espirituales. Estos últimos cumplen una función muy importante en la recuperación del maltrato ya que contribuyen a la disminución del malestar psicológico.

En un estudio de Gutiérrez Torres y Rodríguez Rivera (2015), las participantes dieron como aportaciones para la reflexión de otras mujeres que puedan estar en proceso de salir de una situación de violencia, las siguientes: aprender a enfrentarse al miedo que les genera el agresor, buscar ayuda con poder, desconfiar del arrepentimiento del agresor, tener valor, confiar en ellas mismas, tomar la decisión



de no seguir permitiendo el maltrato, estabilizarse económicamente, buscar ayuda en la comisaría, interponer una denuncia y seguir un proceso psicoterapéutico.

El Instituto de la Mujer (2011), llevó a cabo un estudio con la finalidad de explicar las técnicas y estrategias que utilizan las mujeres para superar las situaciones de violencia vividas. En esta investigación, en primer lugar, determinaron los momentos claves en la recuperación de las mujeres (Tabla 8):

Tabla 8
Momentos claves en la recuperación de las mujeres
Fuente: Instituto de la Mujer, 2011

1. Inicio de la relación de maltrato. En este momento se relatan los primeros episodios de violencia percibidos por las mujeres. En él se incluye tanto el comportamiento violento del agresor como la actitud de la mujer y el entorno en el que se produce.
2. Transición o periodo de convivencia violenta o de maltrato. En esta etapa se incluyen las separaciones transitorias, e intentos de afrontar la situación por parte de las mujeres, la relación que se mantiene con el agresor y con el entorno.
3. Resolución. Hace referencia a la fase final que incluye en todas ellas momento de ruptura, factores desencadenantes, contexto en el que se produce y proceso de recuperación hasta la actualidad.

Asimismo, en este estudio identificaron tanto los factores de protección como los bloqueadores en el proceso de superación de la violencia, diferenciándolos en cada uno de los casos entre sociales e individuales, y partiendo de la base de que de la necesaria interacción se dé entre ellos, dependerá el resultado del proceso de superación (Tabla 9).



Tabla 9

Factores bloqueadores y de protección

Fuente: Instituto de la Mujer, 2011

1. Los FACTORES BLOQUEADORES hacen referencia a aquellos elementos que actúan como desactivadores o inhibidores de la autonomía de la mujer para decidir y actuar sobre su propia vida. Son aquellos que obstaculizan e impiden la recuperación del control sobre su propia vida.
 - a. Bloqueadores sociales. Se refiere al contexto legal, económico, familiar, relacional, la actuación de ciertos profesionales, así como a las creencias sociales que dificultan/obstaculizan el que las mujeres desarrollen una acción o emprendan un proyecto que les permita controlar sus vidas. También se incluirían aquí la falta de ciertos protectores (amigas, familia, independencia económica, etc.).
 - b. Bloqueadores individuales. Se refiere a las actitudes, pensamientos, sentimientos etc. que dificultan a las mujeres en el desarrollo de una acción o en el emprendimiento de un proyecto que esté bajo su control. Se incluye aquí la culpa, el miedo, la vergüenza, el autoconcepto.
2. Los RECURSOS PROTECTORES aluden a los medios, bienes, poderes, amistades, cualidades /habilidades, privilegios e influencias que tienen a su disposición las mujeres para desarrollar sus acciones voluntarias en el proceso de recuperación. Aluden, por tanto, a aquellos recursos que actúan como facilitadores, activadores o protectores de la autonomía de la mujer para decidir y actuar sobre su propia vida contribuyendo a la recuperación del control.
 - a. Protectores sociales. Se refiere al contexto legal, económico, etc. así como a las creencias sociales que contribuyen/facilitan el que las mujeres desarrollen una acción o emprendan un proyecto que les permita controlar sus vidas. También se incluyen aquí la ayuda prestada por amigas, madres, hijas, terapeuta...
 - b. Protectores individuales. Se refiere a las cualidades, actitudes, pensamientos, etc. que utilizan las mujeres para desarrollar una



acción o emprender un proyecto relacionado con el control de sus vidas. Entre ellos se incluyen la fortaleza, la insistencia, la serenidad, la capacidad de sobreponerse, de planificar, el optimismo, etc.

En relación con los momentos claves en la recuperación de las mujeres sobrevivientes a la violencia de género, en el estudio del Instituto de la Mujer se describen diferentes tipos de tácticas y estrategias que las mujeres pueden poner en marcha para sobrellevar la situación de violencia o para su superación definidas en cuatro grupos: tácticas de adherencia, tácticas de supervivencia, estrategias de desprendimiento y estrategias de empoderamiento (Tabla 10). Señalar que las estrategias que se plantean en las tácticas de adherencia y supervivencia, van dirigidas a sobrellevar la situación de violencia, no a su superación. En cualquier caso, las estrategias planteadas, se pueden considerar como un continuo, en el sentido en que, aunque cada situación de violencia es única, éstas pueden ser consideradas como diferentes etapas en el proceso de superación de la violencia, que puede asociado los momentos descritos en la Tabla 10.

Tabla 10
Estrategias para sobrellevar y superar la situación de violencia
Fuente: Instituto de la Mujer, 2011

-
1. Tácticas de adherencia. Acciones encaminadas a mejorar la relación con el agresor y/o cambiar la conducta del agresor. Las acciones de adherencia emprendidas por estas mujeres son principalmente: minimizar y negar, justificar y/o comprender su conducta, ocultarlo, ayudarle-intentar cambiarlo.
 2. Tácticas de supervivencia. Acciones necesarias para sobrevivir. Se incluyen aquí seguir el juego al agresor, estar alerta o con miedo, inventar u ocultar información, simular pasividad, esconderse de él, insensibilizarse emocionalmente, evitar ciertos momentos y situaciones.
 3. Estrategias de desprendimiento. Acciones encaminadas al cambio personal,
-



-
- que las ayudan a desprenderse de ideas, personas (normalmente el agresor) y contextos nocivos. Gracias a las estrategias de desprendimiento las mujeres ganan poder de decisión y autonomía sobre sus vidas. Se incluyen aquí: enfrentarse al agresor/ plantarle cara, reflexionar y cuestionar lo que les está pasando, solicitar ayuda, escuchar y tener en cuenta otras perspectivas, dejar de creer al agresor, planificar la huida, separarse o distanciarse de él, iniciar acciones legales.
4. Estrategias de empoderamiento. Son acciones encaminadas a ser y vivir para ellas, a controlar y decidir por ellas mismas, así como a incrementar su autoestima y bienestar psicológico. Se llevan a cabo en la ruptura y tras ella. Se incluyen aquí: mantenerse activas, autoafirmarse por oposición a él, descubrir y llenar el vacío, recomponer redes sociales-recuperar relaciones, escucharse a sí mismas y quererse.
-

En resumen, y dado que el estudio se realizó basándose en los relatos de vida de las mujeres, estas concluyeron como estrategias de desprendimiento las siguientes: plantarle cara al agresor, reflexionar y cuestionar lo que está pasando, solicitar ayuda, escuchar y tener en cuenta otras perspectivas, dejar de creer al agresor, separarse y distanciarse de él e iniciar acciones legales.

En cuanto a las estrategias de empoderamiento, consideraron como las más útiles las siguientes: mantenerse activas, descubrir y llenar el vacío, autoafirmarse por oposición al agresor, recomponer redes sociales y recuperar relaciones y escucharse a sí mismas y quererse.

En relación a las características personales que tendrían que ver con la resiliencia individual, además de aquellas que se han nombrado en el presente apartado, las mujeres han de recomponer todas las cualidades personales que el agresor ha ido minando y trabajar otras que favorezcan su crecimiento personal.



Para finalizar el apartado, conviene recordar la necesidad de ampliar el ámbito de investigación de la violencia de género desde sus consecuencias hasta cuáles son las características y procesos que favorecen la recuperación de las mujeres. Este cambio de planteamiento en la investigación favorecerá la no victimización de las mujeres y el planteamiento de estrategias que ayuden a prevenir situaciones de violencia de género y a intervenir de forma más exitosa cuando acontecen.

5.3. Personalidad y psicopatología

Hay múltiples definiciones y teorías sobre personalidad, pero una de las más influyentes es la de Millon (1990), en la que la describe como un patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, que se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento de la persona. Estos rasgos intrínsecos surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y de aprendizaje y, en última instancia, comprenden el patrón idiosincrásico de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de la persona (Millon, 1990; Millon & Davis, 1996).

La investigación sobre variables de personalidad en violencia de género se ha centrado mayoritariamente en determinar los perfiles psicopatológicos de los agresores (Corral, 2004; Echeburúa, Corral y Amor, 2004; Echeburúa, 2006; Castellano, Lachica, Molina y Villanueva, 2004; Barría, 2014; Ferrer, Bosch, Manassero y Gili, 2004). Pero los estudios con población de mujeres víctimas de violencia machista son escasos y polémicos.

Es importante tener en cuenta que la mayor parte los estudios basados en la búsqueda de características psicopatológicas de las mujeres víctimas de este tipo de violencia, parten de planteamientos con un claro sesgo patriarcal (Rosewater, 1988). Al igual que algunos estudios con agresores intentan explicar el maltrato desde la psicopatología o los trastornos de personalidad, incurriendo en un



planteamiento erróneo al no tener en cuenta que la base de la violencia de género radica en actitudes machistas, derivadas de una socialización diferencial de género que tiene su base en un sistema patriarcal, en el caso de algunos estudios sobre personalidad en muestras de mujeres maltratadas también se puede caer en un equívoco, al responsabilizar a éstas de su situación, basándose en supuestas características de personalidad masoquista, que explicarían la causa y el mantenimiento del maltrato. Algunas investigaciones han considerado a las mujeres víctimas de violencia de género como sumisas, pasivas e indecisas, que buscan en la violencia de su pareja la satisfacción de sus necesidades masoquistas (Snell, Rosenwald & Robey, 1964).

Otros autores, señalan la pasividad, la timidez y las bajas habilidades de afrontamiento como una característica que favorece la continuidad de estas mujeres en la relación de violencia, no el masoquismo (Star, 1978).

En otra línea, diversas investigaciones señalan que las mujeres maltratadas no presentan sintomatología previa al maltrato, si no que las características que presentan una vez expuestas al él, como los síntomas psicosomáticos, ansiedad, baja autoestima y otros, son reactivos a la victimización crónica, no una predisposición al maltrato (Walker, 1984; Follingstad et al., 1988; Follingstad, Rutledge, Berg, Hause & Polek, 1990; Hotaling & Sugarman, 1986).

Rosewater (1988), realizó un estudio con el objetivo de relacionar los perfiles del MMPI de 118 mujeres con la frecuencia del maltrato, y llegó a la conclusión de que las puntuaciones elevadas en el cuestionario podían estar más relacionadas con un estado reactivo de la mujer a la violencia sufrida que a procesos psicopatológicos, y sugiere que los estudios en este ámbito se deben centrar, no tanto en la búsqueda de psicopatología, con la estigmatización que conlleva, si no en las consecuencias de la violencia en su salud mental.

En esta dirección, otros muchos autores y autoras coinciden en que, tanto las características psicopatológicas de las mujeres víctimas (Rhodes & McKenzie,



1998), como posibles patrones de personalidad (Pérez-Testor, Castillo, Davins, Salamero & San-Martino, 2007), tendrían un carácter reactivo a la experiencia de violencia, relacionada con tanto con la severidad como con la duración de la exposición a la misma.

Por otro lado, en relación a los trastornos de personalidad, y tal y como ya se ha comentado, el género desempeña un importante papel. Más del 70% de las personas diagnosticadas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) son mujeres. A su vez, éstas han sido estigmatizadas por su dificultad para la intervención terapéutica y por su resistencia al tratamiento, es decir, no responden bien a las intervenciones, aspecto que suele ser común en el trabajo con mujeres víctimas de violencia de género. Los síntomas principales que muchos profesionales de la salud mental encuentran son respuestas de la labilidad emocional y de profunda desconfianza e ira expresada, por lo que a veces se les considera personas manipuladoras y agresivas (Haskell, 2003).

Algunos autores (Briere, 1996, 1997; McMillen, 1999; McLean, 2001; Haskell, 2003), indican que muchas de las mujeres que han sido consideradas “borderline”, en realidad experimentan un complejo de respuestas al estrés postraumático. Al igual que el Trastorno de Estrés Postraumático Complejo, un diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad se ha asociado con un historial de abuso físico, sexual y emocional, o negligencia en la niñez. Las respuestas que desarrollan las mujeres que han sido abusadas son moldeadas y determinadas por múltiples factores. Las formas en que son socializadas para internalizar estas experiencias, unida a una mayor indefensión social como resultado de la desigualdad de género, tienen como resultado diferencias significativas en materia de salud mental.

En cuanto a los estudios sobre la relación entre personalidad y consecuencias psicológicas del maltrato, algunos señalan que una mayor tendencia hacia la culpabilidad, entendida ésta como rasgo del carácter, aparece como predictor significativo de depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia (Janoff-Bulman, 1985; Moran & Eckenrode, 1992; Randa, Clements, Engelstatter & Clark,



2003). Otros autores como Dutton (1988) o Van der Kolk (1987), sugieren que las mujeres que sufren sintomatología de estrés postraumático como consecuencia del maltrato vivido, pueden desarrollar formas más duraderas y cónicas de psicopatología.

En la misma línea de investigación, Sharhabani-Arzy, Amir y Swisa (2005), siguiendo el modelo de estilos de personalidad de Blatt (1990), estudian la asociación entre la intensidad del trastorno por estrés postraumático y los estilos de personalidad autocriticó (tendencia a la preocupación y autodevaluación sobre aspectos asociados a la autoestima, fracaso o culpa) y dependiente (tendencia a depender de otros/as, miedo al abandono y tendencia a la indefensión). Los resultados indican que el estilo autocriticó de personalidad se relaciona significativamente con la intensidad del trastorno por estrés postraumático. En cuanto al estilo de personalidad dependiente, señalan que es un factor moderador de la asociación entre la autocritica y el trastorno de estrés postraumático, de manera que a altos niveles de autocritica, la dependencia no tiene ninguna influencia sobre la intensidad del este trastorno, pero con bajos niveles de autocritica, los niveles de dependencia moderan la intensidad del trastorno de estrés postraumático.

Asimismo, Patró et al. (2007) identifican qué estilos de personalidad de las escalas del *Inventario de Estilos de Personalidad de Millon* (MIPS) (Millon, 1994) se asocian a un mayor o menor nivel de sintomatología depresiva, evaluada a través del Inventario de Depresión de Beck - BDI (Beck & Steer, 1987). Los resultados aportan que las correlaciones significativas más altas en el nivel de depresión pueden asociarse a una mayor tendencia a experimentar la vida de modo pesimista, a centrar la atención en las amenazas potenciales a la propia seguridad emocional y física, a utilizar pocas estrategias para lograr sus objetivos, a mostrar mayor inhibición social, inseguridad y timidez en contextos sociales, a mostrarse sumisa y servil con otras personas, y a sentirse injustamente tratadas e insatisfechas socialmente.



En resumen, los estudios basados en la personalidad y psicopatología de mujeres víctimas de violencia de género muestran una gran variabilidad de resultados que puede estar relacionada con los instrumentos de medida utilizados, el planteamiento teórico de partida o la diferencia entre muestras.

Tal y como se ha comentado, los estilos de personalidad de las mujeres maltratadas se deben interpretar como reacciones traumáticas y no como indicadores de características estables y permanentes de las mujeres (Rosewater, 1988), conclusión que abala la postura de muchos y muchas profesionales y teóricas especializadas en este ámbito, que señalan que no existe un perfil de mujer maltratada. En la misma línea, Rincón, Labrador, Arinero y Crespo (2004) indican que no se puede buscar la causa y el mantenimiento de este tipo de violencia en quienes la sufren, si no las personas que lo llevan a cabo, los maltratadores, y en las condiciones ambientales y sociales que favorecen o facilitan el maltrato.

En resumen, es necesario profundizar en cómo influye la personalidad en la respuesta psicológica de las mujeres víctimas de violencia de género con la finalidad de mejorar el conocimiento y la intervención terapéutica que las mujeres necesitan (Patró et al., 2007).

5.4. Trauma

Como ya se ha comentado, la violencia de género ocasiona daños en el desarrollo de la personalidad de las mujeres que la sufren, y deja huellas y lesiones, más allá de las que produce la violencia física, mucho más difíciles de identificar, que conllevan un deterioro emocional y psicológico en ocasiones muy difícil de superar. El vínculo con el agresor y la arbitrariedad con la que éste ejerce el maltrato, forman parte de la vida de estas mujeres y afecta directamente a su integridad como personas.



Tal y como dice Herman (2004):

Los acontecimientos traumáticos ponen en duda las relaciones humanas básicas. Rompen los vínculos de familia, amistad, amor y comunidad. Destruyen la construcción del ser que se forma y apoya en relación con los demás. Debilitan los sistemas de creencias que dan significado a la experiencia humana. (p. 91)

Las experiencias traumáticas prolongadas pueden erosionar la personalidad a través de la alteración de creencias y esquemas cognitivos relacionados con las necesidades psicológicas básicas (Herman, 1992b, 1997, 2004). Janoff-Bulman (1985) señala que los acontecimientos traumáticos destruyen los conceptos fundamentales de la víctima sobre la seguridad del mundo, el valor positivo de la persona y el sentido de la vida.

Tal y como expone Serrano (2012):

Cuando hablamos de maltrato estamos refiriéndonos a relaciones humanas, que se desarrollan en el marco de conductas de apego y que provocan en el otro daño, incapacidad, pérdida de habilidades, deterioro de facultades, desregulación emocional, sometimiento, etc. Serían relaciones que mantiene una persona con sus figuras de apego que se crean y sostienen a través de vínculos traumáticos. Nos estamos refiriendo a personas que se ven involucradas en relaciones en las cuales la violencia tanto explícita como implícita, la que se siente pero no se puede nombrar, es el eje del funcionamiento diario. El fin de esta violencia es lograr que se dañe o se elimine la subjetividad de la víctima. (p. 202)

Por otro lado, es preciso tener en cuenta que cuándo se habla de trauma psicológico es necesario luchar de forma constante con la tendencia a desacreditar a las víctimas o a hacerlas invisibles. Esto es especialmente importante cuando se habla de violencia de género, ya no sólo por la autoinculpación de las propias mujeres, si



no de la sociedad. Herman (1992b, 1997, 2004) sugiere que los acontecimientos traumáticos frustran la iniciativa y la competencia individual de las víctimas, independientemente de los recursos que tengan, porque estos fueron insuficientes para evitar la conducta lesiva. Después de los acontecimientos traumáticos, las víctimas juzgan su conducta y los sentimientos de culpa e inferioridad casi siempre son el resultado. Según esta autora, la culpa puede ser entendida como la necesidad de extraer un aprendizaje de la experiencia y así poder recuperar cierto sentido de poder y control, ya que pensar que haberlo podido hacer mejor, puede ser más tolerable que enfrentarse al hecho de verse totalmente indefensa.

Además de la culpa, otras repuestas habituales después de haber vivido una situación traumática son la vergüenza y tener dudas sobre su actuación. En el primer caso, la vergüenza puede ser una respuesta a la indefensión, y la duda viene vinculada a la incapacidad de mantener el propio punto de vista frente al otro (Herman, 1992b, 1997, 2004).

5.4.1. La respuesta al trauma

Algunos experimentos muestran que cualquier ser humano cuando se encuentra en una situación de dominación se vuelve pasivo y sumiso (Zimbardo, 2007). El trauma genera situaciones de estrés que quiénes lo sufren lo perciben como inmanejable, lo que favorece que se fije destruyendo la integridad personal y atrapando al sujeto (Nieto, 2010).

Asimismo, diferentes investigaciones señalan que la esencia del trauma es la disociación, ya que al no poder hacer frente a la situación la persona traumatizada es incapaz de integrar en su organización psíquica la información recibida, de manera que ésta no se registra a nivel cognitivo, si no a nivel sensomotriz, quedando fuera de la conciencia (Ogden, Minton & Pain, 2006).



En el caso de las mujeres maltratadas, su atención se orienta de forma automática a quién les produce temor, su agresor y ello condiciona sus estados emocionales haciéndolas vivir en un estado permanente de alerta y estrés (Serrano, 2012).

Tal y como dice Serrano (2012):

Cuando una persona se encuentra en una situación traumática despliega unas pautas de acción fijas, las conductas que se desplegaron en la situación de peligro, vuelven a aparecer de forma automática cada vez que la persona traumatizada vive situaciones que asocia con el trauma. (p. 86)

El trauma en una relación tiene lugar cuando las expectativas de cuidado y bienestar son sustituidas por actitudes abusivas, rompiendo con las necesidades de seguridad que tienen quienes lo padecen. En un primer momento, las mujeres que sufren violencia despliegan emociones y estrategias defensivas, como el ataque/huida, pero cuando éstas no son eficaces, es muy frecuente que entren en un estado de hipoactivación que poco a poco se integrará en la identidad de la víctima (Serrano, 2012).

Según Ogden et al. (2006), es muy frecuente que las personas que han pasado por acontecimientos traumáticos sean especialmente sensibles a la hiperactivación y a la hipoactivación fisiológica, lo que supone una desregulación del sistema nervioso autónomo. Esto conlleva en el primer caso a que se encuentren aceleradas, con dificultades para procesar información y tengan imágenes y sensaciones intrusivas. En el caso de la hipoactivación, la respuesta es contraria y supone una pasividad y un desvanecimiento de emociones, lo que puede explicar por qué muchas mujeres en situaciones de maltrato son incapaces de reaccionar al mismo.

Tal y como explica Serrano (2012), la integración y los recursos defensivos se bloquean y las estrategias útiles para la adaptación y la defensa dejan de serlo, poniéndose en marcha defensas más primitivas como la sumisión y la parálisis con el objetivo de hacer frente a un contexto imprevisible y traumático, anulando la



posibilidad de poner en marcha estrategias más adaptativas debido a que cuando éstas se han desplegado al inicio de la relación de maltrato, no han sido eficaces.

5.4.2. Trauma y relaciones

El efecto que tiene el trauma en las relaciones es paradójico. Herman (1992b, 1997, 2004) opina que aparecen oscilaciones en la regulación de la intimidad. Por un lado, las situaciones traumáticas empujan a las personas a rehuir de las relaciones de intimidad, pero por otro lado las hace buscarlas. La ruptura de la confianza que se produce en estos casos, unida a los sentimientos de culpa, inferioridad y vergüenza, y el miedo a la reexperimentación, favorece ese alejamiento de las relaciones. Pero por otro lado, la necesidad de protección puede conllevar a una búsqueda de apoyos y cuidados.

En el caso de las mujeres víctimas de violencia, esa nueva búsqueda de relaciones de protección, en ocasiones puede ser una especie de trampa que las lleve de nuevo a otra relación de abuso, ya que es frecuente que muchos agresores, inicialmente, muestren conductas de sobreprotección y cuidado que pueden ser confundidas con amor y preocupación.

Por ello, es fundamental en la recuperación de las mujeres maltratadas que éstas tengan fuentes de apoyo más allá de la influencia y del contexto del agresor, que ofrezcan los cuidados y protección que necesitan para sobreponerse a la violencia vivida. En este sentido, el apoyo profesional especializado resulta fundamental, no sólo para ayudarlas a superar las secuelas que imprime el maltrato, si no para enseñarlas a detectar posibles conductas de abuso al enfrentarse a nuevas relaciones y proporcionarles estrategias para fortalecerlas ante ese tipo de situaciones.

En el presente capítulo ha pretendido definir la resiliencia, exponer diferentes perspectivas sobre la misma, y describir su relación con la violencia de género, así



como exponer las posibles características que tendrían las mujeres víctimas de violencia de género resilientes. Asimismo, se ha hecho un acercamiento a la compleja, y poco estudiada, relación entre personalidad y violencia de género. Por último, se habla de la violencia de género como experiencia traumática y del impacto que ésta, como tal, tiene en las mujeres que la sufren.



CAPÍTULO 6

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

6.1. Objetivo general

El objetivo de la investigación es conocer la sintomatología clínica en mujeres víctimas de violencia de género y su relación con el maltrato sufrido, y analizar el papel de la resiliencia en esa relación.

6.2. Objetivos específicos

- 1) Analizar las variables sociodemográficas de mujeres víctimas de violencia de género relativas a: edad, nacionalidad, nivel formativo, situación laboral, independencia económica, hijos, relación actual con el agresor, situación actual de convivencia, inicio del maltrato, tiempo sufriendo maltrato, edad de comienzo de la relación, otras relaciones de maltrato, antecedentes familiares de maltrato y abusos sexuales, percepción de riesgo, importancia de apoyo social, aspectos referidos a su salud física y psicológica, interposición de denuncia y resolución judicial.
- 2) Conocer la prevalencia de sintomatología clínica en las siguientes áreas: quejas somáticas, ansiedad, estrés postraumático, depresión, hipervigilancia, inestabilidad emocional y problemas con el alcohol y las drogas, ideación



suicida y estrés. Asimismo, conocer la prevalencia de las variables relacionadas con el tratamiento: rechazo al tratamiento, dominancia, afabilidad y falta de apoyo social.

- 3) Analizar los datos relativos a diferentes tipos de maltrato (sutil, psicológico y físico).
- 4) Establecer la relación entre tipo de maltrato sufrido (sutil, psicológico y físico) y sintomatología clínica (quejas somáticas, ansiedad, estrés postraumático, depresión, hipervigilancia, inestabilidad emocional, ideación suicida y estrés), y con el rechazo al tratamiento, dominancia y afabilidad.
- 5) Estudiar la relación entre tipo de maltrato sufrido (sutil, psicológico y físico) y edad, nivel formativo, situación laboral, independencia económica, hijos, inicio del maltrato, tiempo sufriendo maltrato, edad de comienzo de la relación, otras relaciones de maltrato, percepción de riesgo, importancia de apoyo social e interposición de denuncia.
- 6) Conocer la relación entre sintomatología clínica (quejas somáticas, ansiedad, estrés postraumático, depresión, hipervigilancia, inestabilidad emocional, ideación suicida y estrés) y las siguientes variables sociodemográficas: inicio del maltrato, tiempo sufriendo maltrato, edad de comienzo de la relación, otras relaciones de maltrato, antecedentes familiares de maltrato y abusos sexuales.
- 7) Determinar la relación entre sintomatología clínica (quejas somáticas, ansiedad, estrés postraumático, depresión, hipervigilancia, inestabilidad emocional, ideación suicida), y de otras variables como rechazo al tratamiento, dominancia y afabilidad, y apoyo social.
- 8) Establecer el nivel de resiliencia en mujeres víctimas de violencia de género.
- 9) Valorar la posible relación entre resiliencia y tipos de maltrato (sutil, psicológico y físico).
- 10) Analizar la relación entre resiliencia y sintomatología clínica (quejas somáticas, ansiedad, estrés postraumático, depresión, hipervigilancia, inestabilidad emocional, ideación suicida y estrés).
- 11) Estudiar la relación entre resiliencia y variables relacionadas con el tratamiento: rechazo al tratamiento, afabilidad, dominancia y apoyo social.



- 12) Conocer la relación entre resiliencia y las siguientes variables sociodemográficas de las mujeres víctimas de violencia de género: nivel formativo, situación laboral, independencia económica, interposición de la denuncia, y apoyo social. Asimismo, determinar la posible relación entre resiliencia y otras variables como: inicio del maltrato, tiempo sufriendo maltrato, edad de comienzo de la relación, antecedentes familiares de maltrato y percepción de riesgo.

6.3. Hipótesis

Las hipótesis planteadas son:

Hipótesis 1

A mayor gravedad del maltrato sufrido, mayor nivel de sintomatología clínica.

Hipótesis 2

A mayor tiempo de maltrato sufrido, mayor nivel de sintomatología clínica.

Hipótesis 3

A mayor falta de apoyo social recibido, mayor nivel de sintomatología clínica.

Hipótesis 4

A mayor nivel de resiliencia, menor nivel de sintomatología clínica.

Hipótesis 5

A mayor nivel de resiliencia, mayor nivel de afabilidad y dominancia.



CAPÍTULO 7

MÉTODO

7.1. Diseño

El presente estudio sigue una metodología intersujetos de tipo correlacional. Las técnicas estadísticas empleadas han sido análisis de frecuencias, análisis descriptivos de las variables objeto de estudio, prueba *t* de Student de diferencias de medias, Análisis de Varianza (ANOVA) de un factor y análisis de correlación simple de Pearson. Todos los análisis estadísticos se han realizado con el paquete estadístico SPSS (v .20).

7.2. Participantes

La muestra está constituida por un total de 119 mujeres víctimas de violencia de género, de edades comprendidas entre los 16 y 74 años, usuarias de la Red Regional de Recursos de Atención especializada a Mujeres Víctimas de Violencia de Género de la Región de Murcia, en concreto del Centro de Emergencia y de los Centros de atención especializada para mujeres víctimas de violencia de género.

En relación a la descripción de la muestra, a continuación se describen las variables sociodemográficas básicas:



En cuanto a la distribución por **edad**, la media es de 39 años, encontrando que un 14,4% tienen entre los 16 y los 26 años, un 25,4% tienen edades comprendidas entre los 27 y los 36 años, un 30,5% tienen entre los 37 y los 46 años, un 17,8% entre los 47 y los 56 años, y un 5,1% entre los 57 y los 71 años.

Tabla 11
Distribución de la muestra por edad

EDAD	PREVALENCIA
16-26 años	14,4%
27-36 años	25,4%
37-46 años	30,5%
47-56 años	17,8%
57-71 años	5,1%

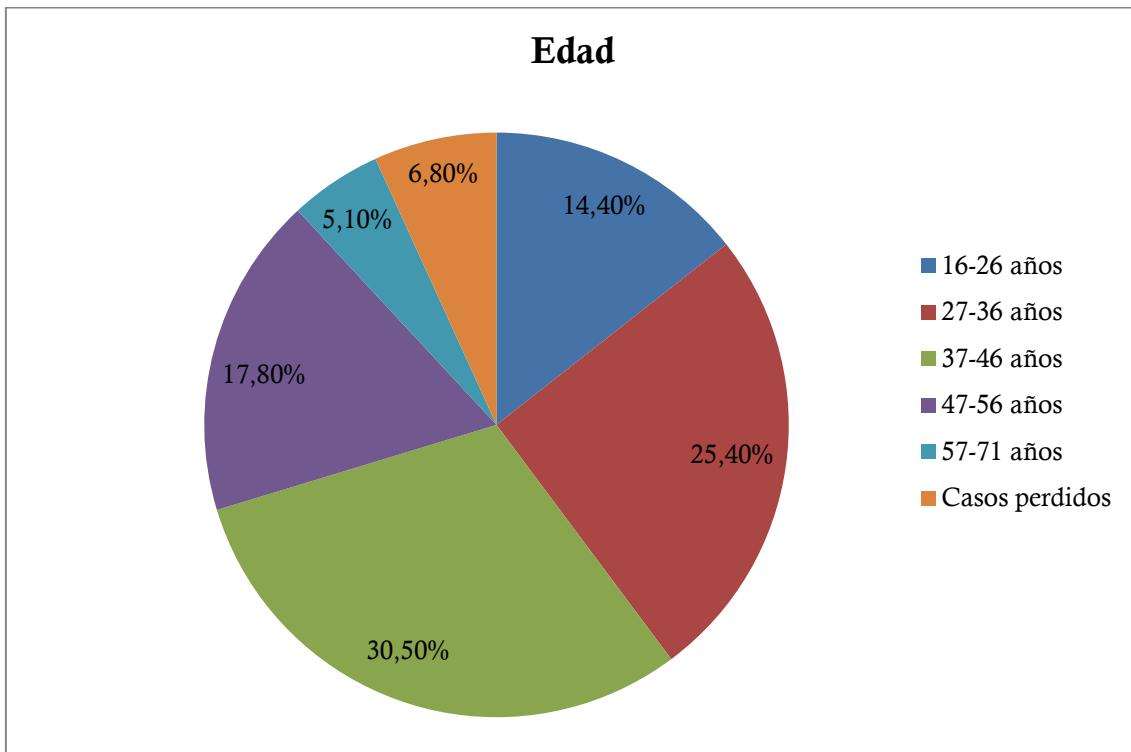


Figura 6. *Distribución de la muestra por edad*



La **nacionalidad** del 88,2% de la muestra es española, el 5% son sudamericanas, el 0,8% es marroquí, el 0,8% es de países del este y el 0,8% es de otras nacionalidades.

Tabla 12
Distribución de la muestra por nacionalidad

NACIONALIDAD	PREVALENCIA
Española	88,2%
Sudamericana	5,0%
Marroquí	0,8%
Países del Este	0,8%
Otras nacionalidades	0,8%

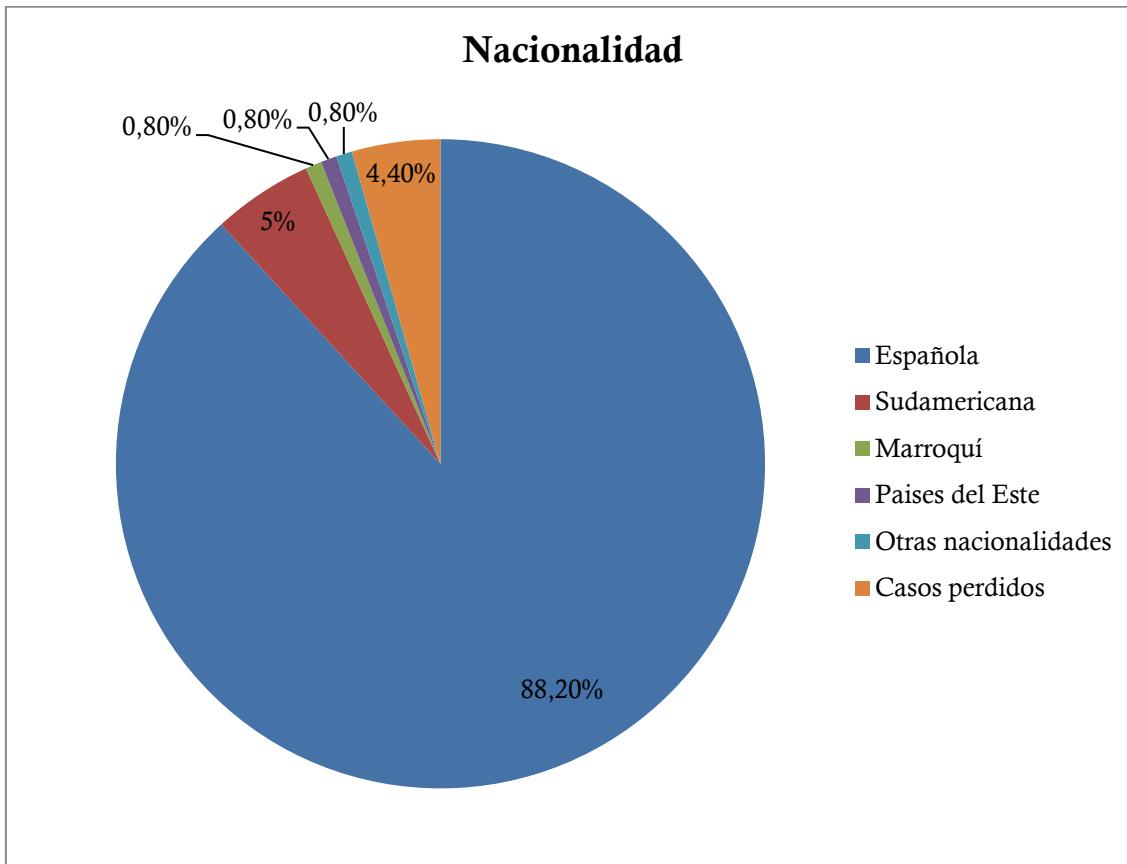


Figura 7. *Distribución de la muestra por nacionalidad*



Por otro lado, en cuanto al **nivel formativo** de las mujeres, el 2,5% tienen estudios primarios, el 33,6% tienen formación secundaria, el 10,9% ha cursado formación profesional, el 26,1% tiene el bachillerato, el 14,3% tiene estudios universitarios y un 10,9% señalan otros niveles formativos.

Tabla 13
Distribución de la muestra por nivel formativo

NIVEL FORMATIVO	PREVALENCIA
Estudios primarios	2,5%
Formación secundaria	33,6%
Formación profesional	10,9%
Bachillerato	26,1%
Estudios universitarios	14,3%
Otros niveles formativos	10,9%

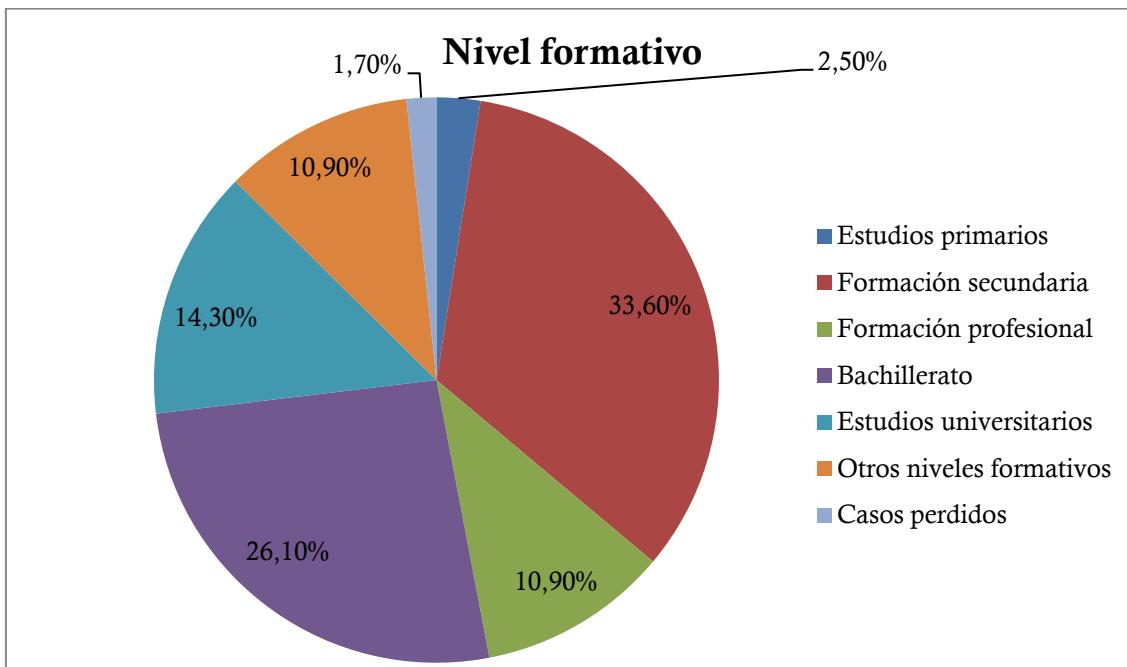


Figura 8. *Distribución de la muestra por nivel formativo*



La **situación laboral** indica que un 29,4% de las mujeres tienen trabajo autónomo o como contratadas, un 4,2% tiene un trabajo precario, el 6,7% son estudiantes, el 21,8% están en situación de desempleo con algún tipo de prestación, el 28,6% está en desempleo sin ningún tipo de prestación, y el 6,7% de los casos se encuentran en otras situaciones laborales.

Tabla 14
Distribución de la muestra por situación laboral

SITUACIÓN LABORAL	PREVALENCIA
Trabajo contrato/autónomo	29,4%
Trabajo precario	4,2%
Estudiantes	6,7%
Desempleo con prestación	21,8%
Desempleo sin prestación	28,6%
Otras situaciones laborales	6,7%

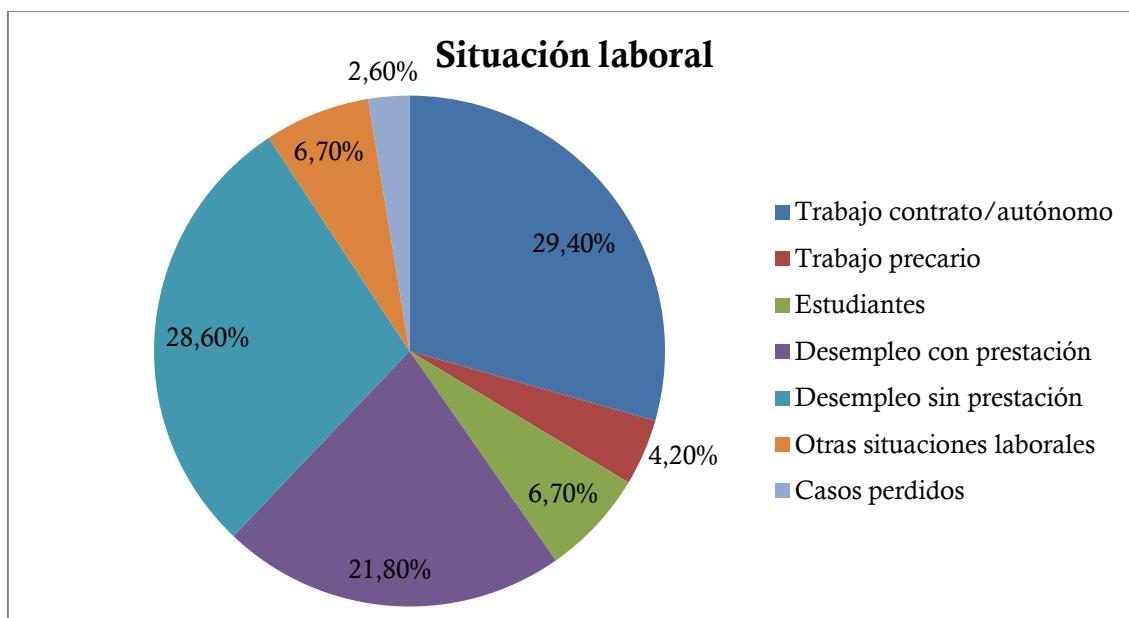


Figura 9. *Distribución de la muestra por situación laboral*



Asimismo, el 52,9% se declaran como **independientes económicamente** y el 43,7% señalan que no lo son.

Tabla 15
Distribución de la muestra por independencia económica

SITUACIÓN ECONÓMICA	PREVALENCIA
Independencia económica	52,9%
No independencia económica	43,7%

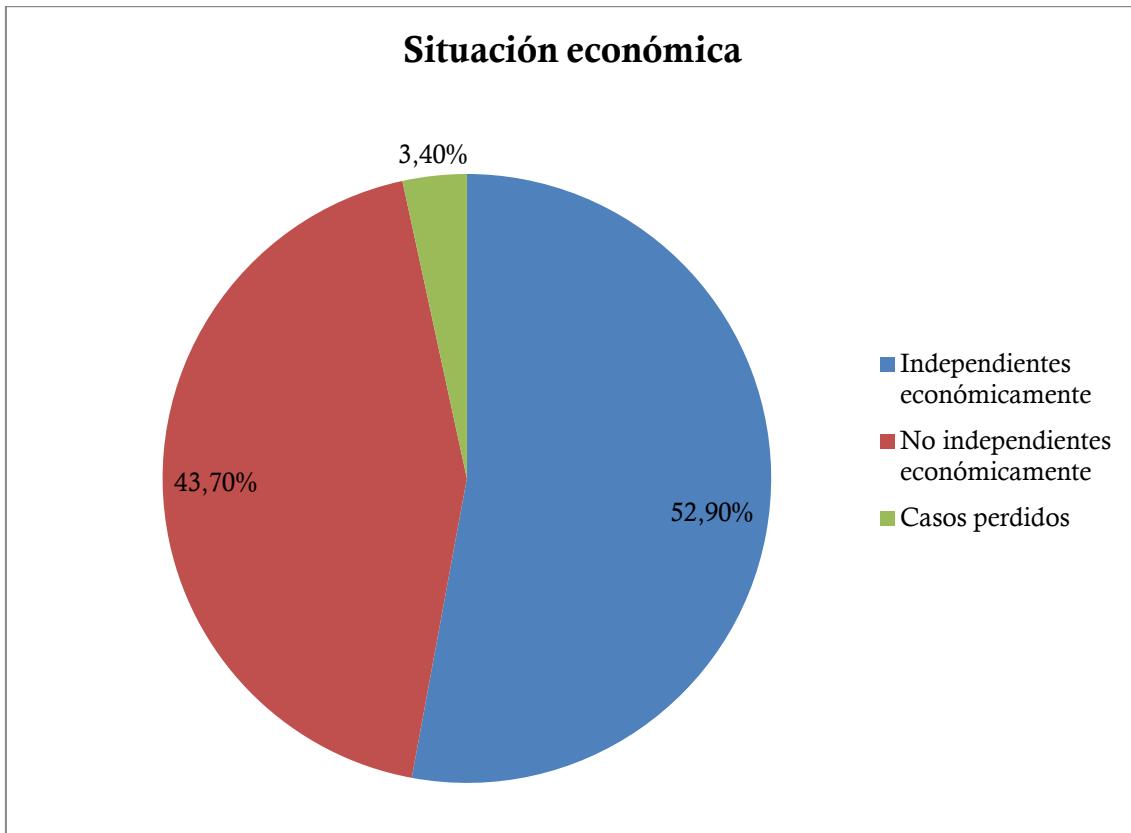


Figura 10. *Distribución de la muestra por independencia económica*



El 78,2% de las mujeres tienen **hijos**, el 15,1% no los tienen. La media del número de hijos es algo inferior a dos ($x= 1,78$).

Tabla 16
Distribución de la muestra por tenencia de hijos

HIJOS	PREVALENCIA
No tienen hijos	15,1%
Tienen hijos	78,2%

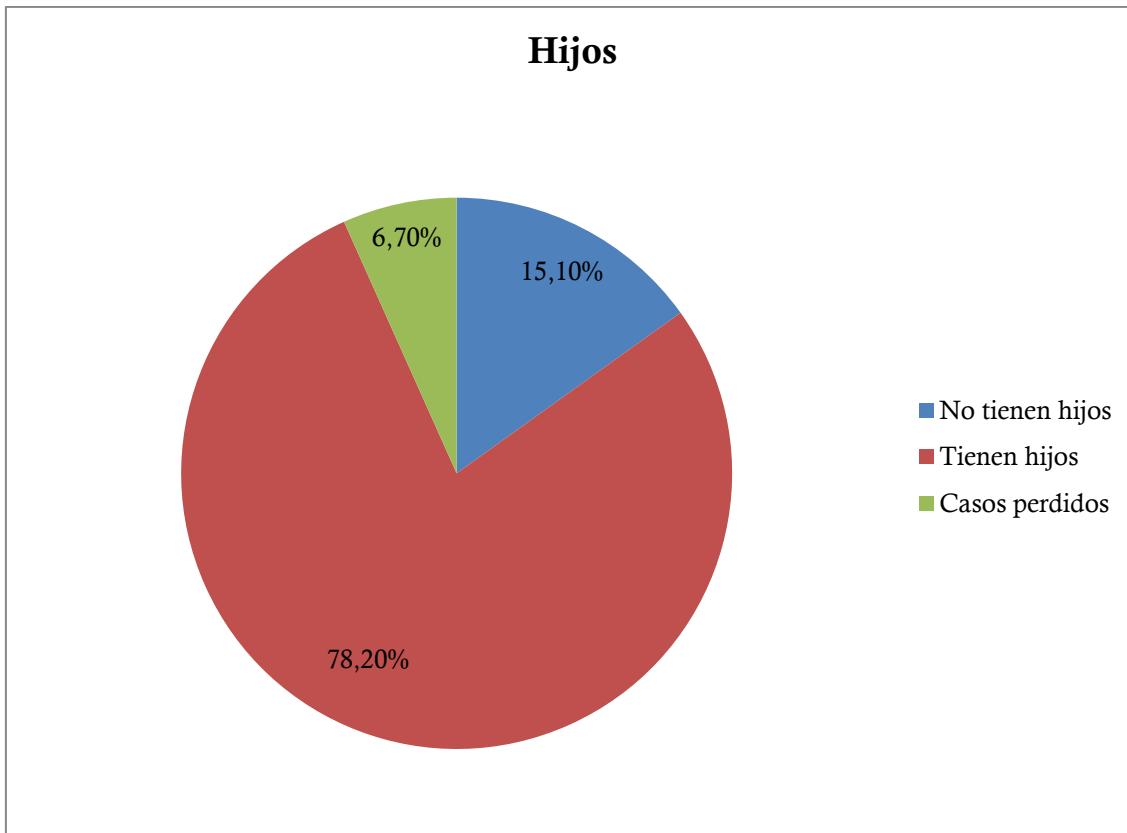


Figura 11. *Distribución de la muestra por tenencia de hijos*



En **relación a relación actual con el agresor**, el 69,7% señala que en la actualidad no existe relación, mientras que el 27,7% indica que siguen teniendo una relación con el agresor.

