

Vulnerabilidad y daño psíquico en mujeres víctimas de violencia en el medio familiar



Antonio Molina Rodríguez

TESIS DOCTORAL

Editor: Universidad de Granada. Tesis Doctorales
Autor: Antonio Molina Rodríguez
ISBN: 978-84-9125-821-6
URI: <http://hdl.handle.net/10481/43550>

UNIVERSIDAD DE GRANADA

Facultad de Medicina



**Vulnerabilidad y Daño Psíquico
en Mujeres Víctimas de Violencia
en el Medio Familiar**

Tesis Doctoral

Antonio Molina Rodríguez

Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Antropología Física

Programa de Doctorado Avances en Medicina

Dirigida por la

Excma. Sra. Prof. María Castellano Arroyo

Granada, Diciembre 2015



ugr

Universidad
de Granada

D^a MARÍA CASTELLANO ARROYO, CATEDRÁTICA DE MEDICINA LEGAL Y FORENSE DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA, EN COMISIÓN DE SERVICIO EN LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ DE HENARES, CON EL MISMO CARGO, con DNI 25.899.785-Z

CERTIFICA:

Que D. ANTONIO MOLINA RODRÍGUEZ ha realizado la Tesis Doctoral titulada “Vulnerabilidad y Daño Psíquico en mujeres víctimas de violencia en el medio familiar”, bajo mi dirección.

La realización del trabajo se ha extendido a casi diez años debido a la dificultad de recogida de datos, al gran número de datos tratados estadísticamente, con laboriosa ordenación y selección de lo que debía constituir el contenido final de esta Tesis.

Los datos se atienen a la realidad de los objetivos propuestos y se corresponden a los hallazgos científicos y estadísticos. La discusión se ha establecido con los artículos y publicaciones encontradas sobre el tema, recogiendo tanto lo coincidente como lo discrepante.

Las conclusiones son expresión de los resultados obtenidos.

Lo que hago constar a los efectos oportunos, al considerarla adecuada para su defensa pública.

En Granada a 19 de noviembre de dos mil quince

Fdo: María Castellano Arroyo

Informe del Doctorando y de los Directores de Tesis.

El doctorando Antonio Molina Rodríguez y la directora de la tesis María Castellano Arroyo garantizamos, al firmar esta tesis doctoral, que el trabajo ha sido realizado por el doctorando bajo la dirección del director de la tesis y hasta donde nuestro conocimiento alcanza, en la realización del trabajo, se han respetado los derechos de otros autores a ser citados, cuando se han utilizado sus resultados o publicaciones.

En Granada, a 14 de Diciembre de 2015

Director/es de la Tesis

María Castellano Arroyo



Fdo.: María Castellano Arroyo

Doctorando

Antonio Molina Rodríguez



Fdo.: Antonio Molina Rodríguez

*A mis padres, Antonio y Eugenia
que con su esfuerzo y sacrificio
han luchado constantemente para que
sus hijos tuvieran un futuro lleno de oportunidades.*

*A mis abuelos, que ya no están.
A Lola y a Mini, víctimas del maltrato de los humanos.*

*“Confiesa haber pasado miedo,
aunque no con tanta intensidad como otras veces;
pero no llora, sabe que lo importante es el mañana,
cuando de nuevo se presente en su casa.
No puede huir, cambiar de nombre, de profesión,
esto ocurre en las películas, no en la realidad.
Quedaba negarse, tener un raptó de valentía, de dignidad.
Decirle “no”, en plena calle, sin miedo,
luchar con todas sus fuerzas si era preciso.
Cualquier cosa, antes que volver a la tortura.”*

José Manuel Ruiz

La Hipótesis de Verónica (2005)

AGRADECIMIENTOS

Tengo en mi corazón tres sentimientos en compañía de los cuales no me aburro nunca: la curiosidad, el amor y el agradecimiento. Del último es ahora momento de hablar.

Desde el año 2002 en el que se inició este trabajo de investigación, han pasado muchas cosas y también muchas personas. Algunas *llegaron por primera vez* y otras, *ya no están*. En este tiempo, he aprendido a observar a las personas que me rodean y a ver lo que es invisible en su conducta. También ha cambiado mi forma de ver la vida y de entender los problemas y sufrimientos de los demás. A ello han contribuido todas las mujeres víctimas de malos tratos que tuvieron la valentía de contarnos sus vivencias y sufrimientos y que nos abrieron las puertas de sus casas.

La profesora María Castellano es una de esas personas que la vida hace que se cruce en tu porvenir para cambiártelo. De *doña María* se pueden decir muchas cosas sobre lo que representa su figura para la Medicina Legal española, pero aún más son aquellas valiosas que se pueden decir de ella como persona. Es una de esas mujeres que son excepcionales en su tiempo y circunstancias. Hace ya 14 años, fue ella quien primero me recibió cuando llegué como médico residente al Departamento y desde entonces me ha llevado por el apasionante camino de la Medicina Legal y Forense. A ella le debo todo lo que he aprendido y mi profundo interés y dedicación a la Psiquiatría Forense.

Mi agradecimiento hacia mi maestro será permanente durante toda mi vida.

Al profesor Juan de Dios Luna del Castillo, Catedrático de Bioestadística de la Universidad de Granada, por crear un mundo de números, combinaciones y asociaciones estadísticas tan extraño y complejo para mí. Él me lo hizo comprensible con paciencia y amabilidad, dedicándome su valioso tiempo. Un diseño como éste no se hace sin una *mente maravillosa* como la suya.

En la finalización de esta tesis doctoral juega un papel crucial doña Sofía Idrissi, doctora en Psicología y directora de la Unidad de Psicología del Centro de Psicología y Medicina Legal de Ronda (Málaga). De *Sofía* todo lo que pueda decir es poco, por la palabra amable y la calidez con la que trata a los demás, por su despliegue de talento, esfuerzo y conocimientos y por su dedicación a la tarea de que investiguemos siempre juntos.

También le estoy profundamente agradecido a la profesora Esperanza Ortega, Catedrática de Bioquímica de la Universidad de Granada, por su interés, por todas las gestiones que ha hecho por mí y por *la tablilla* que le echó al naufrago. *Esperanza es mucha Esperanza*.

Muy importante han sido don *José Manuel Ruiz* y su inseparable *Pancho*. En ellos, la palabra AMIGO adquiere su mayor trascendencia. Muchas gracias por los cafés con gotas, por el consejo sensato en una biblioteca llena de conocimientos e historias, la revisión del texto y, por supuesto, también por su *Hipótesis*.

Quiero tener presente muy especialmente a doña Ana Isabel Torres Farrugia que tantas veces evitó que este proyecto pudiera perderse y para la que la familia es tan importante.

No me quiero olvidar de los Doctores doña Victoria Fernández-Nogueras y don José Luis García-Santalla, Médicos Especialistas en Medicina Legal y Forense, grandes compañeros que participaron en las fases iniciales del trabajo con la recogida y organización de los datos. Tampoco de todos los miembros del Departamento de Medicina Legal de la Universidad de Granada que siempre me han tratado con aprecio y se han puesto a mi disposición para lo que me hubiera hecho falta.

Finalmente, quiero tener muy presente a *Lola*, mi podenquita linda, y a *Mini*, un gato canalla, que son mi leal compañía. Los dos también fueron víctimas del maltrato y del abandono. De ellos he aprendido lo desamparado que se puede llegar a estar cuando no te quieren. Sería mi deseo que esta tesis doctoral sirviera como punto de partida para investigar en las causas del maltrato y la violencia contra los animales.

Este trabajo no se habría terminado sin el apoyo, el tiempo, el interés, los conocimientos, el esfuerzo, el cariño, vuestra valentía y la incondicionalidad que habéis puesto en él.

A todos vosotros, mi más profundo agradecimiento.

RESUMEN

La violencia doméstica y las consecuencias para la salud de las mujeres que la experimentan hace de este fenómeno un serio problema de salud pública a nivel mundial (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts y García-Moreno, 2008).

Con las reformas jurídicas en relación a la Violencia Familiar, el número de denuncias por violencia doméstica ha aumentado en los Juzgados de Instrucción y en los Juzgados de Violencia contra la Mujer. Ante este nuevo panorama, la valoración médico-forense se convirtió en una herramienta necesaria para las decisiones judiciales. Por ello, la valoración médico-forense del daño y de las secuelas de la víctima es necesaria tanto para calificación jurídica de los hechos y la gravedad del delito, como para la posterior intervención y recuperación de la víctima. Esta valoración médico-forense debe ser integral y completa, tanto de la víctima, como del agresor y los hijos (cuando los haya) (Castellano Arroyo, Lachica López, Molina Rodríguez y Villanueva de la Torre, 2004; Williams, 2012).

Entre los autores se reconoce que las diferentes respuestas al estrés están relacionadas con distintas patologías derivadas del ineficaz manejo de las situaciones negativas y están condicionadas tanto a características de la situación como a características de la persona (Elian, 2005; McEwen y Wingfield, 2010). Es por ello que en los últimos años ha aumentado el interés por el estudio de estos factores y, en especial, el interés por conocer qué diferencia a unas personas de otras a la hora de afrontar con éxito una amenaza. A pesar de los avances producidos al respecto, todavía existen muchas preguntas sin respuestas concluyentes y no se conoce con claridad qué características relacionadas con el maltrato funcionan como variables de

vulnerabilidad o, por el contrario, de protección para la salud. Un ejemplo de estos esfuerzos lo encontramos en los trabajos realizados desde la Teoría del *Coping*, los cuales no han llegado aún a unas conclusiones consensuadas sobre las diferencias individuales en el afrontamiento a situaciones demandantes o estresante (Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003).

Con esta tesis queremos estudiar qué características de la víctima y de la situación de maltrato se asocia a un mayor daño psicofísico. Para ello, estudiamos la asociación entre los rasgos y perfiles de personalidad, la edad, el tipo de relación con el agresor, la habitualidad y el tipo de las agresiones, y la respuesta emocional, entendida como daño psíquico, de la mujer víctima de malos tratos. Los resultados nos permitirán conocer qué diferencia a las mujeres más vulnerables de las de mayor fortaleza psicológica.

En el **primer capítulo** se describen y delimitan los conceptos de violencia de género y personalidad. También hacemos un recorrido por los tipos de violencia y las consecuencias para la salud de las víctimas. Finalmente, abordamos los estilos de afrontamiento ante situaciones violentas o traumáticas, los conceptos de vulnerabilidad y resiliencia y, por último, los aspectos legislativos y jurídico-forenses de la violencia de género.

En el **capítulo 2**, exponemos la justificación del tema de estudio y describimos las hipótesis y los objetivos que dirigen el trabajo.

En el **capítulo 3**, describimos la muestra y el procedimiento. El tratamiento estadístico nos permitió agrupar los rasgos o factores de personalidad de la víctima en dos grupos de mujeres: las emocionalmente estables (MEE) y las emocionalmente inestables (MEI). A esta variable la llamamos “factores asociados”.

En el **capítulo 4** presentamos los resultados y en el **capítulo 5** los discutimos.

En primer lugar, exponemos los resultados descriptivos de nuestras variables.

Seguidamente mostramos los resultados del estudio bivariante en el que estudiamos la asociación de la personalidad (estudiada como rasgos individuales y

como “factores asociados”), la edad, la relación con el agresor y las características del maltrato con el daño psíquico medido a través de los instrumentos de evaluación estandarizados de la respuesta emocional y de la salud general. En este estudio se observó que la estabilidad emocional fue la variable que más se asoció con respuestas emocionales menos patológicas, teniendo los resultados una significación estadística más fuerte e intensa cuando la estabilidad emocional se estudió como “factores asociados”.

Finalmente, presentamos los resultados del análisis multivariante en el que estudiamos el efecto neto de las variables de personalidad recogidas en el 16PF, en sus dos modelos, junto con el resto de variables de la víctima y la situación de maltrato sobre la salud general, la adaptación socio-laboral, y los síntomas de ansiedad y depresión de las víctimas. Los resultados indicaron que la estabilidad emocional y la autoestima como factor se asociaron a menos síntomas de ansiedad, depresión y con mejor salud general. La edad y el tipo de maltrato y relación también se asociaron con el daño psicológico.

Por último, en el **capítulo 6** se presenta una discusión general de todos los resultados encontrados en los diferentes estudios realizados, así como sus implicaciones, limitaciones y perspectivas futuras de investigación.

En base a los resultados obtenidos en esta tesis, se desprenden las siguientes conclusiones:

Primera. La edad representativa de las mujeres maltratadas que han participado en este estudio oscila entre 31-40 años. La edad es una variable que podemos considerar de vulnerabilidad para el daño psicológico de estas mujeres.

Segunda. La “relación estable” es el contexto más frecuente en el que se produce la violencia de género, sin embargo, la “relación transitoria” fue en la que el daño psíquico se hizo más evidente y se explicó mejor.

Tercera. El tipo de “violencia compleja” fue el que se produjo con mayor frecuencia y el que mostró ser un factor determinante en la aparición del daño psíquico.

Cuarta. El grupo de mujeres emocionalmente inestable demostró ser el más vulnerable psicológicamente, con una media de puntuaciones en los indicadores de daño psíquico superior al grupo de mujeres emocionalmente estables, con una diferencia estadísticamente significativa. Esta diferencia se constituye en un factor de riesgo para que el daño psíquico sea mayor y más grave.

Quinta. La estabilidad emocional y la autoestima fueron las características de personalidad que diferenciaron mejor a ambos grupos y jugaron un papel más determinante en la vulnerabilidad de las mujeres.

Sexta. Niveles altos de estabilidad emocional y autoestima serían, según nuestros resultados, indicadores de fortaleza psicológica y, por tanto, de menor vulnerabilidad, de forma que favorecerían un menor daño psicológico como respuesta a la experiencia traumática de la violencia.

Los resultados de nuestro estudio han sido publicados en revistas científicas de reconocido prestigio. También han sido presentados en congresos nacionales e internacionales de Medicina Legal y Forense.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	23
1. La violencia contra la mujer	25
1.1. Conceptualización	25
1.2. La violencia de género como problema social y de salud pública	28
1.3. Tipos de violencia.....	32
1.3.1. El maltrato psicológico en la pareja	32
1.4. Definición legal de violencia de género y de víctima	34
1.5. Consecuencias para la salud derivadas de la violencia	36
1.5.1. Daño físico.....	37
1.5.2. Daño psicológico	38
1.5.2.1. Trastornos afectivos y del estado de ánimo (depresión).....	41
1.5.2.2. La ansiedad	43
1.5.2.3. Síntomas somáticos de origen psíquico.....	44
1.5.2.4. La desadaptación de la persona	45
2. Concepto de personalidad.....	46
2.1. Definición	46
2.2. Perfiles de personalidad.....	48
2.3. Exploración de la personalidad	50
2.4. Estilos de afrontamiento	53
2.5. Vulnerabilidad psíquica y resiliencia	56
3. Regulación legal en España: del delito de lesiones a la violencia de género	59
3.1. Tipo autónomo: Violencia sobre la esposa o sobre relación análoga.....	63
3.2. Víctimas de especial vulnerabilidad.....	64
4. Medidas de protección integral contra la violencia de género	65
4.1. Ley orgánica 1/2004, contra la Violencia de Género	65
4.2. Ley 13/2007, contra la Violencia de Género en Andalucía.....	67
5. Aspectos Médico Forenses relacionados con la violencia de género	71
5.1. Consideraciones jurídico-forenses.....	71
5.2. Baremos de valoración del daño psíquico en la legislación española	77
5.2.1. El daño psíquico en el baremo de tráfico	79

5.3. La formación de los médicos especialistas en Medicina Legal y Forense.	83
5.4. Las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG).....	87
5.4.1. Las UVIVG en la Administración de Justicia de Andalucía.	88
5.4.2. El acceso a las Unidades de Valoración de Violencia de Género.	90
5.5. La intervención del médico forense durante la instrucción judicial.....	91
5.6. La pericia médico forense en la violencia de género.	93
II. OBJETIVOS DEL TRABAJO	99
III. MATERIAL Y MÉTODOS.....	105
1. MUESTRA.....	107
2. PROCEDIMIENTO.....	109
2.1. Instrumentos y medidas de evaluación.....	113
2.1.1. Entrevista semiestructurada.	114
2.1.2. Cuestionario 16-PF de Cattell.	114
2.1.2.1. Factor DM: Distorsión motivacional.....	116
2.1.2.2. Factor A: Reservado / Participativo (Afectividad).....	116
2.1.2.3. Factor C: Estabilidad emocional (Fuerza del Yo).....	116
2.1.2.4. Factor E: Sumisión / Dominancia (Asertividad).....	117
2.1.2.5. Factor F: Sobriedad / Entusiasmo (Impulsividad).....	117
2.1.2.6. Factor G: Atención a las normas.	117
2.1.2.7. Factor H: Introversión / Extroversión (Timidez).....	118
2.1.2.8. Factor I: Afectación por los sentimientos.....	118
2.1.2.9. Factor L: Confianza / Desconfianza (Suspiciencia).....	118
2.1.2.10. Factor M: Realista / Imaginativa (Sentido de realidad).....	118
2.1.2.11. Factor N: Franqueza / Astucia (Privacidad).....	118
2.1.2.12. Factor O: Segura / Preocupada (Aprensión).....	119
2.1.2.13. Factor Q1: Apertura al cambio.....	119
2.1.2.14. Factor Q2: Dependencia / Autosuficiencia (Independencia).....	119
2.1.2.15. Factor Q3: Autoestima.....	119
2.1.2.16. Factor Q4: Tendencia a la ansiedad (Tensión).....	119
2.1.3. Cuestionario de Salud General de Goldberg.....	120
2.1.4. Inventario de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo de Spielberger.....	122
2.1.5. Escala autoaplicada de depresión de Zung.....	123
2.2. Criterios de valoración del daño psíquico.....	125
2.3. Método estadístico.....	127

IV.RESULTADOS	131
1. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DESCRIPTIVO	133
1.1. Edad.....	133
1.2. Relación con el agresor	134
1.3. Tipo de violencia.....	134
1.4. Persistencia de la violencia (duración y frecuencia).....	135
1.5. Rasgos de personalidad del 16PF de Catell.....	135
1.5.1. Factor DM: Distorsión motivacional (Fuerza del Yo).....	135
1.5.2. Factor A: Reservado / Participativo (Afectividad).....	136
1.5.3. Factor C: Estabilidad emocional (Fuerza del Yo).....	136
1.5.4. Factor E: Sumisión / Dominancia (Asertividad).....	137
1.5.5. Factor F: Sobriedad / Entusiasmo (Impulsividad).....	138
1.5.6. Factor G: Atención a las normas.....	139
1.5.7. Factor H: Introversión / Extroversión (Timidez).....	139
1.5.8. Factor I: Afectación por los sentimientos.....	140
1.5.9. Factor L: Confianza / Desconfianza (Suspiciosa).....	141
1.5.10. Factor M: Realista / Imaginativa (Sentido de realidad).....	142
1.5.11. Factor N: Franqueza / Astucia (Privacidad).....	142
1.5.12. Factor O: Segura / Preocupada (Aprensión).....	143
1.5.13. Factor Q1: Apertura al cambio	144
1.5.14. Factor Q2: Dependencia / Autosuficiencia (Independencia).....	145
1.5.15. Factor Q3: Autoestima.....	146
1.5.16. Factor Q4: Tendencia a la ansiedad (Tensión).....	146
1.6. Análisis del agrupamiento de la personalidad.....	147
1.7. Inventario de ansiedad-rasgo de Spielberger (STAI- <i>Rasgo</i>).....	150
1.8. Prescripción de medicación de tipo psiquiátrico.....	151
1.9. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).....	151
1.9.1. Estudio del GHQ-total.....	151
1.9.2. Estudio de las subescalas del GHQ-28.....	154
1.9.2.1. Subescala GHQ-A. (Síntomas somáticos de origen psíquico).....	154
1.9.2.2. Subescala GHQ-B. (Ansiedad y trastornos del sueño).....	154
1.9.2.3. Subescala GHQ-C. (Adaptación socio laboral).....	154
1.9.2.4. Subescala GHQ-D. (Síntomas depresivos graves).....	155
1.10. Inventario de ansiedad-estado de Spielberger (STAI- <i>Estado</i>).....	157
1.11. Escala de depresión de Zung.....	158

2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO BIVARIANTE.....	159
2.1. Prescripción de medicación de tipo psiquiátrico.....	159
2.1.1. Asociación entre tratamiento farmacológico y rasgos de personalidad....	159
2.1.2. Asociación entre tratamiento médico y las variables relacionales.....	161
2.1.3. Asociación entre tratamiento médico con indicadores del daño psíquico..	163
2.2. Test que evalúan el daño psíquico.....	164
2.2.1. Correlaciones de variables independientes con GHQ-28.....	164
2.2.2. Correlaciones entre STAI y GHQ-28.....	168
2.2.3. Correlaciones de variables independientes con Zung.....	169
2.2.4. Correlaciones de variables independientes con STAI.....	171
2.2.4.1. Inventario de ansiedad-estado (STAI- <i>Estado</i>).....	171
2.2.4.2. Inventario de ansiedad-rasgo (STAI- <i>Rasgo</i>).....	173
3. ANÁLISIS ESTADÍSTICO MULTIVARIANTE.....	175
3.1. RESULTADOS DEL PRIMER ESTUDIO MULTIVARIANTE.....	175
3.1.1. Ansiedad-Estado / STAI- <i>Estado</i>	175
3.1.2. Ansiedad-rasgo / STAI- <i>Rasgo</i>	178
3.2. RESULTADOS DEL SEGUNDO ESTUDIO MULTIVARIANTE.....	180
3.2.1. Modelo estadístico M1 o de personalidad agrupada.....	184
3.2.2. Modelo estadístico M2 o de personalidad factorial.....	187
3.2.3. Síntesis de resultados del segundo estudio multivariante.....	192
3.3. INTEGRACIÓN DE LOS RESULTADOS MULTIVARIANTES.....	194
V. DISCUSIÓN.....	199
VI. DISCUSIÓN GENERAL Y PERSPECTIVAS FUTURAS.....	215
V.1 Discusión General.....	217
V.2 Conclusiones.....	220
V.3 Limitaciones y Perspectivas Futuras.....	221
BIBLIOGRAFÍA.....	223

CAPÍTULO I
INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

1. La violencia contra la mujer.

1.1. Conceptualización.

A pesar de que la violencia forma parte de la condición humana, poco se conoce de este fenómeno y de la magnitud de sus consecuencias, y existe poco acuerdo sobre su definición. Esto se debe a varios factores entre los que podemos destacar sus diferentes manifestaciones, la variedad de contextos sociales donde se ejerce, de si se aborda desde la perspectiva de la víctima o desde la del agresor (Bufacchi, 2005; De Haan, 2008; Imbusch, 2003) y a que diferentes disciplinas interesadas en este fenómeno tienen sus propias perspectivas e intereses a la hora de estudiarla (De Haan, 2008; Imbusch, 2003). Todo esto ha supuesto un obstáculo en el avance real del conocimiento de los determinantes de la violencia y sus implicaciones a nivel individual y social.

Cuando hablamos de violencia sufrida por una mujer a manos de su pareja, la sociedad asume que se está hablando de “Violencia de Género (VG)”; sin embargo, creemos necesario hacer algunas diferenciaciones al respecto.

A las dificultades conceptuales mencionadas más arriba, se suma que el concepto de VG es relativamente reciente y no es hasta mediados del siglo XX cuando se empieza a abordar la violencia sufrida por la mujer como una forma de violencia específica, independiente y de reconocida importancia, dejándose de considerar como un asunto privado (Alhabib, Nur y Jones, 2010; DeKeseredy, 2011; Ley Orgánica 1/2004). Así, un punto de inflexión en el abordaje de esta problemática, la encontramos en la “Declaración sobre la eliminación de la violencia

contra la mujer” de la ONU (Resolución de la Asamblea General 48/104, ONU, 1994), donde se enmarca la violencia de género tanto a nivel privado como público y la considera como un problema social. Este problema social, ha ido creciendo hasta tal punto que se considera una epidemia en algunas sociedades (Alhabib y cols., 2010).

Más allá de una simple diferencia filogenética entre ambos sexos, tradicionalmente se ha reconocido el origen de la violencia ejercida sobre la mujer en una estructura social patriarcal donde la sociabilización en los roles de género es clave para comprender este fenómeno sustentado en la relación de poder del hombre sobre la mujer y que está en la base de la concepción de la “Violencia de Género” (Guerra Verdeja, 2014; Hunnicutt, 2009). Sin embargo, Lorente Acosta y Lorente Acosta (1998) exponen que la incorporación de la mujer a la sociedad ha supuesto una inversión de roles, lo que hace que ésta desarrolle funciones que habitualmente ha venido realizando el hombre, obligando al varón a ocupar en algunas ocasiones el papel que desempeñaba la mujer y de este modo se ha producido una dependencia emocional, social, etc... Esta situación de desigualdad puede ser vista por el hombre como una situación de pérdida de poder, que si está acompañada de agresividad puede convertirse también en violenta.

Por lo tanto, en el abordaje de esta realidad social se ha tendido a identificar la “violencia de género” con la “violencia contra la mujer (VCM)” (Guerra Verdeja, 2014). Así, la ley española de protección integral contra la violencia de género (Ley Orgánica 1/2004) se refiere a la violencia de género como *“una manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres”*; *“una violencia que se dirige sobre las mujeres por el hecho mismo de serlo”*. Otro ejemplo lo encontramos en la Declaración de la ONU arriba referida donde la define como: *“... todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño...”* (Resolución de la Asamblea General 48/104, ONU, 1994).

Esta perspectiva reduccionista de la VG se enfoca exclusivamente en la violencia ejercida por el hombre hacia la mujer por el simple hecho de ser mujer, no abordando el fenómeno en su totalidad y dejando fuera otras realidades,

aunque diferentes en forma y severidad (Archer, 2000, 2002; Hamberger, 2005; Hamberger y Larsen, 2015), como son la “violencia contra el hombre” (Carney, Buttell y Dutton, 2007; Guerra Verdeja, 2014, Johnson, 2011; Johnson y Ferraro, 2000; Langhinrichsen-Rohling, 2010; Straus, 2011) y la violencia entre parejas del mismo sexo, realidad esta última donde esta diferencia de poder no existe (Bornstein, Fawcett, Sullivan, Senturia y Shiu-Thornton, 2006; McLaughlin y Rozee, 2001; Murray y Mobley, 2009). De no analizar la VG en su totalidad y teniendo en cuenta sus diferentes realidades, no llegaremos a comprender en profundidad su origen, significado y determinantes. De lo expuesto, podemos deducir que la VCM sería una manifestación de la VG y “no violencia de género en sí”.

Aclarada esta diferencia, se hace obligado especificar otra no menos importante, a saber, la diferencia entre violencia familiar, doméstica o de pareja y la VG y, en el caso que nos ocupa, VCM que es el objetivo de estudio. La violencia familiar, doméstica o de pareja es un tipo de violencia contra la mujer que se desarrolla en un contexto específico (Sabina, Cuevas y Zadnik, 2015) y podemos identificar estos contextos como de riesgo al darse las condiciones facilitadoras para que afloren las relaciones de dominio del hombre sobre la mujer y que favorecen la expresión de este tipo de violencia.

El maltrato doméstico está conformado por las agresiones físicas, psíquicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo, reiteradamente, por parte de un familiar (frecuentemente el marido) o persona que ha mantenido relación afectiva/sentimental o de pareja con la víctima, que causan daño físico y/o psíquico y vulneran la libertad de otra persona (habitualmente la esposa). La violencia repetida e intermitente que, a veces, se entremezcla con otros periodos de arrepentimiento y ternura, suscitan en la víctima una ansiedad extrema y unas respuestas de alerta y sobresalto permanentes (Echeburúa y col, 1990).

En este estudio se aborda la VCM estudiada en el contexto de las relaciones de pareja, entendiendo que sus determinantes van más allá de una diferencia de poder en términos de roles. Esta perspectiva implicaría una gama amplia de manifestaciones de abusos hacia las mujeres y sus formas tienen una fuerte influencia cultural (Watts y Zimmerman, 2002).

1.2. La violencia de género como problema social y de salud pública.

La VG es un problema de salud pública en España con una importancia para la sociedad por lo negativo del fenómeno y porque a pesar de las medidas adoptadas no se consigue erradicar (Guillén, 2010). Las muertes, aunque se han reducido en los tres últimos años, se continúan produciendo: 54 muertes al año, son muchas muertes. Añadido al problema de mortalidad, el profesor Curiel (2010) se expresa rotundamente cuando dice que las víctimas mortales directas son una importante llamada de atención, pero el mayor daño radica en el resto de las víctimas.

Según las estadísticas del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, los datos provisionales del año 2015 muestran que hasta el 10 de diciembre se habían producido 51 muertes por VG. En 11 de los casos hubo denuncia previa y en 4 de ellos la mujer había retirado la denuncia. El problema surge del desconocimiento de los factores que precipitan la muerte de 40 mujeres sin que hubiera un antecedente previo conocido y significa la importancia de las medidas preventivas y de acceso de la mujer a los procedimientos de información y ayuda.

En España está disponible el servicio telefónico de información y asesoramiento jurídico 016 en materia de violencia de género. Este servicio es gratuito y confidencial.

El boletín anual de VG de este Ministerio para el 2014, nos informa de la evolución de las cifras mortales entre los años 2003 y 2014 que fue de 761 mujeres (véase gráfico 1), de las que 155 de estas muertes se produjeron en Andalucía.

Gráfico 1. Víctimas mortales por Violencia de Género. Años 2003-2014.



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género.

En cuanto a las denuncias por VG, las estadísticas muestran (véase tabla 1) que en este mismo periodo se pusieron 1.052.177 denuncias y se impusieron 294,556 órdenes de alejamiento. Cifras que sin duda explican la magnitud del problema.

En la realidad española actual, por tanto, las agresiones sobre las mujeres tienen una especial incidencia, existiendo hoy una mayor conciencia que en épocas anteriores sobre esta forma de violencia, con un importante rechazo colectivo y una evidente alarma social. No en vano, los seres humanos tenemos mayor probabilidad de ser asaltados o torturados, física y mentalmente, en nuestro propio hogar, a manos de alguien supuestamente querido, que en ningún otro lugar (Rojas Marcos, 2005).

Tabla 1: Denuncias y órdenes de protección por VG entre 2003 y 2014.

DENUNCIAS POR VIOLENCIA DE GÉNERO - Enero 2007 a diciembre de 2014		
Total denuncias	100,0	1.052.177
Año 2007	12,0	126.293
Año 2008	13,5	142.125
Año 2009	12,9	135.540
Año 2010	12,7	134.105
Año 2011	12,7	134.002
Año 2012	12,2	128.477
Año 2013	11,9	124.893
De enero a diciembre de 2014	12,0	126.742
ÓRDENES DE PROTECCIÓN - Enero 2007 a diciembre de 2014		
Total órdenes incoadas	100,0	294.556
Año 2007	12,8	37.794
Año 2008	14,1	41.420
Año 2009	13,9	41.083
Año 2010	12,9	37.908
Año 2011	12,2	35.816
Año 2012	11,7	34.537
Año 2013	11,1	32.831
De enero a diciembre de 2014	11,3	33.167
Resueltas. Adoptadas. Enero a diciembre 2014	56,6	18.775
Resueltas. Denegadas. Enero a diciembre 2014	43,4	14.391

Extraído del Ministerio del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015)

Recogiendo esta inquietud, se han producido en el derecho español avances legislativos en materia de lucha contra la violencia de género. Los derechos de las víctimas han quedado recogidos y desarrollados en leyes tales como:

- Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.
- Ley 1/1996, de 10 de enero, de asistencia jurídica gratuita.

- Real Decreto 738/1997, de 23 mayo, por el que se aprueba el reglamento de ayudas a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.
- Ley orgánica 14/1999, de 10 de junio, de modificación del Código Penal y de la Ley de enjuiciamiento criminal en materia de protección a víctimas de malos tratos.
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica.
- Ley 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros.
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género.

Con posterioridad a esta ley se han producido reformas en el CP y en la LECr que fortalecen la protección a las víctimas, modifican los tipos penales y mejoran y agilizan los procedimientos de actuación. Las últimas de ellas, según las Leyes Orgánicas 5/2010 y 1/2015, de reforma del CP. Las Comunidades Autónomas también han dictado normas legales que las adaptan a la realidad de cada región.

La Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la Víctima del Delito se promulga con la vocación de ser el catálogo general de los derechos, procesales y extraprocesales, de todas las víctimas de delitos. También pretende ofrecer desde los poderes públicos una respuesta lo más amplia posible, no sólo jurídica sino también social, a las víctimas, no sólo reparadora del daño en el marco de un proceso penal, sino también minimizadora de otros efectos traumáticos en lo moral, que su condición puede generar, todo ello con independencia de su situación procesal.

Toda esta legislación ha venido a adaptar e incorporar a nuestra normativa las conclusiones y acuerdos de conferencias, convenciones y declaraciones de organismos e instituciones internacionales.

La Ley Orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género establece como objeto principal el actuar contra 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. Concreta también los derechos de las mujeres víctimas de violencia doméstica y abarca aspectos preventivos, educativos, sociales, asistenciales, económicos y de atención posterior a las víctimas, con unos principios rectores que definen claramente los fines y el conjunto integral de medidas que se deben adoptar.

El 25 de junio del año 2005, comienzan a trabajar en España los 17 primeros juzgados con competencia exclusiva en violencia contra la mujer.

Los avances legislativos continúan con la aprobación y publicación de la Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. En cuyos principios generales de actuación se encuentra “5. *La adopción de las medidas necesarias para la erradicación de la violencia de género, la violencia familiar y todas las formas de acoso sexual y acoso por razón de sexo*”. La mayor novedad de esta Ley radica en la prevención de las conductas discriminatorias y en la previsión de políticas activas para hacer efectivo el principio de igualdad (Carrasco Gómez y Maza Martín, 2010).

El Ministerio de Igualdad de España se creó en 2008 durante la IX Legislatura, mediante el Real Decreto 432/2008, de 12 de abril, por el que se reestructuran los departamentos ministeriales. La creación de este Ministerio da respuesta también a la medida 203 de la Plataforma de Acción de Pekín, que recomienda a los estados la configuración de organismos de igualdad con el máximo rango gubernamental.

Estos avances legislativos derivados de la sensibilización social también obligan a los médicos especialistas en Medicina Legal y Forense en materia formativa, de atención, exploración integral de la víctima y valoración de los daños y secuelas que pudiera presentar tras la agresión que refieren haber sufrido. De esta manera, podrán asesorar adecuadamente y presentar a Jueces y Tribunales, bajo fundamentos y criterios científicos, cuál es el resultado lesivo, el pronóstico vital o evolutivo y las repercusiones presentes y futuras que la agresión tendrá sobre la persona que la recibe.

1.3. Tipos de violencia.

El ejercicio de la violencia es una forma de imponer la voluntad del más fuerte sobre el más débil. Como referíamos antes, la violencia tiene muchas manifestaciones pudiéndose ejercer a través de diferentes comportamientos. En el contexto de la VCM, las investigaciones también han tenido en cuenta esta variedad de manifestaciones y han abordado este fenómeno considerando una gama muy amplia de formas de ejercer la violencia que incluye violencia física, verbal, sexual, abuso económico, acoso, psicológica/emocional, entre otros, (p.e., Avanci, Assis y Oliveira, 2013; Coker, Smith, McKeown y King, 2000; Sabina y cols., 2015; Slashinski, Coker y Davis, 2003; Watts y Zimmerman, 2002); en esta variedad de manifestaciones, la violencia por parte de la pareja o violencia doméstica se ha considerado un tipo específico de violencia (p.e.; Watts y Zimmerman, 2002). Frecuentemente, los autores suelen agrupar estas formas de violencia en tres grupos: 1) Física, 2) Psicológica/emocional, y 3) sexual (p.e., Ellsberg, Jansen, Heise, Watts y Garcia-Moreno, 2008).

Se hace patente nuevamente en la VCM, como indicábamos más arriba, la falta de homogeneidad entre los autores y los campos de estudio que quieren conocer esta problemática. Por lo tanto, la falta de consenso a la hora de definir y delimitar los tipos de manifestaciones violentas y el hecho de que cada autor se incline arbitrariamente por el estudio de formas específicas de violencia, puede estar siendo un factor clave para que hoy todavía no entendamos en profundidad el fenómeno. Este hecho también representa un obstáculo para que no se produzcan los avances necesarios en el conocimiento de sus determinantes y consecuencias, y nos falte mucho para diseñar medidas preventivas efectivas, tanto a nivel del acto violento como de sus consecuencias.

1.3.1. El maltrato psicológico en la pareja.

Pierre Desproges (1939-1988) dijo que una palabra a tiempo puede matar o humillar sin que uno se manche las manos. Una de las grandes alegrías de la vida es humillar a nuestros semejantes.

El maltrato psicológico en la vida de pareja es menos evidente y más difícil de detectar que el físico y requiere por nuestra parte mayor atención. Por este

motivo, queremos tomar como referencia para este apartado el estudio que hace la profesora Marie France Hirigoyen (1998) sobre el maltrato psicológico en la vida cotidiana y, en particular, dentro de la pareja. Hirigoyen escribe que *a lo largo de la vida, mantenemos relaciones estimulantes que nos incitan a dar lo mejor de nosotros mismos, pero también mantenemos relaciones que nos desgastan y que pueden terminar por destrozarnos. Mediante un proceso de acoso moral, o de maltrato psicológico, un individuo puede conseguir hacer pedazos a otro. El ensañamiento puede conducir incluso a un verdadero asesinato psicológico. A pesar de que se conoce este tipo de violencia, con el pretexto de la tolerancia, nos volvemos indulgentes* [p.15].

Hirigoyen también reflexiona sobre las implicaciones de *la violencia perversa en la pareja* y dice que *a menudo se niega o se quita importancia a este tipo de violencia, y se la reduce a una mera relación de dominación. Una de las simplificaciones psicoanalíticas consiste en hacer de la víctima el cómplice o incluso el responsable del intercambio perverso. Esto supone negar la dimensión de la influencia, o el dominio, que la paraliza y que le impide defenderse, y supone negar la violencia de los ataques y la gravedad de la repercusión psicológica del acoso que se ejerce sobre ella. Las agresiones son sutiles, no dejan un rastro tangible y los testigos tienden a interpretarlas como simples aspectos de una relación conflictiva o apasionada entre dos personas de carácter, cuando, en realidad, constituyen un intento violento, y a veces exitoso, de destrucción moral e incluso física* [p.27].

Describe una serie de conductas, a las que llama *conductas perversas*, como el dominio, la separación, la violencia directa o indirecta, el rechazo de la comunicación o bien convertirla en perversa (el rechazo, la deformación del lenguaje, mentir, el sarcasmo, la burla y el desprecio...), la descalificación, la desacreditación y el aislamiento de la víctima. Asimismo, añade otras como el inducir al error o las más graves como imponer la autoridad de forma violenta o los abusos sexuales.

Las consecuencias psicológicas las divide entre las que derivan de la fase inicial de dominio (renuncia a defenderse, la confusión, la duda, el estrés, el miedo o el aislamiento) y las que aparecen a más largo plazo (el choque, el desequilibrio, la separación o la evolución personal disfuncional).

Siguiendo a Castilla del Pino (1977) en su obra sobre *La Incomunicación* podemos añadir a estas conductas el sobreentendido que lleva al malentendido, el cuál es de provocación fácil. El malentendido lleva, a su vez, a la confusión, a no saber cómo actuar y al conflicto. La incomunicación tiene dos aspectos interesantes para nuestro objeto: por un lado, *el aislamiento de la persona*, y por otro, la extrañación de la conciencia de sí y *la experiencia de soledad* que acontece después como crisis, sufrimiento y frustración.

El aislamiento lleva a la rutina y al aburrimiento, lo que contribuye sobre manera a la pérdida de un propósito vital, a la autopercepción de haber dejado de ser útil y a la desadaptación de la persona. El aislamiento también conduce a la *dependencia*, porque entonces la víctima sólo puede recurrir a su agresor.

Rojas Marcos (2005) añade al ejercicio de la fuerza bruta sobre la pareja las subyugaciones por imposiciones económicas, legales, sociales o psicológicas.

1.4. Definición legal de violencia de género y de víctima.

Desde el punto de vista legislativo, nosotros nos vamos a guiar por las referencias establecidas en la L.O. 1/2004 y en la Ley 13/2007 de Andalucía.

La *Ley Orgánica 1/2004, 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la Violencia de Género* define este tipo de violencia como aquella que comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad.

En Andalucía, la *Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la Violencia de Género* entiende por violencia de género aquella 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 el hecho de serlo. Comprende cualquier acto de violencia basada en el género que tenga como consecuencia, o que tenga posibilidades de tener como consecuencia, perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada.

En su artículo 3 define los tipos de violencia que pueden sufrir las mujeres víctimas de violencia de género y en qué consisten. Estas son:

a) *La violencia física*, que incluye cualquier acto de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con resultado o riesgo de producir lesión física o daño, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia. Asimismo, tendrán la consideración de actos de violencia física contra la mujer los ejercidos por hombres en su entorno familiar o en su entorno social y/o laboral.

b) *La violencia psicológica*, que incluye toda conducta, verbal o no verbal, que produzca en la mujer desvalorización o sufrimiento, a través de amenazas, humillaciones o vejaciones, exigencia de obediencia o sumisión, coerción, insultos, aislamiento, culpabilización o limitaciones de su ámbito de libertad, ejercida por quien sea o haya sido su cónyuge o por quien esté o haya estado ligado a ella por análoga relación de afectividad, aun sin convivencia. Asimismo, tendrán la consideración de actos de violencia psicológica contra la mujer los ejercidos por hombres en su entorno familiar o en su entorno social y/o laboral.

c) *La violencia económica*, que incluye la privación intencionada, y no justificada legalmente, de recursos para el bienestar físico o psicológico de la mujer y de sus hijas e hijos o la discriminación en la disposición de los recursos compartidos en el ámbito de la convivencia de pareja.

d) *La violencia sexual y abusos sexuales*, que incluyen cualquier acto de naturaleza sexual forzada por el agresor o no consentida por la mujer, abarcando la imposición, mediante la fuerza o con intimidación, de relaciones sexuales no consentidas, y el abuso sexual, con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la víctima.

El Estatuto de la Víctima del Delito (Ley 4/2015) define el **concepto general de víctima** que será aplicable:

a) Como *víctima directa*, a toda persona física que haya sufrido un daño o perjuicio sobre su propia persona o patrimonio, en especial lesiones físicas o

psíquicas, daños emocionales o perjuicios económicos directamente causados por la comisión de un delito.

b) Como *víctima indirecta*, en los casos de muerte o desaparición de una persona que haya sido causada directamente por un delito, salvo que se tratare de los responsables de los hechos.

1.5. Consecuencias para la salud derivadas de la violencia.

La VCM supone una violación de los derechos humanos y un problema grave de salud que afecta a nivel mundial, pero no fue hasta finales del siglo pasado cuando la OMS consideró la violencia contra la mujer como un problema de salud pública (OMS, 1996; Ellsberg y cols., 2008; Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise y Watts, 2006; Mechanic, Weaver y Resick, 2008; Rodríguez, Craig, Mooney y Bauer, 1998).

Desde entonces, ha crecido el número de estudios dirigidos a analizar las consecuencias para la salud de estas mujeres señalando, todos ellos, los efectos negativos para la salud tanto a nivel físico (p.e., Fonck, Els, Kidula, Ndinya-Achola y Timmerman, 2005) como psicológico (p.e., Fischbach y Herbert, 1997; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998; Jaquier y Sullivan, 2014; Mechanic y cols., 2008; Roberts, Williams, Lawrence y Raphael, 1999). Las consecuencias del maltrato se traducen en un mayor sufrimiento y una peor calidad de vida en estas mujeres. Así, Wisner, Glimmer, Saltzman y Zink (1999) concluyeron en un estudio que las mujeres maltratadas visitaban más al médico, en concreto demandaban asistencia en salud mental, y eran con mayor frecuencia hospitalizadas en comparación con mujeres no maltratadas. Ellsberg y cols. (2008) a través de la revisión del estudio llevado a cabo por la OMS en diez países, exploraron la relación entre la violencia física y sexual en la pareja y la salud. Los resultados a los que llegaron mostraron asociaciones significativas entre experimentar violencia física o sexual, o ambas, por parte de la pareja masculina y una amplia gama de problemas de salud física y mental en las mujeres.

Como adelantábamos cuando hablábamos de los tipos de violencia, existen estudios que muestran que el tipo de maltrato está asociado con el tipo y magnitud

del daño a la salud. Avanci y cols. (2013) realizaron una investigación dirigida a estudiar la relación entre tipos de violencia y los problemas de salud mental en mujeres. Concluyeron que la violencia física, específicamente la que se produce en el contexto de relación de pareja, era la que se asociaba más con problemas de salud mental. Sackett y Saunders (1999) analizaron los efectos de cuatro tipos de abuso psicológico en mujeres maltratadas: ridiculizar, criticar, ignorar y control/celos; concluyendo que ridiculizar fue la forma de abuso que se percibió como más grave e ignorar el que más afectaba a la autoestima. También sus resultados indicaron que el abuso físico y psicológico afectaban de forma diferente a los síntomas de depresión y a la baja autoestima.

Por lo tanto, a la hora de estudiar los efectos de la violencia doméstica sobre la salud hay que tener en cuenta que no hay una relación unívoca y unilateral entre violencia y daño, si no que debemos considerar también el tipo de violencia o de maltrato del que estamos hablando.

1.5.1. Daño físico.

Numerosos estudios han indicado que experimentar violencia doméstica implica una amenaza para la salud física de las mujeres que la sufren, mostrándose que estos efectos nocivos son muy heterogéneos. A modo de ejemplo, la literatura científica empieza a sugerir que la VCM, en particular la violencia sexual, se asocia con el riesgo de cáncer de cuello uterino a través de la transmisión de enfermedades sexuales. Uno de los resultados del estudio llevado a cabo por Ellsberg y cols. (2008) mostró una asociación temporal entre violencia por parte de la pareja y síntomas físicos de enfermedad, aunque no se pudo confirmar una relación causal.

Coker, Hopenhayn, DeSimone, Bush y Crofford (2009) realizaron un estudio donde observaron que las tasas de cáncer de cuello uterino fueron más altas para las mujeres que experimentaron violencia en comparación con las que nunca la experimentaron y entre los tipos de violencia que aumentaban esta asociación se encontraba la violencia en la pareja. Campbell (2002) llevó a cabo una revisión

de las publicaciones de un decenio sobre las secuelas físicas y mentales derivadas de la violencia por parte de la pareja, de tipo físico, sexual o ambas. Concluyó que este tipo de experiencia afecta a la salud física de diferentes formas. Así, este autor observó un aumento de problemas de salud como lesiones, dolor crónico, problemas gastrointestinales derivados del estrés crónico, síntomas cardíacos, signos ginecológicos y enfermedades de transmisión sexual. Del mismo modo, encontró que el abuso contribuye a la aparición de factores que afectan a la salud física como el tabaquismo, la mala alimentación y el abuso de sustancias.

1.5.2. Daño psicológico.

La Organización Mundial de la Salud señala que la violencia contra la mujer es la principal causa de problemas de salud mental (OMS, 2001). La victimización -el hecho de ser víctima de un delito- puede causar unas repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas (Echeburúa y cols, 1990).

La violencia en la pareja es una situación traumática y altamente estresante y, como tal, produce consecuencias a nivel psicológico, asociándose de forma muy específica con un mayor riesgo de experimentar trastornos mentales. Esta asociación está extensamente justificada a través de la amplia literatura científica que existe al respecto.

Ishida, Stupp, Melian, Serbanescu y Goodwin (2010) observaron que el abuso emocional por parte de la pareja se asoció a mayor riesgo de experimentar trastorno mental y el abuso físico se asoció con un mayor riesgo de ideas suicidas.

Mechanic y cols. (2008) exploraron la relación entre 4 tipos de maltrato (violencia física, la coacción sexual, el abuso psicológico y el acoso) y la depresión y el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT). Los resultados indicaron que el abuso psicológico y el acoso eran las experiencias más relevantes para predecir la aparición de ambos cuadros.

Ellsberg y cols. (2008) concluyeron en su estudio la existencia de una asociación entre violencia en la pareja y problemas de salud mental informados

por las mujeres y suicidio. Como se muestra en el estudio de revisión de Campbell (2002), el TEPT y la depresión son las secuelas más frecuentes de la violencia de pareja, aunque también existen otras problemáticas como el abuso de sustancias y/o drogas.

Ratner (1993) observó que las mujeres maltratadas experimentaban más ansiedad, insomnio y problemas sociales que las que no lo eran y que estos problemas eran más importantes en el abuso físico que en el psicológico. También, se ha encontrado una asociación indirecta entre la violencia ejercida por la pareja y problemas de obesidad, a través de cambios comportamentales determinados principalmente por la depresión (Huang, Yang y Omaye, 2011).

Rojas Marcos (2005) dice que hay mujeres maltratadas que a pesar de no atreverse a defenderse a sí mismas, protegen a toda costa a los hijos. Pero algunas están tan amedrentadas que no osan intervenir, ni siquiera cuando son testigos de actos brutales contra los pequeños. Llegado este momento se puede decir que la desmoralización de la mujer es total, y que su voluntad está verdaderamente rota [*Semillas y antídotos de la violencia en la intimidad*, p.101].

Desde una perspectiva más médico forense, el daño psicológico se refiere, por un lado, a las *lesiones psíquicas agudas* producidas por un delito violento, que, en algunos casos, pueden remitir con el paso del tiempo, el apoyo social o un tratamiento psicólogo adecuado; y, por otro, a *las secuelas emocionales* que persisten en la persona de forma crónica, como consecuencia del suceso sufrido y que interfieren negativamente en su vida cotidiana (Echeburúa y Corral, 2005; Echeburúa, Corral y Amor, 2002). En uno y otro caso, el daño psíquico es la consecuencia de un suceso negativo que desborda la capacidad de afrontamiento y de adaptación de la víctima a la nueva situación (Pynoos, Sorenson y Steinberg, 1993). La violencia de género es una forma de delito violento dirigido contra la mujer.

El daño psíquico en víctimas de delitos violentos se presenta en la tabla I (Esbec, 2000, modificado).

Tabla 2. Daño psíquico en víctimas de delitos violentos

Sentimientos negativos: humillación, vergüenza, culpa o ira.

Ansiedad.

Preocupación constante por el trauma, con tendencia a revivir el suceso.

Depresión.

Pérdida progresiva de confianza personal como consecuencia de los sentimientos de indefensión y de desesperanza experimentados.

Disminución de autoestima.

Pérdida de interés y de la concentración en actividades anteriormente gratificantes.

Cambios en el sistema de valores, especialmente la confianza en los demás y la creencia en un mundo justo.

Hostilidad, agresividad, abuso de drogas.

Modificación de las relaciones (dependencia emocional, aislamiento)

Aumento de la vulnerabilidad, con temor a vivir en un mundo de peligros, y pérdida de control sobre la propia vida.

Cambio drástico en el estilo de vida, con miedo a acudir a los lugares de costumbre; necesidad apremiante de trasladarse de domicilio.

Alteración en el ritmo y el contenido del sueño.

Disfunción sexual.

Cómo ya hemos explicado, la violencia produce efectos sobre la salud mental de la víctima. La ansiedad y los síntomas depresivos se solapan para deteriorar la salud de las personas y son componentes o síntomas acompañantes de muchas de las patologías psiquiátricas. Las víctimas de violencia de género vulnerables psicológicamente están más expuestas a la aparición de dichas patologías.

En nuestro trabajo hemos acudido a lo nuclear del daño, de una forma sencilla y comprensible, en lo que supone la psicología de las emociones más fuertes (las emociones depresivas, la ansiedad, el miedo, la soledad, la pena, la hostilidad y la ira, el amor y los celos, la frustración, el sufrimiento, la impotencia, el duelo y el dolor ante la pérdida, la culpabilidad, etc..). Se trata de recoger la vivencia que no es más que la síntesis instantánea de la expresión de una persona (Castilla del Pino, 1977). Hemos tenido en cuenta el perjuicio que estas emociones representan para la víctima y cómo se expresa clínicamente cuando lo hace a través de la ansiedad, de síntomas depresivos, de síntomas somáticos y por el grado de interferencia en la vida y autonomía personal, en vez de a una calificación por criterios diagnósticos. Esta es

la forma más común en la que se abordan en las sentencias judiciales. Los trastornos afectivos y los trastornos por ansiedad están recogidos en las dos clasificaciones más extendidas en el mundo médico, la DSM-V de la APA y la CIE-10 de la OMS.

Las guías de buena práctica clínica de la Organización Médica Colegial sobre la depresión y ansiedad generalizada con presentación de síntomas somáticos (Benítez Moreno, Casquero Ruiz, Mancera Escarti y Minguez Villar, 2010; Gonçalves Estella, González Rodríguez y Vázquez Castro, 2003) nos proporcionan información de gran utilidad para la comprensión del daño a nivel de la atención primaria.

Hemos dicho que existe un amplio solapamiento entre la ansiedad y la depresión. Muchos pacientes presentan síntomas ansiosos y depresivos asociados y se definen los trastornos mixtos ansioso-depresivos en ambas clasificaciones. Los cuadros depresivos, principalmente de severidad leve-moderada, se suelen acompañar de síntomas ansiosos inespecíficos. Se calcula que entre el 70-95% de los enfermos deprimidos padecen también ansiedad y entre el 20 y el 65% de los pacientes ansiosos se deprimen en algún momento de su evolución. De hecho, el riesgo de padecer depresión para un enfermo que sufre trastorno por ansiedad generalizada multiplica por 62 el de la población general sana.