Tabla 17
Distribución de la muestra por la relación actual con el agresor

RELACIÓN ACTUAL CON EL AGRESOR	PREVALENCIA
No existe relación	69,7%
Existe relación	27,7%

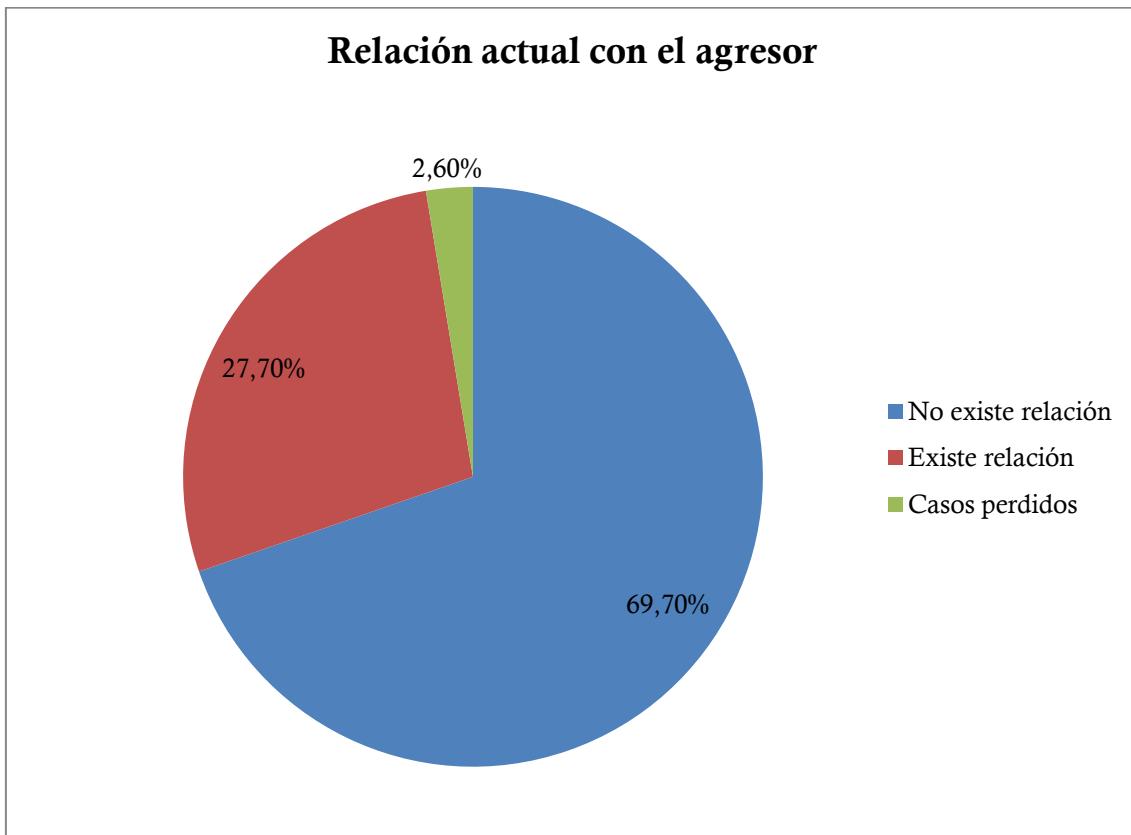


Figura 12. *Distribución de la muestra por la relación actual con el agresor*



Por último, el 50,4 % de la muestra ha **denunciado la situación de violencia**, mientras que el 45,4% no lo ha hecho.

Tabla 18
Distribución de la muestra por interposición de denuncia de la situación de violencia

INTERPOSICIÓN DE DENUNCIA	PREVALENCIA
Ha denunciado	50,4%
No ha denunciado	45,4%

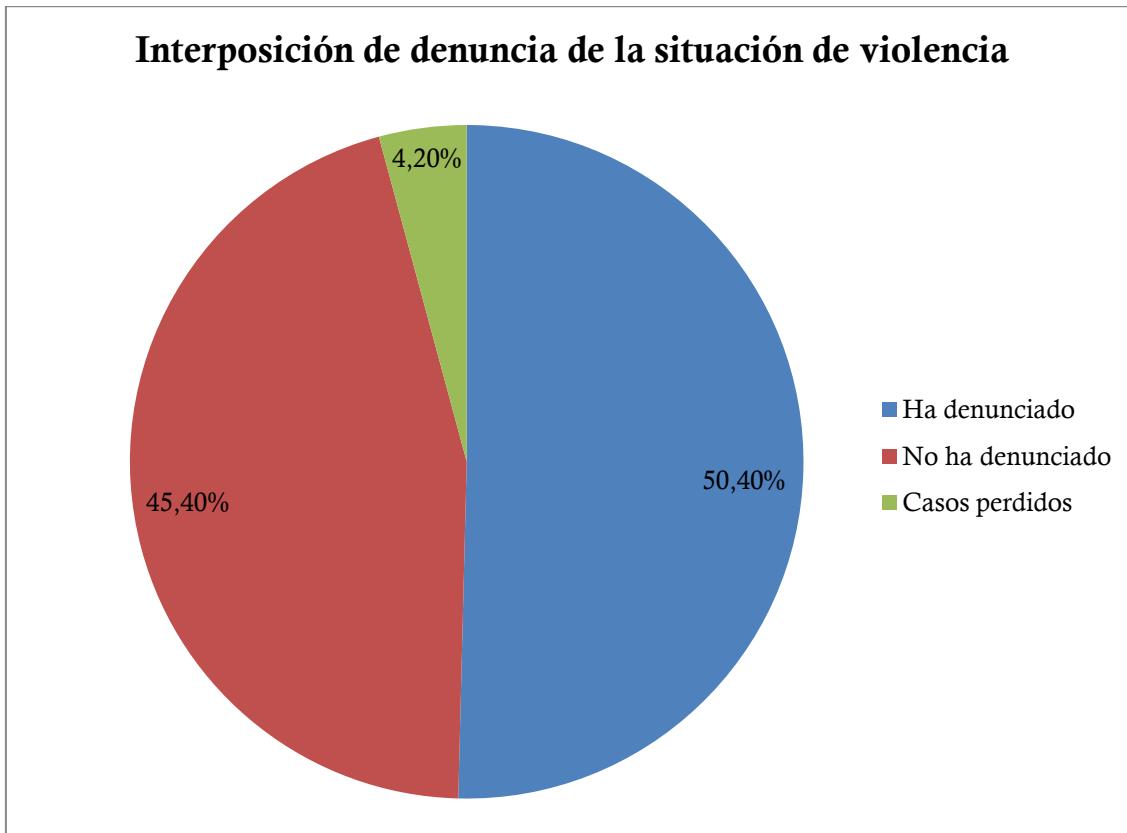


Figura 13. *Distribución de la muestra por interposición de denuncia de la situación de violencia*



7.3. Instrumentos de evaluación

A continuación se exponen las características de las entrevistas realizadas, y los instrumentos de evaluación administrados.

7.3.1. Evaluación de variables sociodemográficas

Cuestionario sociodemográfico para mujeres víctimas de violencia de género

Para evaluar los aspectos sociodemográficos de la muestra se utilizó el cuestionario sociodemográfico para mujeres víctimas de violencia de género, elaborado ad hoc para esta investigación. Es un cuestionario a cumplimentar por las evaluadoras con la información proporcionada por las mujeres.

Es una entrevista que consta de 50 preguntas cerradas y está dividida en siete partes. En la primera parte se recoge *información general* como edad actual de la mujer, nacionalidad y si ha estado en algún recurso de atención especializada a mujeres víctimas de violencia.

En la segunda parte se recoge información sobre *recursos y apoyos*: nivel formativo, situación laboral, posibles discapacidades, situación económica y en relación a la vivienda, tipos de apoyos familiares y/o sociales e importancia percibida de esos apoyos.

La tercera parte hace referencia a la *relación con el agresor*, situación actual, años de relación, si ha habido intentos de ruptura y de reconciliación, si tiene hijos y si estos han recibido o presenciado maltrato, si existe convivencia o no, tipo y duración, si ha tenido otras relaciones de maltrato o si hay antecedentes en su familia. Asimismo, aporta información sobre qué edad tenía la relación de pareja, cuándo empezó la relación de maltrato, cuánto tiempo lleva sufriendo maltrato, si coincidió



el inicio del maltrato con algún acontecimiento determinada y sobre la percepción del grado de peligrosidad en relación a su situación de violencia.

La cuarta parte explora el tipo *estrategias de control/maltrato* que ejerce o ha ejercido el agresor contra ella.

La quinta parte recoge información relativa a su *estado de salud*, si ha padecido o padece algún tipo de enfermedad física o mental, uso de medicación y si ha necesitado algún tipo de intervención psicológica o médica como consecuencia del maltrato recibido.

La sexta parte se centra en *aspectos jurídicos* referentes a si ha denunciado en alguna ocasión, si tiene alguna resolución en vigor por violencia de género y si ha habido quebrantamiento de la resolución judicial.

En la séptima parte se recoge información sobre otras cuestiones como en el momento en el que se encuentra a mujer a la hora de realizar la entrevista.

7.3.2. Evaluación del tipo de maltrato

Escala de Abuso Psicológico Sutil y Manifiesto a las Mujeres, SOPAS (Buesa y Calvete, 2011)

Para evaluar el maltrato psicológico sutil se utilizó la Escala de Abuso Psicológico Sutil y Manifiesto a las Mujeres (Buesa y Calvete, 2011). El SOPAS es un instrumento adaptado de la *Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale* (Marshall, 2000) y evalúa maltrato psicológico sutil, entendido éste como aquel que se ejerce, más allá de las perspectiva clásica de evaluación del maltrato basado en conductas de control, abuso y maltrato físico, mediante estrategias que pueden ser confundidas con el cariño, la broma o el cuidado, siendo en ocasiones situaciones



difíciles de identificar como conductas de maltrato. Está compuesto por 34 ítems que se contestan en una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos (0 = nunca, 5 = prácticamente siempre). El análisis factorial de la escala revela una estructura de un único factor (Marshall, 2000) y no se poseen datos acerca de la fiabilidad y validez de la escala original. El instrumento fue traducido del inglés al castellano por profesionales de la psicología, bilingües, siguiendo un procedimiento de retrotraducción (Buesa y Calvete, 2011).

La adaptación de la escala se llevó a cabo con una muestra de mujeres de población normal ($n: 186$) y una muestra de mujeres víctimas de violencia de género ($n: 146$). En la muestra de víctimas, el estudio factorial de la escala muestra en general un ajuste adecuado a la estructura unidimensional que se supone para el test, obteniendo un coeficiente alfa en ambas muestras de 0,94 y 0,95 respectivamente.

Inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja, APCM (Matud et al., 2001)

Para evaluar el tipo de maltrato que sufre una mujer por parte de su pareja se utilizó el *Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja* (Matud, 1998). Este instrumento fue adaptado por Matud, Caballeira y Marrero (2003). Consta de 56 ítems a través de los cuales se evalúan dos tipos de maltrato: el primero mide maltrato psicológico y está formado por 37 ítems, y su consistencia interna es de 0.94. El segundo evalúa maltrato físico, está formado por 19 ítems y tiene una también tienen una consistencia interna de 0.94. El formato de respuesta es tipo Likert de cinco puntos (0= nunca, 1= a veces, 2= a menudo, 3= bastante; 4= siempre). Ambos factores mantienen una correlación entre ellos de 0.57.



7.3.3. Evaluación de sintomatología clínica

Inventario de la Personalidad, PAI (Morey, 2007)

Es un cuestionario diseñado para evaluar variables de personalidad y psicopatología. La adaptación española, publicada en el año 2011, es de Ortiz-Tallo, Cardenal y Sánchez, y se validó en una muestra española de 2.759 personas de entre 18 y 76 años con datos provenientes de distintas Comunidades Autónomas, de las cuales 1.750 no tenían problemas psicológicos y 1.009 padecían algún tipo de problema clínico. El PAI contiene 344 ítems, se cumplimenta como un autoinforme y puede ser aplicado de forma individual o colectivamente. El sistema de respuesta del PAI ha sido construido manteniendo la clásica dicotomía falso/verdadero.

El instrumento permite obtener puntuaciones en 22 escalas clínicas: 4 escalas de validez, 11 escalas clínicas, 5 escalas de consideraciones para el tratamiento y 2 escalas de relaciones interpersonales. Diez de estas escalas incluyen subescalas específicas que fueron derivadas conceptualmente para facilitar la interpretación y asegurar que se cubría el amplio rango de constructos clínicos complejos (Morey, 2007).

En cuanto a sus propiedades psicométricas, el inventario muestra una buena fiabilidad, siendo el Alfa de Cronbach promedio de las escalas principales de 0.78 en la muestra normal, y de 0.83 en la muestra clínica, y de las subescalas un 0.70 en la muestra normal y un 0.74 en la muestra clínica. En cuanto a la consistencia temporal promedia 0.84 en las escalas principales y 0.79 en las subescalas.

A continuación se describen las escalas y subescalas clínicas de interés para esta investigación:



- 1) **Escala Quejas Somáticas:** refleja preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud que abarcan desde problemas repetidos de malestar físico relativamente menor, como dolores de cabeza, a disfunciones mayores en varios órganos o conjunto de órganos (p.e., parálisis).
- 2) **Escala Ansiedad:** evalúa el grado de tensión y emoción negativa experimentada. Incluye diferentes formas de experimentar la ansiedad, incluyendo la presencia de preocupación constante, los sentimientos subjetivos de miedo y tensión, y signos físicos de nerviosismo y estrés.
- 3) **Escala Depresión:** refleja tanto los diferentes elementos del síndrome de la depresión como los distintos niveles de gravedad en que pueden aparecer, evaluando un amplio abanico de aspectos relacionados con la severidad de los síntomas.
- 4) **Escala Problemas con el Alcohol:** evalúa distintas conductas y consecuencias relacionadas con consumo, el abuso y la dependencia del alcohol.
- 5) **Escala Problemas con las Drogas:** valora distintas conductas y consecuencias relacionadas con consumo, el abuso y la dependencia del alcohol.
- 6) **Subescala Trastornos de Estrés Postraumático:** se incluye dentro de la Escala Trastornos Relacionados con la Ansiedad. Evalúa sintomatología relacionada con las reacciones a estresores traumáticos, incluidas las pesadillas, las reacciones ansiosas repentina y las sensaciones de haber cambiado irreversiblemente después de una experiencia traumática.
- 7) **Subescala Hipervigilancia:** es una de las tres subescalas de la Escala Paranoia e indica una actitud de alerta y prevención en las interacciones con los demás, que busca confirmar señales de aviso que indican que la persona con la que está tratando no es de fiar.
- 8) **Subescala Inestabilidad Emocional:** es uno de los síntomas que compone la Escala Rasgos Límites e indica una tendencia a sentirse desbordado por emociones intensas y poco controladas, particularmente por la ira.



Asimismo, se ha considerado de interés el estudio de algunas escalas relacionadas con el tratamiento, cuya descripción se recoge a continuación:

- 1) **Escala Ideación Suicida:** indica la presencia de pensamientos e ideas relacionadas con la muerte y el suicidio.
- 2) **Escala Estrés:** proporciona información sobre estresores vitales experimentados en la actualidad o recientemente, concernientes a relaciones familiares, dificultades financieras, problemas laborales y otros cambios importantes que han ocurrido recientemente o que vayan a ocurrir.
- 3) **Escala Falta de Apoyo Social:** ofrece información del apoyo social percibido, indagando tanto la disponibilidad como la calidad de las relaciones sociales, así como el nivel y la naturaleza de las interacciones con conocidos, amigos y miembros de la familia.
- 4) **Escala Rechazo al Tratamiento:** evalúa las actitudes y cualidades asociadas al interés por realizar cambios personales de naturaleza psicológica o emocional.

Por último, se definen las escalas de relación interpersonal de interés en la investigación:

- 1) **Dominancia:** ofrece información sobre el grado en que una persona es controladora, sumisa o autónoma en sus relaciones personales.
- 2) **Afabilidad:** evalúa el nivel en que una persona es cordial, empática o retraída, esquiva y desconfiada en sus relaciones con los demás.



7.3.4. Evaluación de la resiliencia

Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) (2003) [validada por Serrano-Parra et al., 2012]

Para evaluar la resiliencia se utilizó la versión española del CD-RISC, definida por los autores como el conjunto de habilidades y recursos que favorecen el afrontamiento con éxito de la adversidad (Connor & Davidson, 2003). La escala original tiene 25 ítems que puntuán en una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta (0= nunca, 1= a veces, 2= a menudo, 3= bastante; 4= siempre) y está compuesta por cinco factores.

La versión utilizada en esta investigación es la obtenida por Serrano-Parra et al. (2012) en un estudio para evaluar las características psicométricas de la escala en una muestra con personas mayores no institucionalizadas. Consta de 17 ítems, que se contestan en una escala tipo Likert similar a la original, que dan como resultado la evaluación de tres dimensiones en la medición de la resiliencia: tenacidad y autoeficacia, control personal y competencia social.

Los resultados indican que la escala CD-RISC en su versión en castellano en la muestra de personas mayores no muestra la misma estructura factorial que la original en inglés. En la adaptación de Serrano-Parra et al. (2012), la escala muestra propiedades psicométricas aceptables, siendo El coeficiente alfa de Cronbach de 0,79 para las dimensiones “Tenacidad - Autoeficacia” y “Control personal”, y de 0,56 “Competencia social”, asimismo los indicadores de bondad de ajuste de AFC verificaron una estructura de tres dimensiones ($\chi^2 =198$, df=116, p 0,001; CFI=0,902; SRMR=0,062). El coeficiente alfa de Cronbach mostró un valor de 0,79 para las dimensiones “Tenacidad - Autoeficacia” y “Control personal”, y de 0,56 “Competencia social”.



7.4. Procedimiento

La Región de Murcia cuenta con una Red Regional de Recursos de Violencia de Género dependientes de la Dirección General de Mujer de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades, que gestiona el Dispositivo de Atención Telefónica Urgente a Mujeres Maltratadas 112, el Centro de Emergencia, las Casas y Pisos de Acogida y la Red de Centros de Atención a Víctimas de Violencia de Género (CAVI). En la Figura 14 se recoge el sistema de coordinación de la Regional de Recursos:

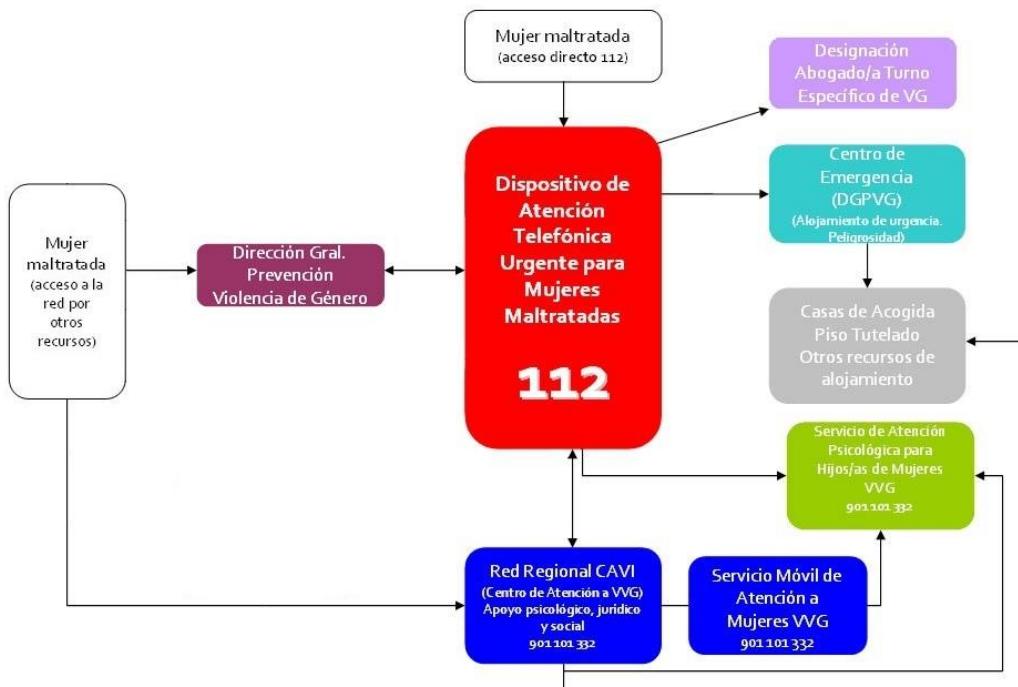


Figura 14. Sistema de coordinación de la Red Regional de Recursos de Violencia de Género

La Red está compuesta por diferentes servicios que pueden ser clasificados en dos grandes grupos: recursos de atención urgente y recursos de atención y apoyo.

El **Dispositivo de atención telefónica urgente para mujeres víctimas de violencia de género 112** es un recurso telefónico para atender situaciones urgentes de



violencia de género. Funciona las veinticuatro horas del día, todos los días del año. Las destinatarias son mujeres que sufren violencia de género en la Región de Murcia, aunque también pueden llamar amistades, familiares o personas del entorno de estas mujeres, así como profesionales que demandan alguna información. Este servicio coordina la actuación de todos los recursos necesarios para garantizar la protección de las mujeres, y ofrece información y asesoramiento tanto a éstas como a otros posibles llamantes.

El **Centro de Emergencia** es un recurso de acogida en el que se proporciona a las mujeres víctimas, con carácter inmediato, el alojamiento y la protección necesaria en situaciones de riesgo. Se trata, por tanto, de un recurso disponible a cualquier hora del día para dar respuesta a situaciones urgentes, y cuya ubicación es confidencial con el fin de proporcionar la seguridad que requieren. En el centro se proporciona alojamiento, manutención y protección de las personas acogidas y atención social, psicológica, jurídica y educativa.

Las mujeres que son acogidas en este centro suelen presentar una casuística con unas características determinadas: en primer lugar, acoge a mujeres que se encuentran en una situación de riesgo en la que se hace necesario ofrecer un alojamiento alternativo que garantice su protección y seguridad. En segundo lugar, las mujeres acogidas en este recurso no disponen de los apoyos necesarios, tanto sociales como de otro tipo, que puedan satisfacer sus necesidades de apoyo y atención. Por lo general, son mujeres que se encuentran en situaciones muy desfavorecidas (inmigrantes sin apoyos familiares, mujeres en riesgo de exclusión, etc.) o en las que las amenazas por parte del agresor se extienden a sus posibles redes de apoyo.

Las **casas de acogida y el piso tutelado** son recursos donde se alojan temporalmente mujeres que han sufrido violencia de género, y sus hijas e hijos menores, y en los que se les proporciona un tratamiento integral. En ellas se les presta la atención necesaria durante un período de tiempo determinado, siempre



que no puedan alojarse en otro recurso por carecer de medios o porque puedan ser localizadas por su agresor.

Los Centros de Atención Especializada para Mujeres Víctimas de Violencia de Género (CAVI) son recursos públicos y gratuitos, que pretenden dar una respuesta institucional para atender de forma integral y continuada a las mujeres que sufren violencia de género. Su objetivo es atender a las mujeres para que tomen conciencia de la violencia sufrida y puedan enfrentarse a su vida de forma libre e independiente, potenciando las habilidades necesarias para superar y mejorar su calidad de vida personal y social.

Los centros de la Red están compuestos por un equipo interdisciplinar de profesionales del trabajo social, la psicología y el derecho, con el objetivo de garantizar una atención integral que permita un completo abordaje de esta problemática desde las diferentes disciplinas y en cada una de sus manifestaciones.

La Red Regional CAVI está compuesta por 21 servicios repartidos por toda la región de forma estratégica con la finalidad de cubrir la demanda de todas las mujeres que lo necesiten.

La casuística de las mujeres usuarias de estos servicios es muy variada, ya que a ellos acuden mujeres de todas las edades, clases sociales, nivel cultural y otros condicionantes sociales. Las mujeres que son atendidas en estos servicios son un buen ejemplo de por qué no es conveniente hablar de un perfil de mujer maltratada, ya que el abanico de situaciones en el que se presenta este tipo de violencia es muy variado.

Para el reclutamiento de la muestra, la elección de los recursos en los que se ha recopilado la información ha pretendido favorecer la representatividad de la misma, ya que dentro de la población de mujeres víctimas de violencia de la región la mayor diversidad se encuentra distribuida en el Centro de Emergencia y en los servicios de la Red Regional CAVI de acuerdo con las características de los



mismos. En total se han reunido datos de 16 mujeres acogidas en el Centro de Emergencia y un total de 103 casos de CAVIs, lo que hace un total de 119 casos reales, ya que se han perdido 14 casos por muerte experimental.

Señalar que la recogida de información en una muestra de estas características es complicada debido a las circunstancias en las que se encuentran las mujeres y a las características de las mismas. Es decir, el estado en el que se encuentran cuando acuden a este tipo de servicios varía mucho en función de la situaciones vividas que pueden cambiar mucho de una entrevista otra. Por otro lado, las diferencias de edad, nivel cultural o de idioma también son condicionantes a tener en cuenta.

En concreto, en el Centro de Emergencia se solicitó la colaboración de la psicóloga que trabaja en el mismo para la recogida de información.

En relación a la Red Regional CAVI, se solicitó la colaboración de las psicólogas de los centros de Caravaca de la Cruz, San Javier, Cartagena, Totana, Santomera y Murcia, de acuerdo a criterios de distribución geográfica y número de población a la que atienden, con la finalidad de que la muestra seleccionada fuera lo más representativa posible. Todas las psicólogas que colaboraron en la recogida de información tenían un mínimo de cinco años de experiencia en la intervención con mujeres víctimas de violencia de género.

A todas las psicólogas se les dieron las mismas instrucciones sobre cómo administrar las pruebas, las características de cada una de ellas y de cómo codificar la información. En cuanto a la selección de casos, los criterios establecidos se centraron en que la muestra fuera lo más amplia y diversa posible en cuanto a edad, nivel cultural, económico, nacionalidad y tipo de creencias.

A cada una de las ellas se le solicitó una media de 25 casos para cada uno de los recursos, pero sólo se pudo conseguir el objetivo en un servicio. El tiempo máximo para la recogida de información fue de seis meses. Señalar la dificultad por parte de las psicólogas para la recogida de los datos por la carga de trabajo que tienen en el



desarrollo de sus funciones, por el tiempo entre cita y cita y por el tiempo necesario utilizar para recoger toda la información solicitada. Asimismo, en algunos casos la falta de adherencia de las mujeres a las sesiones de intervención supuso un obstáculo en la recopilación de los datos.

Previamente a la recogida de información se mantuvo una reunión con cada una de las psicólogas colaboradoras para explicarles el objetivo de la investigación y cómo proceder en la recogida de datos, con la finalidad de que todas las evaluadoras partieran de la misma información.

En la entrevista inicial debían comunicar a las mujeres que los datos proporcionados tenían como finalidad una investigación y solicitarles un consentimiento informado para el uso de la información recogida. Además, se les explicaba que el tiempo de aplicación del protocolo completo oscilaba entre dos y tres horas, de manera que podría ocupar el tiempo de dos o tres sesiones de intervención psicológica.

Para la entrevista sociodemográfica, dado que las profesionales disponían de algunos de los datos solicitados en la entrevista debido a que algunas de las mujeres que participaron en la investigación ya eran usuarias del servicio, se les dijo que podían cumplimentarlos con aquellos que tuvieran previamente a su disposición, sin necesidad de volver a preguntar a las evaluadas, con la finalidad de evitar la repetición de preguntas y datos innecesarios.

Para el resto de autoinformes se comunicó que:

- Todos los instrumentos de evaluación debían cumplimentarse bajo su supervisión.
- Debían evitar la interacción con otras personas durante la administración de las pruebas.



- La evaluadora debía leer previamente a la administración de los cuestionarios las instrucciones para completar cada prueba y asegurarse de que la usuaria las había entendido.
- Si se planteaban dudas en la redacción de algún enunciado, la evaluadora daría una explicación sencilla y recomendaría que se contestase de forma genérica y global.



CAPÍTULO 8

RESULTADOS

A continuación se describen los resultados hallados tras el análisis estadístico realizado. En primer lugar, se recoge el análisis de fiabilidad de la Escala de Abuso Psicológico Sutil y Manifiesto a las Mujeres (SOPAS), del Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja (APCM) y de la Escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). Posteriormente, se exponen los resultados con respecto a la prevalencia y puntuaciones medias obtenidas en las pruebas administradas. Por último, se muestran los resultados de las correlaciones entre diferentes variables sociodemográficas, sintomatología clínica y variables de personalidad, tipos de maltrato y resiliencia, obtenidos a través de los distintos instrumentos de evaluación utilizados.

8.1. Análisis de fiabilidad del SOPAS, APCM y CD-RISC

El análisis de la fiabilidad se ha realizado para determinar la consistencia interna del SOPAS, el APCM y el CD-RISC utilizando el coeficiente Alfa de Cronbach, siendo muy alta en las tres pruebas (Tabla 19).



Tabla 19
Análisis de fiabilidad de las escalas utilizadas

ESCALA	N	ALFA
SOPAS	94	0,940
APCM	82	0,956
CDRISC	118	0,920

8.2. Análisis de datos sociodemográficos

En el Capítulo 7, se recogen la descripción básica de las variables referidas a edad, nacionalidad, nivel formativo, situación laboral, independencia económica, situación de relación actual con el agresor e interposición de la denuncia. A continuación se presenta la prevalencia de otras variables de interés para la descripción de la muestra y para el objeto de esta investigación recogidas en el Cuestionario sociodemográfico para mujeres víctimas de violencia de género.

8.2.1. Situación actual de convivencia con el agresor

Con respecto a la situación de convivencia se han diferenciado tres categorías: sin convivencia/separación, convivencia en pareja y trámites de separación/divorcio. La prevalencia encontrada en los casos en los que no hay convivencia o las mujeres están separadas es del 79,8 %. Por otro lado, el 7,6% de las mujeres indica que en el momento de contestar el cuestionario viven con su pareja y el 10,3% está en trámites de separación o divorcio.



Tabla 20
Prevalencias de situación actual de convivencia con el agresor

SITUACIÓN DE CONVIVENCIA ACTUAL	PREVALENCIA
Sin convivencia/separación	79,8%
Convivencia en pareja	7,6%
Trámites separación/divorcio	10,3%

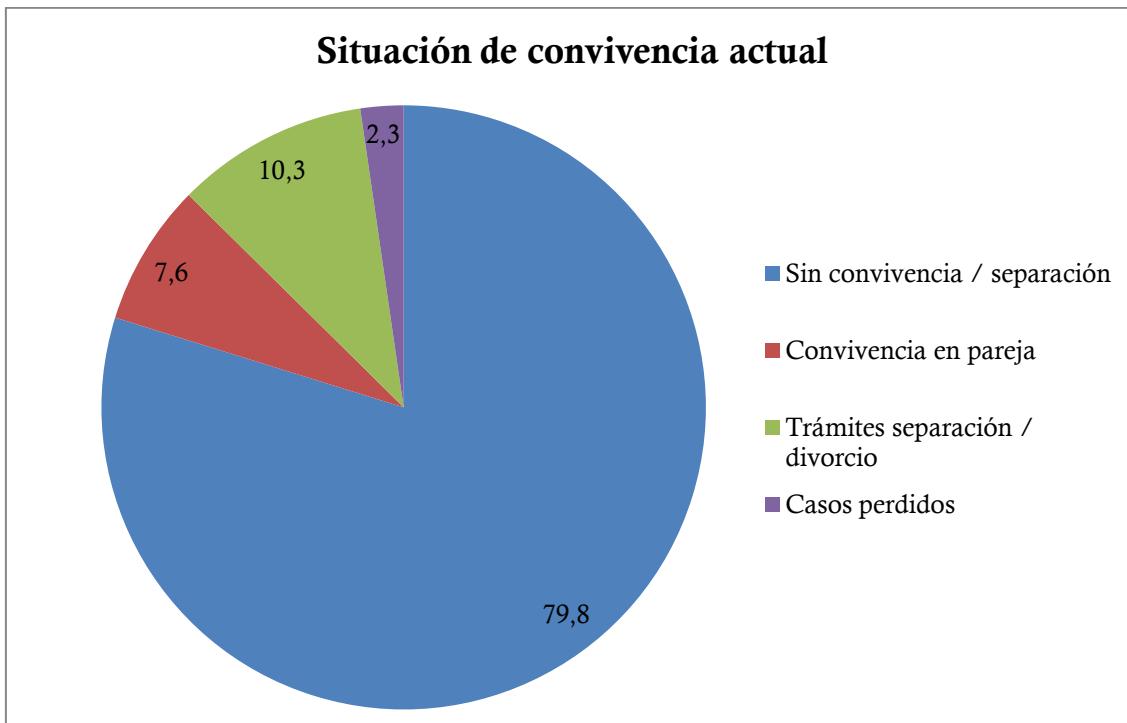


Figura 15. *Porcentajes de situación actual de convivencia*

8.2.2. Inicio del maltrato

En cuanto a cuándo comenzó el maltrato en la relación, se han establecido seis niveles y los resultados muestran que en un 25,2% de los casos comenzó después de 3 años, en un 6,7% empezó a los 2 años, el 16,8% señalan que al año, el 10,1% indican que a los 6 meses, 16% que a los 3 meses y el 22,7% señalan que desde el comienzo de la relación.



Tabla 21
Prevalencias de situación actual de convivencia con el agresor

INICIO DEL MALTRATO	PREVALENCIA
Después de 3 años	25,2%
Después de 2 años	6,7%
Al año	16,8%
A los 6 meses	10,1%
A los 3 meses	16,0%
Desde el comienzo de la relación	22,7%

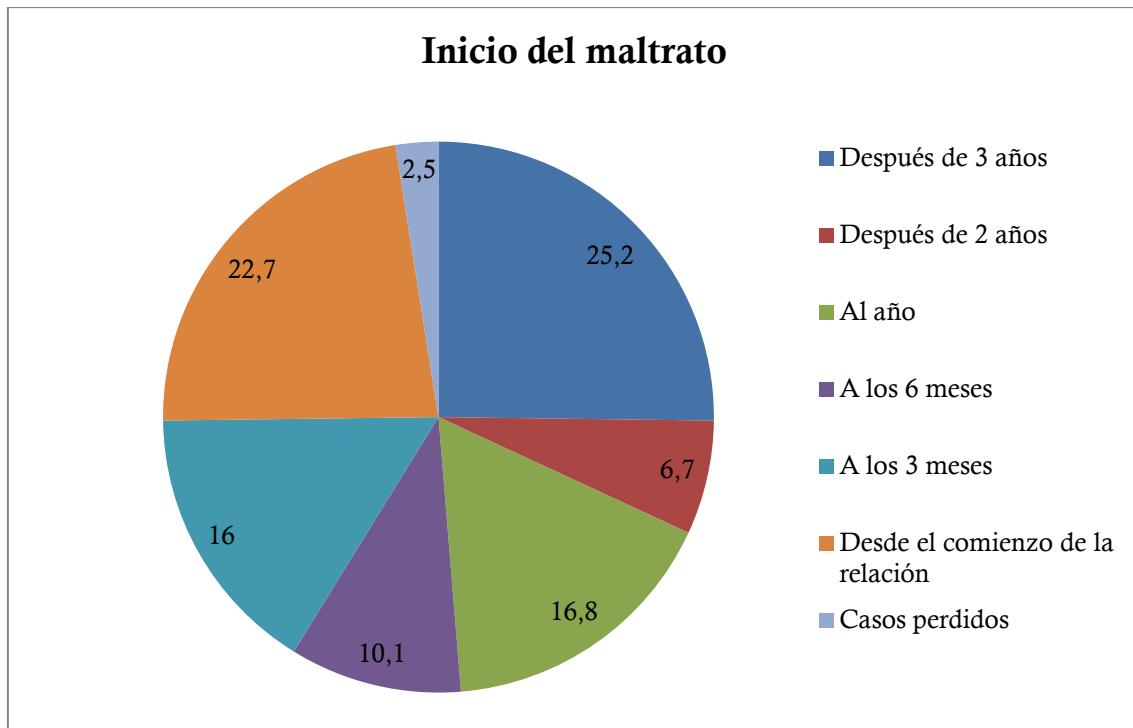


Figura 16. *Porcentajes de tiempo desde que inició el maltrato*

En cuanto al tiempo medio de inicio de maltrato se sitúa entre los 6 meses y el año, (la puntuación media se sitúa en 3,54), siendo la tendencia a concentrarse entre los 6 primeros meses de la relación si se tiene en cuenta que la asimetría que presenta es negativa (-0,82) y la desviación típica es bastante alta (1,921).



Tabla 22
Puntuación media de tiempo de inicio del maltrato

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Inicio del maltrato	116	1,00	6,00	3,5431	1,92192	-0,082

8.2.3. Tiempo sufriendo maltrato

Por otro lado, se ha valorado la cantidad de tiempo que llevan sufriendo maltrato las mujeres encuestadas se han diferenciado seis intervalos y los resultados han sido los siguientes: el 0,8% llevaban sufriendo maltrato de 1 a 6 meses, el 8,4% de 6 meses a 1 año, el 20,2% de 1 a 3 años, el 9,2% de 3 a 6 años, el 11,4% entre 6 y 10 años, y el 47,9% había sufrido maltrato durante más de 10 años.

Tabla 23
Prevalencias de tiempo sufriendo maltrato

TIEMPO SUFRIENDO MALTRATO	PREVALENCIA
De 1 a 6 meses	0,8%
De 6 meses a 1 año	8,4%
De 1 año a 3 años	20,2%
De 3 a 6 años	9,2%
De 6 a 10 años	11,4%
Más de 10 años	47,9%

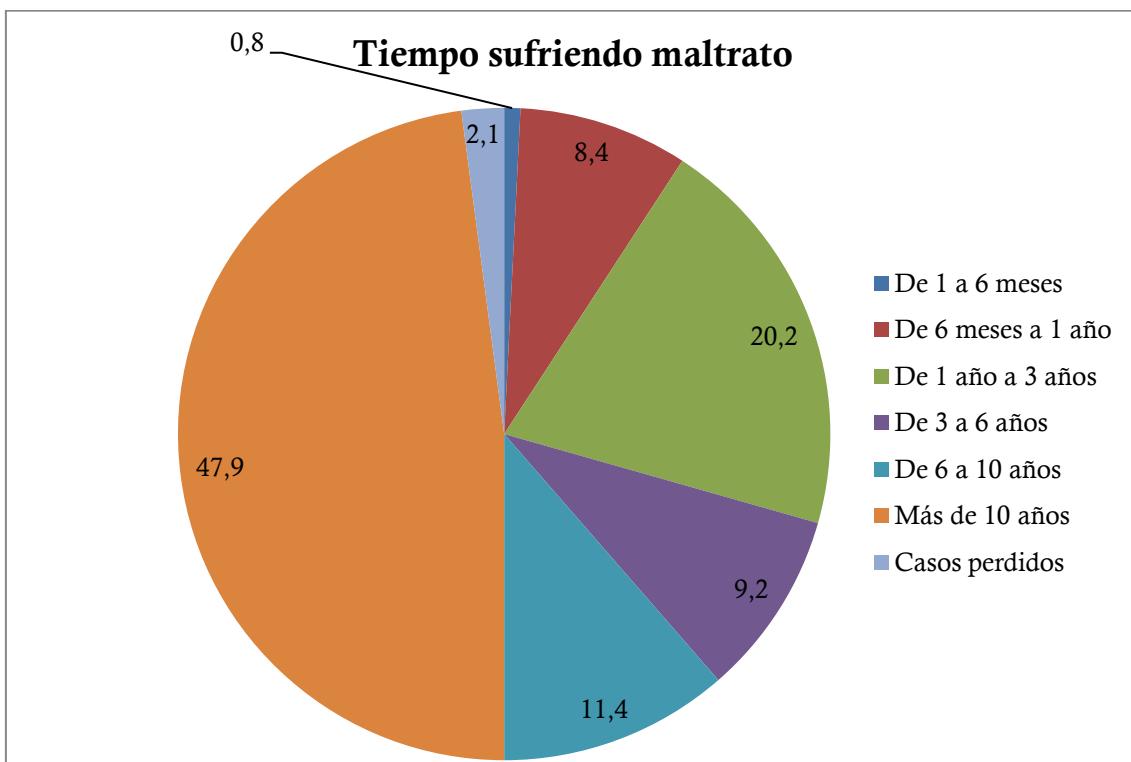


Figura 17. Porcentajes de tiempo sufriendo maltrato

Dada la distribución de los porcentajes, se han establecido tres intervalos temporales que se consideran más informativos y los resultados obtenidos son los siguientes: 1) el 29,4% de las mujeres señalan que llevan sufriendo maltrato menos de 3 años, 2) el 20,6% de las mujeres señalan que entre 3 y 10 años; y 3) el 47,9% señalan que llevan sufriendo maltrato más de 10 años, lo que significa que casi la mitad de la muestra sufre maltrato de larga duración.

Tabla 24
Prevalencias de tiempo sufriendo maltrato en tres intervalos

TIEMPO SUFRIENDO MALTRATO	PREVALENCIA
Menos de 3 años	29,4%
Entre 3 y 10 años	20,6%
Más de 10 años	47,9%

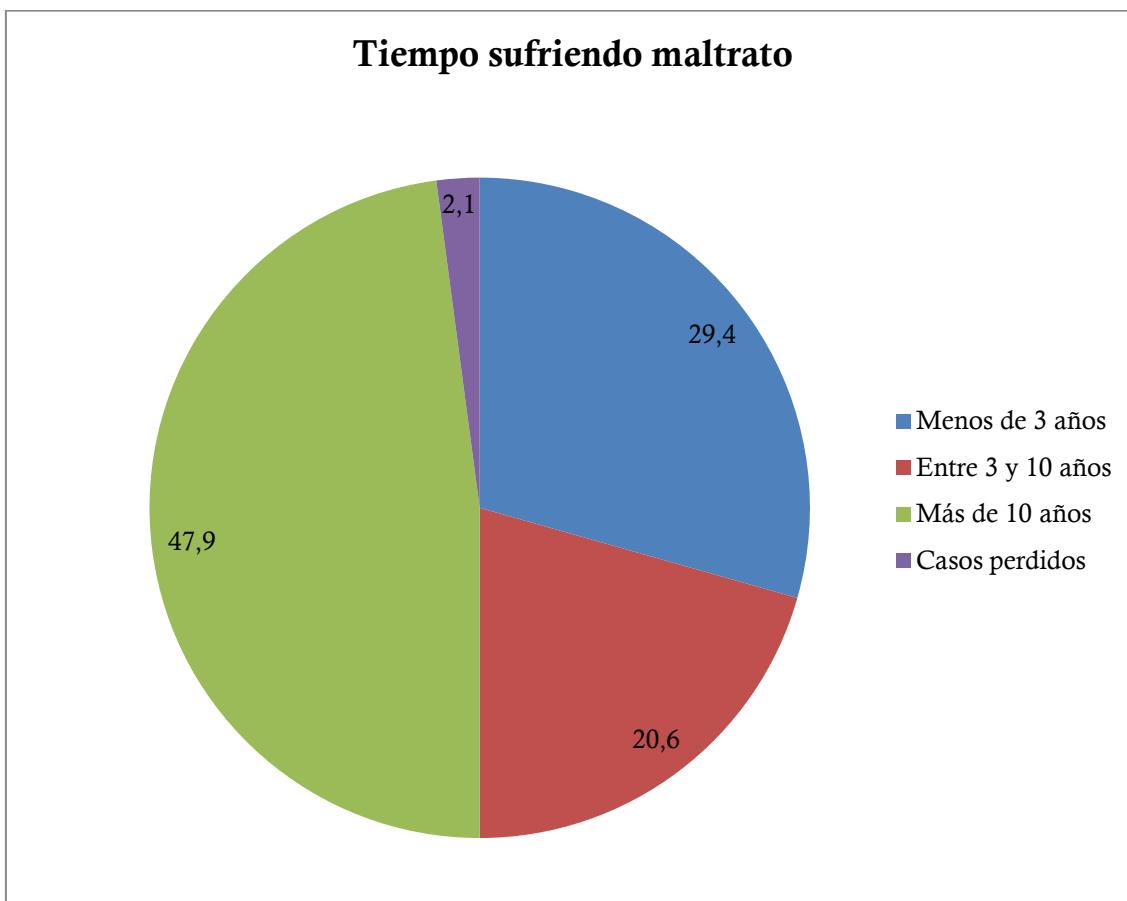


Figura 18. *Porcentajes de tiempo sufriendo maltrato en tres intervalos*

Además, se han analizado las puntuaciones medias del tiempo de maltrato vivido y los datos indican que la media de años sufriendo maltrato es de 5,69 ($dt=1,494$), lo que significa que en la mayor parte de los casos las mujeres llevan sufriendo entre 6 y 10 años de maltrato o más, dado que presenta una asimetría (-0,625) negativa que sugiere que la mayor parte de las mujeres se concentran por encima de la media.

Tabla 25
Puntuación media de tiempo sufriendo maltrato

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Años sufriendo maltrato	117	2,00	7,00	5,69	1,494	-0,625



8.2.4. Edad de comienzo de la relación

En cuanto a la edad de comienzo de la relación, se han establecido seis niveles y los resultados en porcentajes han sido los siguientes: el 9,2% de la muestra tenía menos de 15 años cuando empezó su relación, el 40,3% tenía entre 16 y 20 años, el 16,0% entre 21 y 25 años, el 10,1% entre 26 y 30 años, el 13,4% tenía entre 31 y 40 años, mientras que 9,2% la comenzó después de 41 años.

Tabla 26
Prevalencias de la edad de comienzo de la relación

EDAD DE COMIENZO DE LA RELACIÓN	PREVALENCIA
Menos de 15 años	9,2%
16-20 años	40,3%
21-25 años	16,0%
26-30 años	10,1%
31-40 años	13,4%
Más de 41 años	9,2%

Se ha valorado la edad media de comienzo de la relación y esta se sitúa entre los 21 y 25 años (3,05), pero dado que la desviación típica es de 1,515 y la asimetría es positiva (0,637), la edad media de comienzo de la relación se sitúa levemente por debajo de los 21 años.



Tabla 27
Puntuación media de la edad de comienzo de la relación

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Edad de comienzo de la relación	117	1	6	3,059	1,515	0,637

8.2.5. Otras relaciones de maltrato

Asimismo, se ha estudiado si las mujeres que han participado en las investigaciones habían tenido otras relaciones previas de maltrato y los resultados indican que la media es de 0,35 ($dt=0,733$), con una asimetría positiva lo que indica que la mayor parte de las mujeres no han tenido otras relaciones con agresores o como mucho han tenido una.

Tabla 28
Puntuación media de otras relaciones previas de maltrato

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
N.º relaciones previas de maltrato	105	,00	3,00	,3524	,73355	2,167

Dada la distribución de los porcentajes, se han establecido dos categorías con la finalidad de resumir la información: la primera, hace referencia al porcentaje de mujeres que no han tenido otras experiencias previas de maltrato, que se sitúa en un 68,1%, mientras que la segunda, informa de las mujeres que han tenido otras relaciones con agresores, que es del 31,9%.



Tabla 29
Prevalencias de otras relaciones de maltrato

OTRAS RELACIONES DE MALTRATO	PREVALENCIA
Sin experiencia previa de maltrato	68,1%
Con experiencia previa de maltrato	31,9%

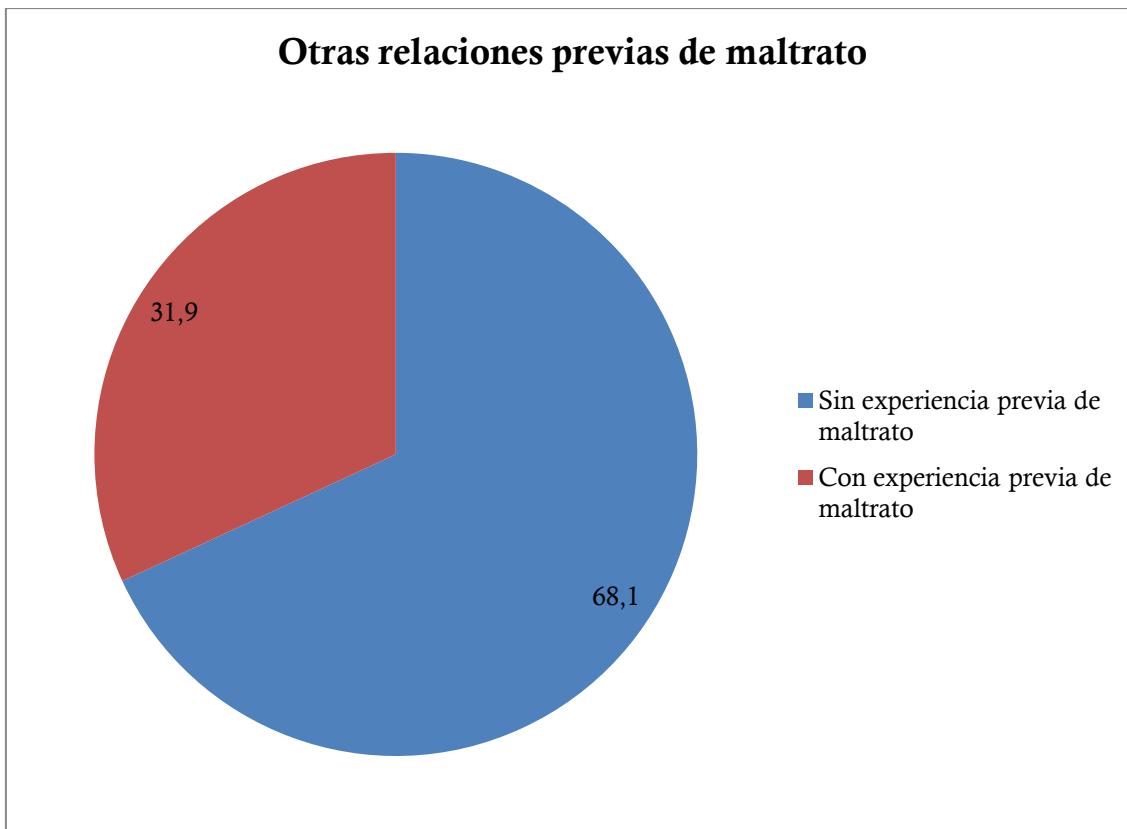


Figura 19. *Porcentajes de otras relaciones previas de maltrato*

8.2.6. Antecedentes familiares de maltrato

También se valoró si las mujeres encuestadas habían presenciado en su infancia algún tipo de maltrato físico o psicológico en su hogar o si lo habían sufrido. Además, se recogió información sobre si habían padecido abusos sexuales por personas allegadas o ajenas.



En relación a haber presenciado maltrato físico o psicológico cuando eran niñas, los resultados muestran que un 68,9% de los casos no lo habían hecho, mientras que un 31,1% si habían presenciado maltrato.

Tabla 30
Prevalencias sobre si han presenciado maltrato en la infancia

HA PRESENCIADO MALTRATO	PREVALENCIA
No	68,9%
Sí	31,1%

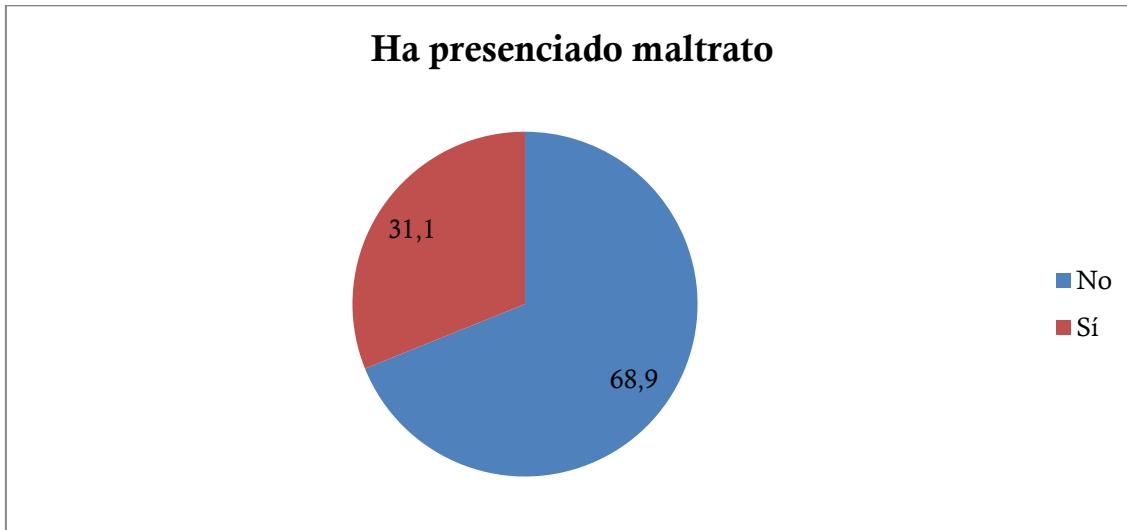


Figura 20. *Porcentaje de relaciones de maltrato presenciadas en la infancia*

Por otro lado, el 67,2% manifiesta no haber sufrido maltrato psicológico o físico en la infancia en su casa, frente a un 32,8% que señala si haberlo sufrido.

Tabla 31
Prevalencias sobre si han sufrido maltrato en la infancia

HA SUFRIDO MALTRATO	PREVALENCIA
No	67,2%
Sí	32,8%



Ha sufrido maltrato

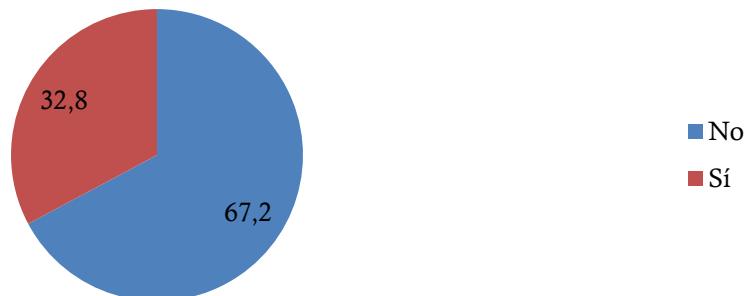


Figura 21. *Porcentaje de relaciones de maltrato sufridas en la infancia*

Por último, cuando se les preguntaba si habían sufrido abusos sexuales en su infancia, un 79,0% indicaba que no los había padecido, y un 21,0% señalaba haberlos vivido.

Tabla 32
Prevalencias de abusos sexuales en la infancia

HA SUFRIDO MALTRATO	PREVALENCIA
No	79,0%
Sí	21,0%

Ha sufrido abusos sexuales en la infancia

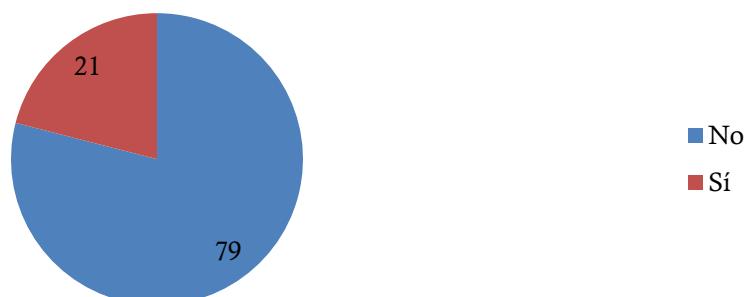


Figura 22. *Porcentaje de abusos sexuales en la infancia*



8.2.7. Percepción de riesgo

Otra de las variables estudiadas fue la percepción del grado de riesgo o peligrosidad que las mujeres creían tener, en una escala tipo Likert, de 1 a 10, donde 1 se consideraba ausencia de peligro, 5 era considerado como a veces teme por su vida, y 10 significaba peligro extremo.

Los resultados obtenidos muestran que la media se sitúa en 6,07 con una desviación típica bastante alta ($dt=3,221$) y una asimetría negativa (-0,347) que indica que la mayor parte de las mujeres se concentran en puntuaciones superiores a la media, por lo que se puede interpretar que las mujeres de esta muestra tienen la percepción de estar en una situación de riesgo o peligrosidad considerable.

Tabla 33
Puntuación media de percepción de riesgo o peligrosidad

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Percepción de riesgo	111	1,00	10,00	6,07	3,221	-,347

8.2.8. Importancia del apoyo social, profesional y familiar

Asimismo, se ha valorado si las mujeres evaluadas tenían apoyos familiares, de amigos y/o profesionales y la importancia que le otorgaban a los diferentes tipos de apoyos. Se han analizado las puntuaciones medias de la importancia otorgada a los distintos tipos de apoyo y los datos indican unos resultados muy altos en todos los casos. En concreto, con respecto al apoyo familiar (de padre, madre, hermanos y/o hijos) la media es de 30,80 ($dt=9,030$); para el apoyo de amigos la media se sitúa en 8,76 ($dt=1,754$) y en el caso del apoyo profesional es de 7,49 ($dt=2,488$). En todos los casos las desviaciones típicas presentan valores muy altos y la asimetría es negativa, lo que significa que la importancia que las mujeres conceden en todos los casos a los apoyos sociales y familiares es muy alta.



Tabla 34
Puntuación media de la importancia otorgada a los distintos tipos de apoyos

Tipo de apoyo	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Amistades	100	0	10	7,19	2,488	-0,987
Profesionales	108	0	10	8,79	1,754	-2,431
Familiares	40	0	40	30,80	9,030	-1,383

8.2.9. Aspectos referidos a la salud física y psicológica

En cuanto a la situación de salud de las mujeres que han participado en el estudio, se analizan, en primer lugar, los aspectos relacionados con la salud física y los datos resultantes son los siguientes: el 42,9% señalan que tienen hipertensión, el 29,4% dolores de cabeza, el 11,8% padece fibromialgia, el 8,4% indican que tienen dolor crónico, el 2,5% sufren dismenorrea, mientras que el 0,8% señala que tiene fatiga crónica. Asimismo, un 9,8% de los casos señala que sufre otras enfermedades físicas.



Tabla 35
Prevalencias de enfermedades físicas

INDICADORES DE SALUD FÍSICA	PREVALENCIA
Hipertensión	42,9%
Dolores de cabeza	29,4%
Fibromialgia	11,8%
Dolor crónico	8,4%
Dismenorrea	2,5%
Fatiga crónica	0,8%
Otros	0,8%

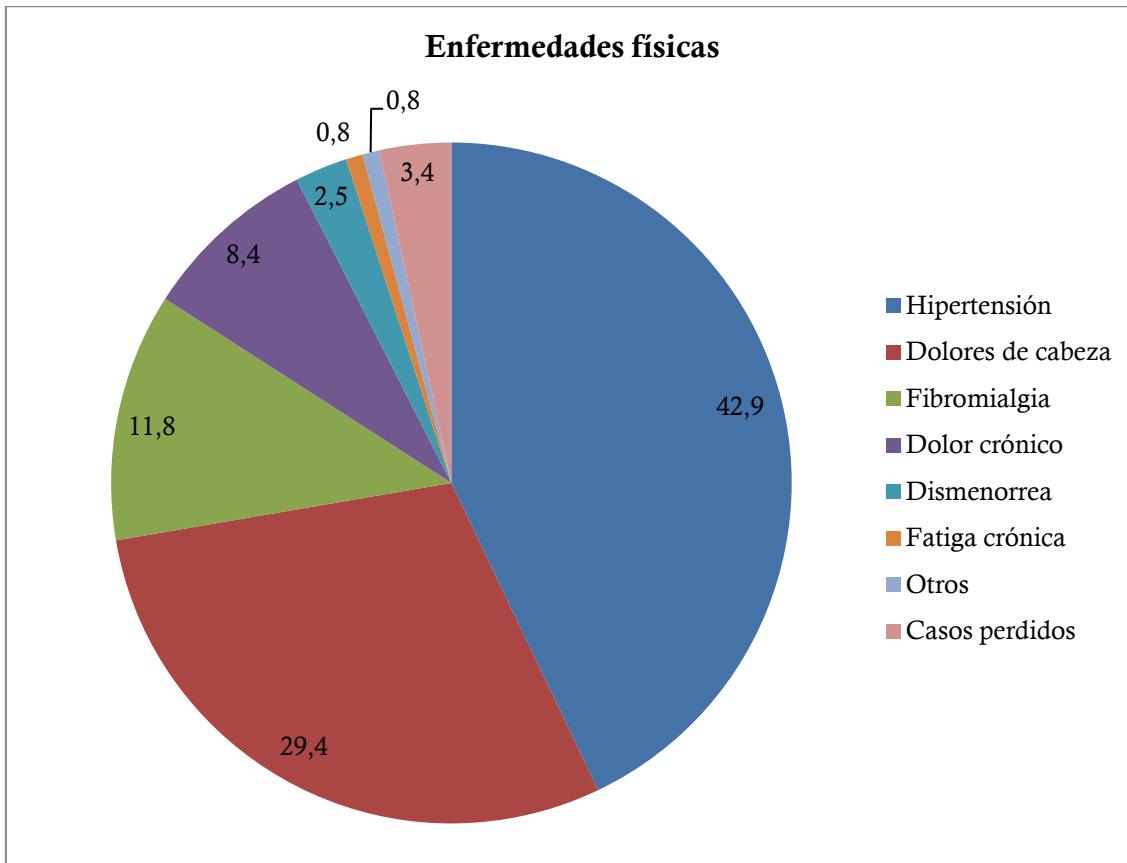


Figura 23. *Porcentajes de enfermedades físicas*



Por otro lado, cuando se les pregunta si tienen algún trastorno mental, los resultados indican que el 39,5% de las mujeres evaluadas tienen ansiedad, un 16,8% depresión, un 11,8% ataques de pánico, así como un 10,1% señala tener trastorno de estrés postraumático (TEPT) y un 5,9% tiene insomnio. Además, un 9,2% señala que consumen sustancias como ansiolíticos, y otros, o alcohol, y un 3,4% señala tener otros problemas de índole psicológica.

Tabla 36
Prevalencias de trastornos psicológicos

INDICADORES DE SALUD FÍSICA	PREVALENCIA
Ansiedad	39,5%
Depresión	16,8%
Ataques de pánico	11,8%
TEPT	10,1%
Consumos de sustancias/alcohol	9,2%
Insomnio	5,9%
Otros	3,4%

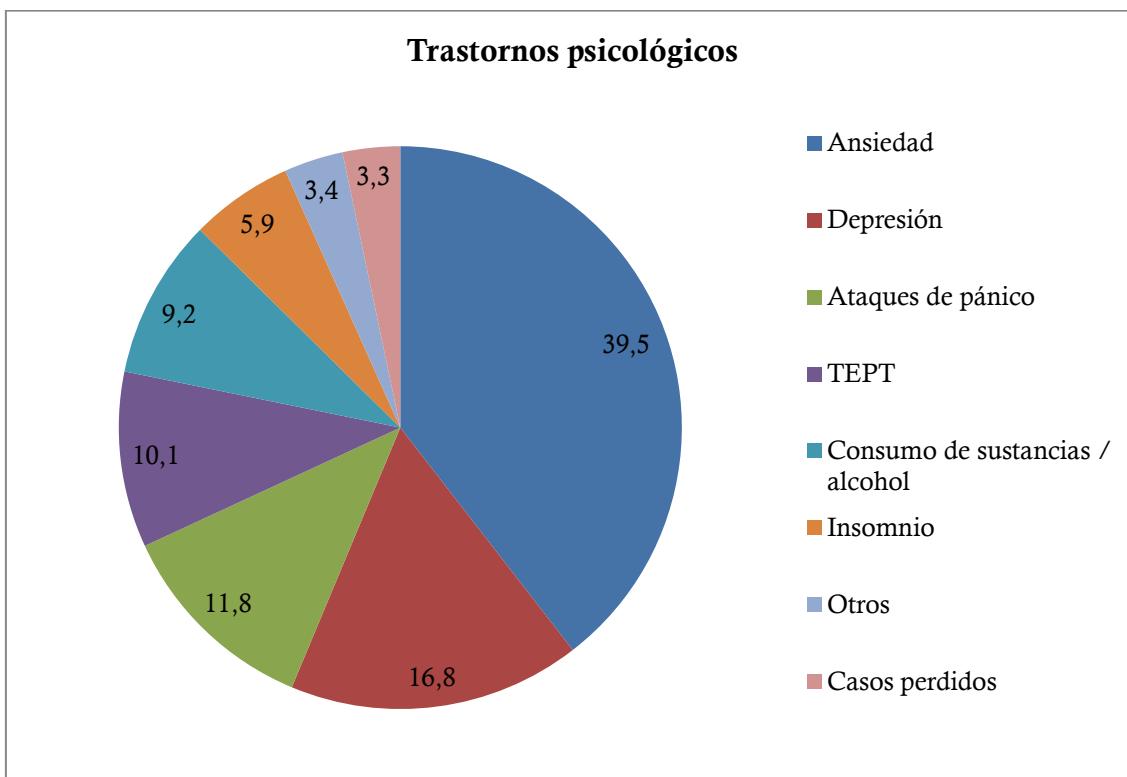


Figura 24. *Porcentajes de trastornos psicológicos*

Asimismo, se han analizado las puntuaciones medias del número de enfermedades físicas y psicológicas que padecen las mujeres. Los datos señalan que tanto en el caso de las enfermedades físicas, como en las psicológicas, las mujeres no suelen tener más de una enfermedad. En concreto, para las enfermedades físicas la media es de 1,00 ($dt=1,231$) y para las psicológicas es un poco más alta situándose en 1,62 ($dt=1,813$).

Tabla 37
Puntuación media del número de enfermedades físicas y psicológicas

Tipo de enfermedad	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
N.º enfermedades físicas	115	,00	6,00	1,00	1,231	1,473
N.º trastornos psicológicos	115	,00	6,00	1,62	1,813	,862



Para profundizar en los datos recogidos en el Cuestionario sociodemográfico para mujeres víctimas de violencia de género se ha llevado a cabo una correlación (Coeficiente de correlación de Pearson) con la escala de quejas somáticas del PAI, y los resultados encontrados indican que existen relaciones significativas entre quejas somáticas y número de enfermedades físicas (0,239), así como en los trastornos psicológicos (0,278) informados por las mujeres, de manera que se puede interpretar que las mujeres que padecen algún tipo de enfermedad verbalicen más quejas somáticas. Asimismo, aparece una mayor correlación entre el número de enfermedades físicas y trastornos psicológicos informados por las mujeres (0,649), lo que puede indicar que es frecuente que las mujeres suelan padecer algún trastorno físico y psicológico a la vez.

Tabla 38
Correlación de número de enfermedades físicas y psicológicas con quejas somáticas

	Quejas somáticas	N.º enfermedades físicas	N.º enfermedades psicológicas
Quejas somáticas	1	,239*	,278**
N.º enfermedades físicas	,239*	1	,649**
N.º enfermedades psicológicas	,278**	,649**	1

* La correlación es significativa al nivel 0,05.

** La correlación es significativa al nivel 0,01.

8.2.10. Resolución judicial en vigor

Por último, se valora si en el momento de la recogida de información tienen alguna resolución judicial en vigor, y el 63,9% contestan que sí, mientras que el 29,4% dicen que no.



Tabla 39
Prevalencias de resolución judicial en vigor

RESOLUCIÓN JUDICIAL	PREVALENCIA
Si tiene resolución judicial en vigor	63,9%
No tiene resolución judicial en vigor	29,4%

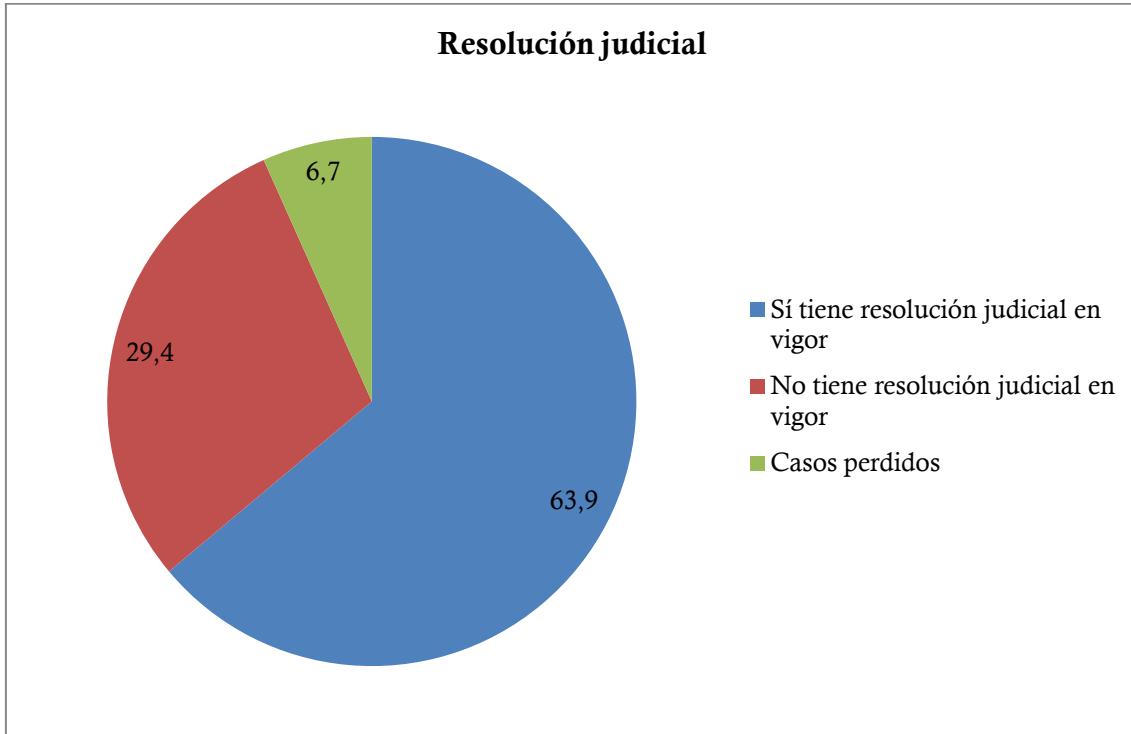


Figura 25. *Porcentajes de resolución judicial en vigor*

8.3. Análisis de sintomatología clínica y variables relacionadas con el tratamiento

Tal y como se ha indicado en el Capítulo 7, para evaluar la sintomatología clínica y otras variables de personalidad se ha utilizado el inventario de la Personalidad, PAI (Morey, 2007). Las escalas seleccionadas para esta investigación se enmarcan, dentro de las relacionadas con la sintomatología clínica y de las relacionadas con el tratamiento.



La valoración de cada una de estas escalas se lleva a cabo en base a las puntuaciones T , que se obtienen al comparar las puntuaciones directas de las mujeres evaluadas con las del grupo de referencia, que en este caso es el Baremo General del PAI. Todas las escalas tienen una puntuación T media de 50 y una desviación típica de 10, de manera que una puntuación T por encima de 50 señala que la persona tiene en ese atributo un valor por encima a la media.

8.3.1. Análisis de escalas clínicas

En relación a las escalas clínicas valoradas, los datos encontrados son los siguientes:

La escala *quejas somáticas* refleja las preocupaciones sobre aspectos físicos y de salud, y abarcan desde problemas repetidos de malestar físico relativamente menor como dolores de cabeza, hasta otros de disfunciones mayores como parálisis. En concreto, en esta variable las puntuaciones T iguales o superiores a 70 sugieren preocupaciones significativas sobre la salud y el cuerpo y un probable deterioro consecuencia de los síntomas somáticos. Las personas con estas puntuaciones sienten que tienen mala salud y perciben sus problemas como complejos y de difícil tratamiento. Asimismo, sus relaciones sociales y sus conversaciones suelen versar sobre sus problemas de salud, y pueden verse incapacitadas por su mala salud.

En la muestra analizada, un 19,3% se sitúa por encima de la puntuación T 70, lo que significa que la percepción de su salud es bastante negativa y les afecta en su vida diaria.



Tabla 40
Prevalencias de quejas somáticas

PUNTUACIÓN QUEJAS SOMÁTICAS	PREVALENCIA
≤ 59	50,4 %
60-69	19,3%
70-86	14,3%
≥ 87	5,0%

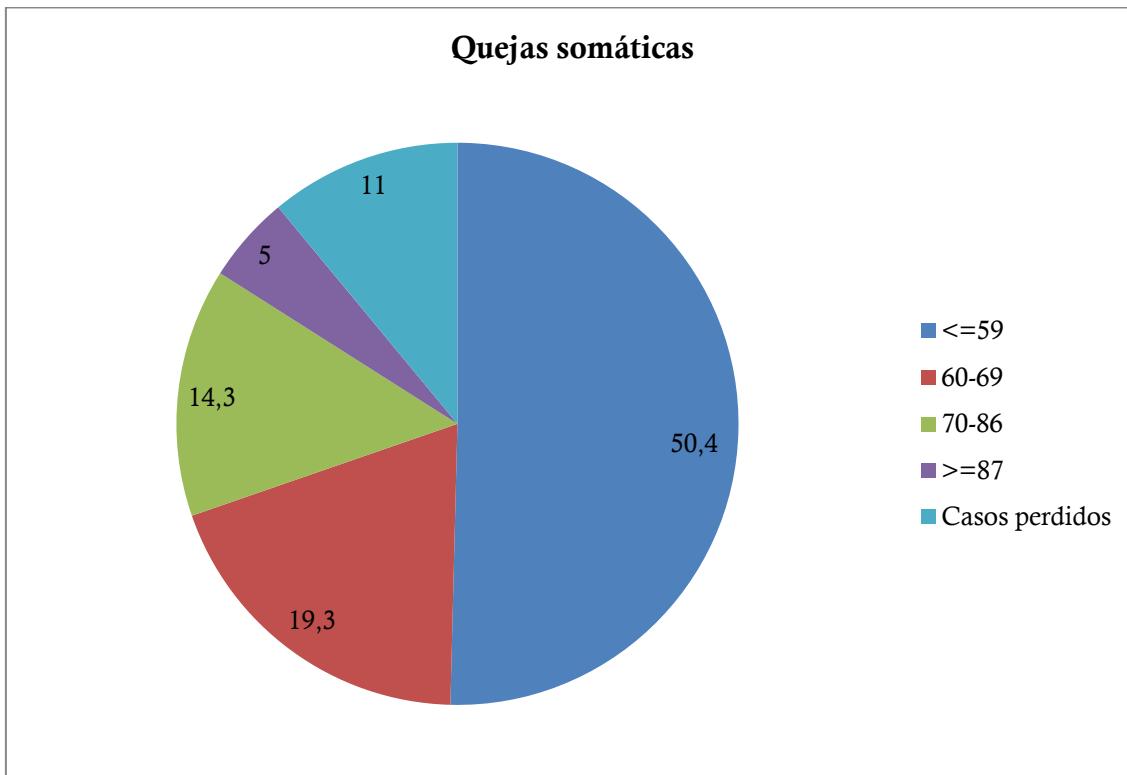


Figura 26. *Porcentajes de quejas somáticas*

Tal y como se observa en la tabla de prevalencias, la mayor parte de la muestra no presenta un nivel de *quejas somáticas* significativo, con una media de 1,707 ($dt=0,935$) siendo la tendencia a concentrarse en el primer rango de puntuaciones T , dado que la asimetría es positiva (1,046).



Tabla 41
Puntuación media de quejas somáticas

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Quejas somáticas	106	1	4	1,707	0,935	1,046

La escala *ansiedad* evalúa el grado de tensión y de emoción negativa, aunque no se refiere a una sola categoría diagnóstica sino que puede aparecer en varias. En concreto, abarca diferentes formas de expresar la ansiedad, como la presencia de preocupación constante, los sentimientos subjetivos de miedo y tensión, así como signos de nerviosismo y estrés. Puntuaciones *T* en esta escala entre 60 y 69 indican que la persona evaluada puede estar experimentando cierto nivel de estrés y puede mostrarse preocupada, sensible y emotiva, y un 38,7% de nuestra muestra se encuentra en este rango. Con puntuaciones *T* mayores de 70, sugieren niveles significativos de ansiedad y tensión, siendo el porcentaje de la muestra evaluada de 26,1%. Esto significa que un 49,6% de las mujeres víctimas de violencia que han participado en este estudio suelen estar en tensión la mayor parte del tiempo, se suelen mostrar nerviosas y dependientes, con fumigaciones en las que presenten desgracias, por lo que se puede concluir que el nivel de ansiedad en esta muestra es bastante alto.

Tabla 42
Prevalencias de ansiedad

PUNTUACIÓN ANSIEDAD	PREVALENCIA
≤ 59	0,8%
60-69	38,7%
70-86	26,1%
≥ 89	23,5%

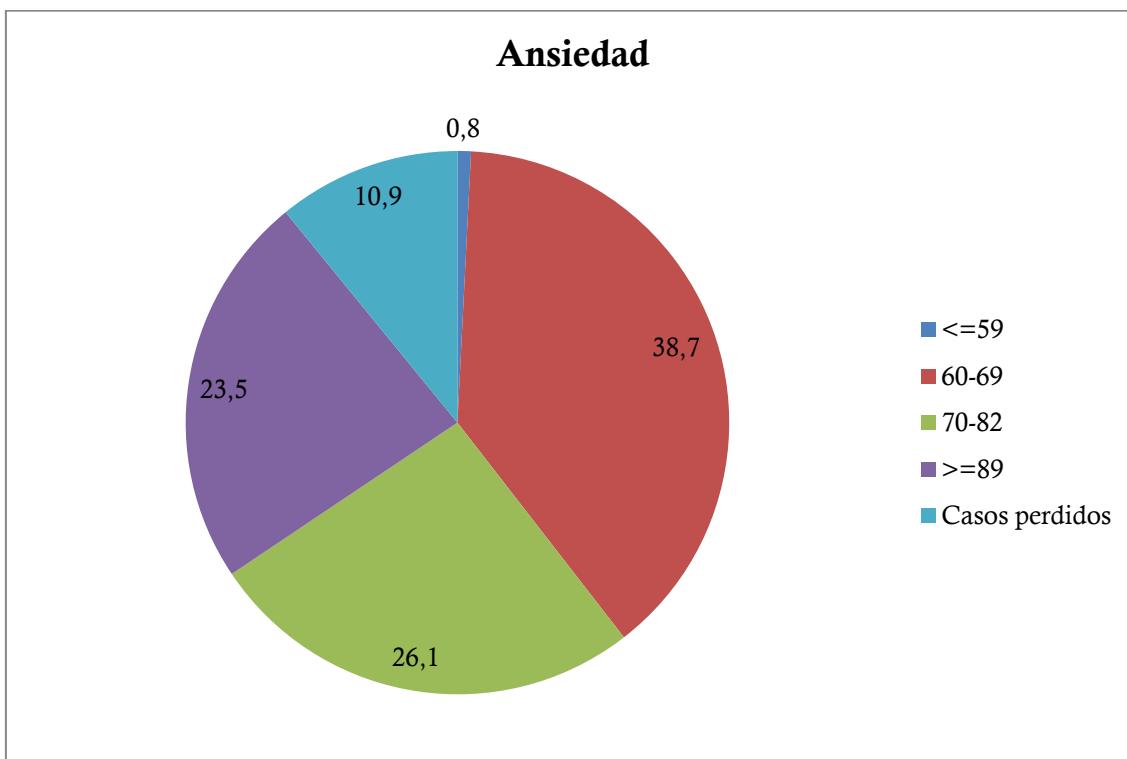


Figura 27. Porcentajes de ansiedad

En cuanto a la puntuación media de *ansiedad*, se sitúa en 2,811 ($d=0,840$), correspondiéndose con el rango de puntuaciones T 60-69, con una baja asimetría positiva (0,273), lo que sugiere que puede ser que la mayor parte de las mujeres evaluadas tengan una tendencia a padecer sintomatología ansiosa.

Tabla 43
Puntuación media de ansiedad

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Ansiedad	106	1	4	2,811	0,840	0,273

El *trastorno de estrés postraumático* en el PAI es una de las escalas que conforma los trastornos de ansiedad. Evalúa las reacciones a estresores traumáticos incluyendo pesadillas, reacciones de ansiedad repentinas y sentimientos de estar marcada por un evento traumático. Aunque para evaluar el trastorno de estrés postraumático como tal debería utilizarse un instrumento específico, y no era uno de los objetivos



de esta investigación, se ha considerado de interés explorarlo a través de esta subescala. La significatividad en este caso se corresponde con puntuaciones T mayores de 65 y sugieren que las personas por encima de ese rango (en este caso el 55,5% de la muestra) han sufrido algún tipo de experiencia traumática que en la actualidad sigue siendo una fuente de malestar y produciendo episodios recurrentes de ansiedad.

Tabla 44
Prevalencias de trastorno de estrés postraumático

PUNTUACIÓN TTEPT	PREVALENCIA
≤ 65	31,9%
65-85	55,5%
≥ 86	1,7%

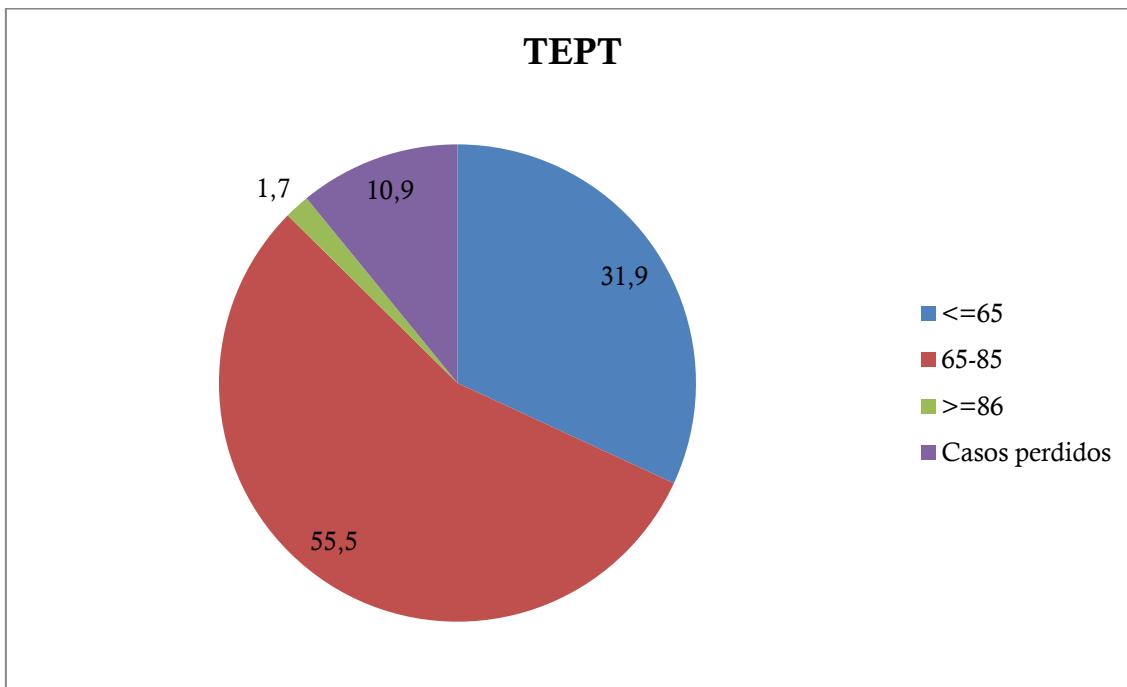


Figura 28. *Porcentajes de trastorno de estrés postraumático*

La puntuación media del *trastorno de estrés postraumático* según el PAI es de 1,660 ($dt=0,514$), lo que significa que la mayor parte de las mujeres de la muestra



puntúan entre el rango de puntuaciones T entre 65-85, con una baja asimetría negativa, que puede confirmar una tendencia a que los valores se sitúen por encima de la media.

Tabla 45
Puntuación media de trastorno de estrés postraumático

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
TEPT	106	1	4	1,660	0,514	-0,253

En cuanto a la escala *depresión* evalúa las características básicas presentes al síndrome la da depresión. En concreto, las puntuaciones T que se encuentran en el rango 60-69 muestran a una persona sensible y pesimista, con tendencia a dudar de si misma (el 23,4% de las personas evaluadas). Puntuaciones T superiores a 70 sugieren síntomas evidentes de disforia e infelicidad, así como dificultades de disfrutar de actividades agradables, con sentimientos de culpa, depresión e insatisfacción. El porcentaje de mujeres de la muestra que se encuentra por encima de esa puntuación es de un 31,9%, lo que supone aproximadamente un tercio de la misma, de manera que al igual que en el caso de la ansiedad, han de ser resultados considerados como relevantes.

Tabla 46
Prevalencias de depresión

PUNTUACIÓN T DEPRESIÓN	PREVALENCIA
≤ 59	29,4%
60-69	23,5%
70-71	31,9%
≥ 92	4,2%

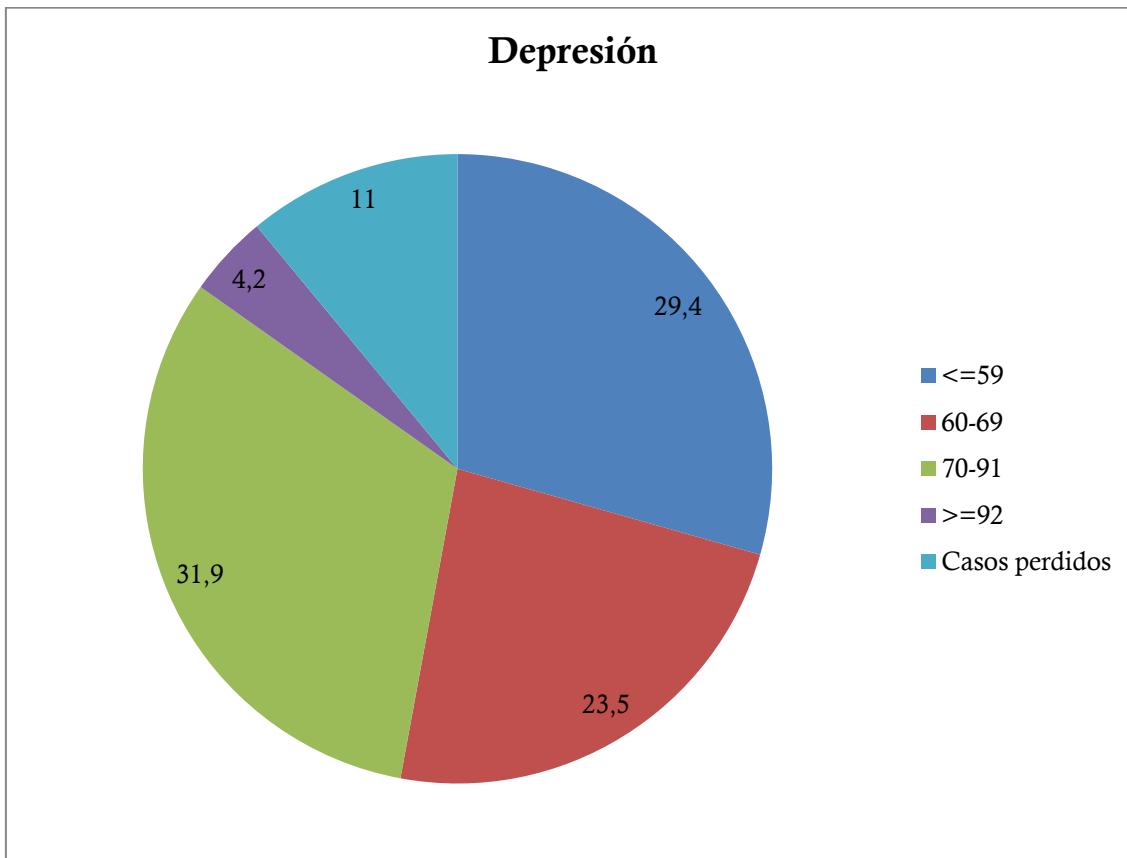


Figura 29. Porcentajes de depresión

En relación a la puntuación media de *depresión*, es de 2,122 (0,933), presentando una baja asimetría positiva, lo que se corresponde con los rangos de puntuaciones T 60-69 y 70-91, significando que gran parte de las mujeres evaluadas tienen síntomas depresivos, y que los valores se suelen dispersar de manera simétrica.

Tabla 47
Puntuación media de depresión

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Depresión	106	1	4	2,122	0,933	0,110

La subescala *hipervigilancia* sugiere una predisposición a desconfiar de las personas y a estar en alerta y prevenida en sus interacciones con los otros, y supone más un conjunto de características interpersonales que un indicador de ideas delirantes, que serían propias de la escala paranoia, que es de la que depende.



En concreto, puntuaciones T superiores a 70 son frecuentes en personas muy susceptibles que emplean gran cantidad de tiempo en buscar pruebas de que los otros no son de fiar y pueden estar intentando hacerle daño y desacreditarle, desconfiando de los motivos de las personas que le rodean, siendo el porcentaje en esta muestra bajo (9,2%). En cuanto al rango T 61-69, aglutina un 32,8% de los casos, lo que significa que son personas escépticas en sus relaciones con los demás.

Tabla 48
Prevalencias de hipervigilancia

PUNTUACIÓN THIPERVIGILANCIA	PREVALENCIA
≤ 40	4,2%
41-60	42,9%
61-69	32,8%
≥ 70	9,2%

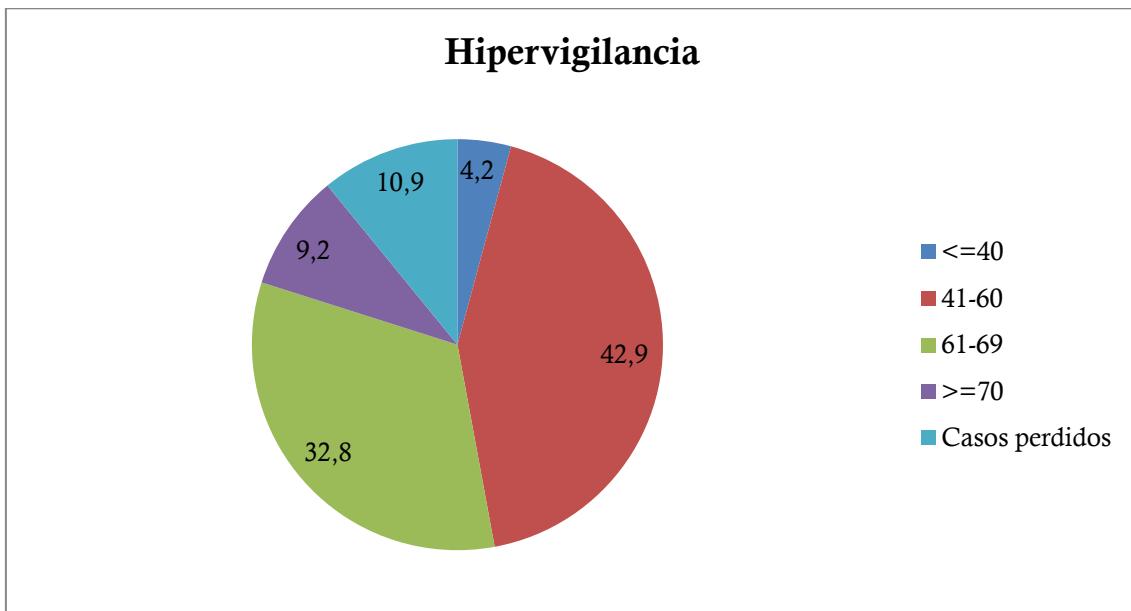


Figura 30. *Porcentajes de hipervigilancia*

En cuanto a la puntuación media en esta variable, la media es de 2,528 ($dt=0,745$) y una asimetría positiva, de manera que coincide con el rango de puntuaciones T 41-



69, lo que se puede interpretar que casi la mitad de la muestra no presenta una desconfianza significativa en sus relaciones con los demás.

Tabla 49
Puntuación media de hipervigilancia

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Hipervigilancia	106	1	4	2,528	0,745	0,323

Por otro lado, la subescala *inestabilidad emocional*, que es una de las que conforman la escala *rasgos límites*, indica la predisposición a alternar rápidamente entre varias emociones negativas, como pasar desde la ansiedad, enfado, depresión a la irritabilidad y otras emociones de forma rápida.

Las puntuaciones *T* iguales o superiores a 70 indican cambios emocionales rápidos y extremos en lugar de cambios de humor más cílicos como sucede en los trastornos afectivos, siendo el porcentaje de casos de esta muestra bastante bajo (5%). El 79,8% de la muestra se sitúa dentro de la normalidad, no siendo un rango que presente significatividad en inestabilidad emocional.

Tabla 50
Prevalencias de inestabilidad emocional

PUNTUACIÓN T INESTABILIDAD EMOCIONAL	PREVALENCIA
≤40	4,2%
41-69	79,8%
70-79	4,2%
≥80	0,8%

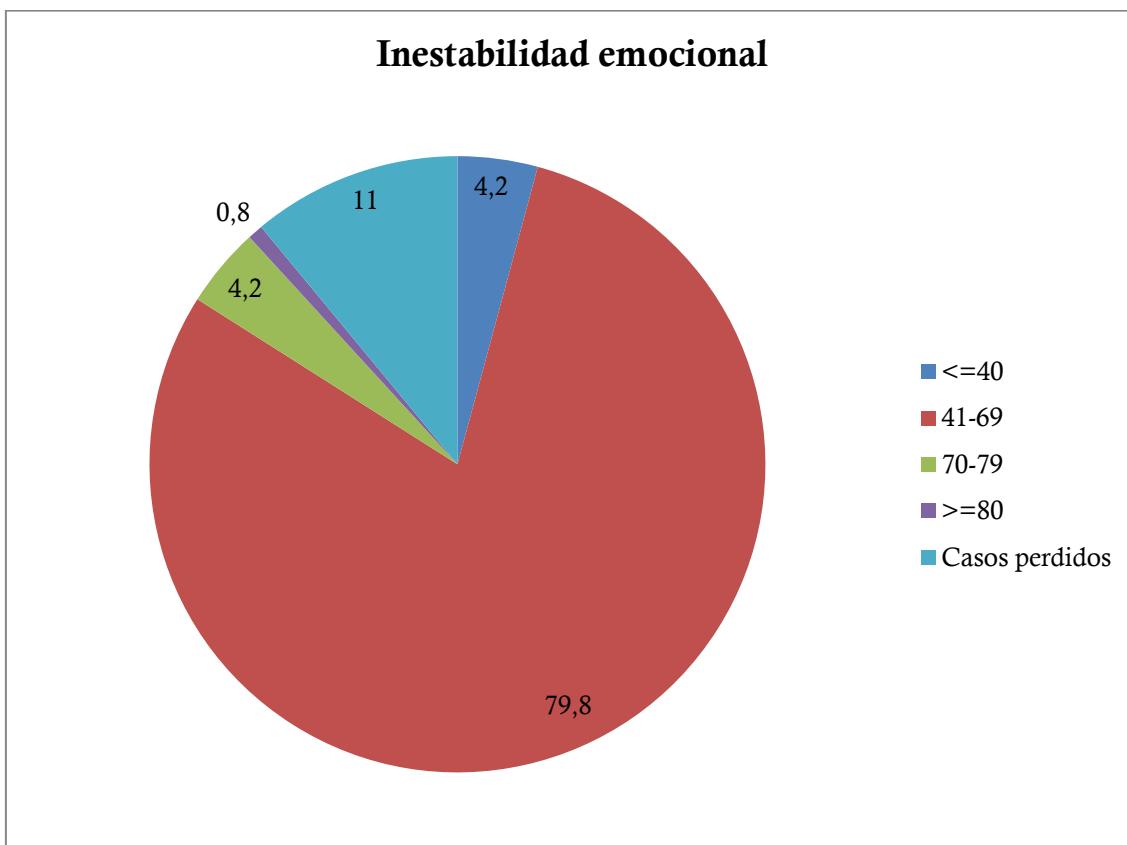


Figura 31. *Porcentajes de inestabilidad emocional*

Tal y como se ve en los resultados de prevalencias, la mayor parte de la muestra puntuó en el rango de puntuaciones T 41-69, con una media de 2,018 ($dt=0,364$) y una asimetría positiva. Ello puede significar, como ya se ha comentado, que las mujeres evaluadas no presentan puntuaciones significativas en *inestabilidad emocional*, aunque algunas de ellas puedan experimentar en determinadas situaciones cambios emocionales más o menos extremos.

Tabla 51
Puntuación media de inestabilidad emocional

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Inestabilidad emocional	106	1	4	2,018	0,364	1,443



Además se han evaluado las escalas *problemas con el alcohol y las drogas*, pero en ambos casos las puntuaciones no han sido relevantes, puntuando el mayor porcentaje de la muestra en el rango mínimo de las puntuaciones $T \leq 59$ (79,0% en el caso del alcohol y 73,9% en el caso de las drogas), lo que se considera como consumo bajo o moderado que no supone ningún tipo de problema ni tienen ningún tipo de consecuencia, por lo que estas variables no resultan de interés para el estudio en el presente trabajo.