La depresión y el trastorno de ansiedad son procesos patológicos complejos que afectan al individuo globalmente, esto es, en su dimensión biológica, psicológica y social. Ambos trastornos tienen una expresión clínica polimorfa (síntomas somáticos y emocionales) y producen una claudicación del sujeto en sus tres dimensiones. El objetivo del tratamiento también es triple: curación de los síntomas somáticos y emocionales, corrección de las alteraciones neurofisiológicas e integración social.

1.5.2.1. Trastornos afectivos y del estado de ánimo (depresión).

La depresión es una condición devastadora para el individuo y tiene una considerable tasa de mortalidad asociada, ya que el suicidio se da en un 15% de los casos. Unas 58.000 personas se suicidan cada año en la Unión Europea. Según la OMS, el 25% de la población depresiva no está diagnosticada o no está tratada. Esta alteración del estado de ánimo es muy negativa para la mujer privándola de ilusiones, proyectos, ganas de vivir y energía para superar su situación. No nos equivocamos al afirmar que la depresión es un cáncer para el alma.

El abuso o violencia doméstica y el tipo de personalidad neurótica son dos factores de riesgo para la depresión. En el primer caso porque la violencia incrementa la posibilidad de padecer depresión y en el segundo, porque convierte a la víctima en vulnerable.

La depresión es un estado de ánimo caracterizado por la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, disminución de la vitalidad, cansancio exagerado, casi todos los días, durante dos semanas o más. Se deberán presentar también al menos dos de los siguientes síntomas: disminución en la atención y en la concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría sobre el futuro, pensamiento y actos suicidas o autolesiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito.

La OMS (1992) en su clasificación CIE-10, distingue la depresión según su gravedad en: episodio depresivo, leve, moderado y grave. En el episodio depresivo leve puede estar ausente algunos de los tres síntomas nucleares: humor depresivo, anhedonia o falta de vitalidad con fatigabilidad.

En la tabla 3 se presentan los síntomas característicos de los trastornos afectivos.

Tabla 3. Síntomas característicos de los trastornos afectivos.

Síntomas emocionales:

Tristeza, pérdida de ilusión, desesperanza, llanto fácil, pesimismo injustificado, anhedonia, ansiedad, etc.

Síntomas cognitivos:

Bradipsiquia, contenidos negativos, pérdida de confianza, sentimientos de minusvalía, inferioridad e inutilidad. En casos graves, delirios de ruina, culpa, etc. Ideas de muerte, ideación autolítica, etc.

Síntomas volitivos:

Inhibición: apatía, abulia, pérdida de iniciativa, indecisión. Fatigabilidad extrema. Aislamiento. Abandono de las actividades de la vida diaria.

Síntomas somáticos:

Bradiclesia, falta de energía. Alteraciones del sueño (insomnio de conciliación, sueño fragmentario, despertar precoz, pesadillas, hipersomnia, etc.) y cambios en el apetito, somatizaciones (cefaleas, dorsalgias, artralgias).

Queremos referirnos también a la *Distimia* como un estado de ánimo depresivo que no alcanza los criterios de severidad de un trastorno depresivo mayor y que sus síntomas son de intensidad menor, pero que al tener un carácter crónico, recurrente y de larga evolución (al menos 2 años), resulta muy invalidante para la persona.

Hasta la mitad de los pacientes con depresión activa permanecen sin ser diagnosticado, debido a que se presenta con síntomas somáticos en vez de con los síntomas emocionales clásicos: La dificultad en el diagnóstico se encuentra, sobre todo, cuando el caso clínico está por debajo del umbral del criterio diagnóstico. La mayoría de los casos de depresión son sólo reconocidos tras sucesivas consultas. Esta circunstancia puede hacer que tampoco se detecte precozmente el maltrato.

1.5.2.2. La ansiedad.

Altos niveles de ansiedad son incompatibles con hacer las cosas bien y con la toma de decisiones.

La ansiedad es una reacción emocional que surge ante situaciones de alarma, o situaciones ambiguas, o de resultado incierto, y nos prepara para dar una respuesta adecuada a determinado tipo de situaciones, que son importantes para nosotros. Si la serie de reacciones que acompaña a esta respuesta emocional son demasiado intensas, o demasiado frecuentes o simplemente poco ajustadas a la situación, la persona puede llegar a sufrir un trastorno de ansiedad (crisis de ansiedad, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno por estrés agudo, trastorno por estrés postraumático, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, etc...). Sus manifestaciones llegan a ser patológicas cuando dificultan la vida normal de estas personas, o le hacen sentir experiencias muy desagradables (Cano Vindel, 2005).

Cano Vindel (2005) dice que la reacción emocional de ansiedad comprende una serie de respuestas que se concretan en tres niveles: 1) cognitivo-subjetivo (pensamientos, preocupaciones excesivas y vivencias, 2) fisiológicos (cambios corporales) y 3) motor (conductual-observable). Cuando esta reacción es excesiva, la ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocarán malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Cuando estamos nerviosos tenemos más pensamientos desagradables o negativos, como preocupaciones, indecisiones, etc. Estos pensamientos podemos considerarlos como una manifestación de la ansiedad, pero a su vez pueden ser valorados como una amenaza y generan mayor ansiedad y malestar.

En algunos casos, la diferencia entre dos personas en la tendencia a experimentar ansiedad está relacionada con las situaciones. Pero parece claro que hay personas más ansiosas que otras, en general, independientemente de las situaciones.

Duarte y Arboleda (1986) explican que los psicólogos distinguen entre la ansiedad duradera (llamada ansiedad como rasgo) y la ansiedad que es una respuesta transitoria a una situación específica (ansiedad como estado). Mucha gente sufre los efectos perjudiciales (incluyendo tanto trastornos físicos como neurosis de angustia) de la ansiedad como rasgo y se limita a evitar todo lo que pueda provocar angustia. También experimenta una disminución de la conciencia. La ansiedad crónica predispone a una persona a buscar remedio en diversos hábitos potencialmente dañinos, como alcohol, drogas, tranquilizantes, tabaco... [*Los instintos y la emoción*, p.139].

Los individuos con una personalidad más ansiosa, o con mayores puntuaciones en el rasgo general de ansiedad, o con mayor nivel general de ansiedad, son más vulnerables (Cano Vindel, 2005).

La ansiedad como estado, por otra parte, puede servir para dar energía a nuestra conducta y hacer que las reacciones sean más efectivas. Pero un estado excesivo de ansiedad interferirá con los intentos de la persona en realizar una tarea y se hallará mentalmente bloqueado.

Por otro lado, cuando una persona lleva un tiempo sometido a unas condiciones de estrés importantes tiende a desarrollar niveles todavía más altos de ansiedad.

1.5.2.3. Síntomas somáticos de origen psíquico.

Tylee y Gandhi (2005) realizaron una revisión centrada en los síntomas somáticos de los cuadros depresivos en la que obtuvieron 2213, 1901 y 2462 citas bibliográficas de MEDLINE, Embase y PsychLIT/PsychiINFO. Las clasificaciones internacionales también han profundizado en el reconocimiento de estos síntomas.

El dolor es el síntoma físico más frecuente tanto en el paciente depresivo como en el ansioso y puede ser visceral o articular, a nivel de distintas localizaciones. Es un dolor que no cede al tratamiento convencional. En la tabla 4 se presentan los síntomas somáticos de origen psíquico más prevalentes.

Un paciente que expresa numerosos síntomas somáticos de forma persistente, nos debe orientar a la presencia de cuadros ansiosos y/o depresivos subyacentes.

Se habla de depresión o ansiedad con síntomas somáticos cuando el estado depresivo o de ansiedad es suplido por uno o varios síntomas, por ejemplo, dolores

crónicos que no han respondido al tratamiento o quejas desproporcionadas o manifestaciones somáticas no sistematizadas que ocultan el trastorno. Los síntomas pueden convertirse en crónicos o recurrentes y conducir a un perjuicio sustancial de la capacidad de una persona para hacerse cargo de sus responsabilidades cotidianas.

Tabla 4. Síntomas somáticos de origen psíquico más prevalentes.

Síntomas dolorosos: El dolor de espala es el más frecuente, y se acompaña de dolor articular y de extremidades

Síntomas cardiopulmonares: Palpitaciones, sudoración, mareos, disnea, dolor torácico.

Síntomas gastrointestinales: Flatulencia, dolor abdominal, nauseas.

Síntomas ginecológicos-sexuales: Pérdida del interés sexual.

Síntomas pseudo-neurológicos: Amnesia, visión borrosa, cefaleas.

Cansancio, fatiga o falta de energía, sueño interrumpido o disminuido, cambios en el apetito.

1.5.2.4. *La desadaptación de la persona.*

La gravedad del daño psicológico puede dificultar la vida normal de la víctima, provocando un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de su actividad. La desadaptación tiene su origen en el fracaso de los mecanismos psíquicos de defensa de la persona cuando son superados por la intensidad, la persistencia o las consecuencias de la violencia.

De acuerdo con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS reflejada en *el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento de declaración y calificación del grado de minusvalía*, la discapacidad provocada por la violencia puede expresarse en distintos grados de severidad según interfiera en la vida de la persona (leve, moderada, grave y muy grave). La CIE-10 establece unos criterios con diferente nomenclatura (leve, moderada, intensa, muy intensa y extrema).

En cualquier caso la desadaptación personal y socio laboral de la víctima hará referencia a diferentes aspectos como la disminución de la capacidad funcional del individuo para desarrollar sus tareas personales o actividades profesionales, la afectación de la relación con el entorno, la capacidad de iniciativa y de toma de decisiones, la debilitación de la voluntad, el fracaso para adaptarse a circunstancias estresantes o a distintas posibilidades, para la planificación familiar y del tiempo libre, el enjuiciamiento crítico de su actividad y la de otros, la satisfacción, la evitación o el retraimiento en las tareas, etc.

2. Concepto de personalidad.

2.1. Definición.

Decía Goethe (1749 - 1832) que la mayor suerte es la personalidad.

El constructo “personalidad” ha atraído la atención de muchos autores con la pretensión de alcanzar una definición y explicación que les permitiera avanzar en el conocimiento de los determinantes del comportamiento humano y de las diferencias individuales. Con este objetivo se han generado muchos modelos teóricos-explicativos, pero no se ha conseguido llegar a un consenso sobre el concepto de personalidad y tampoco existe una definición única (Pervin, 1984). Así, Kaplan y Sadock (1987) definieron la personalidad como la suma de pensamientos, sentimientos y acciones que utilizamos en nuestras adaptaciones a la vida. La personalidad es esencialmente sinónima al carácter.

Estos modelos teóricos han guiado a los diferentes estudiosos y, por lo tanto, la personalidad ha sido definida de diferentes formas en función del autor y del campo de estudio, lo que ha limitado los avances importantes en este campo a pesar de la extensa literatura científica que existe al respecto. Como afirmaba Pinillos (1978) sobre la investigación de este campo, “... *la diversidad de posiciones personales y escuelas con que uno se encuentra es agobiante* [p.588]”. Basta leer varios manuales o artículos de investigación que versen sobre la personalidad para observar la variedad y diversidad de definiciones y modelos teóricos existentes, tanto desde el punto de vista estructural como de procedimiento, y que hace difícil hacer una clasificación, estructuración y organización científica consensuada. Por lo tanto, no es fácil proporcionar una definición operacional de la personalidad dada la cantidad de perspectivas que existen al respecto, pero intentaremos acotar el concepto de personalidad en el que nos hemos basado.

Al margen de todos estos modelos, en lo esencial, Castellano Arroyo (2004, 2005 y 2012) dice que la personalidad es un concepto que resume la idiosincrasia funcional de cada persona, a través de características y cualidades originales, y determina su conducta, su manera de ver el mundo, de enfrentarse a los problemas y de relacionarse con los demás. Establece la diferencia individual que constituye a cada persona, como sujeto inteligente, y la distingue de las demás.

En la literatura científica sobre la personalidad uno de los conceptos clave ha sido el de “rasgo”, aportando una visión de la personalidad en términos de “disposiciones” o “tendencias” de una persona a comportarse en diferentes situaciones (p.e., Allport, 1966; Cattell, 1977; Eysenck, 1970). Allport fue pionero en la introducción del concepto de rasgo y en definir la personalidad como una estructura jerárquica, como una organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determinan los patrones de comportamiento, pensamiento y sentimiento y, por lo tanto, la adaptación de la persona a su entorno (Allport 1937, 1961, 1966). Para Cattell (1972, 1977, 1985). La personalidad se define como un conjunto de rasgos que puede predecir la conducta, dado que la unidad de medida de la personalidad es el rasgo, que determinan las tendencias de respuesta. La defensa que Eysenck hace del rasgo como construcción descriptiva de base estadística (Eysenck y Eysenck, 1980) es de sentido común y coincide con la idea de que cada individuo tiende a comportarse de una manera congruente con lo que suponemos su “modo de ser”. Así, la Asociación Americana de Psiquiatría en su manual sobre los trastornos mentales (DSM-IV-TR) define la personalidad en base a rasgos, y por lo tanto, a patrones persistentes de relacionarse, percibir y pensar sobre el entorno y uno mismo, y que se manifiestan en una amplia gama de contextos tanto a nivel social como personal (APA, 2000).

Por otra parte, entre las corrientes y teóricos ha existido dos posiciones bien diferenciadas, a saber, el carácter innato frente al carácter adquirido de la personalidad. Desde la primera perspectiva se entiende la personalidad como las características de la persona que están consolidadas y, por lo tanto, son difíciles de cambiar y que se generalizan a través de diferentes momentos y contextos que vive la persona, no siendo influenciada por las condiciones ambientales y el aprendizaje. Desde el segundo punto de vista, existe una visión de la personalidad muy individual y condicionada al proceso evolutivo y de aprendizaje de la persona, es decir, a sus experiencias, creencias, motivaciones y estilo de vida; pues también es de dominio público que la vida y los años van cambiando a la gente hasta extremos imposibles de prever por las teorías psicológicas (Fierro, 1981; McClelland, 1991).

Por una amplia mayoría de autores, se ha ido aceptando una concepción relativa a que la personalidad tiene una base biológica pero donde el ambiente y el aprendizaje también juegan un papel importante (McCrae et col, 2000). Para Cattell (1977) cada rasgo de personalidad que conforma a una persona es producto de una interacción entre lo heredado y lo aprendido a partir de la experiencia. Existen numerosos estudios que confirman esta perspectiva del comportamiento humano. La plasticidad cerebral ante la experiencia se ha demostrado tanto en animales como en humanos. Así, se ha observado cambios estructurales y funcionales en el cerebro que se reflejan en cambios comportamentales ante un gran número de factores, entre ellos las experiencias estresantes (Kolb y Whishaw, 1998; Kolb, Gibb y Robinson, 2003).

En un estudio llevado a cabo con personas desempleadas se evaluó si este tipo de experiencias negativas modificaban los rasgos básicos de la personalidad, basándose en el modelo de los 5 factores de personalidad. Se tomaron dos medidas, una cuando los participantes tenían empleo y la segunda a los 4 años en el trascurso de los cuales una submuestra había tenido alguna experiencia con el desempleo. Los autores concluyeron que las personas desempleadas habían experimentado cambios significativos en los factores de personalidad en comparación con los que permanecían con un empleo, confirmando la idea de que la personalidad puede cambiar en función de factores contextuales y ambientales. Estas diferencias eran menores en función del tiempo en el que las personas permanecían en desempleo, de tal forma que las personas que volvían a obtener un trabajo experimentaban un cambio más limitado en comparación con los que no habían conseguido un empleo (Boyce, Wood, Daly y Sedikides, 2015).

2.2. Perfiles de personalidad.

Los rasgos de la personalidad suelen asociarse entre sí dando lugar a una coherencia interna en la manera de ser de cada individuo. Es lo que constituye los denominados ejes de personalidad.

Eysenck diferenció tres dimensiones o ejes que, definían la manera de ser y reaccionar de las personas al englobarse en cada uno de ellos el conjunto de rasgos

afines y emparentados psicológicamente. Éstos son para Eysenck: (Castellano Arroyo y Díaz Franco, 2012; Castellano Arroyo, 2003, 2004 y 2005):

I. El eje del “Neuroticismo” caracterizado por la inestabilidad emocional, la labilidad afectiva y el bajo control de las emociones. Son personas inmaduras que presentan alta tendencia a reaccionar de manera explosiva, a tener baja tolerancia a la frustración, a comportamientos ordenados y obsesivos y a experimentar ansiedad ante los acontecimientos. Las personas incluidas en este eje tienden a afectarse mucho por los sentimientos, a manifestar quejas psicósomáticas, a reclamar atención sobre sí misma y a darle importancia a las cosas pequeñas e irrelevantes. Su peculiar emotividad se acompaña de conductas descontroladas o socialmente inconvenientes (Valdés, 1991). Este rasgo contiene también actitudes de inhibición ante lo que se considera peligroso física o psíquicamente, actividades de riesgo, conductas evitativas y temor a comprometerse emocionalmente en las relaciones interpersonales. Cuando estos rasgos alcanzan el nivel de lo patológico nos encontramos con las neurosis o trastornos por ansiedad, fobias, trastornos de conversión y despersonalización, trastorno obsesivo compulsivo, etc.

II. El eje del “Psicoticismo” agrupa rasgos psicóticos en la dirección de estas patologías. Mostraría a la persona en la que se asocian la baja afectividad, el ser distante y fría dese el punto de vista afectivo, imperturbable y poco afectable por los sentimientos y tendencia a manifestarse con poca sensibilidad y empatía, y con dureza del carácter. La dominancia, sentimientos de posesión sobre las personas y las cosas, la introversión, la agresividad e impulsividad, la autoestima y el orgullo, añaden peligrosidad a este eje. Con frecuencia son personas dispuestas a enfrentarse a conductas de riesgo y a ciertas a experiencias nuevas. Cuando estos rasgos manifiestan puntuaciones extremas llegan a constituir auténticos trastornos de la personalidad.

III. El eje “Introversión/Extroversión” calificaría a la persona con respecto a su nivel de comunicación con el entorno. Cuando las puntuaciones son bajas, la persona introvertida suele ser poco afectiva, reservada y reprimida. Este tipo de persona se manifiesta como tímida, poco habladora, con poco sentido del humor, no manifiesta sus sentimientos y se mantiene al margen de las actividades en grupo.

Presenta falta de sintonía y calidez hacia los demás y una llamativa dificultad para aprender las habilidades sociales más elementales. Estas personas son altamente vulnerables a la patología psiquiátrica, en particular a la esquizofrenia, a los trastornos afectivos y al uso adictivo de sustancias (Valdés, 1991). Por otro lado, la persona extrovertida es comunicativa, habladora, entusiasta, emprendedora e impulsiva. Con frecuencia muestra interés por experiencias nuevas y está abierta a lo desconocido.

El nombre que reciben estos Ejes (o grupos de personas agrupados así, atendiendo a sus rasgos o manera de ser), no significan anormalidad o patología. Son términos que expresan la manera de ser, dentro de la normalidad. Sin embargo, puntuaciones muy extremas, ponen sobre la pista de un posible trastorno de la personalidad o de otros trastornos mentales (DSM-IV-TR o CIE-10), lo cual habrá que confirmar con cuestionarios elaborados para diagnosticar con mayor precisión la existencia de patología mental, su tipo y su gravedad (Castellano Arroyo, 2005).

2.3. Exploración de la personalidad.

La diversidad de modelos teóricos que se han desarrollado en el campo de la personalidad han provocado, como consecuencia natural, una diversidad de herramientas para su evaluación, medición y, como consecuencia, para su interpretación. Por lo tanto, cada herramienta de exploración está basada en un modelo concreto.

En nuestro estudio, nos hemos basado en el marco teórico factorial basada en el rasgo de Cattell. Para Cattell (1972, 1977), el rasgo es el aspecto objetivo y clave en la medición de la personalidad. A través del análisis factorial determinó y definió los diferentes rasgos que componen la estructura de la personalidad. Estos rasgos están enclavados en un continuo donde la diferencia entre la normalidad y anormalidad es cuestión de cantidad y no de cualidad.

Cattell consiguió aislar 22 factores/rasgos de personalidad principales, 16 factores de primer orden y 4 factores de segundo orden (véase tabla 5). Estos factores son explorados a través de su Cuestionario de 16 factores de

personalidad (Cattell, 1972b, 1985). Para este autor, estos factores son bipolares o dicotómicos de manera de que cada individuo sería descriptible a través de un perfil configurado por su temperamento, el estilo de pensar, su vida emocional y su forma de percibir y actuar en un margen de tiempo amplio y ante una variedad de situaciones (Valdés, 1991). Años después, en estudios de revisión, se llegó a aumentar el número de factores de segundo orden a 5 y se creó la versión 16PF-5 (Cattell y Cattell, 1995).

Desde el punto de vista médico forense, una circunstancia importante en el estudio de la personalidad es que los rasgos se asocian entre sí, y un grupo de ellos se constituyen como indicativo de una forma concreta de ser, lo cual permite predecir cómo se comportará esa persona con respecto a algún rasgo, una vez conocemos aquellos con los que ésta se asocia. Si aplicáramos una escala de medida, la personalidad o manera de ser viene definida por aquellas puntuaciones extremas (altas o bajas) en los mencionados rasgos de la personalidad, mientras que las puntuaciones intermedias mantienen a la persona en un comportamiento anodino o neutro con respecto al rasgo concreto de que se trata (Castellano Arroyo, 2003 y 2005).

Los cuestionarios de personalidad suelen estar confeccionados como una relación de preguntas o propuestas que el probando debe aplicarse a sí mismo para responder si es

Tabla 5: Factores de personalidad, según la teoría de Catell.

Capacidad intelectual.

Baja capacidad-inteligencia.

Actitudes y estados de ánimo.

Distante, frío-afectuoso, abierto.

Serio, taciturno-expansivo, entusiasta

Tenaz-inconstante.

Tímido, cohibido-socialmente atrevido.

Práctico, convencional-bohemio, despreocupado.

Despreocupado con las normas-moralista.

Emotividad.

Estable-inestable emocionalmente.

Realista, duro-sensible, tierno.

Relajado, tranquil-tenso, irritable.

Sigue sus impulsos autodisciplinado.

Relaciones con los demás.

Dominante, agresivo-benévolo, conciliador.

Confiado-suspica.

Sencillo, franco-calculador, astuto.

Conservador, tolerante-radical, crítico.

Dependiente, imitativo-autosuficiente.

Factores de segundo orden.

Ajuste emocional-ansiedad, distimia.

Introversión-extraversión.

Socialización-no socialización.

Dependencia-independencia.

De Catell y Kline, 1977

verdadero o falso, o bien optar por una de las respuestas que se le proponen. Deben ser fáciles de aplicar, objetivos, válidos y fiables (estos test han alcanzado validez a través de estudios multivariantes realizados sobre grandes muestras). El resultado es un perfil en el que los rasgos evaluados alcanzan una puntuación entre un máximo y un mínimo, estableciéndose previamente un rango de normalidad. Sin embargo, el perfil debe analizarse de una forma integrada y relacionando entre sí aquellos rasgos que mantiene una asociación. Estos cuestionarios introducen un factor interno indicativo de la sinceridad con la que ha contestado el probando y, por lo tanto, de la fiabilidad del test. También debe valorarse el grado educativo del sujeto y la complejidad de las cuestiones, sin olvidar el factor psicológico de las dificultades que algunas personas presentan para hacer introspección y saber reconocerse a sí mismas (alexitima), o la actitud de “dar buena imagen” contestando más como le gustaría ser que como es en realidad (Castellano Arroyo, 2005).

Junto a este estudio con el cuestionario 16PF, la entrevista es la prueba fundamental en Medicina Legal Psiquiátrica o Psiquiatría Forense y el elemento de prueba pericial a los que los jueces y tribunales le dan mayor importancia y tienen más en cuenta. Los datos que se obtengan de ella dependerán de la experiencia, la formación y la pericia del médico forense que debe hacerse una idea observacional de la personalidad del explorado y contrastar si son coherentes sus conductas con el perfil de personalidad obtenido en las pruebas. También deberá identificar y superar la posibilidad de que el explorado introduzca elementos que distorsionen o enmascaren información sobre su persona y comportamiento.

Siguiendo a Castellano Arroyo, el estudio de la personalidad también puede abordarse metodológicamente desde diferentes perspectivas de la exploración psicodiagnóstica (Castellano Arroyo, 2013):

- El abordaje factorial de cada rasgo considerado individualmente
- Abordaje global de la personalidad, asociando unos rasgos con otros.

2.4. Estilos de afrontamiento.

Cuando hablamos de estilos de afrontamiento a una situación estresante o amenazante, existe, nuevamente, una variedad de perspectivas que van desde el concepto clásico de *tipos de afrontamiento (coping)* hasta *modelos básicos de conductas defensivas* en términos de respuestas reflejas.

Respecto a la primera perspectiva, el término *afrontamiento o coping* hace referencia a los recursos que utilizan las personas para afrontar una situación estresante y reflejan las conductas, emociones y percepciones de las personas ante un estresor o problema (Lazarus y Folkman, 1984; Pearling y Schooler, 1978).

Estos mecanismos determinan la forma en que se maneja el estrés y, por lo tanto, los efectos sobre la salud física y mental de estas experiencias vitales tanto a corto como a medio plazo (Skinner, Edger, Altman y Sherwood, 2003). Aunque parece a simple vista que el coping es un concepto claro, cuando recurrimos a la literatura existente volvemos a observar el poco consenso respecto a la conceptualización y la forma de medir los diferentes tipos de coping. Skinner y cols. (2003), en su revisión sobre los sistemas de categorías para clasificar las formas de coping, analizaron 110 formas de evaluarlo desarrolladas en los últimos 20 años. Estos autores mostraron una falta de consenso sobre las principales categorías de coping, y lo que interpretan como la causa del freno del progreso científico en este campo interfiriendo en la evolución de aspectos metodológicos y de intervención. Recalcan como una de las principales causas lo amplio que es el constructo coping y lo poco operacionalizado que está, en el sentido de que abarca una gran variedad de conductas y pensamientos que las personas utilizan para hacer frente a los estresores y que no siempre son fáciles de observar o recoger en autoinformes de forma fiable.

Las personas no se enfrentan a un mismo problema de igual manera. En términos generales, se han manejado tres distinciones de coping de forma dicotómica en función de cómo median entre el estrés y el funcionamiento de una persona: 1) *Centrado en el Problema* versus *Centrado en la Emoción* (el primero tiene como objetivo influir en el problema y el segundo minimizar la emoción negativa);

2) *Acercamiento* versus *Evitación* (intento activo de manejar la situación frente a un distanciamiento de la situación y las emociones); y 3) *Control Primario* versus *Control Secundario* (resolver la situación o aceptarla) (Skinner y cols., 2003).

Diversos estudios afirman que la personalidad puede influir en estas estrategias de coping de diferentes formas. Connor-Smith y Flachsbart (2007) realizaron un metanálisis de 124 artículos donde estudiaron la relación entre personalidad, a través del modelo de los 5 grandes, y coping. Concluyeron en su metanálisis que existen estudios que indican una relación entre personalidad y coping. Así, afirman que existen resultados que han identificado que estrategias efectivas para algunas personas no lo son para otras. Sin embargo, también concluyen que este conocimiento es limitado en relación al papel de la personalidad, en facilitar o no el coping, y al papel del coping, en regular la reactividad en base a la personalidad. Estas dificultades las atribuyen a problemas que hemos estado señalando desde el principio al abordar los principales conceptos que hemos manejado, a saber, la falta de estresores estandarizados y los múltiples análisis de la personalidad, entre otros.

Carver y Connor-Smith (2010), en su revisión, señalaron la diversidad de estudios que relacionan personalidad y coping. Indican que esta relación puede ser de varias formas, por ejemplo, la influencia de la personalidad en la elección de la estrategia de afrontamiento o que la personalidad influya en el buen funcionamiento de una estrategia, o ambas cosas a la vez. Sin embargo, nuevamente señalan que esta relación directa es modesta y no se comprende con claridad. Entre las causas de este impedimento incluyen los problemas que existen en la medición de la personalidad y del coping y la poca atención que se ha prestado en las interacciones entre los rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento para darle a la situación la respuesta que requiere.

La segunda perspectiva que señalábamos al inicio de este punto es más clara y arroja más luz respecto al conocimiento de las diferentes *conductas defensivas que las personas utilizan para enfrentarse de forma adaptativa a una amenaza*. Esta perspectiva tiene como objetivo el estudio de respuestas reflejas adaptativas ante la amenaza, y existe abundante literatura sobre los animales donde se ha

demostrado la variedad de este tipo de conductas, como la *lucha*, la *huida* o el *congelamiento* (p.e; Blanchard, Hynd, Minke, Minemoto y Blanchard, 2001; Eilam, 2005).

En humanos, la literatura al respecto se ha centrado en la conducta defensiva asociada a patología, no pudiendo relacionarse con la literatura animal centrada principalmente en la conducta defensiva normal. Esto ha hecho que afloren estudios de la conducta defensiva normal en humanos con el objetivo de adaptar estos modelos animales a la conducta defensiva humana (Blanchard y cols., 2001; Bradley, Codispoti, Cuthbert, Lang, 2001; McEwen, 2008; Perkins y Corr, 2006).

En la base de estos estudios, existen modelos teóricos que asumen que cuando estamos ante una amenaza se activan una serie de reflejos defensivos predeterminados y que el tipo de conducta dependería de las características de ese estímulo amenazante (p.e., *ambigüedad del estímulo*) y del contexto en el que aparece (p.e., *proximidad a la amenaza e inminencia*) (Blanchard y Blanchard, 1989; Fanselow, 1994). Perkins y Corr (2006) exploraron la relación entre rasgos de personalidad y la percepción de la distancia defensiva o de la amenaza. Estos autores observaron una relación entre los rasgos de personalidad y la percepción de distancia defensiva. Por ejemplo, observaron que las personas que puntuaron alto en psicoticismo percibían la amenaza más lejana, y las que puntuaban alto en ansiedad rasgo respondían a la amenaza de forma menos intensa.

Por otro lado, existen otros modelos que intentan explicar cómo las personas se enfrentan a una amenaza de forma adaptativa basándose en las diferencias individuales en las respuestas defensivas utilizadas ante una misma situación amenazante. Las diferencias en estas respuestas a los estresores dependerían de los estilos de personalidad y la reactividad fisiológica al estrés (Korte, Koolhaas, Wingfield y McEwen, 2005). Desde estas perspectiva, algunas personas optarían por un estilo de afrontamiento más proactivo caracterizado por conductas como la *lucha* o la *huida*, y otras por estilos de afrontamiento más reactivo caracterizado por respuestas como el *congelamiento* u *ocultarse*; y cada opción de respuesta tiene unos correlatos fisiológicos y hormonales determinados. Estas diferencias se explican en un marco donde los genes y el medio ambiente interaccionan produciendo características individuales (Idrissi, 2013; de Madeiros, 2007; Korte y cols., 2005).

2.5. Vulnerabilidad psíquica y resiliencia.

La *vulnerabilidad psíquica* expresaría un menor grado de resistencia psicológica de la persona ante los acontecimientos traumáticos; coincide con una menor capacidad de afrontar y elaborar aquellas vivencias que significan sufrimiento o contrariedad a los proyectos vitales.

Una situación de violencia en la pareja es una experiencia altamente estresante o traumática, donde la capacidad de afrontamiento por parte de la víctima media entre la demanda de la situación y los efectos sobre la salud o la aparición de enfermedad. En el afrontamiento adecuado a estas situaciones juegan un papel fundamental tanto los factores de *vulnerabilidad* de la víctima como su capacidad de *resiliencia*, ya que son determinantes en la capacidad de adaptación psicosocial. En este interés por conocer los factores de vulnerabilidad o de fortaleza ante el estrés o situaciones traumáticas se ha prestado mucho atención tanto en las estrategias de afrontamiento como a las características de personalidad como determinantes importantes en el desarrollo de patologías asociadas al estrés o al trauma (Connor-Smith y Compas, 2002), aunque otros factores también se han estudiado pero no con tanto interés.

Respecto al estudio de la vulnerabilidad, la gama de factores estudiados en la literatura científica es muy amplia y heterogénea. Entre ellos encontramos la influencia de la edad de la víctima (Benavides, 2015; Connor-Smith y Compas, 2002; La Flair, Bradshaw y Campbell, 2012; Lazenbatt y cols., 2013; Sarasua, Zubizarreta, Echeburua y de Corral, 2007), las características de personalidad (Golding, 1999; Patró Hernández, Corbalán Berná y Limiñana Gras, 2007), el tipo de violencia (Bonomi, 2006; Golding, 1999; Lagdon, Armour y Stringer, 2014; Patró Hernández y cols., 2007; Sabina y Strauss, 2008), el tipo de relación afectiva entre la víctima y el agresor (Anderson y Saunders, 2003; Echeburúa, Amor y Corral, 2002), la duración (Bonomi, 2006) y su frecuencia (Anderson y Saunders, 2003; Avant, Swopes, Davis y Elhai, 2011; Echeburúa y cols., 2002; Golding, 1999; Rutter, 2012), el apoyo social (Buesa y Calvete, 2013; Patró Hernández y cols., 2007), y el estilo de afrontamiento parental (Abaied y Rudolph, 2011); entre otros.

En relación a las estrategias de afrontamiento, aumenta el número de autores que aceptan que dentro de una misma especie animal existen dos estilos de afrontamiento, con sus correlatos fisiológicos, los cuales están asociados a determinados daños en la salud (Korte y cols, 2005). Por ejemplo, el estilo de

afrontamiento reactivo provoca mayores niveles de cortisol mientras que el estilo de afrontamiento proactivo provoca mayores niveles de reactividad simpática, ambos sistemas relacionados con la capacidad inmune, por lo que podríamos considerar la reactividad de estos sistemas como indicadores de la vulnerabilidad de padecer enfermedades inmunes (Koolhaas, 2008). Desde el modelo clásico de *coping*, también se ha asociado determinados estilos de afrontamiento con el deterioro de la salud. Por ejemplo, se ha observado que el tipo de estilo de afrontamiento se relaciona con diferentes niveles de cortisol, principal hormona reactiva al estrés, y, por lo tanto, con la eficacia del afrontamiento. De esta forma, el compromiso con el problema y la búsqueda de apoyo se ha relacionado inversamente con los niveles de cortisol (O'Donnell, Badrick, Kumari y Steptoe, 2008). En mujeres que han sido víctimas de violencia por parte de la pareja, se ha observado que las víctimas que utilizaban con mayor frecuencia el coping centrado en la emoción, se exponían a la violencia con más frecuencia y experimentaban mayores síntomas de estrés postraumático en comparación con las víctimas que utilizaban con menor frecuencia este tipo de estrategias de afrontamiento (Lilly y Graham-Bermann, 2010). Skitch y Abela (2008) observaron que adolescentes que utilizaban estrategias de rumiación (coping centrado en la emoción) para hacer frente a los estresores informaban de mayores síntomas depresivos y uso de sustancias de abuso.

Por otra parte, al estudiar las características de personalidad como factor de vulnerabilidad, como apuntábamos más arriba, existe mucha heterogeneidad en la forma de operacionalizar este constructo, en los factores que componen la personalidad y en sus instrumentos de medida. A modo de ejemplo, mencionamos dos estudios. Por un lado, Connor-Smith y Compas (2002) estudiaron la influencia del rasgo de personalidad "sociotropía" a través del Inventario de Estilo Personal de Robins, como mediador de la relación entre el estilo de afrontamiento y el estrés social, en relación a los índices de depresión y ansiedad. Por otro, Patró Hernández y col., (2007) estudiaron la influencia de los estilos de personalidad en el impacto psicológico de las mujeres maltratadas, y para ello utilizaron el Inventario de Estilos de Personalidad de Milon.

Por último, en el estudio del daño psíquico o ajuste psicosocial ante una situación de alto estrés, también encontramos una variedad de instrumentos para evaluarlo siendo la ansiedad, la depresión y el Trastorno de estrés Postraumáticos los efectos nocivos en la salud psicológica más estudiados y con mayor evidencia ante situaciones traumáticas y, específicamente en la violencia de pareja (p.e.;

Buesa y Calvete, 2013; Craparo, Gori, Petruccelli, Cannella y Simonelli, 2014; Lilly y Graham-Bermann, 2010). Por ejemplo, Villavicencio Carrillo y Sebastián Herranz (1999) evaluaron el ajuste psicosocial y el malestar general de mujeres maltratadas mediante el SCL-90-R de Derogatis, mientras que otros autores eligen, en base a un criterio absolutamente personal o arbitrario, otros instrumentos que miden el daño psíquico. Patró Hernández y col. (2007) midieron el daño psíquico a través del Inventario de Depresión de Beck, al igual que Sarasua y cols (2007) que evaluaron la incidencia de depresión con el Inventario de Depresión de Beck y los síntomas de ansiedad a través del Inventario de Ansiedad Estado de Spielberger. Oswald y cols. (2006) estudiaron la relación entre la respuesta de cortisol al estrés y la personalidad, medida ésta a través del Inventario de Personalidad NEO PI revisado de Costa and McCrae.

Podríamos exponer una infinidad de ejemplos de la heterogeneidad de los factores de personalidad, el tipo de daño físico, los factores de vulnerabilidad y los instrumentos de medida utilizados para estudiar el daño psíquico ante una situación traumática.

Por otra parte, el término *resiliencia* ha adquirido mucho protagonismo en el estudio de los factores protectores o de fortaleza de una persona ante una situación negativa. Por *resiliencia* se entiende la capacidad que posee una persona de recuperarse de una situación altamente estresante o traumática (Rutter, 1985), siendo esta capacidad determinante en la futura adaptación de la persona y en el daño a la salud mental. Al igual que los demás constructos a los que nos hemos estado refiriendo, hay un creciente interés por conocer los determinantes de la resiliencia y especialmente el papel que juega la personalidad. Sin embargo, vuelven a aparecer problemas conceptuales, es decir, no está claramente definido debido a los múltiples factores implicados, a la falta de delimitación de sus características y a su estudio desde diferentes disciplinas. A ello, hay que añadirle la falta de instrumentos estandarizados para su medición (Cabanyes Truffino, 2010). El término resiliencia sustituyó al de (in)vulnerabilidad ante el daño, y con el tiempo se han diferenciado de forma que mientras la segunda es una resistencia absoluta al daño, la primera hace referencia al manejo de la situación y a la recuperación del daño producido (Cabanyes Truffino, 2010; Earvolino-Ramirez, 2007). Algunos autores consideran que para que una persona sea resiliente no es necesario una adaptación general de la persona ni una recuperación completa, si no poseer la capacidad de recuperación separando el proceso del resultado (Rutter, 2013).

3. Regulación legal de la violencia en España: del delito de lesiones a la violencia de género.

En nuestra normativa penal actual se recoge el maltrato familiar como delito específico. Pero no ha sido hasta los últimos 15 años cuando se ha hecho una profunda modificación del Código Penal.

Hasta 1983, los malos tratos eran considerados meramente como falta en el CP: *“... el que maltratase a su cónyuge o hijos menores de palabra o de obra aunque no les causase lesión...”*.

- El tratamiento específico de los malos tratos habituales en el ámbito familiar se recoge por primera vez en el CP en virtud de **la L.O. 3/1989** a través del artículo 425: *“El que habitualmente, y con cualquier fin, ejerza violencia física sobre su cónyuge o persona a la que estuviese unido por análoga relación de afectividad, así como sobre los hijos sujetos a patria potestad, o pupilo, menor o incapaz sometido a su tutela o guarda de hecho, será castigado con la pena de arresto mayor”*.

La conducta castigada es la de ejercer violencia física. Las víctimas son el cónyuge o la persona a la que estuviese unido por análoga relación de afectividad. Se tiene en cuenta la habitualidad sin que la acción violenta persiga un fin determinado.

- **En el nuevo CP de 1995 (L.O. 10/1995 de 23 de noviembre)**, se reguló el delito de malos tratos en el artículo 153: *“El que habitualmente ejerza violencia física sobre su cónyuge o persona a la que se halle ligado de forma estable por análoga relación de afectividad, o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos, pupilos, ascendientes o incapaces que con él convivan o que se hallen sujetos a la patria, tutela, curatela o guarda de hecho de uno y otro, será castigado ...”*

La conducta castigada sigue siendo la de ejercer violencia física. La víctima es el cónyuge o persona a la que se halle ligado por análoga relación de afectividad. Se considera la habitualidad y se suprime la expresión “con cualquier fin”. Amplía el círculo de personas protegidas y ciñe el delito a una relación que sea estable y actual.

- **La Ley Orgánica 14/1999** se reforma del CP y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal obedece a las previsiones del Plan contra la violencia doméstica de 1998.

Una de las grandes novedades de esta reforma es que **se introduce, por primera vez, el uso de la violencia psíquica como conducta punible**. El art. 153 cambia su redacción al siguiente contenido: *“El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su conyugue o sobre la persona que éste o haya estado ligado a él de forma estable... Para apreciar la habitualidad a que se refiere el párrafo anterior, se atenderá al número de actos de violencia que resulten acreditados, así como a la proximidad temporal de los mismos, con independencia de que dicha violencia se haya ejercido sobre la misma o diferentes víctimas de las comprendidas en este artículo, y de que los actos violentos hayan sido o no objeto de enjuiciamiento en procesos anteriores”*. Hasta entonteces sólo se castigaba la violencia de tipo físico realizada de forma habitual. También se castiga en el art. 173 al que infringiera a otra persona un trato degradante menoscabando su integridad moral.

Las novedades introducidas se refieren a la conducta típica, a los criterios para apreciar la habitualidad y a los sujetos pasivos. Se incluyó la violencia psíquica de modo que comenzaron a considerarse como delitos aquellas conductas habituales consistentes en un maltrato psicológico, pudiendo a demás conformar la habitualidad a través de la suma de conductas violentas físicas y psicológicas (Benítez Jiménez, 2004).

Además se produjo una ampliación de la situación de convivencia derivada del matrimonio o de análoga relación e afectividad a la de aquellos supuestos en que hubiera desaparecido el vínculo matrimonial o la situación de convivencia.

- **La Ley Orgánica 11/2003, de medidas concretas en Materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros**, fue la encargada de intentar mejorar la regulación de delito de malos tratos. Fueron modificados varios artículos haciendo desaparecer la falta de malos tratos y diferenciando dos preceptos reguladores de este delito, dependiendo de la habitualidad de la conducta. **El artículo 173** es el que recoge el delito de malos tratos habituales, **siendo el 153** un artículo que pasa a incluir todas aquellas conductas que provoquen un menoscabo psíquico o lesión no definidos como delito, quedando redactado en el sentido de: *“El que por cualquier medio o procedimiento causare a otro un menoscabo psíquico o una lesión no definidos como delito en este Código, o golpeará o maltratará de obra a otro sin causarle*

lesión, amenazara a otro de modo leve con armas y otros instrumentos peligrosos, cuando en todos estos casos el ofendido fuera alguna de las personas a las que se refiere el artículo 173.2 (sobre sujetos pasivos), será castigado”.

Las conductas que antes eran consideradas faltas se elevan a categoría de delito cuando se cometan en el ámbito doméstico y el contenido del artículo 153 pasa a los apartados 2 y 3 del 173 dentro de la gravedad del daño moral y del trato vejatorio.

El artículo 173.2 amplía el círculo de sujetos pasivos protegiendo a “cualquier persona amparada en cualquier otra relación por la que se encuentre integrada en el núcleo familiar”. Se agravan las penas cuando los actos de violencia se perpetren en presencia de menores, o utilizando armas, o tengan lugar en el domicilio de la víctima, o se realicen quebrantando una pena de las contempladas en el artículo 48. También se modifican diversos artículos de la LECr (art 259 a 26 y art. 544) con el fin de restringir la libertad de movimiento del agresor e impedir su aproximación a la víctima. Igualmente se pretende una mayor protección a la víctima y a su familia.

Esta L.O añadió un párrafo al art. 147.1, en el que castigaba con la misma pena del tipo básico a quien haya realizado cuatro veces en un año la acción descrita en el art 617 del CP (falta de malos tratos para proteger el bienestar corporal). Es decir, convertía en delito la repetición de la conducta violenta y establecía una frecuencia en la consideración de la habitualidad.

- Posteriormente, **la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género** introdujo determinadas modificaciones en algunos artículos del CP incluyendo los de violencia de género. La novedad particular que supone la LO 1/2004, es que destaca especialmente porque considera más graves los comportamientos de este tipo que se producen sobre la mujer. La consecuencia final será doble. De una parte, que las lesiones, que en cualquier sujeto, por su entidad, deberían ser consideradas constitutivas de delito, pasan a ser ahora lesiones agravadas del art. 148. De otras, que las conductas que deberían ser constitutivas de una mera falta, pasan a ser delitos (art 153). El artículo 138 se modificó añadiendo dos nuevos supuestos de agravación relacionados con la violencia familiar y de género: El número 4º, agrava la pena “*Si la víctima fuere o*

hubiere sido esposa, o mujer que estuviera o hubiera estado ligada al autor por una análoga relación de afectividad, aun sin convivencia". Y el apartado 5º cuando *"la víctima fuera una persona especialmente vulnerable que convivía con el autor"*.

- **La Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, modifica el CP.** Se añade un 2º y 3º párrafo al artículo 173.1 que castiga actos hostiles o humillantes, que sin llegar a constituir trato degradante, suponga un acoso en la relación laboral o funcionarial o intenten impedir de forma reiterada el legítimo disfrute de la vivienda.

También se modifica el artículo 88 que establece que en el caso de que el reo hubiera sido condenado por un delito relacionado con la violencia de género, la pena de prisión sólo podrá ser sustituida por la de trabajos en beneficio de la comunidad o localización permanente en lugar distinto y separado del domicilio de la víctima. En estos supuestos, el juez o tribunal impondrá adicionalmente, además de la sujeción a programas específicos de reeducación y tratamiento psicológico, la observancia de las obligaciones o deberes previstos en el art. 83 del CP.

Introduce la medida de libertad vigilada.

- **Este mismo año, La LO 1/2015, de 30 de marzo, modifica nuevamente el CP y los artículos 153 y 173.** En materia de violencia de género y doméstica, se llevan a cabo algunas modificaciones para reforzar la protección especial de las víctimas.

En primer lugar, se incorpora el género como motivo de discriminación en la agravante de la responsabilidad criminal 4.ª del artículo 22. Además, se amplía el ámbito de la medida de libertad vigilada a los delitos de malos tratos y VG.

En segundo lugar, la desaparición de las faltas de lesiones a las personas (deroga los artículos 617 a 622), que pasan a ser delitos leves, y la adecuación de los tipos penales no impide mantener la diferenciación en el tratamiento de los delitos relacionados con la violencia de género y doméstica, con el fin de mantener un nivel de protección más elevado. Aunque la nueva categoría de delitos leves requiera de la denuncia previa del perjudicado, en los casos de VG no se exigirá denuncia previa para perseguir las lesiones de menor gravedad y el maltrato de obra, ni tampoco en el nuevo delito de acoso.

En tercer lugar, en materia de imposición de penas de multas y para evitar perjuicios económicos a la víctima, cuando éstas sean de tipo económico sólo será posible su imposición cuando entre agresor y víctima no existan relaciones económicas derivadas de una relación conyugal, de convivencia o filiación, o existencia de una descendencia común. También podrá sustituir la multa por penas de trabajos en beneficio de la comunidad y de localización permanente.

Finalmente, en relación con los dispositivos telemáticos para controlar las medidas cautelares y las penas de alejamiento en materia de VG, se tipifica como quebrantamientos para castigar los actos tendentes a alterar o impedir el correcto funcionamiento de dichos dispositivos.

3.1. Tipo autónomo: Violencia sobre la esposa o persona vinculada con el agresor por relaciones familiares o análogas.

La VG es un tipo autónomo de delito. El artículo 37 de la LO 1/2004, dio una nueva redacción al art 153, que recoge tres modalidades delictivas: un tipo básico (apartado 2) y dos agravados (apartados 1 y 3). La conducta común es la causación de un menoscabo psíquico o una lesión o un maltrato de obra que en vez de faltas son elevados al delito de lesiones. Los delitos de VG se configuran como una modalidad de lesiones **que tutela la salud e integridad física y psíquica de la mujer** que ha sufrido malos tratos. Supone un incremento de gravedad sobre la reforma de 2003.

El art. 153 es un delito especial en el que el sujeto activo (agresor) y el pasivo (víctima) están ligados por los vínculos que se detallan en el art. 173.2. Tanto el **menoscabo psicológico** como la lesión que integran la conducta típica deben ser las que no están definidas como delito en el Código por no necesitar tratamiento médico-quirúrgico. En caso contrario deberían ser incluidas en el tipo básico de lesiones del artículo 147.1 o sus agravados, y no en este artículo 153.

Siguiendo con el tratamiento jurídico del daño psíquico, González Rus (2011) dice que la posición mayoritaria entiende que lo tutelado en las lesiones es la salud, en su sentido más amplio de ausencia de enfermedad o de alteración psíquica. El CP se refiere indistintamente a la integridad corporal, a la salud física o mental

(art 147.1), a la salud física o psíquica (art. 148.1) y a la integridad de las personas (art. 154), lo que podría sugerir que integridad y la salud son bienes distintos. Sin embargo, la salud tutelada aquí debe ser entendida con el doble contenido de ausencia de enfermedad o de la alteración corporal, con lo que comprendería cualquier alteración del normal funcionamiento del cuerpo, ya sea por pérdida de sustancia corporal (integridad), ya por inutilización funcional de cualquier órgano miembro (inutilidad), ya por enfermedad física o psíquica.

En el caso de la grave enfermedad somática o psíquica (art 149.1) acoge cualquier afectación del cuerpo o de la mente que altera de manera duradera e importante el normal funcionamiento del organismo. No es preciso que sea incurable. La enfermedad mental acoge tanto la enajenación como cualquier alteración grave de las facultades.

Perela Larosa (2010) cita que el artículo 173.2 del CP establece que: “*El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica*”, conformando la conducta típica en tres elementos: la violencia física, la psíquica y la habitualidad. El precepto penal sanciona el empleo de la violencia psíquica y no la causación de las lesiones psíquicas. (Valcarce López, 2000). Ante la inexistencia de una definición de la violencia psíquica dejamos en manos de los jueces la tarea de dar contenido a la figura de los malos tratos psíquicos (Cortes Bechiarelli., 2000).

3.2. Víctimas de especial vulnerabilidad.

Aplicado al tema de nuestro trabajo de investigación, González Rus (2011) dice que **la especial vulnerabilidad** puede ser debida a cualquier circunstancia o condición de la víctima, comprendiendo las causas de incapacidad o dependencia física o psíquica respecto del autor, que hacen a la víctima particularmente susceptibles de recibir de éste agresiones o lesiones físicas o morales. Se requiere que esa situación de debilidad respecto del autor sea de cierta entidad e importancia (“especialmente”). Por lo que además es indiferente cuál sea la relación que se encuentra en el origen de la especial vulnerabilidad: relaciones familiares, afectivas, económicas... El sujeto activo debe conocer y querer aprovechar la especial situación de la víctima para cometer el delito [*Las lesiones. Sistema de derecho penal español.* p.102].

4. Medidas de protección integral contra la violencia de género.

4.1. Ley orgánica 1/2004, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.

La Ley Orgánica de medidas de protección integral contra la violencia de género fue aprobada el 22 de diciembre de 2004, y constituye una reivindicación que las organizaciones de mujeres solicitaban desde el año 1.991. Son varios los aspectos que convierten a esta Ley en una buena práctica en el marco de las actuaciones contra la violencia de género.

Parte del concepto de violencia de género más amplio utilizado por las Naciones Unidas en la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993) *“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 psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública o privada”* **sin limitarse a la violencia ejercida en el ámbito de lo privado.**

Incluye medidas de sensibilización, prevención y detección en ámbitos tan diferentes como el educativo, el sanitario y la publicidad y los medios de comunicación. Dentro de estos se incorpora la formación de las y los profesionales de cada uno de estos ámbitos como una actuación imprescindible para alcanzar los objetivos de prevención y sensibilización.

Las actuaciones de información a las mujeres víctimas son consideradas como un derecho. La ley establece además la garantía de este derecho a las mujeres con discapacidad a través de formatos accesibles.

Establece la creación de organismos específicos de apoyo a la consecución de los objetivos de la Ley.

La ley tiene la siguiente estructura:

Título preliminar. Se recogen el objeto de la ley y los principios rectores de la misma.

Título I, muestra las medidas de sensibilización, prevención, detección e intervención en diferentes ámbitos como: El educativo, la publicidad y los medios de comunicación y el sanitario con medidas formativas y la creación de una comisión contra la violencia de género dentro del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

Título II, hace referencia a los derechos de las mujeres víctimas de violencia de género: Derecho a la información, a la asistencia social integral y a la asistencia jurídica gratuita. Derechos laborales y prestaciones de la Seguridad Social. Derechos de las funcionarias públicas. Derechos económicos.

Título III, relativo a la Tutela Institucional y las actuaciones policiales. Propone la creación de dos órganos administrativos como son la Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre las Mujeres (funciones de coordinación e impulso de todas las actuaciones desarrolladas en materia de violencia de género), el Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer (al que corresponderá el asesoramiento, evaluación, colaboración institucional, elaboración de informes y estudios, y propuestas de actuación en materia de violencia de género), así como los Juzgados de Violencia sobre la Mujer.

Título IV, en el que se introducen normas de naturaleza penal. Introduce el castigo como delito de las coacciones leves y las amenazas leves de cualquier clase cometidas contra las mujeres.

Título V, establece la Tutela Judicial como herramienta para garantizar un tratamiento eficaz de la situación jurídica, familiar y social de las víctimas de la violencia de género. Trata sobre 1) La creación de los Juzgados de Violencia Contra la Mujer, sus competencias y recursos. Las medidas de protección de

las víctimas, actuaciones en materia civil como consecuencias de un acto de violencia contra la mujer y las atribuciones de adoptar medidas provisionales en orden civil y penal; 2) Normas procesales civiles y penales; 2) Medidas judiciales de protección y de seguridad de las víctimas; 3) Del fiscal contra la violencia sobre la mujer y 4) De la formación específica de Jueces, Tribunales, Fiscales; Secretarios Judiciales y Médicos Forenses.

4.2. Ley 13/2007 de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía se aprobó en el año 2007 el nuevo **Estatuto de Autonomía** sancionado mediante la L.O. 2/2007, donde se introducen reformas que adaptan el texto jurídico a la realidad y desarrollo social y cultural de los andaluces. Con este Estatuto, Andalucía asume un fuerte compromiso en la erradicación de la violencia de género y en la protección integral a las mujeres.

A los principios de universales de igualdad de todos los andaluces, se añade como objetivo básico la garantía de igualdad y políticas de género (artículos 10.2, 15 y 73). Novedosos son también los derechos recogidos específicamente para la protección contra la violencia de género. El artículo 16 es exclusivo de este problema y dice: *“Protección contra la violencia de género. Las mujeres tienen derecho a una protección integral contra la violencia de género, que incluirá medidas preventivas, medidas asistenciales y ayudas públicas”*.

En cuanto a las políticas de género, el artículo 73.2 recoge que: *“Corresponde a la Comunidad Autónoma la competencia compartida en materia de lucha contra la violencia de género, la planificación de actuaciones y la capacidad de evaluación y propuesta ante la Administración central. La Comunidad Autónoma podrá establecer medidas e instrumentos para la sensibilización sobre la violencia de género y para su detección y prevención, así como regular servicios y destinar recursos para conseguir una protección integral de las mujeres que han sufrido o sufren este tipo de violencia”*.

La Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género (BOJA, 18 de diciembre de 2007; BOE, 13 de febrero de 2008), pretende responder al desarrollo específico de las estrategias contra la violencia de género y constituye el reconocimiento de los derechos de las mujeres en orden a su protección y atención. Junto a dicha Ley específica, hay que hacer también referencia a la Ley 12/2007, de igual fecha, para la Promoción de la Igualdad de Género en Andalucía.

Con anterioridad a estas normas, se crea el Instituto Andaluz de la Mujer a finales de 1988 y el Gobierno andaluz establece dos planes autonómicos para la erradicación de la violencia de género desde el enfoque multidisciplinar y coordinado de los distintos ámbitos de actuación, para los períodos 1998-2000 y 2001-2004. Estos planes sientan el principio fundamental de esta Ley que es el de consolidar y reforzar los recursos asistenciales y preventivos puestos en marcha desde 1998. Le concede especial atención a las medidas preventivas, entre las que se incluyen, la aprobación, cada cinco años, de un plan integral de actuación en los ámbitos de la educación, la comunicación institucional, la formación y la detección de la violencia de género.

Como señala su *artículo 1*, la Ley 13/2007 tiene por objeto actuar contra la violencia que se ejerce sobre las mujeres por el hecho de serlo, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mismas. Asimismo lo será la adopción de medidas concretas para la erradicación de la violencia de género, mediante actuaciones de prevención y de protección integral a las mujeres víctimas, incluidas las acciones de detección, atención y recuperación.

La Ley andaluza establece un concepto de violencia de género bastante más amplio que la Ley 1/2004. Así, comprendería *cualquier acto de violencia basada en género que tenga como consecuencia –o que pueda tenerla– un perjuicio o sufrimiento en la salud física, sexual o psicológica de la mujer, incluyendo amenazas*

de dichos actos, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, tanto si se producen en la vida pública como privada (art. 3.2).”

Esa amplitud definitoria se manifiesta en el *apartado 3 del artículo 3*, que estamos analizando, cuando señala lo que ha de entenderse por violencia física, psicológica y económica, por una parte, y violencia sexual y abusos sexuales, por otro, siempre a efectos de la Ley. En este sentido, salvo la violencia económica, que se restringe al ámbito de la convivencia de pareja, el resto de actos violentos –físicos y psicológicos– se amplían a «*los ejercidos por hombres en su entorno familiar o en su entorno social y/o laboral*» y, en concreto, la violencia sexual y abusos sexuales se entenderán como violencia de género «con independencia de que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, afectiva o de parentesco con la víctima».

La ley se estructura en:

Título preliminar. Recoge el objeto de la ley, su ámbito de aplicación, la definición de violencia de género y los principios por los que se tendrán que regir los poderes públicos.

Título I, regula las medidas de **sensibilización y prevención**: 1) Investigación de causas y consecuencias de la violencia de género; 2) Elaboración periódica del plan integral dirigido a la sensibilización, prevención, detección y protección integral. 3) Medidas dirigidas a la promoción de una imagen no discriminatoria de las mujeres, una publicidad no sexista y especial atención al tratamiento de la violencia de género; 4) Medidas para la formación y especialización de los profesionales que intervienen en el maltrato.

Título II. Establece las medidas de **protección y atención** a las mujeres: 1) Derechos de las mujeres en situación de violencia de género; 2) Formación en el ámbito de la seguridad y fomento de unidades especializadas; 3) Medidas

sanitarias de atención y detección precoz; 4) Medidas que garanticen una atención jurídica especializada, integral e inmediata; 5) La atención integral para garantizar la protección, la atención integral multidisciplinar, y la búsqueda de autonomía de las víctimas.

Título III. Establece acciones para la **recuperación integral** de las mujeres: Ayudas socioeconómicas, acceso a viviendas protegidas, formación, promoción del empleo, trabajo autónomo y concienciación en el ámbito laboral.

Título IV, recoge las acciones de **coordinación y cooperación institucional.**

Esta Ley establece en su artículo 38, las atribuciones de la Administración de la Junta de Andalucía para personarse, de acuerdo con la legislación procesal vigente, en los procedimientos por actos de violencia de género cometidos en Andalucía, en los que se acusa la muerte a las mujeres.

Desde el la perspectiva que interesa al derecho y a las actividades médicas y médico forenses, la Ley 13 / 2007 promueve la formación del personal general de la Junta de Andalucía, y en especial, al personal responsable de la atención a las víctimas de violencia de género (art. 20.1). En el ámbito judicial, la Junta de Andalucía, dentro de sus competencias:

- Asegurará una formación específica sobre igualdad y violencia de género a los médicos forenses (art. 21.1).
- Garantizará el derecho a la asistencia letrada, a la orientación jurídica y a la asistencia legal durante los procedimientos de violencia de género (art. 35).
- Promoverá la creación de juzgados específicos de Violencia sobre la Mujer y de las secciones de la fiscalía que correspondan (art. 36) y organizará la creación de las unidades de valoración integral de violencia de género en los IML (art. 37).

5. Aspectos Médico Forenses relacionados con la violencia de género.

5.1. Consideraciones jurídico-forenses.

Acercarse a la jurisprudencia para un médico es una tarea compleja que requiere prudencia. Por este motivo, en parte de estas consideraciones, vamos a referirnos al tratamiento que hacen Carrasco Gómez, psiquiatra y médico forense, y Maza Martín, magistrado del Tribunal Supremo, en su tratado de Psiquiatría Legal y Forense (2010). Estos autores consideran necesario estudiar los siguientes aspectos en relación a las lesiones psíquicas que puedan resultar de interés médico forense: 1) La clasificación penal de las lesiones, que ya la hemos tratado en el apartado correspondiente refiriéndonos a González Rus (2011). 2) La naturaleza de las lesiones. 3) La intencionalidad. 4) Si es necesaria una lesión física como causante de la psíquica. 4) El requisito legal del tratamiento médico. 5) La relación de causalidad. 6) La individualidad de la lesión psíquica. 7) La indemnización de las lesiones o secuelas, que desarrollaremos posteriormente.

Previamente al tratamiento de los aspectos reseñados, conviene introducir la consideración que hace el Tribunal Supremo, en su sentencia del 24 de junio del 2000, **sobre el bien jurídico protegido y la definición del maltrato familiar**: *“El bien jurídico protegido es la preservación del ámbito familiar como una comunidad de amor y libertad presidido por el respeto mutuo y la igualdad; dicho más sintéticamente, el bien jurídico protegido es la paz familiar, sancionando aquellos actos que exteriorizan una actitud tendente a convertir aquel ámbito en un microcosmos regido por el miedo y la dominación, porque en efecto nada define mejor el maltrato familiar como la situación de dominio y de poder de una persona sobre su pareja y los menores convivientes. Por ello, la violencia física o psíquica a que se refiere el tipo es algo distinto de los concretos actos de violencia, aisladamente considerados, y el bien jurídico protegido es mucho más amplio y relevante que el mero ataque a la integridad, quedando afectados fundamentales valores de la persona y dañado el primer núcleo de toda sociedad como es el núcleo familiar”*.

Sobre la **naturaleza de las lesiones psíquicas**, refieren la STS de 15 diciembre de 2015 respecto del problema inicial de la calificación como delito de las lesiones de orden psíquico: *“Existe y es evidente una lesión de carácter físico y otra de carácter mental que traen su origen de la actuación violenta del acusado sobre la ofendida, por lo que su calificación jurídica debe realizarse en función del resultado más gravemente penado, ya que se trata de una sola acción y realizada de un resultado lesivo de carácter doble, físico y mental, sin que esta última consecuencia pueda considerarse como secuela, sino como lesión típica que debe ser sancionada [Las lesiones psíquicas, p. 603].”*

En cuanto a **si es necesaria una lesión física como causante de la psíquica**, cita la STS de 9 de junio a propósito de la exigencia, o no, de que una lesión física sea determinante de la psíquica o que ésta pueda recibir un tratamiento individualizado. *“De esta forma se plantea el problema de si la acción que lesione la salud mental debe haber tenido necesariamente, o no, una determinada incidencia en el cuerpo del sujeto pasivo, y, en caso afirmativo, cómo se debe configurar esta incidencia corporal de la acción. La cuestión de si una incidencia meramente psicológica – sin incidir sobre el cuerpo – puede dar lugar... del delito de lesiones. (...) La nueva redacción, como se dijo, se establece expresamente que la causa primera de la lesión que menoscabe la salud mental requiera una incidencia corporal de la acción, pues es evidente que el propósito del legislador no ha sido convertir en delictivo cualquier comportamiento de malos tratos psicológico. Continúa la sentencia: “Ello pone de manifiesto que en todo caso es necesaria una lesión corporal de la que se derive luego, como resultado mediato, el perjuicio de la salud física o psíquica. Es decir, que el resultado de la acción debe ser una lesión que no se debe identificar con el menoscabo de la integridad corporal ni de la salud psíquica o mental. En consecuencia, en un correcto entendimiento, el tipo penal de las lesiones exige como presupuesto una lesión corporal que debe tener además consecuencias en la integridad corporal, en la salud física o en la salud psíquica. Dicho de otra manera sólo se subsumen bajo el tipo penal del art. 147 CP los supuestos en los que la lesión corporal causada tenga una determinada gravedad resultado de sus consecuencias sobre la integridad corporal, la salud física o la salud mental... 3. Establecido lo anterior es preciso comprobar si en el presente caso precisamente se ha producido una lesión corporal y luego si ésta ha afectado a la salud psíquica... [Las lesiones psíquicas, p. 609-610]”.*

Respecto al **requisito legal del tratamiento médico** se hace referencia a que, ya sea farmacológico o de prescripción de tratamiento psicológico lo relevante es que debe ser prescrito por un médico, siendo indiferente que la actividad posterior la realice el propio médico o la encomiende a los profesionales en la materia objeto de tratamiento. Para que se entienda la existencia de un daño psíquico la medicación debe de tipo psiquiátrico (antidepresivos, ansiolíticos, hipnóticos, antipsicóticos...).

De acuerdo a la **causalidad**, ésta debe quedar acreditada por informes clínicos o dictámenes periciales. La valoración que se hace del estado anterior en la STS de 10 de noviembre de 1989 es de mucho interés médico forense: *Sin perjuicio de la predisposición constitucional que no afecta a la relación de causalidad, se produjo el desarrollo paranoico, con anterioridad inexistente, y predisposición y desarrollo paranoico, son perfectamente compatibles, por cuanto el primero es continuado del segundo provocado por el traumatismo padecido y ambos pertenecientes a tiempos distintos del proceso, uno preexistente y otro sobrevenido [Las lesiones psíquicas, p. 614]*. Lo que valora el tribunal es lo que le debe el hecho traumático al daño psíquico y no el conjunto de patología mental que pueda darse al mismo tiempo en el sujeto.

La STS de 25 de enero de 2002 dice: *Por la permanencia del síndrome depresivo, creen que puede haber una base patológica, pues esa posible base patológica sólo podría servir para revelar una predisposición al padeciendo de esta enfermedad psiquiátrica, pero en modo alguno para negar la relación de causalidad entre esos hechos y esa depresión en la que degeneró la inicial crisis de ansiedad observada... [Las lesiones psíquicas, p. 615]*.

En cuanto a **la individualización de la lesión psíquica**, es decir, la posible interacción o el tratamiento jurídico individualizado de unas lesiones psíquicas consecuentes a otro ilícito, cita diferentes STS (13 noviembre 1999; 10 octubre 2003; 6, 13 y 17 noviembre 2003) cuya intención se concreta en que la lesión psíquica se encuentra ya incluida en las consecuencias físicas del hecho, por lo que ordinariamente quedan consumidas por el tipo delictivo correspondiente o por ello el legislador incrementa la pena en los tipos agravados o de delitos como las agresiones sexuales.

Excepcionalmente, el origen de la lesión que afecta a la salud mental puede establecerse en hechos que exceden de los que son concretamente constitutivos del delito, aunque estén relacionados con su ejecución. En estos casos los resultados

de la agresión pueden sugerir la consideración normal de la *conturbación anímica* y permitan ser considerados como resultado típico del delito de lesiones, adquiriendo una autonomía respecto al inicial delito de agresión merecedora del reproche contenido en el delito de lesiones, siendo preciso su determinación como resultado típico de éste.

La STS del 5 de octubre del 2005 considera que **el delito de violencia doméstica no absorbe las lesiones psíquicas** y lo explica así: “... *en modo alguno puede considerarse que el delito de violencia doméstica absorba las lesiones psíquicas sufridas por la víctima consistente en trastorno de adaptación que tiene su causa en la situación de conflicto y maltrato psicológico causado por el recurrente, lesión psíquica que ha precisado de tratamiento médico de tipo psiquiátrico y apoyo terapéutico, lesión que existiría aunque no hubiesen concurrido los elementos propios del maltrato de género o familiar...*”.

Por otra parte, también hemos realizado una revisión de la jurisprudencia penal a través del buscador CENDOJ del Consejo General del Poder Judicial de España, que proporciona acceso a sentencias de Juzgados de lo Penal, Audiencias Provinciales y Altos Tribunales.

La jurisprudencia sobre el daño psicológico/psíquico como consecuencia de la violencia de género, familiar o domestica, manifiesta una especial dificultad a la hora de tratar y valorar el daño psicológico (o moral) y el resarcimiento de la víctima o condena del maltratador.

Lo primero que observamos es una falta de concreción a la hora de delimitar qué es el daño psíquico/psicológico/moral y qué debe valorarse como daño. Esto es comprensible y entendemos que las consecuencias psicológicas no son lesiones físicas objetivables, si no que necesitamos estudiarlas a través de las manifestaciones clínicas y conductuales de la víctima, que si son medibles a través de las herramientas validadas. Rara vez se hace mención expresa al daño psíquico a pesar de que inevitablemente un hecho violento o traumático tiene unas consecuencias psicológicas. Sin embargo, el daño moral si cita en reiteradas veces, pero de forma vaga e imprecisa.

Como hemos dicho, este concepto lesivo sólo se cita en las sentencias y se determina si existe o no para vincularlo a los supuestos penales del delito de lesiones o de violencia de género. Sin embargo, el juzgador no establece sus criterios ni nos dice qué es el daño psíquico. Tampoco entra a tratarlo jurídicamente o a realizar una

valoración profunda de su significado. Ni lo especifica ni lo aclara, confundándolo o haciéndolo sinónimo del daño moral.

En nuestra búsqueda encontramos algunos criterios psicológicos o morales en sentencias muy recientes y que pasamos a ejemplificar:

- *“según la doctrina de la sala, el daño moral, por su naturaleza carece de posibilidad de ser fijado de forma precisa y objetiva, y sólo puede ser establecido mediante un juicio global basado en el sentimiento social de reparación del daño producido por la ofensa, atendiendo a la naturaleza y gravedad del hecho atemperando la demanda de los perjudicados a la realidad social y económica del momento teniendo también en cuenta las posibilidades del obligado al pago [SAP Burgos; 20/10/2015].”*

- *“La pérdida de autoestima, entendida como daño y como incapacidad. Como daño, el deterioro de la autoestima se considera una expresión patológica consustancial a los episodios prolongados de violencia doméstica. Como incapacitación, se considera que la exposición prolongada a la violencia llevaría a una especie de síndrome de anulación personal... Se sabe que existen algunos criterios, como la menor edad de la víctima, que aumentan el valor del daño psíquico desde el punto de vista jurídico [SAP La Coruña; 18/11/2015].”*

Los jueces y tribunales establecen la existencia de un daño psíquico y lo valoran a la hora de determinar el perjuicio y la pena, fundamentalmente, de tres maneras:

1) Porque haya sido documentado a través de informes y criterios médico-clínicos que se aportan y acompañan a las diligencias judiciales, según:

- a. La evaluación y la intervención terapéutica realizada por la Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC) o por el Médico de Atención Primaria.
- b. El contenido de los informes facultativos psicológicos y/o psiquiátricos.
- c. Los dictámenes de otros órganos valorativos de la Administración como pueden ser el Equipo de Valoración y Orientación a personas con discapacidad (EVO); el Equipo de Valoración de Incapacidades médico-laborales (EVI); los Equipos de la Consejería de Salud, Igualdad y Bienestar Social para la valoración del grado de dependencia o las Juntas Médico Periciales (JMP) en el medio militar.

2) Porque haya sido establecido durante la instrucción del procedimiento judicial a través de informes y criterios periciales (prueba pericial):

- a. Del resultado de la valoración médico forense y psicológica realizada en el IML a petición de los Juzgados de Instrucción o de Violencia Contra La Mujer.
- b. A través de la valoración realizada por órganos consultivos de la Administración de Justicia (Reales Academias, Departamentos Universitarios, etc...) o mediante los informes emitidos por peritos designados por el Juzgado Decano.

3) Por un criterio asociativo o de presunción que se le atribuye a la gravedad de la violencia o al resultado lesivo. Lo que hace el juez es una apreciación de su existencia atendiendo a las reglas de la sana crítica o a su leal saber y entender.

Queremos comentar la reiterada aceptación que hacen los tribunales del “*síndrome de stress postraumático*” (TEPT) como secuela psíquica en mujeres víctimas de violencia de género y que se utiliza como *cajón de sastre* valorativo de situaciones de neurosis postraumáticas que tienen una enorme variabilidad en sus efectos y consecuencias (Aso Escario y Cobo Plana, 2006).

Este síndrome se describió para los combatientes de la guerra del Vietnam que estaban sometidos a un estado de alerta permanente con alta tensión emocional, que soportaban condiciones de vida muy difíciles, expuestos a la observación de violencia extrema y al sufrimiento psicológico intenso, y que sufrían lesiones graves o la vivencia de peligro para su vida de una forma continuada y persistente en el tiempo. Entendemos que lo que sufre la víctima en los casos de violencia de género es un stress emocional a consecuencia de un trauma, por lo que debería reservarse el término de TEPT para agresiones complejas como los abusos sexuales, el intento de asesinato, la retención contra la voluntad, las lesiones y secuelas graves y situaciones análogas que supongan la vivencia intensa de muerte o peligro grave inminente para sí o para sus hijos. (Casado Blanco y Castellano Arroyo, 2013).

La horquilla valorativa de los baremos debería ser también más amplia, por resultar las actuales insuficientes (Aso Escario y Cobo Plana, 2006).

5.2. Baremos de valoración del daño psíquico en la legislación española.

Durante el proceso penal, el Juez debe conocer las consecuencias que una agresión ha tenido para la víctima de manera que pueda establecer la calificación jurídica de los hechos y la gravedad del delito, la pena para el agresor y la indemnización que le corresponde a la mujer que ha sufrido maltrato.

Sin embargo, el daño psíquico es algo que no es tangible a simple vista. Es más una vivencia personal que una percepción o apreciación objetiva que un observador pueda tener o hacer desde fuera. Es una consecuencia de la violencia que no se ve en una radiografía como la artrosis o que no se detecta en un análisis como una anemia.

Para un Juez que no sabe de Medicina, la existencia y la severidad del daño psíquico y el conocimiento de cuáles son sus límites es aún más intangible y menos comprensible. Esto se refleja y se confirma en el estudio jurisprudencial que previamente hemos hecho.

La práctica más habitual en la valoración de las secuelas psíquicas y por tanto, lo que le piden los juzgados y tribunales a la peritación médico forense es que al diagnóstico clínico o a la valoración psicodiagnóstica se le asigne una puntuación según un baremo. Para ello y, en primer lugar, el Juez debe tener certeza de que una agresión ha producido un daño psíquico, es decir identificar el perjuicio psíquico (lesión o secuela) como resultado lesivo. En segundo lugar, debe conocer su importancia e intensidad. Y finalmente, trasladar el resultado a una escala de medida valorativa que le permita convertir fácilmente, de forma proporcional y proporcionada, las consecuencias de la agresión en una cantidad indemnizatoria para reparar el daño causado. Es decir, el juez necesita un baremo en el que decir que este perjuicio psíquico supone 1, 10 o 20 puntos para que su fallo no resulte ni discrecional ni arbitrario. Los jueces necesitan de los Médicos Especialistas en Medicina Legal y Forense la constatación objetiva de las secuelas y que además se cuantifique su extensión e intensidad en puntos.

En España no existe un sistema de baremo específico que pueda ser aplicado a las mujeres víctimas de violencia en el medio familiar. Como tampoco encontramos un sistema de valoración particular y específico para el daño psíquico. No obstante, en la legislación española encontramos distintos sistemas valorativos, publicados en el Boletín Oficial del Estado (BOE), que incluyen, de dispar manera y con mayor o menor grado de detalle, la valoración de las deficiencias funcionales físicas y psíquicas.

Por su importancia, citamos los siguientes:

- 1) **Delitos violentos:** Ley 35/1995, de 11 de diciembre, de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.
- 2) **Baremos de accidentes de tráfico:** a) Ley 30/1995 de ordenación y supervisión de los seguros privados y la Ley 34/2003 de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de la legislación de seguros privados. b) Real Decreto Legislativo 8/2004, de 29 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor.
- 3) **Discapacidad:** Real Decreto 1971/1999 de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
- 4) **Dependencia:** Real Decreto 174/2011 por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.
- 5) **Víctimas de Terrorismo:** Ley 29/2011 y su reglamento de desarrollo (Real Decreto 671/2013) regulan el reconocimiento, la protección integral y las indemnizaciones de las víctimas del terrorismo.
- 6) **Internacionales:** Sistema de indemnizaciones de los particulares en operaciones internacionales de Paz y Seguridad.
- 7) **Laborales:** a) Orden del Ministerio de Trabajo por la que se establecen normas para la aplicación y desarrollo de las prestaciones por invalidez en el Régimen General de la Seguridad Social; b) Calificación de las incapacidades permanentes en la Ley General de la Seguridad Social.
- 8) **Baremo de incendios.**
- 9) **Transportes:** Baremo de indemnización del seguro obligatorio de viajeros (SOV).
- 10) **Militares:** El cuadro de enfermedades y lesiones para la determinación de la aptitud psicofísica de la Guardia Civil y el personal de las Fuerzas Armadas.

11) Baremo de lesiones permanentes no invalidantes.

Actualmente, también se encuentra en elaboración el **baremo de daños sanitarios** por una comisión de expertos del Ministerio de Sanidad.

El sistema valorativo de cada uno de ellos es muy variado. En unos casos, las secuelas psíquicas se valoran mediante un rango de puntuaciones (*baremos de tráfico*). En otros, se le asigna un porcentaje (*procedimiento para la valoración de discapacidades*) o bien un coeficiente (*aptitud psico-física en militares y guardias civiles*). El más común es el de establecer la severidad del daño mediante una escala de gradación según la incapacidad permanente que las secuelas provocan (*legislación laboral*), estableciendo una cantidad fija de indemnización según la incapacidad se parcial, total, absoluta o de gran invalidez (*víctimas de delitos violentos, víctimas del terrorismo y particulares en operaciones de paz*).

En la mayoría de ellos se cita el *daño psíquico y moral*. Los sistemas valorativos militares hacen referencia a la *pérdida de la aptitud psico-física*.

5.2.1. El daño psíquico en el baremo de tráfico.

Desde que el Tribunal Constitucional proclamara en el año 2000 que el baremo para la valoración de daños corporales incorporado a la Ley sobre Responsabilidad Civil y Seguro en la Circulación de Vehículos a Motor era de imperativa aplicación, la antigua discrecionalidad – cuando no verdadera arbitrariedad – ha dejado paso a la aplicación de un sistema normativo que garantiza el respeto debido al principio de seguridad jurídica. De modo que ya no es sólo cuando el evento dañoso está conectado a la circulación sino que prácticamente en cualquier supuesto, en que deba cuantificarse un menoscabo de la indemnidad física la salud e incluso la vida, se acude al este sistema que, con todas las imperfecciones que pueda presentar, responde al elemental principio de que el daño corporal, es uno y el mismo cualquiera que sea su etiología (Lledo, Marín, Arechederra, Guija y Medina, 2011) [*Documento de Córdoba*, p.3].

El Consejo General del Poder Judicial toma como referencia para la valoración del daño psíquico el documento de Córdoba sobre el procedimiento para la baremación de las secuelas psiquiátricas por etiología traumática (Lledo, Marín, Arechederra, Guija y Medina, 2011). En síntesis, este documento establece como criterios a tener en cuenta:

- a) La indicación de la gravedad de la sintomatología establecida por la clasificación internacional de la CIE-10.
- b) El baremo de tráfico, como norma fundamental, con el que han hecho una correspondencia con los diagnósticos de la CIE-10.
- c) El Real Decreto 1971/1999 para la valoración de la discapacidad y en especial el Capítulo 16.

Como ya explicamos, nosotros hemos tenido en cuenta para valorar la intensidad y extensión del daño psíquico tanto a la CIE-10 como al Decreto de Discapacidad.

Los baremos de tráfico son los más completos en cuanto a la valoración general del daño provocado. También son los únicos en los que se llega a la indemnización siguiendo un sistema en el que se relacionan las secuelas y se le asigna un rango de puntuación a cada una de ellas. Se organiza en un sistema de aplicación práctica de tablas que tienen en cuenta en las indemnizaciones por muertes (tablas I y II), indemnización por lesiones permanentes y secuelas (tablas III, IV y VI) y las indemnizaciones por incapacidades temporales (tabla V).

En la actualidad, se encuentra transitoriamente en vigor el Anexo I del RDL 8/2004, de 29 de octubre. Este texto sustituye y refunde a los aprobados por las normas anteriores (ley 30/95 y 34/2003). Como dato importante, establece el límite de la incapacidad temporal que debe indemnizarse en 18 meses. Constituye, por lo tanto, una cuantificación legal del “daño causado” al que se refiere el artículo 1.902 del Código Civil, y de la responsabilidad civil a que hace referencia el artículo 16 del Código Penal.

Si bien en la calificación del daño biológico en sentido estricto, el Baremo alcanza niveles encomiables de detalle, en el llamado daño psíquico las categorías son tan amplias e incluso alejadas de la nosología internacional psiquiátrica (clasificaciones DSM IV-tr y CIE-10) que hace conveniente su desarrollo, ampliación y mejora. (Poder judicial). Estos cambios no se han visto reflejados en la Ley 35/2015 a la que haremos referencia a continuación.

Las secuelas psíquicas se relacionan en el apartado de “síndromes psiquiátricos” del capítulo I de la tabla VI, que se refiere a las secuelas de la cabeza en su apartado de cráneo y encéfalo (véase tabla 6).

Tabla 6. Descripción de las secuelas psíquicas recogidas en RDL 8/2004 (tabla VI).

Síndromes psiquiátricos:		
Trastornos de la personalidad:		
Síndrome posconmocional (cefaleas, vértigos, alteraciones del sueño, de la memoria, del carácter, de la libido)	5	15
Trastorno orgánico de la personalidad:		
Leve (limitación leve de las funciones interpersonales y sociales diarias)		
Moderado (limitación moderada de algunas, pero no de todas las funciones interpersonales y sociales de la vida cotidiana, existe necesidad de supervisión de las actividades de la vida diaria)	20	50
Grave (limitación grave que impide una actividad útil en casi todas las funciones sociales e interpersonales diarias, requiere supervisión continua y restricción al hogar o a un centro)	50	75
Muy grave (limitación grave de todas las funciones diarias que requiere una dependencia absoluta de otra persona: no es capaz de cuidar de sí mismo)	75	90
Trastorno del humor:		
Trastorno depresivo reactivo	5	10
Trastornos neuróticos:		
Por estrés postraumático	1	3
Otros trastornos neuróticos	1	5
Agravaciones:		
Agravación o desestabilización de demencia no traumática (incluye demencia senil)	5	25
Agravación o desestabilización de otros trastornos mentales	1	10

Este sistema valorativo será sustituido a partir del día 1 de enero del 2016 por la *Ley 35/2015, de 22 de septiembre, de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidentes de circulación*, con la intención de reparación íntegra de los daños y perjuicios causados teniendo en cuenta la pérdida añadida de calidad de vida, cuando además, ya se ha sufrido un daño físico, psíquico y moral. El texto hace referencia al perjuicio psicofísico como daño objeto de valoración, sin individualizarlo. La norma entiende también que el *daño moral ordinario* es inherente al régimen de valoración económica del perjuicio psicofísico. Sin embargo, admite la valoración de *un daño moral complementario por perjuicio psicofísico* cuando una sola secuela alcance al menos sesenta puntos o el resultado de las concurrentes, tras aplicar la fórmula prevista en el artículo 98, alcance al menos ochenta puntos.

Las secuelas psíquicas se incluyen en la categoría de “*Psiquiatría y Psicología Clínica*” del baremo médico en su tabla 2.A.1. (Véase la siguiente tabla 7).

Tabla 7. Secuelas psicológico-psiquiátricas en la Ley 35/2015.

TABLA 2.A.1 BAREMO MÉDICO CLASIFICACIÓN Y VALORACIÓN DE LAS SECUELAS		
Código	DESCRIPCIÓN DE LAS SECUELAS	PUNTUACIÓN ANATÓMICO FUNCIONAL
4. Trastornos Anatómo-Funcionales		
Pérdida de sustancia ósea:		
01152	• Que no requiera craneoplastia	1-5
01153	• Que requiera craneoplastia	6-15
01154	Fístulas osteodurales	1-10
01155	Síndromes extrapiramidales (valorar según alteraciones funcionales)	
01156	Derivación ventrículo-peritoneal, ventrículo-vascular (por hidrocefalia postraumático) según alteración funcional	15-25
01157	Material de osteosíntesis cráneo	1-8
B) PSIQUIATRÍA Y PSICOLOGÍA CLÍNICA		
1. Trastornos Neuróticos		
Secuelas derivadas del estrés postraumático: Es indispensable que el cuadro clínico se produzca como consecuencia de un accidente de circulación de naturaleza excepcionalmente amenazante o catastrófica en el que se hayan producido lesiones graves o mortales, y en el que la víctima se haya visto directamente involucrada.		
Se requiere que haya existido diagnóstico, tratamiento y seguimiento por especialista en psiquiatría o psicología clínica de forma continuada. Para su diagnóstico se deben cumplir los criterios del DSM-V o la CIE10 y sus correspondientes actualizaciones. Asimismo, para establecer la secuela se precisa, tras alcanzar la estabilización del cuadro ansiosofóbico, de un informe médico psiquiátrico de estado, con indicación de intensidad sintomática y la repercusión sobre su relación social.		
Los criterios para la determinación de los grados de esta secuela se basarán en la periodicidad de los síntomas, y la gravedad de los mismos.		
01158	• Leve: Manifestaciones menores de forma esporádica.	1-2
01159	• Moderado: Fenómenos de evocación, evitación e hiperactivación frecuentes.	3-5
01160	• Grave: Síntomas recurrentes e invasivos de tipo intensivo. Conductas de evitación sistemática, entrañando un síndrome fónico severo. Estado de hipervigilancia en relación con los estímulos que recuerdan el trauma, pudiendo acompañarse de trastornos depresivos y disociativos. Presencia de ideación suicida. 6-15	6-15
01161	Otros trastornos neuróticos	1-5
2. Trastornos Permanentes del Humor		
En caso de graves lesiones postraumáticas con tratamientos complejos y de larga duración y con secuelas importantes, puede subsistir un estado psíquico permanente, consistente en alteraciones persistentes del humor. Se descartan en este apartado aquellos casos en los que hayan existido antecedentes de patología afectiva previa, que se valorarán como agravación de un estado previo.		
Trastorno depresivo mayor crónico:		
01162	• Leve: El síndrome debe cumplir al menos cuatro criterios de los nueve descritos en el DSM-V o tres de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico frecuente por especialista con terapéutica específica.	4-10
01163	• Moderado: El síndrome debe cumplir al menos cinco criterios de los nueve descritos en el DSM-V o cuatro de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico continuado por especialista con necesidad de tratamiento específico con o sin hospitalización en centro psiquiátrico.	11-15
01164	• Grave: El síndrome deber cumplir al menos siete criterios de los nueve descritos en el DSM-V o cinco de los siete del CIE10. Precisa seguimiento médico o psicológico continuado por especialista con tratamiento específico y hospitalización en centro psiquiátrico.	16-25
01165	Trastorno distímico: Precisa seguimiento médico o psicológico esporádico y tratamiento intermitente, según criterios DSM-V o CIE10.	1-3
3. Agravaciones		
01166	Agravación o desestabilización de demencia no traumática (incluye demencia senil)	1-25
01167	Agravación o desestabilización de otros trastornos mentales	1-10

5.3. La formación de los médicos especialistas en Medicina Legal y Forense.

La evidencia del grave problema de la violencia familiar o doméstica y, en concreto, la violencia contra las mujeres (violencia género) ha supuesto una exigencia formativa de primer orden para los Médicos Forenses (Castellano Arroyo, 2013). La pericia médica en esta materia requiere de unas cualidades personales y profesionales en el perito, de una formación específica y de la adquisición de habilidades y experiencia en Medicina Legal Psiquiátrica. Cualquier médico forense, y no digamos ya cualquier médico, puede realizar una valoración integral para asesorar a la Administración de Justicia.

En España no existe la valoración de la violencia de género como una formación médica especializada e individualizada. Esto responde al hecho de que los elementos objeto de estudio jurídico a los que la Medicina debe dar respuesta se encuentran integrados dentro de los planes formativos y la esencia de la Especialidad en Medicina Legal y Forense (estudio de la patología forense sobre las lesiones, secuelas y la muerte, imputabilidad, peligrosidad, vulnerabilidad, estado anterior, capacidad mental, veracidad y credibilidad del testimonio, peligrosidad y riesgo, nexo de causalidad, toxicología forense, toma de muestras, etc.).

Respecto a la formación de los médicos forenses, el artículo 47 de La ley 1/2004 estableció que el Gobierno, el Consejo General del Poder Judicial y las Comunidades Autónomas aseguraran una formación específica sobre violencia de género en los cursos de formación de Jueces y Magistrados, Fiscales, Secretarios Judiciales, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad y Médicos Forenses. En todo caso, en los cursos de formación anteriores se introducirá el enfoque de la discapacidad de las víctimas.

El artículo 15 hace referencia a que en los programas de especialización de las profesionales socio sanitarias, se incorporen contenidos a la capacitación para la prevención, la detección precoz, intervención y apoyo a las víctimas de esta forma de violencia.

La disposición adicional segunda, sobre protocolos de actuación, establece que paralelamente a la creación de los juzgados de violencia, las comunidades

autónomas organizarán los servicios forenses de modo que cuenten con unidades de valoración forense integral encargadas de diseñar protocolos de actuación global e integral en casos de violencia de género. Esta disposición exige una capacitación que sólo proporciona la formación médica especializada. En Andalucía no se ha desarrollado esta disposición hasta el año 2012; es decir, casi una década después de la entrada en vigor de la Ley 1/2004.

La Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres, añade un apartado al artículo 434 de la Ley Orgánica del Poder Judicial para que el Centro de Estudios Jurídicos pueda impartir anualmente cursos de formación sobre la detección y el tratamiento de situaciones de violencia de género al personal al Servicio de la Administración de Justicia, término en el que se incluirían, sin mencionarlos, a los Médicos Forenses.

En Andalucía, la Ley 13/2007 de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género recoge el mismo contenido del artículo 47 de la Ley Orgánica 1/2004 en su artículo 21 sobre la formación en el ámbito judicial. Respecto a la formación específica de los profesionales, en el artículo 20.1 recoge de forma genérica que los poderes públicos fomentaran programas formativos dirigidos a su personal y en especial al personal responsable de la atención a las víctimas de violencia de género, y en el artículo 37 establece la organización de las unidades de valoración integral de la violencia de género. Como hemos dicho, estas unidades no se regularon hasta 5 años más tarde.

La pregunta que puede plantearse es si los Médicos Especialistas en Medicina Legal y Forense tienen la formación suficiente para atender este tipo de casos, por qué se hacen necesarios “cursos de formación” sobre violencia de género. Ocurre así porque la organización del ejercicio profesional de la Medicina Legal y Forense en España es peculiar, recae en dos grupos: los Médicos Forenses (funcionarios del Ministerio de Justicia), y los profesionales (todos especialistas) dedicados a la docencia-investigación o al ejercicio privado de la pericia médica (Castellano Arroyo, 2015).

La legislación española ha permitido que médicos que no son especialistas puedan ocupar puestos de médicos forenses en la Administración de Justicia, lo que hace que el grado de formación dentro de los Institutos de Medicina Legal o de las agrupaciones de forensías sea muy heterogéneo. Por este motivo, el nivel formativo de los médicos que atiende a una mujer víctima de violencia de género en los IML también es muy dispar. De esta forma, encontramos a médicos forenses por oposición que son médicos especialistas en Medicina Legal y Forense o de otras especialidades, pero también a médicos forenses que no tienen especialidad o que han accedido a ella a través de un proceso de convalidación. También reúnen a médicos reubicados desde el Registro Civil, a interinos sin especialidad contratados para sustituciones o a médicos internos residentes como profesionales en formación y que asumen, al mismo tiempo, plenas responsabilidades.

Como decía la profesora María Castellano (2013), *“la adecuada preparación médico forense necesita un programa formativo que incluya los conocimientos teóricos propios de nuestra especialidad. El extenso programa de las oposiciones de Médicos Forenses contempla estos contenidos teóricos, pero lo criticable es que esta formación teórica no lleva paralela la correspondiente formación práctica que prepare y haga competente al Médico Forense para realizar por sí mismo los actos médicos propios de su función: La Medicina al servicio de la Administración de Justicia [p. 6]”*.

Se pregunta *“¿cómo puede pensarse que ese auxilio a la Administración de Justicia pueda hacerse en el siglo XXI por un médico no especializado, o por un médico de una especialidad concreta, formado para el diagnóstico y el tratamiento, pero sin formación en el lenguaje médico legal, la organización judicial, los objetivos del derecho civil o penal, o la regularización de la prueba pericial médica?”*.

También sostiene que *“Una formación y una capacitación médico legal no se improvisan, requieren saber medicina, pero con la perspectiva de saberla aplicar a las necesidades de los jueces y tribunales en los problemas concretos que se estudian y analizan y sentencian en las diferentes jurisdicciones. Si queremos una justicia de calidad necesitamos un informe o pruebas periciales de calidad, y eso significa buenos peritos. Por ello, para la pericia médico-forense de calidad, el Médico forense debe hacer el esfuerzo de adquirir una capacitación básica en Psicología-Psiquiatría Forense [p. 6]”*.

En lo relativo a la valoración del daño psíquico y a la Medicina Legal Psiquiátrica, que tan necesaria se hace en la valoración de la violencia de género, la profesora Castellano defiende que el programa teórico-práctico en Psiquiatría Forense es necesario para la práctica médico forense. También dice que *“atendiendo a lo dicho y siguiendo con los actuales Médicos Forenses, deben estar preparados para realizar una exploración psicológico-psiquiátrica básica que le permita conocer la personalidad del lesionado, de la víctima o del agresor a quien entrevista y valora. Además se trataría de complementar estos conocimientos teóricos con una capacitación en la administración y la interpretación de una batería de test sencilla, que proporcione al Médico Forense información sobre la personalidad normal o patológica de la persona que explora, para detectar trastornos de personalidad y otros trastornos de mayor gravedad, y datos muy importantes, como la presencia y el grado de ansiedad o la depresión, que tanto condiciona las conductas humanas hacia la autolesión o las agresiones a los demás [p. 7]”*.

La reciente *Ley Orgánica 7/2015, de 21 de julio, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial* acaba con esta dualidad y da una nueva redacción al artículo 475 por la que se establece que *“para el acceso al Cuerpo de Médicos Forenses se exige estar en posesión de los títulos oficiales de Licenciado o Graduado en Medicina y de especialista en Medicina Forense”*. Por otro lado, nuestra especialidad también está pendiente de que sus planes formativos se modifiquen ya que está extinguido el régimen de formación como escuela universitaria y se adapte a un sistema de residencia integrado en el sistema de troncalidad por una norma reglamentaria, que pueda recoger la violencia de género potenciándola como un área específica dentro de la formación especializada. El plan formativo actual es de 1996, momento en el que se daba una realidad social y unas exigencias judiciales que son distintas 20 años después.

Tras esta reforma, la profesora Castellano apuesta por un modelo de organismo docente (unidad docente) en la que los especialistas estarían formados para realizar la pericia médico-legal de la calidad que la sociedad actual exige, ya trabajen como Médicos Forenses al servicio exclusivo de la Administración de Justicia, ya sea como peritos dispuestos a la pericia privada. En ambos casos debería haber la dedicación a la docencia dirigida a estudiantes de Medicina o a los futuros especialistas (Castellano Arroyo, 2015).

Sobre todos estos cambios también escribió Luna Maldonado (2011).

5.4. Las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG).

Las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género (UVIVG) se crean en España en virtud de *la disposición adicional 2ª de la Ley Orgánica 1 / 2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* y surgen como unidades de actuación especializada dentro de los Institutos de Medicina Legal (IML) para dar una respuesta global a este tipo de violencia. Por tanto, las competencias de las exploraciones y actuaciones requeridas por jueces y órganos judiciales son competencias de los Médicos Especialistas en Medicina Legal y Forense.

En Andalucía, la valoración integral de la violencia de género puede hacerse a través de organismos públicos o de centros privados especializados. Podemos diferenciar tres tipos de UVIVG, que prestan asesoramiento y apoyo a la administración de justicia:

- 1) Las creadas dentro de los Institutos de Medicina Legal.
- 2) Las unidades de los departamentos universitarios, como institutos de estudio de la violencia de género.
- 3) Las integradas en centros privados especializados en Medicina Legal y Forense.

- Las **unidades pertenecientes a los IML** se hacen cargo de la pericia oficial dentro de la propia Administración de Justicia. Son unidades que tienen una estructura, organización y funciones establecidas por la normativa de cada comunidad autónoma.

- Las **unidades universitarias** se crean paralelamente a las anteriores como instituciones consultivas y de apoyo a la Justicia. Además, desarrollan una extensa actividad docente e investigadora y profundizan en las causas y consecuencias de la violencia contra la mujer. El proceso de investigación y el trabajo de esta tesis doctoral se han desarrollado en la *Unidad de Valoración Integral de Violencia Familiar* del Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría (actualmente de Antropología Física) de la Universidad de Granada. La profesora doña María Castellano Arroyo creó, organizó y puso en marcha esta unidad de forma pionera en España, con anterioridad a la elaboración de la Ley Orgánica 1/2004.

Esta actividad se desarrolló inicialmente dentro del proyecto de investigación I+D 92/2000 del Ministerio de Asuntos Sociales haciendo un ofrecimiento a la Fiscalía y a los Jueces Decanos con competencia territorial en las provincias de Andalucía Oriental para emitir un informe de valoración integral médico forense en los procedimientos judiciales instruidos por violencia doméstica cuando aún no existían los Juzgados de Violencia contra la Mujer.

- En cuanto a las **unidades creadas en los centros privados especializados en Medicina Forense**, este doctorando creó la primera de ellas en Andalucía. En el año 2006, puse en marcha la Unidad de Valoración Integral de Violencia de Género en Sevilla a la que siguió, en 2012, una segunda Unidad especializada en la materia en el Centro de Psicología y Medicina Legal de Ronda (Málaga). Desde ambas unidades de valoración integral prestamos apoyo y asesoramiento a la Administración de Justicia elaborando informes periciales por designación del Juzgado Decano de la Provincia o a propuesta de las partes al Juzgado cuando ambas están de acuerdo. A diferencia de la pericia oficial, el carácter privado de la actividad permite, además, que particulares y expertos en derechos puedan consultar y acceder directamente a estos servicios altamente especializados. Sus características y funciones pueden consultarse en la página web www.legalyforense.com

La formación, los conocimientos y la experiencia que adquirí previamente en la Universidad y en el instituto de Medicina Legal de Granada permitieron que este proyecto sea una realidad.

5.4.1. Las Unidades de Valoración Integral de Violencia de Género en la Administración Judicial de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía la *Ley Orgánica 1/2004*, se desarrolla en la *Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de medidas de prevención y protección integral contra la violencia de género*, que responde a las directrices de ámbito internacional, regional y nacional sobre la materia, así como a la experiencia de la Comunidad Autónoma de Andalucía en el desarrollo de planes de acción para avanzar en su erradicación.

Los IML son los órganos de la Consejería de Justicia e Interior de la Junta de Andalucía encargados de desarrollar las actuaciones médico forenses en todos aquellos casos en que sea necesario llevar a cabo una valoración de las consecuencias médico-psicológicas de una acción presuntamente delictiva.

En el año 2012, *el Reglamento de organización y funcionamiento de los Institutos de Medicina Legal de la Comunidad Autónoma de Andalucía*, establece y detalla sus órganos de funcionamiento y crea específicamente las Unidades de Valoración de Violencia de Género. El artículo 13 determina las características y funciones de estas Unidades, que son las siguientes:

1. En todos los Institutos de Medicina Legal de la Comunidad Autónoma de Andalucía, existirá una Unidad de Valoración Integral de Violencia de Género, de acuerdo con lo previsto en el artículo 37 de la Ley 13/2007, de 26 de noviembre, de Medidas de Prevención y Protección Integral contra la Violencia de Género.

2. La Unidad de Valoración Integral de Violencia de Género estará integrada por personal médico forense, profesionales de la psicología y del trabajo social, quienes desarrollarán las funciones que le sean propias bajo la dirección y supervisión del médico forense encargado de la coordinación de la Unidad, que será designado por la Dirección del Instituto de Medicina Legal correspondiente.

3. La Unidad de Valoración Integral de Violencia de Género, será la encargada de efectuar e informar, a requerimiento de los órganos judiciales con competencia en violencia sobre la mujer, las siguientes actuaciones:

- a) Valoración integral de los efectos de la violencia física, psíquica y sexual en las mujeres víctimas de violencia de género.
- b) Valoración de los efectos de la exposición a la violencia y de las agresiones sufridas por los hijos y las hijas y menores a su cargo.
- c) Valoración de la incidencia, la peligrosidad objetiva, y el riesgo de reincidencia del agresor.
- d) Valoración relativa a los procedimientos civiles que afecten a las víctimas de violencia de género contemplados en la legislación vigente.

4. El ejercicio de las anteriores funciones se desarrollará en las instalaciones de la sede del Área Central del Instituto de Medicina Legal.

La reciente *Ley Orgánica 7/2015, de 21 de julio, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial*, cambia el artículo 479.3 e introduce como novedad que los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses contarán con unidades de valoración forense integral, de los que podrán formar parte los psicólogos y trabajadores sociales que se determinen para garantizar, entre otras funciones, la asistencia especializada a las víctimas de violencia de género y doméstica, menores, familia y personas con discapacidad. La redacción literal es la siguiente:

Artículo 479.3: “... *En todo caso los Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses contarán con unidades de valoración forense integral, de las que podrán formar parte los psicólogos y trabajadores sociales que se determinen para garantizar, entre otras funciones, la asistencia especializada a las víctimas de violencia de género y el diseño de protocolos de actuación global e integral en casos de violencia de género. Asimismo dentro de los Institutos podrán integrarse el resto de equipos psicosociales que prestan servicios a la Administración de Justicia, incluyendo los equipos técnicos de menores, cuyo personal tendrá formación especializada en familia, menores, personas con discapacidad y violencia de género y doméstica. Su formación será orientada desde la perspectiva de la igualdad entre hombres y mujeres*”.

La denominación actual de los IML es la de *Institutos de Medicina Legal y Ciencias Forenses*.

5.4.2. El acceso a las Unidades de Valoración de Violencia de Género.

La Consejería de Justicia de la Junta de Andalucía establece que las víctimas de violencia de género, el agresor y los descendientes una vez interpuesta la correspondiente denuncia y a requerimiento del Juez, acudirán a las instalaciones del IML, previa cita en los supuestos de asistencia programada, sin perjuicio del reconocimiento de urgencia por el Médico Forense de guardia, cuando así sea requerido por la autoridad judicial. Para ello, se establecen una serie de requisitos alrededor de los dos elementos básicos de la violencia de género, por una parte las características de la misma y por otra la situación de las víctimas en el momento del reconocimiento. En cualquier caso, siempre será posible la remisión del caso

a las UVIVG fuera de los criterios establecidos mediante la debida justificación y argumentación científica por parte del profesional que haya valorado el caso.

5.5. La intervención del Médico Especialista en Medicina Legal y Forense en el procedimiento de valoración del daño psíquico durante la instrucción judicial.

La atención de las víctimas que han sufrido violencia de género corresponde a los médicos forenses de los Institutos de Medicina Legal. La exploración y la valoración médico forense se hace a solicitud judicial, bien a propuesta del Ministerio Fiscal o del propio Juez instructor. Esta petición suele incluir lo que sigue:

1. Valoración de la víctima y sus hijos para establecer el daño psíquico que haya padecido y las posibles secuelas psíquicas consecutivas al maltrato.
2. Valoración del agresor, su personalidad y las circunstancias implícitas en la dinámica agresiva, así como su peligrosidad.
3. Cualquier otra información que sea de interés en la causa.

El Juzgado de Guardia suele tener conocimiento del episodio de violencia de género a través del parte de lesiones emitido en urgencias, por el atestado de la Policía o de la Guardia Civil, o bien porque la víctima acuda al Juzgado a poner directamente la denuncia.

Decíamos en 2004 que habíamos podido comprobar que los médicos de urgencias y atención primaria se habían habituado a valorar los cuadros ansiosos (crisis de ansiedad) como lesiones consecutivas a violencia familiar, haciendo constar estos síntomas en el parte de lesiones, aún en ausencia de lesiones físicas (Castellano Arroyo, Lachica López, Molina Rodríguez, y Villanueva de la Torre, 2004). Hoy en día, este modelo de recogida de datos y el posterior que consistía en asociar un informe clínico de violencia al informe de urgencia ha sido superado. *El Decreto 3/2011, de 11 de enero, por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones en Andalucía* (BOJA núm. 18, de 27.1.2011) establece como obligatorio recoger, con carácter general, *el estado psíquico y emocional de la víctima describiendo los síntomas emocionales y la actitud de la persona* (apartado 5). De forma específica, *si la causa presumible es violencia de género*

(apartado 1) y, además, diferentes datos relativos a los *antecedentes de interés, para casos de violencia de género, maltrato o agresiones* (apartado 11).

Una vez que el *Juzgado de Instrucción en funciones de Guardia* tiene conocimiento de los hechos ordena a los médicos forenses de guardia que exploren a la mujer o que examinen la documentación médica. Esta primera valoración inmediata consistirá en determinar y describir las lesiones psíquicas e informar al juez de su gravedad, su pronóstico evolutivo y el tiempo que pueden tardar en curar, el riesgo que han supuesto para su vida y el tratamiento que se le ha pautado o que podrá ser preciso en un futuro. En algunos casos también se hace necesaria explorar la veracidad del testimonio y valorar la causalidad de la agresión con las lesiones. Cuando se valora al agresor es importante la valoración de su peligrosidad y el riesgo de que la conducta se vuelva a repetir. Con estos datos médico-legales el juez podrá tomar medidas provisionales, que pueden suponer el internamiento del agresor o su libertad.

Posteriormente, el *Juzgado de Violencia Contra la Mujer* solicitará al Instituto de Medicina Legal durante la instrucción judicial una valoración en mayor profundidad para conocer el alcance definitivo de las lesiones y la intensidad del deterioro que ha sufrido la salud mental de la víctima. Será entonces cuando corresponda conocer si el daño psíquico agudo se ha cronificado, dejándole secuelas a la mujer. Según la gravedad del delito, esta exploración puede practicarse en las consultas ordinarias del servicio de clínica médico forense, o bien, si se hace necesaria una exploración integral, decidir que sea la UVIVG quien complete esta valoración. Las conclusiones de este estudio se recogerán en una declaración de sanidad que sintetiza el resultado o en un informe médico forense, más extenso y detallado en su contenido.