8.3.2. Análisis de escalas relacionadas con el tratamiento

La escala *ideación suicida* evalúa la presencia de pensamientos e ideas relacionadas con la muerte y con el suicidio. La interpretación de esta escala tiene un valor clínico para descubrir intenciones autolíticas y debe hacerse en conjunto con otras escalas como depresión, ansiedad, estrés y falta de apoyo social.

En general, las puntuaciones T iguales o superiores a 70 revelan una ideación suicida significativa. En la muestra estudiada el 18,5% se encuentra en el rango comprendido entre 60-69, lo que significa que estas mujeres pueden tener pensamientos e ideas periódicas y pasajeras sobre el suicidio, así como infelicidad y pesimismo sobre las perspectivas de futuro.

Tabla 52
Prevalencias de ideación suicida

PUNTUACIÓN IDEACIÓN SUICIDA	PREVALENCIA
≤ 59	45,4%
60-69	18,5%
70-84	9,2%
≥ 85	16,0%

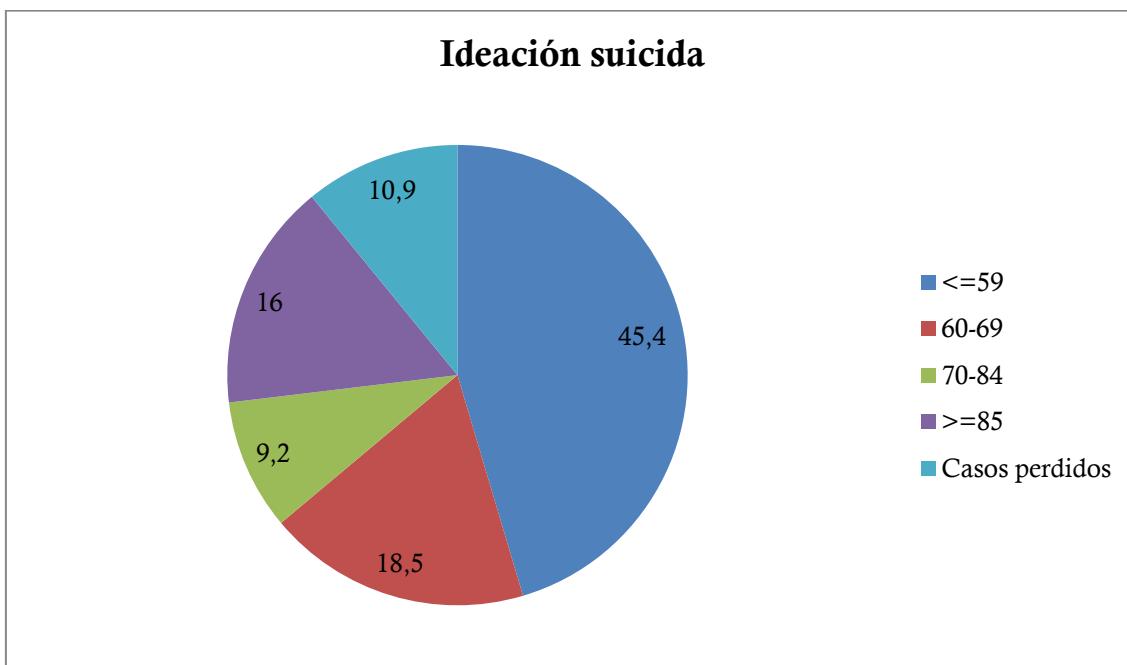


Figura 32. Porcentajes de ideación suicida

En cuanto a la puntuación de *ideación suicida* se sitúa en 1,952 ($dt=1,157$), con una asimetría positiva (0,806). Estos datos confirman los datos de las prevalencias ya que se corresponden con el rango de puntuaciones T menor o igual de 59, de manera que casi la mitad de la muestra puede presentar en algún momento ideas relacionadas con la muerte, aunque no hasta el punto de considerarlo como significativo.

Tabla 53
Puntuación media de ideación suicida

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Ideación suicida	106	1	4	1,952	1,157	0,806

La escala *estrés* ofrece una evaluación de los estresores vitales que las personas evaluadas están experimentando en la actualidad o han experimentado recientemente. El 20,2% de la muestra puntúa dentro del rango de puntuaciones T 60-69 que indica que pueden estar viviendo un nivel moderado de estrés como resultado de dificultades en alguna área vital.



Las puntuaciones *T* iguales o superiores a 70 sugieren que las mujeres que superan ese punto están teniendo un nivel de estrés significativo en su vida y que el éste está presente de manera continua en todos los ámbitos de su vida, caracterizado por una sensación de preocupación, infelicidad y fumigación constante, estando el 35,3% de la muestra por encima de esa puntuación, por lo que se puede afirmar que el estrés es una característica que afecta notablemente a las mujeres evaluadas. Por otro lado, el 10,1% se sitúa por encima de puntuaciones *T* superiores a 85 lo que indica que las mujeres que se encuentran en ese rango se encuentran en situación de crisis y tienen problemas en las áreas principales de su vida.

Tabla 54
Prevalencias de estrés

PUNTUACIÓN TESTRÉS	PREVALENCIA
≤ 59	23,5%
60-69	20,2%
70-84	35,3%
≥ 85	10,1%

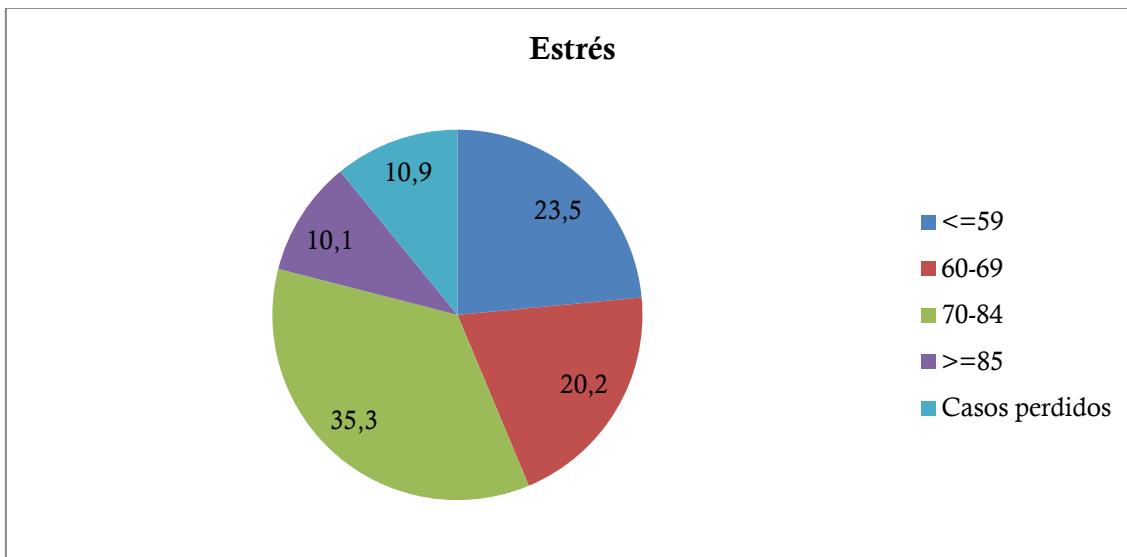


Figura 33. *Porcentajes de estrés*



La puntuación media de *estrés* es de 2,358 ($dt=0,997$) con una asimetría negativa muy baja (-0,070). Estos datos coinciden con las prevalencias encontradas, de manera que se puede interpretar que casi la mitad de la muestra de las mujeres se encuentra entre los rangos de puntuaciones T 60-69 y 70-84, lo que sugiere que el estrés es una variable clínica relevante en esta muestra.

Tabla 55
Puntuación media de estrés

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Estrés	106	1	4	2,358	0,997	-0,070

La escala *falta de apoyo social* ofrece información sobre el apoyo social percibido, referido tanto a la disponibilidad del mismo como a la calidad de las relaciones sociales. Las puntuaciones *T* por debajo de 59 indican una alta percepción de apoyo social, generalmente por parte de familia y amigos, y más de la mitad de la muestra se encuentra en ese rango (54,6%). Las puntuaciones entre 60-69 señalan que cierta insatisfacción con las relaciones sociales y la naturaleza de éstas (16,8%), y a partir de 70, reflejan una percepción de poco apoyo, con relaciones familiares que pueden ser distantes o conflictivas (14,3%).

Tabla 56
Prevalencias de falta de apoyo social

PUNTUACIÓN SOCIAL	FALTA DE APOYO	PREVALENCIA
≤ 59		54,6%
60-69		16,8%
70-82		14,3%
≥ 83		3,4%

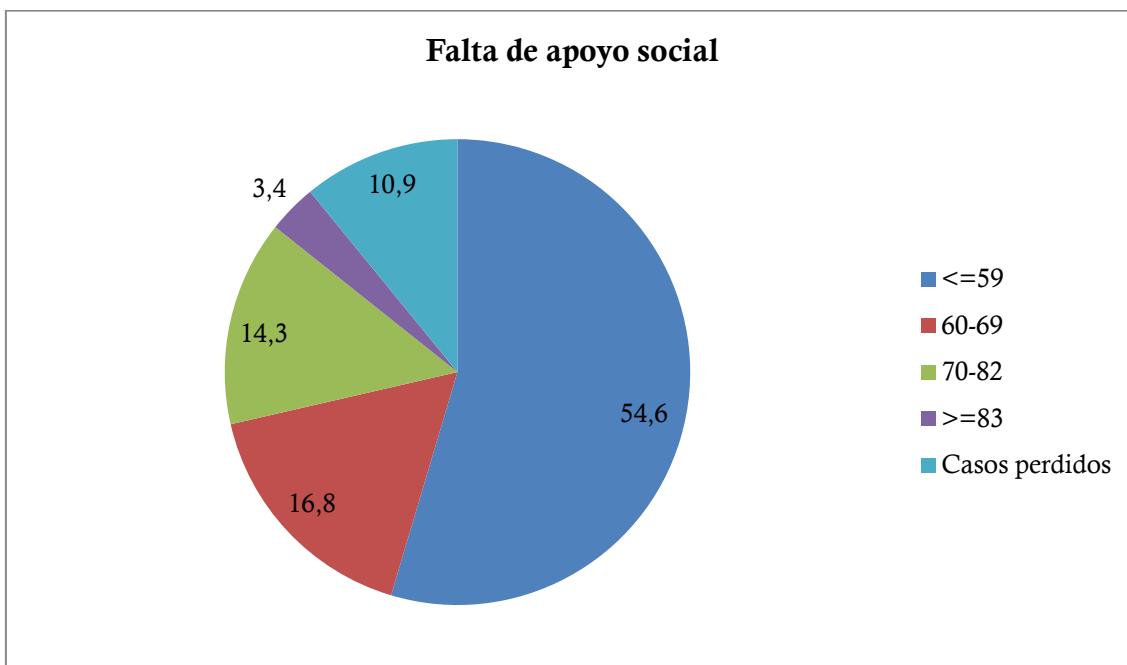


Figura 34. Porcentajes de falta de apoyo social

En cuanto a la *falta de apoyo social* las mujeres evaluadas, en general manifiestan estar satisfechas con el apoyo social percibido, con una media de 1,622 ($dt=0,888$) y una asimetría positiva de 1,156 que coincide con el rango de puntuaciones *T* menor o igual que 59.

Tabla 57
Puntuación media de falta de apoyo social

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Falta de apoyo social	106	1	4	1,622	0,888	1,156

La escala *rechazo al tratamiento* pretende evaluar las actitudes y las cualidades asociadas al interés por realizar cambios personales de naturaleza psicológica o emocional. El 37,8% de la muestra se sitúa en el rango de puntuaciones *T* 20-39, que indican grandes dificultades en su día a día y el reconocimiento de una necesidad evidente de ayuda para tratar sus problemas. Por otro lado, un porcentaje



también elevado, el 26,9%, se encuentra en el rango 40-49 lo que refleja que una necesidad de efectuar algunos cambios en su vida, con una actitud positiva y de aceptación de la propia responsabilidad en ese proceso.

Tabla 58
Prevalencias de rechazo al tratamiento

PUNTUACIÓN RECHAZO AL TRATAMIENTO	AL PREVALENCIA
≤ 19	1,7%
20-39	37,8%
40-49	26,9%
50-60	18,5%
≥ 61	4,2%

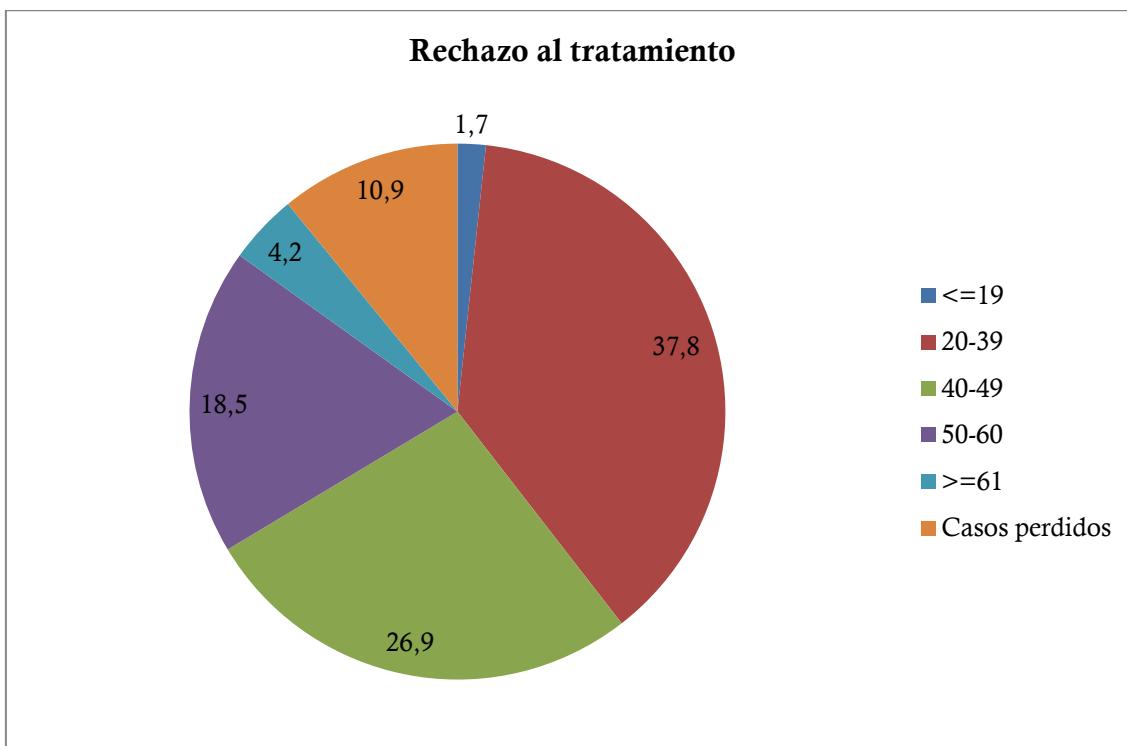


Figura 35. *Porcentajes de rechazo al tratamiento*



Por otro lado, las puntuaciones medias de *rechazo al tratamiento* indican que la mayor parte de las mujeres evaluadas se sitúan en los rangos de puntuaciones *T* comprendidos entre 20 y 49, con una media de 2,839 (*dt=0,937*) y una asimetría positiva de 0,540, lo que significa tal y como se ha explicado en la descripción de las prevalencias que reconocen su necesidad de ayuda para superar su situación actual.

Tabla 59
Puntuación media de rechazo al tratamiento

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Rechazo al tratamiento	106	1	5	2,839	0,937	0,540

La escala *dominancia* ofrece información sobre el grado en que una persona es controladora, sumisa o autónoma. Las personas que tienen puntuaciones *T* por debajo de 34 se caracterizan por tener poca confianza en sí mismas y es probable que subordinen sus necesidades a las de los demás. Las que puntúan en el rango 35-44 suelen ser modestas y retraídas, y también suelen tener dificultades para imponerse y ser assertivas cuando es necesario. Sin embargo puntuaciones *T* en el rango medio (45-59) y superiores, suelen ser personas que se adaptan con éxito a distintas situaciones interpersonales, y se muestren seguras y con éxito. En cuanto a los resultados, un 31,9% de la muestra se encuentra en el rango de puntuaciones *T* 35-44, lo que puede indicar que son mujeres que tienden a la dependencia de otras personas. Por otro lado, un 40,3% se sitúa en la media, lo que sugiere que un alto porcentaje de mujeres se suelen adaptar con éxito a distintas situaciones interpersonales.



Tabla 60
Prevalencias de dominancia

PUNTUACIÓN DOMINANCIA	PREVALENCIA
≤ 34	11,8%
35-44	31,9%
45-59	40,3%
60-69	5,0%
≥ 70	0,0%

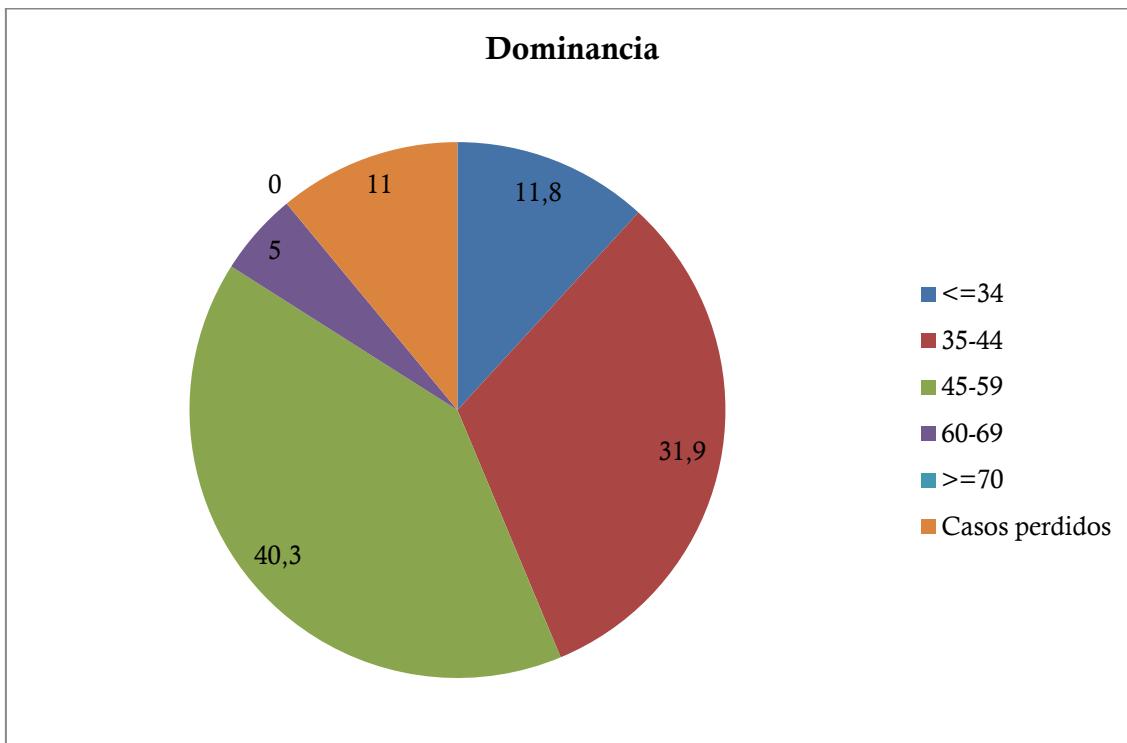


Figura 36. *Porcentajes de dominancia*

En cuanto a la puntuación media es de 2,434 ($dt=793$) con una asimetría de -0,246, lo que significa que la mayor parte de las mujeres de la muestra es frecuente que se adapten con éxito a las relaciones y a diferentes situaciones interpersonales.



Tabla 61
Puntuación media de dominancia

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Dominancia	106	1	5	2,434	0,793	-0,246

La escala de *afabilidad* es una medida del grado en que una persona es cordial u empática o retraída, esquiva y desconfianza en sus relaciones con los demás. Está relacionada con la sociabilidad, la solidaridad, el afecto y la paciencia en las relaciones. La mayor parte de la muestra (40,3%) se sitúa en el rango de puntuaciones *T* medio (45-59) que indica una buena adaptación, con éxito a distintas situaciones interpersonales y una buena tolerancia a relaciones estrechas, pero también la capacidad para mantener la distancia en ciertas relaciones si es necesario. Por otro lado, un porcentaje relevante de la muestra, el 24,4, puntúa en el rango 35-44, lo que indica que estas mujeres suelen mantener la distancia en sus relaciones personales, y no considere valiosas las relaciones estrechas y de larga duración, pudiendo ser consideradas por los demás como faltas de empatía e inflexibles.

Tabla 62
Prevalencias de afabilidad

PUNTUACIÓN AFABILIDAD	PREVALENCIA
≤ 34	5,9%
35-34	24,4%
45-59	40,3%
60-69	16,0%
≥ 70	2,5%

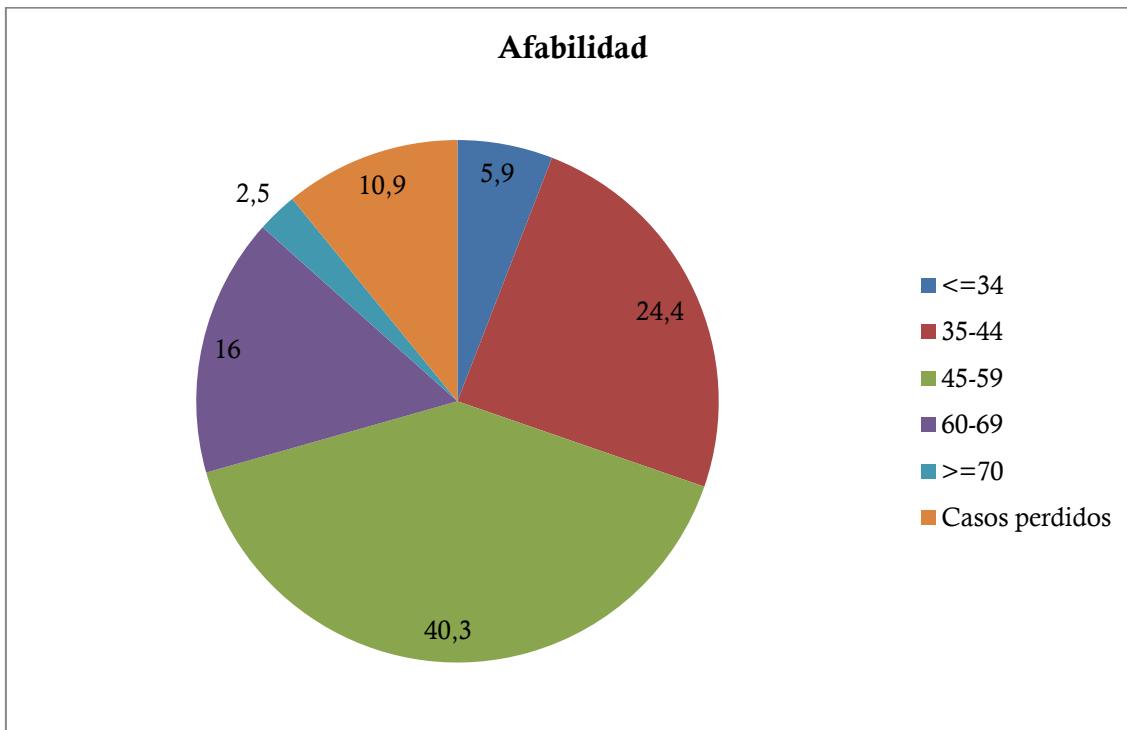


Figura 37. Porcentajes de afabilidad

Coinciendo con los resultados mostrados en las prevalencias, la puntuación media de afabilidad, 2,839 ($dt=0,899$), sugiere que la mayor parte de la muestra se adapta con éxito a distintas situaciones interpersonales y es capaz de tolerar relaciones estrechas a la vez que saben mantener las distancias en caso necesario. La media de afabilidad coincide con el rango de puntuaciones T 35-34 y 45-59.

Tabla 63
Puntuación media de afabilidad

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Afabilidad	106	1	5	2,830	0,899	0,024

8.4. Análisis de datos del tipo de maltrato

A continuación se presentan los datos obtenidos en los cuestionarios utilizados para evaluar el tipo de maltrato.



8.4.1. Análisis del maltrato sutil

Se ha valorado a través de la Escala de Abuso Psicológico Sutil y Manifiesto a las Mujeres, SOPAS (Buesa y Calvete, 2011). Como el cuestionario tiene una estructura unidimensional por lo que se ha utilizado la puntuación media como indicador general de la muestra de mujeres evaluadas. La media es de 134,12, con una desviación típica muy alta ($dt=23,448$), sobre un valor máximo de 169, y una asimetría negativa (-0,730), lo que significa que los valores se concentran por encima de la media, lo que indica que las mujeres evaluadas puntúan muy alto en maltrato sutil.

Tabla 64
Puntuación media de maltrato sutil

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Maltrato sutil	94	54	169	134,12	23,448	-0,730

8.4.2. Análisis del maltrato psicológico y físico

Asimismo, se ha evaluado el maltrato psicológico y físico a través del Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja, APCM (Mataud et al., 2001). Por un lado se ha obtenido la media total como indicador de maltrato general, siendo 122,74 ($dt=40,633$), una baja asimetría negativa (-0,100) lo que indica que la distribución es prácticamente simétrica.

Tabla 65
Puntuación media de maltrato general

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Maltrato psicológico y físico	58	40	203	122,74	40,633	-0,100



8.4.3. Análisis las dimensiones del maltrato psicológico y físico

Además, dado que su estructura es bidimensional se han hallado las medias de maltrato psicológico y físico. En concreto, la media del maltrato psicológico es de 103,08 ($dt=28,097$) y una asimetría negativa (-0,414) que indica que la mayor parte de la muestra se sitúa por encima de la media y que en esta dimensión, teniendo en cuenta la amplitud de la desviación típica, la puntuación es bastante alta.

En cuanto a la media del maltrato físico, la media es de 19,90, siendo la desviación típica muy alta ($dt=15,482$) con una asimetría positiva (0,660), que indica que las puntuaciones se concentran por debajo de la media, lo que resulta congruente teniendo en cuenta que el nivel de maltrato físico suele ser menor que el del maltrato psicológico.

Tabla 66
Puntuación media de maltrato psicológico y físico

Tipo de apoyo	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Maltrato psicológico	60	60	166	103,08	28,097	-0,414
Maltrato físico	70	0	40	19,90	15,482	0,660

8.4.4. Correlaciones entre tipos de maltrato: sutil, general, psicológico y físico

Asimismo, se considera de interés valorar las correlaciones (Coeficiente de correlación de Pearson) entre maltrato sutil, evaluado por el SOPAS, y las dimensiones maltrato psicológico y físico del APCM, así como su puntuación general.



En cuanto a los resultados, se observa como el maltrato sutil correlaciona de manera elevada con la puntuación general de maltrato evaluada por el APCM ($r=0,728$; alfa=0,000) y con el maltrato psicológico ($r=0,736$; alfa=0,000), lo cual confirmaría que el maltrato sutil es una forma más de maltrato, en concreto de maltrato psicológico. Por otro lado, la correlación del maltrato sutil con el maltrato físico también es significativa, aunque no tan elevada ($r=0,477$; alfa=0,000), que podría indicar que el maltrato sutil está presente en cualquier otra forma de maltrato.

Por último, se muestra una fuerte correlación entre las puntuación de maltrato general y la dimensión maltrato psicológico ($r=.955^{**}$; alfa=0,000) y la dimensión maltrato físico ($r=0,851^{**}$) y entre las dimensiones maltrato psicológico y físico ($r=0,657$; alfa=0,000), lo que puede indicar que es muy frecuente que el maltrato físico vaya acompañado de maltrato psicológico.

Tabla 67
Correlación entre maltrato sutil, general, psicológico y físico

	Maltrato sutil	Maltrato general	Maltrato psicológico	Maltrato físico
Maltrato sutil	1	0,728**	,736**	,477**
Maltrato general	0,728**	1	0,955**	0,851**
Maltrato psicológico	,736**	0,955**	1	,657**
Maltrato físico	,477**	0,851**	,657**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01.



8.4.5. Análisis de la relación entre sintomatología clínica y tipo de maltrato

Se ha llevado a cabo una análisis de correlaciones (Coeficiente de correlación de Pearson) en entre los tipo de maltrato sutil, evaluado por el SOPAS, y psicológico y físico, valorado a través del APCM, y la sintomatología clínica de las escalas de PAI y los resultados no han salido significativos con ninguna de las variables significativas.

Con la finalidad de valorar posibles relaciones significativas entre tipos de maltrato y sintomatología clínica, se ha lleva a cabo un ANOVA categorizando los diferentes tipos de maltrato en función de los percentiles, de manera que por debajo del centil 25 se ha considerado nivel de maltrato bajo, entre el centil 25 y 75, nivel de maltrato medio y por encima del centil 75 nivel de maltrato alto, pero las diferencias de medias sólo han resultado significativas en quejas somáticas ($p=0,048$) y maltrato sutil, indicando que aquellas mujeres que obtienen puntuaciones altas en maltrato sutil, tienen un mayor nivel de quejas.

Asimismo, para profundizar en el análisis se han dicotomizado los datos obtenidos en los cuestionarios de evaluación de maltrato, de manera que se han considerado como nivel de maltrato alto, a aquellos casos que puntúan por encima del percentil 75, y nivel de maltrato bajo, los que se encuentran por debajo de ese percentil. Los resultados solo han resultado significativos en relación a maltrato sutil y las variables quejas somáticas, depresión y ansiedad.

Los resultados indican una diferencia de medias con la prueba t de Student (desviación típica entre paréntesis) significativa (0,012), lo que sugiere que aquellas mujeres que puntúan alto en maltrato sutil obtienen mayores niveles de quejas somáticas.



Tabla 68
Prueba de comparación de medias entre maltrato sutil y quejas somáticas

Nivel de maltrato alto	Nivel de maltrato bajo	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
67,250 (15,698)	58,931 (12,222)	-0,257	0,012

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

En concreto, en relación a depresión se observa una diferencia de medias significativa (0,033), que indica que a puntuaciones altas en maltrato sutil se relacionan con mayores niveles de depresión.

Tabla 69
Prueba de comparación de medias entre maltrato sutil y depresión

Nivel de maltrato alto	Nivel de maltrato bajo	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
71,541 (14,420)	63,965(14,542)	-2,163	0,033

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

Por último, y en relación al estrés, aparece una diferencia significativa (0,045) que señala que a mayores niveles de maltrato sutil las puntuaciones en la escala estrés son mayores.

Tabla 70
Prueba de comparación de medias entre maltrato sutil y estrés

Nivel de maltrato alto	Nivel de maltrato bajo	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
73,791(10,454)	67,448 (13,669)	-2,037	0,045

*Intervalo de confianza para la media: 95%.



Señalar que no se han encontrado resultados significativos en ninguno de las dimensiones de maltrato evaluadas por el APCM (psicológica y física), sí con la puntuación total. Es preciso indicar que ha habido muchos casos perdidos en la cumplimentación de este cuestionario y que este hecho es necesario a la hora de considerar los resultados obtenidos.

8.4.6. Análisis de la relación entre tipo de maltrato y variables sociodemográficas

También se ha llevado a cabo un análisis estadístico entre los tipos de maltrato y algunas variables del cuestionario sociodemográfico para valorar la posible relación entre ellas. En concreto, se han estudiado las variables que se recogen a continuación.

8.4.6.1. Edad, nivel formativo y situación laboral

Para valorar la posible relación entre la edad, el nivel formativo y la situación laboral de las mujeres con el tipo de maltrato se ha llevado a cabo una análisis de correlaciones con el Coeficiente de correlación de Pearson, pero no se ha encontrado ninguna relación significativa entre ninguna de las variables.



8.4.6.2. Inicio del maltrato, tiempo sufriendo maltrato, edad de comienzo de la relación, percepción de riesgo, importancia de apoyo social y otras relaciones previas de maltrato

En cuanto al análisis de correlaciones llevado a cabo entre estas variables y tipos de maltrato, señalar que sólo se ha encontrado relación entre el número de años sufriendo maltrato y maltrato psicológico ($r=0,253$; $\alpha=0,056$), de manera que a mayores puntuaciones en maltrato psicológico, mayor tiempo sufriendo maltrato. Además, se ha encontrado una correlación positiva entre maltrato físico y percepción de riesgo ($r=0,299$; $\alpha=0,016$), lo que supone que cuanto mayor es el maltrato físico que sufre una mujer mayor es su valoración del riesgo al que está expuesta.

8.4.6.3. Independencia económica, hijos e interposición de la denuncia

Por último, se ha llevado a cabo una análisis de diferencia de medias para valorar la posible relación entre la situación económica de las mujeres, si tienen hijos y si han interpuesto denuncia o no, y no han se han encontrado resultados significativos en relación a la independencia económica y los hijos. En cuanto a la interposición de la denuncia, no se aprecian relación entre maltrato sutil y denuncia, pero sí que aparecen correlaciones significativas entre el maltrato físico ($p=0,000$), marginalmente significativa con maltrato psicológico ($p=0,057$) y la puntuación total de maltrato en el APCM (0,005), lo que significa que a mayor gravedad de maltrato, especialmente físico, hay una mayor probabilidad de que las mujeres interpongan una denuncia.



Tabla 71

Prueba de comparación de medias entre maltrato físico e interposición de la denuncia

Nivel de maltrato alto	Nivel de maltrato bajo	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
25,756 (15,544)	9,600 (9,543)	4,679	0,000

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

Tabla 72

Prueba de comparación de medias entre maltrato psicológico e interposición de la denuncia

Nivel de maltrato alto	Nivel de maltrato bajo	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
107,763 (26,644)	92,421 (30,708)	1,947	0,057

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

Tabla 73

Prueba de comparación de medias entre puntuación de maltrato total e interposición de la denuncia

Nivel de maltrato alto	Nivel de maltrato bajo	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
132,750 (40,152)	100,736 (36,058)	2,909	0,005

*Intervalo de confianza para la media: 95%.



8.4.7. Análisis de relaciones entre sintomatología clínica y variables sociodemográficas

A continuación se recogen los resultados de los análisis estadísticos realizados para determinar la posible relación entre las escalas de sintomatología clínica del PAI y diferentes variables evaluadas que podrían ser consideradas de riesgo.

8.4.7.1. Edad de inicio de la relación, años sufriendo maltrato e inicio del maltrato

Se ha llevado a cabo un análisis de correlaciones (Coeficiente de correlación de Pearson) para valorar la posible relación entre la edad de inicio de la relación, años sufriendo maltrato y tiempo de inicio de maltrato y sintomatología clínica, pero no se ha encontrado ninguna relación significativa.

8.4.7.2. Existencia de relaciones previas de maltrato

En cuanto a los resultados que se desprenden del análisis de comparación de medias (*t* de Student) entre haber tenido otras relaciones previas de maltrato y sintomatología clínica, señalar que no aparecen diferencias significativas en la mayor parte de las escalas, aunque aparece una relación marginalmente significativa en quejas somáticas ($p=0,092$) y ansiedad ($0,082$).

8.4.7.3. Haber sufrido o presenciado maltrato en la infancia

Asimismo, se ha llevado a cabo un análisis de comparación de medias con la prueba *t* de Student para comprobar las posibles relaciones entre haber presenciado



o sufrido maltrato en la infancia y sintomatología clínica y las pruebas nos han arrojado resultados significativos.

8.4.7.4. Haber sufrido abuso sexual

Se ha llevado a cabo un análisis de diferencias de medias para valorar la posible relación entre haber sufrido abusos sexuales en la infancia y sintomatología clínica, pero no se han encontrado resultados significativos. Señalar que el número de mujeres que indican haber sufrido abusos en la infancia es muy reducido y eso ha podido interferir en los resultados (N=23).

8.4.8. Análisis de la relación entre sintomatología clínica, variables relacionadas con el tratamiento y falta de apoyo social

Con la finalidad de obtener información sobre cómo se relaciona la falta de apoyo social con cada una de las escalas evaluadas por el PAI, se ha llevado a cabo un análisis de correlaciones a través del Coeficiente de correlación de Pearson.

Los resultados se han dividido entre escalas clínicas y las relacionadas con el tratamiento, siguiendo los criterios que marca el PAI. En cuanto a los resultados de sintomatología clínica, todas las escalas evaluadas muestran correlaciones significativas, en la dirección de que cuanto mayor es la falta de apoyo social, mayor es la puntuación en cada una de las variables, aunque en todos los casos las relaciones son moderadas, especialmente en el TEPT ($r=0,213$; $\alpha=0,028$) y en quejas somáticas ($r=0,267$; $\alpha=0,006$) tal y como se indica a continuación en la Tabla 74:



Tabla 74
Correlaciones entre escalas clínicas y falta de apoyo social

Escalas clínicas	r	α
Ideación suicida	0,390**	0,000
Ansiedad	0,386**	0,000
Quejas somáticas	0,267**	0,006
TETP	0,213*	0,028
Depresión	0,551**	0,000
Hipervigilancia	0,398**	0,000
Inestabilidad emocional	0,405**	0,000

* La correlación es significativa al nivel 0,05.

** La correlación es significativa al nivel 0,01.

Asimismo, en los resultados de las escalas relacionadas con el tratamiento todas las variables muestran una correlación significativa negativa, excepto en estrés ($r=0,470$; $\alpha=0,000$) que se obtiene una correlación positiva que sugiere a mayor falta de apoyo social, mayor es el nivel de estrés experimentado. En cuanto al resto de escalas, a pesar de que las correlaciones son moderadas, se puede interpretar que a mayores puntuaciones en falta de apoyo social, menores son las obtenidas en cada una de las escalas, es decir aparecen mayores niveles de afabilidad, de dominancia y de rechazo al tratamiento, es decir, mayor nivel de satisfacción con uno mismo y menos necesidad de apoyo y ayuda.

Tabla 75
Correlaciones entre escalas relacionadas con el tratamiento y falta de apoyo social

Escalas relacionadas con el tratamiento	r	α
Estrés	0,470**	0,000
Rechazo al tratamiento	-0,497**	0,000
Dominancia	-0,316**	0,001
Afabilidad	-0,405**	0,000

** La correlación es significativa al nivel 0,01.



8.5. Análisis de las puntuaciones en resiliencia

Para evaluar la resiliencia se utilizó la Escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC). Por un lado se ha obtenido la puntuación media total de resiliencia, siendo 43,09,74 ($dt=13,633$), con una asimetría negativa (-0,350) que indica que los valores tienden a concentrarse por encima de la media. Esta puntuación indica que las mujeres de la muestra puntúan alto en resiliencia.

Tabla 76
Puntuación media de resiliencia

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Resiliencia	118	8,00	68,00	43,09	13,619	-0,350

8.5.1. Análisis de las dimensiones de control personal, tenacidad y competencia social

Además, dado que su estructura es de tres dimensiones se han hallado las puntuaciones medias de control personal, tenacidad y competencia social. En concreto, la media del control personal es de 17,70 ($dt=6,276$), con una asimetría negativa (-0,309), lo que indica que los datos suelen dispersase por encima de la media. En cuanto a tenacidad, la media es bastante alta, de 22,40, así como la desviación típica ($dt=6,354$), y la asimetría negativa (-0,463) indica que también los datos se distribuyen por encima de la media, pudiendo indicar en este caso, que las mujeres puntúan bastante alto en esta dimensión. Por último, la media de competencia social es de 5,05 ($dt=2,016$), con una asimetría de -0,230, lo que lleva a concluir que la puntuación en esta variable también es alta.



Tabla 77
Puntuación media de las dimensiones de resiliencia

	N	Mín.	Máx.	Media	DT	Asimetría
Control personal	116	2,00	28,00	17,70	6,276	-,309
Tenacidad	115	5,00	33,00	22,40	6,354	-,463
Competencia social	118	1,00	8,00	5,05	2,016	-,230

8.5.2. Análisis de las correlaciones entre resiliencia y sus dimensiones: control personal, tenacidad y competencia social

Por último, con la finalidad de obtener más información sobre cómo se relaciona la puntuación total de resiliencia con cada una de sus dimensiones, se ha llevado un análisis de correlaciones a través del Coeficiente de correlación de Pearson.

En cuanto a los resultados, se observa como la puntuación total de resiliencia correlaciona fuertemente con las dimensiones que la componen, siguiendo este orden: tenacidad ($r=0,916$; alfa=0,000); control personal ($r=0,854$; alfa=0,000) y competencia social ($r=0,786$; alfa=0,000).

Tabla 78
Correlación entre resiliencia y sus dimensiones

	Tenacidad	Competencia social	Control personal	Resiliencia
Tenacidad	1	0,786**	0,854**	0,916**
Competencia social	0,786**	1	0,835**	0,850**
Control personal	0,854**	0,835**	1	0,917**
Resiliencia	0,916**	0,850**	0,917**	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01.



8.5.3. Análisis de correlaciones de resiliencia y análisis de diferencias entre medias

8.5.3.1. Análisis de la relación entre tipos de maltrato (sutil, psicológico, físico) y resiliencia

Se ha llevado a cabo un análisis de correlaciones utilizando el Coeficiente de correlación de Pearson, para evaluar las posibles relaciones entre resiliencia, evaluada a través del CD-RISC, maltrato sutil, valoradas a través del SOPAS y maltrato como índice general y las dimensiones maltrato psicológico y físico, evaluado a través del APCM.

En cuanto a los resultados obtenidos, señalar que no se aprecia ninguna correlación significativa entre ningún tipo de maltrato y el factor resiliencia, lo cual es lógico partiendo de la base de que el maltrato es una condición externa que no tiene por qué relacionarse con esta variable.

Tabla 79
Correlación entre tipos de maltrato y resiliencia

		Maltrato sutil	Maltrato general	Maltrato psicológico	Maltrato físico
Resiliencia	r	0,123	0,218	0,198	0,208
	α	0,241	0,104	0,133	0,086



8.5.3.2. Análisis de la relación entre sintomatología clínica y resiliencia

A continuación se describen los resultados de los análisis estadísticos realizados llevados a cabo para determinar la relación de las escalas clínicas evaluadas con el PAI y la resiliencia.

8.5.3.2.1. Análisis de diferencias entre medias entre quejas somáticas y resiliencia

En primer lugar, se ha valorado la relación entre las puntuaciones de las mujeres que se sitúan en la escala quejas somáticas por encima del valor crítico, considerando que éstas tendría preocupaciones significativas sobre sus salud y un posible deterioro a consecuencia de ello (Quejas somáticas) y aquellas que se sitúan por debajo de este valor, que serían consideradas como que no tienen preocupaciones sobre su salud que puedan interferir en su (No quejas somáticas), con su nivel en resiliencia.

Los resultados indican una diferencia de medias con la prueba *t* de Student (desviación típica entre paréntesis) significativa (0,050), lo que sugiere que aquellas mujeres que puntúan alto en quejas somáticas obtienen menores valores en resiliencia.

Tabla 80
Prueba de comparación de medias entre quejas somáticas y resiliencia

Quejas somáticas	No quejas somáticas	<i>t</i>	p*
Media (DT)	Media (DT)		
41,172 (12,504)	47,082 (13,964)	1,984	0,050

*Intervalo de confianza para la media: 95%.



Asimismo, se ha observado una relación significativa en la diferencia de medias entre la dimensión control personal de resiliencia y quejas somáticas (0,025), lo que indica que aquellas mujeres que obtienen una mayor puntuaciones en quejas somáticas, tienen una menor puntuación en control personal.

Tabla 81
Prueba de comparación de medias entre quejas somáticas y control personal

Quejas somáticas	No quejas somáticas	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
15,448 (5,532)	18,480 (6,306)	2,272	0,025

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

8.5.3.2.2. Análisis de diferencias entre medias entre ansiedad y resiliencia

En relación a escala ansiedad, se ha estudiado la relación entre las puntuaciones de las mujeres que obtienen valores en esta escala por encima su valor crítico como aquellas que sufren problemas relevantes de ansiedad y tensión (Ansiedad), y aquellas que se sitúan por debajo a la que se ha considerado como que no tienen problemas que interfieran de forma notable en ese ámbito, y resiliencia.

Los resultados indican una diferencia de medias con la prueba t de Student (desviación típica entre paréntesis) significativa (0,000), lo que sugiere que aquellas mujeres que puntúan alto en ansiedad obtienen valores menores en resiliencia. Asimismo, señalar que se ha valorado esta relación con cada una de las dimensiones de la resiliencia (tenacidad, competencia social y control personal) y en todas ellas los resultados van en una misma dirección, de manera que indican que hay diferencias significativas (0,000), indicando que puntuaciones altas en ansiedad se relacionan de manera negativa con estas dimensiones.



Tabla 82
Prueba de comparación de medias entre ansiedad y resiliencia

Ansiedad	No ansiedad	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
39,425 (13,587)	49,258 (12,541)	3,741	0,000

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

8.5.3.2.3. Análisis de diferencias entre medias entre TEPT y resiliencia

En la subescala estrés postraumático, se ha considerado que las mujeres que puntúan por encima del valor crítico tienen síntomas relacionados con experiencias traumáticas (TEPT), y las que puntúan por debajo de este valor no presentan sintomatología que pueda asociarse a ese tipo de acontecimientos.

Los resultados del análisis de medias indican que no existen diferencias significativas entre aquellas mujeres que puntúan alto en TEPT y aquellas que están por debajo de un intervalo crítico, en resiliencia, aunque hay que señalar que si aparece significatividad en la dimensión competencia social (0,033). El hecho de que esta diferencia sea tan pequeña se debe a que el número de ítems que conforma la dimensión control personal en CD-RISC es muy reducido, lo que sugiere que este resultado hay que considerarlo con ciertas reservas.

Tabla 83
Prueba de comparación de medias entre TEPT y competencia social

TEPT	No TEPT	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
4,774 (1,995)	5,590 (1,795)	2,163	0,033

*Intervalo de confianza para la media: 95%.



8.5.3.2.4. Análisis de diferencias entre medias entre depresión y resiliencia

En relación a la depresión, se ha valorado la relación entre las puntuaciones de las mujeres que se obtienen valores en esta escala por encima de su valor crítico como aquellas que sufren infelicidad notable y disforia (Depresión) y aquellas que se sitúan por debajo se las ha considerado ha considerado como que no tienen problemas que interfieran de forma notable en su vida en ese ámbito, y resiliencia (No depresión).

Los resultados indican una diferencia de medias con la prueba t de Student significativa (0,000), lo que sugiere que aquellas mujeres que puntúan alto en depresión obtienen valores menores en resiliencia. Asimismo, señalar que, al igual que en la escala ansiedad, se ha valorado esta relación con cada una de las dimensiones de la resiliencia (tenacidad, competencia social y control personal) y en todas ellas los resultados van en una misma dirección, de manera que indican que hay diferencias significativas (0,000), indicando que puntuaciones altas en depresión se relacionan de manera negativa con estas dimensiones.

Tabla 84
Prueba de comparación de medias entre depresión y resiliencia

Depresión	No depresión	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
40,859 (15,499)	51,155 (11,941)	4,022	0,000

*Intervalo de confianza para la media: 95%.



8.5.3.2.5. Análisis de diferencias entre medias entre estrés y resiliencia

Estar expuesta a situaciones estresantes puede ser considerado un factor de riesgo que interesa para el estudio en relación con la resiliencia. Por el contrario, en este caso, se puede suponer que no estar sometida a situaciones de estrés o dificultades podría ser un factor de protección, por lo que para estudiar una posible conexión entre estas dos variables se han clasificado a las mujeres de la muestra en dos grupos, partiendo del valor crítico: por un lado, aquellas que están sometidas a circunstancias vitales que les suponen una importante fuente de estrés en su vida (Estrés) y aquellas que pueden estar viviendo un nivel moderado de estrés en su vida, pero que no interfieren de manera notable en su vida (No estrés).

Los resultados del análisis de medias indican una relación significativa negativa entre las puntuaciones de aquellas mujeres que manifiestan estrés y resiliencia (0,018).

Tabla 85
Prueba de comparación de medias entre estrés y resiliencia

Estrés	No estrés	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
42,888 (13,710)	49,461 (13,028)	2,397	0,018

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

Igualmente, se ha encontrado una relación significativa muy marcada entre el estrés y el control personal (0,003), en la dirección que aquellas mujeres que están sufriendo mayores situaciones de estrés tienen un menor control personal, así como en competencia social (0,003), en el mismo sentido.