La actuación pericial se completa con la ratificación en juicio oral ante el Juzgado de lo Penal o la Audiencia Provincial de los informes médico-forenses emitidos.

Hasta la puesta en marcha de las UVIVG en los IML, esta valoración se realizaba en el servicio de clínica médico forense o, como en el caso de nuestra Unidad, a través de las Unidades Universitarias de Violencia Familiar.

5.6. La pericia médico forense en la violencia de género.

Este apartado y el procedimiento valorativo ya fue objeto de nuestros estudios médico forenses anteriores (Castellano Arroyo, 2004; Castellano Arroyo y cols., 2004). El contenido de estos artículos lo resumimos en sus aspectos fundamentales.

La Administración de Justicia ve cada vez con más claridad la importancia de la pericia médica y la necesidad de que esta se haga muy completa y de forma rigurosa, científica y con todas las garantías propias de la especialización. Desde nuestra experiencia investigadora y pericial, la sistemática de la pericia médico-forense ante la violencia familiar debe atenerse a lo siguiente:

1. Entrevista semi-estructurada con la víctima y el agresor.
2. Exploración y valoración de las lesiones físicas de la víctima.
3. Exploración y valoración psicológico-psiquiátrica de la víctima.
4. Exploración y valoración psicológico-psiquiátrica del agresor.
5. Valoración de la dinámica en la que surge la agresión y del riesgo y peligrosidad que el agresor significa para la seguridad e integridad física de la víctima.

Para la exploración de las víctimas se han propuesto diferentes protocolos, en algunos casos procedentes de Sociedades Científicas de las Especialidades Médicas más implicadas, como la Medicina Legal y Forense, la Medicina Familiar y Comunitaria o el propio Consejo Interterritorial o las Consejerías competentes de cada Comunidad Autónoma. Nosotros propusimos una Ficha Unificada que consta de una parte general y común a todas las agresiones y de partes específicas para la agresión doméstica y la sexual, con el objeto de que los datos se recojan de manera sistemática y permitan a posteriori una calificación del caso atendiendo a todos los factores implicados en el mismo (Castellano Arroyo y cols., 1998).

Las lesiones físicas son fáciles de valorar para el médico, ya que identificar hematomas, erosiones, heridas, fracturas, etc., es su tarea habitual. Cuenta además en la actualidad con la posibilidad de utilizar pruebas complementarias que lleven a la evaluación

exacta y precisa del daño físico sufrido por la víctima. Sin embargo, merece la pena destacar que aunque habitualmente se trata de lesiones leves, suelen ser repetitivas y se producen con bastante frecuencia (Castellano Arroyo y cols., 1998).

Es importante también fotografiar las lesiones para el estudio de la causalidad.

Para completar la exploración médico forense, hay que proceder a un *estudio psicológico-psiquiátrico completo de la víctima*. Nosotros hemos utilizado en estudios sobre víctimas de violencia familiar una batería de pruebas compuesta por las siguientes:

- Cuestionarios de personalidad: 16-PF de Catell, y MMPI-2.
- Test proyectivos: Rorschach, apercepción temática TAT y Test del Árbol.
- Test de Inteligencia (en aquellos casos en los que se haya detectado algún problema intelectual): Waiss, Raven y Dominós.
- Escalas de ansiedad: Zung, Hamilton y Spielberger-STAI (Ansiedad/estado y Ansiedad/rasgo).
- Escalas de depresión: Zung y Hamilton
- Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), con sus subescalas de síntomas somáticos de origen psíquico, ansiedad, disfunción socio-laboral y depresión.

La administración de estas pruebas y su valoración integrada permitirá al médico forense determinar:

- a) *Si la víctima de violencia de género padece algún trastorno mental de tipo ansioso, como expresión de daño psíquico.* Cuando es así, suele estar en relación con la agresión y la experiencia vivida, y podría requerir tratamiento como primera medida. Este cuadro ansioso es la regla cuando la mujer ha sufrido un atentado contra su libertad sexual o cuando la agresión física se ha vivido como auténtica amenaza para la integridad física o para la vida.
- b) *Si la víctima presenta patología mental más severa,* hasta el punto de requerir tratamiento especializado, investigando también si está o no en relación con la agresión.

- c) *El perfil de personalidad de la mujer*, para conocer su grado de vulnerabilidad o fortaleza psicológica y, por tanto, su manera de vivir las experiencias. Una personalidad vulnerable puede hacer que los efectos del maltrato sobre la salud sean mayores.
- d) *Su nivel de autoestima*, así como sus apoyos afectivos para valorarlos también de cara a una adaptación futura.
- e) *Establecer el nexo causal* entre los hechos y las lesiones psíquicas: Veracidad y credibilidad del testimonio.
- f) *Determinar cómo está la víctima viviendo la judicialización de su experiencia agresiva* (interrogatorios, denuncia, etc.) con el fin de evitar la “victimización secundaria” o daños psicofísicos derivados de los numerosos y dolorosos trámites judiciales por los que debe pasar toda víctima que decide denunciar una agresión familiar.

De la comparación entre los resultados obtenidos en el perfil de personalidad de la víctima y del agresor, podemos comprender cómo surge la dinámica de violencia y cuáles son los detonantes del comportamiento agresor, su peligrosidad y el riesgo de que las agresiones se vuelvan a repetir. De aquí podemos sacar deducciones respecto a la solución futura de esa pareja. También podremos establecer el estado de salud psíquica de la mujer, sus preocupaciones y necesidades y el tipo de apoyo o tratamiento que necesita según el momento evolutivo en el que se encuentre respecto a su proceso de elaboración de ruptura y separación del agresor.

Como ya se ha dicho, una exploración tan completa requiere de un equipo multidisciplinar. Su trabajo es de importancia capital ya que el informe pericial que resulte de estas actuaciones será de gran utilidad para el Juez, el Fiscal y, sobre todo, para la víctima a los efectos de que el caso se resuelva de la manera más adecuada. Con la valoración integral que proponemos, entendemos que se puede proporcionar al Juez, al Fiscal y a los propios letrados una información rigurosa y objetiva sobre la que apoyar la mejor decisión para todos los implicados en cada caso de violencia contra la mujer. Estas decisiones se deben apoyar en una realidad médica y social, y sólo el Médico Forense está en condiciones, por su formación específica, de integrar

toda la información recogida por él y por otros miembros del equipo y hacer una valoración particular y personalizada de cada caso.

Esa valoración debe incluir un adecuado balance de los riesgos/beneficios de las diferentes alternativas. La decisión incluye valoración del riesgo futuro de la mujer de sufrir nuevas agresiones, riesgo de que las agresiones se agraven, riesgo psíquico o físico para los hijos, si los hay, de presenciar o participar en las disputas familiares, etc., y para hacer esta valoración de forma completa y eficaz parece claro que sería muy importante poder explorar también al agresor. Son muchos los casos en los que los Cuerpos de Seguridad que intervienen, Guardia Civil, Policía etc., recogen en sus atestados la denuncia de gravísimas amenazas para la vida y la seguridad de la víctima, sin embargo, estas amenazas se materializan en pocos casos, en proporción a los denunciados. Por ello, tenemos los técnicos una responsabilidad importantísima, desde nuestro punto de vista, detectar precozmente cuales son los agresores capaces de llevar a cabo sus amenazas

Desde la experiencia que recogimos en esta ponencia en el año 2004, proponíamos la creación en los Institutos de Medicina legal de unidades especializadas de valoración integral de violencia de Género en la que participaran médicos forenses, psicólogos, psiquiatras que opten por esta parcela médico-legal y trabajadores sociales. Hoy día, esta propuesta es una realidad en Andalucía con el nuevo reglamento de los IML en 2012 y la reforma de la LOPJ en julio de este mismo año 2015.

La información recogida en esta profunda valoración permitirá poner a disposición del juez una pericia médico forense que podrá completarse más en el futuro, pero que debe ser sobre todo útil para que, por parte del juez y del fiscal, se decidan cuáles son las medidas a aplicar en cada caso. Este informe pericial se debe plantear las siguientes preguntas a las que intentará dar respuesta:

A) Con respecto a la mujer víctima de la violencia

1. ¿Qué lesiones físicas presenta la mujer y qué tratamiento médico necesita?
2. ¿Cuál es el estado psíquico de la mujer y qué tratamiento inmediato necesita?
3. ¿Con qué apoyos afectivos, familiares, sociales, etc. cuenta la mujer y si está en condiciones de salir adelante?

4. ¿Cuál es la estructura de su personalidad y su situación familiar y social para prevenir riesgo de victimización posterior?
5. Si existe ese riesgo ¿Qué tratamiento psicológico-farmacológico necesita para superar el acontecimiento vital con éxito?
6. Pasado el tiempo suficiente ¿Han quedado secuelas físicas consecutivas a las lesiones físicas y cuál es su valoración?
7. ¿Han quedado lesiones psíquicas que merezcan la calificación de secuelas permanentes?

B) Con respecto al agresor

1. ¿Qué actitud tiene ante la situación agresiva a la que ha sometido a la mujer?
2. ¿Cuál es su perfil de personalidad y, según éste, cuáles pueden ser sus comportamientos ante las decisiones de la mujer o del Juez?
3. ¿Qué grado de peligrosidad tiene para la víctima, su integridad física o su vida?
4. ¿Cuál es la mejor medida para el agresor atendiendo a riesgo que supone para la víctima? ¿Debe dejarse en libertad, o dictarse alejamiento o prisión?
5. ¿Padece alguna adicción a alcohol y/o drogas o, padece alguna patología psíquica que permita prever atentados contra la vida o la integridad de la mujer aunque se indique el alejamiento?

Nosotros proponemos la siguiente estructura formal para estos informes periciales (Castellano Arroyo y Gisbert Grifo, 2004; Gisbert Calabuig, Sánchez Blaque, y Castellano Arroyo, 2004; Castellano et col, 2004; Carrasco Gómez y Maza Martín, 2010):

1. Identificación del perito médico forense y su cualificación para realizar la pericia.
2. Destacar el objeto de peritación y quién lo solicita.

3. Informar al explorado de nuestra condición y del propósito de la valoración.
4. Solicitar el consentimiento de la persona explorada e informarle de su derecho a la confidencialidad de los datos que nos confíe.
5. Exponer la metodología seguida.
6. Resumir los antecedentes del caso y la conducta delictiva.
7. La transcripción literal de los documentos que se citan tras recabar y completar el expediente documental.
8. Entrevista semiestructurada y recogida de antecedentes personales (psicobiografía) y de salud. Resumen de la evolución clínica actual. Explorar el estado actual.
9. Exploración física y psicodiagnóstica. En esta última se debe realizar un estudio de la personalidad, la inteligencia, la sinceridad y el daño psíquico, aplicando test de inteligencia y personalidad. También la aplicación de escalas de salud general, ansiedad, depresión y experiencias traumáticas, complementados con test proyectivos y otros adecuados al motivo de valoración.
10. La valoración médico forense del caso poniendo en relación la información obtenida: Daño psíquico sufrido, intensidad, pronóstico, tiempo de estabilización lesional, tratamiento, estado anterior, nexos causales, secuelas emocionales y baremación de las mismas, juicio sobre las repercusiones jurídicas, etc...
11. Emitir unas conclusiones razonadas que den respuesta al objeto de la pericial.
12. Fórmula final, fecha y firma.

Es conveniente recordar que resulta incompatible el cargo de perito con haber intervenido como médico asistencial de la persona peritada, según el artículo 62.5 del Código de Deontología Médica de la Organización Médica Colegial de España.

CAPÍTULO II
OBJETIVOS DEL
TRABAJO

II. OBJETIVOS DEL TRABAJO

La violencia de género es un problema que lejos de disminuir se mantiene y, aunque ya en España no se oculta una muerte, se trata de un problema que afecta a la salud de las personas, a la salud pública y a la convivencia familiar y, por lo tanto, también a la sociedad que ve cómo se está expresando ya en estadios evolutivos y educativos donde hace mucho daño. En la elección del tema hemos tenido en cuenta su importancia y la frecuencia con la que se repite, su actualidad social y el trabajo que queda por hacer para que este tipo de violencia desaparezca. Desde el punto de vista jurídico, la violencia, tanto física como psicológica, hacia las mujeres en el medio familiar está recibiendo un tratamiento penal distinto aunque produzcan lesiones similares a las demás. Esta violencia es también reflejo de una situación difícil de detectar porque está oculta, tolerada y normalizada en determinados ambientes.

En las últimas décadas, gracias al cambio social y a la protección jurídica de las víctimas llegadas de los cambios legislativos, ha aumentado el número de denuncias por violencia doméstica ante los Juzgados de Instrucción y ante los Juzgados de Violencia Contra la Mujer. Ante este nuevo panorama, la valoración médico-forense se convirtió en una herramienta necesaria para las decisiones judiciales. De esta forma, la valoración médico-forense del daño y de las secuelas de la víctima es necesaria tanto para la calificación jurídica de los hechos y de la gravedad del delito como para la posterior intervención y recuperación de la víctima.

Estos avances legislativos derivados de la sensibilización social obligan a los médicos especialistas en Medicina Legal y Forense en materia formativa, de atención, exploración integral de la víctima y valoración de los daños y secuelas que pudiera presentar tras las agresiones sufridas por las mujeres. De esta manera, se garantiza un asesoramiento y un auxilio adecuado a Jueces y Tribunales, presentando sobre fundamentos y criterios científicos cuál es el resultado lesivo, el pronóstico vital o evolutivo y las repercusiones presentes y futuras que la agresión tendrá sobre la persona que la recibe.

Existen múltiples factores que influyen en el daño y secuela de las mujeres que sufren violencia doméstica. Entre estos factores se encuentra la forma en que se enfrentan a una situación estresante o traumática. No todas las mujeres afrontan estas experiencias con los mismos recursos, y de esta variedad de formas de enfrentarse depende las consecuencias para la salud que tienen estas vivencias. Para avanzar en el conocimiento de estos determinantes, se hace necesario el estudio de las características individuales que puedan estar jugando un papel amortiguador del daño. Nuestra investigación pretende analizar, desde una perspectiva global, las características de personalidad y propias de las mujeres que han sido víctima de violencia por parte de la pareja y de la propia situación de maltrato. La mayoría de las investigaciones sobre los efectos de la violencia de género sobre la salud están basadas en poblaciones clínicas y en muestras pequeñas, no prestando excesiva atención a los factores de vulnerabilidad y/o protectores que determinen la adaptación de estas mujeres.

Nos planteamos que determinadas variables como la relación de afectividad mantenida con el agresor y las que hacen referencia al tipo de violencia y a la persistencia del maltrato podrían provocar mayor daño psíquico en las mujeres más vulnerables a la experiencia agresiva. También que el perfil de personalidad de la víctima o algunos de sus rasgos de personalidad podrían hacer a la mujer más vulnerable u otorgarle mayor fortaleza psicológica.

Es por ello que, tras la identificación, detección y delimitación del importante problema que representa la violencia ejercida contra las mujeres y la honda concienciación social en la que deriva, hemos seleccionado como objeto de investigación para nuestra tesis doctoral el estudio del perfil de personalidad de las mujeres víctimas de violencia en el medio familiar, su vulnerabilidad y la evaluación del daño psíquico como consecuencia de la violencia de género.

El **objetivo general** de este trabajo es conocer qué variables añaden realmente importancia al maltrato, haciendo la experiencia más negativa, y diferenciar cuáles son las características propias y de personalidad de las víctimas, relacionales y referentes a la violencia que determinan la respuesta emocional, entendida como daño psíquico, de la mujer cuando tiene lugar un acontecimiento vital conflictivo derivado de una situación de violencia de género. Como ya dijimos, partimos de la hipótesis de que las diferencias en estas características, principalmente en las características de personalidad, van a determinar la existencia y el grado de salud y bienestar psicofísica en estas mujeres o la existencia y grado del daño.

Para alcanzar este objetivo general, nos planteamos los siguientes **objetivos específicos**:

- 1) Probar que determinados rasgos y perfiles de personalidad se relacionan con la forma de reaccionar de la mujer maltratada y con el daño que provoca la violencia. Esto nos permitirá conocer qué diferencia a las mujeres más vulnerables de las de mayor fortaleza psicológica.
- 2) Medir el daño psíquico. Este dato nos llevará a conocer la importancia que el efecto del maltrato ha tenido sobre la salud de la mujer. Con los instrumentos de evaluación estandarizados que hemos utilizado, esta medida será fiable y objetiva.

- 3) Conocer cuáles son las circunstancias que tienen un mayor grado de participación en el daño psíquico resultante y aquellas que hacen más grave la experiencia agresiva, lo cual puede resumirse en la determinación de las variables que tienen un mayor efecto sobre la salud de la víctima (*conocimiento del efecto lesivo*).
- 4) Establecer, desde el conjunto de estos resultados, las variables que se constituyen en elementos, que por su relación y participación en el daño psíquico, ponen de manifiesto una mayor vulnerabilidad de la mujer (*fin predictivo*). En el caso en que estas variables estén llamando la atención sobre esta mayor vulnerabilidad de la mujer víctima del maltrato, será un factor a tener en cuenta para prevenir y evitar, en la medida de lo posible este daño (*fin preventivo*).
- 5) Conocer sobre qué aspectos debe actuar preferentemente el posible apoyo terapéutico a la víctima mediante terapia e intervención psicológica con el objetivo de conseguir mejorar su salud y calidad de vida emocional y permitirle la mejor y más rápida adaptación socio-laboral (*fin terapéutico*).

CAPÍTULO III
MATERIAL Y
MÉTODOS

III. MATERIAL Y MÉTODOS

1. Muestra.

Se trata de una muestra compuesta por 151 mujeres víctimas de malos tratos con edades comprendidas entre 18 y 75 años (Media= 38,5; Dt= 10,64).

Los datos del presente trabajo de investigación se han extraído de un estudio realizado en la Unidad de Valoración Médico-Forense de Violencia Familiar del Departamento de Medicina Legal, Toxicología y Psiquiatría de la Universidad de Granada sobre casos valorados por violencia de género, entre los años 2002 y 2008. La procedencia del grupo de mujeres estudiadas se presenta en la tabla 8 y en los gráficos 2 y 3.

El criterio de inclusión consistió en haber presentado denuncias judiciales por violencia de género en el ámbito de Andalucía Oriental. Como criterios de exclusión se consideraron las víctimas menores de edad, las denuncias con resultado de muerte y la imposibilidad de entrevistarnos y explorar a la mujer.

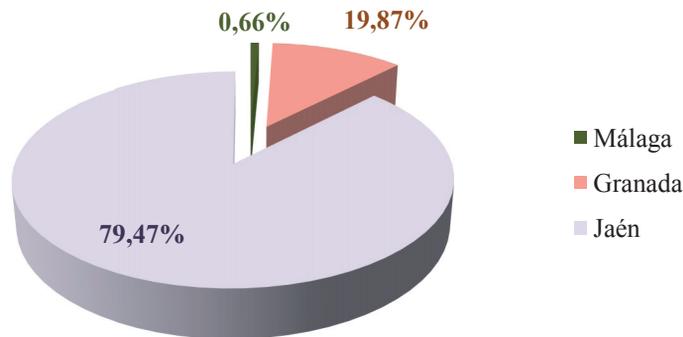
Antes de nuestro estudio no se había producido ninguna intervención clínica o de protección específica. Al no tratarse de una muestra clínica, la constituyen un grupo de mujeres maltratadas que previamente no habían sido diagnosticadas ni tratadas por este motivo. En la mayoría de los casos la mujer no se había sometido tampoco a una valoración médico forense ni a una exploración psicodiagnóstica profunda.

La competencia territorial de los Juzgados que solicitaron la exploración médico forense se distribuye de la siguiente forma: Jaén (120 casos; 79,47%), Granada (30 casos; 19,87%) y Málaga (1 casos; 0,66%). Los resultados se presentan en la tabla 8 y en el gráfico 2.

Tabla 8. Procedencia de la muestra.

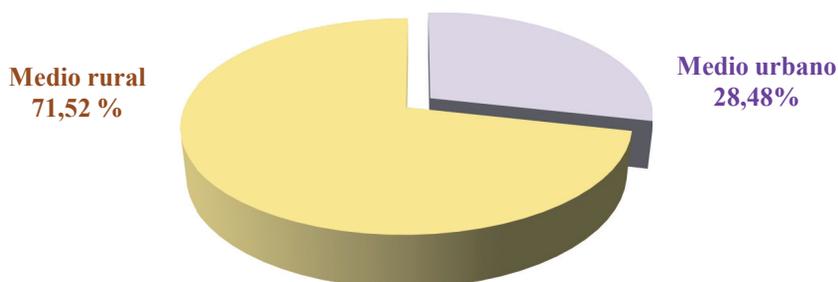
Provincia	Frecuencia (%)	Rural	Urbano
Jaén	120 (79,47 %)	86 (71,96 %)	34 (28,04 %)
Granada	30 (19,87 %)	22 (73,33 %)	8 (26,67 %)
Málaga	1 (0,66 %)	1 (100 %)	0 (0 %)

Gráfico 2: Competencia territorial de los Juzgados



La frecuencia de denuncias en el medio rural fue de 108 casos (71,52 %) frente a los 43 registrados en las capitales (28,48 %). En las tres provincias andaluzas, los hechos ocurrieron predominantemente en el medio rural. Las localidades jienenses donde más denuncias se pusieron fueron Torredonjimeno (9 casos) y Castillo de Locubín (6 casos). En Granada, fue Huétor Tájar (4 casos) por detrás de la capital (8 casos). En Málaga, la única mujer que exploramos denunció una agresión sexual en Fuengirola. Los resultados se presentan en la tabla 8 y en el gráfico 3.

Gráfico 3: Distribución de la muestra según el medio poblacional.



2. Procedimiento.

En el año 2000, dentro del proyecto de investigación I+D 92/2000 del Ministerio de Asuntos Sociales se hizo un ofrecimiento a la fiscalía y a los Jueces Decanos con competencia territorial en las provincias de Granada y Jaén para emitir un informe de valoración integral médico forense en los procedimientos judiciales instruidos por violencia doméstica, cuando aún no existían los Juzgados de Violencia contra la Mujer. Estos informes periciales integraban la entrevista y exploración de la mujer denunciante y del presunto agresor, que nos permitía valorar la veracidad del testimonio, explorar la personalidad de ambos y conocer la vulnerabilidad de la víctima y evaluar el daño sufrido, informar sobre la peligrosidad del presunto agresor y la dinámica que sostiene la relación de maltrato. En los casos en los que la pareja o el matrimonio tenían hijos menores o adolescentes también se procedió a la entrevista y exploración para estudiar si habían sufrido algún daño o consecuencia emocional.

En todos los casos, la valoración fue solicitada por el Juez, poniendo a nuestra disposición el expediente judicial.

La recogida de datos se llevó a cabo siguiendo los procedimientos de valoración médico forense (Castellano Arroyo, 2004):

El examen de la Documentación judicial, que incluía el testado de la Guardia Civil o la Policía cuando actuaron en el domicilio, la propia denuncia, los testimonios de la denunciante y el denunciado, el parte de lesiones y el informe clínico de violencia emitido por el médico que atendió a la víctima en el caso de que se produjera asistencia sanitaria. Esta información permitió conocer los hechos y la detección de daños físicos y/o psicológicos que se hubieran podido producir o expresar en continuidad a la agresión.

El estudio de la documentación médica, que consistía en el informe de asistencia inmediata en urgencias, si se hubiera generado. En algunos casos, nos era posible consultar los informes médicos con los antecedentes de salud de la víctima (estado anterior), bien porque se hubieran aportado a los autos o bien porque ella nos los proporcionara directamente.

Mediante una **entrevista semiestructurada**, obtuvimos datos relativos a aspectos médico-psicológico-psiquiátricos de la víctima y del agresor en los casos en los que se producía la denuncia de una mujer hacia su esposo/compañero por malos tratos físicos y/o psíquicos.

Para identificar los elementos que hacían de la mujer una víctima más vulnerable y conocer el daño psíquico que sufrían, **procedimos a realizar una exploración psicodiagnóstica consistente en la valoración mediante escalas psicométricas estandarizadas (test y cuestionarios)** de su perfil de personalidad, conducta y manera de reaccionar a los acontecimientos. Para medir los efectos del maltrato y conocer el estado de salud psicofísica de la víctima tuvimos en cuenta principalmente su estado de salud general, la percepción que la mujer tenía de su calidad de vida y sus niveles de ansiedad y de depresión. Este procedimiento, en su aplicación médico forense, nos permitía trasladarle al Juez, en un informe pericial, la realidad del perjuicio sufrido por la víctima en una interpretación basada en la valoración médico forense del daño a la persona.

Para la entrevista semiestructurada y la exploración psicodiagnóstica se contaba con el consentimiento de la mujer, y para llevarla a cabo nos desplazábamos al entorno familiar para obtener información en el contexto familiar más próximo de la víctima. Se trata por tanto de una muestra que no es clínica.

Las variables que escogimos se dividen en dos categorías: las epidemiológicas y las psicológico-psiquiátricas. Son las siguientes:

a) Variables independientes, aquellas relacionadas con:

1. La edad de la mujer
2. Relacionales y referentes al maltrato (relación con el agresor, tipo de violencia y persistencia de las agresiones - duración y frecuencia -).
3. Datos de la personalidad de la víctima explorados con el Cuestionario 16PF de Catell, estudiándola desde un punto de vista factorial y del agrupamiento de rasgos que nos definieron a dos grupos de mujeres.

4. Exploración de la *ansiedad-rasgo* mediante el inventario de ansiedad-rasgo de Spielberger (*STAI-Rasgo*).

b) Variables dependientes o respuesta, como indicadores del daño psíquico, que nos informaban sobre el estado de salud de la víctima.

1. Prescripción de medicación de tipo psiquiátrico.
2. Cuestionario de Salud General de GOLBERG (GHQ-28):
 - Subescala GHQ-A que mide síntomas somáticos de origen psíquico.
 - Subescala GHQ-B que mide ansiedad y trastornos del sueño.
 - Subescala GHQ-C, que mide la adaptación socio laboral.
 - Subescala GHQ-D, que mide síntomas depresivos graves.
 - GHQ-total que mide el deterioro de la salud general.
3. Inventario de ansiedad-estado de Spielberger (*STAI-Estado*).
4. Escala autoaplicada de depresión de ZUNG.

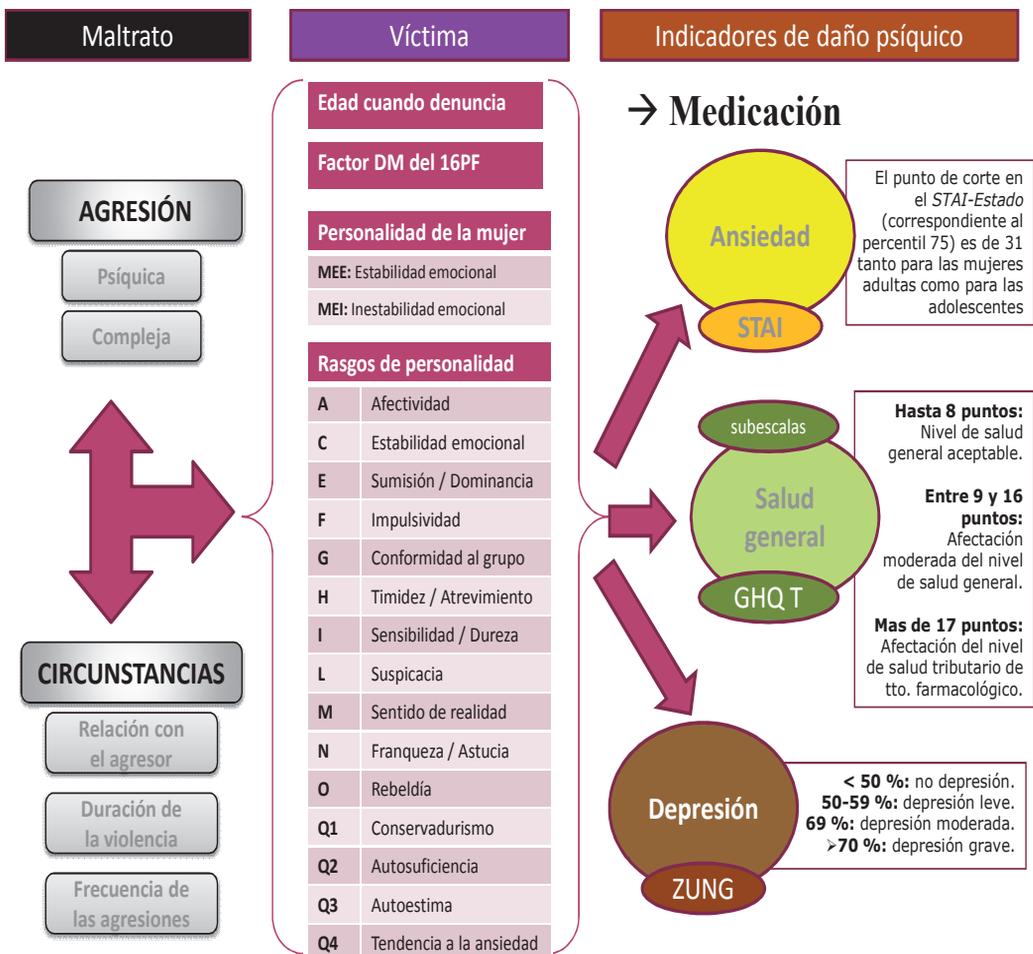
El planteamiento general del trabajo de investigación se sintetiza en el esquema 1.

Para conocer los factores que más influyen en que la mujer sea una víctima vulnerable estudiamos primero la personalidad de las víctimas agrupándolas en dos grupos de mujeres, el grupo de mujeres emocionalmente inestables (MEI) y el grupo de las mujeres emocionalmente estables (MEE). Este agrupamiento resultó del estudio estadístico dado en el que se consideró que la estabilidad emocional (Factor C) es un rasgo que influye en todas las demás interpretaciones y rasgos del cuestionario 16PF de Catell, tal como establece su guía de interpretación (Karson, Karson y O'Dell, 2003).

En segundo lugar, estudiamos a las mujeres atendiendo a los rasgos de su perfil de personalidad y observamos la influencia que éstos tenían sobre su salud psíquica y bienestar emocional.

Explorada la personalidad de la víctima, continuamos el estudio midiendo los efectos del maltrato administrando el *cuestionario de salud general de Goldberg* (GHQ-28), el *inventario de ansiedad de Spielberger* (STAI) y la *escala de depresión de ZUNG*, como indicadores fiables que recogían las consecuencias emocionales de la agresión y por tanto, el daño psíquico.

Esquema 1: Modelo explicativo del planteamiento general del trabajo de investigación.



2.1. Instrumentos y medidas de evaluación.

La medida aclara las cosas y medimos algo cuando no podemos averiguar lo que queremos saber simplemente mirándolo o a través de una mera apreciación subjetiva.

Los test y escalas utilizadas en nuestro estudio cumplen los requisitos de validez, fidelidad y sensibilidad que los convierten en instrumentos adecuados para evaluar la personalidad de la mujer y su respuesta emocional cuando sufre una experiencia de malos tratos en el ámbito familiar. Los cuestionarios psicométricos o psico-diagnósticos no están diseñados para diagnosticar un determinado cuadro o un determinado trastorno patológico, sino para medir y evaluar síntomas psicológico-psiquiátricos de sufrimiento clínicamente significativos o que limitan la capacidad de la persona, factores de la personalidad y rasgos de normalidad o anormalidad psíquica.

En su elección, también hemos tenido en cuenta los siguientes aspectos:

- Están validados para la población española y con versiones en Castellano.
- Son fáciles de comprender y de responder por el paciente y sencillos de corregir e interpretar por el evaluador.
- Son test individuales que miden la condición humana normal y patológica y que gozan de la ventaja de ser autoplicados o heteroaplicados.
- Se usan frecuentemente en la práctica clínica y asistencial y están integrados en la atención de los procesos asistenciales de la Administración Sanitaria y de los Institutos de Medicina Legal.
- Son aceptados por la comunidad científica y se dispone de abundante bibliografía en cuanto a su aplicación e interpretación.
- Valoran, exploran y ofrecen una medida directa de las variables, conductas y rasgos que queremos determinar en nuestro estudio. Sus resultados permiten extraer información estadística con fines de investigación.
- Aportan información fiable que complementa a la entrevista médico forense, como prueba fundamental de evaluación de la persona explorada.

2.1.1. Entrevista semiestructurada.

Mediante la entrevista semiestructurada, confirmada con la información judicial, hemos recogido los siguientes datos: 1) **Edad** (a la fecha de denuncia); 2) **Tipo de violencia**, calificándola como “violencia psíquica”, cuando estaba integrada por insultos, desprecios, coacciones, amenazas o control respecto a las personas o a los hábitos de vida; y “violencia compleja”, cuando se añadían a la anterior el maltrato físico con golpes de diversa intensidad, uso de armas y hasta violencia sexual; 3) **Relación con el agresor** que hemos calificado como “estable”, cuando existió o existía vínculo legal o convivencia reconocida persistente y “transitoria”, cuando se trató de una relación ocasional o pasajera; 4) **Persistencia de la violencia**, que calificamos como “habitual” para seguir el criterio jurídico español como indicador de gravedad del delito, de que más de cuatro agresiones constituyen “habitualidad”, y como violencia “no habitual” cuando se correspondía con conductas agresivas aisladas; 5) **Necesidad de tratamiento farmacológico de tipo psiquiátrico** como consecuencia de la violencia.

2.1.2. Cuestionario 16-PF de Cattell.

El cuestionario de Personalidad de 16 Factores de Cattell (16PF; Cattell, 1972) es un instrumento de evaluación objetiva que permite el análisis multifactorial de la personalidad. Fue elaborado, mediante investigación psicológica, por R.B. Cattell en 1972 en el Institute for personality and ability testing de Champaign, Illinois (Estados Unidos).

Tiene 4 formas de aplicación: Adolescentes y adultos, con un nivel cultural equivalente al de la Enseñanza Media para las formas A y B. Las formas C y D requieren menos nivel cultural, plantean menos exigencias al probando y reúnen menos elementos de respuesta. La versión utilizada en este estudio es la forma C, que consta de 105 preguntas sin aparente conexión entre sí (Cattell, 1998). El cuestionario está validado para población española (Cattell, 1975; Seisdedos, 1990). Se ha tipificado que cuando la puntuación del factor Distorsión Motivacional (DM) sea alta habrá que dudar de todo el perfil, particularmente

de los rasgos que implican ansiedad y extraversión porque el sujeto tiende a disminuir la primera y a aumentar la segunda. Por este motivo hay que aplicar unos factores correctores.

Los rasgos de personalidad evaluados no están únicamente aislados y definidos por el Cuestionario sino que se encuadran dentro del contexto de una teoría general de la personalidad. La visión global de la personalidad que intenta el 16 PF se basa en la evaluación de 16 dimensiones, funcionalmente independientes y psicológicamente significativas, aisladas y definidas repetidamente durante más de 30 años de investigaciones factoriales, en grupos de sujetos normales y clínicos.

Los rasgos primarios básicos o de primer orden estudiados por el 16 PF, y valorados en decatipos entre 1 y 10, vienen a definir a las personas según: **Factor A.** La sizotimia y afectotimia. **Factor B.** La inteligencia baja/alta (Sizotimia). **Factor C.** La estabilidad emocional o la fuerza del ego. **Factor E.** La actitud de sumisión/dominancia. **Factor F.** La desurgencia y surgencia. La actividad como disposición a actuar e interesarse por el entorno. **Factor G.** La fuerza del Superego. La preocupación por las normas sociales y respeto a las mismas. **Factor H.** La trectia y la parmia, entendidas como la introversión/extroversión respecto a sus actitudes personales y sociales. **Factor I.** La harria y la premsia. La dureza de carácter / afectación por los sentimientos. **Factor L.** La alaxia y la protensión. La confianza/suspiciacia. **Factor M.** La praxernia y la autia. La visión realista o imaginativa con la que percibe el entorno. **Factor N.** La sencillez/ la astucia. **Factor O.** La adecuación imperturbable / tendencia a la culpabilidad. **Factor Q1.** El conservadurismo/ el radicalismo. **Factor Q2.** El control de la socialización. La adhesión al grupo / la autosuficiencia e independencia. **Factor Q3.** La baja integración / mucho control de su autoimagen. La percepción que tiene la persona de sí misma. **Factor Q4.** La poca o mucha tensión energética. La tendencia a experimentar ansiedad.

Estos 16 factores se agrupan en 4 de segundo orden (ansiedad, extraversión, control de la socialización e independencia).

Karson y O'Dell (1976, 2003) realizaron una guía de interpretación de los rasgos de personalidad del 16PF de Catell con un nombre y una interpretación más comprensible.

La interpretación de los rasgos primarios es la siguiente:

2.1.2.1. Factor DM: Distorsión motivacional.

Es una variable que se puntúa entre 1 y 10. Por un lado, es un indicador de fiabilidad y validez de la prueba en la medida que nos dice la forma en que la persona se enfrenta a ella y por otro de deseabilidad social, en cuanto a la imagen que el explorado quiere transmitir de él mismo. Puntuaciones bajas son indicativas de validez y sinceridad. Las puntuaciones altas deben hacernos dudar del perfil y se hace necesario introducir criterios correctores.

Debemos en cuenta que una persona cuando tiene altos niveles de ansiedad y se encuentra mal puede pensar, a la hora de responder al 16PF, que si se muestra tal como es podría dar una pésima imagen de sí misma. Esta percepción puede hacer que inconscientemente distorsione la respuesta para dar mejor imagen ante el explorador.

Es un factor que guarda relación con la autoestima (Factor Q3).

2.1.2.2. Factor A: Reservado / Participativo (Afectividad).

Es una variable que se puntúa entre 1 y 9. Cuando la puntuación es baja es indicativa de persona fría, alejada y distante y cuando lo es alta, la califica como muy afectuosa, emotiva, comunicativa y abierta a las relaciones interpersonales.

2.1.2.3. Factor C: Estabilidad emocional (Fuerza del Yo).

Es una variable que se puntúa entre 1 y 10. Cuando la puntuación es alta es indicativa de madurez, tolerancia a la frustración, adecuado manejo de

los sentimientos y emociones y resistencia a las contrariedades y desengaños. Estas mujeres ofrecen soluciones bien adaptadas a las situaciones de conflicto y toman decisiones acertadas para resolverlos desde una actitud reflexiva y serena. Puntuaciones muy bajas sugieren déficit severo en afrontamiento de los acontecimientos vitales (coping). Las puntuaciones bajas aumentan el riesgo de sufrir desajustes emocionales y de reaccionar con ansiedad ante los acontecimientos

Esta es una variable que influye en todas las restantes interpretaciones.

2.1.2.4. Factor E: Sumisión / Dominancia (Asertividad).

Es una variable que se puntúa entre 1 y 10. Explica conductas que van desde una forma de ser sumisa y de ceder y aceptar la opinión de los demás, hasta una actitud dominante y autoritaria de persona que quiere imponer sus ideas y opiniones.

2.1.2.5. Factor F: Sobriedad / Entusiasmo (Impulsividad-animación).

Es una variable que se puntúa entre 1 y 10. Explica conductas que van desde una forma de ser reservada y sobria, hasta una actitud descuidada, entusiasta, muy extrovertida, habladora e impulsiva y poco reflexiva. También abierta a nuevas experiencias. Puntuaciones muy bajas sugieren un humor depresivo u otros problemas de insatisfacción.

2.1.2.6. Factor G: Despreocupado / Escrupuloso (Atención a las normas).

También se define como conformidad al grupo o fuerza del superyó. Es una variable que puntúa entre 1 y 10. Define a la persona por una alta o baja preocupación por las formas sociales, que puede llegar, incluso, a comportamientos escrupulosos y obsesivos, o por el desprecio por las normas y baja responsabilidad. Las puntuaciones bajas orientan a una persona poco exigente sin prestar atención a las exigencias sociales ni al resultado de las tareas.

2.1.2.7. Factor H: Introversión / Extroversión (Timidez).

Es una variable que se puntúa entre 1 y 10. Es indicativa de ser una persona tímida, y poco comunicativa con miedo a los demás, conductas relacionadas quizás en problemas de autoestima, o bien a ser atrevida socialmente y emprendedora.

2.1.2.8. Factor I: Dureza / Sensibilidad (Afectación por los sentimientos).

Es una variable que puntúa entre 1 y 10. Es indicativa de la dureza del carácter (realista, duro, lógico, confiado en sí mismo) o de persona cariñosa, sensibilidad y de fácil afectación por los sentimientos. Las personas muy sensibles se lamentan por sus sufrimientos, son tendentes al llanto y pueden llegar a contar sus quejas en exceso y ser muy demandantes de atención. La consideramos como indicadora de vulnerabilidad, ya que la persona que es muy afectable sufre más en sus relaciones interpersonales, y se afecta por razones que en una persona fría no repercuten. En un clima de malas relaciones familiares, este rasgo favorecería las discusiones y produciría en la persona malestar psíquico porque la lleva a sobrevalorar negativamente detalles sin importancia.

2.1.2.9. Factor L: Confianza / Desconfianza (Suspiciousidad).

Es una variable que puntúa entre 1 y 10. Cuando puntúa bajo, es indicativo de mujer confiada que se deja engañar fácilmente y cree en palabras y promesas. Las puntuaciones altas nos orientan a una interpretación hostil y de perjuicio hacia lo que dicen y hacen las personas y sucede en el entorno.

2.1.2.10. Factor M: Realista / Imaginativa (Sentido de realidad).

Es una variable que puntúa entre 1 y 10. Es indicativo de ser práctico y realista o imaginativo, creativo y fantasioso; de ver la realidad como a uno le gustaría que fuera y no como es.

2.1.2.11. Factor N: Franqueza / Astucia (Privacidad).

Es una variable que puntúa entre 1 y 10. Es indicativo de ser franco, sincero y sencillo o cauteloso, astuto, manipulador y hábil para engañar.

2.1.2.12. Factor Q: Segura / Preocupada (Aprensión).

Es una variable que puntúa entre 1 y 10. Es indicativa de ser sensible, dubitativo, insatisfecho, permanentemente preocupado, tendente a la culpabilidad con remordimientos y afectable por los sentimientos (polo alto) o de reaccionar con seguridad, serenidad, satisfacción y firmeza de carácter (polo bajo).

2.1.2.13. Factor Q1: Conservadurismo / Radicalismo (Apertura al cambio).

Es una variable que puntúa entre 1 y 10. Es indicativo de ser cauteloso y de ideas tradicionales y familiares arraigadas o de ser crítico y de ideas libres, abierto al cambio.

2.1.2.14. Factor Q2: Dependencia / Autosuficiencia (Independencia).

Es una variable que puntúa entre 1 y 10. Es indicativo de ser dependiente del grupo sin demasiados recursos propios o autosuficiente, con capacidad para afrontar de forma autónoma los acontecimientos de la vida diaria y resolver los problemas por sí mismo. Puntuaciones muy altas pueden provocar aislamiento social por conductas poco adaptadas y demasiado independientes (la persona “va a lo suyo”).

2.1.2.15. Factor Q3: Conflictividad / Satisfacción con uno mismo (Autoestima).

Es una variable que puntúa entre 1 y 10. Cuando puntúa bajo, indica conflictividad con uno mismo, inseguridad, descontento de la persona con su propia imagen, su comportamiento y su manera de ser. Poco cuidadosa. Mientras que puntuaciones altas indican perfeccionismo, satisfacción personal, y orgullo. Últimamente se ha traducido por “autoestima” como expresión de la valoración que uno hace de sí mismo.

2.1.2.16. Factor Q4: Tendencia a la ansiedad (Tensión).

Es una variable que puntúa entre 1 y 10. La ansiedad evaluada por este cuestionario es un rasgo indicativo de la tendencia del sujeto a ser tranquilo y

relajado (puntuaciones < 4), o a anticipar ansiedad a los acontecimientos y a reaccionar con ansiedad, incluso ante hechos de poca importancia (puntuaciones > 7). Sería, por tanto, un indicador de vulnerabilidad, porque la ansiedad favorece la aparición de síntomas psicofísicos y origina un importante malestar psíquico, interfiriendo, incluso, en un buen rendimiento intelectual y en el hallazgo de soluciones adecuadas a los problemas.

2.1.3. Cuestionario de Salud General de Goldberg.

El *General Health Questionnaire* (GHQ-28; Goldberg y Hillier, 1979) fue diseñado por el británico Sir David Goldberg en el Hospital Universitario de Manchester con la finalidad de valorar el grado de salud general. El cuestionario inicial consistía en 60 preguntas. Posteriormente se han elaborado versiones más cortas con igual utilidad.

Es un instrumento de fácil aplicación y de gran utilidad clínica en atención primaria que originariamente fue diseñado para medir el riesgo de desarrollar desórdenes psiquiátricos no psicóticos, aplicándose con posterioridad para la detección de problemas psicosociales en población general.

Es un instrumento diseñado para la identificación de pacientes con trastornos psíquicos en el ámbito clínico en las consultas médicas no psiquiátricas. Su objetivo consiste en detectar cambios en la función normal del paciente, no en determinar los rasgos que lo acompañan a lo largo de su vida. Se le pregunta al paciente por su estado de salud en las últimas semanas y sobre los trastornos y molestias recientes y actuales, si los ha tenido, para explorar dos tipos de fenómenos:

- ❖ La incapacidad para funcionar con normalidad a nivel psíquico.
- ❖ La aparición de nuevos fenómenos de malestar psíquicos (distressing).

En este estudio hemos utilizado la versión abreviada GHQ-28, que fue validada y adaptada a la población española por Lobo (Lobo, Pérez-Echevarría,

y Artal, 1986). Consta de 28 preguntas que se agrupan en 4 subescalas en la que la persona responde sobre la salud percibida.

GHQ A: Síntomas somáticos de origen psíquico.

GHQ B: Ansiedad y trastornos del sueño.

GHQ C: Adaptación socio-laboral o disfunción en las actividades diarias.

GHQ D: Depresión grave.

Las escalas se puntúan de forma bimodal: 0= ausencia de síntomas (preguntas a y b); 1= presencia de síntomas (preguntas c y d). La puntuación máxima de cada una de las subescalas es de 7 puntos. Por encima de 4 puntos se considerará la necesidad de tratamiento farmacológico.

La subdivisión en escalas nos permite conocer específicamente qué áreas se han visto más afectadas por la experiencia agresiva y cuantificar con qué intensidad se manifiesta el incremento en los niveles de tensión emocional, las variaciones en el humor y el ánimo de la persona y la desadaptación que provoca en sus áreas vitales. Esta subdivisión también es muy útil desde el punto de vista terapéutico para decidir qué tratamiento con psicofármacos se debe prescribir y establecer un programa de intervención psicológica para favorecer un correcto funcionamiento personal y una pronta recuperación funcional.

El GHQ-T recoge la puntuación total de las cuatro subescalas, que puede alcanzar 28 puntos. Se considera como nivel de salud general “aceptable” hasta los 8 puntos; entre 9-16 puntos: “afectación moderada” de la salud general y más de 17 puntos (punto de corte considerado patológico): “afectación importante” del nivel de salud general, en cuyo caso sería tributaria de tratamiento farmacológico (Álvarez & Crespo, 1995; Gili, Ferrer, Roca, y Bernardo, 2000).

2.1.4. Inventario de Ansiedad-Estado y Ansiedad-Rasgo de Spielberger.

El *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI; Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1982) fue diseñado por Spielberger, Gorsuch y Lushene. A través de él se evalúan dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado o ansiedad reaccional (condición emocional transitoria) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Sus características son:

- Se trata de una escala autoaplicada.
- Consta de un total de 40 ítems (20 de cada uno de los conceptos).
- El marco de referencia temporal es en el caso de la ansiedad como estado «ahora mismo, en este momento», y en la ansiedad como rasgo «en general, en la mayoría de las ocasiones».

El rango de puntuaciones es de 0 a 60 en cada escala. Proporciona una puntuación directa para la ansiedad como estado y otra para la ansiedad como rasgo, cada una de las cuales se consigue sumando las puntuaciones correspondientes a los síntomas positivos y restando la de los síntomas negativos obtenidos en cada uno de los 20 ítems correspondientes sobre unos valores preestablecidos (30 en ansiedad-estado y 21 en ansiedad-rasgo). Las puntuaciones directas que se obtienen, se transforman en centiles en función del sexo y la edad.

El punto de corte en el *STAI-Estado* (correspondiente al percentil 75) es de 31 tanto para las mujeres adultas como para las adolescentes (Echuburúa y Corral, 2005).

El punto de corte en el *STAI-Rasgo* (correspondiente al percentil 75) es de 32 para las mujeres adultas y 29 para las adolescentes (Echuburúa y Corral, 2005).

La **dimensión ansiedad-rasgo del STAI** se nos presenta como un indicador de la tendencia de la persona a experimentar ansiedad ante los acontecimientos negativos de la vida diaria. Esto significa que está muy próximo a una característica o rasgo de la personalidad. En el caso de que este indicador presente puntuaciones

altas se podría incluso considerar como un estado predisponente de la víctima, lo que nos puede llevar a valorar con prudencia una puntuación alta de Ansiedad-Estado como consecuencia del maltrato y por ende como daño psíquico causado por el maltrato.

Esta dimensión *ansiedad-rasgo* viene a equivaler en los cuestionarios de personalidad (16-PF) al factor Q4 de ansiedad (como tendencia a la tensión emocional o ansiedad).

En este sentido, el *STAI-Rasgo* nos permite establecer dos grupos de personas: Aquellas predispuestas a experimentar ansiedad, frente a aquellas más resistentes psicológicamente a los acontecimientos adversos, más resistentes a la respuesta ansiosa. Esta afirmación general es aplicable al maltrato como acontecimiento adverso. Por así decirlo, es una variable dependiente que le quita o añade peso al maltrato.

El estudio integrado del *STAI-Estado* entendido como efecto del maltrato, y el *STAI-Rasgo*, entendido como predisposición a experimentar daño, nos permitiría conocer en una mujer concreta víctima de maltrato qué proporción de daño, en ella, se deriva directamente del maltrato (efecto lesivo) y cuál se relaciona con su anterior predisposición a sufrir este daño (estado anterior).

2.1.5. Escala autoaplicada de depresión de Zung.

Esta escala fue diseñada y publicada por W. Zung en 1965 (SDS; Zung, 1965) y adaptada y validada al español por el profesor Valentín Conde en 1970 (Conde, Escribá, e Izquierdo, 1969). Evalúa la gravedad del cuadro depresivo y junto con el Inventario de Depresión de Beck (BDI) es la escala autoaplicada más utilizada en la depresión. Esta escala aporta una información más completa y específica que la subescala D del GHQ.

Se trata de un test breve, autoaplicado, en el que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que se presenta cada uno de los síntomas o sentimientos que se describen.

Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores:

- ❖ Factor depresivo.
- ❖ Factor biológico.
- ❖ Factor psicológico.
- ❖ Factor psicosocial.

El marco de referencia temporal es el momento actual.

A cada una de las respuestas se le da un valor que oscila entre 1 y 4 puntos. Proporciona una puntuación total de gravedad que es la suma de las puntuaciones de los 20 ítems.

Los puntos de corte propuestos en la validación española son:

- 20-35: depresión ausente.
- 36-51: depresión subclínica y variantes normales.
- 52-67: depresión media-severa.
- 68-80: depresión grave (opcionalmente hospitalizable).

También se puede transformar la puntuación bruta en un índice porcentual (Índice SDS = puntuación \times 100/80). Los puntos de corte utilizados son:

- \leq 50 %: no depresión.
- 50-59 %: depresión leve.
- 60-69 %: depresión moderada.
- \geq 70 %: depresión grave.

2.2. Criterios de valoración del daño psíquico.

Para explicar la valoración del daño psíquico que hemos llevado a cabo desde el punto de vista médico forense y de la perspectiva del derecho, hemos de tener en cuenta cuatro elementos:

- 1) A qué tipo de personas hemos tenido que valorar *¿Cuál es nuestra muestra?*
- 2) Qué criterios médicos vamos a considerar para valorar el daño psíquico *¿Cómo lo hemos identificado y establecido?*
- 3) Qué hemos medido y con qué instrumentos científicos hemos explorado a la mujer: *El qué y el cómo.*
- 4) A qué criterios de referencia jurídica hemos acudido *¿A qué norma legal puede acudir un juez para ponderar el resultado lesivo del maltrato y contrastar el resultado de la valoración?*

El objetivo fundamental de una valoración médico forense no es la de establecer un diagnóstico psiquiátrico, porque la finalidad pericial no persigue dar una respuesta clínico-asistencial sino médico-legal. Los médicos clínicos acuden a los diagnósticos y los médicos forenses a criterios legales porque no se enfrentan a una muestra clínica sino a una judicial; no diagnostican y tratan a pacientes sino que estudian, exploran y valoran a lesionados teniendo en cuenta los perjuicios físicos, anatómicos y psíquicos que provocan las conductas violentas.

Por este motivo, nosotros lo que hemos hecho es tener en cuenta los signos y síntomas que expresaba la víctima y los hemos medido mediante instrumentos psico-diagnósticos validados y estandarizados que exploran las manifestaciones clínicas que reflejan la pérdida o el deterioro de la salud psíquica y el bienestar emocional que presentan las personas. De esta manera, la medida que nos proporciona nos permite identificar las consecuencias de la lesión que menoscabe la salud mental (art. 147), o la salud psíquica (art. 148) como se establece en el CP y a las que también hacen referencia en los artículos 153 y 173 del mismo código.

El Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento de declaración y calificación del grado de minusvalía es una referencia legal en España que permite valorar la pérdida o el menoscabo en la salud mental causada por un proceso patológico congénito o una circunstancia externa y adquirida, como puede ser la violencia.

Lo que hace este sistema de valoración es tener en cuenta los síntomas y signos psicopatológicos identificables que interfieren el desarrollo personal, laboral y social de la persona, de manera diferente en intensidad y duración. Estas manifestaciones clínicas se ajustan a la sintomatología en salud mental universalmente aceptada de acuerdo con los grandes grupos psicopatológicos susceptibles de valoración mediante los sistemas de clasificación CIE 10 y DSM-V y además guarda consonancia con la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías de la OMS.

El Capítulo 16 de esta norma, que trata sobre la enfermedad mental, nos ha proporcionado unos criterios de referencia específica que son de fácil comprensión y sencillos de aplicar, y a los que nosotros hemos acudido para establecer los criterios de valoración del daño psíquico que provoca el maltrato. Este método nos permitiría valorar tanto el daño psíquico como las secuelas psicológicas.

Los criterios de valoración a los que se refiere este capítulo son muy concretos y los hemos adaptado a la elección de nuestros cuestionarios:

- 1) La necesidad de medicación y/o tratamiento de forma habitual o transitoria, que nosotros consideramos en la variable “tratamiento médico”, atendiendo al criterio jurídico del artículo 147 del Código Penal español sobre el delito de lesiones.
- 2) La presencia de síntomas y signos constituyentes de criterios diagnósticos.
 - La ansiedad que la hemos medido mediante la dimensión *STAI-Estado* y la subescala GHQ-B.
 - La presencia de síntomas somáticos de origen psíquico que la hemos medido con la subescala GHQ-A.
 - Los síntomas depresivos que los hemos explorado mediante la subescala GHQ-D y específicamente con la escala de depresión de Zung.

- 3) La disminución de la capacidad funcional del individuo para desarrollar sus tareas personales o actividades profesionales (desadaptación socio-laboral), la hemos valorado a través de la subescala GHQ-C.
- 4) Clasifica el deterioro de la salud psico-física y la pérdida de autonomía personal, que nosotros hemos medido con el GHT-Total.
- 5) Admite la gradación de la severidad del perjuicio por la intensidad con la que se expresan los síntomas, que también lo permiten las puntuaciones obtenidas en nuestros instrumentos de evaluación.

Por tanto, nuestro método valorativo se adapta a las características de las mujeres que había que explorar, evalúa el daño psíquico a través de las manifestaciones clínicamente significativas que expresa la víctima del maltrato, utiliza instrumentos psico-diagnósticos validados y estandarizados que miden lo que queremos medir y también se apoya en una referencia médico-jurídica que permite su aplicación a la medicina forense y resulta útil y precisa para la toma de decisiones judiciales.

2.3. Método estadístico.

Con objeto de alcanzar los objetivos del trabajo de investigación se llevó a cabo un análisis estadístico que se dividió en cuatro grandes bloques:

PRIMER BLOQUE: Se realizó un **análisis descriptivo** de cada una de las variables estudiadas. Este estudio se hizo atendiendo a su distribución de frecuencias cuando las variables eran cualitativas. En el caso de las variables cuantitativas, además de a dicha distribución de frecuencias también, se añadieron otras medidas básicas de resumen como son la media, la mediana, los cuartiles, el rango y la desviación típica.

SEGUNDO BLOQUE: Para conocer cuál era la personalidad de la mujer que ha denunciado maltrato, **las mujeres se dividieron de manera óptima en dos grupos: “Emocionalmente estables” (EE) y “Emocionalmente inestables” (EI)**, cuando se agruparon las puntuaciones del 16PF empleando el método

de *conglomerados kmeans* y determinando el número de conglomerados por la *metodología de Calinski*.

La agrupación se realizó de manera lógica al establecer las comparaciones de medias entre ellos para cada una de las variables introducidas en el algoritmo de construcción de grupos. La variable con dos categorías (denominada “factores asociados”) caracterizaba de manera bastante precisa a dos grupos de mujeres en función de la asociación de la “estabilidad emocional” con el resto de factores explorados por el inventario 16PF de Catell, de manera que esta variable podía ser incluida en los modelos resumiendo en ella el efecto de la personalidad en las mujeres respecto a la forma individual de responder al maltrato.

TERCER BLOQUE: Se realizó un **análisis bivariante** para estudiar la asociación entre cada una de las variables independientes (personalidad y variables epidemiológicas), con cada una de las variables dependientes como indicadores de daño psíquico (prescripción de tratamiento médico y puntuaciones del ZUNG, del STAI y de las cuatro subescalas y puntuación total del GHQ). Las correlaciones establecidas fueron las siguientes:

- a) Entre las variables independientes (edad, tipo de violencia, relación con el agresor, frecuencia de las agresiones y duración de la violencia) y los indicadores de daño psíquico.
- b) Entre las puntuaciones en cada rasgo de personalidad de la mujer y las puntuaciones de los indicadores del daño psíquico.
- c) Igualmente se han estudiado las puntuaciones de los indicadores de daño psíquico, atendiendo a la distribución de la muestra en los dos grupos de mujeres emocionalmente estables (EE) y mujeres emocionalmente inestables (EI).

Para estudiar la asociación de cada una de las variables independientes, consideradas individualmente, con la variable dependiente “tratamiento médico” se empleó la *regresión logística*. Se verificó el ajuste con el *test de Hosmer-Lemeshow*, y especialmente como parámetro que medía el efecto la razón del

producto cruzado, *odds ratio*, estimando la prescripción de manera puntual y por intervalo y realizándose el contraste de hipótesis para determinar que era significativamente distinto de uno.

Para estudiar la asociación de cada una de las variables independientes, consideradas individualmente, con el resto de variables dependientes se empleó la *regresión lineal simple*, verificándose previamente que se cumplían las hipótesis de su modelo, y especialmente como parámetro que medía el efecto del coeficiente de regresión de cada una de las variables en el modelo, estimándolo de manera puntual y por intervalo y realizándose el contraste de hipótesis para determinar que era significativamente distinto de cero.

CUARTO BLOQUE: Ajustado el modelo bruto que acabamos de reseñar en el apartado anterior y, siguiendo la misma metodología, se llevó a cabo el ajuste de una serie de **modelos multivariantes** que intentaban caracterizar el efecto neto de la personalidad y las variables epidemiológicas sobre cada uno de los indicadores de daño psíquico. Este estudio estadístico multivariante es el más complejo de los tres llevados a cabo sobre los datos, al integrarse en él todas las variables tenidas en cuenta en el trabajo de investigación. Con él queremos averiguar cuáles son las variables que aparecen asociadas a resultados más negativos en las escalas psico-métricas del daño, o lo que es lo mismo, qué variables contribuyen más a que el maltrato produzca un mayor efecto negativo en la salud psíquica de la mujer.

Para ello, se empleó la *regresión lineal múltiple* ajustándose dos modelos que pretendían controlar todos los factores que pudieran influir.

- En el primer estudio multivariante relacionábamos las variables independientes con los resultados del inventario de ansiedad STAI.

El STAI es un inventario muy potente y definidor a la hora de evaluar los niveles de ansiedad de las personas exploradas. En el estudio estadístico, partíamos de un planteamiento inicial en el que considerábamos que los efectos

del maltrato medidos a través de los test GHQ-28 y ZUNG se resumirían fuertemente en las subescalas *STAI-Estado* y *STAI-Rasgo* como dos potentes test que recogerían los efectos de las variables independientes sobre la morbilidad psiquiátrica y la salud mental de la víctima.

- En el segundo estudio multivariante considerábamos las variables independientes con los resultados del STAI, del GHQ-28 y del ZUNG de depresión. Es decir, tomamos todas las variables independientes y observamos el efecto que producen sobre todos los indicadores del daño psíquico.

Cada uno de estos dos estudios se divide, a su vez, en dos modelos de análisis comparativo según se tuviera en cuenta la forma de explorar la personalidad:

- 1) Modelo estadístico M1 o de factores asociados.
- 2) Modelo estadístico M2 o de rasgos de la personalidad.

Desde el punto de vista estadístico, estos dos estudios multivariantes ajustados por las variables dependientes se controlaban, o no, por los diferentes factores relevantes en el problema de forma que se pudiera reflexionar rigurosamente sobre los efectos medidos.

En términos generales el nivel de significación para declarar un contraste significativo fue del 5%, aunque no se eliminaron variables en el modelo a menos que el nivel de significación fuera superior al 40%.

El paquete estadístico empleado fue el STATA 12.1.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

IV. RESULTADOS

1. Análisis Estadístico Descriptivo.

1.1. Edad.

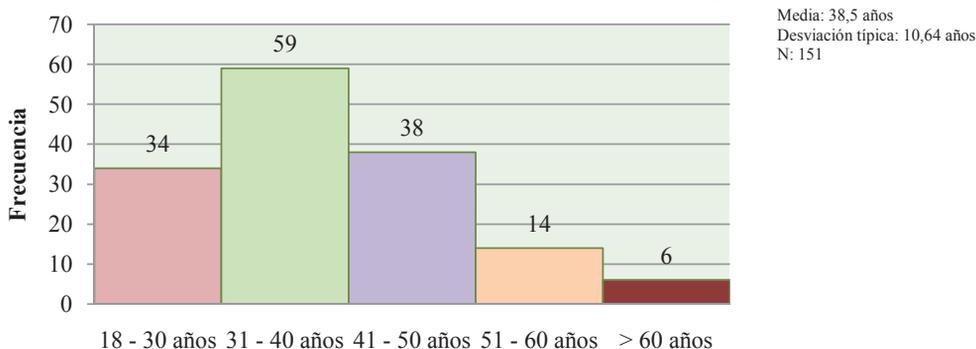
La edad de las mujeres se encuentra entre los 18 y los 75 años, con una media de 38,5 años y una desviación típica de 10,64 años. La moda fue de 41 años (9 casos; 5,96%). El percentil 25 se establece en los 31 años, el 50 en los 37 y el percentil 75 en los 44 años.

Como se muestra en la tabla 9 y en el gráfico 4, la franja de edad que agrupa mayor número víctimas es la de 31-40 años, con 59 mujeres (39,1%); seguida de los 41-50 años con 38 (25,2%).

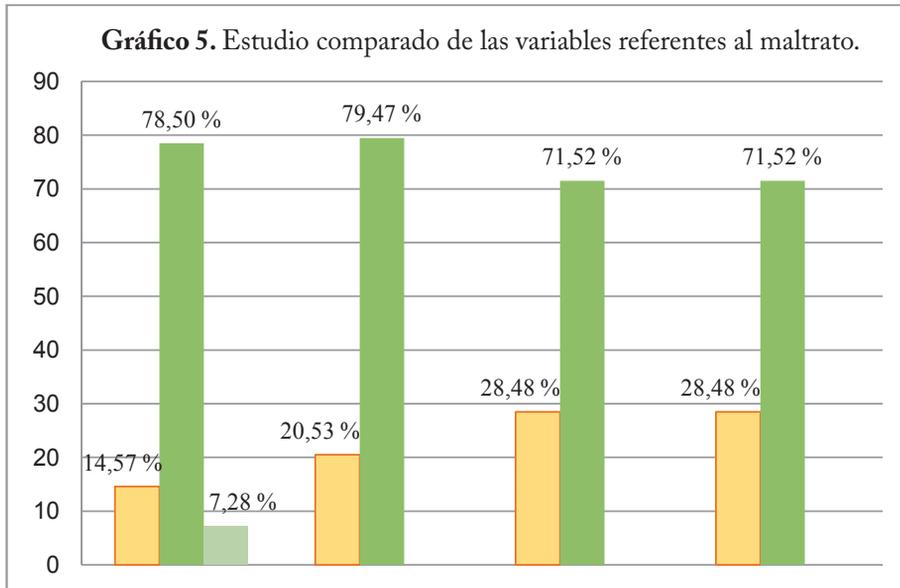
Tabla 9. Edad de las mujeres.

Edad	Frecuencia	Frecuencia (%)
18-30 años	34	(22,52 %)
31-40 años	59	(39,07 %)
41-50 años	38	(25,17 %)
51-60 años	14	(9,27 %)
+ 60 años	6	(3,97 %)

Gráfico 4. Edad. Distribución de frecuencias agrupadas



Los resultados de las siguientes variables analizadas se exponen en el gráfico 5:



Relación Víctima / agresor	Tipo de violencia	Duración de la violencia	Frecuencia de las agresiones
Relación transitoria 22 casos - 14,57 %	Psíquica 31 casos - 20,53 %	Menos de 6 meses 43 casos - 28,48 %	No habitual 43 casos - 28,48 %
Relación estable 118 casos - 78,50 %	Compleja 120 casos - 79,47 %	Más de 6 meses 108 casos - 71,52 %	Habitual 108 casos - 71,52 %
Otras 11 casos - 7,28 %			

1.2. Relación con el agresor.

El número de mujeres que habían mantenido con el agresor una relación estable fue de 118 (78,50%), frente a las 22 (14,57%) que mantuvieron una relación transitoria y ocasional, las 11 mujeres restantes se acogían a otros tipos de relación. Se observa que predomina la situación de mayor estabilidad en la relación, surgiendo la violencia cuando se mantiene una convivencia más comprometida, que favorece más las desavenencias y los conflictos.

1.3. Tipo de violencia.

Encontramos que han sido 31 las mujeres (20,53%) que han denunciado insultos, coacciones, conductas de control, etc.; a estas manifestaciones se añadía maltrato físico, uso de armas y hasta imposición sexual en 120 mujeres (79,47%). De estos resultados se deduce que pocas veces queda excluido el daño físico junto a la actitud de desprecio y humillaciones, vivencias muy dañinas para la salud psico-física de la víctima.

1.4. Persistencia de la violencia (duración y frecuencia).

Los resultados ponen de manifiesto que fueron 108 (71,52%) mujeres las que sufrieron agresiones repetidas y de forma habitual, mientras que fueron 43 (28,48%) las que refieren una agresión única o aislada. Diferentes autores unifican la frecuencia de las agresiones con la duración, considerando que antes de la denuncia la mujer soporta durante un periodo de tiempo más o menos largo la violencia, ejercida frecuentemente.

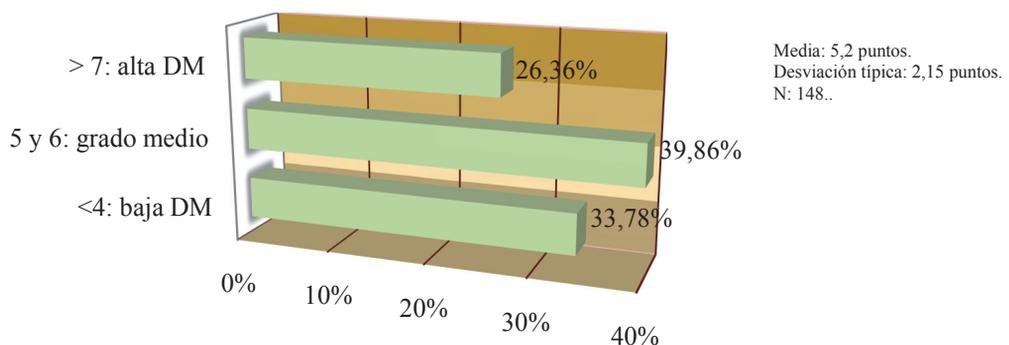
1.5. Rasgos de personalidad del 16PF de Cattell.

1.5.1. Factor DM: Distorsión motivacional.

La puntuación media fue de 5,2 ($SD = 2,15$), con mediana de 5 y puntuaciones extremas entre 1 y 10. En la tabla 10 y en el gráfico 6, se observa que un 73,64 % de las mujeres mostraron una actitud favorable hacia la prueba.

Factor DM	Frecuencia (%)
≤ 4: baja DM	50 (33,78 %)
5 y 6: Grado medio	59 (39,86 %)
≥ 7: alta DM	39 (26,36 %)

Gráfico 6. Factor DM (Distorsión Motivacional).



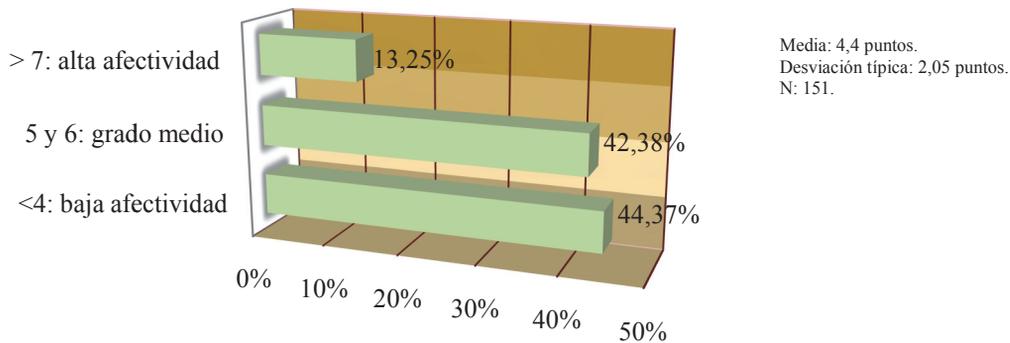
1.5.2. Factor A: Reservado / Participativo (Afectividad).

La puntuación media fue de 4,4 ($SD = 2,05$), con mediana de 5 y puntuaciones extremas entre 1 y 9. En la tabla 11 y en el gráfico 7, se observa que un 44,37 % de las mujeres presentaron baja afectividad, frente al 13,25 % que llegan a ser muy afectuosas.

Tabla 11. Puntuaciones del factor A (Afectividad).

Factor A	Frecuencia (%)
≤ 4: baja afectividad	67 (44,37 %)
5 y 6: Grado medio	54 (42,38 %)
≥ 7: alta afectividad	20 (13,25 %)

Gráfico 7. Factor A (Afectividad)



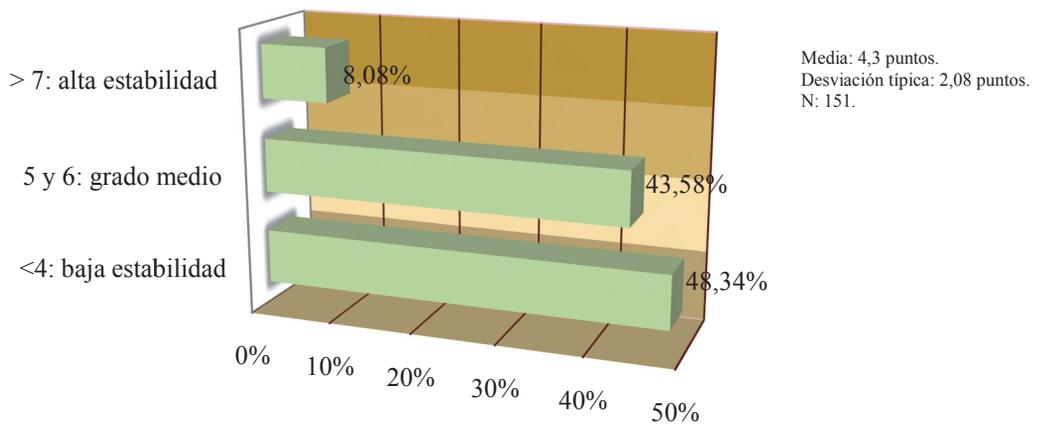
1.5.3. Factor C: Estabilidad emocional (Fuerza del Yo).

La puntuación media fue de 4,3 ($SD = 2,08$), con mediana de 5 y puntuaciones extremas entre 1 y 10. La frecuencia de las puntuaciones se muestra en la tabla 12 y en la gráfica 8, observándose que casi un 50% de las mujeres estudiadas obtuvieron puntuaciones de baja estabilidad emocional.

Los resultados nos llevan a considerar que el 51,6% de las mujeres presentaban una estabilidad emocional Dentro de la normalidad, aunque sólo el 8,08%, al tener una puntuación ≥ 7 , presentaban una estabilidad emocional muy favorable para afrontar el acontecimiento vital de la experiencia violenta.

Tabla 12. Puntuaciones del factor C (Estabilidad emocional)

Factor C	Frecuencia (%)	
≤ 4: inestabilidad	73	(48,34 %)
5 y 6: grado medio	51	(43,58 %)
≥7: madurez	23	(8,08 %)

Gráfico 8. Factor C (Estabilidad Emocional)

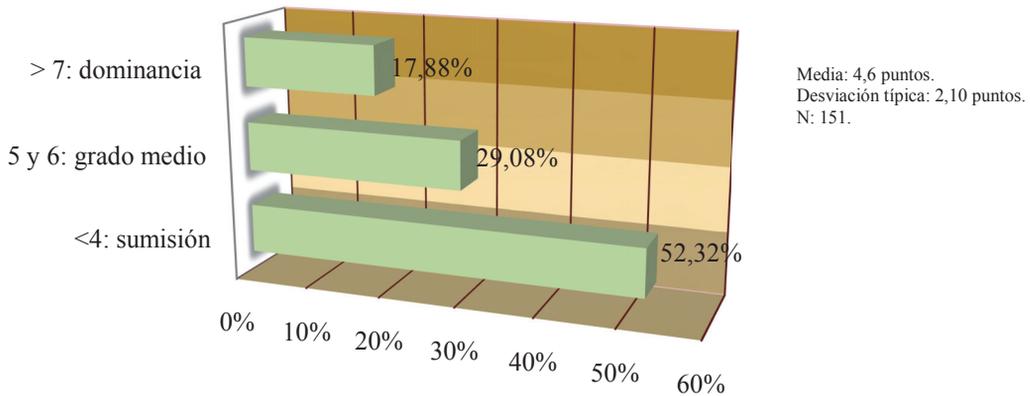
1.5.4. Factor E: Sumisión / Dominancia (Asertividad).

La puntuación media fue de 4,6 ($SD = 2,10$), con mediana de 4 y puntuaciones extremas entre 1 y 10. En la tabla 13 y el gráfico 9, se observa que un 52,32% se muestran claramente sumisas con el agresor indicativo de personas que soportan una situación de violencia verbal y psíquica con amenazas y menosprecio sin llegar a rebelarse.

Tabla 13. Puntuaciones en sumisión / dominancia.

Factor E	Frecuencia (%)	
≤ 4: sumisión	79	(52,32 %)
5 y 6: grado medio	45	(29,08 %)
≥7: dominancia	27	(17,88 %)

Gráfico 9. Factor E (Sumisión / Dominancia)



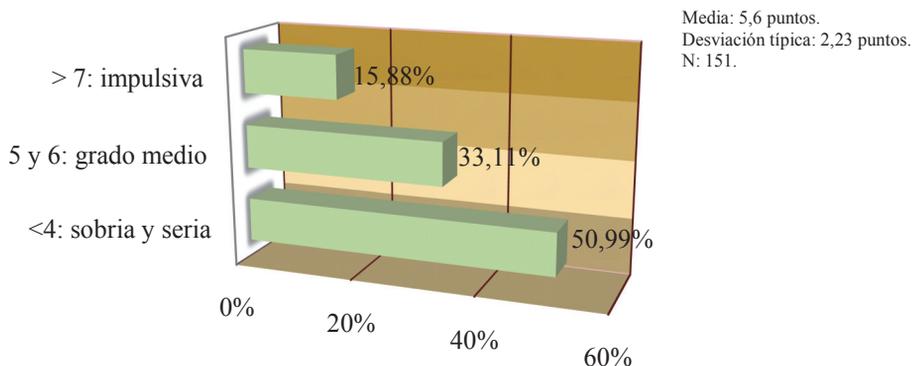
1.5.5. Factor F: Sobriedad / Entusiasmo (Impulsividad - animación).

La puntuación media fue de 5,6 ($SD = 2,23$), con mediana de 6 y puntuaciones extremas entre 1 y 10. Las puntuaciones se muestran en la tabla 14 y el gráfico 10, observándose que un 50,99 % de las mujeres estudiadas son serias y poco comunicativas indicativo de que la persona no cuente lo sucedido y viva la relación de maltrato en silencio, lo que le generaría mayor malestar y ansiedad. Por el contrario, un 15,88 % de mujeres reaccionan abiertamente y de forma muy llamativa ante la agresión, defendiéndose, replicando y contándose a los demás.

Tabla 14. Puntuaciones del factor F (impulsividad)

Factor F	Frecuencia (%)	
≤ 4: sobria y seria	77	(50,99 %)
5 y 6: grado medio	50	(33,11 %)
≥7: impulsiva	24	(15,88 %)

Gráfico 10. Factor F (Impulsividad)



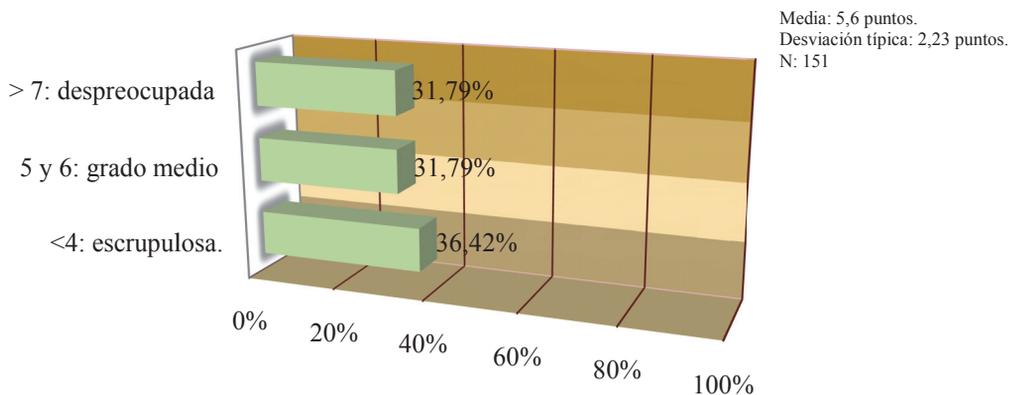
1.5.6. Factor G: Despreocupado / Escrupuloso (Atención a las normas).

La puntuación media fue de 5,6 ($SD = 2,23$), con mediana de 6 y puntuaciones extremas entre 1 y 10. Las puntuaciones agrupadas se muestran en la tabla 15 y el gráfico 11, observándose que cada franja reúne aproximadamente un tercio de la muestra.

Tabla 15. Puntuaciones del factor G (Fuerza del Yo).

Factor G	Frecuencia (%)	
≤ 4: despreocupada	55	(36,42 %)
5 y 6: grado medio	48	(31,79 %)
≥7: escrupulosa	48	(31,79 %)

Gráfico 11. Factor G (Fuerza del Super Yo)

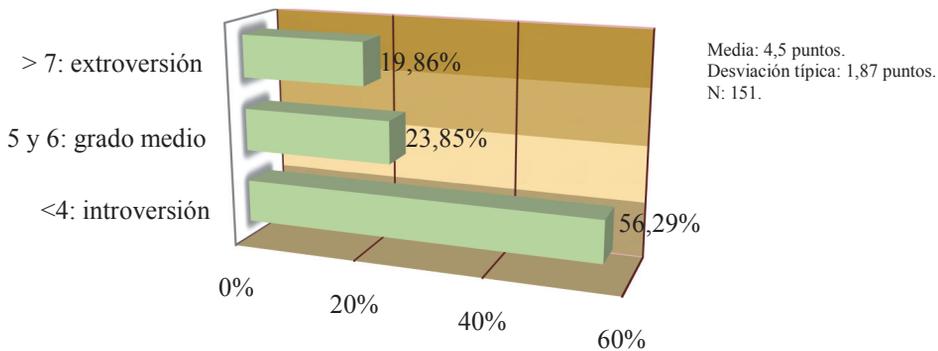


1.5.7. Factor H: Introversión / Extroversión (Timidez).

La puntuación media fue de 4,5 ($SD = 1,87$), con mediana de 4 y puntuaciones extremas entre 1 y 9. La frecuencia de las puntuaciones se muestra en la tabla 16 y el gráfico 12, observándose que 85 mujeres (56,29 %) presentaron puntuaciones altas lo que sería indicativo de que las mujeres víctimas de maltrato tendrían tendencia a ser tímidas, cohibidas y susceptibles.

Tabla 16. Puntuaciones del factor H (timidez).

Factor H	Frecuencia (%)	
≤ 4: timidez / introversión	85	(56,29 %)
5 y 6: grado medio	36	(23,85 %)
≥ 7: Atrevimiento / extroversión	30	(19,86 %)

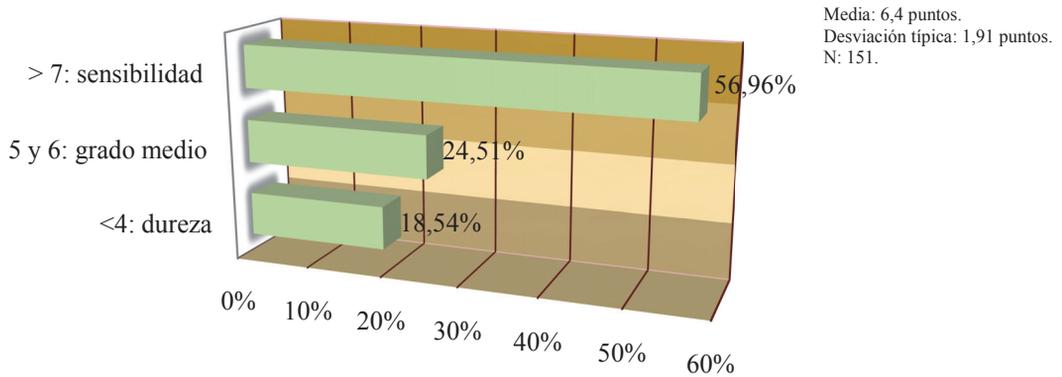
Gráfico 12. Factor H (Timidez)

1.5.8. Factor I: Dureza / Sensibilidad (*Afectación por los sentimientos*).

La puntuación media fue de 6,4 ($SD = 1,91$), con mediana de 7 y puntuaciones extremas entre 1 y 10. Las puntuaciones se muestran en la tabla 17 y el gráfico 13. Se observa que 86 mujeres (56,96 %) muestran valores altos, lo que sería indicativo de que, en general, las mujeres víctimas de maltrato tienen tendencia a una mayor sensibilidad en sus emociones y, en consecuencia, un sufrimiento mayor.

Tabla 17. Puntuaciones en afectación por los sentimientos.

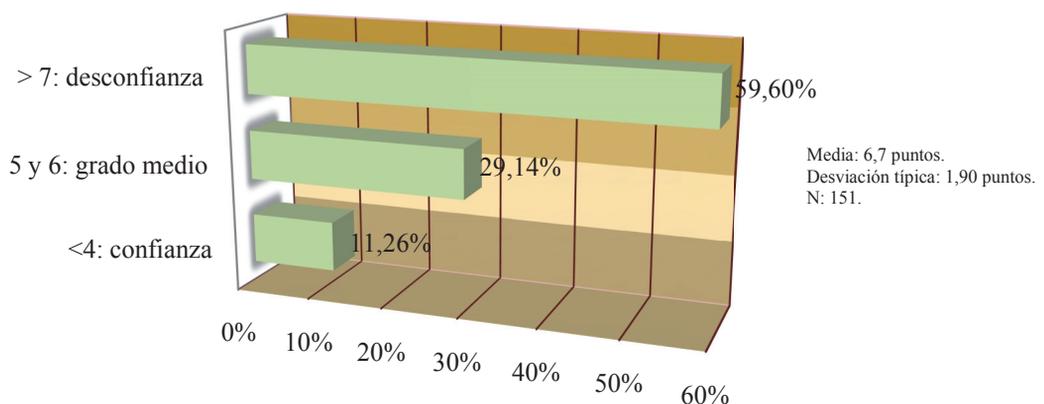
Factor I	Frecuencia (%)	
≤ 4: dureza	28	(18,54 %)
5 y 6: grado medio	37	(24,51 %)
≥ 7: sensibilidad	86	(56,96 %)

Gráfico 13. Factor I (Afectación por los Sentimientos)**1.5.9. Factor L: Confianza / Desconfianza (Suspiciacia).**

La puntuación media fue de 6,7 ($SD = 1,90$), con mediana de 7 y puntuaciones extremas de 2 y 10. Las puntuaciones se muestran en la tabla 18 y el gráfico 14, observándose que 83 mujeres (59,60 %) presentan puntuaciones entre 7 y 10, indicador de alto grado de desconfianza con ideación de perjuicio respecto de la conducta de su pareja. En 30 casos (19,87%) las puntuaciones fueron de 9 y 10, lo que nos orientaría a la presencia de un trastorno paranoide de la personalidad en la víctima denunciante.

Tabla 18. Puntuaciones del factor L (Suspiciacia)

Factor L	Frecuencia (%)
≤ 4 confianza	24 (11,26 %)
5 y 6: grado medio	44 (29,14 %)
≥ 7 : desconfianza	83 (59,60 %)

Gráfico 14. Factor L (Suspiciacia)

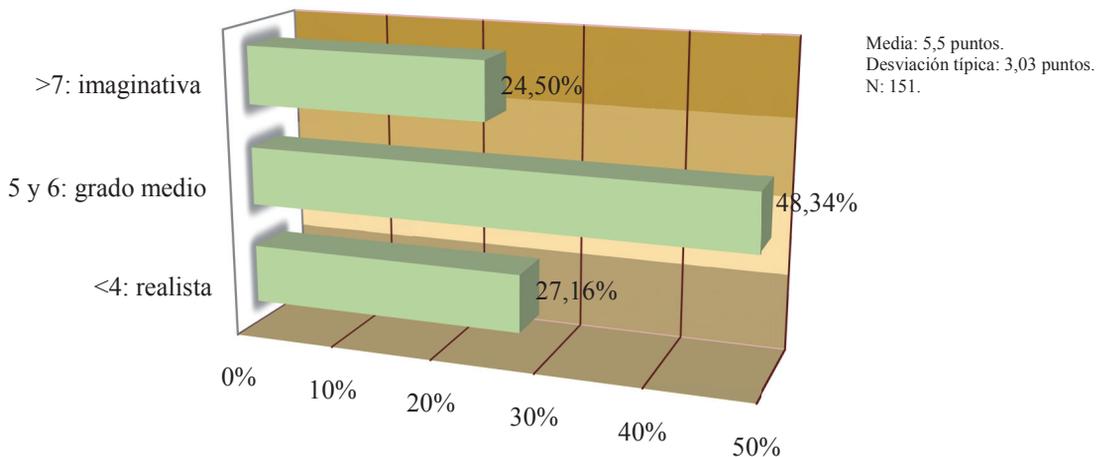
1.5.10. Factor M: Realista / Imaginativa (Sentido de realidad).

La puntuación media fue de 5,5 ($SD = 3,03$), con mediana de 6 y puntuaciones extremas de 1 y 10. Las puntuaciones se muestran en la tabla 19 y el gráfico 15, observándose, que casi la mitad de las mujeres (48,34 %) presentaron puntuaciones en grado medio indicativo de una percepción ajustada de la realidad y de lo que sucede en el entorno. La polarización en las frecuencias agrupadas es discretamente superior hacia rasgos de mujeres muy realista (27,16 %), que se pone ante la realidad con mucha crudeza, frente a las que son fantasiosas e imaginativas (24,50%).

Tabla 19. Puntuaciones factor M (imaginación)

Factor M	Frecuencia (%)
≤ 4: realista	41 (27,16 %)
5 y 6: grado medio	73 (48,34 %)
≥ 7: imaginativa	37 (24,50 %)

Gráfico 15. Factor M (Sentido de Realidad)



1.5.11. Factor N: Franqueza / Astucia (Privacidad).

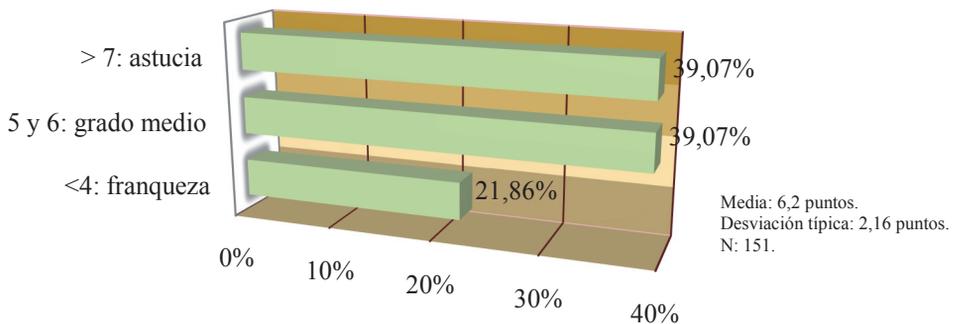
La puntuación media fue de 6,2 ($SD = 2,16$), con mediana de 6 y puntuaciones extremas de 2 y 10. Las puntuaciones se muestran en la tabla 20 y el gráfico 16, observándose porcentajes similares (39,07 %) en las franjas medias y altas de

puntuación. Queremos destacar que en 25 casos (16,56%) las puntuaciones fueron de 9 y 10, lo que nos orientaría hacia conductas claramente manipuladoras (en consonancia con los trastornos neuróticos) en lo que dicen y hacen, distorsionando la realidad de las cosas a su propio beneficio, e introducen serias dudas sobre la veracidad del testimonio.

Tabla 20. Puntuaciones del factor N (Astucia).

Factor N	Frecuencia (%)
≤ 4: franqueza	33 (21,86 %)
5 y 6: grado medio	59 (39,07 %)
≥7: astucia	59 (39,07 %)

Gráfico 16. Factor N (Astucia)

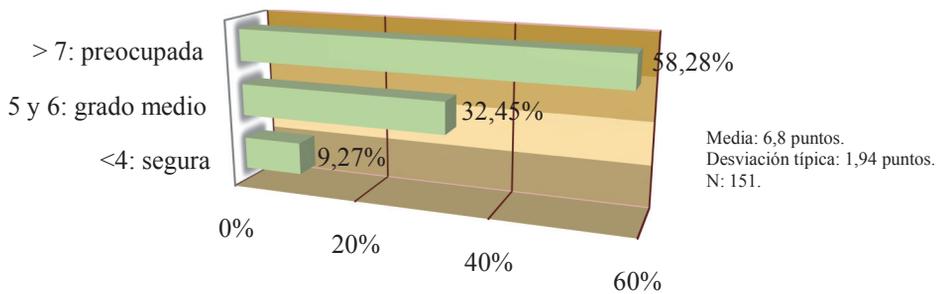


1.5.12. Factor O: Segura / Preocupada (Aprensión).

La puntuación media fue de 6,8 ($SD = 1,94$), con mediana de 7 y puntuaciones extremas de 1 y 10. Las puntuaciones se muestran en la tabla 21 y el gráfico 17, observándose que un 58,28 % de las mujeres estudiadas presentan como rasgo de personalidad el ser inseguras, mostrando temor, preocupación y alto grado de remordimientos que no favorecerían una respuesta decidida a la violencia. Las mujeres que tienen alto grado de seguridad en sí misma con dureza de carácter son muy pocas, 14 casos, sólo un 9,27 %.

Tabla 21. Puntuaciones del factor O (Aprensión).

Factor O	Frecuencia (%)	
≤ 4: segura	14	(9,27 %)
5 y 6: grado medio	49	(32,45 %)
≥7: preocupada	88	(58,28 %)

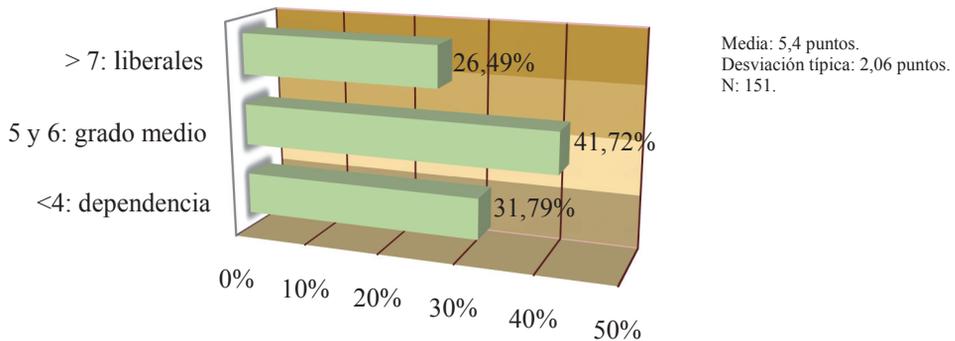
Gráfico 17. Factor O (Aprensión)

1.5.13. Factor Q1: Conservadurismo / Radicalismo (Apertura al cambio).

La puntuación media fue de 5,4 ($SD = 2,06$), con mediana de 5 y puntuaciones extremas de 1 y 10. Las puntuaciones se muestran en la tabla 22 y el gráfico 18, observándose en la distribución de la muestra que las mujeres con un grado medio constituyen el núcleo principal con un 41,72 %, mientras que la polarización se distribuye en equilibrio con un 31,79 % de mujeres que presentan como rasgo el ser tradicionales y un 26,49 % que son abiertas en su pensamiento y libres en su conducta.

Tabla 22. Puntuaciones del factor Q1 (conservadurismo).

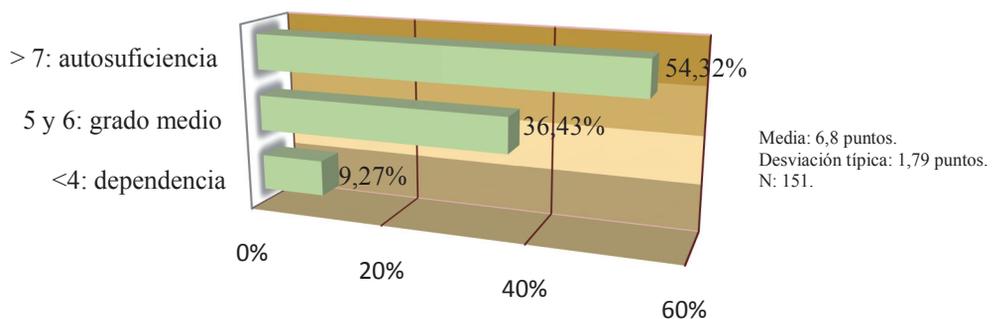
Factor Q1	Frecuencia (%)	
≤ 4: Tradicionales	48	(31,79 %)
5 y 6: grado medio	63	(41,72 %)
≥7: liberales	40	(26,49 %)

Gráfico 18. Factor Q1 (Conservadurismo)**1.5.14. Factor Q2: Dependencia / Autosuficiencia (Independencia).**

La puntuación media fue de 6,8 ($SD = 1,90$), con mediana de 7 y puntuaciones extremas de 3 y 10. Las puntuaciones se muestran en la tabla 23 y el gráfico 19, observándose que un 58,28 % de las mujeres presentan como rasgo de personalidad el tener un alto nivel de independencia y autosuficiencia frente a aquellas que dependen de los demás para resolver sus propios problemas, 14 casos, sólo un 9,27 %.

Tabla 23. Puntuaciones del factor Q2 (independencia).

Factor Q2	Frecuencia	Frecuencia (%)
≤ 4: dependencia	14	(9,27 %)
5 y 6: grado medio	55	(36,43 %)
≥7: autosuficiencia	82	(54,32 %)

Gráfico 19. Factor Q2 (Independencia)

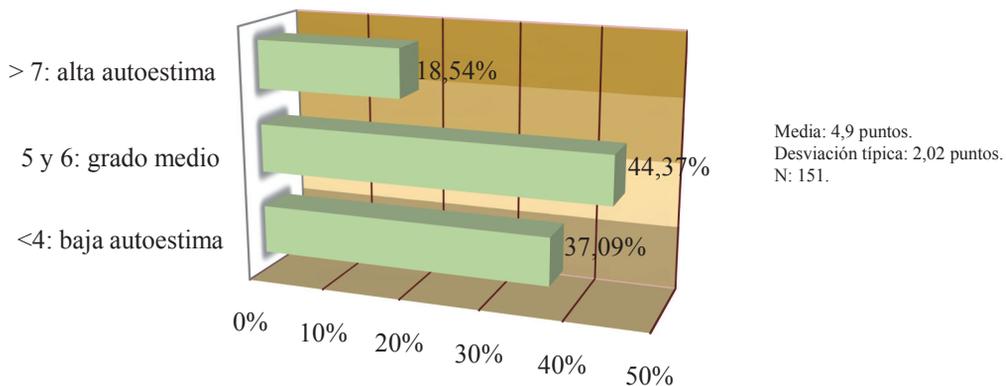
1.5.15. Factor Q3: Conflictividad / Satisfacción con uno mismo (Autoestima).

La puntuación media fue de 4,9 ($SD = 2,02$), con mediana de 5 y puntuaciones extremas de 1 y 10. La distribución de frecuencias se presenta en la tabla 24 y el gráfico 20. Los resultados muestran que 56 mujeres (37,09%) han manifestado puntuaciones inferiores a 4, indicativo de baja autoestima e insatisfacción consigo mismas. En 28 mujeres (18,54%) encontramos una alta autoestima, indicativo de una menor percepción de la “culpabilidad”.

Tabla 24. Puntuaciones del factor Q3 (autoestima)

Factor Q3	Frecuencia (%)
≤ 4: Baja autoestima	56 (37,09 %)
5 y 6: grado medio	67 (44,37 %)
≥7: Alta autoestima	28 (18,54 %)

Gráfico 20. Factor Q3 (Autoestima)



1.5.16. Factor Q4: Tendencia a la ansiedad (Tensión).

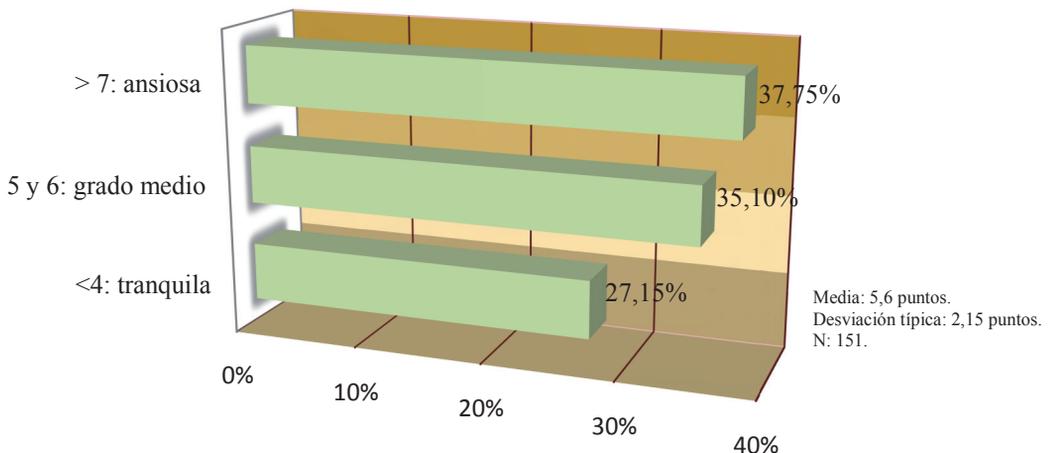
La puntuación media ofrecida por las mujeres exploradas fue de 5,6 ($SD = 2,15$), con mediana de 6 y puntuaciones extremas entre 1 y 10. En la tabla 25 y el gráfico 21, se observa que sólo un 27,15% de las mujeres estudiadas (41 casos) son

mujeres tranquilas y presentan un bajo nivel de tensión emocional. Las mujeres de nuestra muestra tendieron a comportarse con un alto grado de ansiedad y malestar.

Tabla 25. Puntuaciones del Factor Q4 (Ansiedad)

Factor Q4	Frecuencia (%)	
≤ 4: tranquila	41	(27,15 %)
5 y 6: grado medio	53	(35,10 %)
≥7: alta tensión emocional	57	(37,75 %)

Gráfico 21. Factor Q4 (Ansiedad)



1.6. Análisis del agrupamiento de la personalidad.

Atendiendo al agrupamiento realizado en función de la asociación de los factores de personalidad explorados por el inventario 16PF de Cattell (variable “factores asociados”), el grupo de víctimas emocionalmente estables (MEE) lo compusieron 72 mujeres (47,68%), siendo 79 (52,32%) las que se incluyeron en el de personalidad emocionalmente inestable (MEI). Las diferencias entre grupos se presentan en la tabla 25.

No existe diferencia significativa entre grupos para el factor E (sumisión). Encontramos indicios de significación estadística para el factor Q1 (conservadurismo). En la mayoría del resto de factores se obtuvo una relación estadísticamente significativa muy alta.

1.6.1. Perfil gráfico de la variable “factores asociados”.

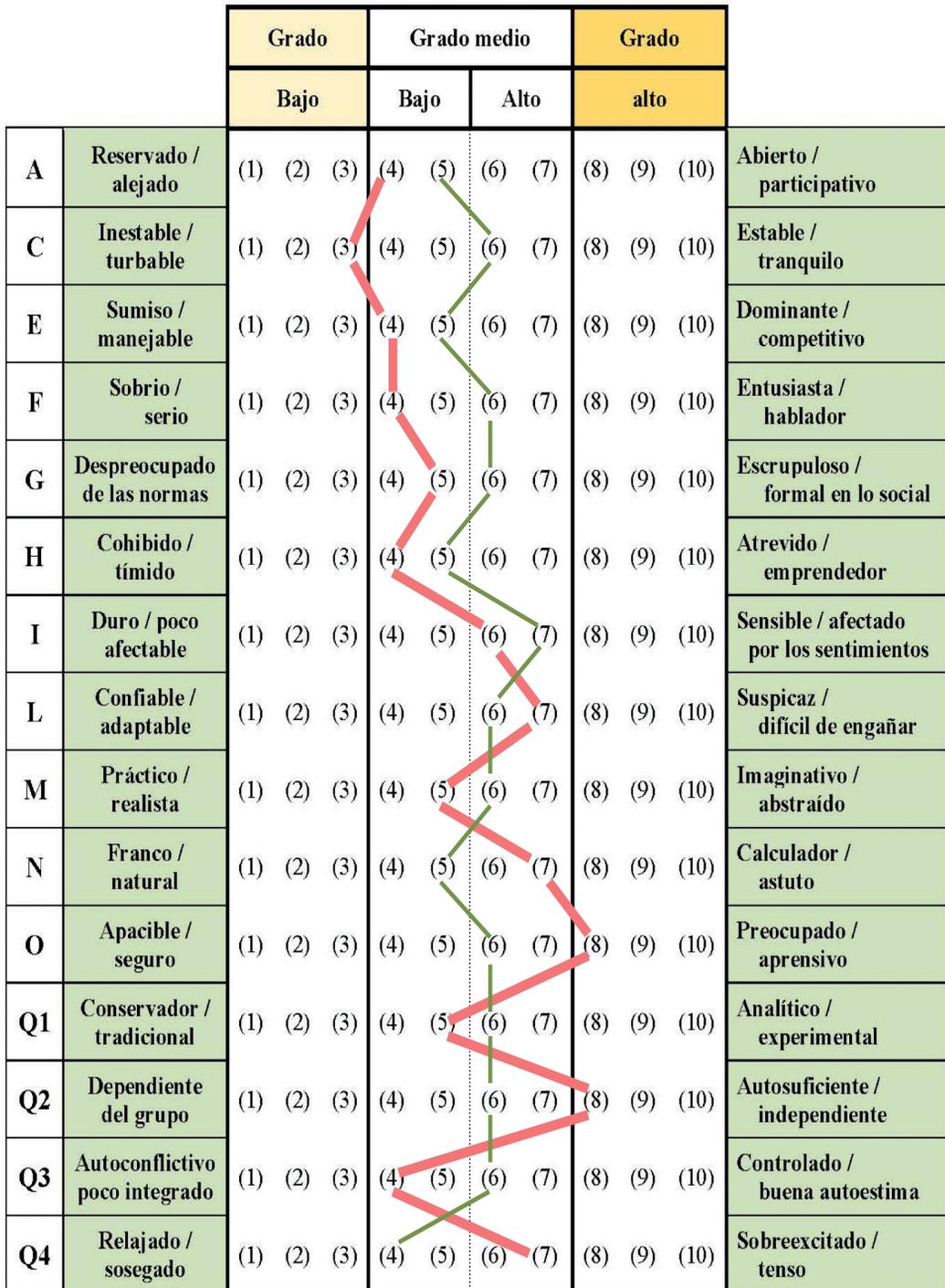
Hemos trasladado las puntuaciones medias obtenidas para cada rasgo en ambos grupos de mujeres a un perfil gráfico del agrupamiento de la personalidad que permite visualizar con claridad la diferencia en la estructura psíquica de las MEE y de las MEI.

Tabla 25. Diferencias entre los dos grupos de mujeres según la asociación de factores del 16PF.

Factores del 16PF		Grupos de mujeres						p
		“Estabilidad emocional” (MEE)			“Inestabilidad emocional” (MEI)			
		N	x	sd	N	x	sd	
	DM *	72	6.2	1.94	76	4.2	1.89	<0.001
A	Afectividad	72	5.5	1.77	79	3.5	1.84	<0.001
C	Estabilidad emocional	72	5.5	1.74	79	3.1	1.61	<0.001
E	Sumisión / dominancia	72	4.8	2.30	79	4.4	1.89	0.244
F	Entusiasmo	72	5.7	1.75	79	3.7	1.56	<0.001
G	Fuerza del Yo	72	6.0	2.21	79	5.2	2.20	0.033
H	Timidez	72	5.2	1.82	79	3.8	1.65	<0.001
I	Afectación sentimientos	72	6.7	1.65	79	6.0	2.08	0.022
L	Susplicacia	72	6.0	1.87	79	7.2	1.75	<0.001
M	Imaginación	72	6.0	1.65	79	5.0	1.89	<0.001
N	Astucia	72	5.1	1.74	79	7.1	2.08	<0.001
O	Aprensión	72	5.9	1.74	79	7.6	1.75	<0.001
Q1	conservadurismo	72	5.8	1.79	79	5.1	2.25	0.061
Q2	Independencia	72	6.1	1.65	79	7.5	1.64	<0.001
Q3	Autoestima	72	6.0	1.74	79	4.0	1.80	<0.001
Q4	Tendencia a la ansiedad	72	4.4	1.95	79	6.6	1.76	<0.001

* Perdidos = 3.

Gráfico 22. Representación comparada del perfil de personalidad de los dos grupos de mujeres.



- Mujeres emocionalmente inestables (MEI).
- Mujeres emocionalmente estables (MEE).

1.7. Inventario de ansiedad-rasgo de Spielberger (*STAI-Rasgo*).

El rango de puntuaciones obtenidas se encontró entre 3 y 58. La puntuación media ha sido de 30,2 ($SD = 12,17$). El percentil 25 se establece en los 21 puntos, el 50 en los 31 y el percentil 75 en los 38 años. Este último percentil fue el punto de corte en nuestra muestra.

Si comparamos el valor de las cifras del percentil 75 establecido para considerar el punto de corte crítico poblacional (32 puntos) con el valor obtenido para nuestra muestra (38 puntos), comprobamos que la puntuación de las mujeres que hemos explorado en este valor para tendencia a experimentar ansiedad superan en 6 puntos a las del conjunto de la población general.

En la tabla 26, se observa que las mujeres que puntuaron por encima del percentil 75 fueron 55 (48,26 %) frente a las que lo hicieron por debajo, 59 casos (51,75 %). Esto significa que casi la mitad de las mujeres que exploramos tenían unos niveles de ansiedad patológicos, como condición emocional permanente, independientemente de que hubieran sido expuestas a una experiencia de maltrato por parte de su pareja.

Tabla 26. *STAI-Rasgo* en relación al percentil 75

Percentil	Puntuación	Frecuencia (%)
P < 75	≤ 31 puntos	59 (51,75 %)
P > 75	≥ 32 puntos	55 (48,26 %)

Perdidos: 37

En la tabla 27, se observa que un 26 % de las mujeres presentaban puntuaciones por debajo del percentil 50 indicativo de bajos niveles de ansiedad de forma habitual. La distribución agrupada por frecuencias muestra que entre el percentil 85 y el 99 se encontraban 23 mujeres (21,05 %) y a diferencia del *STAI-Estado*, los resultados del estudio mostraron que 8 mujeres (7,02 %) mostraban un estado premórbido de sufrimiento vital y tendencia a experimentar ansiedad de alta significación patológica sugerente de mal control de los impulsos, problemas fóbicos, conductas obsesivas, trastorno crónico de ansiedad generalizada, etc.

Tabla 27. Puntuaciones del *STAI-Rasgo* por percentiles.

Percentil	Puntuación directa	Frecuencia (%)
< P 50	≤ 20	26 (22,81 %)
P 50 - 75	21 - 31	33 (28,95 %)
P 75 - 85	32 - 37	23 (20,17 %)
P 85 - 99	38 - 49	24 (21,05 %)
P > 99	≥ 50	8 (7,02 %)

Perdidos: 37

1.8. Prescripción de medicación de tipo psiquiátrico.

Se le prescribió tratamiento con ansiolíticos / antidepresivos a casi la mitad de las mujeres exploradas (45,70 %) como consecuencia del maltrato. Sin embargo, destaca el grupo de mujeres que no necesitaron un apoyo farmacológico para aliviar su malestar emocional, 82 (54,70 %), frente a las 69 que sí los necesitaron (45,70 %).

El resultado de la investigación que hicimos para conocer la prescripción de tratamiento de tipo psiquiátrico se muestra en la tabla 28.

Tabla 28. Prescripción de medicación.

Tratamiento	Frecuencia (%)
SI	69 (45,70 %)
NO	82 (54,30 %)

1.9. Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).

1.9.1. Estudio del GHQ-total.

El rango de puntuaciones obtenidas se encontró entre 0 y 28. La puntuación media fue de 10,5 ($SD = 7,35$). El percentil 25 se establece en los 5 puntos, el 50 en los 9 y el percentil 75 en los 16 puntos. Las puntuaciones que se presentan con más frecuencia (modas) son los valores 7 y 8 con 11 casos cada uno. El segundo valor en

frecuencia lo es la puntuación 0 con 10 casos. Destacamos estos datos porque los valores más frecuentes de esta variable corresponden a los niveles de salud general aceptable o no patológico.

El punto de corte en el que se considera como resultado patológico es 17 puntos, lo que viene a coincidir con el percentil 75 de nuestra muestra.

Estudio de frecuencias de GHQ-28. (Véase tabla 29).

Tabla 29. Resultados del GHQ-28 por puntuaciones.

Puntuación	Frecuencia (%)	Porcentaje acumulado
0	10 (6,62 %)	6,62
1	7 (4,64 %)	11,26
2	3 (1,99 %)	13,25
3	7 (4,64 %)	17,88
4	8 (5,30 %)	23,18
5	8 (5,30 %)	28,48
6	8 (5,30 %)	33,77
7	11 (7,28 %)	41,06
8	11 (7,28 %)	48,34
9	5 (3,31 %)	51,66
10	6 (3,97 %)	55,63
11	7 (4,64 %)	60,26
12	8 (5,30 %)	65,56
13	4 (2,65 %)	68,21
14	3 (1,99 %)	70,20
15	4 (2,65 %)	72,85
16	5 (3,31 %)	76,16
17	4 (2,65 %)	78,81
18	7 (4,64 %)	83,44
19	4 (2,65 %)	86,09
20	3 (1,99 %)	88,08
21	5 (3,31 %)	91,39
22	1 (0,66 %)	92,05
23	1 (0,66 %)	92,72
24	5 (3,31 %)	96,03
25	1 (0,66 %)	96,69
26	2 (1,32 %)	98,01
27	3 (1,99 %)	100,00

Estudio de frecuencias agrupadas de GHQ-28 según el nivel de salud general.

Se observa en la tabla 30 y en gráfico 23 que los resultados de nuestro estudio mostraron que 36 mujeres, un 23,84 % de la muestra, presentaban un deterioro franco de su nivel de salud general al momento de la exploración y por tanto serían tributarias de tratamiento médico.

Si bien, en 73 mujeres (48,34 %) su nivel de salud general es aceptable, observamos que existe un grupo muy importante de mujeres, el 27,81%, que presentan un deterioro moderado de su bienestar psico-físico que obliga a personalizar cada caso para decidir la prescripción de tratamiento. Si unimos las mujeres que presentan un deterioro moderado a las de claro componente patológico, obtenemos que la mayoría de las mujeres estudiadas (78 casos; 51,65 %) ven afectado su nivel de salud y bienestar psicofísico cuando se exponen a la experiencia agresiva que supone el maltrato por parte de su pareja.

Tabla 30. Percepción del nivel salud general mediante el GHQ-28.

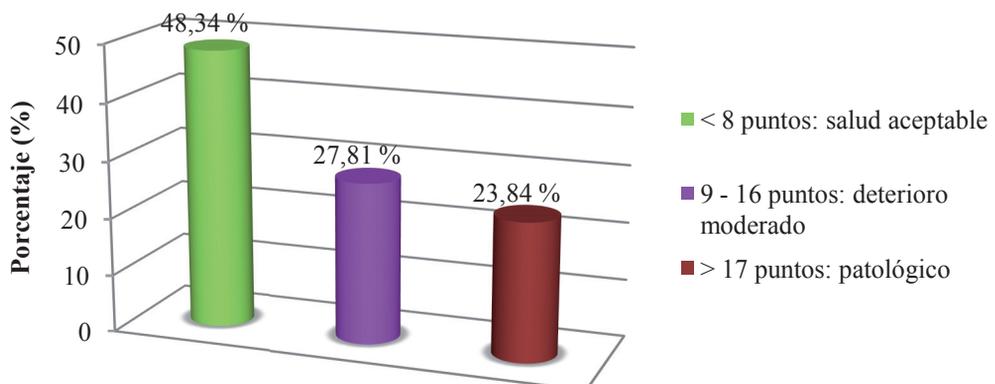
Nivel de salud general	Rango de puntuación	Frecuencia (%)
Salud aceptable	≤ 8	73 (48,34 %)
Deterioro moderado	9 – 16	42 (27,81 %)
- Patológico – considerar tratamiento	≥ 17	36 (23,84 %)

(N=151)

Se agruparon las frecuencias atendiendo a un nivel de salud aceptable (≤ 8 puntos), deterioro moderado de la salud (9-16 puntos); o estado de salud patológico (≥ 17 puntos).

De las 151 mujeres estudiadas, 36 de ellas necesitaron tratamiento farmacológico

Gráfico 23: Percepción del nivel de salud general a través del GHQ-28.



1.9.2. Estudio de las subescalas del GHQ-28.

En todas las subescalas, las puntuaciones estuvieron entre 0 y 7. Las puntuaciones agrupadas por frecuencias se muestran en las tablas 31 y 32.

1.9.2.1. Subescala GHQ-A. (Síntomas somáticos de origen psíquico).

La puntuación media ha sido de 3,1 ($SD = 2,22$). El 29,80 % de las mujeres estarían en el nivel considerado como “caso con necesidad de tratamiento especializado” (caso psiquiátrico) y si incluimos a las que han puntuado 3 y 4, indicativo de un nivel moderado de ansiedad serían el 56,96 % de la mujeres las que entrarían en este grupo en el que los síntomas ansiosos merecen atención (véase gráfico 23 y 24).

1.9.2.2. Subescala GHQ-B. (Ansiedad y trastornos del sueño).

La puntuación media ha sido de 3,5 ($SD = 2,15$). El 31,13 % de las mujeres estarían en el nivel considerado como “caso con necesidad de tratamiento especializado” (caso psiquiátrico) y si incluimos a las que han puntuado 3 y 4, indicativo de un nivel moderado de ansiedad, serían el 68,88 % de la mujeres las que entrarían en este grupo en el que los síntomas ansiosos merecen atención (véase gráfico 23 y 24).

Estos resultados en las subescalas de ansiedad y síntomas somáticos son indicativos de que el daño psíquico que padecen estas mujeres es muy importante y en gran número necesitan tratamiento médico con fármacos ansiolíticos e hipnóticos.

1.9.2.3. Subescala GHQ-C. (Adaptación socio laboral).

La puntuación media ha sido de 1,8 ($SD = 1,95$). Sólo el 10,60 % de las mujeres estarían en el nivel considerado como merecedoras de atención y apoyo psico-social. Se aprecia además que estarían en niveles adecuados de adaptación socio-laboral el 89,40 % de las mujeres. Por consiguiente, aunque las mujeres víctimas de malos tratos padecen un nivel importante de ansiedad y de síntomas psico-somáticos ligados al estrés emocional que sufren, siguen realizando sus trabajos y tareas con un buen rendimiento y se encuentran reconocidas y apoyadas socialmente (véase gráfico 23 y 24).

1.9.2.4. Subescala GHQ-D. (Síntomas depresivos graves).

La puntuación media ha sido de 2,4 ($SD = 2,38$). Encontramos que el 77,49 % de las mujeres tendría un nivel leve o de ausencia de depresión, mientras que el 22,51 % restante entraría en el criterio de “caso psiquiátrico” o de paciente que necesitaría tratamiento antidepresivo. Aunque su número es menor que el de mujeres que padecen ansiedad, trastornos del sueño y síntomas somáticos, es destacable que son un 22,51 % y que la depresión supone un riesgo suicida y un importante cuadro psíquico y de deterioro de la salud mental (véase gráfico 23 y 24).

Estudio de frecuencias agrupadas por subescalas.

En 142 ocasiones, las puntuaciones fueron iguales o superiores a los 5 puntos en alguna de las 4 subescalas del GHQ-28 como expresión de malestar psíquico clínicamente significativo. Las respuestas en frecuencia y porcentaje se muestran en la tabla 31.

Tabla 31: Resultados según subescalas de GHQ-28.

Puntuación	GHQ - A Síntomas somáticos	GHQ - B Ansiedad	GHQ - C Adaptación	GHQ - D depresión
0	23 (15,23 %)	18 (11,92 %)	51 (33,77 %)	45 (29,80 %)
1	21 (13,91 %)	14 (9,27 %)	42 (27,81 %)	25 (16,56 %)
2	21 (13,91 %)	15 (9,93 %)	13 (8,61 %)	24 (15,89 %)
3	20 (13,25 %)	25 (16,56 %)	13 (8,61 %)	10 (6,62 %)
4	21 (13,91 %)	32 (21,19 %)	16 (10,60 %)	13 (8,61 %)
5	20 (13,25 %)	15 (9,93 %)	5 (3,31 %)	11 (7,28 %)
6	11 (7,28 %)	16 (10,60 %)	7 (4,64 %)	9 (5,96 %)
7	14 (9,27 %)	16 (10,60 %)	4 (2,65 %)	14 (9,27 %)

92 mujeres (64,79%) con malestar psíquico experimentaron ansiedad y síntomas somáticos.

16 mujeres (11,27%) con malestar psíquico mostraron desadaptación.

34 mujeres (23,94%) con malestar psíquico presentaron síntomas depresivos.

Por subescalas, la distribución de los casos según las puntuaciones fueran normales o patológicos se presenta en la tabla 32.

Tabla 32. GHQ patológico según subescalas.

Subescalas	Normal	Patológico
	1-4 puntos	≥ 5 puntos
GHQ - A	106 (70,20 %)	45 (29,80 %)
GHQ - B	104 (68,87 %)	47 (31,13 %)
GHQ - C	135 (89,40 %)	16 (10,60 %)
GHQ - D	127 (77,48 %)	34 (22,52 %)

A continuación trasladamos los resultados a unos graficos (23 y 24) en los que comparamos las mujeres con puntuación normal y patológica.

Gráfico 23: Comparativa de porcentajes normales y patológicos según subescalas del GHQ-28.

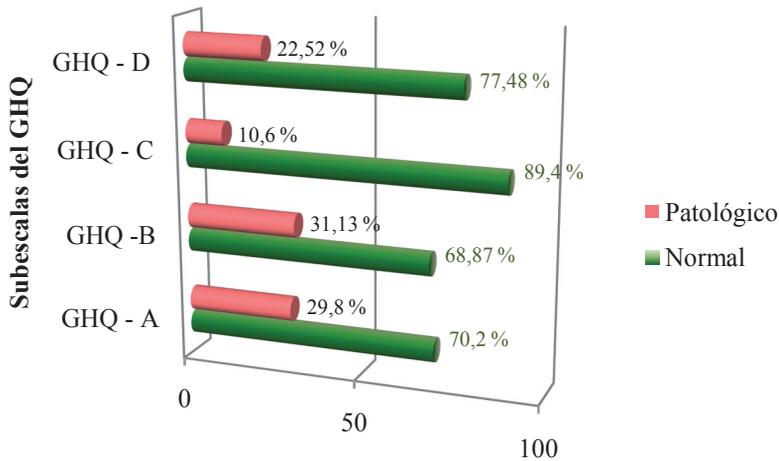
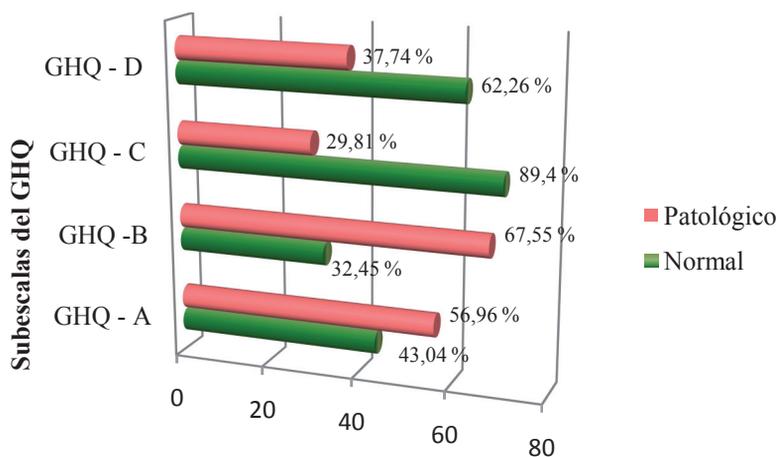


Gráfico 24: Comparativa en la distribución de las puntuaciones del GHQ-28, cuando se agrupan las frecuencias en niveles de afectación moderados y francamente patológicos.



1.10. Inventario de ansiedad-estado de Spielberger (STAI-*Estado*).

El rango de puntuaciones obtenidas se encontró entre 2 y 54. La puntuación media ofrecida por las mujeres estudiadas ha sido de 32,1 con una desviación típica de 13,75. El percentil 25 se establece en los 23 puntos, el 50 en los 32 y el percentil 75 en los 42 puntos, como valor de corte en nuestra muestra de mujeres exploradas que fueron víctimas de malos tratos.

Si comparamos el valor de las cifras del percentil 75 establecido para considerar el punto de corte crítico poblacional (31 puntos) con el valor obtenido para nuestra muestra (42 puntos), comprobamos que la puntuación de las mujeres que hemos explorado en este valor para la condición emocional transitoria superan en 11 puntos a las del conjunto de la población general.

En los resultados recogidos en la tabla 33 se observa que las mujeres que puntuaron por encima del percentil 75 fueron 63 (53,85%) frente a percentiles menores, 51 (46,15 %).

Tabla 33. STAI-*Estado* en relación al percentil 75

Percentil	Puntuación	Frecuencia (%)
P < 75	≤ 30 puntos	51 (46,15 %)
P > 75	≥ 31 puntos	63 (53,85 %)

Perdidos: 34

En la tabla 34, se comprueba que un 20,51% de las mujeres presentaban puntuaciones por debajo del percentil 50, indicativo de bajos niveles de ansiedad. La distribución agrupada por frecuencias muestra que el grupo más numeroso, con 40 casos (34,19 %), lo constituían las mujeres que se encontraban entre el percentil 85 y 99, indicativo de un malestar clínicamente significativo con un desajuste emocional grave en respuesta a la agresión (sufrimiento vital, trastornos por stress, crisis de angustia, trastornos por ansiedad con síntomas somáticos, conductas fóbicas y de evitación, trastornos de la conducta alimentaria, aumento del riesgo de depresión asociada, etc.).

Tabla 34. Puntuaciones del *STAI-Estado* por percentiles.

Percentil	Puntuación directa	Frecuencia (%)
< P 50	≤ 20	24 (20,51 %)
P 50 - 75	21 - 31	27 (23,08 %)
P 75 - 85	31 - 37	26 (22,22 %)
P 85 - 99	38 - 54	40 (34,19 %)
P > 99	≥ 55	0 (0 %)

Perdidos: 34

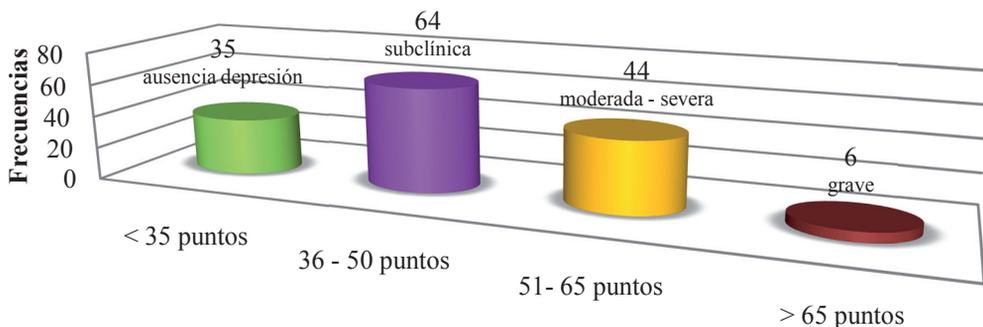
1.11. Escala de depresión de Zung.

La puntuación máxima en esta escala es de 80 puntos. La puntuación media fue de 44,9 ($SD = 11,38$) y un rango de puntuaciones entre 22 y 75. Las frecuencias de las puntuaciones se muestran en el gráfico 25 y el análisis que nos merecen es el siguiente:

- El 23,49 % (35 casos) de la muestra ha ofrecido **puntuaciones de 35 o menos**, lo que se considera como ausencia de depresión.

- **Entre 41 y 50 puntos**, depresión subclínica, se encuentran el 42,95 % de las mujeres exploradas (64 casos).

- **En niveles de depresión moderada-severa** (51-65 puntos) puntuaron el 29,53% de las mujeres (44 casos) **y con más de 65 puntos**, como reflejo de un estado de depresión grave que podría precisar hospitalización y supone un alto grado de suicidio, se encontrarían el 4,07% (6 casos).

Gráfico 25: Distribución de frecuencias del cuestionario de depresión de Zung.

Perdidos: 2

	< 35 puntos	36 - 50 puntos	51 - 65 puntos	> 65 puntos
■ Puntuaciones obtenidas:	35	64	44	6

2. Análisis Estadístico Bivariante.

2.1. Prescripción de medicación de tipo psiquiátrico.

2.1.1. Asociación entre la prescripción de tratamiento farmacológico con la edad y los rasgos de personalidad de la víctima.

Como se muestra en la tabla 25, encontramos una relación significativa entre la edad y los factores del 16PF: C (estabilidad emocional), F (impulsividad), O (aprensión), Q2 (conservadurismo) y Q3 (autoestima) y la prescripción de tratamiento farmacológico. La media de las mujeres que no toman tratamiento no fue significativamente diferente para el resto de factores de la personalidad.

Tabla 35. Asociación de tratamiento médico con la edad y la personalidad de la mujer.

Variables		Tratamiento médico						
		NO			SI			p
		n	x	s	n	x	s	
	Edad	82	35.9	9.11	69	41.8	11.48	0.008
	DM	82	5.5	2.20	66	4.9	2.06	0.125
A	Afectividad	82	4.6	2.11	69	4.2	1.97	0.196
C	Estabilidad emocional	82	4.9	2.03	69	3.4	1.87	<0.001
E	Sumisión / dominancia	82	4.8	2.13	69	4.4	2.06	0.248
F	Impulsividad	82	5.1	1.91	69	4.1	1.85	<0.001
G	Fuerza del Yo	82	5.5	2.43	69	5.7	1.98	0.514
H	Timidez	82	4.7	1.83	69	4.3	1.90	0.248
I	Afectación sentimientos	82	6.2	2.02	69	6.5	1.78	0.367
L	Susplicacia	82	6.8	1.88	69	6.4	1.91	0.241
M	Imaginación	82	5.5	1.86	69	5.5	1.84	0.810
N	Astucia	82	6.1	2.09	69	6.3	2.25	0.647
O	Aprensión	82	6.3	1.95	69	7.3	1.78	0.001
Q1	conservadurismo	82	5.4	1.85	69	5.4	2.30	0.647
Q2	Independencia	82	6.5	1.68	69	7.3	1.85	0.007
Q3	Autoestima	82	5.3	2.14	69	4.5	1.79	0.017
Q4	Tendencia a la ansiedad	82	5.3	2.32	69	5.9	1.92	0.103

Los resultados muestran que las mujeres que toman tratamiento tienen una media de edad de 5.9 años superior que las que no lo toman. La media para las mujeres que no toman tratamiento fue 35.9 años y de 41.8 años para las que si necesitaron medicación.

Respecto a las mujeres que no necesitaron tratamiento, se observa que tienen una media de puntuación en estabilidad emocional (factor C; 1,5 puntos más),

impulsividad (factor F; 1 punto más) y autoestima (Q3; 0.8 puntos más) significativamente superior a la media de las puntuaciones que las mujeres que tomaron medicación.

También resulta que *las mujeres a las que SÍ se les prescribió tratamiento* alcanzan una media de puntuación mayor en cuanto a tener un carácter aprensivo y turbable (1 punto más) y una conducta independiente (0,8 puntos más) respecto a las que no toman tratamiento.

Estos resultados muestran que las mujeres que no toman tratamiento son más jóvenes (media de 35.9 años) y tienen mayor nivel de estabilidad emocional, mejor autoestima y se muestran más decididas.

En razón a los resultados de la Odd Ratio (OR), observamos que:

Por cada año de edad que tiene la víctima, el riesgo de que se le prescriba tratamiento médico es 1,069 mayor ($p=0.001$).

Por cada punto que se disminuye la estabilidad emocional (C), el riesgo de que se le prescriba tratamiento médico es 0.680 puntos mayor ($p<0.001$).

Por cada punto que disminuye la autoestima (Q3), el riesgo de que se le prescriba tratamiento médico es 0.820 puntos mayor ($p=0.021$).

Por cada punto que disminuye la impulsividad (F), el riesgo de que se prescriba tratamiento se incrementa en 0.736 puntos ($p=0.001$).

Al contrario, por cada punto que aumenta la aprensión (O) y el carácter independiente (Q2) de la mujer, el riesgo se incrementa respectivamente en 1.334 puntos ($p=0.002$) y en 0.820 puntos ($p=0.002$).

Atendiendo al agrupamiento realizado de los factores del 16PF en la variable categórica “factores asociados”, se observa que existe una relación estadísticamente significativa con la prescripción de tratamiento médico. Los resultados se muestran en la tabla 36.

Tabla 36. Relación entre la variable “factores asociados” y la prescripción de tratamiento.

Factores asociados	Tratamiento médico				
	NO		SÍ		<i>p</i>
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
MEE	46	63.89	26	36.11	0.033
MEI	36	45.57	43	54.43	

Queremos destacar que:

- Las mujeres a las que se le prescribió tratamiento farmacológico fueron 69 (45,70%) frente a las 82 (54.30%) que no necesitaron medicación.

- Las MEE sólo necesitaron medicación en un 36.11 % de los casos. Mientras que el 63.89 % de estas mujeres afrontaron la violencia sin necesidad de tratamiento.

- En el grupo MEI, el 54.43 % necesitó tratamiento médico con ansiolíticos y/o antidepresivos, frente al 45.57 % a las que no le fue prescrito.

- Por otro lado, también encontramos que las mujeres del grupo MEI tienen una probabilidad mayor (54,43%) de que se le prescriba tratamiento médico que el grupo MEE (36,11%) porque estas mujeres tienen puntuaciones más altas en GHQ-28, STAI y ZUNG; por tanto, expresan mayor ansiedad, se encuentran más deprimidas y tienen un menor rendimiento personal y profesional.

2.1.2. Asociación entre la prescripción de tratamiento médico con las variables relacionales y dependientes del maltrato.

Este estudio bivalente consiente en comparar los resultados las categorías en las que hemos diferenciado las variables relacionadas con el maltrato con la prescripción de tratamiento médico.

Tabla 37: Asociación entre las variables relacionadas con el maltrato y la prescripción de tratamiento médico.

Variables	Tratamiento médico				<i>p</i>
	NO		SÍ		
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	
Relación con el agresor					
Estable	61	51.69	57	48.31	0.386
Transitoria	13	59.09	9	40.91	
Otros	8	72.73	3	27.37	
Tipo de violencia					
Psíquica	21	67.74	10	32.26	0.108
Compleja	61	50.83	59	49.17	
Duración de la violencia					
<6 meses	29	67,44	14	32.56	0.049
>6 meses	53	49.07	55	50.93	
Frecuencia de las agresiones					0.591
No habitual	25	58.14	18	41.86	0.591
Habitual	57	52.78	51	47.22	

Como se muestra en la tabla 37, únicamente encontramos relación estadística entre la duración de la violencia y la necesidad de tratamiento médico. Respecto a esta variable, se observan tres datos de interés:

- 1º) El número de mujeres que soporta la violencia durante mucho tiempo es mayor (108 casos; 71,52%) que las que tardan en denunciar menos de seis meses (43 casos; 28.48%).
- 2º) Cuando la violencia se ejerce durante menos de 6 meses, el tratamiento necesita prescribirse solamente en el 32.56% de los casos. El 67.44% de las mujeres no precisan medicación.
- 3º) Sin embargo, cuando las mujeres soportan mucho tiempo la violencia, la necesidad de medicación se incrementa en casi un 20%, pasando del 32.56% cuando es “<6 meses” a un 50.93% cuando es “>6 meses”.

2.1.3. Asociación entre la prescripción de tratamiento médico con los demás indicadores del daño psíquico.

Como se muestra en la tabla 38, encontramos una relación significativa entre la prescripción de tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos a la víctima con el resto de indicadores de daño psíquico que miden ansiedad, depresión y adaptación socio-laboral.

Tabla 38. Asociación del tratamiento médico con los test indicadores de daño psíquico.

Variables	Tratamiento médico						p
	NO			SI			
	n	x	s	n	x	s	
GHQ – A	82	2.4	2.00	69	4.0	2.19	<0.001
GHQ – B	82	2.9	2.09	69	4.2	2.03	0.002
GHQ – C	82	1.3	1.75	69	2.3	2.07	0.004
GHQ – D	82	1.6	2.12	69	3.4	2.32	<0.001
GHQ – T	82	8.3	6.69	69	13.2	7.24	<0.001
Zung - depresión	80	40.9	10.67	69	49.6	10.44	<0.001
STAI-Estado	62	27.5	12.26	55	37.2	13.63	0.001
STAI-Rasgo	61	27.3	12.23	53	39.44	12.58	0.003

Se comprueba que las mujeres que necesitaron tratamiento tenían una media de puntuaciones mayores en las subescalas del *Cuestionario de Salud General de Goldberg* que a las que no les fue prescrito: GHQ A (1,6 puntos más), GHQ B (1,3 puntos más), GHQ C (1 punto más), GHQ D (1,8 puntos más) y GHQ-T (4,9 puntos más).

Para la exploración realizada a través de la *escala de depresión de ZUNG*, se observó que la media de las puntuaciones en este cuestionario fueron superiores en las mujeres a las que se les prescribió tratamiento psicofarmacológico respecto a la que no le fueron prescrito, con una diferencia de 8,7 puntos y una significación estadística muy alta ($p < 0.001$).

Respecto a la evaluación realizada mediante el *inventario de ansiedad- estado/ ansiedad-rasgo de Spielberger (STAI)*, los resultados mostraron que la media de las puntuaciones en los inventarios *STAI-Estado* y *STAI-Rasgo* fueron significativamente superiores en las mujeres a la que se les había prescrito tratamiento farmacológico

que a las que no. La diferencia observada entre las medias fue de 9.7 puntos más para el *STAI-Estado* y de 12,14 puntos más en el caso del *STAI-Rasgo*.

Las puntuaciones de GHQ-28, STAI y ZUNG resumirían los efectos de la personalidad y el maltrato para predecir la posibilidad de que la mujer necesite medicación una vez expuesta a la experiencia agresiva.

¿Qué variables se asocian con la necesidad de tratamiento médico?

La diferencia observada en las puntuaciones nos permitiría considerar la **estabilidad emocional** (estudiada como rasgo y como “factores asociados”) y la **duración de la violencia** como elementos predictivos a la hora prescribir tratamiento.

Otros rasgos de la personalidad que influyen negativamente en la prescripción de medicación son puntuaciones altas en impulsividad, aprensión e independencia y baja autoestima.

Existe también una relación estadística significativa muy alta entre los incrementos de las puntuaciones del GHQ, ZUNG y STAI con la toma de medicación de tipo psiquiátrico.

2.2. Test que evalúan el daño psíquico.

Con este estudio estadístico bivalente pretendemos conocer la relación que existe entre las variables epidemiológicas y de personalidad con las puntuaciones de los test GHQ, ZUNG y STAI. Dicho de otra forma, la influencia que ejercen las variables dependientes del maltrato y la personalidad de la mujer víctima sobre los indicadores que miden el daño psíquico.

2.2.1. Correlaciones de las variables independientes con el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).

Los resultados de la correlación de las variables epidemiológicas y la personalidad de la víctima con el GHQ-28 se recogen en la tabla 39.

Tabla 39. Resultados del efecto ajustado del modelo estadístico 1 (personalidad agrupada) sobre el resultado Test de salud general de Golberg (GHQ-28)

Variable	Referencia	Riesgo	GHQ A			GHQ B			GHQ C			GHQ D			GHQ Total		
			b	ee (b)	p	b	ee (b)	p									
Edad			0.017	0.017	0.330	0.119	0.165	0.471	0.003	0.015	0.815	0.020	0.018	0.267	0.064	0.056	0.258
DM			-0.351	0.079	<0.001	-0.266	0.788	0.001	-0.294	0.710	<0.001	-0.287	0.086	0.001	-1.157	0.262	<0.001
A_Afectv			-0.232	0.087	<0.001	-0.254	0.833	0.003	-0.203	0.076	0.008	-0.331	0.091	<0.001	-0.973	0.282	0.001
C_est_emoc			-0.541	0.075	<0.001	-0.590	0.069	<0.001	-0.363	0.071	<0.001	-0.574	0.081	<0.001	-2.062	0.234	<0.001
E_sum_dom			-0.264	0.084	0.002	-0.275	0.807	0.001	-0.125	0.075	0.098	-0.155	0.917	0.093	-0.762	0.279	0.007
F_entusias			-0.256	0.091	0.006	-0.279	0.088	0.002	-0.134	0.081	0.102	0.186	0.099	0.062	-0.782	0.303	0.011
G_Fuerz Yo			0.056	0.082	0.492	0.094	0.078	0.231	0.025	0.072	0.723	0.060	0.87	0.495	0.236	0.269	0.382
H_timidez			-0.023	0.096	0.021	-0.385	0.890	<0.001	-0.184	0.084	0.031	-0.246	0.102	0.018	-1.044	0.311	0.001
I_afec_senfim			-0.113	0.095	0.324	-0.085	0.092	0.353	-0.102	0.083	0.221	-0.061	0.101	0.550	-0.268	0.314	0.394
L_suspiciacia			0.193	0.094	0.043	0.124	0.092	0.179	0.149	0.083	0.075	0.195	0.101	0.056	0.669	0.312	0.034
M_imaginac			-0.086	0.098	0.379	-0.062	0.095	0.516	0.047	0.086	0.590	-0.055	0.105	0.600	-0.179	0.326	0.583
N_astucia			0.221	0.082	0.008	0.224	0.079	0.006	0.175	0.073	0.017	0.205	0.088	0.022	0.925	0.268	0.001
O_turbable			0.321	0.090	0.001	0.444	0.083	<0.001	0.222	0.081	0.007	0.362	0.096	<0.001	1.274	0.292	<0.001
Q1_conserv			-0.145	0.088	0.607	-0.094	0.085	0.271	-0.059	0.077	0.446	-0.076	0.094	0.418	-0.295	0.290	0.311
Q2_independ			0.165	0.101	0.103	0.264	0.095	0.006	0.142	0.088	0.111	0.307	0.105	0.004	0.826	0.328	0.013
Q3_autoestm			-0.344	0.086	<0.001	-0.315	0.083	<0.001	-0.287	0.757	<0.001	-0.407	0.091	<0.001	-1.1351	0.277	<0.001
Q4_ansiedad			0.233	0.082	<0.001	0.363	0.761	<0.001	0.230	0.071	0.002	0.308	0.087	0.001	1.134	0.263	<0.001
STAI_Estado			0.099	0.012	<0.001	0.102	0.011	<0.001	0.082	0.012	<0.001	0.101	0.013	<0.001	0.365	0.037	<0.001
STAI_Rasgo			0.106	0.013	<0.001	0.104	0.012	<0.001	0.093	0.013	<0.001	0.119	0.014	<0.001	0.406	0.040	<0.001
“factores asociados”	MEE	MEI	1.355	0.346	<0.001	1.651	0.324	<0.001	1.084	0.306	0.001	1.675	0.363	<0.001	5.471	1.115	<0.001
Relación	Estable	Transitoria	0.532	0.518	0.307	0.508	0.499	0.310	0.881	0.450	0.052	0.221	0.554	0.690	2.490	1.704	0.146
Con el agresor		Otros	-0.150	0.703	0.831	-0.673	0.677	0.322	0.199	0.612	0.745	-0.597	0.752	0.428	-0.783	2.313	0.736
Tipo de violencia	Psíquica	Compleja	0.930	0.443	0.038	0.853	0.429	0.049	0.552	0.392	0.161	0.914	0.474	0.056	2.916	1.466	0.049
Duración de la violencia	< 6 meses	> 6 meses	-0.281	0.488	0.566	0.715	0.469	0.129	-0.046	0.429	0.915	0.820	0.517	0.115	1.322	1.611	0.413
Frecuencia de las agresiones	No habitual	Habitual	-0.284	0.506	0.575	-0.182	0.454	0.689	-0.301	0.352	0.394	0.402	0.428	0.349	3.369	1.329	0.782

No encontramos una relación estadística entre la edad, la relación con el agresor y la persistencia de la violencia (duración y frecuencia) con ninguna de las subescalas del GHQ ni con el GHQ-T. Tampoco encontramos relación con los factores G (fuerza del yo), I (afectación por los sentimientos), M (imaginación) y Q1 (conservadurismo/radicalismo) estudiados por el 16PF.

Los factores de la personalidad del 16PF: DM (distorsión motivacional), A (afectividad), C (estabilidad emocional) y H (timidez) y Q3 (autoestima) correlacionan inversamente con todas las subescalas del GHQ y con el GHQ-T. Los factores de personalidad: N (astucia), O (aprensión) y Q4 (ansiedad) lo hacen de una manera directa. Ninguna variable epidemiológica consigue mantener una relación estadísticamente significativa con todas y cada una de las subescalas del GHQ o con el GHQ-T.

Los resultados individualizados los describimos a continuación:

Subescalas GHQ-A y GHQ-B

Las subescalas GHQ-A (síntomas somáticos de origen psíquico) y GHQ-B (ansiedad y trastornos del sueño) comparten las siguientes correlaciones comunes:

Los factores DM (distorsión motivacional), A (afectividad), C (estabilidad emocional), E (sumisión/dominancia), F (impulsividad) y Q (autoestima) guardan una relación inversa con las puntuaciones de ambas subescalas.

Asimismo, los factores N (astucia), O (aprensión), Q4 (tendencia a la ansiedad) del 16PF y las variables tipo de violencia y “factores asociados” mantienen una relación directa con ellas.

Únicamente difieren en que mientras el factor L (susplicacia) guarda una relación directa con las puntuaciones del GHQ-A pero no con las del GHQ-B, el factor Q2 (independencia) guarda una relación directa con el GHQ-B pero no con el GHQ-A.

Subescalas GHQ-C y GHQ-D

Como en las anteriores, las subescalas GHQ-C (adaptación socio-laboral) y GHQ-D (depresión) también comparten correlaciones comunes entre sí.

Así, los factores DM (distorsión motivacional), A (afectividad), C (estabilidad emocional), H (timidez), Q3 (autoestima) del 16PF guardan una relación inversa con las puntuaciones de ambas subescalas.

Los factores N (astucia), O (aprensión), Q4 (tendencia a la ansiedad) del 16PF y las variables tipo de violencia y “factores asociados” mantienen una relación directa con ellas.

Difieren en que el factor Q2 (independencia) únicamente guarda una relación directa con el GHQ-D.

Existen indicios de significación estadística entre el factor F (impulsividad) ($p=0.062$), el factor L (susplicia) ($p=0.056$) y el tipo de violencia ($p=0.056$) con las puntuaciones de la subescala GHQ-D.

GHQ Total

Los factores del 16PF: DM (distorsión motivacional), A (afectividad), C (estabilidad emocional), E (sumisión/dominancia), F (impulsividad), H (timidez), Q3 (autoestima) del 16PF guardan una relación inversa con las puntuaciones del GHQ-T.

Por el contrario, los factores del 16PF: L (susplicia), N (astucia), O (aprensión), Q2 (independencia) y Q4 (tendencia a la ansiedad) mantienen una relación directa con las puntuaciones del GHQ Total. También se observa esta relación con la variable “factores asociados” y el tipo de violencia.

Del estudio bivalente hecho sobre el GHQ-28, como indicador de daño psíquico, podemos concluir:

1) La estabilidad emocional estudiada tanto a través del factor C como asociada a otros factores (“factores asociados”) es la variable que más influye en las puntuaciones del GHQ-28.

Encontramos que a cada punto que disminuye el *factor C (estabilidad emocional)*, aumenta el valor de GHQ-A en 0.541 puntos, GHQ-B en 0.590 puntos, GHQ-C en 0.363 puntos, GHD en 0.574 puntos y GHQ-T en 2.062 puntos. En todos los casos con una significación estadística muy alta ($p < 0.001$). Por tanto, a menor estabilidad emocional mayor será el daño psíquico medido a través del GHQ-28.

De la misma forma, se pone de manifiesto que para la *variable “factores asociados*, la media de las puntuaciones obtenidas por las MEI es 1.355 puntos mayor en GHQ-A, 1.651 puntos en GHQ-B, 1.084 en GHQ-C, 1.675 en GHQ-D y especialmente destacable los 5.471 puntos de media superior para GHQTotal, respecto al grupo MEE.

Este es un estudio que nos permite conocer que las MEI, por un lado, son las que expresan mayor número de síntomas somáticos, mayores niveles de ansiedad y depresión y soportan una mayor desadaptación cuando se exponen al maltrato. Por otro lado, también son las que sufren un mayor deterioro de su estado de salud psicofísica y, soportan mayor sufrimiento y pérdida de bienestar emocional.

2) El tipo de violencia es la variable epidemiológica que tiene más influencia en los incrementos de las puntuaciones del GHQ y por tanto produce mayor deterioro en la salud psico-física de la víctima.

- La correlación pone de manifiesto que la media de las puntuaciones obtenidas en el GHQTotal cuando se produce una agresión compleja es 2.916 puntos mayor que cuando la violencia es sólo psíquica; con una significación estadística muy alta ($p < 0.001$).

- Por subescalas, podemos decir que cuando se produce una agresión compleja la media de las puntuaciones del GHQA (síntomas somáticos de origen psíquico) y del GHQB (ansiedad) es superior en 0.930 puntos y 0.853 puntos, respectivamente, que cuando la violencia es psíquica.

3) Estas variables son las que provocan el mismo efecto cuando medimos el daño psíquico a través del inventario de depresión de ZUNG.

2.2.2. Correlaciones entre STAI y GHQ-28.

Atendiendo a los resultados de la tabla 39, hemos encontrado una relación directa, con una significación estadística muy alta ($p < 0.001$), entre los resultados del STAI-*Estado* y del STAI-*Rasgo* y las puntuaciones del GHQ-28.

Para el *STAI-Estado*, las correlaciones muestran que por cada punto que aumenta *la ansiedad-estado*, aumenta también el GHQ-A en 0.099 puntos, GHQ-B en 0.102 puntos, GHQ-C en 0.082 puntos, GHQ-D en 0.101 puntos y GHQ-T en 0.365 puntos.

Respecto al *STAI-Rasgo*, las correlaciones muestran que por cada punto que aumenta *la ansiedad-rasgo*, aumenta también GHQ-A en 0.106 puntos, GHQ-B en 0.104 puntos, GHQ-C en 0.093, GHQ-D en 0.119 puntos y GHQ-T en 0.406 puntos

2.2.3. Correlaciones entre las variables independientes con la escala de depresión de ZUNG.

Los resultados obtenidos se muestran en la siguiente tabla 40:

Tabla 40: Correlaciones de las variables psicológicas y epidemiológicas con el Zung-depresión

	Referencia	Riesgo	<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>
Edad			0.190	0.086	0.029
DM			-1.990	0.405	<0.001
A_Afectividad			-1.575	0.436	<0.001
C_estab emocional			-3.344	0.361	<0.001
E_sum / dom			-0.977	0.436	0.027
F_impulsividad			-1.451	0.465	0.002
G_Fuerza Yo			-0.254	0.421	0.548
H_timidez			-1.193	0.493	0.017
I_afec sentimientos			-0.366	0.487	0.453
L_suspiciacia			-0.366	0.487	0.453
M_imaginación			-0.462	0.504	0.361
N_astucia			1.542	0.414	<0.001
O_aprensión			2.208	0.464	<0.001
Q1_conservadurismo			-0.785	0.447	0.081
Q2_independencia			1.579	0.506	0.002
Q3_autoestima			-2.419	0.423	<0.001
Q4_ansiedad			1.585	0.417	<0.001
STAI-Estado			0.468	0.061	<0.001
STAI-Rasgo			0.561	0.063	<0.001
“factores asociados”	MEE	MEI	9.655	1.696	<0.001
Relación	Estable	Transitoria	1.758	2.660	0.510
Con el agresor		Otros	1.349	3.609	0.709
Tipo de violencia	Psíquica	Compleja	4.745	2.271	0.038
Duración de la violencia	< 6 meses	> 6 meses	-0.385	2.503	0.878
Frecuencia de las agresiones	No habitual	Habitual	-0.277	2.064	0.894

No encontramos relación estadística entre la relación con el agresor y la persistencia de la violencia (duración y frecuencia) con la escala de depresión de Zung. Tampoco encontramos relación con los factores G (fuerza del yo), I (afectación por los sentimientos), L (suspiciosa), M (imaginación), Q1 (conservadurismo/radicalismo) y Q2 (independencia) estudiados a través del 16PF.

Los factores de la personalidad del 16PF: DM (distorsión motivacional), A (afectividad), C (estabilidad emocional), E (sumisión/dominancia), F (impulsividad), H (timidez) y Q3 (autoestima) correlacionan inversamente con el Zung.

La edad, el tipo de violencia, la variable “factores asociados” y los factores de personalidad del 16PF: N (astucia), O (aprensión) y Q4 (ansiedad) guardan una relación directa con el Zung.

Del estudio bivalente hecho sobre Inventario de depresión de Zung, como indicador de daño psíquico, podemos concluir que:

1) **La estabilidad emocional** estudiada tanto a través del factor C como asociada a otros factores (“factores asociados”) es la variable que más influye en sus puntuaciones.

2) **El tipo de violencia** es la variable epidemiológica que provoca mayores niveles de depresión.

3) Estas variables son las que provocan el mismo efecto cuando medimos el daño psíquico a través de GHQ-28.

Respecto a la estabilidad emocional, encontramos que a cada punto que disminuye el factor C (estabilidad emocional), la puntuación del inventario de depresión de ZUNG aumenta en 3.444 puntos, con una significación estadística muy alta ($p < 0.001$). Por tanto, a menor estabilidad emocional mayor daño psíquico sufrirá la víctima, expresado como depresión.

De la misma forma, se pone de manifiesto que para la variable “factores asociados, la media de las puntuaciones obtenidas en *depresión* por las MEI es 5.471 puntos mayor que en el grupo de las MEE, con una significación estadística muy alta ($p < 0.001$).

Este es un estudio que nos permite conocer que las MEI son las que expresan mayores niveles de depresión.

En cuanto al tipo de violencia, la correlación pone de manifiesto que la media de las puntuaciones obtenidas en ZUNG cuando se produce una agresión compleja es 4.745 puntos mayor que cuando la violencia es sólo psíquica.

2.2.4. Correlaciones de las variables independientes con el Inventario de ansiedad de Spielberger (STAI).

2.2.4.1. Inventario de ansiedad-estado (STAI-Estado).

Los resultados del estudio bivalente para la *ansiedad-estado* se muestran en la tabla 41.

Tabla 41: Relación entre las variables epidemiológicas y psicológicas con *STAI-Estado*.

	Referencia	Riesgo	<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>
Edad			0.346	0.123	0.780
DM			-2.010	0.538	<0.001
A_Afectividad			-1.882	0.596	0.002
C_estab emocional			-4.132	0.550	<0.001
E_sum / dom			-1.916	0.884	0.001
F_impulsividad			-1.449	0.565	0.029
G_Fuerza Yo			0.658	0.572	0.253
H_timidez			-1.836	0.682	0.008
I_afec sentimientos			0.061	0.652	0.926
L_susplicacia			0.933	0.635	0.144
M_imaginación			-1.082	0.677	0.113
N_astucia			1.626	0.555	0.004
O_aprensión			2.521	0.640	<0.001
Q1_conservadurismo			0.351	0.611	0.954
Q2_independencia			1.825	0.737	0.015
Q3_autoestima			-1.512	0.627	0.017
Q4_ansiedad			1.812	0.529	0.002
“factores asociados”	MEE	MEI	10.842	2.368	<0.001
Relación	Estable	Transitoria	6.339	3.383	0.064
Con el agresor		Otros	-0.236	4.779	0.961
Tipo de violencia	Psíquica	Compleja	8.809	3.106	0.005
Duración de la violencia	< 6 meses	> 6 meses	4.013	3.370	0.236
Frecuencia de las agresiones	No habitual	Habitual	1.917	2.760	0.489

No encontramos relación estadística entre la edad, la relación con el agresor y la persistencia de la violencia (duración y frecuencia) con el inventario de *ansiedad-estado*. Tampoco encontramos relación con los factores G (fuerza del yo), I (afectación por los sentimientos), L (suspiciosa), M (imaginación) y Q1 (conservadurismo/radicalismo) estudiados a través del 16PF.

Los factores de la personalidad del 16PF: DM (distorsión motivacional), A (afectividad), C (estabilidad emocional), E (sumisión/dominancia), F (impulsividad), H (timidez) y Q3 (autoestima) correlacionan inversamente con el *STAI-Estado*.

Los factores de personalidad del 16PF: N (astucia), O (aprensión), Q2 (independencia) y Q4 (ansiedad) guardan una relación directa con el *STAI-Estado*. También guardan esta relación el tipo de violencia y la variable “factores asociados”.

Del estudio bivalente hecho sobre el *STAI-Estado*, como indicador de daño psíquico, podemos concluir que:

1) **La estabilidad emocional** estudiada tanto a través del factor C como asociada a otros factores (“factores asociados”) es la variable que más influye en sus puntuaciones.

2) **El tipo de violencia** es la variable epidemiológica que provoca mayores niveles de *ansiedad-estado*.

3) Estas variables son las que provocan el mismo efecto cuando medimos el daño psíquico a través de GHQ-28 y del inventario de depresión de ZUNG.

Respecto a la estabilidad emocional, encontramos que a cada punto que disminuye el factor C (estabilidad emocional), la puntuación de la *ansiedad-estado* aumenta en 4.132 puntos, con una significación estadística muy alta ($p < 0.001$). Por tanto, a menor estabilidad emocional mayor daño psíquico sufrirá la víctima, expresado como ansiedad reaccional o *ansiedad-estado*.

De la misma forma, se pone de manifiesto que para la variable “factores asociados”, la media de las puntuaciones en *ansiedad-estado* obtenidas por las MEI es 10.842 puntos mayor que en el grupo MEE, con una significación muy alta ($p < 0.001$).

Este es un estudio que nos permite conocer que las MEI son las que expresan mayores niveles de *ansiedad-estado* en respuesta al maltrato.

En cuanto al tipo de violencia, la correlación pone de manifiesto que la media de las puntuaciones obtenidas en *STAI-Estado* cuando se produce una agresión compleja es 8.809 puntos mayor que cuando la violencia es sólo psíquica.

2.2.4.2. Inventario de ansiedad-rasgo (*STAI-Rasgo*).

Los resultados del estudio bivalente para la *ansiedad-rasgo* se muestran en la tabla 42:

Tabla 42: Relación entre variables epidemiológicas y psicológicas y *STAI-Rasgo*.

	Referencia	Riesgo	<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>
Edad			0.035	0.119	0.771
DM			-1.931	0.533	<0.001
A_Afectividad			-1.955	0.562	0.001
C_estab emocional			-3.983	0.516	<0.001
E_sum / dom			-1.704	0.546	0.002
F_impulsividad			-1.689	0.616	0.007
G_Fuerza Yo			0.594	0.553	0.285
H_timidez			-1.390	0.647	0.034
I_afec sentimientos			0.000	0.620	1.000
L_suspiciacia			1.024	0.597	0.089
M_imaginación			-1.114	0.622	0.071
N_astucia			1.908	0.516	<0.001
O_aprensión			2.898	0.606	<0.001
Q1_conservadurismo			-0.155	0.566	0.785
Q2_independencia			1.731	0.696	0.014
Q3_autoestima			-1.843	0.586	0.002
Q4_ansiedad			2.218	0.517	<0.001
“factores asociados”	MEE	MEI	12.341	2.132	<0.001
Relación	Estable	Transitoria	5.622	3.244	0.086
Con el agresor		Otros	2.903	4.483	0.519
Tipo de violencia	Psíquica	Compleja	7.828	2.923	0.009
Duración de la violencia	< 6 meses	> 6 meses	1.158	3.245	0.722
Frecuencia de las agresiones	No habitual	Habitual	2.455	2.593	0.346

No encontramos relación estadística entre la edad, la relación con el agresor y la la persistencia (duración y frecuencia) de las agresiones con el inventario de *ansiedad-rasgo*. Como ocurre con *STAI-Estado*, tampoco encontramos relación con los factores , G (fuerza del yo), I (afectación por los sentimientos), L (suspiciacia), M (imaginación) y Q1 (conservadurismo/radicalismo) estudiados a través del 16PF.

Los factores de la personalidad del 16PF: DM (distorsión motivacional), A (afectividad), C (estabilidad emocional), E (sumisión/dominancia), F (impulsividad), H (timidez) y Q3 (autoestima) correlacionan inversamente con el *STAI-Rasgo*.

Los factores de personalidad del 16PF: N (astucia), O (aprensión), Q2 (independencia) y Q4 (ansiedad) guardan una relación directa con el *STAI-Rasgo*. También guardan esta relación el tipo de violencia y la variable “factores asociados”.