Tabla 86
Prueba de comparación de medias entre estrés y control personal

Estrés	No estrés	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
16,230 (6,048)	19,974 (5,869)	3,089	0,003

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

Tabla 87
Prueba de comparación de medias entre estrés y competencia social

Estrés	No estrés	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
4,686 (1,963)	5,846 (1,709)	3,071	0,003

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

8.5.3.2.6. Análisis de diferencias entre medias entre hipervigilancia y resiliencia

También se ha valorado la relación entre las puntuaciones de las mujeres que se sitúan en la subescala hipervigilancia por encima del valor crítico, considerando que éstas serían especialmente susceptibles y desconfiadas en sus relaciones (Hipervigilancia), y de aquellas que se sitúan por debajo de este valor, que serían personas confiadas (No hipervigilancia), con su nivel en resiliencia.

Los resultados del análisis de medias no arrojan resultados significativos en su relación con resiliencia (0,753).



Tabla 88
Prueba de comparación de medias entre hipervigilancia y resiliencia

Hipervigilancia	No hipervigilancia	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
45,227 (16,826)	45,175 (12,916)	-3,16	0,753

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

8.5.3.2.7. Análisis de diferencias entre medias entre inestabilidad emocional y resiliencia

En cuanto a la subescala inestabilidad emocional, también se ha clasificado a las mujeres en dos grupos, partiendo del valor crítico: por un lado, aquellas que no tienen suelen experimentar de forma habitual cambios emocionales bruscos (No inestabilidad emocional) y aquellas que si tienen labilidad emocional significativa (Inestabilidad emocional).

Los resultados del análisis de medias indican una relación significativa negativa entre las puntuaciones de aquellas mujeres que manifiestan inestabilidad emocional y resiliencia (0,027).

Tabla 89
Prueba de comparación de medias entre inestabilidad emocional y resiliencia

Inestabilidad emocional	No inestabilidad emocional	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
38,437 (17,021)	46,697 (12,777)	2,247	0,027

*Intervalo de confianza para la media: 95%.



Igualmente, se ha encontrado una relación significativa muy marcada entre inestabilidad emocional y control personal (0,006), en la dirección que aquellas mujeres inestables emocionalmente tienen un menor control personal, así como en competencia social, aunque menos importante (0,021), en el mismo sentido.

Tabla 90
Prueba de comparación de medias entre inestabilidad emocional y control personal

Inestabilidad emocional	No inestabilidad emocional	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
13,882 (7,070)	18,367 (5,813)	2,806	0,006

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

Tabla 91
Prueba de comparación de medias entre inestabilidad emocional y competencia social

Inestabilidad emocional	No inestabilidad emocional	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
4,117 (2,176)	5,303 (1,855)	2,384	0,021

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

8.5.3.2.8. Análisis de diferencias entre medias entre ideación suicida y resiliencia

Aunque interpretar la escala relación suicida es complicado y necesita del análisis conjunto con otras escalas, para el estudio de su relación con la resiliencia se ha



valorado que aquellas mujeres que se sitúan por encima del valor crítico en esta variable, suelen tener pensamientos relacionados con la muerte con cierta frecuencia y sienten poco apoyo de las personas que les rodean (Ideación suicida), y las que están por debajo de este valor se han considerado como aquellas que no suelen tener este tipo de pensamientos, y si los tienen es de forma esporádica (No ideación suicida).

Los resultados del análisis de medias señalan que hay una diferencia entre ambos grupos en relación a la resiliencia (0,046), de manera que, según éstos, aquellas mujeres que suelen fantasear con ideas relacionadas con la muerte no obtienen altas puntuaciones en resiliencia.

Tabla 92
Prueba de comparación de medias entre ideación suicida y resiliencia

Ideación suicida	No ideación suicida	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
42,05 (15,287)	47,580 (12,335)	2,020	0,046

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

Asimismo, se ha obtenido una relación significativa entre mujeres que puntúan alto en control personal como dimensión de la resiliencia e ideación suicida (0,010), en el sentido de que aquellas mujeres que manifiestan un mayor control personal, tienen una menor ideación suicida.

Tabla 93
Prueba de comparación de medias entre ideación suicida y control personal

Ideación suicida	No ideación suicida	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
15,707 (6,656)	18,888 (5,634)	2,618	0,010

*Intervalo de confianza para la media: 95%.



8.5.4. Análisis de resiliencia y variables sociodemográficas

A continuación se recogen los resultados de los análisis estadísticos realizados para determinar la posible relación entre diferentes variables evaluadas, que podrían ser consideradas de protección y resiliencia.

8.5.4.1. Nivel formativo

Se ha llevado a cabo una ANOVA para comprobar si hay diferencias de medias entre los niveles formativos 1) sin estudios/primaria, 2) secundaria, 3) bachiller y formación profesional y 4) estudios universitarios, y resiliencia y no aparecen diferencias significativas, de manera que en la muestra estudiada no se puede considerar que el nivel formativo tenga ninguna relación con las puntuaciones en resiliencia, ni con ninguna de sus dimensiones.

8.5.4.2. Situación laboral

Asimismo, se ha llevado una análisis de diferencias de medias (ANOVA) entre situación laboral, considerando 1) trabajadora, 2) estudiante y 3) desempleada, y resiliencia, y tampoco aparecen diferencias significativas entre estos niveles y las puntuaciones de resiliencia, ni con sus dimensiones.

8.5.4.3. Independencia económica

Por otro lado, se ha llevado a cabo una comparación de medias (*t* de Student) entre si las mujeres evaluadas están en una situación de independencia económica o no, y los resultados indican que hay una relación significativa positiva (0,041) entre estar en una situación de independencia económica y la resiliencia.



Tabla 94
Prueba de comparación de medias entre independencia económica y resiliencia

Independencia económica	No independencia económica	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
47,360 (14,149)	41,938 (12,949)	2,074	0,041

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

8.5.4.4. Interposición de la denuncia

Se ha llevado a cabo un análisis de medias (prueba *t* de Student) entre la variable interposición de la denuncia y resiliencia con la finalidad de valorar si las mujeres que han denunciado su situación de violencia tienen mayores niveles de resiliencia. Los resultados del análisis de medias señalan que no hay una relación significativa (0,962) entre aquellas mujeres que han interpuesto denuncia o no y su nivel de resiliencia.

Tabla 95
Prueba de comparación de medias entre interposición de la denuncia y resiliencia

Han denunciado	No han denunciado	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
45,206 (15,136)	45,333 (12,316)	-0,047	0,962

*Intervalo de confianza para la media: 95%.



8.5.4.5. Apoyo social percibido y falta de apoyo social

En primer lugar, dado que para el estudio se han utilizado dos tipos de instrumentos para evaluar apoyo social, se ha llevado a cabo un análisis de correlaciones a mediante el Coeficiente de correlación de Pearson para valorar la relación entre las repuestas dadas en el Cuestionario sociodemográfico para mujeres víctimas de violencia, a la importancia otorgada al apoyo de amistades, de familiares y de profesionales, y las respuestas dadas a la escala falta de apoyo social del PAI.

En cuanto a los resultados, la relación más significativa es la de falta de apoyo social con el apoyo de amistades, siendo ésta negativa, dado que cuanto mayor apoyo de amistades tienen las mujeres menor perciben que es su falta de apoyo social ($r=-0,377$; $\alpha=,000$).

Por otro lado, también aparecen como significativas las correlaciones entre apoyo profesional y apoyo de amistades ($r=0,347$; $\alpha=0,000$) y apoyo familiar ($r=0,321$; $\alpha=0,000$) de manera que es probable que aquellas mujeres que están recibiendo atención en recursos especializados o de otro perfil profesional tengan una mayor percepción de apoyo social a todos los niveles.

Tabla 96
Correlación entre falta de apoyo social y distintos tipos de apoyo

	Falta de apoyo social	Apoyo amistades	Apoyo profesional	Apoyo familiar
Falta de apoyo social	1	-,377**	-,105	-,199
Apoyo amistades	-,377**	1	,347**	,228
Apoyo profesional	-,105	,347**	1	,321
Apoyo familiar	-,199	,228	,321	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).



Una vez comprobada la relación entre los distintos tipos de apoyo, se ha estudiado la posible relación entre resiliencia, la falta de apoyo social y los distintos tipos de apoyo (amistades, profesional y familiar) y sólo se ha encontrado una correlación significativa ($r=-0,343$; $\alpha=0,000$) entre resiliencia y falta de apoyo social.

Tabla 97
Correlación entre resiliencia, falta de apoyo social y distintos tipos de apoyo

	Falta de apoyo social	Apoyo amistades	Apoyo profesional	Apoyo familiar
Resiliencia	-,343**	,015	,193	,044

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Con la finalidad de profundizar en esta relación se ha llevado a cabo un análisis de diferencias entre medias (t de Student), para lo que se han definido dos categorías: 1) aquellas mujeres que perciben que no tienen apoyo social o que se encuentran insatisfechas en sus relaciones interpersonales y, 2) las que perciben que disfrutan del apoyo de familiares y amigos y se sienten a gusto con la naturaleza de sus relaciones sociales. Teniendo en cuenta que a menor puntuación, mayor es la percepción de apoyo social, los resultados obtenidos indican que habría una relación moderadamente significativa ($p=0,061$), de manera que se puede interpretar que aquellas mujeres que tienen un mayor apoyo social (42,097) puntúan más alto en resiliencia.

Tabla 98
Prueba de comparación de medias entre falta de apoyo social y resiliencia

Con apoyo social	Sin apoyo social	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
42,097 (15,850)	47,623 (11,794)	1,906	0,061

*Intervalo de confianza para la media: 95%.



8.5.4.6. Edad de inicio de la relación

Se ha llevado a cabo un análisis de correlaciones (Coeficiente de correlación de Pearson) para valorar la posible relación entre la edad de inicio de la relación y con resiliencia y sus dimensiones, pero no se ha encontrado ninguna relación significativa.

8.5.4.7. Años sufriendo maltrato

Asimismo, se han analizado las posibles correlaciones entre años sufriendo maltrato y resiliencia y tampoco se ha obtenido resultados significativos.

8.5.4.8. Inicio del maltrato

En cuanto a la cuándo empezó el maltrato en la relación y su relación con resiliencia, no se han encontrado relaciones significativas con el Coeficiente de correlación de Pearson.

8.5.4.9. Haber sufrido o presenciado maltrato en la infancia

Se ha llevado a cabo un análisis de comparación de medias con la prueba t de Student para comprobar las posibles relaciones entre haber presenciado o sufrido maltrato en la infancia y resiliencia y las pruebas nos han arrojado resultados significativos.



8.5.4.10. Haber sufrido abusos sexuales en la infancia

Asimismo, se ha llevado a cabo un análisis de diferencias de medias para valorar la posible relación entre haber sufrido abusos sexuales en la infancia y resiliencia, pero no se han encontrado resultados significativos. Señalar que el número de mujeres que indican haber sufrido abusos en la infancia es muy reducido y eso ha podido interferir en los resultados ($N=23$).

8.5.4.11. Percepción de riesgo

Por último, como posible factor de riesgo se ha llevado a cabo un análisis de correlaciones a través del Coeficiente de correlación de Pearson, pero tampoco se han encontrado diferencias significativas entre la percepción del nivel de riesgo y la resiliencia.

8.5.5. Análisis de las relación entre resiliencia y variables relacionadas con el tratamiento

8.5.5.1. Dominancia

Asimismo, se ha valorado la relación entre las mujeres que puntúan en escala dominancia por encima del valor crítico para ser consideradas con un nivel aceptable en autonomía y en autosuficiencia en las relaciones (Dominancia) y aquellas que se sitúan por debajo de este valor, que serían consideradas con mayor tendencia a la cohibición y a la dependencia (No dominancia), con su nivel en resiliencia. Los resultados indican una diferencia de medias con la prueba t de Student (desviación típica entre paréntesis) significativa (0,006), lo que sugiere que



aquellas mujeres que puntúan alto en dominancia obtienen mayores valores en resiliencia.

Tabla 99
Prueba de comparación de medias entre dominancia y resiliencia

Dominancia	No dominancia	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
60,333 (8,824)	44,468 (13,507)	-2,832	0,006

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

8.5.5.2. Afabilidad

En cuanto a la comparación de medias entre afabilidad y resiliencia (*t* de Student), se ha considerado que las mujeres que puntúan por encima del valor de significatividad en esta escala, son aquellas que se adaptan con éxito a situaciones interpersonales (Afabilidad), mientras que las que se sitúan por debajo del valor crítico tienden a mantener las distancias en sus relaciones personales (No afabilidad). Los resultados obtenidos señalan que una diferencia de medias significativa (0,024), por lo que se puede afirmar que aquellas mujeres que se muestran más afables y más seguras en sus relaciones tienen mayores puntuaciones en resiliencia.

Tabla 100
Prueba de comparación de medias entre afabilidad y resiliencia

Afabilidad	No afabilidad	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
51,428 (13,596)	43,835 (13,456)	-22,98	0,024

*Intervalo de confianza para la media: 95%.



8.5.5.3. Rechazo al tratamiento

Asimismo, se ha valorado la relación entre rechazo al tratamiento y resiliencia a través de la comparación de medias. Esta escala evalúa las cualidades y actitudes asociadas al interés por realizar cambios personales de naturaleza psicológica emocional. Para ello, se ha considerado a aquellas mujeres que reconocen su necesidad de llevar cambios en su vida y superar algunas necesidades como “No rechazo al tratamiento”, y a aquellas que señalan un alto grado de satisfacción consigo mismas y que consideran que no tienen necesidad de hacer cambios en su vida como “Rechazo al tratamiento”.

Los resultados obtenidos no son significativos (0,126), de manera que no se aprecia una relación de esta escala con resiliencia.

Tabla 101
Prueba de comparación de medias entre rechazo al tratamiento y resiliencia

Rechazo al tratamiento	No rechazo al tratamiento	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
44,927 (13,764)	54,600 (11,304)	-15,42	0,126

*Intervalo de confianza para la media: 95%.

Con la finalidad de profundizar en esta relación, se ha llevado a cabo un análisis de diferencias entre medias entre las diferentes dimensiones que componen el constructo de resiliencia (tenacidad, competencia social y control personal) y rechazo al tratamiento, y se observa una relación significativa entre control personal y rechazo al tratamiento (0,027), lo que puede indicar que aquellas mujeres que tienen aquellas mujeres que poseen un mayor control personal tienen también mayores puntuaciones en rechazo al tratamiento.



Tabla 102

Prueba de comparación de medias entre rechazo al tratamiento y control personal

Rechazo al tratamiento	No rechazo al tratamiento	t	p*
Media (DT)	Media (DT)		
17,333 (6,174)	23,600 (4,159)	-22,38	0,027

*Intervalo de confianza para la media: 95%.



CAPÍTULO 9

DISCUSIÓN

Tal y como se ha comentado, los estudios sobre mujeres víctimas de violencia de género, en su gran mayoría, se han centrado en conocer la sintomatología clínica de las mujeres que la sufren, sin tener en cuenta otros factores que pueden estar influyendo en el impacto de la misma. El objetivo fundamental del presente trabajo es conocer la relación entre la sintomatología clínica en mujeres víctimas de violencia de género y con el maltrato sufrido, y analizar el papel de la resiliencia en esa relación. A continuación se expone la discusión de los resultados encontrados. En primer lugar, se lleva a cabo una revisión de los resultados encontrados en las variables analizadas más relevantes. En segundo lugar, se presenta una discusión de las hipótesis planteadas y la explicación de los criterios tenidos en cuenta para su aceptación o no.

9.1. Respecto a las variables y correlaciones analizadas

9.1.1. Variables sociodemográficas

En cuanto a la edad de las mujeres que han participado en el estudio, un 55,9% se encuentran entre el rango de 27 a 46 años, dato que concuerda con los resultados de



las Macroencuestas de Violencia contra la Mujer de la Delegación de Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, en las que en todas ellas (1999, 2002, 2006, 2011 y 2015). Este dato puede ser interpretado como que en esa franja de edad es cuando es más habitual que las mujeres tengan una pareja estable, puedan ser más conscientes de la violencia que sufren y sean capaces de solicitar ayuda a los recursos especializados. Por otro lado, la nacionalidad de la mayor parte de las mujeres evaluadas es española (88,2%), de manera que esa sobrerepresentación en esta muestra puede estar relacionada con la mayor facilidad de acceso a los recursos por contar con más apoyos a la hora de asistir a los mismos, sean más capaces de detectar la situaciones de violencias más sutiles, así como porque tengan más conocimiento de las ayudas disponibles y no tengan miedo de acudir a ellos, como puede pasarle a las mujeres extranjeras, por tener expectativas erróneas sobre las consecuencias que puede acarrearles estar en una posible situación irregular.

Asimismo, un 84,9% de las mujeres participantes ha completado la educación secundaria y un 40,4% ha realizado bachiller o estudios universitarios, lo que puede sugerir que aquellas mujeres formación tengan una mayor disposición a solicitar ayuda en los recursos. Por otro lado, este dato también rompe con el estereotipo de que las mujeres víctimas de violencia de género suelen tener un escaso nivel formativo.

Más de la mitad de las mujeres (50,4%) se encuentra en una situación de desempleo, lo que confirma la realidad de las dificultades de acceso de las mujeres al mercado laboral y sólo un 29,4% están contratadas o tienen un trabajo como autónomas. Este dato es muy relevante si se tiene en cuenta que la mayor parte de las mujeres que participan en el estudio ya están separadas (69,7%) y sólo cuentan con sus recursos para enfrentarse a su nueva vida, aunque contrasta con la respuesta que dan a su situación sobre independencia económica, ya que el 52,9% de las mismas, se declara como tal, por lo que sería interesante indagar más sobre esta cuestión.



Asimismo, el 79,8% ya no conviven con el agresor, dato que resulta congruente con la realidad que se encuentran las profesionales de los recursos especializados, dado que las mujeres suelen acudir a ellos una vez que han roto la relación con el agresor (Riggs et al., 2000). Además, éstas tienen mayor acceso a estos porque ya no están tan controladas por sus parejas y es cuando suelen ser más conscientes de los apoyos que necesitan para superar la situación de violencia vivida, por la necesidad de recursos económicos, de apoyo psicológico o de orientación jurídica.

En cuanto a la denuncia, más de la mitad de las mujeres participantes en el estudio han denunciado (50,4 %) la situación de violencia, mientras que el 45,4% no lo ha hecho. Según los datos de la Macroencuesta de violencia contra la mujer de 2015, un 65% de las mujeres no habían informado de su situación en ningún recurso. En el caso del presente estudio, es importante tener en cuenta que, partiendo de la base de que la denuncia no siempre es la solución al tipo y situación de violencia que puede estar sufriendo una mujer, el hecho de que más de la mitad de las mujeres que han participado en el estudio hayan interpuesto denuncia es bastante positivo, por la influencia que puede haber ejercido estar recibiendo asesoramiento especializado y por la propia toma de conciencia de la mujeres de la violencia vivida, en muchos casos relacionada con la percepción de riesgo y con el maltrato físico recibido. Asimismo, hay una clara relación entre interposición de la denuncia y el maltrato físico recibido ($p=0,000$) y con la puntuación total de maltrato físico y psicológico ($p=0,005$), lo que sugiere que aquellas mujeres que han sufrido maltrato físico y mayor grado de maltrato en general son más propensas a interponer denuncia, por el riesgo que puede suponer para sus vidas, y porque sufrir maltrato físico conlleva que se realice un parte de lesiones, que según los protocolos policiales y sanitarios han de ser tramitados para su conocimiento a los juzgados.

Por otro lado, en existe una clara relación entre la percepción de riesgo y maltrato físico ($r=0,299$; $\alpha=0,016$), lo que sugiere que cuanto mayor es la gravedad del maltrato físico sufrido, las mujeres se sienten en una mayor situación de peligro, hecho que tiene mucha lógica, ya que este tipo de maltrato es el que más atenta contra su integridad física y más riesgo supone para sus vidas. El valor medio de



percepción de riesgo general de las mujeres evaluadas es de 6,07 ($dt=3,221$), con una asimetría negativa de (-0,347), que sugiere que los datos se concentran por encima de la media, por lo que se puede considerar que, en general, las mujeres evaluadas perciben que su nivel de peligrosidad es considerable.

En cuanto a cuándo empezó el maltrato en la relación, un 67,6% de las mujeres indica que antes del año, y un 22,7% señala que desde el comienzo de la relación, así como el 47,9% de las mujeres señalan que llevan sufriendo maltrato más de 10 años, lo que confirma la opinión de muchas profesionales de recursos especializados de que el maltrato suele comenzar desde el comienzo de la relación o a los pocos meses, y que es muy frecuente encontrar relaciones de maltrato de larga duración. Señalar que el 29,4% de las mujeres indican que llevan sufriendo maltrato menos de 3 años, pero ese dato puede estar relacionado con relaciones más cortas.

Por otro lado, el 49,5% de las mujeres tenían menos de 20 años cuando empezaron su relación, y un 26,1% tenían entre 20 y 30 años (con una edad media de comienzo de 21 años). La edad de comienzo de la relación temprana concuerda con que la mayor parte de las mujeres de la muestra no han tenido otras relaciones previas de maltrato (un 68,1% de las mujeres sólo han estado con el agresor) y también concuerda con que un porcentaje elevado de mujeres ha sufrido maltrato de larga duración, tal y como se indica en el párrafo anterior. Puede resultar de interés señalar que un 31,9% de los casos si habían tenido otras relaciones previas de maltrato, en el sentido de profundizar en el estudio de si es más frecuente que las mujeres que sufren violencia, una vez rota su relación, vuelvan a caer en otras relaciones de violencia, que aquellas que no la han sufrido nunca.

También se analizó si habían presenciado o sufrido violencia de género en su infancia y aproximadamente un tercio de la muestra indica que si, un 31,1% afirma haberlo presenciado y un 32,2% haber sufrido violencia, datos que se podrían relacionar con la hipótesis de la transferencia generacional de la violencia (Straus & Yodanis, 1997; Benavides, 2003), no como victimarios si no como víctimas.



Asimismo, un 21% afirma haber sufrido abusos sexuales cuando eran niñas. Estos datos apoyan la necesidad de investigar hasta qué punto las víctimas de este tipo de violencia, han sido víctimas en su infancia de otros tipos de violencia, y tal y como afirma Herman (1992b, 1997, 2004), hay una mayor probabilidad de que sufrir ese tipo de experiencias en la infancia predisponga a situaciones de maltrato en la edad adulta.

9.1.2. Variables clínicas y relacionadas con el tratamiento

En relación a los datos extraídos de las escalas clínicas, el 50,4% no muestran problemas de quejas somáticas, aunque un 38,6% de la muestra si manifiesta tener preocupaciones significativas sobre su salud, lo que puede conllevar a un probable deterioro como consecuencia de los síntomas somáticos. Esto concuerda con el hecho de que las mujeres responden en las preguntas referentes a la salud del Cuestionario sociodemográfico para mujeres víctimas de violencia de género, que al menos padecen una enfermedad física, como hipertensión (el 42,9%), dolores de cabeza (el 29,4%) o fibromialgia (el 11,8%) y/o al menos un problema de salud mental: el 39,5% sufre de ansiedad y el 16,8% de depresión.

Además, existe una correlación significativa entre el número de enfermedades físicas y problemas psicológicos informados por las mujeres ($r=0,649$), de manera que parece posible que suelan sufrir ambos tipos de problemas a la vez. Este hecho concuerda con los estudios de algunos autores que indican que las mujeres maltratadas experimentan más dolores de cabeza, dolores musculares o en las articulaciones, trastornos somáticos, exacerbación de enfermedades crónicas como diabetes, asma y/o hipertensión etc. (Torres, 2001; Campbell, 2002; Lorente, 2001; Redondo, 2004; Thompson et al., 1999; Walker et al., 1997).

Asimismo, el 88,3% de las mujeres evaluadas indica sufrir ansiedad, y un 49,6% de ellas experimentan niveles de ansiedad bastante altos que las llevan a experimentar



tensión y preocupación la mayor parte del tiempo, sentirse nerviosas y con una predisposición a anticiparse a situaciones que pueden conllevar una desgracia. Este dato es concordante con la respuesta que dan las mujeres cuando se les pregunta si tienen algún problema psicológico, ya que como se ha expuesto más arriba, el 39,5% indica que sufre ansiedad. Además, confirma los resultados de estudios que demuestran que uno de los síntomas más frecuentes en mujeres maltratadas son las reacciones ansiosas (Amor et al., 2001; Bradley et al., 2002; Torres, 2001; Vizcarra et al., 2004). Tal y como exponen Mitchell y Hodson (1983), la ansiedad en situaciones de violencia de género puede venir producida no sólo por el estrés que genera el episodio violento en sí, sino por la anticipación a otras posibles situaciones. Además, la exposición de manera repetitiva a la violencia, intermitente e incontrolable produce en las mujeres víctimas una amenaza constante a la propia integridad y seguridad.

En cuanto al TEPT, señalar que en el PAI es una de las escalas que conforma los trastornos de ansiedad, y no es un instrumento que evalúe de forma específica este trastorno, por lo que para evaluarlo como tal sería aconsejable utilizar un instrumento diseñado para tal fin. En cualquier caso, el 55,5% de las mujeres evaluadas señala haber sufrido algún tipo de experiencia traumática que en la actualidad sigue siendo una fuente de malestar y produciendo episodios recurrentes de ansiedad. Estos datos están en sintonía con los estudios realizados por algunos autores que señalan que este trastorno tiene una tasa media de prevalencia alta (entre un 45 y un 60%) en la violencia de pareja (Cascardi et al., 1999). Otros autores, señalan, de acuerdo con las características de esta muestra, que la incidencia de estrés postraumático en víctimas de violencia de pareja, con una cronicidad media de 10 años y que acuden a un programa de tratamiento especializado sin vivir en casas de acogida, se sitúa dentro de la media registrada, es decir, entre un 45 y 50% de las víctimas evaluadas (Amor et al., 2002; Echeburúa et al., 1997).

Asimismo, un 45,4% de la muestra está expuesta a situaciones de estrés de forma continua que les genera una sensación de infelicidad y malestar constantes, y de



ellas, el 10,1% están sometidas a situaciones que conllevan un sufrimiento constante muy significativo. Por otro lado, el 45,1% de las mujeres consideran que están sometidas a situaciones de estrés como resultado de dificultades en algún área de su vida. El hecho de que las mujeres víctimas sufren violencia de manera continua en su vida supone una fuente de estrés y de ansiedad constante, tal y como se expone en el párrafo anterior. La incontrolabilidad, el acoso constante, el control al que están expuestas y, en general, las estrategias que puede poner en marcha el agresor para maltratar, en todos los casos suponen una importante fuente de estrés para las mujeres.

Por otro lado, el 23,4% de las evaluadas presenta puntuaciones moderadas en depresión, en el sentido de que se muestran personas sensibles, pesimistas y con tendencia a dudar de sí mismas, mientras que el 31,9% manifiesta síntomas evidentes de disforia e infelicidad, así como dificultades de disfrutar de actividades agradables, con sentimientos de culpa, depresión e insatisfacción. Señalar que los resultados del PAI en la escala depresión, son superiores a los que informan las mujeres en el Cuestionario sociodemográfico para mujeres víctimas de violencia de género (16,8%), lo que puede estar indicando que las mujeres infravaloran determinados indicadores que pueden estar informando de una depresión. En cualquier caso, de nuevo este dato concuerda con los resultados obtenidos en otros estudios como el de Golding (1999), que estima que la prevalencia de este trastorno en mujeres maltratadas oscila entre un 15% y un 83%. Los estudios en nuestro país también muestran porcentajes muy elevados por encima del 60% (Echeburúa y Corral, 1997). Según Zubizarreta y et al., (1994) ciertas características asociadas a las situaciones de maltrato se pueden considerar como buenas predictoras de la aparición de este trastorno como, por ejemplo, las humillaciones y desvalorizaciones constantes, las agresiones y castigos incongruentes, el refuerzo de conductas de sometimiento, la disminución del refuerzo positivo o el progresivo aislamiento social que sufren ante tales situaciones.

Se ha valorado hipervigilancia como variable de interés con la finalidad de conocer hasta qué punto las mujeres evaluadas manifiestan una predisposición a desconfiar



de las personas, y a estar en alerta y prevenidas en sus interacciones con los otros como consecuencia del aislamiento y de las situaciones de maltrato a las que son expuestas. Los resultados señalan que en general las mujeres participantes no son especialmente desconfiadas, aunque un 32,8% se manifiestan escépticas en sus relaciones con los demás.

En cuanto a la subescala inestabilidad emocional, se ha considerado de interés ya que es una de las que conforman la escala rasgos límites, en base que el 70% de las personas diagnosticadas con el Trastorno límite de la personalidad son mujeres y este en ocasiones es asociado a mujeres que han sido maltratadas o abusadas (Haskell, 2003), pero los resultados indican que el 79,8% de la muestra se sitúa dentro de la normalidad, no siendo un rango que presente significatividad estadística.

La violencia de género es un factor de riesgo para comportamientos suicidas en mujeres, agresores y personas expuestas a la violencia de género, aunque se precisa una mayor investigación para mejorar el conocimiento en torno a la complejidad del comportamiento suicida en la violencia de género (Llamas y Frías, 2012). Aunque el comportamiento suicida en los hombres que asesinan en sus mujeres es muy frecuente y fácil de documentar a través de los medios de comunicación, en el caso de las mujeres no es así, no hay datos sobre los intentos de suicidio por esta causa y mucho menos de suicidios consumados. En este estudio se ha considerado de interés valorar la ideación suicida en las mujeres participantes en el estudio y los resultados indican que un 43,7% de la muestra presenta en ocasiones ideas relacionadas con la muerte, y que un 16% fantasea con el suicidio de forma constante.

Según el PAI, en cuanto a la falta de apoyo social, el 54,4% de las mujeres evaluadas considera que sus redes de apoyo y la calidad de sus relaciones es buena, aunque el 16,8% manifiesta cierta insatisfacción en vida social, así como el 14,3% reflejan una percepción de poco apoyo, con relaciones familiares que pueden ser distantes o conflictivas. Por otro lado, las respuestas que las mujeres dan en el



Cuestionario sociodemográfico para mujeres víctimas de violencia de género sobre la importancia que otorgan al apoyo social (de amistades, familiares y profesionales), en todos los casos consideran que éste es muy importante, tal y como se expone en el capítulo 8 de análisis de resultados. En un estudio de Buesa y Calvete (2013), los resultados indican que el apoyo percibido por parte de una persona de confianza se asocia a menos síntomas de depresión y estrés postraumático. Por otro lado, estas mismas autoras señalan que el mayor grado mayor grado de satisfacción lo mostraron para el apoyo profesional, que no se asoció con los síntomas psicológicos pero sí con la ruptura con la relación abusiva. Este hecho puede ser especialmente relevante en este estudio, porque de todas las mujeres han acudido a servicios especializados de atención a mujeres que sufren violencia, y tal y como se ha indicado anteriormente, el 79,8% de las mujeres ya no convive con el agresor en el momento de participar en el estudio. Por otro lado, tal y como indica Herman (1992b, 1997, 2004), las personas son especialmente vulnerables después de haber atravesado por situaciones traumáticas, y una respuesta comprensiva por parte de otras puede ayudar a mitigar el efecto traumático, así como una respuesta hostil, puede multiplicar el efecto traumático.

La escala rechazo al tratamiento se ha considerado de interés en esta investigación porque pretende evaluar las actitudes y las cualidades asociadas al interés por realizar cambios personales de naturaleza psicológica o emocional. Los resultados obtenidos señalan que el 37,8% de la muestra manifiestan tener grandes dificultades en su día a día y el reconocimiento de una necesidad evidente de ayuda para tratar sus problemas, lo que puede indicar su necesidad de asistir a un recursos de atención especializado que las pueda ayudar afrontar sus problemas y superar las secuelas de la violencia vivida. Por otro lado, un porcentaje también elevado, el 26,9%, reconoce una necesidad de efectuar algunos cambios en su vida, manteniendo una actitud positiva en el proceso y aceptando sus responsabilidad en el mismo, porcentaje que puede identificarse con aquellas mujeres que o bien, por sí mismas tiene mayores recursos para afrontar las situaciones vividas, o bien la intervención recibida las ha llevado a avanzar en ese sentido.



En cuanto a la escala dominancia ofrece información sobre el grado en que una persona es controladora, sumisa o autónoma. Esta variable se ha considerado de interés en el sentido de que puede aportar información relevante en relación a cómo pueden afrontar las situaciones de violencia y cuán resilientes pueden ser, ya que es una variable que podría ser considerada como un recurso personal para actuar como tal. Los resultados indican que un 31,9% de las mujeres evaluadas tienden a la dependencia de otras personas, mientras que un 40,3%, que puede ser considerado como un alto porcentaje, se suelen adaptar con éxito a distintas situaciones interpersonales.

Por último, la afabilidad es una medida del grado en que una persona es cordial u empática o retraída, esquiva y desconfianza en sus relaciones con los demás. Al igual que sucede con la variable dominancia, el interés en esta escala estriba en que puede ser considerada como un recurso personal para afrontar situaciones adversas, como son las situaciones de violencia. Un 40,3% de la muestra manifiesta una buena adaptación a distintas situaciones interpersonales y una buena tolerancia a relaciones estrechas, pero también la capacidad para mantener la distancia en ciertas relaciones si es necesario. Por otro lado, el 24,4% suele mantener la distancia en sus relaciones personales y no confiere especial valor a las relaciones estrechas. Si se relacionan estos valores con los obtenidos en la escala falta de apoyo social, se encuentra que hay un alto porcentaje de mujeres que considera importante el apoyo social (un 54,4%) al igual que un porcentaje significativo de mujeres son afables en su relaciones, y en la misma medida hay un 16,8% de las mujeres no considera que su red de apoyos sociales es satisfactoria, mientras que un 24,4% suele mantener las distancias en sus relaciones.

9.1.3. Tipos de maltrato

En relación al análisis de los tipos de maltrato, tal y como se ha indicado en el Capítulo 8, la evaluación del maltrato sutil, psicológico y físico aportan valores



altos en todos los casos. Este hecho es relevante, aunque obvio, ya que la muestra seleccionada es de mujeres víctimas de violencia de género que acuden a servicios especializados que tienen necesidad de ayuda por haber estado sufriendo o estar expuestas a este tipo de violencia. El maltrato sutil es el tipo de maltrato psicológico más frecuente y el que es más difícil de percibir por las propias mujeres, ya que su intensidad es menor y la forma en la que se ejerce está más normalizada, pero en cualquier caso es una forma de maltrato que está en la base de cualquier relación abusiva y que es, de alguna manera, condición previa e indispensable para que se produzca el maltrato psicológico y físico. En esta muestra, sobre un valor máximo de 169, la media se sitúa en 134,12, con una desviación típica muy alta ($dt=23,44$) y una asimetría negativa (-0,730) que indica que los valores se suelen agrupar por encima de esa media, lo que sugiere que la mayor parte de las mujeres están sufriendo niveles muy altos de maltrato sutil. Señalar también que la correlación entre maltrato sutil y maltrato psicológico es muy alta ($r=0,736$), lo que puede confirmar que es un tipo de abuso psicológico, que podría ser considerado en un orden ascendente.

En el caso del maltrato psicológico y físico como puntuación global, así como en el análisis de ambas dimensiones de manera independiente, los valores también son muy elevados, sobre todo en maltrato psicológico con una media de 103,08 ($dt=28,097$) sobre un máximo de 166, aunque no tanto como en el caso del maltrato sutil, lo que sugiere que el maltrato más común y de mayor intensidad es el maltrato sutil, que aunque éste no parezca tan nocivo, las consecuencias que tiene en la salud de las mujeres suelen ser más perjudiciales y tienen un mayor impacto en su subjetividad que las del maltrato físico (Calvete et al., 2005).

En cuanto al maltrato físico, los datos del estudio indican que es el menos frecuente (con una media de 19,90 ($dt=15,482$) sobre una puntuación máxima de 40 y una asimetría negativa que sugiere que los valores se concentran por debajo de la media) lo que confirma la experiencia de las profesionales de los recursos especializados, en el sentido de que es el tipo de maltrato que menos sufren las mujeres.



9.1.4. Valoración de la resiliencia

Los estudios sobre la evaluación de la resiliencia en mujeres víctimas de violencia de género son escasos. En diferentes investigaciones, se ha utilizado la escala CD-RISC, que ha sido la usada en este estudio, para su validación en población joven (Notario-Pacheco et al., 2011), una versión reducida de 10 ítems de la misma en una muestra multiocupacional (Soler, Meseguer y García, 2015), en una muestra de personas con fibromilagia (Notario-Pacheco et al., 2014), en una muestra de personas con enfermedades crónicas (Riveros, Bernal, Bohórquez, Vinaccia y Margarita, 2016) y en una muestra con personas mayores entre 65 y 70 años (Serrano-Parra et al., 2012).

Los resultados de resiliencia en la muestra de mujeres de este estudio muestran media total de resiliencia de 43,09,74 ($dt=13,633$), con una asimetría negativa (-0,350), de manera que atendiendo a una puntuación máxima de 68 puntos se puede considerar que las mujeres evaluadas puntúan alto en este constructo. Asimismo, se han valorado las puntuaciones de las tres dimensiones que componen la resiliencia en el CD-RISC, encontrando que en todas ellas, como se indica en el Capítulo 8, las puntuaciones suelen ser bastante altas, tanto en tenacidad y autoeficacia, control personal y competencia social. En cuanto al análisis de correlaciones entre la puntuación total de resiliencia con cada una de las dimensiones, el resultado es una fuerte relación entre ellas.

Algunos estudios han analizado la relación de resiliencia con otras variables, como espiritualidad, en muestras de mujeres maltratadas utilizando la escala de resiliencia (RS) de Wagnild y Young (1993), y han encontrado una suma total de puntuaciones en la escala (de 1 a 7 puntos por enunciado, con 25 enunciados) un promedio de 143.3 +19.07 con un rango de 67-173 (el rango posible es 25 a 175).

En otro estudio llevado a cabo con 37 mujeres que habían sufrido maltrato, y que tenía como objetivo explorar su proceso de recuperación, encontraron que aquellas



mujeres que no mostraban síntomas de TEPT, mostraban unos niveles de resiliencia relativamente altos (Anderson et al., 2012).

En otra investigación con mujeres maltratadas alojadas en recursos de acogida, Humphreys (2003), encontró que aunque las participantes manifestaban malestar psicológico también se mostraban resilientes.

Por tanto, se podría concluir, de acuerdo con estos estudios, que la resiliencia y el malestar psicológico no son necesariamente opuestos, sino que parecen ser diferentes aspectos de la experiencia general de afrontamiento en situaciones de violencia.

En otras palabras, tal y como indican Tedeschi y Calhoun (1995) la resiliencia no necesariamente puede inferir la ausencia de psicopatología, por lo que consideran que se necesitan más investigaciones para averiguar la relación entre la resiliencia y la malestar psicológico, ya que pueden no siempre ser previsiblemente relacionadas.

En relación al análisis llevados a cabo para evaluar las posibles relaciones entre resiliencia y los diferentes tipos de maltrato (sutil, psicológico y físico), los resultados no indican ningún tipo de correlación, de manera que se podría interpretar el maltrato se puede dar independientemente de cuan resiliente sea una persona, ya que la violencia es una condición externa que no tiene porque relacionarse con la resiliencia. Si hubiese algún tipo de correlación, en cualquier caso, sería más lógico que apareciese una correlación negativa, es decir, a mayores puntuaciones en resiliencia, menor nivel de maltrato.

Por otro lado, se considera de interés aportar los datos referentes a la relación entre resiliencia y la escala rechazo al tratamiento, que evalúa las actitudes y las cualidades asociadas a hacer cambios personales de naturaleza psicológica o emocional. Los resultados del análisis indican que aunque no existe relación entre esta escala y resiliencia, si aparece una relación significativa entre rechazo al tratamiento y control personal, de manera que se podría interpretar que aquellas



mujeres que puntúan alto en control personal tienen menos necesidades de llevar a cabo cambios en su vida, porque se sienten más satisfechas con ella.

Por último, se llevó a cabo un análisis de la relación entre resiliencia y variables sociodemográficas. Señalar que no se han encontrado resultados significativos con nivel formativo, situación laboral o haber interpuesto denuncia como variables que pueden actuar, dependiendo de sus valores, como recursos que tengan un impacto positivo en la resiliencia de las mujeres, pero si existe una relación significativa entre ser independiente económicamente y resiliencia. Por otro lado se ha valorado la posible conexión con edad de comienzo de la relación, años sufriendo maltrato, inicio del maltrato, haber presenciado o sufrido maltrato en la infancia o haber sufrido abuso sexual y percepción de riesgo, como posibles variables adversas, y no se ha encontrado ningún tipo de relación.

9.2. Respecto a las hipótesis planteadas

9.2.1. Hipótesis 1

A mayor gravedad del maltrato sufrido, mayor nivel de sintomatología clínica.

Los resultados, a partir del análisis realizado, muestran una relación significativa sólo en el caso de maltrato sutil, y las escalas quejas somáticas, depresión y estrés, es decir, esta relación se puede traducir en que aquellas mujeres que están expuestas a un nivel de maltrato sutil alto, muestran mayores puntuaciones en las escalas mencionadas. En relación a la quejas somáticas, es un hecho contrastado que las mujeres víctimas de violencia, aunque no sufran violencia física, presentan un peor nivel de salud en general, con una amplia gama de problemas médicos y enfermedades crónicas (Wilson, Silberberg, Brown & Yaggy, 2007; Stark, 2007; Tower, 2007; Zust, 2006). En cuanto a los trastornos psicológicos que se asocian



con más frecuencia a la violencia, son la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático (Burke, Denison, Gielen, McDonnell & O'Campo, 2004; Campbell et al., 2002; Cascardi & O'Leary, 1992; Dutton, 1992; Follingstad et al., 1991; Golding, 1999; Herman, 1992b, 1997, 2004). En relación al trastorno de estrés postraumático en la mayor parte de los estudios hay una relación con la gravedad del maltrato, pero hay que tener presente que el instrumento que se ha utilizado para su evaluación puede que no sea el más indicado, por lo que sería recomendable utilizar un cuestionario específico para poder valorar una posible relación.

Por otro lado, no se ha encontrado relación entre la gravedad del maltrato psicológico y físico y la sintomatología clínica que presentan las mujeres, resultado que resulta contradictorio con la hipótesis de partida, partiendo del supuesto de que a mayor gravedad de maltrato, considerando en una escala ascendente los tipos de maltrato sutil, psicológico y físico, los resultados deberían haber sido otros, aunque hay estudios que revelan que las consecuencias del maltrato psicológico, en muchos casos son peores que las lesiones físicas (Herman, 1992b, 1997, 2004).

Aunque resulta complicado interpretar por qué el impacto del maltrato sutil es el que mayor impacto tienen en la salud psicológica de las mujeres, es un resultado muy relevante que necesitaría de un análisis más detallado, porque este tipo de maltrato es el más frecuente, el más difícil de detectar por las propias mujeres, personas allegadas y profesionales, es la antesala de un maltrato más severo, y posiblemente, por la adaptación paulatina de las mujeres al mismo, sin tomar conciencia de cómo las va “envolviendo en una tela de araña” hasta que es demasiado tarde. Tal y como expone Buesa (2009), podría decirse que de los diversos tipos de maltrato psicológico analizados, parece que el maltrato psicológico sutil es el que mayor impacto tiene en la sintomatología de las mujeres víctimas, tanto en los niveles de depresión, como de ansiedad, aunque esta muestra no arroje resultados significativos en estrés postraumático.



9.2.2. Hipótesis 2

A mayor tiempo de maltrato sufrido, mayor nivel de sintomatología clínica.

En cuanto al análisis realizado para valorar la posible relación entre el tiempo de maltrato sufrido y la sintomatología clínica, los resultados indican que no existen relaciones significativas entre años sufriendo maltrato y sintomatología clínica, por lo que no se confirma la hipótesis planteada. Por otro lado, se ha comprobado si la edad de inicio de la relación o cuándo se inició el maltrato en la misma tienen alguna incidencia en las variables clínicas analizadas, pero tampoco se han encontrado relaciones.

Con la finalidad de profundizar más en determinados aspectos de las relaciones de las mujeres que pueden afectarles a nivel psicológico, se ha valorado si el hecho de haber sufrido o presenciado violencia de género en la infancia, o haber sufrido abusos sexuales podía tener algún tipo de incidencia en su salud psicológica pero no se han encontrado resultados significativos. Sólo se han encontrado resultados marginalmente significativos entre la existencia de relaciones previas de maltrato y quejas somáticas y ansiedad. Es decir, de todas las variables que pueden estar relacionadas con el tiempo sufriendo maltrato, solo el hecho de haber tenido otras relaciones anteriores con maltratadores tiene algún impacto sobre la sintomatología clínica, en concreto sobre el malestar físico de las mujeres y la ansiedad que pueden experimentar.

Estos datos resultan no confirmar la hipótesis de partida y resultan sorprendentes en comparación con otros estudios en los que se afirma que la gravedad de las secuelas del maltrato está relacionada con la frecuencia, la severidad y la prolongación en el tiempo de los comportamientos abusivos, de manera que cuanto más a menudo se den los abusos y cuanto mayor sea su severidad, mayores serán las consecuencias en las víctimas (Follingstad et al., 1991; Krug et al., 2002). Otros autores afirman que cuanto mayor es el tiempo de permanencia en una relación de



maltrato, peores serán las consecuencias psicológicas, pudiendo ser estas acumulativas (Tertia & Wissing, 2005) y las secuelas pueden persistir incluso cuando el maltrato ha desaparecido (Campbell et al., 2002; Krug et al., 2002).

9.2.3. Hipótesis 3

A mayor falta de apoyo social recibido, mayor nivel de sintomatología clínica.

En cuanto a la falta de apoyo social y su relación con las variables clínicas evaluadas, los resultados muestran correlaciones significativas en todos los casos, de manera que cuanto mayor es la falta de apoyo social percibido, mayor es la puntuación en depresión, ansiedad, estrés, ideación suicida, hipervigilancia e inestabilidad emocional, aunque éstas son moderadas en el caso de quejas somáticas y trastornos de estrés postraumático. Estos resultados confirman la hipótesis de partida y son acordes a los resultados de otros estudios en los que se resalta la importancia del apoyo social para las mujeres maltratadas y el impacto positivo que éste puede tener en las consecuencias de estar haber sufrido o estar sufriendo violencia.

Según Cohen y Wills (1985), el aislamiento y la dependencia a la que el agresor somete a la víctima, conlleva una disminución de su apoyo social, lo cual a su vez puede tener consecuencias adversas para la víctima ya que el éste constituye una variable de especial importancia para hacer frente a situaciones de estrés y como factor de resistencia y protección en situaciones de estrés. Otros autores que han estudiado la interacción entre el apoyo social y la violencia, consideran que éste es un importante factor de resiliencia para las víctimas de violencia doméstica, que reduce sus niveles de ansiedad, el riesgo de suicidio y los síntomas de estrés postraumático (Carlson, McNutt, Choi & Rose, 2002; Coker et al., 2002). Esta relación explica el aumento de investigaciones acerca de la importancia del apoyo social en la violencia machista, ya que los resultados de los estudios realizados inciden en la relevancia del papel del apoyo social en el bienestar y la salud mental



de estas mujeres (Buesa y Calvete, 2013). Asimismo, los resultados de un estudio de Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez, Montero-Piñar y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género (2008), encontraron que las mujeres que referían tener apoyo social tenían una probabilidad un 89% menor de ser maltratadas, que las que referían no tenerlo, y aquellas que habían sido maltratadas en el pasado, las que afirmaban tener apoyos, tenían una menor probabilidad de volver a ser maltratadas.

Por otro lado, en cuanto a los resultados de las escalas relacionadas con el tratamiento todas las variables muestran una correlación significativa negativa, es decir, cuanto mayores son las puntuaciones en falta de apoyo social, menores son las obtenidas en cada una de las escalas, es decir aparecen mayores niveles de afabilidad, de dominancia y de rechazo al tratamiento, por tanto, un mayor nivel de satisfacción con una misma y menos necesidad de apoyo y ayuda.

9.2.4. Hipótesis 4

A mayor nivel de resiliencia, menor nivel de sintomatología clínica.