Del estudio bivalente hecho sobre el *STAI-Rasgo*, como predictor a experimentar ansiedad ante conflictos o estresores podemos concluir que:

1) **La estabilidad emocional** estudiada tanto a través del factor C como asociada a otros factores (“factores asociados”) es la variable que más influye en sus puntuaciones.

2) **El tipo de violencia** es la variable epidemiológica que se relaciona con mayores niveles de *ansiedad-rasgo*.

3) Estas variables son las que provocan el mismo efecto cuando medimos los niveles de ansiedad, depresión y salud general mediante ZUNG y STAI-E y GHQ-28.

Respecto a la estabilidad emocional, encontramos que a cada punto que disminuye el factor C (estabilidad emocional), la puntuación de la *ansiedad-rasgo* aumenta en 3.983 puntos, con una significación estadística muy alta ($p < 0.001$). Por tanto, a menor estabilidad emocional, mayores serán los niveles de *ansiedad-rasgo* que experimente la mujer.

De la misma forma, se pone de manifiesto que para la variable “factores asociados”, la media de las puntuaciones obtenidas en *ansiedad-rasgo* por las MEI es 12.341 puntos mayor que en el grupo de MEE, con una significación estadística muy alta ($p < 0.001$).

Este es un estudio que nos permite conocer que las MEI son las que muestran mayores niveles de *ansiedad-rasgo*.

En cuanto al tipo de violencia, se observa que la media de las puntuaciones obtenidas en *ansiedad-rasgo* cuando se produce una agresión compleja es 12.341 puntos mayor que cuando la violencia es sólo psíquica.

3. Análisis Estadístico Multivariante.

Por la complejidad del tratamiento estadístico y aunque ya ha quedado explicado en el apartado de material y métodos, recordamos que el análisis multivariante lo hemos dividido en dos estudios o apartados según las comparaciones establecidas.

En primer lugar consideramos las variables epidemiológicas y de la personalidad de la víctima midiendo el daño psíquico únicamente a través de los resultados del STAI.

En segundo lugar consideramos las variables epidemiológicas y de la personalidad de la víctima midiendo el daño psíquico mediante los resultados del STAI, del GHQ y del Zung de depresión

Los dos estudios se dividen, a su vez, en dos modelos de análisis comparativo según se tuviera en cuenta la forma de explorar la personalidad:

- 1) Modelo estadístico M1 o de factores asociados.
- 2) Modelo estadístico M2 o de rasgos de la personalidad.

3.1. Resultados del primer estudio multivariante.

Los resultados de asociar las variables epidemiológicas y de personalidad con las puntuaciones obtenidas en el STAI, los diferenciamos en los dos indicadores de este cuestionario la *ansiedad-estado* y la *ansiedad-rasgo*.

3.1.1. Ansiedad-estado / STAI- Estado. (Indicador de daño psíquico).

Los resultados se presentan en las tablas 43 y 44.

Tabla 43. Resultados del efecto ajustado de los modelos estadísticos 1 (personalidad agrupada) y 2 (personalidad factorial) sobre el resultado del inventario de ansiedad *STAI-Estado*.

Variable	Referencia	Riesgo	Modelo 1			Modelo 2		
			<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>
Edad			0.151	0.113	0.185	0.046	0.115	0.693
DM			-1.055	0.579	0.072	-0.844	0.623	0.179
A_Afectividad						-0.673	0.592	0.259
C_estab emocional						-2.508	0.767	0.002
E_sum / dom						-1.173	0.630	0.066
F_impulsividad						0.490	0.665	0.463
G_Fuerza Yo						0.512	0.493	0.302
H_timidez						0.073	0.696	0.916
I_afec sentimientos						0.238	0.561	0.673
L_suspiciacia						-0.483	0.662	0.467
M_imaginación						-0.329	0.555	0.554
N_astucia						0.171	0.511	0.739
O_aprensión						0.960	0.660	0.149
Q1_conservadurismo						0.442	0.504	0.382
Q2_independencia						-0.017	0.689	0.981
Q3_autoestima						-0.169	0.560	0.779
Q4_ansiedad						0.608	0.579	0.297
“factores asociados”	MEE	MEI	8.236	2.429	0.001	----	----	----
Relación Con el agresor	Estable	Transitoria	6.748	3.182	0.036	3.899	3.203	0.227
		Otros	0.903	4.260	0.832	0.927	4.022	0.818
Tipo de violencia	Psíquica	Compleja	6.870	2.644	0.011	1.824	2.711	0.503
Duración de la violencia	< 6 meses	> 6 meses	3.642	3.867	0.348	4.439	3.821	0.248
Frecuencia de las agresiones	No habitual	Habitual	0.372	2.994	0.901	-1.173	3.019	0.699

Tabla 44. Resultados significativos en el primer estudio multivariante para *STAI-Estado*.

Modelo	Variable	Referencia	Riesgo	<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>
M1 - agrupado	Factores asociados	MEE	MEI	8.236	2.429	0.001
	Relación con el agresor	Estable	Transitoria	6.748	3.182	0.036
	Tipo de violencia	Psíquica	Compleja	6.870	2.644	0.011
M2 - factorial	Factor C			-2.508	0.767	0.002

- **Respecto al estudio de la personalidad de la mujer**, cuando se explora de forma factorial a través del 16PF, encontramos que el rasgo de la personalidad que influye en los efectos del maltrato medidos mediante el *STAI-Estado* es la *estabilidad emocional del la mujer* (factor C). Este rasgo tiene tanto peso que por sí sólo y de forma exclusiva explica el incremento de los niveles de ansiedad ante el maltrato, con independencia de otras variables implicadas en el hecho.

De manera que a cada punto que disminuye el factor C (estabilidad emocional), aumenta la puntuación del *STAI-Estado* en 2.508 puntos.

Esta afirmación se corresponde con la situación contraria, es decir, cuando la víctima se caracteriza por un factor C de estabilidad emocional alto, expresa niveles muy bajos de ansiedad frente al maltrato.

En referencia a la *variable “factores asociados”*, un perfil de personalidad de la mujer dentro del grupo MEI presenta una media de puntuaciones más altas en respuesta al maltrato. Estas mujeres sufren un mayor daño psíquico cuando se exponen a una experiencia agresiva.

De manera que para las MEI, la media de las puntuaciones obtenidas en el *ansiedad-estado* es de 8.236 puntos mayor que las MEE.

- En cuanto a la **duración de la relación de la mujer con el agresor** encontramos que la relación temporal, no duradera o de corta duración, en comparación con una relación estable o matrimonial, de mayor duración, añade más riesgo de experimentar ansiedad (variable predictiva) e incrementa en mayor medida estos niveles (variable lesiva).

De manera que respecto a la duración de la relación y comparando lo que supone una relación duradera respecto a otra transitoria, podemos decir que la media de las puntuaciones del *STAI-Estado* en este segundo supuesto está en 6.748 puntos por encima del supuesto de una relación estable con el agresor.

- Sobre **el tipo de violencia**, encontramos que el tipo de agresión que sufre la mujer influye en que los niveles de ansiedad sean mayores (variable lesiva). Cuando la agresión es multi-tipo o multi-forme, el efecto del maltrato es mayor al coincidir en la agresión la violencia psíquica, la física y otras formas de violencia como la sexual. Este tipo de violencia incrementa el riesgo para la víctima de sufrir mayor daño psíquico (variable predictiva).

Comparando lo que supone una agresión psíquica respecto de otra más compleja, podemos decir que la media de las puntuación del *STAI-Estado* en la agresión que integra violencia psíquica, física y otras está en 6.870 puntos por encima de la violencia consistente en insultos, menosprecio, actos de dominancia y autoridad, anulación de la personalidad, etc.

Como resumen, este primer estudio estadístico multivariante nos define dos variables referidas a la vulnerabilidad de la víctima frente al maltrato. De un lado, la personalidad en el eje de la inestabilidad emocional, integrada por varios rasgos asociados y ya explicados en este trabajo. Y de otro lado, el rasgo específico de la estabilidad emocional (factor C) que por sí sólo predice la resistencia que la víctima puede ofrecer ante los efectos del maltrato.

También hemos encontrado que la relación con el agresor y la duración de la relación que mantiene con él son dos variables relacionales y referentes al maltrato que entrañan en sí mismas un mayor riesgo de incrementar la ansiedad como daño.

3.1.2. Ansiedad-rasgo / STAI-Rasgo (Indicador del estado anterior de la víctima).

Los resultados se presentan en las tablas 45 y 46.

Tabla 45. Resultados del efecto ajustado del primer estudio multivariante para el *STAI-Rasgo*.

Variable	Referencia	Riesgo	Modelo 1			Modelo 2		
			<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>
Edad			0.189	0.109	0.086	0.066	0.113	0.561
DM			-0.768	0.560	0.173	-0.296	0.609	0.628
A_Afectividad						-0.748	0.616	0.228
C_estab emocional						-1.926	0.759	0.013
E_sum / dom						-1.256	0.612	0.043
F_impulsividad						0.009	0.641	0.989
G_Fuerza Yo						0.479	0.478	0.319
H_timidez						0.585	0.682	0.394
I_afec sentimientos						0.104	0.549	0.850
L_suspiciacia						-0.387	0.635	0.544
M_imaginación						-0.295	0.522	0.573
N_astucia						0.475	0.488	0.333
O_aprensión						1.119	0.678	0.103
Q1_conservadurismo						-0.059	0.648	0.927
Q2_independencia						-0.839	0.593	0.160
Q3_autoestima						0.066	0.113	0.561
Q4_ansiedad						0.296	0.609	0.628
“factores asociados”	MEE	MEI	10.570	2.343	<0.001	----	----	----
Relación Con el agresor	Estable	Transitoria	5.619	3.042	0.068	3.983	3.103	0.203
		Otros	2.11	4.052	0.604	2.207	3.855	0.568
Tipo de violencia	Psíquica	Compleja	5.817	2.538	0.024	1.228	2.660	0.646
Duración de la violencia	< 6 meses	> 6 meses	-2.503	3.821	0.514	-1.556	3.713	0.676
Frecuencia de las agresiones	No habitual	Habitual	4.352	2.936	0.141	3.648	2.968	0.222

Tabla 46. Resultados significativos en el 1º estudio multivariante para *STAI-Rasgo*.

Modelo	Variable	Referencia	Riesgo	<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>
M1 - agrupado	“factores asociados”	MEE	MEI	10.570	2.343	<0.001
	Tipo de Violencia	Psíquica	Compleja	5.817	2.538	0.024
M2 - factorial	Factor C			-1.926	0.759	0.013

* Existen indicios de significación estadísticas con la relación con el agresor ($p=0.068$)

- **En cuanto al estudio de la personalidad de la mujer**, cuando se explora de forma factorial, los resultados del estudio estadístico mostraron que un perfil de baja estabilidad emocional predispone a experimentar ansiedad; de manera que por cada punto que disminuye el *factor C o de estabilidad emocional*, la puntuación del *STAI-Rasgo* aumenta en 1.926 puntos.

En referencia a la *variable "factores asociados"*, las MEI ofrecen puntuaciones más elevadas en el *STAI-Rasgo*, siendo la media de las puntuaciones de 10,570 puntos mayor que las MEE. Esta diferencia alcanza una significación estadística muy alta de $p < 0,001$.

Este resultado viene a decir que el perfil de inestabilidad emocional coincidirá con puntuaciones altas en el *STAI-Rasgo*, sin que previamente medie estrés o la mujer afronte una situación de conflicto o de violencia.

- Con respecto al **tipo de violencia**, los resultados del estudio multivariante muestran que las mujeres que sufren una agresión física, que puede llegar a ser grave, tienen una media de puntuaciones en el *STAI-Rasgo* superior en 5.817 puntos a las que sufren maltrato únicamente psíquico.

3.2. Resultados del Segundo Estudio Multivariante.

En este segundo estudio hemos considerado las variables epidemiológicas y de personalidad en su relación con los resultados del GHQ-28 y del ZUNG de depresión, cuando se administra conjuntamente con el inventario de ansiedad STAI

Los resultados obtenidos se presentan integradamente en las Tablas 46, 47, 48 y 49.

Tabla 46. Resultados del segundo estudio multivariante para el efecto ajustado de M1 (personalidad agrupada) sobre los resultados de GHQ-28 y STAI.

Variable	Modelo M1			GHQ A			GHQ B			GHQ C			GHQ D			GHQ Total		
	Referencia	Riesgo		b	ee (b)	p	b	ee (b)	p	b	ee (b)	p	b	ee (b)	p	b	ee (b)	p
Edad				0.013	0.019	0.472	0.012	0.017	0.459	0.002	0.018	0.901	0.112	0.020	0.154	0.071	0.057	0.221
DM				-0.008	0.097	0.934	0.156	0.087	0.078	-0.081	0.092	0.380	0.006	0.106	0.954	-0.019	0.296	0.949
A_Afectividad																		
C_estab emocional																		
E_sum / dom																		
F_impulsividad																		
G_Fuerza Yo																		
H_timidéz																		
I_afec_sentimientos																		
L_suspiciacia																		
M_imaginación																		
N_astucia																		
O_aprensión																		
Q1_conservadurismo																		
Q2_independencia																		
Q3_autoestima																		
Q4_ansiedad																		
STAI-Estado				0.065	0.022	0.005	0.796	0.020	< 0.001	0.058	0.021	0.008	0.029	0.024	0.237	0.196	0.069	0.005
STAI-Riesgo				0.049	0.024	0.042	0.326	0.021	0.130	0.058	0.022	0.012	0.075	0.026	0.005	0.223	0.073	0.003
"factores asociados"				0.080	0.435	0.854	0.491	0.390	0.211	-0.233	0.413	0.575	0.679	0.476	0.154	0.717	1.329	0.591
Relación Con el agresor				-0.106	0.527	0.840	0.166	0.473	0.726	0.658	0.500	0.191	0.073	0.574	0.900	1.730	1.610	0.285
				-0.171	0.687	0.803	-0.219	0.616	0.723	0.173	0.652	0.791	-0.382	0.748	0.611	0.511	2.099	0.808
Tipo de violencia				0.489	0.450	0.281	0.423	0.404	0.298	-0.083	0.428	0.847	0.623	0.490	0.207	1.122	1.377	0.417
Duración de la violencia				-0.501	0.659	0.449	0.510	0.592	0.391	0.098	0.626	0.876	0.162	0.718	0.822	0.062	2.016	0.976
Frecuencia de las agresiones				-0.284	0.506	0.575	-0.182	0.454	0.689	-0.416	0.480	0.388	0.224	0.551	0.685	0.118	1.546	0.073

Tabla 47. Resultados del segundo estudio multivariante para el efecto ajustado de M2 (personalidad factorial) sobre los resultados de GHQ-28 y STAI.

Variable	Modelo M2			GHQ A			GHQ B			GHQ C			GHQ D			GHQ Total		
	Referencia	Riesgo		b	ee (b)	p	b	ee (b)	p	b	ee (b)	p	b	ee (b)	p	b	ee (b)	p
Edad				0.021	0.021	0.308	0.015	0.018	0.425	0.010	0.019	0.590	0.018	0.620	0.754	0.099	0.061	0.109
DM				-0.006	0.024	0.957	0.246	0.100	0.016	-0.037	0.107	0.730	0.139	0.122	0.259	0.232	0.335	0.490
A_Afectividad				-0.018	0.117	0.881	-0.083	0.100	0.409	-0.109	0.108	0.313	-0.221	0.122	0.075	-0.386	0.336	0.255
C_estab emocional				-0.188	0.150	0.212	-0.268	0.128	0.039	-0.070	0.138	0.614	-0.254	0.157	0.111	-0.914	0.4320	0.037
E_sum / dom				-0.034	0.119	0.774	0.644	1.102	0.667	0.061	0.110	0.577	0.193	0.125	0.125	0.334	0.343	0.333
F_impulsividad				-0.013	0.120	0.913	-0.024	0.103	0.817	0.198	0.11	0.079	0.121	0.126	0.337	0.410	0.347	0.241
G_Fuerza Yo				0.049	0.090	0.589	0.034	0.077	0.659	0.067	0.083	0.425	0.049	0.094	0.604	0.240	0.259	0.358
H_timidez				-0.010	0.128	0.938	-0.187	0.110	0.092	-0.089	0.119	0.454	-0.032	0.134	0.813	-0.468	0.370	0.210
I_afec. sentimientos				-0.152	0.102	0.144	-0.127	0.088	0.154	-0.074	0.095	0.434	-0.066	0.108	0.543	-0.309	0.296	0.300
L_susplicacia				0.120	0.119	0.316	-0.053	0.102	0.602	0.053	0.110	0.632	0.072	0.125	0.565	0.157	0.343	0.649
M_imaginación				0.102	0.099	0.309	0.124	0.085	0.105	0.237	0.092	0.011	0.134	0.104	0.203	0.546	0.286	0.060
N_astucia				0.044	0.093	0.636	-0.052	0.079	0.516	0.073	0.086	0.394	-0.084	0.097	0.389	0.167	0.267	0.757
O_aprensión				-0.073	0.130	0.576	0.068	0.112	0.542	-0.133	0.120	0.272	-0.111	0.137	0.417	-0.396	0.375	0.295
Q1_conservadurismo				0.018	0.098	0.844	0.037	0.079	0.645	-0.032	0.086	0.712	0.050	0.097	0.611	0.083	0.267	0.757
Q2_independencia				-0.149	0.127	0.244	-0.168	0.109	0.127	-0.104	0.118	0.378	-0.311	0.134	0.816	-0.505	0.367	0.173
Q3_autoestima				-0.024	0.113	0.836	-0.132	0.097	0.178	-0.119	0.104	0.257	-0.245	0.119	0.042	-0.633	0.326	0.055
Q4_ansiedad				-0.124	0.107	0.253	0.076	0.092	0.414	0.003	0.099	0.974	0.006	0.113	0.956	-0.023	0.309	0.940
STAI-Estado				0.062	0.024	0.011	0.069	0.021	0.001	0.062	0.022	0.007	0.032	0.025	0.207	0.186	0.069	0.009
STAI-Riesgo				0.045	0.025	0.079	0.020	0.021	0.366	0.056	0.023	0.019	0.074	0.027	0.007	0.189	0.073	0.011
"factores asociados"	MEE	MEI		----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
Relación	Estable	Transitoria		-0.340	0.591	0.566	0.181	0.506	0.722	0.575	0.545	0.294	0.181	0.506	0.722	1.064	1.703	0.534
Con el agresor	Otros	Otros		-0.148	0.724	0.839	-0.181	0.621	0.711	0.143	0.668	0.831	-0.181	0.621	0.711	-0.069	2.088	0.974
Tipo de violencia	Psíquica	Compleja		0.343	0.507	0.501	0.236	0.434	0.589	-0.107	0.468	0.820	0.236	0.434	0.589	0.591	1.462	0.687
Duración de la violencia	< 6 meses	> 6 meses		-0.589	0.707	0.407	0.438	0.605	0.471	0.280	0.652	0.668	0.438	0.605	0.471	0.525	2.037	0.699
Frecuencia de las agresiones	No habitual	Habitual		0.113	0.569	0.843	0.057	0.488	0.908	-0.468	0.525	0.376	0.057	0.488	0.908	0.635	1.640	0.699

Tabla 48. Resultados del segundo estudio multivariante para el efecto ajustado de M1 (personalidad agrupada) y M2 (personalidad factorial) sobre los resultados de ZUNG y STAI.

ZUNG			Modelo M1			Modelo M2		
Variable	Referencia	Riesgo	<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>
Edad			0.260	0.087	0.004	0.282	0.093	0.003
DM			-0.557	0.450	0.219	-0.099	0.511	0.846
A_Afectividad						0.175	0.512	0.734
C_estab emocional						-1.257	0.658	0.059
E_sum / dom						0.660	0.522	0.209
F_impulsividad						0.156	0.529	0.769
G_Fuerza Yo						-0.190	0.395	0.633
H_timidez						-0.309	0.564	0.586
I_afec sentimientos						0.172	0.451	0.705
L_suspiciacia						-0.146	0.523	0.781
M_imaginación						0.526	0.436	0.231
N_astucia						0.176	0.407	0.666
O_aprensión						0.149	0.572	0.795
Q1_conservadurismo						0.281	0.407	0.493
Q2_independencia						-0.579	0.559	0.303
Q3_autoestima						-1.505	0.497	0.003
Q4_ansiedad						-0.326	0.472	0.492
STAI-Estado			0.215	0.104	0.041	0.207	0.105	0.053
STAI-Rasgo			0.309	0.110	0.006	0.248	0.111	0.028
“factores asociados”	MEE	MEI	1.814	2.018	0.371	----	----	----
Relación Con el agresor	Estable	Transitoria	2.081	2.444	0.397	1.940	2.593	0.457
		Otros	3.789	3.185	0.237	2.341	3.181	0.464
Tipo de violencia	Psíquica	Compleja	2.045	2.090	0.330	2.045	2.226	0.361
Duración de la violencia	< 6 meses	> 6 meses	-3.272	3059	0.287	-1.783	3.103	0.567
Frecuencia de las agresiones	No habitual	Habitual	0.941	2.346	0.689	1.278	2.499	0.610

Tabla 49. Resultados estadísticos significativos del segundo estudio multivariante para M1 (personalidad agrupada) administrando todos los cuestionarios de medida del daño psíquico.

Variable respuesta	STAI-Estado			STAI-Rasgo		
	<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>
GHQ-A <i>Síntomas somáticos de origen psíquico</i>	0.065	0.022	0.005	0.049	0.024	0.042
GHQ-B <i>Ansiedad y trastornos del sueño</i>	0.796	0.020	<0.001			
GHQ-C <i>Adaptación socio-laboral</i>	0.058	0.021	0.008	0.058	0.022	0.012
GHQ-D <i>Síntomas depresivos graves</i>				0.075	0.026	0.005
GHQ-Total <i>Deterioro de la salud general</i>	0.196	0.069	0.005	0.223	0.073	0.003
ZUNG <i>Escala de depresión</i>	0.215	0.104	0.041	0.309	0.110	0.006

Como se observa en la tabla 48, también se obtuvieron resultados estadísticamente significativos para M1 en cuanto al efecto que ejerce la variable edad sobre la escala de depresión de ZUNG ($b=0.260$; $p=0.004$).

3.2.1. Modelo estadístico M1, de personalidad agrupada o “factores asociados”.

Cuando estudiamos la personalidad de la mujer de manera agrupada (M1) pudimos observar que efectivamente los incrementos en las puntuaciones del STAI se asocian a una mayor puntuación en los resultados obtenidos para el resto de variables dependientes o respuesta (subsescalas GHQ y ZUNG).

En la descripción que hacemos de estos resultados diferenciamos lo que suponen los resultados del STAI-*Estado* como indicador de daño psíquico de los del STAI-*Rasgo* como indicador del estado predisponente de la víctima.

- **En cuanto al STAI-*Estado***, los resultados en las tablas, nos muestran que cuando diferenciamos a las mujeres en dos grupos, según su personalidad fuera emocionalmente estable o inestable, ninguna de las variables independientes, excepto la edad, tiene una influencia directa sobre GHQ-28 y ZUNG como instrumentos complementarios de la medida del daño psíquico; ya que en este caso la reacción emocional y los efectos del maltrato tendrían su reflejo y se resumirían fuertemente en el STAI-*Estado*.

En el modelo M1 del primer estudio multivariante identificábamos *la relación con el agresor, el perfil personalidad de la víctima y el tipo de violencia* como variables independientes que daban lugar a incrementos en las puntuaciones del STAI-*Estado* cuando la mujer resultaba agredida.

En este segundo estudio, sin embargo, comprobamos que las tres variables citadas no demuestran tener ningún efecto ni sobre las puntuaciones del GHQ-28 ni sobre las del ZUNG. Es decir, la influencia del efecto esperable de las variables epidemiológicas (*la relación con el agresor y el tipo de violencia*) y el perfil de personalidad, que provocan o participan en el daño psíquico sufrido por la víctima, ejercen su efecto sobre el GHQ-28 y el ZUNG a través del STAI-*Estado* a cuyos resultados se encuentran vinculados (véase el esquema 2).

Esquema 2. La influencia de las variables independientes que producen daño psíquico en el M1 del primer estudio multivariante se resumen en los resultados del inventario *STAI-Estado*.



El tratamiento estadístico de este segundo estudio multivariante, nos pone de manifiesto que podríamos anticipar los resultados del GHQ-28 y del ZUNG, antes de administrarlo, conociendo previamente los resultados del *STAI-Estado*.

Volviendo a los resultados de las tablas 48 y 49, nos muestran la relación numérica que vinculan los resultados del *STAI-Estado* con los incrementos del GHQ-28 y del ZUNG.; de manera que por cada punto que aumenta la ansiedad medida a través del *STAI-Estado*, aumenta en 0,065 la puntuación obtenida para GHQ-A ($b=0.065$; $p=0.005$), en 0.796 puntos para GHQ-B ($b=0.796$; $p<0.001$), en 0.058 puntos para GHQ-C ($b=0.058$; $p=0.008$), en 0.196 puntos para el GHQ-Total ($b=0.196$; $p=0.005$) y en 0.215 puntos para la escala de depresión de ZUNG ($b=0.215$; $p=0.041$).

El *STAI-Estado* ejerce su influencia numérica principalmente sobre la subescala GHQ-B que mide ansiedad, con una significación estadística muy alta ($p<0.001$). Por el contrario, en este estudio no se observó una relación estadísticamente significativa entre *STAI-Estado* y los resultados de la subescala GHQ-D, que evalúa los niveles de depresión de la víctima, porque esta dimensión no mide depresión y queda suplida por la exploración específica que se realiza a través de la escala de depresión de ZUNG.

En cuanto a la **edad de la víctima** como variable independiente, hemos observado que tiene efectos de forma particular sobre los niveles de depresión de la víctima medidos a través del ZUNG cuando se estudia la personalidad de forma agrupada (M1).

De forma concreta, la variable edad se ha visto asociada a los resultados de la escala de depresión de ZUNG en la medida en que por cada año en que aumenta la edad de la mujer que denuncia, se incrementan las puntuaciones de esta escala en 0.260 puntos ($b=0.260$; $p=0.004$). Consideramos que esto indica que la edad influye en los niveles de depresión de la víctima como resultado del maltrato.

Respecto al **estado predisponente de la víctima a sufrir daño psíquico** y como se observa en la tabla 46, la influencia que, antes de sufrir maltrato, tendrían la edad y la personalidad de la víctima, se resumen exclusivamente en el *STAI-Rasgo*.

Este segundo estudio multivariante M1 también nos informa sobre la relación que existe entre las puntuaciones del *STAI-Rasgo* y las del GHQ-28 y ZUNG. De manera que cuando las cifras de *STAI-Rasgo* son elevadas, observamos también puntuaciones altas en el GHQ-28 y ZUNG de la mujer con anterioridad a la experiencia agresiva.

Esto se fundamenta en la correlación estadística existente entre estas variables que nos muestra que por cada punto que aumenta la ansiedad medida a través del *STAI-Rasgo*, los resultados obtenidos para el GHQ-A serán mayores en 0.049 puntos ($b=0.049$; $p=0.042$), en 0.058 puntos para GHQ-C ($b=0.058$; $p=0.008$), en 0.075 puntos para el GHQ-D ($b=0.075$; $p=0.005$), en 0.223 puntos para el GHQ-Total ($b=0.223$; $p=0.003$) y en 0.309 puntos para la escala de depresión de ZUNG ($b=0.309$; $p=0.006$).

El *STAI-Rasgo* ejerce su influencia numérica principalmente sobre el estado de salud general ($b=0.223$) y por tanto, también sobre las puntuaciones de la escala de depresión de ZUNG ($b=0.309$) al ser el estado de ánimo un componente de la salud general de la mujer.

En este estudio, no se observó una relación estadísticamente significativa entre los resultados de la subescala GHQ-B, que evalúa la presencia de ansiedad y trastornos del sueño, con los incrementos en las puntuaciones del inventario de ansiedad *STAI-Rasgo*.

3.2.2. Modelo estadístico M2 o de personalidad factorial.

Cuando se estudia la personalidad de manera factorial y atendiendo a los resultados recogidos en las tablas 50 y 51, se comprueba que nuevamente los incrementos en las puntuaciones del STAI siguen relacionándose con un incremento en los resultados obtenidos en el GHQ-28 y en la escala de depresión de ZUNG.

Tabla 50. Resultados estadísticos significativos del segundo estudio multivariante para M2 (personalidad factorial) administrando todos los cuestionarios de medida del daño psíquico.

Variable respuesta	<i>STAI-Estado</i>			<i>STAI-Rasgo</i>		
	<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>	<i>b</i>	<i>ee (b)</i>	<i>p</i>
GHQA <i>Síntomas somáticos de origen psíquico</i>	0.062	0.024	0.011			
GHQB <i>Ansiedad y trastornos del sueño</i>	0.069	0.021	0.001			
GHQC <i>Adaptación socio-laboral</i>	0.062	0.022	0.007	0.056	0.023	0.019
GHQD <i>Síntomas depresivos graves</i>				0.074	0.027	0.007
GHQTOTAL <i>Deterioro de la salud general</i>	0.186	0.069	0.009	0.189	0.073	0.001
ZUNG <i>Escala de depresión</i>	0.207	0.105	0.053 *	0.248	0.111	0.028

* Existen indicios de significación estadística en M2 entre las puntuaciones del *STAI-Estado* y los resultados de la escala de depresión de ZUNG ($p=0.053$).

Como se observa en la tabla 48, nuevamente se obtuvieron resultados estadísticamente significativos para M2 en cuanto al efecto que ejerce la variable edad sobre la escala de depresión de ZUNG ($b=0.282$; $p=0.003$).

- Respecto a la **valoración del daño psíquico** sufrido por la víctima en este modelo M2, el *STAI-Estado* es el test que recoge la influencia que ejercería el maltrato sobre las puntuaciones de GHQ-A, GHQ-B, GHQ-C y GHQ-Total. De manera que por cada punto que aumenta la ansiedad medida a través del *STAI-Estado*, aumenta GHQ-A en 0,062 puntos ($b=0.062$; $p=0.011$), GHQ-B en 0.069 ($b=0.069$; $p=0.001$), GHQ-C en 0.062 puntos ($b=0.062$; $p=0.007$) y GHQ-Total en 0.186 puntos ($b=0.186$; $p=0.009$).

El *STAI-Estado* no mantiene relaciones estadísticamente significativas con las dimensiones que miden depresión como son la subescala GHQ-D y la escala de ZUNG, si bien existen indicios de significación estadística entre las puntuaciones del *STAI-Estado* y los resultados del ZUNG ($p=0.053$).

- **En la valoración del estado predisponente de la mujer**, el *STAI-Rasgo* recoge el efecto del maltrato sobre GHQ-C, GHQ-D, GHQ-TOTAL y la escala de depresión de ZUNG; de manera que por cada punto que aumenta la tendencia a experimentar ansiedad medida a través del *STAI-Rasgo*, aumenta en 0,065 la puntuación obtenida para el GHQ-C ($b=0.056$; $p=0.019$), en 0.058 puntos para el GHQ-D ($b=0.074$; $p=0.007$), en 0.196 puntos para el GHQ-Total ($b=0.189$; $p=0.001$) y en 0.248 puntos para el ZUNG ($b=0.248$; $p=0.028$).

La dimensión *STAI-Rasgo* no mantiene relaciones estadísticamente significativas con las puntuaciones de las subescalas GHQ-A y GHQ-B que miden ansiedad como respuesta a la agresión sufrida.

- **Respecto al estudio de la personalidad** de forma factorial y refiriéndonos exclusivamente a las variables de vulnerabilidad que favorecen la aparición de daño psíquico, en la tabla 51 se recogen los resultados que permiten identificarlas.

a) Relacionadas con la víctima: La edad y la distorsión motivacional (variable DM) como actitud de la víctima ante la prueba 16PF.

b) Rasgos de personalidad de la víctima: Factor C (estabilidad emocional), factor M (imaginación) y factor C (autoestima).

Tabla 51. Resultados estadísticos significativos del efecto que ejercen factores de personalidad del 16PF sobre los resultados del GHQ-28 y la escala de depresión de ZUNG.

Variable respuesta	Factor DM		Factor C		Factor M		Factor Q3	
	b	ee (b)	b	ee (b)	b	ee (b)	b	ee (b)
GHQ A								
<i>Síntomas somáticos de origen psíquico</i>								
GHQ B								
<i>Ansiedad y trastornos del sueño</i>	0.246	0.100	0.001	-0.268	0.128	0.039		
GHQ C								
<i>Adaptación socio-laboral</i>					0.237	0.092	0.011	
GHQ D								
<i>Síntomas depresivos graves</i>							-0.245	0.119
GHQ TOTAL								
<i>Deterioro de la salud general</i>							-0.633	0.326
ZUNG								
<i>Escala de depresión</i>							-1.505	0.497

* Existen indicios de significación estadística en el modelo M2 entre las puntuaciones del factor Q3 (autoestima) y los resultados del GHQ-Total ($p=0.055$).

* Existen indicios de significación estadística en el modelo M2 entre las puntuaciones del factor C (estabilidad emocional) y los resultados del GHQ-B ($p=0.059$).

En cuanto a la **variable edad**, observamos en este estudio multivariante que la mayor edad de la mujer cuando denuncia el maltrato guarda relación con sufrir mayor depresión y, por tanto, con la duración de la violencia. La influencia de la edad sobre la salud de la víctima se puede medir mediante la escala de depresión de ZUNG. De manera que por cada año en que aumenta la edad de la víctima al momento de la agresión que motiva la denuncia, se incrementa el resultado de la escala de depresión de ZUNG en 0.282 puntos ($b=0.282$; $p=0.003$). Este efecto es independiente de que se estudie la personalidad de forma agrupada (M1) o factorial (M2).

Las cuatro variables o rasgos de la personalidad, que afectan a los indicadores de daño psíquico, son características propias de la víctima y también independientes a los hechos y circunstancias vinculadas al maltrato (*relación con el agresor, tipo de violencia o persistencia de las agresiones*).

- La variable distorsión motivacional (factor DM) es un factor que se asocia a puntuaciones bajas en autoestima (factor Q3). La influencia de la variable distorsión motivacional sobre la salud de la víctima se puede medir mediante la subescala B del GHQ que explora la presencia de ansiedad y trastornos del sueño. De manera que, por cada punto que aumenta la distorsión motivacional, se incrementan los resultados del GHQ-B en 0.246 puntos ($b=0.246$; $p=0.016$).

- Respecto a la variable estabilidad emocional (factor C), su influencia sobre la salud de la víctima se puede medir mediante la subescala B del GHQ-28, que explora la presencia de ansiedad y trastornos del sueño, y a través del GHQ-Total que orienta sobre la afectación del nivel de salud general. De manera que por cada punto que disminuye el factor C, la puntuación del GHQ-B aumenta en 0.268 puntos ($b= - 0.268$; $p= 0.039$) y la del GHQ-Total en 0.914 puntos ($b= - 0.914$; $p=0.037$). También existen indicios de significación estadística con la escala de depresión de ZUNG ($b= - 1.257$; $p=0.059$).

El factor M es la variable que mide el sentido de sentido de realidad y la imaginación de a mujer. Observamos que el sentido de realidad ejerce su efecto sobre la subescala C del GHQ-28 que mide el grado de adaptación socio-laboral

de la víctima; de manera que por cada punto que aumenta el factor M, aumenta en 0.237 puntos los resultados de GHQ-C ($b= 0.237$; $p=0.011$).

La variable relativa a la autoestima de la mujer (factor Q3) ejerce su efecto sobre los síntomas depresivos medidos mediante la subescala D del GHQ-28 y la escala de depresión de ZUNG. De manera que por cada punto que disminuye el factor Q3, la puntuación del GHQ-D aumenta en 0.245 puntos ($b= -0.245$; $p= 0.042$) y la del ZUNG en 1,505 puntos ($b= -1.505$; $p=0.003$). También existen indicios de significación estadística con GHQ-T ($b= -0.633$; $p=0.055$).

En este segundo estudio multivariante, vimos que cuando se estudiaba la personalidad de la mujer de forma agrupada, el *STAI-Estado* recogía los efectos del tipo de relación con el agresor, la personalidad inestable de la víctima o la complejidad de la violencia sufrida; todas ellas variables que entrañaban en sí mismas un mayor riesgo de incrementar la ansiedad como daño.

Sin embargo y como muestran los resultados del estudio factorial de la personalidad, esta circunstancia no se da, ya que el efecto que sobre la salud de la víctima ejercen la edad y la distorsión motivacional (factor DM) y los rasgos de personalidad concentrados en la estabilidad emocional (factor C), el sentido de realidad (factor M) y la autoestima (factor Q3) no puede resumirse en ningún test ni en otra variable, como sucedía en el tratamiento estadístico del modelo M1.

En este caso, las variables identificadas tienen la suficiente significación estadística e influencia sobre el sufrimiento y las reacciones emocionales de la víctima como para considerarlas partícipes de la afectación de sus niveles de bienestar y salud psico-física y explicarían, por sí solas, los incrementos en las puntuaciones del GHQ y ZUNG sin que sus efectos se resuman en el potente inventario STAI.

La estabilidad emocional de la mujer (factor C) también fue identificado en el primer estudio multivariante como un rasgo de la personalidad que explicaba de forma exclusiva los incrementos de los niveles de ansiedad medidos mediante el *STAI-estado* ante el maltrato, con independencia de otras variables implicadas en el hecho.

3.2.3. Síntesis de los resultados del segundo estudio estadístico multivariante.

Para finalizar el análisis de este segundo estudio multivariante, queremos presentar la tabla 52 de síntesis que permite una sencilla visualización de los resultados obtenidos.

Los resultados del segundo estudio multivariante se pueden concretar en las siguientes observaciones:

1ª) En el modelo M1, cuando se estudia la personalidad de forma agrupada, los efectos que puedan tener las variables epidemiológicas y de personalidad sobre el daño psíquico se resumen fuertemente en el inventario de ansiedad *STAI-Estado*. Estos resultados pueden sugerir que podríamos medir, por un lado, la reacción emocional de la víctima y los efectos del maltrato (daño psíquico) y, por otro, la influencia de la personalidad sobre el estado predisponente (estado anterior) administrando únicamente el inventario de ansiedad STAI.

2ª) En el modelo M2, cuando se estudia la personalidad de forma factorial, encontramos que el factor DM (distorsión motivacional), el factor C (estabilidad emocional), el factor M (sentido de realidad) y el factor Q3 (autoestima) producen efectos directamente sobre alguna de las subescalas del GHQ-28 y/o la escala de depresión de ZUNG, sin ser modulados o absorbidos por el efecto del STAI.

3ª) La EDAD DE LA VÍCTIMA es una variable independiente que tiene efectos de forma particular sobre los niveles de depresión medidos a través del ZUNG independientemente de que la personalidad se estudie de forma agrupada (M1) o factorial (M2). Es una variable lo suficientemente potente como para que el inventario STAI no absorba sus efectos sobre la salud de la mujer.

Tabla 52 Resumen de la influencia de las variables independientes y del STAI sobre los resultados de los test GHQ y ZUNG que miden el daño psíquico de la mujer víctima de malos tratos.

		GHQ A <i>Síntomas somáticos de origen psíquico</i>	GHQ B <i>Ansiedad y trastornos del sueño</i>	GHQ C <i>Adaptación socio-laboral</i>	GHQ D <i>Síntomas depresivos graves</i>	GHQ T <i>Deterioro de la salud general</i>	ZUNG <i>Escala específica de depresión</i>
MODELO 1 Agrupado	STAI / E	●	●	●		●	●
	STAI / R	●		●	●	●	●
	Edad						●
MODELO 2 factorial	STAI / E	●	●	●		●	●*
	STAI / R			●	●	●	●
	Edad						●
	Factor DM		●				
	Factor M			●			
	Factor C		●			●	●**
	Factor Q3				●	●***	●

Factor DM: distorsión motivacional. **Factor M:** imaginación. **Factor C:** estabilidad emocional. **Factor Q3:** autoestima.

* Existen indicios de significación estadística en el modelo M2 entre las puntuaciones del *STAI-Estado* y los resultados de la escala de depresión de ZUNG ($p=0.053$).

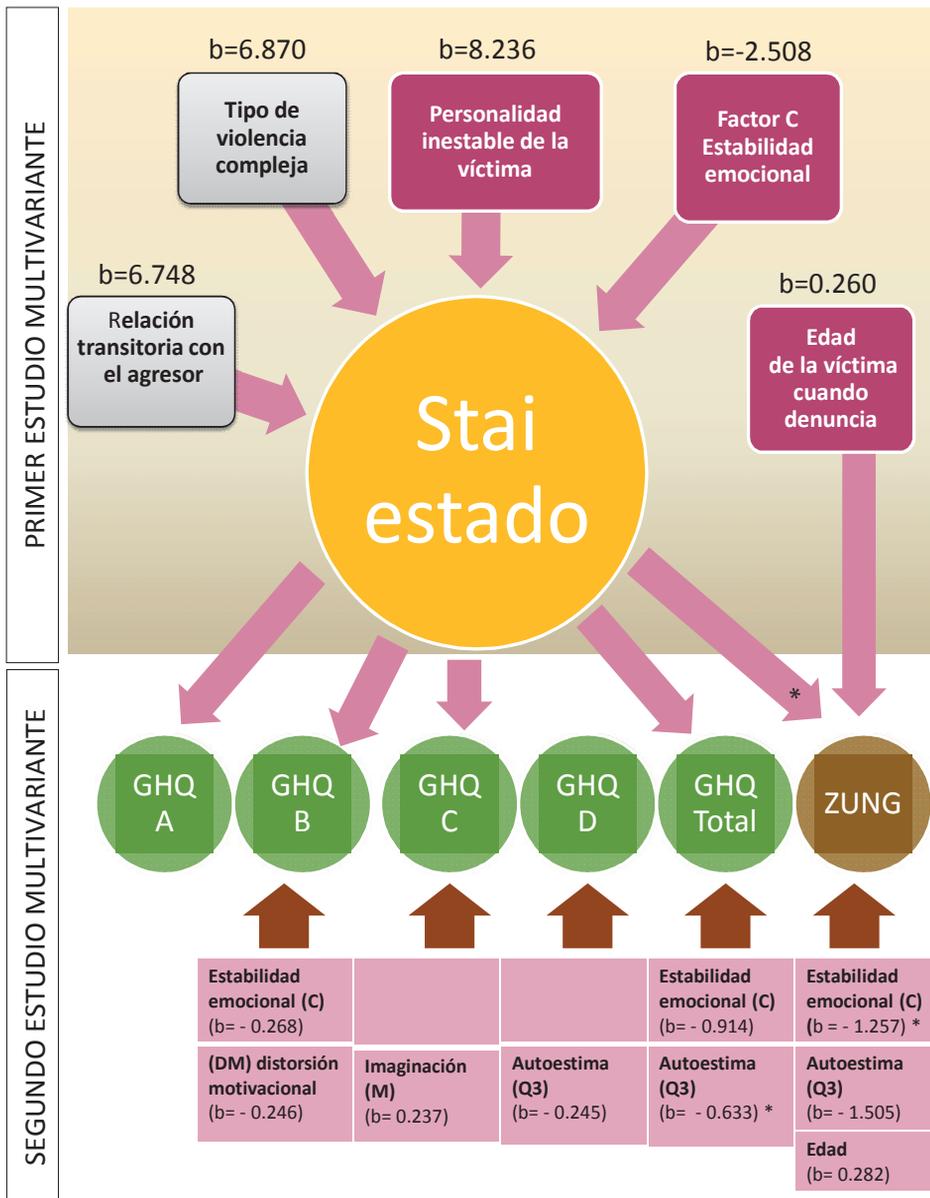
** Existen indicios de significación estadística en el modelo M2 entre las puntuaciones del factor C (estabilidad emocional) y los resultados de la escala de depresión de ZUNG ($p=0.059$).

*** Existen indicios de significación estadística en el modelo M2 entre las puntuaciones del factor Q3 (autoestima) y los resultados del GHQ-Total ($p=0.055$).

3.3. Integración de los Resultados Multivariantes.

La integración de los resultados obtenidos en los estudios multivariantes se sintetiza y explica con el esquema 3.

Esquema 3. Modelo que integra los resultados obtenidos en los estudios multivariantes.



*Indicios de relación estadística.

Primer estudio multivariante: Administramos únicamente el STAI.

Segundo estudio multivariante: Administramos STAI + GHQ-28 + ZUNG.

En el **primer estudio multivariante** consideramos los efectos de las variables epidemiológicas y de personalidad en relación únicamente con los resultados del *inventario de ansiedad de Spielberger* (STAI).

Cuando estudiamos la personalidad de la mujer de manera agrupada identificamos que el grupo de mujeres emocionalmente inestables (MEI) ($b=8.236$; $p=0.001$), la relación transitoria con el agresor ($b=6.748$; $p=0.036$), y el tipo de violencia compleja ($b=6.870$; $p=0.011$) eran las únicas variables independientes que daban lugar a incrementos en las puntuaciones del *STAI-Estado* cuando la mujer resultaba agredida.

Cuando el estudio de la personalidad se hizo de forma factorial a través del 16PF (modelo M2), encontramos que la *estabilidad emocional* (factor C) de la mujer era el único rasgo que incrementaba las puntuaciones del *STAI-Estado* ($b= - 2.508$; $p=0.002$).

En el **segundo estudio multivariante** consideramos el efecto que tenían las variables epidemiológicas y de personalidad en relación a las puntuaciones del STAI, del GHQ-28 y del ZUNG. En él, observamos que al estudiar la personalidad de manera agrupada (modelo M1), ninguna de las variables independientes, excepto la edad, tenía una influencia directa sobre el GHQ-28 y ZUNG como instrumentos de medida del daño psíquico; ya que en este caso la reacción emocional y los efectos del maltrato tendrían su reflejo y se resumirían fuertemente en el *STAI-Estado*.

Por tanto, uno de los resultados importantes de este estudio es que nos ha permitido conocer que la influencia del efecto esperable de las variables independientes, que provocan o participan en el daño psíquico sufrido por la víctima, ejercen su efecto sobre el GHQ-28 y el ZUNG a través del *STAI-Estado* a cuyos resultados se encuentran vinculados. La dimensión *STAI-Estado* recoge los efectos del maltrato que las variables epidemiológicas y de personalidad ejercerían sobre GHQ_A ($b=0.062$; $p=0.011$), el GHQ_B ($b=0.069$; $p=0.001$), el GHQ_C ($b=0.062$; $p=0.007$) y el GHQ total ($b=0.186$; $p=0.009$). El *STAI-Estado* no recogía el efecto del maltrato

sobre GHQ-D y mantiene indicios de significación estadística con los resultados del ZUNG ($b=0.207$; $p=0.053$).

Otro resultado importante para el objetivo de este estudio es que cuando estudiamos la personalidad de la mujer de manera factorial conseguimos averiguar e identificar las características y los rasgos de personalidad de la víctima que participan en que el maltrato provoque mayor daño psíquico, convirtiendo a la mujer en una víctima más vulnerable o prediciendo la resistencia que puede ofrecer ante los efectos del maltrato.

El efecto de estas variables sobre el daño psíquico no se resume en el *STAI-Estado*. La presencia y la influencia que estas variables (la edad de la víctima, la distorsión motivacional, la estabilidad emocional, el sentido de realidad y la autoestima) ejercen en la manera de reaccionar que expresa la mujer, explican, por sí solas, los incrementos en los resultados del GHQ y ZUNG ante el maltrato, con independencia de otras variables implicadas en el hecho.

Si acudimos al esquema 3 observamos las siguientes relaciones:

Para la **subescala GHQ-A**, que mide *síntomas somáticos de origen psíquico*, no encontramos variables independientes que ejercieran efecto en los incrementos de sus puntuaciones. Esta es una subescala que se ve afectada únicamente por el *STAI-Estado*.

Para la **subescala GHQ-B**, que mide *ansiedad y trastornos del sueño*, encontramos que el factor DM o de distorsión motivacional ($b=0.046$; $p=0.001$) y el factor C o de estabilidad emocional ($b=-0.268$; $p=0.039$) participa en las variaciones que expresa este indicador de daño psíquico.

Para la **subescala GHQ-C**, que mide *adaptación socio laboral*, encontramos que el factor M o de sentido de realidad ($b=0.237$; $p=0.011$) participa en las variaciones que expresa este indicador de daño psíquico.

Para la **subescala GHQD**, que mide *síntomas depresivos graves*, encontramos que el factor Q3 o de autoestima ($b = -0.245$; $p = 0.042$) participa en las variaciones que expresa este indicador de daño psíquico.

Para el **GHQ total** que evalúa la *afectación de la calidad de vida y de la salud general* encontramos que el factor C o de estabilidad emocional ($b = -0.914$; $p = 0.037$) participa en las variaciones que expresa este indicador de daño psíquico. Existen, también, indicios de significación estadística con el factor Q3 o de autoestima ($b = -0.633$; $p = 0.055$).

Para la **escala de depresión de Zung** encontramos que el factor Q3 o de autoestima ($b = -1.505$; $p = 0.003$) y la edad de la mujer ($b = 0.282$; $p = 0.003$) afectan a este indicador de daño psíquico. También, existen indicios de significación estadística con el factor C o de estabilidad emocional ($b = -1.257$; $p = 0.059$).

Respecto a la EDAD de la mujer cuando denuncia, averiguamos también que esta variable ejerce una influencia independiente sobre el daño psíquico y su efecto no se integraría en el *STAI-Estado*. Los resultados del segundo estudio multivariante, en el que se administran todos los test psicodiagnósticos, mostraron que la *escala de depresión de ZUNG* mantiene una relación estadísticamente significativa con la edad, tanto en el modelo M1 ($b = 0.260$; $p = 0.004$) como en el modelo M2 ($b = 0.282$; $p = 0.003$). Las mujeres que tienen mayor edad cuando denuncia se han vuelto más vulnerables al maltrato y tienen mayores niveles de depresión.

Como ya dijimos, este hecho se explica porque los síntomas depresivos tienen un carácter más reactivo frente a la agresión sufrida, mientras que la ansiedad tiene un componente más constitucional relacionado con los rasgos de personalidad de la mujer (estabilidad emocional, tendencia a la ansiedad y *STAI-Rasgo*).

CAPÍTULO V
DISCUSIÓN

V. DISCUSIÓN

Los resultados de nuestro estudio muestran que el daño psíquico de las mujeres víctimas de violencia de género puede ser potenciado o amortiguado por variables epidemiológicas, de la situación de maltrato y de personalidad de la víctima. Hemos identificado que las variables de personalidad que más determinan la vulnerabilidad o la fortaleza psicológica de las mujeres son: 1) la estabilidad emocional, tanto si se estudia como rasgo aislado o único o asociado al resto de factores de la personalidad configurando dos grupos de mujeres, las emocionalmente estables (MEE) y las emocionalmente inestables (MEI), 2) la autoestima (factor Q3) y 3) el sentido de realidad (factor M).

Respecto al resto de variables, la edad, el tipo de relación con el agresor y el tipo de violencia predijeron el daño sufrido por estas mujeres. El inventario de ansiedad STAI ha sido la herramienta de medida psico-diagnóstica que mostraba mayor sensibilidad al medir el daño psíquico y que explica la mayor parte de las diferencias.

EDAD

Es una variable a tener en cuenta cuando se evalúa el grado de daño psíquico.

En el estudio descriptivo observamos que la edad de las mujeres cuando ponen la denuncia comprende desde los 18 hasta los 75 años. La franja de edad que agrupa a mayor número de víctimas es la de 31-40 años (39,07%). Este dato coincide con otros estudios que han concluido que la edad de las mujeres con mayor prevalencia de violencia doméstica estaba entre los 31 y 40 años (Rajini, Vell y Senthil, 2014). Destaca así la violencia consecutiva al primer periodo de

convivencia cuando se pone a prueba la compatibilidad de caracteres y el acuerdo en un proyecto de vida en común.

Es de considerar la violencia en mujeres jóvenes, con 34 (22,5%) entre los 18 y los 30 años, violencia que se corresponde con relaciones juveniles y entre personas en las que sería presumible una educación menos patriarcal y machista y en mayor respeto e igualdad. Esta influencia social sobre las actitudes y percepción de la violencia de género lo ponen de manifiesto diversos estudios (Ferrer-Pérez y Bosch-Fiol, 2014; McDermott y López, 2013); que observan la violencia y la desigualdad incluso en el ámbito preuniversitario (Pérez, 2015) y universitario (Avant y cols., 2011; Cornelius y Resseguie, 2007; McDermott y López, 2013; Schwartz, Griffin, Russell, y Frontaura-Duck, 2006) convirtiéndose éstas en poblaciones de riesgo y objeto de estudios preventivos.

Los resultados del estudio multivariante muestran que la edad es la única variable epidemiológica que tuvo una relación con el daño psíquico sin que su efecto estuviera condicionado a la forma de la medida del daño. Es una variable que mostró una relación con el daño que no estuvo mediado por el inventario de ansiedad STAI.

De esta forma, los resultados muestran que la edad se ha visto asociada a los resultados de la escala de depresión de Zung de forma directa, tanto en el Modelo 1 (de factores asociados) ($b=0.260$; $p=0.004$), como en el Modelo 2 (factorial o de rasgos) ($b=0.282$; $p=0.003$). Esto puede significar que la mayor edad de la mujer cuando denuncia el maltrato la predispone a sufrir mayor depresión, lo que puede guardar relación con la persistencia (duración y frecuencia) de la violencia. El significado que se le puede dar a estos resultados lo encontramos en los datos de nuestro estudio descriptivo, en el cual observamos que de las mujeres exploradas, un 71,5 % habían recibido agresiones continuadas en el tiempo antes de interponer la denuncia. Este hecho es indicativo de haber soportado una situación de maltrato prolongada, que se habría producido con frecuencia y reiteradamente a lo largo de toda la relación afectiva. En paralelo, también identificamos que 58 mujeres exploradas (38,41 % de la muestra) tenían más de 40 años cuando denunciaron. Aguar (2010) coincide con nosotros en su tesis doctoral. Identificó que las mujeres

mayores de 60 años presentaban un mayor riesgo de haber sufrido tanto “maltrato total” como malos tratos de menor severidad.