Los resultados de al análisis de las relaciones entre resiliencia, y sus dimensiones, y las variables clínicas evaluadas indican correlaciones significativas en la mayor parte de los casos, tal y como se expone a continuación.

En primer lugar, las mujeres que tienen mayores puntuaciones en resiliencia, obtienen un menor nivel de quejas somáticas, ansiedad, depresión, estrés, inestabilidad emocional e ideación suicida, lo que se puede interpretar como que aquellas mujeres que son más resilientes tienen menos probabilidad de desarrollar este tipo de sintomatología. Asimismo, se analizó la posible correlación entre cada una de las dimensiones que componen el constructo resiliencia en la escala CD-RISC (tenacidad y autoeficacia, control personal y competencia social) y las variables clínicas evaluadas. Los resultados muestran que aquellas mujeres que



puntúan alto en control personal, entendido como una elevada percepción de autocontrol cognitivo y emocional (Serrano-Parra et al., 2012), tienen un menor nivel de quejas somáticas, de estrés, de inestabilidad emocional y de ideación suicida. Por otro lado, aunque no aparece una relación significativa entre la puntuación total de resiliencia y TEPT, si existe esa relación entre competencia social, que es una dimensión que contribuye a modular emociones negativas siendo un factor protector frente a estímulos estresores (Serrano-Parra et al., 2012), y este trastorno, así como con inestabilidad emocional. Por último, no aparece ninguna relación significativa entre hipervigilancia y resiliencia.

Tal y como ya se ha comentado, son escasos los estudios que relacionan resiliencia y su impacto, como efecto general o como variable mediadora, en la salud psicológica de las mujeres víctimas de género. En un estudio realizado con mujeres gestantes víctimas de violencia sobre resiliencia y apoyo social (Lam et al., 2008), encontraron que aquellas mujeres que tenían un mayor apoyo social y mayores niveles de resiliencia tenían menos probabilidades de presentar un trastorno depresivo. En concordancia con los resultados encontrados, en una investigación de Jaramillo-Vélez, Ospina-Muñoz, Cabarcas-Iglesias y Humphreys (2005), los resultados indicaron que aquellas mujeres maltratadas que tenían mayores puntuaciones en resiliencia tenían un menor índice total de síntomas de estrés, de severidad de síntomas, de somatización, de depresión y ansiedad, entre otros.

Por tanto, se puede concluir la confirmación de esta cuarta hipótesis, ya que los resultados indican una relación entre la sintomatología clínica evaluada y la resiliencia en el sentido esperado.

9.2.5. Hipótesis 5

A mayor nivel de resiliencia, mayor nivel de afabilidad y dominancia.



La afabilidad y la dominancia son dos de las escalas que se evalúan en aquellas relacionadas con el tratamiento del PAI. El interés por las variables afabilidad y dominancia en la presente investigación tiene que ver con la definición que se da de ellas en este inventario de personalidad, con la finalidad de comprobar si pueden ser consideradas como dos recursos personales, al igual que otros que se incluyen en otras investigaciones (Luthar, 2006; Masten, 2001; Rutter, 2000; Masten, 2007), que pueden formar parte del constructo resiliencia, evaluadas en concreto en una muestra de mujeres víctimas de violencia de género.

En cuanto a los resultados obtenidos, se ha encontrado una relación significativa positiva entre resiliencia y ambas variables. Esto sugiere que aquellas mujeres que puntúan alto en afabilidad, es decir, que se adaptan con éxito a situaciones interpersonales, se muestran más resilientes que aquellas que obtienen puntuaciones bajas en esta variable. Asimismo, en el caso de la escala dominancia, que tiene que ver con la autonomía y la autosuficiencia en las relaciones, sucede lo mismo, de manera que aquellas mujeres que obtienen mayores puntuaciones en esta variable, también puntúan más alto en resiliencia.

Asimismo, y dada la relevancia que ha demostrado la falta de apoyo social en la sintomatología clínica en este estudio, señalar que existe una relación moderadamente significativa entre esta variable y resiliencia, en la dirección de que aquellas mujeres que perciben una mayor falta de apoyo social en sus vidas, presentan puntuaciones menores en resiliencia.

Por tanto, y para concluir, indicar que se confirma la quinta hipótesis, lo cual a priori, tiene bastante sentido, ya que ambas escalas, por definición, pueden ser vistas como recursos personales eficaces a la hora de afrontar situaciones adversas con éxito.



CAPÍTULO 10

CONCLUSIONES

Esta investigación ha pretendido conocer la prevalencia de determinadas variables sociodemográficas y clínicas en una muestra de mujeres víctimas de violencia de género, así como analizar los datos relativos a diferentes tipos de maltrato (sutil, psicológico y físico), y conocer el papel de la resiliencia en esa relación. De los resultados obtenidos, se puede concluir que:

- Las mujeres evaluadas presentan un nivel de sintomatología clínica relevante, en concreto en ansiedad, depresión, TEPT y estrés. Asimismo, un porcentaje significativo considera necesario hacer cambios en su vida y reconoce la necesidad de ayuda para superar sus problemas.
- Todas las mujeres de la muestra están sufriendo, o han sufrido, un alto nivel de maltrato sutil, siendo el maltrato físico el menos frecuente.
- Las puntuaciones obtenidas en la evaluación de la resiliencia sugieren que las mujeres evaluadas muestran puntuaciones altas en esta variable. Por otro lado, no aparece relación entre el tipo de maltrato sufrido, y su gravedad, y resiliencia.
- Cuanto mayor es la gravedad del maltrato sufrido, en concreto del maltrato sutil que es el más frecuente en esta muestra, mayores son las puntuaciones en quejas somáticas, depresión y estrés.



- No se aprecia una relación significativa entre el tiempo de maltrato sufrido y el nivel de sintomatología clínica, aspecto que se considera inesperado, teniendo en cuenta los resultados de otras investigaciones.
- La falta de apoyo social es una variable de especial interés, en el sentido de que cuanto menos apoyo perciben las mujeres, mayor es el grado de las variables clínicas evaluadas.
- Aquellas mujeres que puntúan alto en resiliencia manifiestan menos síntomas de quejas somáticas, ansiedad, depresión, estrés, inestabilidad emocional e ideación suicida.
- Las variables afabilidad y dominancia presentan una clara relación positiva con resiliencia, de manera que podrían ser consideradas como recursos personales que pueden ayudar a las mujeres a afrontar situaciones adversas.

10.1. Consideraciones para futuras investigaciones

En primer lugar, se considera necesario implementar la perspectiva de género en todas las ciencias de la salud, y en particular, en la psicología, dado que los estudios que no partan de esta visión difícilmente podrán contemplar la realidad de las diferencias entre mujeres y hombres e incurrirán en sesgos que contaminen las investigaciones. Desde el punto de vista de la justicia social, no sería suficiente ni coherente analizar las diferencias entre diversos grupos objetos de estudio sin abordar paralelamente las desigualdades existentes entre hombres y mujeres (Gómez, 2002). Este planteamiento es todavía más importante en el estudio de la violencia de género, dado que su causa está en el origen de esas diferencias, por lo que aplicar la perspectiva de género en su investigación no debe ser una recomendación si no un compromiso.

Por otro lado, resulta de especial interés insistir en cuál es el origen de esta violencia, ya que no se puede entender cómo se instauran y se mantienen este tipo de relaciones sin tomar en consideración la ideología que a lo largo de la historia y



de las culturas ha propiciado y justificado la subordinación de la mujer al varón (Bosch et al., 2006). Asimismo, el proceso de recuperación de la violencia de género no se puede alcanzar ni facilitar sin tomar en consideración el proceso de deconstrucción de los mandatos de género, necesario para el empoderamiento de las mujeres (Instituto de la Mujer, 2011). Hay que desplazar el origen del problema de este tipo de violencia hacia los verdaderos causantes, los hombres maltratadores y evitar seguir estigmatizando a las mujeres.

La mayor parte de las investigaciones se centran en conocer el impacto de la violencia de género en la salud de las mujeres que la sufren, pero es necesario cambiar el enfoque de estudio y partir de qué es lo que las hace supervivientes, cuáles son los recursos que han puesto en marcha para romper el maltrato, y cómo cambiar su sistema de creencias para conseguir romper con esas relaciones y evitar que puedan entrar de nuevo en otras similares. Es necesario hacer visible, no sólo la verdadera dimensión del problema, si no que las mujeres sobreviven a esas situaciones y se recuperan. Para ello es fundamental contar con la experiencia de las propias mujeres y de las profesionales implicadas en estos procesos.

En cuanto a la resiliencia, hoy en día existe un acuerdo en que es un constructo que puede ser desarrollado, pero es necesario profundizar más en esta cuestión. La mayor parte de los estudios sobre resiliencia se han llevado a cabo en población infantil y juvenil, pero poco se conoce de cómo se presenta en personas adultas que se enfrentan por primera vez a situaciones traumáticas. Los estudios en adultos se centran en el afrontamiento ante catástrofes, guerras, enfermedades, procesos vitales y situaciones que poco tienen que ver con la intimidad de las personas y que son incontrolables (Herman, 1992b, 1997, 2004; Notario-Pacheco et al., 2014; Riveros et al., 2016; Soler et al., 2015). Pero la investigación sobre la exposición de personas adultas a situaciones adversas generadas por personas que tienen que ser fuente de apoyo y cuidado es muy escasa.

Por esta razón, es de especial interés fomentar las investigaciones que profundicen en la compresión de cómo las personas adultas (esencialmente las mujeres, que son



las que se suelen enfrentar a situaciones de abuso y maltrato por parte de los hombres), pueden desarrollar estrategias y habilidades para superar esas condiciones traumáticas generadas por quienes deberían ser fuente de cuidado y satisfacción, para obtener un completo conocimiento de qué es la resiliencia y cómo se desarrolla. Por tanto, se considera conveniente llevar a cabo más estudios sobre resiliencia en el ámbito de la violencia contra las mujeres y ampliar el conocimiento sobre qué recursos personales o externos se pone en juego para diseñar intervenciones dirigidas a potenciarla.

Asimismo, la importancia del apoyo social se ha mostrado crucial en esta investigación y en otros estudios (Carlson et al., 2002; Coker et al., 2002; Cohen y Wills (1985), para reducir el impacto de la violencia en la salud de las mujeres, pero también es reconocido como un recursos externo de protección puede contribuir a evitar posibles situaciones futuras de maltrato (Plazaola-Castaño et al., 2008). Aunque quizás el aspecto menos estudiado de sus beneficios es el que tiene que ver con la recuperación de las mujeres maltratadas. Tanto el testimonio de las mujeres que han participado en estudios de casos (Gutiérrez y Rodríguez, 2015; Instituto de la Mujer, 2011), como el de las profesionales que trabajan en recursos especializados, indican la importancia de la creación o del restablecimiento de una red de apoyo social (familiares, amistades y/o profesionales) como una de las claves en el proceso de superación de la violencia y de su recuperación. En este sentido, la atención que se presta en los servicios especializados puede ser una fuente de apoyo clave para aquellas mujeres que no tienen muy claro que lo que viven en su relación es violencia, la están sufriendo o la han sufrido, no sólo por la atención y la contención que ofrecen, si no porque pueden favorecer el desarrollo de otras redes de apoyo.

Por tanto, también se considera de especial interés explorar más el papel del apoyo social en la violencia de género, no sólo por el impacto positivo que puede tener en la salud de las mujeres, si no por su relevancia en la recuperación de éstas.



Por último, es necesario incidir en la importancia de planificar los procesos de intervención con mujeres maltratadas no sólo desde perspectivas teóricas o la práctica de las profesionales que trabajan con ellas, si no teniendo en cuenta la experiencia y los conocimientos que van depositando las mujeres que se han enfrentado con éxito a las diferentes situaciones vividas. No se puede intervenir con las mujeres sin tener en cuenta las estrategias y los recursos que han puesto en marcha otras, a lo largo de sus procesos de violencia, y que han contribuido a su empoderamiento (Cala, Godoy y Rebollo, 2009; Instituto de la Mujer, 2011). Es necesario dar un paso hacia delante y crear nuevas líneas de investigación que se centren en las estrategias y recursos necesarios para superar el maltrato.



BIBLIOGRAFÍA

Adán, C. (2006). *Feminismo y conocimiento. De la experiencia de las mujeres al cíborg*. O Burgo-Culleredo (A Coruña): Espiral Maior.

Aguirre, B. E. (1985). Why Do They Return? Abused Wives in Shelters. *Social Work*, 30(4), 350-354.

American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 4^a ed. Barcelona: Masson. Recuperado de <https://psicovalero.files.wordpress.com/2014/06/manual-diagn%C3%B3stico-y-estad%C3%ADstico-de-los-trastornos-mentales-dsm-iv.pdf>

American Psychiatric Association (2000). *DSM-IV-TR. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th Ed., Text Rev. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.

American Psychological Association (1999). *Resolution On Male Violence Against Women*. Recuperado de <http://www.apa.org/about/policy/male-violence.aspx>

American Psychological Association (2002). *Violence and the Family: Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and the Family*. Washington, D. C.: American Psychological Association.

Amnistía Internacional (2010). No más violencia contra las mujeres. *Otro mundo es posible. La opinión independiente de ciudadanos críticos*. Recuperado de <http://www.otromundoesposible.net/no-mas-violencia-contra-las-mujeres/>



Amnistía Internacional (2011). Violencia contra mujeres y niñas: escándalo y vergüenza. 50 años, 50 historias. Recuperado de <http://blog.es.amnesty.org/50aniversario/violencia-contra-mujeres-y-ninas-escandalo-y-verguenza/>

Amor, P. J., Bohórquez, I. A., y Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción Psicológica*, 4(2), 129-154. Recuperado de <http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/download/483/422>

Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P. de, Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(3), 167- 178. Recuperado de <http://espacio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2001-1AE8F504-FC17-A968-D84A-1BC8F41846E5/PDF>

Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P. de, Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2(2), 227-246. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-38.pdf

Anderson, D. K., y Saunders, D. G. (2003). Leaving an Abusive Partner: An Empirical Review of Predictors, the Process of Leaving, and Psychological Well-Being. *Trauma, Violence, and Abuse: A Review Journal*, 4(2), 163-191.

Anderson, K. M., Renner, L. M., y Danis, F. S. (2012). Recovery: Resilience and Growth in the Aftermath of Domestic Violence. *Violence Against Women*, 18(11), 1279-1299. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/1077801212470543>



APA Work Group on Psychiatric Evaluation (2016). *The American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Psychiatric Evaluation of Adults*. 3rd Ed. Arlington, Virginia: American Psychiatric Association. Recuperado de <http://psychiatryonline.org/doi/pdf/10.1176/appi.books.9780890426760>

Aretio Romero, A. (2007). Aspectos éticos de la denuncia profesional de la violencia contra las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 21(4), 273-277. Recuperado de <http://www.gacetasanitaria.org/es/pdf/S021391107720228/S300/>

Arias, I., y Pape, K. T. (1999). Psychological Abuse: Implications for Adjustment and Commitment to Leave Violent Partners. *Violence and Victims*, 14(1), 55-67.

Asamblea General de las Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993*. Recuperado de <http://www.acnur.org/fileadmin/scripts/doc.php?file=fileadmin/Documentos/BDL/2002/1286>

Asensi Pérez, L. F. (2008). La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género. *Revista Internauta de Práctica Jurídica*, (21), 15-29. Recuperado de https://www.uv.es/ajv/art_jcos/art_jcos/num21/21proper.pdf

Atencio, G. (2011). Feminicidio-femicidio: un paradigma para el análisis de la violencia de género. *Feminicidio.net*. Recuperado de http://www.feminicidio.net/sites/default/files/seccion_feminicidio_paper_02.pdf

Bandura, A. (1973). *Aggression: A Social Learning Analysis*. Englewood Cliffs (New Jersey): Prentice-Hall.



Bandura, A., Ross, D., y Ross, S. A. (1961). Transmission of Aggression Through Imitation of Aggressive Models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63(3), 575-582.

Bandura, A., y Ribes Iñesta, E. (1975). *Modificación de conducta: análisis de la agresión y la delincuencia*. México: Trillas.

Barberá Heredia, E. (1998). *Psicología del género*. Barcelona: Ariel.

Barberá Heredia, E. (2006). Aportaciones de la psicología al estudio de las relaciones de género. En C. Rodríguez Martínez. (Comp.), *Género y currículo: aportaciones del género al estudio y práctica del currículo* (pp. 59-76). Tres Cantos (Madrid): Akal.

Barberá Heredia, E., y Cala Carrillo, M. J. (2008). Desarrollo histórico en la investigación psicológica del enfoque de género. *Revista de Historia de la Psicología*, 29(3-4), 25-33. Recuperado de <http://sfcb11628de7748e1.jimcontent.com/download/version/1362990548/module/5841851911/name/3%20BARBERA.pdf>

Barberá Heredia, E., y Martínez Benlloch, I. (coords.) (2004). *Psicología y género*. Madrid: Pearson Educación (Prentice Hall).

Barnett, O. W. (2000). Why Battered Women Do Not Leave, Part 1. External Inhibiting Factors Within Society. *Trauma, Violence, and Abuse: A Review Journal*, 1(4), 343-372. doi: <https://doi.org/10.1177/1524838000001004003>

Barnett, O. W. (2001). Why Battered Women Do Not Leave, Part 2. External Inhibiting Factors—Social Support and Internal Inhibiting Factors. *Trauma, Violence, and Abuse: A Review Journal*, 2(1), 3-35. doi: <https://doi.org/10.1177/1524838001002001001>



- Barnett, P. A., y Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial Functioning and Depression: Distinguishing among Antecedents, Concomitants, and Consequences. *Psychological Bulletin*, 104(1), 97-126. Recuperado de http://psych.unl.edu/psyc451_2015/ashby/barnett_gotlib.pdf
- Barría Muñoz, J. R. (2014). Trastornos de personalidad, psicopatología y nivel de riesgo en una muestra chilena de hombres maltratadores: ocho tipos de maltratadores. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(4), 281-287. doi: <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272014000400006>
- Beck, A. T., y Steer, R. A. (1987). *BDI: Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio (Texas): The Psychological Corporation.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146. Recuperado de <http://e-spcio.uned.es/fez/eserv/bibliuned:Psicopat-2006-E3EEEFE3-E4DF-43B4-C15D-FF038F693092/Documento.pdf>
- Belmonte, N. (1995). Variaciones sobre la violencia: discurso inaugural del “XII Congreso Estudiantil de Psicología”. Coloquio sobre violencia: hechos, alternativas y propuestas (Universidad Iberoamericana, México, 2-5 octubre 1995). *Psicología iberoamericana*, 3(3), 9-10.
- Benavides Delgado, J. (2003). La transmisión intergeneracional del maltrato infantil. *De familias y terapias*, 22(34), 155-172.
- Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M., y Astin, M. (2003). The Relative Effects of Intimate Partner Physical and Sexual Violence on Post-Traumatic Stress Disorder Symptomatology. *Violence and Victims*, 18(1), 87-94.



Bergman, B., y Brismar, B. (1993). Assailants and Victims: A Comparative Study of Male Wife-Beaters and Battered Males. *Journal of Addictive Diseases*, 12(4), 1-10.

Berry, D. B. (1995). *The Domestic Violence Sourcebook: Everything You Need to Know*. Los Angeles: Lowell House.

Blanco, P., Ruiz-Jarabo, C, García de Vinuesa, L., y Martín-García, M. (2004). La violencia de pareja y la salud de las mujeres. *Gaceta Sanitaria*, 18(suplemento 1), 182-188. Recuperado de <http://www.gacetasanitaria.org/es/pdf/13062524/S300/>

Blatt, S. J. (1990). Interpersonal Relatedness and Self-Definition: Two Personality Configurations and Their Implications for Psychopathology and Psychotherapy. En J. L. Singer. (Ed.), *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology, and Health* (pp. 299-335). Chicago: University of Chicago Press.

Blázquez Alonso, M., Moreno Manso, J. M., y García-Baamonde Sánchez, M. E. (2010). *Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal*. *Psicología y Salud*, 20(1), 65-75. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-20-1/20-1/Macarena-Blazquez-Alonso.pdf>

Bonino Méndez, L. (1991). Varones y abuso doméstico: algunas ideas desde el campo de la salud mental y la perspectiva de género. En P. San Román Villalón. (Coord.), *Jornadas sobre salud mental y ley: malos tratos a menores, malos tratos a mujeres, separaciones y divorcios* (pp. 195-217). Madrid: Asociación Castellano-Manchega de Neuropsiquiatría y Salud Mental.



- Bonino Méndez, L. (1995). Desvelando los micromachismos en la vida conyugal. En J. Corsi, M. L. Dohmen y M. A. Sotés. (1995), *Violencia masculina en la pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención* (pp. 191-208). Buenos Aires: Paidós.
- Bonino Méndez, L. (1998). *Micromachismos*. Madrid: Cecom.
- Bonino Méndez, L. (2004a). Las microviolencias y sus efectos: claves para su detección. En C. Ruiz-Jarabo Quemada y P. Blanco Prieto. (Dirs.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (pp. 83-102). Madrid: Ediciones Díaz de Santos. Recuperado de <http://www.luisbonino.com/pdf/mM%20y%20sus%20efectos%202004.pdf> [versión extraída de la poligrafía por el propio autor para publicación en su página web personal; sin paginar]
- Bonino Méndez, L. (2004b). Los micromachismos. *La Cibeles: revista para las mujeres madrileñas*, (2), 1-4. Recuperado de <http://www.luisbonino.com/pdf/Los%20Micromachismos%202004.pdf> [versión extraída de la revista por el propio autor para publicación en su página web personal; paginación distinta]
- Bonino Méndez, L. (2005). La violencia masculina en la pareja. En *Cárcel de amor: relatos culturales sobre la violencia de género*. Madrid: Museo Nacional de Arte Reina Sofía. Recuperado de <http://www.remedioszafra.net/carceldeamor/vsc/textos/textolbc.html>
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Cannon, E. A., Slesnick, N., y Rodríguez, M. A. (2009). Intimate Partner Violence in Latina and Non-Latina Women. *American Journal of Preventive Medicine*, 36(1), 43-48.



Bosch Fiol, E., Ferrer Pérez, V. A., García Buades, M. E., Ramis Palmer, M. C., Mas Tous, M. C., Navarro Guzmán, C., y Torrens Espinosa, G. (2007). *Del mito del amor romántico a la violencia contra las mujeres en la pareja*. Madrid: Ministerio de Igualdad, Instituto de la Mujer; [Illes Balears]: Universidad de les Illes Balears. Recuperado de <http://centreatigona.uab.cat/izquierda/amor%20romantico%20Esperanza%20Bosch.pdf>

Bosch Fiol, E., Ferrer Pérez, V. A., y Alzamora Mir, A. (2006). *El laberinto patriarcal: reflexiones teórico-prácticas sobre la violencia contra las mujeres*. Barcelona: Anthropos.

Bradley, F., Smith, M., Long, J., y O'Dowd, T. (2002). Reported Frequency of Domestic Violence: Cross Sectional Survey of Women Attending General Practice. *British Medical Journal (BMJ)*, 324(7332), 271-274. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7332.271>

Breiding, M. J., Black, M. C., y Ryan, G. W. (2008). Chronic Disease and Health Risk Behaviors Associated with Intimate Partner Violence—18 U.S. States/Territories, 2005. *Annals of Epidemiology*, 18(7), 538-544.

Breslau, N. (2001). The Epidemiology of Posttraumatic Stress Disorder: What is the Extent of the Problem? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(supplement 17), 16-22.

Breslau, N., Kessler, R. C., Chilcoat, H. D., Schultz, L. R., Davis, G. C., y Andreski, P. (1998). Trauma and Posttraumatic Stress Disorder in the Community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 626-632. Recuperado de <https://msrc.fsu.edu/system/files/Breslau%20et%20al%201998%20Trauma%20and%20Posttraumatic%20Stress%20Disorder%20in%20the%20Community.pdf>.



- Brewin, C., Andrews, B., y Valentine, J. D. (2000). Meta-Analysis of Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder in Trauma-Exposed Adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 748-766. Recuperado de <https://courses.washington.edu/pbafadv/examples/PTSD%20Meta.pdf>
- Briere, J. (1996). *Therapy of Adults Molested as Children Beyond Survival*. 2nd Ed. (Rev. and Expanded Ed.). New York: Springer Publishing Company.
- Briere, J. (1997). *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States*. Washington, D. C.: American Psychological Association.
- Briere, J. N. (1984). The Effects of Childhood Sexual Abuse on Later Psychological Functioning: Defining a “Post-Sexual-Abuse Syndrome”. In *Third National Conference on Sexual Victimization of Children* (Washington, D. C., United States).
- Briere, J. N. (1992). *Child Abuse Trauma: Theory and Treatment of the Lasting Effects*. Newbury Park (California): Sage Publications.
- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an Experimental Ecology of Human Development. *American Psychologist*, 32(7), 513-531. Recuperado de <http://cac.dept.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Bronfenbrenner%201977.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós.
- Brown, J. (1997). Working Toward Freedom from Violence: The Process of Change in Battered Women. *Violence Against Women*, 3(1), 5-26. doi: <https://doi.org/10.1177/1077801297003001002>



Buesa Rodríguez, S. (2009). *Impacto de la violencia en las relaciones de pareja en la salud mental de las mujeres víctimas: papel de elementos cognitivos y efecto amortiguador del apoyo social percibido*. Universidad de Deusto, Facultad de Psicología y Educación. Tesis doctoral no publicada. Recuperado de <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do;jsessionid=7E8042F4027F6012443942ABDB06A805>

Buesa, S., y Calvete, E. (2011). Adaptación de la escala de abuso psicológico sutil y manifiesto a las mujeres en muestra clínica y de la comunidad. *Anales de Psicología*, 27(3), 774-782. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/download/135391/123581>

Buesa, S., y Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 31-45. Recuperado de <http://www.ijpsy.com/volumen13/num1/345/violencia-contra-la-mujer-y-sintomas-de-ES.pdf>

Burgard, R., y Rommelspacher, B. (1992). *Leiden macht keine Lust: der Mythos vom weiblichen Masochismus*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.

Burke, J. G., Denison, J. A., Gielen, A. C., McDonnell, K. A., y O'Campo, P. (2004). Ending Intimate Partner Violence: An Application of the Transtheoretical Model. *American Journal of Health Behavior*, 28(2), 122-133.

Burks, B. (2006). Intimate Violence Against Women. En P. K. Lundberg-Love y S. L. Marmion. (Eds.), *"Intimate" Violence Against Women: When Spouses, Partners, Or Lovers Attack* (pp. 15-29). Westport (Connecticut): Praeger.

Butler, J. (2008). *El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.



Cabral Veloz, B. E., y García Ramírez, C. T. (2001). Deshaciendo el nudo del género y la violencia. *Otras miradas*, 1(1), 60-76. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/183/18310108.pdf>

Cáceres, A., y Cáceres, J. (2006). Violencia en relaciones íntimas en dos etapas evolutivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 271-284. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-177.pdf

Cala Carrillo, M. J., Godoy Hurtado, M. S., y Rebollo Catalán, M. Á. (2009). Mujeres que recuperan el control de sus vidas: estrategias y recursos que utilizan para superar una relación de maltrato. En I. Vázquez Bermúdez. (Coord.), *Investigación y género: avance en las distintas áreas de conocimiento: I Congreso Universitario Andaluz "Investigación y Género". [Libro de actas]* (pp. 191-209). Sevilla: Universidad de Sevilla. Recuperado de <http://hdl.handle.net/11441/39254>

Cala Carrillo, M. J., y Barberá Heredia, E. (2009). Evolución de la perspectiva de género en Psicología. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(1), 91-101. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243016317009.pdf>

Callirgos, J. C. (1998). *Sobre héroes y batallas: los caminos de la identidad masculina*. 2^a ed. Lima: Escuela para el Desarrollo; Demus.

Calvete, E., Corral, S., y Estévez, A. (2005). Desarrollo de un inventario para evaluar el abuso psicológico en las relaciones de pareja. *Clínica y Salud*, 16(3), 203-221. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1806/180617759001.pdf>

Campbell, J. C. (2002). Health Consequences of Intimate Partner Violence. *Lancet*, 359(9314), 1331-1336.



Campbell, J. C., Kub, J. E., y Rose, L. (1996). Depression in Battered Women. *Journal of the American Medical Women's Association*, 51(3), 106-110.

Campbell, J. C., y Soeken, K. L. (1999). Forced Sex and Intimate Partner Violence: Effects on Women's Risk and Women's Health. *Violence Against Women*, 5(9) 1017-1035. doi: <https://doi.org/10.1177/1077801299005009003>

Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., y Gielen, A. C. (2002). Intimate Partner Violence and Physical Health Consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1157-1163. Recuperado de <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/211435>

Campbell, R., Sullivan, C. M., y Davidson, W. S. (1995). Women Who Use Domestic Violence Shelters: Changes in Depression Over Time. *Psychology of Women Quarterly*, 19(2), 237-255.

Campos, M., Páez, D., y Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos traumáticos: un estudio longitudinal sobre el 11-M. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 277-286.

Canaval, G. E., González, M. C., y Sánchez, M. O. (2007) Espiritualidad y resiliencia en mujeres maltratadas que denuncian su situación de violencia de pareja. *Colombia Médica*, 38(4, suplemento 2), 72-78. Recuperado de <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/539/557>



Carballido González, P. C. (2010). *El proceso de construcción de la violencia contra las mujeres: medios de comunicación y movimiento feminista. Una aproximación desde la teoría del “framing”*. Universitat Jaume I, Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Tesis doctoral no publicada. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10803/21779>

Carlson, B. E. (1977). Battered Women and Their Assailants. *Social Work*, 22(6), 455-460.

Carlson, B. E., McNutt, L. A., Choi, D. Y., y Rose, I. M. (2002). Intimate Partner Abuse and Mental Health: The Role of Social Support and Other Protective Factors. *Violence Against Women*, 8(6), 720-745.

Carlson, E. B. (1997). *Trauma Assessments: A Clinician's Guide*. New York: The Guilford Press.

Carlson, E. B., y Dalenberg, C. J. (2000). A Conceptual Framework for the Impact of Traumatic Experiences. *Trauma, Violence, and Abuse: A Review Journal*, 1(1), 4-28. doi: <https://doi.org/10.1177/1524838000001001002>

Cascardi, M., O'Leary, K. D., y Schlee, K. A. (1999). Co-occurrence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder and Major Depression in Physically Abused Women. *Journal of Family Violence*, 14(3), 227-249.

Cascardi, M., y O'Leary, K. D. (1992). Depressive Symptomatology, Self-Esteem, and Self-Blame in Battered Women. *Journal of Family Violence*, 7(4), 249-259.

Castellano Arroyo, M., Lachica López, E., Molina Rodríguez, A., y Villanueva de la Torre, H. (2004). Violencia contra la mujer. El perfil del agresor: criterios de valoración del riesgo. *Cuadernos de Medicina Forense*, (35), 15-28. Recuperado de <http://ref.scielo.org/bwxt6t>



Charkow, W. B., y Nelson E. S. (2000). Relationship Dependency, Dating Violence, and Scripts of Female College Students. *Journal of College Counseling*, 3(1), 17-28.

Cicchetti, D., y Cohen, D. J. (Eds.). (1995). *Developmental Psychopathology*. New York; Hoboken (New Jersey): John Wiley and Sons.

Clare, A. (2002). *Hombres: la masculinidad en crisis*. Madrid: Taurus.

Cobb, A. R., Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G., y Cann, A. (2006). Correlates of Posttraumatic Growth in Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of Traumatic Stress*, 19(6), 895-903.

Cobo Plana, J. A. (2007). *La prevención de la muerte homicida doméstica: un nuevo enfoque*. [Zaragoza]: El Justicia de Aragón. Recuperado de http://www.eljusticiadearagon.com/gestor/ficheros/n002966_LA%20PREVENCI%D3N%20DEL%20HOMICIDIO%20DOMESTICO.pdf

Cohen, S., y Syme, S. L. (Eds.). (1985). *Social Support and Health*. San Diego (California): Academic Press.

Cohen, S., y Wills, T. A. (1985). Stress, Social Support, and the Buffering Hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357. Recuperado de <http://www.psy.cmu.edu/~scohen/Cohen%20&%20Wills%201985%20Psych%20Bull.pdf>



- Coker A. L., Smith, P. H., Bethea L., King M. R., y McKeown, R. E. (2000). Physical Health Consequences of Physical and Psychological Intimate Partner Violence. *Archives of Family Medicine*, (9), 451-457. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Paige_Smith/publication/12506793_Physical_Health_Consequences_of_Physical_and_Psychological_Intimate_Partner_Violence/links/54ad5e180cf2828b29fc6db6/Physical-Health-Consequences-of-Physical-and-Psychological-Intimate-Partner-Violence.pdf
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L., y Davis, K. E. (2002). Social Support Protects against the Negative Effects of Partner Violence on Mental Health. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 11(5), 465-476. Recuperado de http://uknowledge.uky.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1114&context=crv_aw_facpub
- Comisión del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (2013). *Informe violencia de género 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/INFORMEVG_2011.pdf
- Conner, K. R., y Ackerley, G. D. (1994). Alcohol-Related Battering: Developing Treatment Strategies. *Journal of Family Violence*, 9(2), 143-155.
- Connor, K. M., y Davidson, J. R. T. (2003). Development of a New Resilience Scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/da.10113>
- Coria, C. (2011). *El amor no es como nos contaron... ni como lo inventamos*. Barcelona: Oniro.



Corral, P. de (2004). El agresor doméstico. En J. Sanmartín. (Coord.), *El laberinto de la violencia: causas, tipos y efectos* (pp. 239-250). Barcelona: Ariel.

Corsi, J. (1992). Abuso y victimización de la mujer en el contexto conyugal. En A. Fernández. (Comp.), *Las mujeres en la imaginación colectiva* (pp. 84-102). Buenos Aires: Paidós.

Corsi, J., Dohmen, M. L., y Sotés, M. A. (1995). *Violencia masculina en la pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.

Corsi, J., Liliana Dohmen, M., y Sotés, M. A. (1995). *Violencia masculina en la pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.

Courtenay, W. H. (2000). Constructions of Masculinity and Their Influence on Men's Well-Being: A Theory of Gender and Health. *Social Science and Medicine*, 50(10), 1385-1401. Recuperado de <http://menshealth.org/code/SSM.PDF>

Courtois, C. A. (1988). *Healing the Incest Wound: Adult Survivors in Therapy*. 2nd Ed. New York: Norton.

Courtois, C. A. (2004). Complex Trauma, Complex Reactions: Assessment and Treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 412-425. Recuperado de [http://www.mchp.gov.il/psich_refui/Documents/%D7%94%D7%AA%D7%9E%D7%95%D7%93%D7%93%D7%95%D7%AA%D2%D7%A8%D7%97%D7%95%D7%A5%D2%D7%91%D7%99%D7%AA%D7%99%D7%A4%D7%92%D7%99%D7%A2%D7%95%D7%AA%C0%20Complex%20trauma%20complex%20reactions1.pdf](http://www.mchp.gov.il/psich_refui/Documents/%D7%94%D7%AA%D7%9E%D7%95%D7%93%D7%93%D7%95%D7%AA%D2%D7%A8%D7%97%D7%95%D7%A5%D2%D7%91%D7%99%D7%AA%D7%99%D7%A4%D7%92%D7%99%D7%A2%D7%95%D7%AA%D7%9E%D7%99%D7%A0%D7%99%D7%95%D7%AA/Courtois%202004%20Complex%20trauma%20complex%20reactions1.pdf)



Crawford, M. (2006). *Transformations: Women, Gender, and Psychology*. Boston (Massachusetts): McGraw-Hill.

Crawford, M., y Marecek, J. (1989). Psychology Reconstructs The Female: 1968-1988. *Psychology of Women Quarterly*, 13(2), 147-165.

Cusack, K., Falsetti, S. A., y Arellano, M. A. de (2002). Gender Considerations in the Psychometric Assessment of PTSD. En R. Kimerling, P. Ouimette y J. Wolfe. (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 150-176). New York: The Guilford Press.

D'Addario, M. A. (2008). "La mujer y los muros social". Un acercamiento al estudio de la violencia de género y su relación con la trata de mujeres en América Latina. En *Primer Congreso Latinoamericano sobre la trata y tráfico de personas* (Buenos Aires, Argentina). Recuperado de <http://agendadelasmujeres.com.ar/pdf/DAddario.pdf>

Davis, M. H., Morris, M. M., y Kraus, L. A. (1988). Relationship-Specific and Global Perceptions of Social Support: Associations With Well-Being and Attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(2), 468-481.

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2012a). *Macroencuesta de violencia de género 2011: avance de resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Recuperado de <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2011/pdf/AvanceMacroencuesta2011.pdf>



Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2012b). *Análisis sobre la macroencuesta de violencia de género 2011*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

Recuperado de
http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2012/pdf/IV_Macroencuesta_2011.pdf

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2013). *V informe anual del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2012*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Recuperado de
http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro_15_V_Informe_Observatorio.pdf

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015). *Portal estadístico*.

Recuperado de <http://estadisticasviolenciagenero.msssi.gob.es/>

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015a). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015: avance de resultados*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

Recuperado de
http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/AVANCE_MACROENCUESTA_VIOLENCIA CONTRA LA MUJER 2015.pdf

Delegación del Gobierno para la Violencia de Género (2015b). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

Recuperado de
http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/Libro_22_Macroencuesta2015.pdf



DeMaris, A., y Kaukinen, C. (2005). Violent Victimization and Women's Mental and Physical Health: Evidence from a National Sample. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 42(4), 384-411. doi: <https://doi.org/10.1177/0022427804271922>

Dinwiddie, S. H. (1992). Psychiatric Disorders among Wife Batterers. *Comprehensive Psychiatry*, 33(6), 411-416.

Dutton, D. G. (1988). *The Domestic Assault of Women: Psychological and Criminal Justice Perspectives*. Boston (Massachusetts): Allyn and Bacon.

Dutton, D. G. (2006). *Rethinking Domestic Violence*. Vancouver (British Columbia): University of British Columbia Press.

Dutton, D. G. (2007). *The Abusive Personality: Violence and Control in Intimate Relationships*. 2nd Ed. New York: The Guilford Press.

Dutton, D. G., y Golant, S. K. (1997). *El golpeador: un perfil psicológico*. Buenos Aires: Paidós.

Dutton, D. G., y Painter, S. L. (1981). Traumatic Bonding: The Development of Emotional Attachments in Battered Women and Other Relationships of Intermittent Abuse. *Victimology: An International Journal*, 6(1-4), 139-155.

Dutton, D. G., y Painter, S. L. (1993). The Battered Woman Syndrome: Effects of Severity and Intermittency of Abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(4), 614-622.

Dutton, M. A. (1992). *Empowering and Healing the Battered Woman: A Model for Assessment and Intervention*. New York: Springer Publishing Company.



Dutton, M. A. (1993). Understanding Women's Responses to Domestic Violence: A Redefinition of Battered Woman Syndrome. *Hofstra Law Review*, 21(4), 1191-1242. Recuperado de <http://scholarlycommons.law.hofstra.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1873&context=hlr>

Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A., y Krause, E. D. (2006). Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(7), 955-968. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260506289178>

Dutton, M. A., Kaltman, S., Goodman, L. A., Weinfurt, K., y Vankos, N. (2005). Patterns of Intimate Partner Violence: Correlates and Outcomes. *Violence and Victims*, 20(5), 483-497.

Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.

Echeburúa, E. (2006). *Hombres violentos contra la pareja: perfil psicopatológico y programa de intervención*. Madrid: Ministerio de Justicia, Centro de Estudios Jurídicos. Recuperado de <https://es.scribd.com/document/55410615/Hombres-ViolentosI31-1>

Echeburúa, E., Corral, P. de, Amor, P. J., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), 7-19. Recuperado de <http://aepcp.net/arc/Vol.%202.%20N1,%20pp.%207-19,%201997.pdf>

Echeburúa, E., Corral, P. de, Amor, P. J., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90), 503-526. Recuperado de <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/7-egs.pdf>



Echeburúa, E., Corral, P. de, Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1998). Mujeres víctimas de maltrato: aspectos teóricos. En E. Echeburúa y P. de Corral, *Manual de violencia familiar* (pp. 11-22). Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E., Corral, P. de, y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(suplemento 1), 139-146. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3484.pdf>

Echeburúa, E., Corral, P. de, y Amor, P. J. (2003). Evaluation of Psychological Harm in the Victims of Violent Crime. *Psychology in Spain*, 7(1), 10-18. Recuperado de <http://www.psychologyinspain.com/content/full/2003/7002.pdf>

Echeburúa, E., Corral, P. de, y Amor, P. J. (2004). Hombres violentos contra la pareja: perfil psicopatológico y programa de intervención. En C. Maganto Mateo. (Ed.), *Mediación familiar: aspectos psicológicos y sociales* (pp. 181-209). San Sebastián: Universidad del País Vasco.

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., y Amor, P. J. (2003). Psychopathological Profile of Men Convicted of Gender Violence: A Study in the Prisons of Spain. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(7), 798-812. doi: <https://doi.org/10.1177/0886260503253300>

Echeburúa, E., Fernández-Montalvo, J., y Corral, P. de (2008). ¿Hay diferencias entre la violencia grave y la violencia menos grave contra la pareja?: un análisis comparativo. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8(2), 355-382. Recuperado de http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-280.pdf

Echeburúa, E., y Corral, P. de (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, 3(2-3), 249-264.



Echeburúa, E., y Corral, P. de (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

Echeburúa, E., y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores: aspectos teóricos. En E. Echeburúa y P. de Corral, *Manual de violencia familiar* (pp. 73-90). Madrid: Siglo XXI.

Ellenberger, H. F. (1970). *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books.

Ellsberg, M., Jansen, H. A. F. M., Heise, L., Watts, C. H., García-Moreno, C., on behalf of the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women Study Team (2008). Intimate Partner Violence and Women's Physical and Mental Health in the Who Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence: An Observational Study. *Lancet*, 371(9619), 1165-1172.

Escudero Nafs, A., Polo Usaola, C., López Gironés, M., y Aguilar Redo, L. (2005b). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. II: Las emociones y las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(96), 59-91. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/download/15945/15804>

Escudero Nafs, A., Polo Usaola, C., López Gironés, M., y Aguilar Redo, L. (2005a). La persuasión coercitiva, modelo explicativo del mantenimiento de las mujeres en una situación de violencia de género. I: Las estrategias de la violencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 25(95), 85-117. Recuperado de <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15934/15793>



Esteban, M. L. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. *Salud colectiva*, 2(1), 9-20. doi: <http://dx.doi.org/10.18294/sc.2006.52>

Evans, P. (1996). *The Verbally Abusive Relationship: How to Recognize It and How to Respond*. 2nd Ed. Holbrook (Massachusetts): Adans Média Corporation.

Fagan, J. A., Stewart, D. K., y Hansen, K. V. (1983). Violent Men or Violent Husbands? Background Factors and Situational Correlates. In D. Finkelhor, R. J. Gelles, G. T. Hotaling y M. A. Straus. (Eds.), *The Dark Side of Families: Current Family Violence Research* (pp. 49-68). Thousand Oaks (California): Sage Publications.

Farnós, T., y Sanmartín, J. (2005). Menores víctimas de la violencia doméstica. En L. Ezpeleta. (Ed.), *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo* (pp. 257-290). Barcelona: Masson.

Faulk, M. (1974). Men Who Assault Their Wives. *Medicine, Science, and the Law*, 14(3), 180-183. doi: <https://doi.org/10.1177/002580247401400307>

Felson, R. B. (2002). *Violence & Gender Reexamined*. Washington, D. C.: American Psychological Association.

Femández-Montalvo, J., Echeburúa, E. y Amor, P. J. (2005). Aggressors Against Women in Prison and in the Community: An Exploratory Study of a Differential Profile. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 49(2), 158-167. doi: <https://doi.org/10.1177/0306624X04269005>

Fergus, S., y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent Resilience: A Framework for Understanding Healthy Development in the Face of Risk. *Annual Review of Public Health*, 26(1), 399-419.



Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(88), 151-180. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Javier_Fernandez-Montalvo/publication/234755890_Variables_psicopatologicas_y_distorsiones_cognitivas_de_los_maltratadores_en_el_hogar_Un_analisis_descriptivo/links/0912f510006bd2fa43000000.pdf

Ferrer Pérez, V. A. (2007). La violencia contra las mujeres en la pareja o la visibilización de lo invisible. En C. Pinyana Garí y A. Gil Gómez. (Coords.), *¿Todas las mujeres podemos?: Género, desarrollo y multiculturalidad. Actas del III Congreso Estatal FIIO sobre igualdad entre mujeres y hombres* (pp. 166-175). Castellón de la Plana: Universitat Jaume I, Fundación “Isonomía” para la Igualdad de Oportunidades. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10234/84712>

Ferrer Pérez, V. A., Bosch Fiol, E., García Buades, E., Manassero Mas, M. A., y Gili Planas, M. (2006). Maltratadores (en casos de violencia doméstica) vs. no maltratadores: un análisis descriptivo de los estudios comparativos para el período 1988-1998. *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 11(26), 71-98. Recuperado de http://190.169.94.12/ojs/index.php/rev_vem/article/download/2223/2116

Ferrer Pérez, V. A., Bosch Fiol, E., Manassero Mas, M. A., y Gili Planas, M. (2004). Estudio meta-analítico de características diferenciales entre maltratadores y no maltratadores: el caso de la psicopatología y el consumo de alcohol o drogas. *Psykhe*, 13(1), 141-156. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/967/96713112.pdf>



Ferrer Pérez, V. A., Bosch Fiol, E., Navarro Guzmán, C., Ramis Palmer, M. C., y García Buades, M. E. (2008). El concepto de amor en España. *Psicothema*, 20(4), 589-595. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3527.pdf>

Ferrer Pérez, V. A., y Bosch Fiol, E. (2005). Introduciendo la perspectiva de género en la investigación psicológica sobre violencia de género. *Anales de Psicología*, 21(1), 1-10. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10201/8046>

Finkelhor, D. (1984). *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.

Follingstad, D. R., Brennan, A. F., Hause, E. S., Polek, D. S., y Rutledge, L. L. (1991). Factors Moderating Physical and Psychological Symptoms of Battered Women. *Journal of Family Violence*, 6(1), 81-95.

Follingstad, D. R., Neckerman, A. P., y Vormbrock, J. (1988). Reactions to Victimization and Coping Strategies of Battered Women: The Ties That Bind. *Clinical Psychological Review*, 8(4), 373-390.

Follingstad, D. R., Rutledge, L. L., Berg, B. J., Hause, E. S., y Polek, D. S. (1990). The Role of Emotional Abuse in Physically Abusive Relationships. *Journal of Family Violence*, 5(2), 107-120.

Follingstad, D. R., Rutledge, L. L., Berg, B. J., Hause, E. S., y Polek, D. S. (1990). The Role of Emotional Abuse in Physically Abusive Relationships. *Journal of Family Violence*, 5(2), 107-120.

Franco, P. (coord.) (2002). *Propuesta práctica de intervención integral en el ámbito local contra la violencia hacia las mujeres*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer-Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).



Furumoto, L. (1992). Joining Separate Spheres: Christine Ladd-Franklin, Woman-Scientist (1847-1930). *American Psychologist*, 47(2), 175-182.

García Calvente, M. del M. (coord.), Jiménez Rodrigo, M. L., y Martínez Morante, E. (2005). *Políticas de investigación en salud. Guía de recomendaciones para la incorporación de la perspectiva de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Observatorio de Salud de la Mujer. Recuperado de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/PRO_PUESTA_DE GUIA NIVEL POLITICAS DE INVESTIGACION EN SALUD.pdf

García Calvente, M. del M. (ed.), Jiménez Rodrigo, M. L., y Martínez Morante, E. (2010). *Guía para incorporar la perspectiva de género a la investigación en salud*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública. Recuperado de <http://www.umaza.edu.ar/archivos/file/GuiaInvestigacionGenero.pdf>

García-Leiva, P., Domínguez-Fuentes, J. M., y García García, C. (2009). Evaluación del estrés postraumático en mujeres víctimas de malos tratos. *Ansiedad y Estrés*, 15(1), 29-38.

García-Linares, M. I., Sánchez-Lorente, S., Coe, C. L., y Martínez, M. (2004). Intimate Male Partner Violence Impairs Immune Control Over Herpes Simplex Virus Type 1 in Physically and Psychologically Abused Women. *Psychosomatic Medicine*, 66(6), 965-972. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.496.8227&rep=rep1&type=pdf>

García-Moreno C., Jansen, A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L., y Watts, C. (2005). *WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women. Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Responses*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://whqlibdoc.who.int/publications/2005/924159358X_eng.pdf



- Garmezy, N. (1971). Vulnerability Research and the Issue of Primary Prevention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 41(1), 101-116.
- Garmezy, N. (1985). Stress-Resistant Children: The Search for Protective Factors. En J. E. Stevenson. (Ed.), *Recent Research in Developmental Psychopathology. Journal of Child Psychology and Psychiatry: Book Supplement*, No. 4 (pp. 213-233). Oxford (England): Pergamon Press.
- Garmezy, N. (1991). Resiliency and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated With Poverty. *American Behavioral Scientist*, 34(4), 416-430. doi: <https://doi.org/10.1177/0002764291034004003>
- Garmezy, N., y Masten, A. S. (1994). Chronic Adversities. En M. Rutter, E. A. Taylor y L. A. Hersov. (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (pp. 191-207). 3rd Ed. Oxford (England); Cambridge (Massachusetts): Blackwell Scientific.
- Garmezy, N., y Rutter, M. (1985). Acute Stress Reactions. En M. Rutter y L. A. Hersov. (Eds.), *Child and Adolescent Psychiatry: Modern Approaches* (pp. 152-176). 2nd Ed. Oxford (England); Boston (Massachusetts): Blackwell Scientific.
- Garrido, V. (2001). *Amores que matan: acoso y violencia contra las mujeres*. Alzira (Valencia): Algar.
- Garrido, V., Stangeland, P., y Redondo, S. (1999). *Principios de criminología*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Garriga Puerto, A. (2009). Protocolo de actuación en salud mental de Murcia para violencia de género. En M. de los A. Ortiz Oria (Presidenta), *I Congreso de Salud Mental. Área III: nuevas formas de “enfermar” en el siglo XXI* (Águilas, Murcia, España).



- Garriga Puerto, A., y Martín García-Sancho, J. C. (coords.) (2010). *Guía práctica clínica. Actuación en salud mental con mujeres maltratadas por su pareja.* Murcia: Servicio Murciano de Salud. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_470_maltratadas_compl.pdf
- Garzón Muñoz, R. D. (2011). *La escalada de la violencia conyugal.* Montreal (Quebec): El autor. Recuperado de <http://bscw.rediris.es/pub/bscw.cgi/d4443013/Peritaje%20sociofamiliar%20frente%20a%20la%20violencia%20conyugal.pdf>
- Gayford, J. J. (1975). Wife Battering: A Preliminary Survey of 100 Cases. *British Medical Journal, 1*(5951), 194-197.
- Gelles, R. J. (1974). *The Violent Home: Study of Physical Aggression Between Husbands and Wives.* Beverly Hills (California): Sage Publications.
- Gelles, R. J. (1987). *Family Violence.* 2nd Ed. Newbury Park (California): Sage Publications.
- Gelles, R. J. (1995). *Contemporary Families: A Sociological View.* Thousand Oaks (California): Sage Publications.
- Giddens, A. (2001). *Sociología.* Madrid: Alianza Editorial.
- Gleason, W. J. (1993). Mental Disorders in Battered Women: An empirical study. *Violence and Victims, 8*(1), 53-67.
- Golding, J. M. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence, 14*(2), 99-132.
- Gómez Gómez, E. (2002). Equidad, género y salud: retos para la acción. *Revista Panamericana de Salud Pública, 11*(5-6), 454-461. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8729/10734.pdf>



Gómez, J. (2004). *El amor en la sociedad del riesgo: una tentativa educativa*. Esplugues de Llobregat (Barcelona): El Roure.

Gómez, M. M., y Crespo, M. (2012). Sintomatología postraumática y asociada en víctimas de distintos tipos de acontecimientos traumáticos. *Acción Psicológica*, 9(1), 71-86. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.438>

Gondolf, E. W. (1988). Who Are Those Guys?: Toward a Behavioral Typology of Batterers. *Violence and Victims*, 3(3), 187-203.

Gondolf, E. W., y Fisher, E. R. (1988). *Battered Women as Survivors: An Alternative to Treating Learned Helplessness*. Lexington (Massachusetts): Lexington Books.

González-Ortega, I, Echeburúa, E., y Corral, P. de (2008). Variables significativas en las relaciones violentas en parejas jóvenes: una revisión. *Psicología Conductual*, 16(2), 207-225. Recuperado de <http://www.ehu.eus/echeburua/pdfs/04GONZALEZ.pdf>

Goode, W. J. (1971). Force and Violence in the Family. *Journal of Marriage and Family*, 33(4) [Special Double Issue: Violence and the Family and Sexism in Family Studies. Part 2], 624-636.

Goodman, L., Dutton, M. A., Weinfurt, K., y Cook, S. (2003). The Intimate Partner Violence Strategies Index. *Violence Against Women*, 9(2), 163-186. doi: <https://doi.org/10.1177/1077801202239004>

Green, B., Wilson, J. P., y Lindy, J. (1985). Conceptualizing Posttraumatic Stress Disorder: A Psychosocial Framework. En C. R. Figley. (Ed.), *Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder* (vol. I, pp. 53-69). Bristol (Pennsylvania): Brunner/Mazel.



Greenfield, L. A., Rand, M. R., Craven, D., Klaus, P. A., Perkins, C. A., Ringel, C., Warchol, G., Maston, C., y Fox, J. A. (1998). *Violence by Intimates: Analysis of Data on Crimes by Current or Former Spouses, Boyfriends, and Girlfriends (NCJ-167237)*. Washington, D. C.: U. S. Department of Justice, Office of Justice Programs. Recuperado de <https://bjs.gov/content/pub/pdf/vi.pdf>

Grossman, C. P., Mesterman, S., y Adamo, M. T. (1992). *Violencia en la familia. La relación de pareja: aspectos sociales, psicológicos y jurídicos*. 2^a ed. Buenos Aires: Editorial Universidad.

Grotberg, E. H. (1995). *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit. The International Resilience Project*. The Hague (Holland): Bernard van Leer Foundation. Recuperado de <http://bibalex.org/baifa/Attachment/Documents/115519.pdf>

Grotberg, E. H. (1999). The International Resilience Research Project. En R. Roth. (Ed.), *Psychologists Facing the Challenge of a Global Culture With Human Rights and Mental Health: Proceedings of the 55th Annual Convention, International Council of Psychologists, July 14-18, 1997, Graz, Austria* (pp. 237-256). Lengerich (Germany); Scottsdale (Arizona): Pabst Science Publishers.

Grotberg, E. H. (Comp.). (2006). *La resiliencia en el mundo de hoy: cómo superar las adversidades*. Barcelona: Gedisa.

Grupo de Salud Mental del Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (2003). *Violencia doméstica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado de https://www.msssi.gob.es/ciudadanos/violencia/docs/VIOLENCIA_DOMESTICA.pdf



- Gutierrez, S. E., y Van Puymbroeck, C. (2006). Childhood and Adult Violence in the Lives of Women Who Misuse Substances. *Aggression and Violent Behavior*, 11(5), 497-513.
- Gutiérrez Torres, M. J., y Rodríguez Rivera, N. (2015). Resiliencia en mujeres sobrevivientes de violencia de género. *Revista Científica de FAREM-Estelí: medio ambiente, tecnología y desarrollo humano*, 4(13), 75-80. Recuperado de <http://www.farem.unan.edu.ni/revistas/index.php/RCientifica/article/view/106>
- Hagemann-White, C. (2001). European Research on the Prevalence of Violence Against Women. *Violence Against Women*, 7(7), 732-759. doi: <https://doi.org/10.1177/10778010122182712>
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1986). Personality Correlates of Men who Abuse Their Partners: A Cross-Validation Study. *Journal of Family Violence*, 1(4), 323-341.
- Hamberger, L. K. y Hastings, J. E. (1988). Characteristics of Male Spouse Abusers Consistent With Personality Disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 39(7), 763-770.
- Haskell, L. (2003). *First Stage Trauma Treatment: A Guide for Mental Health Professionals Working With Women*. Toronto (Ontario): Centre for Addiction and Mental Health.
- Hattendorf, J., Ottens, A. J., y Lomax, R. G. (1999). Type and Severity of Abuse and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms Reported by Women Who Killed Abusive Partners. *Violence Against Women*, 5(3), 292-312. doi: <https://doi.org/10.1177/10778019922181239>



Heise L., y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E. G. Krug et al. (Eds.), *World report on violence and health* (pp. 87-121). Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf

Heise, L. L. (1998). Violence Against Women: An Integrated, Ecological Framework. *Violence Against Women*, 4(3), 262-290. doi: <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>

Heise, L., Ellsberg, M., y Gottemoeller, M. (1999). Ending Violence Against Women. *Population Reports*, 27(4), 1-43. Recuperado de <https://www.k4health.org/sites/default/files/L%202011.pdf>

Heise, L., Pitanguy, J., y Germain, A. (1994). *Violencia contra la mujer: la carga oculta de salud*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Henning, K. R., y Klesges, L. M. (2003). Impact of Intimate Partner Violence on Unmet Need for Mental Health Care. *American Journal of Public Health*, 93(7), 1089-1097.

Herman, J. L. (1992a). Complex PTSD: A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377-391.

Herman, J. L. (1992b). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books.

Herman, J. L. (1997). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence – From Domestic Abuse to Political Terror*. Rev. Ed. New York: Basic Books.

Herman, J. L. (2004). *Trauma y recuperación: cómo superar las consecuencias de la violencia*. Pozuelo de Alarcón (Madrid): Espasa Calpe.



Heyzer, Noeleen. (2000). Trabajando por un mundo libre de violencia contra la mujer. En *Carpeta de Documentos del Foro Mundial de Mujeres contra la Violencia* (pp. 13-24). Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.

Hjemdal, O., Friberg, O., Stiles, T. C., Martinussen, M., y Rosenvinge, J. H. (2006). A New Scale for Adolescent Resilience: Grasping the Central Protective Resources behind Healthy Development. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 39(2), 84-96.

Hobfoll, S. E. (1986). The Ecology of Stress and Social Support among Women. En S. E. Hobfoll. (Ed.), *Stress, Social Support, and Women* (pp. 3-14). Nueva York: Hemisfero.

Hotaling, G. T., y Sugarman, D. B. (1986). An Analysis of Risk Markers in Husband to Wife Violence: The Current State of Knowledge. *Violence and Victims*, 1(2), 101-124. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/David_Sugarman/publication/20002433_An_Analysis_of_Risk_Markers_in_Husband_to_Wife_Violence_The_Current_State_of_Knowledge/links/0fcfd5087e52e3a8f0000000.pdf

House, James S., Kahn, R. L., McLeod, J. D., y Williams, D. (1985). Measures and Concepts of Social Support. En S. Cohen y S. L. Syme. (Eds.), *Social Support and Health* (pp. 83-108). San Diego (California): Academic Press.

Humphreys, J. (2003). Resilience in Sheltered Battered Women. *Issues in Mental Health Nursing*, 24(2), 137-152.

Hyde, J. S. (1995). *Psicología de la mujer: la otra mitad de la experiencia humana*. Madrid: Morata.



Instituto de la Mujer, y Sigma Dos (2000). *La violencia contra las mujeres: resultados de la macroencuesta*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer.

Instituto de la Mujer, y Sigma Dos (2002). *La violencia contra las mujeres (II parte): resultados de la macroencuesta*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. Recuperado de <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Dокументos/DE0607.pdf>

Instituto de la Mujer, y Sigma Dos (2006). *III macroencuesta sobre la violencia contra las mujeres: informe de resultados*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. Recuperado de <http://www.inmujer.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Dокументos/DE0004.pdf>

Instituto de la Mujer. (2011). *Recuperando el control de nuestras vidas: reconstrucción de identidades y empoderamiento en mujeres víctimas de violencia de género. Memoria de investigación: [año 2007-año 2011]*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Instituto de la Mujer. Recuperado de http://www.inmujer.gob.es/areasTematicas/estudios/estudioslinea2012/docs/Recuperando_control.pdf

Izquierdo, M. J. (1998). Los órdenes de la violencia: especie, sexo y género. En V. Fisas. (Ed.), *El sexo de la violencia: género y cultura de la violencia* (pp. 61-91). Barcelona: Icaria.

Jacobson, A., y Richardson, B. (1987). Assault Experiences of 100 Psychiatric Inpatients: Evidence of the Need for Routine Inquiry. *American Journal of Psychiatry*, 144(7). 908-913.



Janoff-Bulman, R. (1985). The Aftermath of Victimization: Rebuilding Shattered Assumptions. En C. R. Figley. (Ed.), *Trauma and Its Wake: The Study and Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder* (vol. I, pp. 15-35). Bristol (Pennsylvania): Brunner/Mazel.

Jaramillo-Vélez, D. E., Ospina-Muñoz, D. E., Cabarcas-Iglesias, G., y Humphreys, J. (2005). Resiliencia, espiritualidad, aflicción y tácticas de resolución de conflictos en mujeres maltratadas. *Revista de Salud Pública*, 7(3), 281-292. Recuperado de <http://ref.scielo.org/t8pcdr>

Jayme Zaro, M. (2002). La Psicología del género en el siglo XXI. *Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista*, (1), 47-60. Recuperado de [http://publica.webs.ull.es/upload/REV%20CLEPSYDRA/01-2002/03%20\(Mar%C3%ADa%20Jayme%20Zaro\).pdf](http://publica.webs.ull.es/upload/REV%20CLEPSYDRA/01-2002/03%20(Mar%C3%ADa%20Jayme%20Zaro).pdf)

Jewkes, R., y Abrahams, N. (2002). The Epidemiology of Rape and Sexual Coercion in South Africa: An Overview. *Social Science and Medicine*, 55(7), 1231-1244.

Johnson, M. P. (1995). Patriarchal Terrorism and Common Couple Violence: Two Forms of Violence Against Women. *Journal of Marriage and the Family*, 57(2), 283-294.

Kaplan, H. B. (1999). Toward an Understanding of Resilience. A Critical Review of Definitions and Models. En M. D. Glantz y J. L. Johnson. (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 17-83). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.



Katz, J., y Arias, I. (1999). Psychological Abuse and Depressive Symptoms in Dating Women: Do Different Types of Abuse Have Differential Effects? *Journal of Family Violence*, 14(3), 281-295. Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Jennifer_Katz/publication/225985697_Psychological_Abuse_and_Depressive_Symptoms_in_Dating_Women_Do_Different_Types_of_Abuse_Have_Differential_Effects/links/5528708a0cf2e089a3a5332e.pdf

Kaufman, J., y Zigler, E. (1987). Do Abused Children Become Abusive Parents? *American Orthopsychiatric Association*, 57(2), 186-192.

Kaysen, D., Dillworth, T. M., Simpson, T., Waldrop, A., Larimer, M. E., y Resick, P. A. (2007). Domestic Violence and Alcohol Use: Trauma-Related Symptoms and Motives for Drinking. *Addictive Behaviors*, 32(6), 1272-1283. Recuperado de <http://isiarticles.com/bundles/Article/pre/pdf/36144.pdf>

Kelly, V., Warner, K., Trahan, C., y Miscavage, K. (2009). The Relationship among Self-Report and Measured Report of Psychological Abuse, and Depression for a Sample of Women Involved in Intimate Relationships With Male Partners. *The Family Journal*, 17(1), 51-57. doi: <https://doi.org/10.1177/1066480708328476>

Kemp, A., Green, B. L., Hovanitz, C., y Rawlings, E. I. (1995). Incidence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women: Shelter and Community Samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10(1), 43-55. doi: <https://doi.org/10.1177/088626095010001003>



Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S.,... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-111-R. Psychiatric Disorders in the United States. Results From the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 8-19.

Recuperado de

http://apsychoserver.psych.arizona.edu/JJBAReprints/PSYC621/Kessler%20et%20al_Lifetime%20and%2012%20months%20prevalence_Archives%20of%20Gen%20Psychiatry_%60994.pdf

Khan, I. (2004). Una crueldad escondida. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/diario/2004/06/26/opinion/1088200808_850215.html

King, D. W., Leskin, G. A., King, L. A., y Weathers, F. W. (1998). Confirmatory Factor Analysis of the Clinician-Administered PTSD Scale: Evidence for the Dimensionality of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Assessment*, 10(2), 90-96.

Koss, M. P. (2000). Blame, Shame, and Community: Justice Responses to Violence Against Women. *American Psychologist*, 55(11), 1332-1343.

Kramer, A., Lorenzon, D., y Mueller, G. (2004). Prevalence of Intimate Partner Violence and Health Implications for Women Using Emergency Departments and Primary Care Clinics. *Women's Health Issues*, 14(1), 19-29.

Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., y Lozano, R. (Eds.) (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42495/1/9241545615_eng.pdf

Labrador, F. J., Rincón, P. P., Luis, P. de y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica: programa de actuación*. Madrid: Pirámide.



Labrador, F. J., y Alonso, E. (2005-2006). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (76-77), 47-65.

Lagarde, M. (2001). *Claves feministas para la negociación en el amor*. Managua: Puntos de Encuentro. Memoria del curso (Managua, 5 y 6 de diciembre de 2000). Recuperado de <http://cdd.emakumeak.org/ficheros/0000/0538/claves-feministas.pdf>

Langley, R., y Levy, R. C. (1977). *Wife Beating: The Silent Crisis. The Facts About Marital Violence in America –and Where the Victim Can Go for Aid and Protection*. New York: E. P. Dutton.

LaViolette, A. D., y Barnett, O. W. (2000). *It Could Happen to Anyone: Why Battered Women Stay*. 2nd Ed. Thousand Oaks (California): Sage Publications.

Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.

Leone, J. M., Lane, S. D., Koumans, E. H., DeMott, K., Wojtowycz, M. A., Jensen, J., y Aubry, R. H. (2010). Effects of Intimate Partner Violence on Pregnancy Trauma and Placental Abruptio. *Journal of Women's Health*, 19(8), 1501-1509.

Levinton Dolman, N. (2000). *El superyó femenino: la moral en las mujeres*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Lewis, M. A., McBride, C. M., Pollak, K. I., Puleo, E., Butterfield, R. M., y Emmons, K. M. (2006). Understanding Health Behavior Change among Couples: An Interdependence And Communal Coping Approach. *Social Science and Medicine*, 62(6), 1369-1380.



Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*. Madrid, 29 de diciembre de 2004, núm. 313, pp. 42166-42197. Recuperado de <https://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>

Llamas Martínez, M. V., y Frías Oncina, I. A. La violencia de género como factor de riesgo de suicidio. En Junta de Andalucía, Dirección General de Violencia de Género y Asistencia a Víctimas. (Coord.), *III Congreso para el Estudio de la Violencia contra las Mujeres: Justicia y Seguridad. Nuevos retos* (Granada, España). Recuperado de <http://www.congresoestudioviolencia.com/2012/articulo13.php>

Lorente Acosta, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal. Agresión a la mujer: realidades y mitos*. Barcelona: Crítica.

Lorente Acosta, M. (2011). *Generando igualdad contra la violencia de género: políticas y acción*. Recuperado de <http://www.multiforo.eu/ViolenciaMachista/GenerandoIgualdad.pdf>

Lorente Acosta, M., Lorente Acosta, J. A., Lorente Acosta, M. J., Martínez Vilda, M. E., y Villanueva Cañas, E. (2000). Síndrome de agresión a la mujer. Síndrome del maltrato a la mujer. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, (2). Recuperado de http://criminet.ugr.es/recpc/recpc_02-07.html

Luthar, S. S. (2006). Resilience in Development: A Synthesis of Research across Five Decades. En D. Cicchetti y D. J. Cohen. (Eds.), *Developmental Psychopathology* (vol. 3, pp. 739-795). New York; Hoboken (New Jersey): John Wiley and Sons. Recuperado de <http://fr.thelearningpartnership.ca/files/download/a370531e6235941>



Luthar, S. S., Cicchetti, D., y Becker, B. (2000). The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work. *Child Development*, 71(3), 543-562. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-8624.00164>

Luthar, S. S., y Cicchetti, D. (2000). The Construct of Resilience: Implications for Interventions and Social Policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857-885.

Luxenberg, T., Spinazzola, J., y van der Kolk, B. A. (2001a). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part One: Assessment. *Directions in Psychiatry*, 21(25), 373-392. Recuperado de http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/DESNOS.pdf

Luxenberg, T., Spinazzola, J., y van der Kolk, B. A. (2001b). Complex Trauma and Disorders of Extreme Stress (DESNOS) Diagnosis, Part Two: Treatment. *Directions in Psychiatry*, 21(26), 395-414. Recuperado de http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/DESNOS.pdf

Lynch, S. M., y Graham-Bermann, S. A. (2000). Woman Abuse and Self-Affirmation: Influences on Women's Self-Esteem. *Violence Against Women*, 6(2), 178-197. doi: <https://doi.org/10.1177/10778010022181787>

MacKinnon, C. A. (1982). Feminism, Marxism, Method, and the State: An Agenda for Theory. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 7(3), 515-544. Recuperado de http://www2.law.columbia.edu/faculty_franke/Certification%20Readings/catherine-mackinnon-feminism-marxism-method-and-the-state-an-agenda-for-theory1.pdf



- MacKinnon, C. A. (1983). Feminism, Marxism, Method, and the State: Toward Feminist Jurisprudence. *Signs: Journal of Women in Culture and Society*, 8(4), 635-658. Recuperado de <http://www.feministes-radicales.org/wp-content/uploads/2012/03/Catharine-MacKinnon-Feminism-Marxism-Method-and-the-State-toward-feminist-jurisprudence-Copie.pdf>
- MacKinnon, C. A. (1991). *Toward a Feminist Theory of the State*. Reprint Ed. Cambridge (Massachusetts); London: Harvard University Press. Recuperado de http://busin.biz/library/feminism/Catharine_A._MacKinnon_Toward_a_Feminist_Theory_of_the_State_1991.pdf
- Madina, J. (1994). Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En E. Echeburúa. (Ed.), *Personalidades violentas* (pp. 153-167). Madrid: Pirámide.
- Maqueda Abreu, M. L. (2006). La violencia de género: entre el concepto jurídico y la realidad social. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, (8), 1-13. Recuperado de <http://criminet.ugr.es/recpc/08/recpc08-02.pdf>
- Maquieira D'Angelo, V. (2001). Género, diferencia y desigualdad. En E. Beltrán Pedreira y V. Maquieira D'Angelo. (Eds.), S. Álvarez y C. Sánchez Muñoz, *Feminismos: debates teóricos contemporáneos* (pp. 127-190). Madrid: Alianza Editorial. Recuperado de <http://eltalondeaquiles.pucp.edu.pe/wp-content/uploads/2016/08/Varios-Feminismos-Debates-Teoricos-Contemporaneos.pdf>
- Marshall, L. (1992). Development of the Severity of Violence Against Women Scales. *Journal of Family Violence*, 7(2), 103-121.
- Marshall, L. (1996). Psychological Abuse of Women: Six Distinct Clusters. *Journal of Family Violence*, 11(4), 379-409.



- Marshall, L. L. (2000). *SOPAS: Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale*. Manuscrito no publicado. Disponible a través de la autora en University of North Texas, Department of Psychology, 1155 Union Circle #311280, Denton (Texas) 76205-5017.
- Martínez Ortega, R. M., Oter Quintana, C., y Rubiales Paredes, M. D. (2004). Violencia de pareja contra las mujeres. *Educare21*, (7), 1-12. Recuperado de http://www.cavis.es/sitio/component?option=com_docman/task,doc_dow_nload/gid,152/Itemid,46/
- Martínez, M., García-Linares, M. I., y Pico-Alfonso, M. A. (2004). Women Victims of Domestic Violence: Consequences for Their Health and the Role of the Health System. En C. A. Renate, R. C. A. Klein y B. Wallner. (Eds.), *Conflict, Gender, and Violence* (pp. 53-71). Vienna: Studien-Verlag.
- Masten, A. S. (1999). Resilience Comes of Age: Reflections on the Past and Outlook for the Next Generation of Research. En M. D. Glantz y J. L. Johnson. (Eds.), *Resilience and Development: Positive Life Adaptations* (pp. 281-296). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Masten, A. S. (2007). Competence, Resilience, and Development in Adolescence: Clues for Prevention Science. En D. Romer y E. F. Walker. (Eds.), *Adolescent Psychopathology and the Developing Brain: Integrating Brain and Prevention Science* (pp. 31-52). Oxford (England); New York: Oxford University Press.
- Masten, A. S. (2014). *Ordinary Magic: Resilience in Development*. New York: The Guilford Press.
- Matud Aznar, M. P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de las mujeres en Canarias. Informe del proyecto de investigación*. Tenerife: Instituto Canario de la Mujer.



Matud Aznar, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16(3), 397-401. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3009.pdf>

Matud Aznar, M. P., Carballeira Abella, M., y Marrero Quevedo, R. J. (2003). Validación de un inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja: el APCM. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 3(1), 5-17. Recuperado de <http://masterforense.com/pdf/2001/2001art8.pdf>

McAllister, M. (2000). Domestic Violence: A Life-Span Approach to Assessment and Intervention. Lippincott's Primary. *Care Practice*, 4 (2), 174-189.

McCubbin, H. I., Joy, C. B., Cauble, A. E., Comeau, J. K., Patterson, J. M., y Needle, R. H. (1980). Family Stress and Coping: A Decade Review. *Journal of Marriage and Family*, 42(4), 855-871.

McLean, C. (2001). A Response [to Dichotomies in the Power and Control Story]. *Gecko: A Journal of Deconstruction and Narrative Ideas in Therapeutic Practice*, (2), 61-63.

McMillen, J. C. (1999). Better for It: How People Benefit from Adversity. *Social Work*, 44(5), 455-468.

Medina, J. (1994). Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En E. Echeburúa, *Personalidades violentas* (pp. 153-167). Madrid: Pirámide. Recuperado de <http://documentslide.com/documents/perfil-psicosocial-y-tratamiento-del-hombre-violento-con-su-pareja-en-el-hogar-55c1e6f336c36.html>

Medina-Ariza, J. J., y Barberet, R. (2003). Partner violence in Spain, findings from a national survey. *Violence Against Women*, 9(3), 302-322. doi: <https://doi.org/10.1177/1077801202250073>



Melgar Alcantud, P. (2009). “*Trenquem el silenci*”: superación de las relaciones afectivas y sexuales abusivas por parte de las mujeres víctimas de violencia de género. Universidad de Barcelona, Facultad de Pedagogía. Tesis doctoral no publicada. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/43081>

Mertin, P., y Mohr, P. B. (2000). Incidence and Correlates of Posttraumatic Stress Disorder in Australian Victims of Domestic Violence. *Journal of Family Violence*, 15(4), 411-422.

Mestre, J. M., Guil, R., Lopes, P. N., Salovey, P., y Gil-Olarte, P. (2006). Emotional Intelligence and Social and Academic Adaptation to School. *Psicothema*, 18(suplemento 1), 112-117. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3285.pdf>

Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H., y Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10(2-3), 163-179.

Mihalic, S. W., y Elliott, D. S. (1997). If Violence Is Domestic, Does It Really Count? *Journal of Family Violence*, 12(3), 293-311.

Miller, D. T., y Porter, C. A. (1983). Self-Blame in Victims of Violence. *Journal of Social Issues*, 39(2), 139-152.

Millon, T. (1990). *Toward a New Personology: An Evolutionary Model*. New York: John Wiley and Sons.

Millon, T. (1994). *Millon Index of Personality Styles (MIPS)*. San Antonio (Texas): The Psychological Corporation. Adaptación española: Sánchez López, M. P., Díaz Morales, J. F., y Aparicio García, M. (2007). *MIPS: inventario de estilos de personalidad de Millon. Manual*. 2^a ed. rev. Madrid: Tea.



Millon, T., y Davis, R. D. (1996). *Disorders of Personality: DSM-IV and Beyond*. 2nd Ed. New York: John Wiley and Sons.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011). *Violencia de género en los pequeños municipios del Estado español, 2009*. [Madrid]: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Centro de Publicaciones. Recuperado de http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/colecciones/pdf/libro6_VG_municipios.pdf

Mitchell, R. E., y Hodson, C. (1983). Coping with Domestic Violence: Social Support and Psychological Health among Battered Women. *American Journal of Community Psychology*, 11(6), 629-654.

Montero Gómez, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12(1), 5-31. Recuperado de http://www.mujeresenred.net/sapvd_montero.pdf

Montero, A. (1999). Shaping the Etiology of the Stockholm Syndrome: Hypotheses of the Induced Mental Model. *Iberpsicología: Revista Electrónica de la Federación española de Asociaciones de Psicología*, 5(1), 1-4.

Moran, P. B., y Eckenrode, J. (1992). Protective Personality Characteristics among Adolescent Victims of Maltreatment. *Child Abuse and Neglect: The International Journal*, 16(5), 743-754.

Morey, L. C. (2007). *Personality Assessment Inventory (PAI). Professional Manual*. 2nd Ed. Lutz (Florida): Psychological Assessment Resources. Adaptación española: Ortiz-Tallo Alarcón, M., Santamaría Fernández, P., Cardenal Hernández, V., y Sánchez López, M. P. (2011). *PAI: inventario de evaluación de la personalidad. Manual de aplicación, corrección e interpretación*. Madrid: Tea.



- Moscicki, E. K. (1989). Epidemiologic Surveys as Tools for Studying Suicidal Behavior: A Review. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 19(1), 131-146.
- Moss, V. A. (1991). Battered Women and the Myth of Masochism. *Journal of Psychosocial Nursing*, 29(7), 18-23.
- Muñoz López, B. (1996). Mujeres e institución universitaria en la Europa del siglo XXI: problemas y posibilidades. En R. M. Radl Philipp. (Ed.), *Mujeres e institución universitaria en Occidente: conocimiento, investigación y roles de género* (pp. 171-190). Santiago de Compostela: Universidade de Santiago de Compostela, Servizo de Publicacións e Intercambio Científico (Campus Universitario Sur).
- Murphy, C. M., y O'Leary, K. D. (1989). Psychological Aggression Predicts Physical Aggression in Early Marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 579-582.
- Nicarthy, G. (1986). *Getting Free: A Handbook for Women in Abusive Relationships*. Seattle (Washington): Seal Press.
- Nieto Martínez, I. (2010). Los daños físicos y psíquicos en las víctimas de violencia y maltrato. En A. García-Mina Freire. (Coord.), *La violencia contra las mujeres en la pareja: claves de análisis y de intervención* (pp. 61-89). Madrid: Universidad Pontificia Comillas.
- Nixon, R. D., Resick, P. A., y Nishith, P. (2004). An Exploration of Comorbid Depression among Female Victims of Intimate Partner Violence with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 315-320.



Nogueiras García, B., Arechederra Ortiz, A., y Bonino Méndez, L. (2006). *La atención sociosanitaria ante la violencia contra las mujeres*. 2^a ed., 4^a reimp. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Instituto de la Mujer. Recuperado de <http://www.luisbonino.com/pdf/asistencia%20a%20violencia.pdf>

Norris, F. H., Foster, J. D., y Weisshaar, D. L. (2002). The Epidemiology of Gender Differences in PTSD across Developmental, Societal, and Research Contexts. En R. Kimerling, P. Ouimette y J. Wolfe. (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 3-42). New York: The Guilford Press.

Notario-Pacheco, B., Martínez-Vizcaíno, V., Trillo-Calvo, E., Pérez-Yus, M. C., Serrano-Parra, M. D., y García-Campayo, J. (2014). Validity and Reliability of the Spanish Version of the 10-Item CD-RISC in Patients With Fibromyalgia. *Health and Quality of Life Outcomes*, 12(1), 14-22. Recuperado de <http://www.hqlo.com/content/12/1/14>

Notario-Pacheco, B., Solera-Martínez, M., Serrano-Parra, M. D., Bartolomé-Gutiérrez, R., García-Campayo, J., y Martínez-Vizcaíno, V. (2011). Reliability and Validity of the Spanish Version of the 10-Item Connor-Davidson Resilience Scale (10-Item CD-RISC) in Young Adults. *Health and Quality of Life Outcomes*, 9(1), 63-68. Recuperado de <http://www.hqlo.com/content/9/1/63>

Nurius, P. S., Furrey, J., y Berliner, L. (1992). Coping Capacity among Women with Abusive Partners. *Violence and Victims*, 7(2), 229-243.

O'Keefe, M. (1998). Factors Mediating the Link Between Witnessing Interparental Violence and Dating Violence. *Journal of Family Violence*, 13(1), 39-57. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.476.7241&rep=rep1&type=pdf>



- O'Leary, K. D. (1999). Psychological Abuse: A Variable Deserving Critical Attention in Domestic Violence. *Violence and Victims*, 14(1), 3-23.
- Ogden, P., Minton, K., y Pain, C. (2006). Trauma and the Body: A Sensorimotor Approach to Psychotherapy. New York: W. W. Norton & Company. Adaptación española: Campillo Ruiz, F. (2009). *El trauma y el cuerpo: un modelo sensoriomotriz de psicoterapia*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Oliver, E., y Valls, R. (2004). *Violencia de género: investigaciones sobre quiénes, por qué y cómo superarla*. Esplugues de Llobregat (Barcelona): El Roure.
- Olsson, C. A., Bond, L., Burns, J. M., Vella-Brodrick, D. A., y Sawyer, S. M. (2003). Adolescent Resilience: A Concept Analysis. *Journal of Adolescence*, 26(1), 1-11.
- Ortega-García, J. A., Soldin, O. P., Sánchez-Sauco, M. F., Cánovas-Conesa, A., Gomaríz-Peñalver, V., Jaimes-Vega, D. C.,... Ruiz, D. (2013). Violence Against Women and Gastroschisis: A Case-Control Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(10), 5178–5190. doi: <https://dx.doi.org/10.3390%2Fijerph10105178>
- Patró Hernández, R., Corbalán Berná, F. J., y Limiñana Gras, R. M. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*, 23(1), 118-124. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16723115.pdf>
- Patró Hernández, R., Limiñana Gras, R. M., y Corbalán Berná, F. J. (2004). Estilos de personalidad y sintomatología traumática en mujeres maltratadas. En *Congreso de Criminología “Violencia y Sociedad”* (Salamanca, España).



Pelcovitz, D., van der Kolk, B. A., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., y Resick, P. (1997). Development of a Criteria Set and a Structured Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES). *Journal of Traumatic Stress, 10*(1), 3–16. Recuperado de http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/Development_of_a_criteria_set_and_SIDES_Pelcovitz_P0003.pdf

Pérez Sales, P. (2006). *Trauma, culpa y duelo. Hacia una psicoterapia integradora: programa de autoformación en psicoterapia de respuestas traumáticas*. Bilbao: Desclée De Brouwer. Recuperado de <http://www.pauperez.cat/es/tematico/libros/50-trauma-culpa-duelo-hacia-una-psicoterapia-integradora/file>

Pérez-Testor, C., Castillo, J. A., Davins, M., Salamero, M., y San-Martino, M. (2007). Personality Profiles in a Group of Battered Women: Clinical and Care Implications. *Journal of Family Violence, 22*(2), 73-80.

Pfouts, J. H. (1978). Violent Families: Coping Responses of Abused Wives. *Child Welfare, 57*(2), 101-111.

Pico-Alfonso, M. A., García-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., y Martínez, M. (2006). The Impact of Physical, Psychological and Sexual Intimate 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. Recuperado de http://mobiroderic.uv.es/bitstream/handle/10550/25188/Pico-Alfonso_et_al,%202006.pdf



Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., Montero-Piñar, M. I., y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género (2008). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 527-533. Recuperado de <https://www.gacetasanitaria.elsevier.es/es/pdf/S0213911108753500/S300/>

Plazaola-Castaño, J., y Ruiz-Pérez, I. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja y consecuencias en la salud física y psíquica. *Medicina clínica*, 122(12), 461-467. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-pdf-13060003-S300>

Ramirez Boulette, M. T., y Andersen, S. M. (1985). “Mind Control” and the Battering of Women. *Community Mental Health Journal*, 21(2), 109-118.

Randa, C. D., Clements, C. M., Engelstatter, M. T., y Clark, S. L. (2003). Perceived Control, Self-Blame and Emotional Status in Victims of Violence. [Poster Session V]. En *15th Annual Convention of the American Psychological Society “The Variance of Psychological Sciences: Within and Between”* (Atlanta, Georgia).

Redondo Jiménez, M. (2004). Abordaje de la violencia de género desde una unidad de planificación familiar. *Papeles del Psicólogo*, 25(88), 26-30. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/778/77808804.pdf>

Rhodes, N. R., y McKenzie, E. B. (1998). Why Do Battered Women Stay? Three Decades of Research. *Aggression and Violent Behavior*, 3(4), 391-406.

Richardson, J., Coid, J., Petrukevitch, A., Chung, W. S., Moorey, S., y Feder, G. (2002). Identifying Domestic Violence: Cross Sectional Study in Primary Care. *British Medical Journal (BMJ)*, 324(7332), 274-277. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.324.7332.274>



Riggs, D. S., Caulfield, M., y Street, A. E. (2000). Risk for Domestic Violence: Factors Associated with Perpetration and Victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56(10), 1289-1316.

Rincón González, P. P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención*. Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Psicología. Tesis doctoral no publicada. Recuperado de <http://eprints.ucm.es/tesis/psi/ucm-t26887.pdf>

Rincón, P. P., Labrador, F. J., Arinero, M., y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22(1), 105-116. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/download/1462/1335>

Riveros Munévar, F., Bernal Vargas, L., Bohórquez Borda, D., Vinaccia Alpi, S., y Margarita Quiceno, J. (2016). Validez de constructo y confiabilidad del Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC 10) en población colombiana con enfermedades crónicas. *Salud & Sociedad*, 7(2), 130-137. doi: <http://doi.org/10.22199/S07187475.2016.0002.00001>

Roberts, G. L., Williams, G. M., Lawrence, J. M., y Raphael, B. (1998). How Does Domestic Violence Affect Women's Mental Health? *Women and Health*, 28(1), 117-129. doi: http://dx.doi.org/10.1300/J013v28n01_08

Rodríguez, M. A., Heilemann, M. S. V., Fielder, E., Ang, A., Nevarez, F., y Mangione, C. M. (2008). Intimate Partner Violence, Depression, and PTSD among Pregnant Latina Women. *Annals of Family Medicine*, 6(1), 44-52. Recuperado de <http://www.genderbias.net/docs/resources/guideline/Intimate%20Partner%20Violence,%20Depression,%20and.pdf>



Rodríguez-Carballeira, A., Almendros, C., Escartín, J., Porrúa, C., Martín-Peña, J., Javaloy, F., y Carrobles, J. A. (2005). Un estudio comparativo de las estrategias de abuso psicológico: en la pareja, en el lugar de trabajo y en grupos manipulativos. *Anuario de Psicología*, 36(3), 299-314. Recuperado de <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/download/61820/76253>

Romero, I. (2004). Desvelar la violencia: una intervención para la prevención y el cambio. *Papeles del Psicólogo*, (88). Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1156>

Rosenbaum, A. y O'Leary, K. D. (1981). Marital Violence: Characteristics of Abusive Couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49(1), 63-71.

Rosewater, L. B. (1988). Battered or Schizophrenic? Psychological Tests Can't Tell. En K. Yllo y M. Bograd. (Eds.), *Feminist Perspectives on Wife Abuse* (pp. 200-215). Newbury Park (California): Sage Publications.

Rounsaville, B. J. (1978). Theories in Marital Violence: Evidence from a Study of Battered Women. *Victimology: An International Journal*, 3(1-2), 11-31.

Rubin, Z. (1973). *Liking and Loving: An Invitation to Social Psychology*. New York: Holt, Rinehart and Winston.

Ruiz, R. (2010). Entrevista: Miguel Lorente Acosta. 'Los hombres han aprendido a mirarse en el espejo, pero no a mirarse'. *El País*. Recuperado de http://elpais.com/diario/2010/08/01/eps/1280644013_850215.html



Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., del Río-Lozano, M. del, y the Gender Violence Study Group (2006a). How Do Women in Spain Deal With an Abusive Relationship? *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60(8), 706-711.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J. M., Ayuso-Martín, P., Montero-Piñar, M. I., y el Grupo de Estudio para la Violencia de Género (2006b). La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 202-208. Recuperado de <http://gacetasanitaria.org/es/pdf/S0213911106714881/S300/>

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Álvarez-Kindelán, M., Palomo-Pinto, M., Arnalte-Barrera, M., Bonet-Pla, A.,... the Gender Violence Study Group (2006c). Sociodemographic Associations of Physical, Emotional, and Sexual Intimate Partner Violence in Spanish Women. *Annals of Epidemiology*, 16(5), 357-363.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Vives-Cases, C., Montero-Piñar, M. I., Escribà-Agüir, V., Jiménez-Gutiérrez, E., y Martín-Baena, D. (2010). Variabilidad geográfica de la violencia contra las mujeres en España. *Gaceta Sanitaria*, 24(2), 128-135. Recuperado de <http://www.gacetasanitaria.org/es/pdf/S0213911109004063/S300/>

Russo, N. F. y Denmark, F. L. (1987). Contributions of Women to Psychology. *Annual Review of Psychology*, 38, 279-298.

Rutter, M. (1985). Resilience in the Face of Adversity: Protective Factors and Resistance to Psychiatric Disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611.



Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631. Recuperado de http://www.iicrd.org/sites/default/files/resources/Rutter_on_resilience_0.pdf

Rutter, M. (2000). Resilience Reconsidered: Conceptual Considerations, Empirical Findings, and Policy Implications. En J. P. Shonkoff y S. J. Meisels. (Eds.), *Handbook of Early Childhood Intervention* (pp. 651-682). 2nd Ed. Cambridge (United Kingdom); New York: Cambridge University Press.

Saakvitne, K. W., Tennen, H., y Affleck, G. (1998). Exploring Thriving in the Context of Clinical Trauma Theory: Constructivist Self Development Theory. *Journal of Social Issues*, 54(2), 279-299.

Sackett, L. A., y Saunders, D. G. (1999). The Impact of Different Forms of Psychological Abuse on Battered Women. *Violence and Victims*, 14(1), 105-117. Recuperado de <https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/51466/The%20Impact%20of%20Different%20Forms%20of%20Psych%20AbuseSackettSaunders.pdf>

Sampedro, P. (2005). El mito del amor y sus consecuencias en los vínculos de pareja. *Disenso: revista canaria de análisis y opinión*, (45), 1-6. Recuperado de <http://centropilarsampedro.es/documents/download/5> [versión extraída de la revista por la propia autora para publicación en su página web personal; sin paginar]

Sánchez-Cánovas, J., y Sánchez-López, M. P. (1994). *Psicología diferencial: diversidad e individualidad humanas*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.

Sánchez-Cánovas, J., y Sánchez-López, M. P. (1999). *Psicología de la diversidad humana*. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces.



- Sangrador, J. L. (1993). Consideraciones psicosociales sobre el amor romántico. *Psicothema*, 5(suplemento 1), 181-196. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/1137.pdf>
- Sanmartín Esplugues, J. (2000). *La violencia y sus claves*. Barcelona: Ariel.
- Sanmartín Esplugues, J. (2002). *La mente de los violentos*. Barcelona: Ariel.
- Sanmartín Esplugues, J., Iborra Marmolejo, I., García Esteve, Y., y Martínez Sánchez, P. (2010). *III Informe Internacional: violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación*. Valencia: Instituto-Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia. Recuperado de <http://www.luisvivesces.org/upload/88/18/informe.pdf>
- Sanmartín, J., Molina, A., y García, I. (2003). *II Informe internacional 2003. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja: Estadísticas y legislación*. Valencia: Centro Reina Sofía para el Estudio de la Violencia.
- Sanz Ramón, F. (2004). Del mal trato al buen trato. En C. Ruiz-Jarabo Quemada y P. Blanco Prieto. (Dirs.), *La violencia contra las mujeres: prevención y detección. Cómo promover desde los servicios sanitarios relaciones autónomas, solidarias y gozosas* (pp. 17-38). Madrid: Ediciones Díaz de Santos.
- Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Archidona (Málaga): Aljibe.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., y Corral, P. de (1994). Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar. En E. Echeburúa, *Personalidades violentas* (pp. 111-128). Madrid: Pirámide.
- Scarborough, E., y Furumoto, L. (1987). *Untold Lives: The First Generation of American Women Psychologists*. New York: Columbia University Press.



Schultz, L. G. (1964). The Victim-Offender Relationship. *Crime and Delinquency*, 14(2), 135- 141. doi: <https://doi.org/10.1177/001112876801400208>

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development and Death*. San Francisco (California): W. H. Freeman; New York: trade distributor, Scribner.

Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist*, 55(1), 5-14. Recuperado de <http://www.bdp-gus.de/gus/Positive-Psychologie-Aufruf-2000.pdf>

Senter, K. E., y Caldwell, K. (2002). Spirituality and the Maintenance of Change: A Phenomenological Study of Women Who Leave Abusive Relationships. *Contemporary Family Therapy*, 24(4), 543-564.

Sepúlveda Sanchis, J. (2004). *Estudio de los factores que favorecen la continuidad en el maltrato de la mujer*. Universidad de Valencia, Facultad de Psicología. Tesis doctoral no publicada. Recuperado de <http://roderic.uv.es/handle/10550/15407>

Serrano Hernández, C. (2012). *Un estudio sobre los efectos de la violencia de género en el desarrollo psíquico de las mujeres*. Universidad de Deusto, Facultad de Psicología y Educación. Tesis doctoral no publicada. Recuperado de http://terapiaygenero.org/images/pdf/CarminaSerrano_Tesisdoctoral2013.pdf

Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M., Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutiérrez, R., Solera-Martínez, M., y Martínez-Vizcaíno, V. (2012). Validez de la escala de Resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of Psychological Research*, 5(2), 49-57. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5134698.pdf>



Serrano-Parra, M. D., Garrido-Abejar, M.; Notario-Pacheco, B., Bartolomé-Gutiérrez, R.; Solera-Martínez, M., y Martínez-Vizcaíno, V. (2012). Validez de la escala de resiliencia de Connor-Davidson (CD-RISC) en una población de mayores entre 60 y 75 años. *International Journal of Psychological Research*, 5(2), 49-57. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo oa?id=299025051006>

Sharhabani-Arzy, R., Amir, M., y Swisa, A. (2005). Self-Criticism, Dependency and Posttraumatic Stress Disorder among a Female Group of Help-Seeking Victims of Domestic Violence in Israel. *Personality and Individual Differences*, 38(5), 1231-1240.

Shields, S. A. (1975). Functionalism, Darwinism, and the Psychology of Women: A Study in Social Myth. *American Psychologist*, 30(7), 739-754.

Snell, J. E., Rosenwald, R. J., y Robey, A. (1964). The Wifebeater's Wife: A Study of Family Interaction. *Archives of General Psychiatry*, 11(2), 107-112. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1964.01720260001001>

Soler Sánchez, M. I., Meseguer de Pedro, M., y García Izquierdo, M. (2015). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de resiliencia de 10 ítems de Connor-Davidson (CD-RISC 10) en una muestra multiocupacional. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 48(3), 159-166. doi: <http://dx.doi.org/10.1016Zj.rlp.2015.09.002>

Soler, E., Barreto, P., y González, R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema*, 17(2), 267-274. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/3098.pdf>

Star, B. (1978). Comparing Battered and Non-battered Women. *Victimology: An International Journal*, 3(1-2), 32-44.



Stark, E. (2007). *Coercive Control: How Men Entrap Women in Personal Life*. New York: Oxford University Press.

Stein, M. B., y Kennedy, C. (2001). Major Depressive and Post-Traumatic Stress Disorder Comorbidity in Female Victims of Intimate Partner Violence. *Journal of Affective Disorders*, 66(2-3), 133-138.

Steinhardt, M., y Dolbier, C. (2008). Evaluation of a Resilience Intervention to Enhance Coping Strategies and Protective Factors and Decrease Symptomatology. *Journal of American College Health*, 56(4), 445-453. Recuperado de [http://epc.edb.utexas.edu/steinhardt/Files/Steinhardt_Dolbier\(2008\).pdf](http://epc.edb.utexas.edu/steinhardt/Files/Steinhardt_Dolbier(2008).pdf)

Stewart, A. J., y McDermott, C. (2004). Gender in Psychology. *Annual Review of Psychology*, 55(1), 519-544. Recuperado de <http://labweb.education.wisc.edu/elpa940/readings/Stewart.pdf>

Stolcke, V. (1992). ¿Es el sexo para el género como la raza para la etnicidad? *Mientras Tanto*, (48), 87-111.

Stolcke, V. (2000). ¿Es el sexo para el género lo que la raza para la etnicidad... y la naturaleza para la sociedad? *Política y Cultura*, (14) [ejemplar dedicado a “Raza/Etnía y Género”], 25-60. Recuperado de https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/269230/mod_resource/content/0/Verena%20Stolcke.pdf

Straus, M. A. (1990). The Conflict Tactics Scales and Its Critics: An Evaluation and New Data on Validity and Reliability. En M. A. Straus, R. J. Gelles y C. Smith. (Eds.), *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families* (pp. 49-73). New Brunswick (New Jersey): Transaction Publishers. Recuperado de <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED297030.pdf>



- Straus, M. A., y Yodanis, C. L. (1997). Corporal Punishment in Adolescence and Physical Assaults on Spouses in Later Life: What Accounts for the Link? *Journal of Marriage and Family*, 58(4), 825-841.
- Street, A. E., y Arias, I. (2001). Psychological Abuse and Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women: Examining the Roles of Shame and Guilt. *Violence and Victims*, 16(1), 65-78.
- Strube, M. J., y Barbour, L. S. (1983). The Decision to Leave an Abusive Relationship: Economic Dependence and Psychological Commitment. *Journal of Marriage and Family*, 45(4), 785-793.
- Tedeschi, R. G., y Calhoun, L. G. (1995). *Trauma & Transformation: Growing in the Aftermath of Suffering*. Thousand Oaks (California): Sage Publications.
- Tertia Oosthuizen, C. M., y Wissing, M. P. (2005). Prevalence of Violence Against Women: Distress, Coping and Psychological Well-Being. Surviving the Fire? *South African Journal of Psychology*, 35(4), 637-656. doi: <https://doi.org/10.1177/008124630503500403>
- Tertia Oosthuizen, C. M., y Wissing, M. P. (2005). Prevalence of Violence Against Women: Distress, Coping and Psychological Well-Being. Surviving the Fire? *South African Journal of Psychology*, 35(4), 637-656. doi: <https://doi.org/10.1177/008124630503500403>
- Testa, M., Livingston, J. A., y Leonard, K. E. (2003). Women's Substance Use and Experiences of Intimate Partner Violence: A Longitudinal Investigation among a Community Sample. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1649-1664.
- Thibaut, J. W., y Kelley, H. H. (1959). *The Social Psychology of Groups*. New York; London; Sydney: John Wiley and Sons.



- Thompson, M. P., Kaslow, N., Kingree, R., Thompson, N., y Meadows, L. (1999). Partner Abuse and Posttraumatic Stress Disorder as Risk Factors for Suicide Attempts in a Sample of Low-Income, Inner-City Women. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 59-72. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1024742215337>
- Tiet, Q. Q., Huizinga, D., y Byrnes, H. F. (2010). Predictors of Resilience among Inner City Youths. *Journal of Child and Family Studies*, 19(3), 360-378.
- Tjaden, P. (2005). Defining and Measuring Violence Against Women: Background, Issues, and Recommendations. *Statistical Journal of the United Nations Economic Commission for Europe*, 22(3-4), 217-224.
- Tolman, R. M. (1989). The Development of a Measure of Psychological Maltreatment of Women by Their Male Partners. *Violence and Victims*, 4(3), 159-178.
- Torres Falcón, M. (2001). *La violencia en casa*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Tortosa Blasco, J. M., y La Parra Casado, D. (2003). Violencia estructural: una ilustración del concepto. *Documentación Social*, (131) [ejemplar dedicado a “Violencia y sociedad”], 57-72. Recuperado de <http://www.ugr.es/~fentrena/Violenc.pdf>
- Tower, M. (2007). Intimate Partner Violence and the Health Care Response: A Postmodern Critique. *Health Care for Women International*, 28(5), 438-452. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/07399330701226404>
- Towns, A., y Adams, P. (2000). “If I Really Loved Him Enough, He Would Be Okay”: Women’s Accounts of Male Partner Violence. *Violence Against Women*, 6(6), 558-585. doi: <https://doi.org/10.1177/10778010022182038>



Unger, R. K. (2001). Women as Subjects, Actors, Agents in the History of Psychology. In R. K. Unger. (Ed.), *Handbook of the Psychology of Women and Gender* (pp. 3-16). New York: John Wiley and Sons.

Valentine, L. N., y Feinauer, L. L. (1993). Resilience Factors Associated with Female Survivors of Childhood Sexual Abuse. *American Journal of Family Therapy*, 21(3), 216-224.

Valle Murga, T. del (1995). Identidad, memoria y juegos de poder. *DEVA: revista cultural*, (2), 14-21.

Van der Kolk, B. A. (Ed.). (1987). *Psychological Trauma*. Washington, D. C.: American Psychiatric Press.

Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., y Spinazzola, J. (2005). Disorders of Extreme Stress: The Empirical Foundation of a Complex Adaptation to Trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 18(5), 389-399. Recuperado de http://www.traumacenter.org/products/pdf_files/specialissuecomplextrauma/oct2006jts3.pdf

Varela, N. (2002). *Íbamos a ser reinas: mentiras y complicidades que sustentan la violencia contra las mujeres*. Barcelona: Ediciones B.

Villaró, G., y Galindo, L. (2012). Discapacidad intelectual y violencia de género: programa integral de intervención. *Acción Psicológica*, 9(1), 101-114. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/ap.9.1.440>

Villavicencio Carrillo, P., y Sebastián Herranz, J. (1999a). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.



Villavicencio Carrillo, P., y Sebastián Herranz, J. (1999b). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual*, 7(3), 431-458. Recuperado de <https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Genero/variables-predictoras-del-ajuste-psicologico.pdf>

Vitanza, S., Vogel, L. C. M., y Marshall, L. L. (1995). Distress and Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Abused Women. *Violence and Victims*, 10(1), 23-34.

Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Carrasco-Portiño, M., y Torrubiano-Domínguez, J. (2007). El impacto de la desigualdad de género en la violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 21(3), 242-246. Recuperado de <http://www.gacetasanitaria.org/es/pdf/S0213911107720125/S300/>

Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Gil-González, D., Torrubiano-Domínguez, J., Rohlf, I., y Escribà-Agüir, V. (2009). Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 410-414. Recuperado de <http://gacetasanitaria.elsevier.es/es/pdf/S0213911109001708/S300/>

Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., y Caballero, P. (2003). Violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 17(4), 268-274. Recuperado de <http://www.gacetasanitaria.org/es/pdf/S0213911103717464/S300/>

Vizcarra Larrañaga, M. B. (2011). *Diseño, implementación y evaluación de un programa de prevención de la violencia en el noviazgo en jóvenes universitarios*. Universidad de Barcelona, Facultad de Pedagogía. Tesis doctoral no publicada. Recuperado de <http://hdl.handle.net/2445/42475>



Vizcarra Larrañaga, M. B., Hassan, F., Hunter, W. M., Muñoz, S. R., Ramiro, L., y Paula, C. S. de (2004). Partner Violence as a Risk Factor for Mental Health among Women from Communities in the Philippines, Egypt, Chile, and India. *Injury Control and Safety Promotion*, 11(2), 125-129. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/15660970412331292351>

Wagnild, G. M., y Young, H. M. (1993). Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-177. Recuperado de http://www.academia.edu/6675361/Development_and_Psychometric_Evaluation_of_the_Resilience_Scale

Walby, S. (2005). Improving the Statistics on Violence Against Women. *Statistical Journal of the United Nations Economic Commission for Europe*, 22(3-4), 193-216.

Walker, E. A., Newman, E., Koss, M., y Bernstein, D. (1997). Does the Study of Victimization Revictimize the Victims? *General Hospital Psychiatry*, 19(6), 403-410.

Walker, L. E. A. (1979). *The Battered Women*. New York: Harper & Row.

Walker, L. E. A. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer Publishing Company.

Walker, L. E. A. (1994). *Abused Women and Survivor Therapy: A Practical Guide for the Psychotherapist*. Washington, D. C.: American Psychological Assosiation.

Walker, L. E. A. (1999). Psychology and Domestic Violence Around the World. *American Psychologist*, 54(1), 21-29. Recuperado de <http://www.ugr.es/~prodopsi/sitioarchivos/Archivos/Walker%201999.pdf>

Walker, S., y Barton, L. (Eds.). (1983). *Gender, Class and Education*. Lewes, United States: The Falmer Press.



Watts, C., y Zimmerman, C. (2002). Violence Against Women: Global Scope and Magnitude. *Lancet*, 359(9313), 1232-1237.

Werner, E. E. (1989). High-Risk Children in Young Adulthood: A Longitudinal Study from Birth to 32 Years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.

Werner, E. E., y Smith, R. S. (1992). *Overcoming the Odds: High Risk Children from Birth to Adulthood*. Ithaca (New York): Cornell University Press.

West, C., y Zimmerman, D. H. (1987). Doing Gender. *Gender and Society*, 1(2), 125-151. doi: <https://doi.org/10.1177/0891243287001002002>

Wilson, K. S., Silberberg, M. R., Brown, A. J., y Yaggy, S. D. (2007). Health Needs and Barriers to Healthcare of Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Journal of Women's Health*, 16(10), 1485-1498.

Wingood, G. M., DiClemente, R. J., y Raj, A. (2000). Adverse Consequences of Intimate Partner Abuse among Women in Non-urban Domestic Violence Shelters. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 270-275.

Woods, S. J., Hall, R. J., Campbell, J. C., y Angott, D. M. (2008). Physical Health and Posttraumatic Stress Disorder Symptoms in Women Experiencing Intimate Partner Violence. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 53(6), 538-546.

Woods, S. J., y Wineman, N. M. (2004). Trauma, Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Clusters, and Physical Health Symptoms in Post-Abused Women. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(1), 26-34.



World Health Organization (1996). *Prevention of Violence: a Public Health Priority*. Forty-ninth World Health Assembly (WHA49.25). Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179463/1/WHA49_R25_eng.pdf

World Health Organization (1998). *The World Health Report 1998: Life in the 21st Century: A Vision for All*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://www.who.int/whr/1998/en/whr98_en.pdf

World Health Organization, Division of Family and Reproductive Health (1998). *Gender and Health: Technical Paper*. Geneva: World Health Organization. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63998/1/WHO_FRH_WHD_9_8.16.pdf

Wu, V., Huff, H., y Bhandari, M. (2010). Pattern of Physical Injury Associated With Intimate Partner Violence in Women Presenting to the Emergency Department: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, Violence, and Abuse: A Review Journal*, 11(2), 71-82. doi: <https://doi.org/10.1177/1524838010367503>

Zimbardo, P. G. (2007). *The Lucifer Effect: Understanding How Good People Turn Evil*. New York: Random House. Adaptación española: Sánchez Barberán, G. (2008). *El efecto Lucifer: el porqué de la maldad*. Barcelona: Paidós.

Zust, B. L. (2006). Meaning of INSIGHT Participation among Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Issues in Mental Health Nursing*, 27(7), 775-793. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01612840600781170>

Tablas y figuras, citas y referencias del proyecto según: American Psychological Association (2010). *Manual de publicaciones de la American Psychological Association (6^a ed.)*. México: El Manual Moderno.



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Denuncias interpuestas por violencia de género por año. 2007-2011	52
Figura 2. Distribución porcentual de las denuncias según comunidad autónoma por año. 2007-2011	54
Figura 3. Total de víctimas mortales por violencia de género. De enero de 2003 hasta diciembre de 2012.....	55
Figura 4. Escalada de la violencia	70
Figura 5. Modelo de Heise. Violencia de género como un fenómeno multifacético	83
Figura 6. Distribución de la muestra por edad	155
Figura 7. Distribución de la muestra por nacionalidad.....	156
Figura 8. Distribución de la muestra por nivel formativo	157
Figura 9. Distribución de la muestra por situación laboral	158
Figura 10. Distribución de la muestra por independencia económica.....	159
Figura 11. Distribución de la muestra por tenencia de hijos.....	160
Figura 12. Distribución de la muestra por la relación actual con el agresor	161
Figura 13. Distribución de la muestra por interposición de denuncia de la situación de violencia ..	162
Figura 14. Sistema de coordinación de la Red Regional de Recursos de Violencia de Género.....	170
Figura 15. Porcentajes de situación actual de convivencia	178
Figura 16. Porcentajes de tiempo desde que inició el maltrato	179
Figura 17. Porcentajes de tiempo sufriendo maltrato	181
Figura 18. Porcentajes de tiempo sufriendo maltrato en tres intervalos.....	182
Figura 19. Porcentajes de otras relaciones previas de maltrato.....	185
Figura 20. Porcentaje de relaciones de maltrato presenciadas en la infancia	186
Figura 21. Porcentaje de relaciones de maltrato sufridas en la infancia	187
Figura 22. Porcentaje de abusos sexuales en la infancia	187
Figura 23. Porcentajes de enfermedades físicas.....	190
Figura 24. Porcentajes de trastornos psicológicos	192
Figura 25. Porcentajes de resolución judicial en vigor	194
Figura 26. Porcentajes de quejas somáticas	196



Figura 27. Porcentajes de ansiedad.....	198
Figura 28. Porcentajes de trastorno de estrés postraumático	199
Figura 29. Porcentajes de depresión	201
Figura 30. Porcentajes de hipervigilancia	202
Figura 31. Porcentajes de inestabilidad emocional.....	204
Figura 32. Porcentajes de ideación suicida	206
Figura 33. Porcentajes de estrés	207
Figura 34. Porcentajes de falta de apoyo social	209
Figura 35. Porcentajes de rechazo al tratamiento.....	210
Figura 36. Porcentajes de dominancia	212
Figura 37. Porcentajes de afabilidad.....	214



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Porcentaje de mujeres consideradas como técnicamente maltratadas y autoclasificadas como maltratadas</i>	46
Tabla 2. <i>Evolución de las víctimas mortales por violencia de género según comunidad autónoma. 1 de enero de 2003 a 31 de diciembre de 2011.....</i>	57
Tabla 3. <i>Principales teorías que hacen referencia a los factores personales como explicación de la violencia de género</i>	79
Tabla 4. <i>Principales modelos teóricos socioculturales sobre las causas de los malos tratos</i>	85
Tabla 5. <i>Modelos teóricos explicativos sobre los mecanismos psicológicos del maltrato</i>	92
Tabla 6. <i>Protocolo común para a actuación sanitario ante la violencia de género</i>	110
Tabla 7. <i>DESNOS. Criterios diagnósticos en estudio</i>	125
Tabla 8. <i>Momentos claves en la recuperación de las mujeres</i>	137
Tabla 9. <i>Factores bloqueadores y de protección</i>	138
Tabla 10. <i>Estrategias para sobrellevar y superar la situación de violencia</i>	139
Tabla 11. <i>Distribución de la muestra por edad</i>	155
Tabla 12. <i>Distribución de la muestra por nacionalidad</i>	156
Tabla 13. <i>Distribución de la muestra por nivel formativo</i>	157
Tabla 14. <i>Distribución de la muestra por situación laboral.....</i>	158
Tabla 15. <i>Distribución de la muestra por independencia económica</i>	159
Tabla 16. <i>Distribución de la muestra por tenencia de hijos</i>	160
Tabla 17. <i>Distribución de la muestra por la relación actual con el agresor</i>	161
Tabla 18. <i>Distribución de la muestra por interposición de denuncia de la situación de violencia</i>	162
Tabla 19. <i>Ánalisis de fiabilidad de las escalas utilizadas</i>	177
Tabla 20. <i>Prevalencias de situación actual de convivencia con el agresor</i>	178
Tabla 21. <i>Prevalencias de situación actual de convivencia con el agresor</i>	179
Tabla 22. <i>Puntuación media de tiempo de inicio del maltrato.....</i>	180
Tabla 23. <i>Prevalencias de tiempo sufriendo maltrato.....</i>	180
Tabla 24. <i>Prevalencias de tiempo sufriendo maltrato en tres intervalos.....</i>	181
Tabla 25. <i>Puntuación media de tiempo sufriendo maltrato</i>	182



Tabla 26. <i>Prevalencias de la edad de comienzo de la relación</i>	183
Tabla 27. <i>Puntuación media de la edad de comienzo de la relación</i>	184
Tabla 28. <i>Puntuación media de otras relaciones previas de maltrato</i>	184
Tabla 29. <i>Prevalencias de otras relaciones de maltrato</i>	185
Tabla 30. <i>Prevalencias sobre si han presenciado maltrato en la infancia</i>	186
Tabla 31. <i>Prevalencias sobre si han sufrido maltrato en la infancia</i>	186
Tabla 32. <i>Prevalencias de abusos sexuales en la infancia</i>	187
Tabla 33. <i>Puntuación media de percepción de riesgo o peligrosidad</i>	188
Tabla 34. <i>Puntuación media de la importancia otorgada a los distintos tipos de apoyos</i>	189
Tabla 35. <i>Prevalencias de enfermedades físicas</i>	190
Tabla 36. <i>Prevalencias de trastornos psicológicos</i>	191
Tabla 37. <i>Puntuación media del número de enfermedades físicas y psicológicas</i>	192
Tabla 38. <i>Correlación de número de enfermedades físicas y psicológicas con quejas somáticas</i>	193
Tabla 39. <i>Prevalencias de resolución judicial en vigor</i>	194
Tabla 40. <i>Prevalencias de quejas somáticas</i>	196
Tabla 41. <i>Puntuación media de quejas somáticas</i>	197
Tabla 42. <i>Prevalencias de ansiedad</i>	197
Tabla 43. <i>Puntuación media de ansiedad</i>	198
Tabla 44. <i>Prevalencias de trastorno de estrés postraumático</i>	199
Tabla 45. <i>Puntuación media de trastorno de estrés postraumático</i>	200
Tabla 46. <i>Prevalencias de depresión</i>	200
Tabla 47. <i>Puntuación media de depresión</i>	201
Tabla 48. <i>Prevalencias de hipervigilancia</i>	202
Tabla 49. <i>Puntuación media de hipervigilancia</i>	203
Tabla 50. <i>Prevalencias de inestabilidad emocional</i>	203
Tabla 51. <i>Puntuación media de inestabilidad emocional</i>	204
Tabla 52. <i>Prevalencias de ideación suicida</i>	205
Tabla 53. <i>Puntuación media de ideación suicida</i>	206
Tabla 54. <i>Prevalencias de estrés</i>	207
Tabla 55. <i>Puntuación media de estrés</i>	208
Tabla 56. <i>Prevalencias de falta de apoyo social</i>	208
Tabla 57. <i>Puntuación media de falta de apoyo social</i>	209
Tabla 58. <i>Prevalencias de rechazo al tratamiento</i>	210
Tabla 59. <i>Puntuación media de rechazo al tratamiento</i>	211



Tabla 60. <i>Prevalencias de dominancia</i>	212
Tabla 61. <i>Puntuación media de dominancia</i>	213
Tabla 62. <i>Prevalencias de afabilidad</i>	213
Tabla 63. <i>Puntuación media de afabilidad</i>	214
Tabla 64. <i>Puntuación media de maltrato sutil</i>	215
Tabla 65. <i>Puntuación media de maltrato general</i>	215
Tabla 66. <i>Puntuación media de maltrato psicológico y físico</i>	216
Tabla 67. <i>Correlación entre maltrato sutil, general, psicológico y físico</i>	217
Tabla 68. <i>Prueba de comparación de medias entre maltrato sutil y quejas somáticas</i>	219
Tabla 69. <i>Prueba de comparación de medias entre maltrato sutil y depresión</i>	219
Tabla 70. <i>Prueba de comparación de medias entre maltrato sutil y estrés</i>	219
Tabla 71. <i>Prueba de comparación de medias entre maltrato físico e interposición de la denuncia</i> ...	222
Tabla 72. <i>Prueba de comparación de medias entre maltrato psicológico e interposición de la denuncia</i>	222
Tabla 73. <i>Prueba de comparación de medias entre puntuación de maltrato total e interposición de la denuncia</i>	222
Tabla 74. <i>Correlaciones entre escalas clínicas y falta de apoyo social</i>	225
Tabla 75. <i>Correlaciones entre escalas relacionadas con el tratamiento y falta de apoyo social</i>	225
Tabla 76. <i>Puntuación media de resiliencia</i>	226
Tabla 77. <i>Puntuación media de las dimensiones de resiliencia</i>	227
Tabla 78. <i>Correlación entre resiliencia y sus dimensiones</i>	227
Tabla 79. <i>Correlación entre tipos de maltrato y resiliencia</i>	228
Tabla 80. <i>Prueba de comparación de medias entre quejas somáticas y resiliencia</i>	229
Tabla 81. <i>Prueba de comparación de medias entre quejas somáticas y control personal</i>	230
Tabla 82. <i>Prueba de comparación de medias entre ansiedad y resiliencia</i>	231
Tabla 83. <i>Prueba de comparación de medias entre TEPT y competencia social</i>	231
Tabla 84. <i>Prueba de comparación de medias entre depresión y resiliencia</i>	232
Tabla 85. <i>Prueba de comparación de medias entre estrés y resiliencia</i>	233
Tabla 86. <i>Prueba de comparación de medias entre estrés y control personal</i>	234
Tabla 87. <i>Prueba de comparación de medias entre estrés y competencia social</i>	234
Tabla 88. <i>Prueba de comparación de medias entre hipervigilancia y resiliencia</i>	235
Tabla 89. <i>Prueba de comparación de medias entre inestabilidad emocional y resiliencia</i>	235
Tabla 90. <i>Prueba de comparación de medias entre inestabilidad emocional y control personal</i>	236
Tabla 91. <i>Prueba de comparación de medias entre inestabilidad emocional y competencia social</i> ..	236



Tabla 92. Prueba de comparación de medias entre ideación suicida y resiliencia	237
Tabla 93. Prueba de comparación de medias entre ideación suicida y control personal	237
Tabla 94. Prueba de comparación de medias entre independencia económica y resiliencia	239
Tabla 95. Prueba de comparación de medias entre interposición de la denuncia y resiliencia	239
Tabla 96. Correlación entre falta de apoyo social y distintos tipos de apoyo.....	240
Tabla 97. Correlación entre resiliencia, falta de apoyo social y distintos tipos de apoyo.....	241
Tabla 98. Prueba de comparación de medias entre falta de apoyo social y resiliencia	241
Tabla 99. Prueba de comparación de medias entre dominancia y resiliencia	244
Tabla 100. Prueba de comparación de medias entre afabilidad y resiliencia	244
Tabla 101. Prueba de comparación de medias entre rechazo al tratamiento y resiliencia.....	245
Tabla 102. Prueba de comparación de medias entre rechazo al tratamiento y control personal	246



ANEXOS



ANEXO 1

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO PARA MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO



Cuestionario sociodemográfico para mujeres víctimas de violencia de género

CÓDIGO	
--------	--

1. FECHA	
----------	--

2. RECURSO DE RECOGIDA DE INFORMACIÓN	
Centro de Emergencia	
CAVI	

INFORMACIÓN GENERAL (Preguntas 4 a 9)

4. EDAD ACTUAL VÍCTIMA		5. EDAD ACTUAL AGRESOR	
------------------------	--	------------------------	--

6. NACIONALIDAD VÍCTIMA		7. NACIONALIDAD AGRESOR	
----------------------------	--	----------------------------	--

Por favor, marque con una X lo que corresponda.

8. En caso de ser extranjera, señalar su situación	REGULAR	IRREGULAR	
--	---------	-----------	--

9. ¿Ha estado o está en algún recurso para mujeres maltratadas?			
TIPO DE RECURSO	SI	NO	TIEMPO EN MESES
Centro de emergencia			
Casa de acogida			
Piso tutelado			
Centro de atención a víctimas (Cavi)			
No sabe/ No contesta			



RECURSOS Y APOYOS (Preguntas 10 a 17)

Por favor, marque con una X lo que corresponda.

(Nota: los datos referidos al agresor hacen referencia a su pareja agresora más reciente)

10. NIVEL FORMATIVO VÍCTIMA		11. NIVEL FORMATIVO AGRESOR	
Sin estudios		Sin estudios	
Educación primaria		Educación primaria	
Educación secundaria		Educación secundaria	
Formación Profesional		Formación Profesional	
Bachiller		Bachiller	
Estudios universitarios		Estudios universitarios	
Otros		Otros	Otros
No sabe/ No contesta		No sabe/ No contesta	

12. SITUACIÓN LABORAL VÍCTIMA		13. SITUACIÓN LABORAL AGRESOR	
Trabajo por cuenta propia		Trabajo por cuenta propia	
Trabajo por cuenta ajena		Trabajo por cuenta ajena	
Trabajo sin contrato o precario		Trabajo sin contrato o precario	
Estudiante		Estudiante	
No trabaja fuera del hogar		Demandante de empleo con prestación por desempleo	
Demandante de empleo con prestación por desempleo		Demandante de empleo con subsidio	
Demandante de empleo con subsidio		Desempleado sin prestación	
Demandante de empleo con RAI		Pensionista	
Desempleada sin prestación		No sabe/ No contesta	
Perceptora de alguna prestación social			
Pensionista			



No sabe/ No contesta

Por favor, marque con una X lo que corresponda.

14. ¿Tiene alguna discapacidad?	
Tipo	Grado
Física	
Psíquica	
Sensorial	

Por favor, marque con una X en SI o en NO. Además, indique el grado de importancia que tiene para usted ese apoyo, siendo 0 no es nada importante para mi, 5 es importante, y 10 es un apoyo vital.

17. ¿Cuenta con algún tipo de apoyo familiar/social? ¿Qué grado de importancia de 0 a 10 le atribuye a los distintos tipos de apoyos?.										
TIPO DE APOYO	SI	NO	GRADO DE IMPORTANCIA							
Padre			1	2	3	4	5	6	7	8
Madre			1	2	3	4	5	6	7	8
Hermanos/as			1	2	3	4	5	6	7	8
Amigos/as			1	2	3	4	5	6	7	8
Hijos/as			1	2	3	4	5	6	7	8
Profesional			1	2	3	4	5	6	7	8
Otros			1	2	3	4	5	6	7	8



RELACIÓN CON EL AGRESOR (Preguntas 18 a 37)

Por favor, marque con una X lo que corresponda.

18. Relación actual con el agresor	
Novio	<input type="checkbox"/>
Exnovio	<input type="checkbox"/>
Pareja de hecho	<input type="checkbox"/>
Expareja	<input type="checkbox"/>
Cónyuge	<input type="checkbox"/>
Exconyuge	<input type="checkbox"/>

19. Años de relación	
Sin convivencia	<input type="checkbox"/>
Convivencia en pareja	<input type="checkbox"/>
Periodos intermitentes	<input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/>

Por favor, marque con una X en SÍ o NO y, en su caso, indique el número de intentos de ruptura y reconciliaciones.

20. ¿Ha tenido intentos de ruptura?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Nº de intentos	<input type="checkbox"/>
21. ¿Se han reconciliado?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Nº de reconciliaciones	<input type="checkbox"/>

Por favor, marque con una X en SÍ o NO y, en su caso, indique las edades en cada una de las casillas.

22. ¿Tiene hijos/as?	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	EDADES	<input type="checkbox"/>						
----------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	--------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



Por favor, marque con una X lo que corresponda

23. Situación actual de convivencia en relación al agresor.	
Sin convivencia	<input type="checkbox"/>
Convivencia en pareja	<input type="checkbox"/>
Trámites de separación/divorcio	<input type="checkbox"/>
Separación	<input type="checkbox"/>
De menos de 1 mes	<input type="checkbox"/>
Entre 1 y 3 meses	<input type="checkbox"/>
Entre 3 y 6 meses	<input type="checkbox"/>
Entre 6 y un año	<input type="checkbox"/>
Más de 1 año	<input type="checkbox"/>
Más de 2 años	<input type="checkbox"/>
Más de 5 años	<input type="checkbox"/>
Más de 10 años	<input type="checkbox"/>
Más de 15 años	<input type="checkbox"/>
Más de 20 años	<input type="checkbox"/>
Separación pero conviviendo juntos	<input type="checkbox"/>

24. En caso de convivir con el agresor, indique que otras personas conviven con la pareja	
Hijos/as propios	<input type="checkbox"/>
Hijos/as de relaciones anteriores de la mujer	<input type="checkbox"/>
Hijos/as de relaciones anteriores del hombre	<input type="checkbox"/>
Madre/padre del agresor	<input type="checkbox"/>
Madre/padre de la víctima	<input type="checkbox"/>
Otros	<input type="checkbox"/>
TOTAL	<input type="checkbox"/>



Por favor, marque con una X en SÍ o NO y, en su caso, indique el tipo de maltrato y la frecuencia, señalando habitual, si sucede con frecuencia, o esporádico, si ocurre de vez en cuando.

25. En caso de tener hijos/as, ¿han presenciado episodios de maltrato?		SI		NO	
		FRECUENCIA (habitual/esporádico)			
TIPO DE MALTRATO PRESENCIADO					
Físico					
Psicológico					
Sexual					

26. En caso de tener hijos/as, ¿han sufrido algún tipo de maltrato por su pareja?		SI		NO	
		FRECUENCIA (habitual/esporádico)			
TIPO DE MALTRATO					
Físico					
Psicológico					
Sexual					

27. ¿Han recibido sus hijos/as apoyo psicológico por la situación de violencia vivida?		SI		NO		Tipo de servicio	SAPM	
							Otros	

Por favor, marque con una X en SÍ o NO y, en su caso, indique el número de relaciones.

28. ¿Ha tenido otras relaciones de maltrato?		SI		NO		Nº relaciones	
---	--	----	--	----	--	---------------	--



29. ¿Tiene otros antecedentes de algún tipo de maltrato en su vida?	
Presenció maltrato psicológico en casa cuando era niña	
Sufrió maltrato psicológico en casa cuando era niña	
Presenció maltrato físico en casa cuando era niña	
Sufrió maltrato físico en casa cuando era niña	
Sufrió abusos sexuales ejercido por personas allegadas	
Sufrió abusos sexuales ejercido por personas extrañas	
Presenció abusos sexuales cuando era niña	
Ha sufrido maltrato por otras parejas	
Ha sufrido maltrato por extraños	
No sabe/no contesta	

Por favor, marque con una X lo que corresponda.

30. ¿Tiene el agresor algún tipo de antecedente de maltrato en su vida?	
Presenció maltrato psicológico en casa cuando era niño	
Sufrió maltrato psicológico en casa cuando era niño	
Presenció maltrato físico en casa cuando era niño	
Sufrió maltrato físico en casa cuando era niño	
Sufrió abusos sexuales ejercido por personas allegadas	
Sufrió abusos sexuales ejercido por personas extrañas	
Presenció abusos sexuales cuando era niño	
Ejerció maltrato a otras parejas	
Ha sufrido maltrato por extraños	
No sabe/no contesta	

Por favor, marque con una X lo que corresponda.

31. ¿Qué edad tenía cuando empezó la relación con su pareja?	
Menos de 15 años	
Entre 16 y 20 años	
Entre 21 y 25 años	
Entre 26 y 30 años	
Entre 31 y 40 años	
Más de 41 años	

32. ¿Cuándo empezó el maltrato?	
Desde el comienzo de la relación	
A los 3 meses	
A los 6 meses	
Al año	
A los 2 años	
Más de 3 años	



33. ¿Cuántos años lleva sufriendo o ha sufrido maltrato?	
De 1 a 3 meses	
De 3 a 6 meses	
De 6 meses a 1 año	
De 1 año a 3 años	
De 3 años a 6 años	
De 6 años a 10 años	
Más de 10 años	

34. ¿Coincidio el inicio del maltrato con algún acontecimiento determinado?	
Cuando nos casamos	
Cuando iniciamos la convivencia	
Cuando quedé embarazada	
Cuando nació nuestro primer hijo/a	
Otras	

Por favor, marque con una X en SÍ o NO, e indique el grado de 0 a 10, donde 1 significa no es nada tradicional, 5 es un poco patriarcal/machista, y 10 es muy patriarcal/machista. Ver ANEXO.

35. ¿Considera que tiene una visión patriarcal o machista de lo que debe ser una pareja?	SI	NO	GRADO									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
36. ¿Considera que el agresor tiene una visión patriarcal o machista de lo que debe ser una pareja?	SI	NO	GRADO									
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

37. ¿Cuál es su percepción del grado de riesgo o peligrosidad que tiene? (Cree que su vida corre peligro).	
Valorar de 1 a 10, donde 1 es ausencia de peligro, 5 es a veces teme por su vida, y 10 es peligro extremo.	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10



ESTRATEGIAS DE CONTROL/MALTRATO (Pregunta 38)

Ver ANEXO

38. ¿Qué tipo de estrategias de control utiliza el agresor?										
Valorar de 1 a 10, donde 1 es nunca/no sucede, 5 es frecuentemente, y 10 es siempre/constantemente.										
ESTRATEGIA		FRECUENCIA								
DEGRADACIÓN: Reduce o rebaja su valor esencial como persona		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10								
ESTRATEGIAS DEFENSIVAS: Le traslada la responsabilidad de sus conductas violentas		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10								
DISTORSIÓN DE LA REALIDAD SUBJETIVA: Transforma su percepción de la realidad, su juicio, conciencia y memoria		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10								
SOBRECARGA DE RESPONSABILIDADES: Exige que se haga cargo por entero de los problemas y responsabilidades compartidas		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10								
PRIVACIÓN: Limita o reduce la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas (personales, sociales y laborales)		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10								
INTIMIDACIÓN: Causa o infunde temor, miedo o terror		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10								
COSIFICACIÓN: La trata como un objeto, sin necesidades, deseos, posibilidades o elecciones propias		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10								



SALUD (Preguntas 39 a 43)

Por favor, marque con una X en Sí o No y, en su caso, el tipo de enfermedad física o trastorno mental.

39. ¿Padece o ha padecido algún tipo de enfermedad física?	SI		NO		40. ¿Padece o ha padecido algún tipo de trastorno mental?	SI		NO	
Hipertensión					Ansiedad				
Dolores de cabeza					Depresión				
Fibromialgia					Ataques de pánico				
Dolor crónico					TEPT				
Dismenorrea					Consumo de sustancias/alcohol				
Fatiga crónica					Insomnio				
Otros					Otros				

Por favor, marque con una X en Sí o No y, en su caso, el tipo de medicación.

41. ¿Toma algún tipo de medicación?	SI		NO	
Analgésicos				
Antidepresivos				
Ansiolíticos				
Otros				



Por favor, marque con una X en SÍ o NO y, en su caso, el número de veces, y si ha sido por maltrato o por otros motivos.

42. ¿Ha estado sometida a intervención psicológica en alguna ocasión?	SI	NO	Nº DE VECES	POR MALTRATO	POR OTROS MOTIVOS

Por favor, marque con una X en SI o NO, y en su caso, el número de veces, y el tipo de lesión.

43. ¿Ha sido intervenida médica en alguna ocasión por el maltrato recibido?	SI	NO	Nº DE VECES	TIPO DE LESIÓN	
				FRACTURAS ÓSEAS	
				CONTUSIONES	
				HERIDAS	
				OTRAS	

ASPECTOS JURÍDICOS (Preguntas 44 a 48)

Por favor, marque con una X en SÍ o NO y, en su caso, el número de veces.

44. ¿Ha presentado denuncia en alguna ocasión?	SI	NO	Nº DE VECES

En caso afirmativo, marque con una X en SÍ o NO y, en su caso, el número de veces.

45. ¿Ha ratificado la denuncia en alguna ocasión?	SI	NO	Nº DE VECES



Por favor, marque con una X en SÍ o NO y, en su caso, marque con una X el tipo de resolución judicial.

46. ¿Tiene alguna resolución en vigor por violencia de género?	SI	NO	TIPO DE RESOLUCIÓN JUDICIAL
		En proceso	
		Auto de orden de protección	
		Sentencia condenatoria	
		Sentencia absolutoria	

Si existe orden de protección, por favor, marque con una X en SÍ o NO y, en su caso, el número de veces.

47. ¿Ha quebrantado el agresor la orden de protección?	SI	NO	Nº DE VECES

48. ¿Ha quebrantado usted la orden de protección?	SI	NO	Nº DE VECES



OTRAS CUESTIONES (Preguntas 49 a 50)

Conteste a estas preguntas si todavía no ha superado la situación de violencia de género, convive con el agresor y/o está en proceso de separación. Por favor, marque con una X lo que proceda. Ver ANEXO en ambas preguntas

49. ¿En qué momento se encuentra según el modelo de Walker en el momento de realizar la recogida de datos? (ver anexo)	
Acumulación tensión	
Explosión violenta	
Arrepentimiento	

50. ¿En qué fase se encuentra según el modelo de Prochaska y DiClemente en el momento de realizar la recogida de datos? (ver anexo)	
Precontemplación	
Contemplación	
Preparación	
Acción	
Recaída	
Mantenimiento	

Muchas gracias por su colaboración.



ANEXO

Ítem 15. Indicar SÍ, si tiene medios económicos propios para mantenerse.

Ítem 16. Indicar SÍ, si la vivienda conyugal es de su propiedad o vive en régimen de alquiler pero independiente del agresor. Indicar No si la vivienda es de su marido (bien privativo) aunque viva en ella temporalmente.

Ítems 35 y 36. Definir una “visión patriarcal o machista” como aquella que considera que tanto mujeres como hombres deben asumir roles y mandatos de género que, respectivamente, asignen valores de poder y control a lo masculino, y de sumisión y cuidado a lo femenino.

Ítem 38. Para una mejor comprensión, consultar las conductas incluidas en cada estrategia de control (Soria, 2009):

ESTRATEGIA	CONDUCTAS
DEGRADACIÓN: Reduce o rebaja su valor esencial como persona	<ol style="list-style-type: none">1. Tratar a la mujer como inferior, estúpida e inútil.2. Insultar: “puta”, “tonta”, “bruja”, “loca”.3. Realizar observaciones mordaces sobre su imagen y apariencia física.4. Buscar errores y fallos constantemente.5. Evidenciar defectos y debilidades.6. Criticar su falta de habilidad como pareja, compañera sexual, madre o trabajadora (“ni siquiera sirves para...”).7. Descalificar sus habilidades, capacidades y recursos.8. Despreciar sus normas, metas y actitudes.9. Ridiculizar todo lo que para ellas es importante y valioso.10. Burlarse de lo que hace o dice.11. No expresar reconocimiento por sus cualidades y aciertos.12. Sabotear sus éxitos y logros.



	<ol style="list-style-type: none">13. Manifestar desprecio hacia la familia de origen.14. Humillar y desacreditar públicamente.15. Desautorizar delante de terceros.16. Seducir a otras mujeres en su presencia.
ESTRATEGIAS DEFENSIVAS: Le traslada la responsabilidad de sus conductas violentas	<ol style="list-style-type: none">1. Minimización: restar importancia o gravedad a los hechos, argumentando que no han sido tan graves.2. Fundamentación: argumentar para que parezca que es correcto lo que hizo.3. Racionalización: explicar coherentemente y desde la lógica, motivaciones, conductas y hechos.4. Desviación del problema: achacar su violencia a circunstancias externas y ajenas a sí mismo.5. Negación abierta de la violencia, utilizándolo como defensa para restar credibilidad al relato de la víctima.6. Olvido: asegurar no recordar lo ocurrido.7. Chantaje emocional (estrategia de arrepentimiento): Inducir sentimientos de lástima, pena.
DISTORSIÓN DE LA REALIDAD SUBJETIVA: Transforma su percepción de la realidad, su juicio, conciencia y memoria	<ol style="list-style-type: none">1. Negar valor o credibilidad a las observaciones de ella.2. Utilización sistemática de argumentos contradictorios.3. Usar la ilusión de alternativas.4. Utilizar un lenguaje vago, impreciso y confuso ("perverso").5. Convertir aspectos triviales, en razones profundas.6. Tergiversar conversaciones y acuerdos.7. Manipular a través del malhumor.8. Elogiar y humillar alternativamente.9. Realizar pequeñas concesiones (regalos, sorpresas...) para luego ser retiradas.10. Mantener una imagen social opuesta a la que tiene en privado.



	<ol style="list-style-type: none">11. Apelar a la superioridad de su lógica o razón.12. Monopolizar la definición de "seriedad".13. "Olvidar" sus promesas.14. Engañar, mentir o negar lo evidente.15. Hacer acusaciones de deslealtad, infidelidad o paternidad dudosa.16. Trasladar o cambiar objetos deliberadamente.17. Manipular el estado físico (alterar el sueño y el reposo, inducir a tomar tranquilizantes...).
SOBRECARGA DE RESPONSABILIDADES: Exige que se haga cargo por entero de los problemas y responsabilidades compartidas	<ol style="list-style-type: none">1. Actuar como si fuera el dueño de la casa.2. Tratar a la mujer como si tuviera que estar siempre disponible y a su servicio.3. Revisar las tareas domésticas y exigir su estricto cumplimiento.4. Crear un tiempo de descanso o diversión a costa de la sobrecarga de la mujer.5. Definir como "impostergables" actividades que en realidad no lo son y que le alejan del hogar.6. Imponer tiempos y espacios.7. Exigir que adivine sus pensamientos, deseos o necesidades.8. Realizar demandas triviales para polarizar su atención en él.9. No participar en las tareas del hogar y del cuidado de sus hijos e hijas.10. Mostrarse celoso y competitivo con los hijos/as.11. Negarle su derecho a ser atendida y cuidada.12. Culpar de cualquier problema o conflicto familiar.
PRIVACIÓN: Limita o reduce la posibilidad de satisfacer las necesidades básicas (personales, sociales y laborales)	<ol style="list-style-type: none">1. Controlar o restringir salidas y horarios.2. Decidir dónde puede y dónde no puede ir.3. Impedir que le acompañe a actos sociales o exigir que



	<p>acuda cuando él quiere.</p> <p>4. Prohibir las relaciones familiares y sociales.</p> <p>5. Sabotear o generar situaciones incómodas para que las demás personas se alejen.</p> <p>6. Retener en el hogar.</p> <p>7. Desconectar el teléfono o la conexión a internet cuando él se va.</p> <p>8. Ocultar información sobre los ingresos o la situación económica.</p> <p>9. Denegar el acceso a los bienes comunes (cuentas bancarias, tarjetas de crédito...).</p> <p>10. Entregar asignaciones insuficientes para el mantenimiento de las necesidades familiares (frecuentemente con reproches).</p> <p>11. Interferir en las decisiones de trabajo y/o formación profesional.</p> <p>12. Obligar a rendir cuentas detalladas de todos los gastos realizados.</p> <p>13. Endeudarse sin su conocimiento y/o su consentimiento.</p> <p>14. Llevarla a procedimientos costosos para ella, destruir los bienes comunes, no pagar la manutención a sus hijos/as.</p>
INTIMIDACIÓN: Causa o infunde temor, miedo o terror	<p>1. Amenazar (con echar de casa, con destruir el patrimonio, con quitar los/las hijas, con incrementar el maltrato, de muerte, de secuestro, de suicidio...).</p> <p>2. Agredir físicamente: empujar, zarandear, abofetear, perseguir, golpear con objetos, patear, escupir, pelizcar, tirar del pelo, morder, agarrar del cuello, quemar, provocar abortos...</p> <p>3. Agredir sexualmente/violar.</p> <p>4. Utilizar gestos, miradas, posturas o tonos de voz amenazantes.</p> <p>5. Gritar y hacer ostentación del tamaño físico.</p>



	<ol style="list-style-type: none">6. Acosar telefónicamente, perseguir, vigilar...7. Romper o lanzar objetos.8. Destrozar enseres.9. Crear desorden, ensuciar a propósito, desparramar basura.10. Atacar a los animales domésticos.11. Conducir de manera temeraria, poniendo en riesgo su seguridad.12. Ocupar la cama con elementos que la atemorizan (armas, material pornográfico...).
COSIFICACIÓN: La trata como un objeto, sin necesidades, deseos, posibilidades o elecciones propias	<ol style="list-style-type: none">1. Ignorar su presencia y lo que ella le dice.2. Negarle la palabra como forma de castigo.3. Tomar decisiones de manera unilateral, sin respetar su opinión o sin contar con ella.4. Invadir espacios privados e íntimos.5. Espiar continuamente lo que hace.6. Destruir o dañar objetos con valor afectivo (fotos, cartas, recuerdos...).7. Privar de necesidades básicas (alimento, aseo, sueño, cuidados médicos...).8. Descuidar en situaciones críticas (durante el embarazo, en enfermedades o lesiones...).9. Desdeñar el derecho a su privacidad, intimidad e iniciativa.10. Imponer las relaciones sexuales o la penetración.11. Obligar a prácticas sexuales no deseadas (desagradables, dolorosas...).12. Mostrar desconsideración durante las relaciones sexuales.13. Exigir el modo en que debe ir vestida, peinada o maquillada.14. Imponer qué libros tiene que leer o qué música debe



	escuchar. 15. Dar órdenes constantemente. 16. Exigirle obediencia.
--	--

Ítem 49. Señalar la fase en que se encuentra la mujer en el momento de cumplimentar el cuestionario según el Modelo del Ciclo de la Violencia de Lenore Walker (1979)

Fase 1. Acumulación de tensión. Señalar con una X si: La tensión es el resultado del aumento de conflictos en la pareja. El maltratador es hostil, aunque aún no lo demuestra con violencia física, y la víctima trata de calmar la situación y evita hacer aquello que cree que disgusta a su pareja, pensando que puede evitar la futura agresión. Esta fase se puede dilatar durante varios años.

Fase 2. Explosión violenta. Señalar con una X si: Es el resultado de la tensión acumulada en la fase 1. En esta segunda etapa se ha perdido por completo toda forma de comunicación y entendimiento y el maltratador ejerce la violencia en su sentido amplio, a través de agresiones verbales, psicológicas, físicas y/o sexuales. Es en esta fase cuando se suelen denunciar las agresiones o se solicita ayuda, ya que se produce en la víctima lo que se conoce como "crisis emergente".

Fase 3. Arrepentimiento. Señalar con una X si: Durante esta etapa la tensión y la violencia desaparecen y el hombre se muestra arrepentido por lo que ha hecho, colmando a la víctima de promesas de cambio. Esta fase se ha venido a llamar también de "luna de miel", porque el hombre se muestra amable y cariñoso, emulando la idea de la vuelta al comienzo de la relación de afectividad. A menudo la víctima concede al agresor otra oportunidad, creyendo firmemente en sus promesas. Esta fase hace más difícil que la mujer trate de poner fin a su situación ya que, incluso sabiendo que las agresiones pueden repetirse, en este momento ve la mejor cara de su agresor, lo que alimenta su esperanza de que ella le puede cambiar.

Ítem 50. Señalar la fase en que se encuentra la mujer en el momento de cumplimentar el cuestionario según el Modelo Prochaska y DiClemente.

Pre-contemplación. Señalar con una X si:

- La mujer no reconoce la violencia como un problema (no se plantea modificar su situación o conducta).
- Justifica las agresiones de la pareja (no cree que sea maltrato) y se culpa por ello.

Contemplación. Señalar con una X si:

- Empieza a tomar conciencia de que existe una relación abusiva, pero se muestra ambivalente: ve el problema pero no se compromete a cambiarlo.
- Justifica las agresiones de la pareja y no es capaz de diferenciar responsabilidades y se culpa por ello.
- Puede establecer relaciones causales entre el maltrato y el daño psicológico a ella y sus hijos, reflexionando. Y expresar las emociones involucradas en el episodio.

Preparación (determinación). Señalar con una X si:



- La mujer identifica el problema y busca la forma y los recursos para resolverlo
- Se muestra receptiva hacia la ayuda que le ofrece su red de soporte social
- Motivada para hacer un cambio (*pequeños cambios*)
- Sitúa las responsabilidades de cada miembro de la pareja y ella actúa ocasionalmente para afrontar las tuyas. Todavía mantiene un cierto grado de ambigüedad e indecisión

Acción. Señalar con una X si:

- Cambios manifiestos: la mujer está resolviendo su situación (busca un trabajo, habla con un abogado para iniciar un proceso de separación)
- Lamenta no haber actuado antes frente a las agresiones
- Se da cuenta de que no tiene suficientes recursos personales para resolver sus carencias y pide ayuda.

Mantenimiento. Señalar con una X si:

- Consolidar el cambio (conservarlo)
- Es importante no recaer en el problema (recaída)
- Aprende habilidades diferentes que se necesitan cambiar (resolver problemas económicos, por ejemplo)

Recaída. Señalar con una X si:

- Puede ocurrir en el estado de la acción o el mantenimiento
- Fracaso en las estrategias utilizadas para el cambio (paso para atrás):
- Aparecen sentimientos de fracaso, desesperanza, culpa y frustración

AUTORA: M^a Dolores Andréu Álvarez