Cuando visitamos y exploramos a las mujeres denunciadas durante nuestro trabajo de campo, la impresión recibida y los datos obtenidos de la entrevista nos permitió conocer que existe una clara relación entre la edad de la mujer cuando denuncia y el tiempo que ha soportado el maltrato por parte de su pareja. En los casos en que las víctimas procedían del medio rural y tenían bajo nivel cultural y escasos recursos sociales y económicos, el tiempo de denuncia se alargaba.

Esto supone que cuando las mujeres tardan más tiempo en denunciar tendrán también más edad y, en consecuencia, habrán soportado más tiempo de maltrato. El hecho de tener que soportar agresiones durante mucho tiempo puede hacer fracasar los mecanismos adaptativos de la víctima y provocar la aparición de un daño psíquico que puede hacerse permanente, crónico e invalidante. Si no se denuncia con rapidez tras las primeras agresiones, entonces se produce la falta de reorganización afectiva con el agresor y la persistencia de las conductas violentas (celos, consumo de alcohol o drogas, infidelidades, tratamiento de enfermedades subyacentes, etc). En el caso de la mujer, se retrasa la asistencia médica, el inicio de una pauta de tratamiento adecuado y el acceso al apoyo de medidas psicosociales. El daño crónico supondrá un mayor esfuerzo terapéutico y dificultará la recuperación de la víctima.

Es por ello, que cuando las mujeres que denuncian son de más edad tendrán mayor nivel de depresión en consonancia con un daño psíquico crónico. Este dato coincide con los resultados encontrados por Lazenbatt y cols. (2013). Estos autores encontraron que el efecto del maltrato en mujeres mayores de 50 años lleva a una ansiedad más extrema y a la depresión. También observaron que tres cuartas partes de las mujeres utilizaban estrategias de afrontamiento patológicas como el consumo de alcohol con el riesgo de desarrollar otras patologías. Sin embargo, encontramos otros autores que indican que las mujeres jóvenes (hasta 29 años) expuestas a violencia de pareja tienen más prevalencia del TEPT, síntomas depresivos y una peor autoestima que las mujeres más mayores (de 30-69) (Sarasua y cols., 2007).

RELACIÓN CON EL AGRESOR Y TIPO DE VIOLENCIA

En el estudio descriptivo, encontramos que han sido 31 (20,53%) las mujeres que han denunciado insultos, coacciones, control personal y del entorno, etc.; a estas manifestaciones se añadía maltrato físico, uso de armas y hasta imposición sexual en 120 mujeres (79,47%). De estos resultados se deduce que pocas veces queda excluido el daño físico junto a la actitud de desprecio y humillaciones, vivencias muy dañinas para la salud psico-física de la víctima (Amor, Echeburua, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2001; Dutton, Goodman y Bennett, 1999; Taft, Murphy, King, Dedeyn y Musser, 2005). Estos resultados coinciden con numerosos estudios que señalan que la “violencia compleja” y más grave aparece con alta frecuencia en los casos de violencia contra las mujeres y, en particular, mujeres que denuncian (Amor, Echeburua, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Fontanil y cols., 2002; Rajini y cols., 2014; Sarasua y cols., 2007).

Que el porcentaje de violencia compleja sea superior entre las mujeres que denuncian ser víctimas de violencia en el medio familiar puede ser debido a que este tipo de violencia produce lesiones más evidentes, lo que facilita la denuncia (Gelles y Strauss, 1988; Sarasua y cols., 2007). Sin embargo, también encontramos estudios que indican que el porcentaje de violencia psicológica es cada vez mayor e incluso más frecuente (Calvete, Corral y Estévez, 2008; Follingstad y Edmundson, 2010). Del mismo modo, existen estudios que indican que en parejas jóvenes hay un incremento de la violencia psicológica pero que con el tiempo, cuando la relación se hace más estable, aumenta la violencia física (Schwartz, Magee, Griffin y Dupuis, 2004).

En cuanto a la relación con el agresor, el número de mujeres que habían mantenido una relación estable fue de 118 (78,50%), frente a las 22 (14,57%) que mantuvieron una relación transitoria y ocasional. Las 11 mujeres restantes se acogían a otros tipos de relación. Se observa que predomina la situación de mayor estabilidad en la relación, surgiendo la violencia cuando se mantiene una convivencia más comprometida, que favorece más las desavenencias y los conflictos. Estos resultados coinciden con los obtenidos en diferentes estudios donde se concluyó que existía un alto porcentaje de relaciones estables en los casos de

violencia en las relaciones de pareja (Rajini y cols., 2014). También sucede que es más difícil de romper una relación de mayor estabilidad legal o afectiva porque son más complejos los acuerdos sobre bienes comunes, hijos, circunstancias laborales, etc. (Aguirre, 1985; Amor y cols., 2002; Anderson, 2003; McFarlane, Pennings, Symes, Maddoux y Paulson, 2014; Sarasua y cols., 2007).

En el estudio multivariante se observó que el tipo de relación y de maltrato sólo se relaciona con los resultados del *STAI-Estado*, de forma que tanto la violencia compleja ($b=6.870$; $p=0.011$) como la relación transitoria ($b=6.748$; $p=0.036$) se relacionaban positivamente y aumentaban los valores del *STAI-Estado*. La importancia del tipo de maltrato sobre el daño en las mujeres también se ha encontrado en otros estudios aunque con resultados muy dispares. De esta forma, nuestros datos confirman lo encontrado por otros autores, que sostienen que experimentar violencia compleja aumenta los síntomas de deterioro de salud mental (Bonomi y cols., 2006; Golding, 1999; Aguar, 2010; Lagdon y cols., 2014). Sin embargo, Amor y cols., (2001) no encontraron diferencias entre el hecho de sufrir maltrato psicológico y el maltrato que incluye daño físico.

Sarasua y cols. (2007) observaron que la gravedad de los síntomas de las mujeres maltratadas se relacionaba de forma diferente con el tipo de abuso en función de la edad. Estudiaron la muestra a través de la severidad del TEPT, como trastorno de ansiedad, que provocaba el tipo de violencia. Así, el TEPT era más grave en las mujeres jóvenes en los supuestos de abuso sexual, mientras que en las más mayores lo era cuando la violencia provocaba la vivencia de amenaza para la vida. Este dato confirma parcialmente nuestros resultados si consideramos: por un lado que el abuso sexual y cualquier tipo de abuso que entrañe un peligro para la vida representan una violencia compleja; por otro que los niveles de ansiedad se relacionaron con la severidad del TEPT. Sin embargo y respecto al tipo de relación, estos autores observaron que la convivencia (entendida como una relación más estable) con el agresor no se relacionó con la gravedad del malestar en ambos grupos. Stewart (2011) tampoco encontró ningún resultado estadísticamente significativo en su estudio sobre el efecto que pueda tener el tipo de relación entre víctima y agresor en la salud de la víctima.

Dutton, Goodman y Bennett (1999) examinaron el papel de maltrato psicológico, la violencia física, lesiones y abuso sexual en la predicción de búsqueda de ayuda o estrategia de respuesta y la aparición del estrés traumático. Entre los resultados se encontraba que el abuso psicológico se asociaba a estrés traumático mientras que las respuestas estratégicas se predijeron en gran parte por las lesiones y el asalto físico. Los tres tipos de respuesta traumática (depresión, estrés agudo y síntomas de TEPT) se asociaron con los 5 tipos de abuso pero, contrariamente a lo que nosotros encontramos, el abuso psicológico explicaba más varianza que el físico. Esta disparidad en los datos puede ser explicada por la ambigüedad, falta de delimitación, definición y acuerdo entre los autores respecto a los tipos de violencia contra la mujer.

PERSISTENCIA DEL MALTRATO (Duración y frecuencia)

La persistencia de las agresiones la hemos calificado como “habitual” siguiendo el criterio jurídico de gravedad del delito, de que más de cuatro agresiones constituyen “habitualidad”; la violencia “no habitual” se correspondía con conductas agresivas aisladas. Los resultados ponen de manifiesto que fueron 108 (71,52%) mujeres las que sufrieron agresiones repetidas y de forma habitual, mientras que fueron 43 (28,48%) las que refieren una agresión única o aislada. Estos datos coinciden con lo que otros autores afirman al señalar que la gran mayoría de las mujeres soportan una violencia psíquica y física persistente y continuada, antes de que se produzca la denuncia (Amor y cols., 2002; Echeburua y Corral, 1998; Sarasua y Zubizarreta, 2000). Estos autores unifican la frecuencia de las agresiones con la duración, considerando que antes de la denuncia la mujer soporta durante un periodo de tiempo más o menos largo la violencia, ejercida frecuentemente, con lo que nosotros estamos de acuerdo.

Respecto a la duración y frecuencia de las agresiones, encontramos que son términos utilizados en la bibliografía como sinónimos, por ello, nosotros hemos denominado a la existencia de violencia en el tiempo y originada de forma frecuente como “persistencia de la violencia”. Esta falta de operacionalización de la frecuencia y duración se ha reflejado en cierta disparidad en los resultados de

los estudios cuando se correlaciona la duración y/o frecuencia de la violencia y con el daño para la salud general de la víctima. Por un lado, Golding (1999) refiere una relación “dosis-respuesta” entre la persistencia de la violencia y la aparición de depresión. Bonomi y col. (2006) también encontraron una asociación entre la duración del maltrato y la afectación de la salud de las mujeres. Sin embargo, Beydoun, Beydoun, Kaufman, Lo y Zonderman (2012) encontraron que sólo una proporción pequeña (9-28%) de mujeres que se habían expuesto a la violencia de género por mucho tiempo padecieron síntomas depresivos. Patró Hernández y cols. (2007) tampoco encontraron una relación entre la duración del maltrato y los niveles de depresión en víctimas de violencia de género, pero sí mantienen que existe una relación con la frecuencia de los episodios de maltrato. No obstante, la conexión entre exposición repetida a estresores (donde se incluyen los parámetros frecuencia y duración) y efectos sobre la salud ha sido demostrada en diferentes estudios (Beydoun y cols., 2012; Cloitre y cols., 2009; Kudielka, Hellhammer y Wüst, 2009).

Como ya discutimos, la persistencia del maltrato se asoció con la edad de la mujer.

AUTOESTIMA

Encontramos que el rasgo de personalidad autoestima (factor Q3) determina el daño psíquico cuando lo estudiamos mediante el STAI, GHQ-28 y Zung. Observamos una relación inversa entre la autoestima y los síntomas depresivos medidos tanto a través del GHQ-D ($b = -0.245$; $p = 0.042$) como del Zung ($b = -1.505$; $p = 0.003$). Esto significa que una autoestima baja influye en la aparición de síntomas depresivos.

Esta relación entre bajos niveles de autoestima y la presencia de mayor sintomatología depresiva coincide con los resultados observados por Patró Hernández y cols. (2007). Estos autores encontraron que el rasgo de personalidad asociado al nivel de confianza, iniciativa y seguridad personal (esto lo podemos considerar próximo a la autoestima) era uno de los rasgos de personalidad que

se asociaban con el nivel de depresión tras una experiencia de maltrato si los comparábamos con otros rasgos de la personalidad. Sherman, Bunyan, Creswell y Jaremka (2009) observaron que el nivel de activación simpática, como indicador de estrés, en estudiantes expuestos a estrés relacionado con los exámenes fue atenuado por la autoestima, entendida dentro de la teoría de la autoafirmación, y redujo el impacto que esta amenaza tiene sobre las respuestas fisiológicas y psicológicas.

Salami (2010) estudio la influencia de la autoestima como moderadora del efecto de experiencias violentas, entre ellas la doméstica y las que provocaban TEPT, y el bienestar en adolescentes nigerianos. La relación entre la exposición a la violencia y el trastorno de estrés postraumático fue moderada por la autoestima, de tal manera que la relación fue más débil para los adolescentes que tenían niveles más altos.

Vickery, Evans, Sephiri, Jabeen y Gayden (2009) exploraron la relación de la autoestima y su estabilidad (rasgo) con síntomas depresivos en personas que habían vivido un accidente cerebrovascular agudo. Encontraron que las personas con una autoestima baja tenían más síntomas depresivos, en condiciones de enfermedad y de vulnerabilidad por su estado de salud, que los que tenían una autoestima alta estable. Concluyeron que los niveles de autoestima y su estabilidad predice los síntomas depresivos al alta médica de estos pacientes. De forma más general, Sowislo y Orth (2013), en su metaanálisis sobre la relación que existe entre la autoestima y la depresión y la ansiedad, confirmaron una asociación entre ambas trastornos y la autoestima.

ESTABILIDAD EMOCIONAL Y SENTIDO DE REALIDAD

En el estudio descriptivo observamos que el 51,66% de las mujeres presentaban una estabilidad emocional dentro de la normalidad, aunque sólo el 8,08%, al tener una puntuación de 7 o más, presentaban una estabilidad emocional muy favorable para afrontar el acontecimiento vital de la experiencia violenta. En estas víctimas consideraríamos una muy baja vulnerabilidad psíquica o, lo que es

lo mismo, una alta fortaleza psicológica. Atendiendo al agrupamiento realizado en los “factores asociados”, el grupo de mujeres emocionalmente estable (MEE) lo compusieron 72 mujeres (47.68 %), siendo 79 (52.32 %) las que se incluyeron en el de personalidad emocionalmente inestable (MEI).

En otros estudios se ha descrito una correlación entre la inestabilidad emocional evaluada por el 16-PF y la aceptación del maltrato como algo inevitable (Fajardo, Fernández y Escobar, 2002). El hecho de que el maltrato puede producirse en mujeres que presenten tipos de personalidad heterogénea pone de manifiesto que, aunque la estabilidad emocional pueda tener una influencia importante en el proceso, también intervienen otros rasgos (Arinero, 2006; Rhodes y Baranoff, 1998) que modulan las consecuencias del mismo. Así, las características de personalidad influyen y, al mismo tiempo pueden modularse por acontecimientos vitales extremos y/o continuados (como puede ser el maltrato) (Connor-Smith y Flanchsbart, 2007; Ortiz, 2005; Rey, 2009; Rutter, 2012), apareciendo en las víctimas nuevas formas de afrontamiento adaptativas más o menos adecuadas a la mejor solución (Arinero, 2006; Cascardi y O’Leary, 1992).

Relacionando estas afirmaciones con nuestros resultados observamos que en nuestra muestra eran 52,32% las mujeres que integraron el grupo de mujeres emocionalmente inestables (MEI), siendo el 47,68% restante estable emocionalmente (MEE), lo que indicaría que para experimentar y mantener una relación basada en el maltrato entran en juego otros factores además de este factor específico. Esto no contradice nuestro planteamiento sobre la influencia de la estabilidad emocional en los efectos nocivos que la violencia tiene sobre la mujer.

Respecto a los estudios multivariantes, observamos que la estabilidad emocional, estudiada tanto como “factores asociados” como factor C, se relaciona con los síntomas de ansiedad.

En el primer estudio multivariante encontramos que el factor C ($b = -2.508$; $p = 0.002$) y el hecho de integrar el grupo de MEI frente al de MEE ($b = 8.236$; $p = 0.001$) guarda relación con incrementos en los valores de STAI-*Estado*, que

absorbe el efecto del maltrato sobre la respuesta que pudiera reflejarse en las puntuaciones del GHQ-28 y de la escala de depresión de Zung.

En el segundo estudio multivariante, identificamos que el factor C se relaciona con incrementos de la subescala GHQ-B, que mide ansiedad, ($b = -0,268$; $p = 0.039$) y del GHQ- T (salud general; $b = -0.914$; $p = 0.037$). También observamos indicios significación con la escala de depresión de Zung. La influencia que pueda ejercer la diferencia entre MEI y MEE queda absorbida en el *STAI-Estado*.

Estos resultados coinciden con los encontrados en otros estudios. Pavlenko, Chernyi y Goubkina (2009) estudiaron en personas sanas la relación de los niveles de ansiedad-estado y ansiedad-rasgo mediante el inventario STAI modificado y los rasgos de personalidad medidos a través del 16PF. Estos autores encontraron que cuanto menor es la estabilidad emocional en la persona, mayores son los niveles de ansiedad personal.

Brandt, Gonzalez, Grover y Zvolensky (2013) investigaron las relaciones entre la “desregulación emocional” y los síntomas de ansiedad en adultos con VIH/SIDA. Estos autores definieron la desregulación emocional de forma muy próxima al concepto de estabilidad emocional que se maneja en esta investigación. Así, entienden por desregulación emocional: las dificultades en la auto-regulación de los estados afectivos y de autocontrol del comportamiento, el aumento de los niveles de síntomas emocionales negativos y la utilización del coping orientado a evitar hacer frente a los estresores de la vida (conductas de evitación). Encontraron que la “desregulación emocional” se correlacionó positiva y significativamente con los síntomas de ansiedad. Un estudio donde se analizó la relación entre estabilidad emocional y estrés ante las exigencias laborales y familiares en mujeres africanas que eran empleadas de banco mostró una relación inversa entre el estrés y la estabilidad emocional. Las mujeres que eran emocionalmente estables tenían bajos niveles de estrés y menos conflictos familiares y/o laborales (Hlatywayo, Zingwe, Mhlanga y Mpofu, 2014).

Diferenciando lo que supone la ansiedad-estado y la ansiedad-rasgo, nuestros resultados mostraron que la baja estabilidad emocional y el grupo MEI se asociaba a puntuaciones más altas del *STAI-Rasgo*. Cuando esta asociación se observe en algunos de los elementos de la pareja o en ambos, habrá más posibilidades de que en la relación interpersonal haya frecuentes discrepancias y la convivencia sea tensa y difícil. Estas puntuaciones elevadas en ansiedad-rasgo suponen un riesgo alto de que se produzcan reacciones emocionales que pueden ser desadaptadas, impulsivas y guiadas por la frustración. Estos momentos de conflicto se van a resolver frecuentemente de manera inadecuada mediante gritos, insultos, menosprecios, desaprobaciones y reproches, etc... que pueden llegar a la agresión física, frecuentemente generada por el hombre.

También observamos que el *STAI-Rasgo* recogía el efecto del maltrato sobre GHQ_C, GHQ_D, GHQ_TOTAL y la escala de depresión de ZUNG. En consecuencia, una mujer con un nivel alto de *ansiedad-rasgo* será una víctima de mayor riesgo porque su respuesta al maltrato supondrá una mayor afectación del estado de salud general e incrementará el resultado lesivo expresando desadaptación al entorno, cambios del humor e incremento en los síntomas depresivos (desesperanza, sentimientos de minusvalía e ideación suicida) que exigirán establecer el tratamiento adecuado, un mayor control en el seguimiento y apoyo familiar y del entorno).

Estos resultados nos permiten plantear que las mujeres que tengan como característica psíquica unas puntuaciones de *STAI-Rasgo* elevadas, pueden tener también puntuaciones altas en el GHQ-28 y en el ZUNG sin acontecimientos vitales especialmente estresantes y, desde luego, sin maltrato.

Respecto a los síntomas depresivos, Brandt y cols. (2013) también investigaron las relaciones entre la “desregulación emocional” y los síntomas de depresión en adultos con VIH/SIDA. En este estudio encontraron, al igual que en el caso de la ansiedad, correlaciones positivas y significativas con los síntomas de depresión en este tipo de pacientes. Wongpakaran, Wongpakaran y van Reekum (2012) estudiaron en personas mayores la relación entre una serie de factores, entre

ellos de personalidad, y la aparición de depresión tardía vinculada a problemas interpersonales. Se encontró que la falta de estabilidad emocional es, junto con una edad más joven, el predictor más fuerte de la aparición de síntomas depresivos, lo que explicaron como un resultado que puede estar mediado por la inhibición social.

En relación a los índices de bienestar, Sharma y Khullar (2013) estudiaron los factores que determinan el bienestar de los pacientes que tenían que afrontar el estrés que supone padecer una enfermedad como la diabetes Mellitus (no insulino dependientes). Encontraron que la estabilidad emocional se relacionaba significativamente con el bienestar subjetivo.

En general, se puede decir que nuestros resultados muestran que la estabilidad emocional puede ser un factor protector para la salud en mujeres víctimas de violencia de género y favorecerá la respuesta al tratamiento. Estos resultados coinciden con los encontrados en otros estudios. Así, Lazenbatt y cols (2013) estudiaron la forma de afrontar las experiencias de violencia de género en mujeres (mayores de 50 años) y las consecuencias para su salud. Los resultados ponían de manifiesto que las mujeres que utilizaban mecanismos de adaptación patológicos, como el abuso de alcohol o la automedicación, tenían mayor riesgo de afectación de su salud física y mental.

Aunque el concepto de *coping* (afrontamiento) puede no ser unánime (Skinner y cols., 2003), se considera, en general, que el *coping centrado en la emociones* es menos eficaz como procedimiento de afrontamiento, ya que para minimizar la emoción negativa se recurre a estrategias como expresión emocional, búsqueda de apoyo y evitación, tratándose, por lo tanto de mecanismos que se alejan de la realidad. Se considera más eficaz el *coping centrado en el problema* cuyo objetivo es influir y eliminar la fuente de estrés, conociéndola desde la realidad (Connor-Smith y Flachsbart, 2007). En relación a las experiencias de violencia de género se confirman estos datos y entendemos que la forma de afrontar la situación centrada en la emoción y en el uso de conductas de evitación del problema se relacionan con un perfil de inestabilidad emocional asociado a bajo sentido

de realidad, tensión e inseguridad. Esto confirma nuestros resultados, ya que observamos que el factor M (sentido de realidad) se relacionaba positivamente con la subescala GHQ-C ($b= 0.237$; $p=0.011$), de forma que las mujeres que tenían un bajo sentido de realidad mostraban menor desadaptación socio laboral.

Lilly y Graham-Bermann (2010) encontraron que las mujeres que usaban una forma de afrontamiento centrado en la emoción experimentaban más síntomas de estrés postraumático y era más probable que se expusieran nuevamente a la violencia. Igualmente, encontramos resultados similares en otras poblaciones como el estudio realizado con veteranos de la guerra del Vietnam, en el que se observó que los combatientes que puntuaban bajo en estabilidad emocional medida a través del 16 PF desarrollaban más síntomas de estrés postraumático (Hyer, Woods, Boudewyns, Harrison y Tamkin, 1990).

GHQ-28

En el estudio descriptivo observamos que del total de las mujeres evaluadas, un poco más de la mitad (51,65%) tenían una salud general deteriorada, aunque sólo en el 23,84% estaba indicado el tratamiento farmacológico. Por lo tanto, casi la mitad de las mujeres (48,34%) tenían una salud aceptable. Estos resultados reafirman la inconsistencia que aparece entre diferentes estudios cuando se explora el daño derivado de la violencia contra las mujeres. De ahí la necesidad de seguir investigando los factores facilitadores y protectores frente a esta experiencia traumática. Así, Golding (1999) encuentra resultados muy similares a los nuestros. Un dato que sostiene la literatura consultada es que hay una asociación entre la experiencia traumática y la afectación de la salud mental en las mujeres víctimas de violencia de pareja (Beydoun y cols., 2012; Lagdon y cols., 2014).

Otros estudios dirigidos a determinar el tiempo de respuesta entre el inicio de la violencia y la aparición de síntomas concluyeron que el tiempo de aparición de los síntomas en mujeres sin trastorno mental previo estaba entre 1 y 5 años (La Flair y cols., 2011; Rees y cols., 2014); intervalo temporal que tendremos en cuenta en futuros estudios sobre el tema.

Respecto a las subescalas del GHQ-28, los anteriores resultados indican que las puntuaciones de 5 o más, indicativas de mala salud y necesidad de tratamiento, aparecen en 45 mujeres, en GHQ-A, 47 en GHQ-B, en 16 en GHQ-C y en 34 en GHQ-D. Llama la atención que sea en el indicador de adaptación socio-laboral en el que el número de mujeres es menor. Sólo el 10,69%, presenta puntuaciones patológicas, lo que interpretamos como que el trabajo y las ocupaciones representan un factor favorable como medio de canalizar la ansiedad que genera la violencia para que en nuestra muestra un alto porcentaje de mujeres muestren una más salud saludable.

En general, se observa una afectación moderada en las escalas A, B y D, siendo casi nula en C. Estos datos confirman parcialmente otros estudios en los que se ha encontrado una asociación moderada-grave entre la violencia de género y depresión, ansiedad y la aparición de trastorno de estrés postraumático (Beydoun y cols., 2012; Lagdon y cols., 2014). Esto puede deberse a que un porcentaje elevado de las mujeres de este estudio mostraban una buena adaptación sociolaboral. En este caso, el trabajo vivido como algo positivo proporcionaría a la mujer seguridad y autoestima y, por lo tanto, facilita la adecuada canalización del estrés que pueda generar la violencia. Los estudios demuestran que entre las variables sociodemográficas que caracterizan a la mujer maltratada se encuentra la relación prolongada con el agresor con el añadido de inexistencia de un trabajo (Amor et al., 2002; Terrazas-Carrillo y McWhirter, 2015). Por este motivo, el hecho de tener un trabajo y la autonomía económica que esto representa favorece la toma de decisiones para acabar con la situación de maltrato. Por otro lado, el trabajo y las ocupaciones pueden estar contrarrestando en la mujer víctima de violencia otros síntomas como son los ansiosos, psicósomáticos generales y depresivos, sirviéndole de “válvula de escape”, probablemente en las mujeres de mayor estabilidad emocional. El estudio de Rothman, Hathaway, Stidsen, y Vries (2007) confirma la importancia de tener un empleo entre las mujeres víctimas de violencia de género. Entre los beneficios, encontraron una mejora de la autoestima, aumento del contacto social, el alejamiento del entorno conflictivo, una forma de “respiro mental” y el tener un objetivo vital.

CAPÍTULO VI
DISCUSIÓN GENERAL
Y PERSPECTIVAS
FUTURAS

VI. DISCUSIÓN GENERAL Y PERSPECTIVAS FUTURAS

1. Discusión General.

El objetivo fundamental de este trabajo fue investigar el efecto del maltrato sobre la salud psicológica de la mujer víctima de violencia de género y conocer qué características de personalidad, propias de las víctimas y de la situación de maltrato juegan un papel de vulnerabilidad o, por el contrario, de protección sobre la salud.

En la literatura científica ya existen indicios que muestran que tanto las características situacionales como las individuales juegan un importante papel en la adaptación de las personas, mediante respuestas adecuadas, tanto ante los estresores de la vida cotidiana como ante aquellos que alcanzan categoría de traumáticos o “acontecimientos vitales” (p.e., McEwen y Wingfield, 2010).

A pesar de la importancia de estos factores en la psicopatología derivada del estrés o situación traumática, poco se conoce sobre cuáles son los determinantes clave y menos aún en población no clínica (p.e., Ellsberg y cols., 2008), siendo los resultados muy heterogéneos o pocos concluyentes.

En nuestro trabajo, queríamos conocer, en primer lugar, cuál era el perfil de edad de las víctimas, así como el tipo de relación que mantenían con el agresor, y la duración y frecuencia de la violencia. También nos interesaba especialmente conocer si estas variables jugaban algún papel sobre el daño psíquico consecuente al maltrato sufrido.

Los resultados de este primer análisis se pueden resumir en:

1) La franja de edad más representativa oscila entre 31 y 40 años, lo cual coincide con lo que establecen otros autores (Rajini y cols., 2014).

2) La “violencia compleja” fue la que mayor presencia tuvo entre las mujeres que denunciaron. Estos resultados coinciden con numerosos estudios que señalan que la “violencia compleja” y más grave aparece con alta frecuencia en los casos de violencia contra las mujeres y en mujeres que denuncian (p.e., Amor y cols., 2002; Rajini y cols., 2014). Sin embargo, también encontramos estudios que indican que el porcentaje de “violencia psicológica” es cada vez mayor e incluso más frecuente (Follingstad y Edmundson, 2010). Esto puede deberse a que cada vez son más las mujeres que denuncia en la fase de “violencia psicológica”, ante el aumento de sensibilización y apoyos a las mujeres víctimas, lo que las lleva a denunciar antes de que se produzcan violencias físicas.

3) El maltrato predomina en la situación de mayor estabilidad en la relación. lo cual se ha observado en otros estudios (p.e., McFarlane y cols. 2014).

4) La mayoría de las mujeres sufrieron agresiones repetidas y de forma habitual, este resultado nuestro, también coincide con el encontrado por otros autores en sus estudios (Amor y cols., 2002; Echeburua y Corral, 1998).

5) La edad de las mujeres se relacionó con síntomas depresivos, y la duración del maltrato y la “violencia compleja” y el tipo relación transitoria con mayores niveles de ansiedad, por lo que estas variables no se relacionaron de forma generalizada con todos los indicadores de daño psíquico.

Estos resultados son confirmados por otros autores que relacionaron estas variables con el daño psíquico de las mujeres maltratadas, pero no siempre en la misma línea. Así, nuestros datos sobre la edad coinciden con los obtenidos por Lazenbatt y cols. (2013), los cuales indican que en mujeres mayores que son maltratadas existe mayor presencia de síntomas depresivos. Sin embargo, otros estudios concluyen que las mujeres más jóvenes experimentan más síntomas depresivos (Sarasua y cols., 2007).

Sobre el tipo de maltrato también se observan resultados discrepantes, existiendo estudios que coinciden con nuestros resultados al afirmar que la “violencia compleja” explica de forma importante el daño psicológico de las víctimas (p.e., Lagdon y cols., 2014), mientras que otros autores inciden sobre la importancia del maltrato psicológico (Dutton y cols., 1999) o no encuentran diferencias en el tipo de maltrato respecto al daño a que estas conductas dan lugar (Amor y cols., 2001).

En segundo lugar, queríamos ver qué rasgos y qué perfil de personalidad era más vulnerable ante el maltrato.

Para ello analizamos la personalidad como factor y como perfil, agrupando, en el segundo caso, a las mujeres en “emocionalmente estables” y “emocionalmente inestables”. En nuestra muestra de mujeres víctimas, (tanto en el modelo rasgo como en el modelo perfil de personalidad), la estabilidad emocional y la autoestima fueron los factores que mejor explicaron el daño psíquico de las mujeres. Encontramos así que la autoestima se relacionó con síntomas depresivos y con el grado de bienestar de las mujeres, y la estabilidad emocional se relacionó con síntomas depresivos, ansiosos y con el bienestar de las mujeres. Ambos resultados coinciden con los encontrados por otros autores (p.e., Lazenbatt, y cols., 2013; Salami, 2010; Sherman y cols., 2009).

La prescripción de tratamiento médico se demuestra como una consecuencia lógica de la mayor puntuación en los instrumentos psico-diagnósticos que miden la intensidad del daño psíquico. Cuanto mayor sean estas puntuaciones, mayor será también el riesgo de que la víctima necesite apoyo farmacológico para aliviar su malestar y superar la situación.

Finalmente, queremos reseñar que de lo anteriormente descrito, las mujeres con más edad, las mujeres con bajas puntuaciones de estabilidad emocional (factor C) y autoestima (factor Q3), las MEI y las que soportaban la violencia durante más tiempo presentaban mayor número de síntomas y, por tanto, mayor daño psíquico, lo que nos puede estar indicando un mayor riesgo para necesitar medicación de tipo psiquiátrico. De hecho, nuestro análisis descriptivo y bivariante así lo confirma.

2. Conclusiones.

De esta tesis se desprenden las siguientes conclusiones:

Primera. La edad representativa de las mujeres maltratadas que han participado en este estudio oscila entre 31-40 años (39,07%). La edad es una variable que podemos considerar de vulnerabilidad para el daño psicológico de estas mujeres.

Segunda. La “relación estable” es el contexto más frecuente en el que se produce la violencia de género (78,50%), sin embargo, la “relación transitoria” fue en la que el daño psíquico se hizo más evidente y se explicó mejor.

Tercera. El tipo de “violencia compleja” fue el que se produjo con mayor frecuencia (79,47%) y el que mostró ser un factor determinante en la aparición del daño psíquico.

Cuarta. El grupo de mujeres emocionalmente inestable demostró ser el más vulnerable psicológicamente, con una media de puntuaciones en los indicadores de daño psíquico superior al grupo de mujeres emocionalmente estables, con diferencia estadísticamente significativa ($b=8.236; p=0.001$). Esta diferencia se constituye en un factor de riesgo para que el daño psíquico sea mayor y más grave.

Quinta. La estabilidad emocional y la autoestima fueron las características de personalidad que diferenciaron mejor a ambos grupos y jugaron un papel más determinante en la vulnerabilidad de las mujeres.

Sexta. Niveles altos de estabilidad emocional y autoestima serían, según nuestros resultados, indicadores de fortaleza psicológica y, por tanto, de menor vulnerabilidad, de forma que favorecerían un menor daño psicológico como respuesta a la experiencia traumática de la violencia.

3. Limitaciones y Perspectivas Futuras.

1. Hemos observado que la forma y herramienta elegida para analizar la personalidad (rasgos aislados o perfil) es sensible respecto a la medida del daño psíquico, pero al alejarse del objetivo del estudio no se abordará en este trabajo. En estudios futuros profundizaremos en esta cuestión.
2. Uno de los resultados a destacar de este estudio es que el inventario de ansiedad STAI condiciona los resultados sobre el daño psíquico, cuando éste es medido con las subescalas GHQ-A, GHQ-B y GHQ-Total, además de con la escala de depresión de Zung. En futuros estudios, ya que disponemos de los datos, investigaremos de forma específica la evaluación del daño psíquico mediante estos instrumentos, sus coincidencias y sus divergencias, así como la forma en que interaccionan en esta medida del daño psicológico.
3. Gran parte de nuestros resultados están apoyados por la literatura, pero en este campo de estudio la heterogeneidad y las discrepancias entre resultados pone de manifiesto, entre otros aspectos, la falta de una definición consensuada de los principales conceptos de violencia, personalidad y afrontamiento que hemos manejado en esta tesis y, más aún, de la disparidad en la elección de lo que compone cada uno de ellos y de la forma de medirlo. Si se quiere llegar a unos resultados que aporten un avance real en este campo, tanto desde la perspectiva preventiva como desde la clínica, se hace necesario un consenso conceptual y un protocolo estandarizado que sirva de guía a los estudiosos de esta problemática.
4. En este estudio utilizamos los grupos de mujeres clasificadas en función de la estabilidad emocional como grupo de estudio y de control al mismo tiempo, porque entendemos que el comparar a mujeres maltratadas con mujeres no maltratadas desvirtúa el objetivo de estudio y en sí misma la variable “no maltratada” podría estar funcionando como variable extraña.

La investigación futura deberá subsanar las limitaciones señaladas.

España debe seguir liderando la lucha contra la violencia de género con estudios que aporten datos para la elaboración de procedimientos médicos de valoración y de actuaciones en materia preventiva.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

- Abaied, J.L. y Rudolph, K.D. (2011). Maternal influences on youth responses to peer stress. *Developmental Psychology*, 47(6), 1776-1785. doi:http://dx.doi.org/10.1037/a0025439
- Aguar, M. (2004). *Malos Tratos a Mujeres: Prevalencia e impacto en su salud*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada.
- Aguirre, B.E. (1985). Why do they return? Abused wives in shelters. *Social Work*, 30(4), 350-354. doi: 10.1093/sw/30.4.350.
- Alhabib, S., Nur, U. y Jones, R. (2010). Domestic Violence Against Women: Systematic review of Prevalence Studies. *Journal of Family Violence*, 25, 369-382. doi:10.1007/s10896-009-9298-4.
- Allport, G. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart, & Winston.
- Allport, G. (1966). *La personalidad. Su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.
- Álvarez, E. y Crespo, M.D. (1995). Morbilidad psiquiátrica en atención primaria: Resultados de un estudio epidemiológico con el cuestionario GHQ-28 de Goldberg. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*, 40(1), 6-14.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed). Whashington: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed). Arlington.

- Amor, P.J., Echuburúa, E., Corral, P., Sarasúa, 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. doi: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3913>.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 227-246.
- Anderson, D.J. (2003). The impact of subsequent violence of returning to an abusive partner. *Journal of Comparative Family Studies*, 34(1), 93-112.
- 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, & Abuse: A Review Journal*, 4(2), 163-191. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1524838002250769> .
- Archer, J. (2000). Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 126, 651-680. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.126.5.651>.
- Archer, J. (2002). Sex differences in physically aggressive acts between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Aggression and violent behavior*, 7(4), 313-351. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789\(01\)00061-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1359-1789(01)00061-1).
- Arinero, M. (2006). *Análisis de la eficacia de un programa de intervención psicológico para víctimas de violencia doméstica*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid.
- Aso Escario J. y Cobo Plana, J.A. (2006). *Valoración de las lesiones causadas a las personas en accidentes de circulación a partir de la ley 34/03* (3ªed). Barcelona: Masson.
- Avanci, J., Assis, S. y Oliveira, R. (2013). A cross-sectional analysis of women's mental health problems: Examining the association with different types of violence among a sample of brazilian mothers. *BMC Women's Health*, 13(1), 20. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1472-6874-13-20>.

- Avant, E.M., Swopes, R.M., Davis, J.L. y Elhai, J.D. (2011). Psychological abuse and posttraumatic stress symptoms in college students. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(15), 3080-3097. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0886260510390954>.
- Benavides, L.E. (2015). Protective factors in children and adolescents exposed to intimate partner violence: An empirical research review. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 32(2), 93-107. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10560-014-0339-3>.
- Benítez Jiménez, M.J. (2004). *Violencia contra la mujer en el ámbito familiar: Cambios sociales y legislativos*. Madrid: Edisofer.
- Benítez Moreno, J.M., Casquero Ruiz, R., Mancera Escarti, R. y Mínguez Villar, J.C. (2010). *Guía de buena práctica clínica en depresión y ansiedad generalizada con presentación de síntomas somáticos*. Madrid: Organización Médico Colegial
- Beydoun, H.A., Beydoun, M.A., Kaufman, J.S., Lo, B. y Zonderman, A.B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 75(6), 959-975. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.04.025>.
- Blanchard, R.J. y Blanchard, D.C. (1989). Attack and defense in rodents as ethoexperimental models for the study of emotion. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 13 Supp, 3-14.
- Blanchard, D.C, Hynd, A.L., Minke, K.A., Minemoto, T. y Blanchard, R.J. (2001). Human defensive behaviors to threat scenarios show parallels to fear- and anxiety-related defense patterns of non-human mammals. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 25(7-8), 761-770.
- Bonomi, A.E., Thompson, R.S., Anderson, M., Reid, R.J., Carrell, D., Dimer, J.A. y Rivara, F.P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine*, 30(6), 458-466. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.015>.

- Bornstein, D. R., Fawcett, J., Sullivan, M., Senturia, K. D. y Shiu-Thornton, S. (2006). Understanding the experiences of lesbian, bisexual and trans survivors of domestic violence: A qualitative study. *Journal of Homosexuality*, 51(1), 159-181. doi:http://dx.doi.org/10.1300/J082v51n01_08.
- Boyce, C.J., Wood, A.M., Daly, M. y Sedikides, C. (2015). Personality change following unemployment. *Journal of Applied Psychology*, 100(4), 991-1011. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0038647>.
- Bradley, M.M., Codispoti, M., Cuthbert, B.N. y Lang, P.J. (2001). Emotion and motivation I: Defensive and appetitive reactions in picture processing. *Emotion*, 1(3), 276-298. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1528-3542.1.3.276>.
- Brandt, C.P., Gonzalez, A., Grover, K.W. y Zvolensky, M.J. (2013). The relation between emotional dysregulation and anxiety and depressive symptoms, pain-related anxiety, and HIV-symptom distress among adults with HIV/AIDS. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(2), 197-204. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10862-012-9329-y>.
- 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.
- Bufacchi, V. (2005). Two concepts of violence. *Political Studies Review*, 3(2), 193-204.
- Cabanyes Truffino, J. (2010). Resilience: An approach to the concept. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 3(4), 145-151. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsm.2010.09.003>.
- Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2008). Coping as a mediator and moderator between intimate partner violence and symptoms of anxiety and depression. *Violence Against Women*, 14(8), 886-904. doi:10.1177/1077801208320907.
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359(9314), 1331-1336.

- Cano Vindel, A. (2005). *La ansiedad: Claves para vencerla*. Málaga: Arguval.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., Borgogni, L. y Perugini, M. (1993). The Big Five Questionnaire. A new questionnaire to assess the five factor model. *Personality and Individual Differences*, 15, 281-288.
- Carney, M., Buttell, F. y Dutton, D. (2007). Women who perpetrate intimate partner violence: A review of the literature with recommendations for treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 108-115. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2006.05.002>.
- Carrasco, J.C. (2004). Violencia física, psicológica y sexual en el ámbito de la pareja: Papel del contexto. *Clínica y Salud: Revista de Psicología Clínica y Salud*, 15(1), 33-54.
- Carrasco, J. C. (2007). Violencia Doméstica: Lo que revela la investigación básica con parejas. *Papeles del Psicólogo*, 28(1), 57-62.
- Carrasco Gómez, J.J. y Maza Martín, J.M. (2010). *Tratado de psiquiatría legal y forense* (4ª ed). Madrid: La Ley.
- Carver, C.S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61, 679-704. doi:<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>.
- Casado-Blanco, M. y Castellano-Arroyo, M. (2013). Trastorno por estrés postraumático en la práctica médico-legal. *Revista Española de Medicina Legal*, 39(1), 12-18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.reml.2012.10.004>.
- 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.
- Castilla del Pino, C. (1977). *XII La incomunicación* (7ª ed.). Barcelona: Edicions 62.
- Castellano Arroyo, M. (2003). Aspectos Médico Legales del Moobing. *La Mutua, Revista Técnica de Salud Laboral y Prevención*, 9, 21-46.

- Castellano Arroyo, M. (2004). Descripción, análisis, diagnóstico y tratamiento de las patologías psiquiátricas de etiología laboral. Patologías relacionadas con la carga mental laboral. *Alcor de MGO, Revista Científico-Técnica de Seguridad Laboral. Número especial*, 32-47.
- Castellano Arroyo, M. (2013). Valoración del agresor en los casos de violencia de género. En M.S. Rodríguez Calvo y F. Vázquez-Portomeñe Seijas (eds), *La violencia de género: Aspectos médico-legales y jurídico-penales* (pp. 15-52). Tirant Lo Blanch.
- Castellano Arroyo, M. (2014). La Medicina Legal en su momento más decisivo. Exigencias formativas de los especialistas en Medicina Legal y Forense, y de los Médicos Forenses. *Cuadernos de Medicina Forense*, 20(1), 5-8.
- Castellano Arroyo, M. (2015). “A vueltas con la especialidad de Medicina Legal y Forense y su nueva encrucijada”. *Organización Médica Colegial de España*. Recuperado de <http://www.medicosypacientes.com/articulos/opinion11315.html>
- Castellano Arroyo, M., Aso Escario, J., Cobo Plana, J. A. y Martínez Jarreta, B. (1998). Datos Médico-Forenses de 1485 agresiones denunciadas por mujeres. *Revista Española de Medicina Legal*, 84-85.
- Castellano Arroyo, M. y Díaz Franco, J.J. (2005). Estrés Laboral. Burnout. Trabajo a turnos. Acoso en el trabajo (mobbing). Suicidio y trabajo. En F. Gil Hernández (Ed), *Tratado de Medicina del Trabajo*, (pp 463-481). Barcelona: Masson.
- Castellano Arroyo, M. y Díaz Franco, J. J. (2012). Estrés Laboral. Burnout. Exploración psicodiagnóstica en medicina del trabajo. Selección de personal. Profesiogramas. En F. Gil Hernández (Ed), *Tratado de Medicina del Trabajo*, (pp 467-43). Barcelona: Masson.
- Castellano Arroyo, M. y Gisbert Grifo, M.S. (2004). Valoración médico legal del daño psíquico. En J.A, Gisbert Calabuig y E. Villanueva Cañadas, *Medicina Legal y Toxicología*,(1217-1233). Barcelona: E. Edit Masson.
- Castellano, M., Lachica, E., Molina, A., Fernández-Nogueras, V. y García-Santalla,

- J.L. (2004). *Rasgos de personalidad de las mujeres víctimas de violencia familiar; prognosis de vulnerabilidad*. Póster presentado al XVI Jornadas mediterráneas de Medicina Legal. Sevilla
- Castellano, M., Lachica, E., Molina, A., Fernández-Nogueras, V. y Luna, J.D. (2004). *Evaluación de la depresión mediante la escala de Zung y Goldberg en mujeres víctimas de violencia familiar*. Póster presentado al XVI Jornadas mediterráneas de Medicina Legal. Sevilla
- Castellano, M., Lachica, E., Molina, A. y García-Santalla, J.L. (2003). *Social, medical and affectiva aspects of aggressors in domestic violence*. Póster presentado al XIX Congress of the International Academy of Legal Medicine. Milan
- Castellano, M., Lachica, E., Molina, A., García-Santalla, J.L. y Luna, J.D (2004). *Estudio de la salud psicofísica en mujeres víctimas de violencia familiar mediante el cuestionario GHQ de Goldberg*. Póster presentado al XVI Jornadas mediterráneas de Medicina Legal. Sevilla.
- 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.
- Cattell, R. (1972a). *El análisis científico de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.
- Cattell, R.B. (1972b). *Manual for the 16PF (Sixteen Personality Factors)*. Illinois: Institut for Personality and Ability Testing.
- Cattell, R. (1977). *El análisis científico de la personalidad y la motivación*. Madrid: Pirámide.
- Cattell, R. (1985). *16PF, Cuestionario de personalidad para Adultos*. Manual. Madrid: TEA.
- Cattell, R.B. (1998). *Cuestionario factorial de personalidad (adolescentes y adultos)* (15ª Ed). Madrid: TEA Ediciones
- Cattell, R. y Cattell, H. (1995). *Personality Structure and the New Fifth Edition of the 16PF*. *Educational and Psychological Measurement*, 55(6), 926-937.

- Cloitre, M., Stolbach, B.C., Herman, J.L., Van der Kolk, B.A., Pynoos, R.S., Wang, J. y Petkova, E. (2009). A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *Journal of Traumatic Stress*, 22(5), 399-408. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.20444>.
- Código de Deontología médica. Guía de Ética Médica. (2011). *Real e Ilustre Colegio de Médicos de la Provincia de Sevilla. Organización Médica Colegial de España*.
- Coker, A.L., Hopenhayn, C., DeSimone, C.P., Bush, H.M. y Crofford, L. (2009). Violence against women raises risk of cervical cancer. *Journal of Women's Health*, 18(8), 1179-1185. doi:10.1089/jwh.2008.1048.
- Coker, A.L., Smith, P.H., McKeown, R.E. y King, M.J. (2000). Frequency and correlates of intimate partner violence by type: Physical, sexual, and psychological battering. *American Journal of Public Health*, 90(4), 553-559.
- Conde, V., Escribá, J. A. y Izquierdo, J. A. (1969). Evaluación estadística y adaptación castellana de la Escala Autoaplicada para la Depresión (SDS) de Zung. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 24(99), 868-880.
- Connor-Smith, J. y Compas, B.E. (2002). Vulnerability to social stress: Coping as a mediator or moderator of sociotropy and symptoms of anxiety and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 26(1), 39-55. doi:<http://dx.doi.org/10.1023/A:1013889504101>.
- Connor-Smith, J. y Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(6), 1080-1107. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.93.6.1080>.
- Cornelius, T.L. y Resseguie, N. (2007). Primary and secondary prevention programs for dating violence: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 12(3), 364-375. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2006.09.006>.
- Cortés Bechiarelli, E. (2000). *El delito de malos tratos familiares: Nueva regulación*. Marcial Pons.

- Craparo, G., Gori, A., Petrucelli, I., Cannella, V. y Simonelli, C. (2014). Intimate partner violence: Relationships between alexithymia, depression, attachment styles, and coping strategies of battered women. *Journal of Sexual Medicine*, 11(6), 1484-1494. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/jsm.12505>.
- Curiel López de Arcáute, A.M. (2006). Maltrato y suicidio. En C. García Alvarez, R. López Castro y A.M. Curiel López de Arcáute (Coor), *Violencia doméstica. Aspectos médico legales* (pp 87-96). Universidad de Valladolid
- De Haan, W. (2008). *Violence as an essentially contested concept*. Springer New York.
- De Medeiros, T. (2010). *Predisposições Individuais e Correlatos Neuro-endócrinos*. (Trabajo de máster), Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho, Universidad Federal de Rio de Janeiro. Brasil.
- Decreto por el que se crea y regula el modelo de parte al Juzgado de Guardia para la comunicación de asistencia sanitaria por lesiones (Decreto 3/2011 de 11 de enero de 2011), Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 18, 2011, 27 de enero.
- Decreto por el que se aprueba el Reglamento de Organización y Funcionamiento de los Institutos de Medicina Legal de la Comunidad Autónoma de Andalucía, del Consejo Andaluz de Medicina Legal y Forense y de la Comisión de Coordinación de los Institutos de Medicina Legal (Decreto 69/2012 de 20 de marzo de 2012), Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 63, 2012, 30 de marzo.
- Del Moral García, A. (2004). Aspectos penales de la violencia doméstica. La actuación del ministerio fiscal. En *Encuentros "Violencia doméstica"*, (pp 457-536). CGPJ, Madrid.
- DeKeseredy, W.S. (2011). Feminist contributions to understanding woman abuse: Myths, controversies, and realities. *Aggression and Violent Behavior* 16(4), 297-302. doi:10.1016/j.avb.2011.04.002.
- Duarte, J.C. y Arboleda, M.R.C. (1986). *Los instintos y la emoción: vivencias íntimas del yo*. Biblioteca básica de psicología general. Edit Quorum.

- Dutton, M.A., Goodman, L.A. y Bennett, L. (1999). Court-involved battered women's responses to violence: The role of psychological, physical, and sexual abuse. *Violence and Victims*, 14(1), 89-104.
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A concept analysis. *Nursing Forum*, 42(2), 73-82.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta, I., y Sauca, D. (1990). *Malos tratos y agresiones sexuales: lo que la mujer debe saber y puede hacer*. Servicio de Publicaciones de Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer, Vitoria.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y del Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: Variables relevantes1. *Acción Psicológica*, 1(2), 135-150.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E. y de Corral, P. (2005). ¿Cómo evaluar las lesiones psíquicas y las secuelas emocionales en las víctimas de delitos violentos. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 5, 57-73.
- Echeburúa, E., De Corral, P. y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(Supl), 139-146.
- Eilam, D. (2005). Die hard: A blend of freezing and fleeing as a dynamic defense implications for the control of defensive behavior. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(8), 1181-1191. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2005.03.027>.
- Ellsberg, M., Jansen, H.A.F. M., Heise, L., Watts, C.H. y Garcia-Moreno, C. (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.
- Esbec, E. (2000). Evaluación psicológica de la víctima. En E. Esbec y G. Gómez-Jarabo, *Psicología forense y tratamiento jurídico-legal de la discapacidad*. Madrid. Edisofer.
- Eysenck, H., J. (1970). *The structure of human personality*. London: Methuen & Co. Ltd.

- Eysenck, M.W. y Eysenck, H.J. (1980). Mischel and the concept of personality. *British Journal of Psychology*, 71(2), 191.
- Fajardo, J.P., Fernández, K. y Escobar, O.B (2002). Estilo de vida, perfil psicológico y demográfico de mujeres maltratadas por su cónyuge. *Revista Psicología Científica* 4(12).
- Fanselow, M.S. (1994). Neural organization of the defensive behavior system responsible for fear. *Psychonomic Bulletin & Review* 1(4), 429-438.
- Ferrer-Pérez, V.A. y Bosch-Fiol, E. (2014). Gender violence as a social problem in Spain: Attitudes and acceptability. *Sex Roles*, 70(11-12), 506-521. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11199-013-0322-z>.
- Fierro Bardají, A. (1981). *Lecturas de psicología de la personalidad*. Madrid:Alianza Editorial.
- Fischbach, R.L. y Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: Correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science & Medicine*, 45(8), 1161-1176.
- Flicker, S.M., Cerulli, C., Swogger, M.T. y Talbot, N.L. (2012). Depressive and posttraumatic symptoms among women seeking protection orders against intimate partners relations to coping strategies and perceived responses to abuse disclosure. *Violence Against Women*, 18(4), 420-436. doi: 10.1177/1077801212448897.
- Follingstad, D.R. y Edmundson, M. (2010). Is psychological abuse reciprocal in intimate relationships? Data from a national sample of American adults. *Journal of Family Violence*, 25(5), 495-508. doi: 10.1007/s10896-010-9311-y.
- Fonck, K., Els, L., Kidula, N., Ndinya-Achola, J. y Timmerman, M. (2005). Increased risk of HIV in women experiencing physical partner violence in Nairobi, Kenya. *AIDS and Behavior*, 9(3), 335-339. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10461-005-9007-0>.

- Fontanil, Y., Méndez-Valdivia, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F.J., Herrero, J. y Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*, 14, Supl., 130-138.
- García Díaz, N. (2006). Identificación de los malos trastos físicos y psíquicos e intervención psicológica desde las oficinas de atención a las víctimas. En C., García Álvarez, R., López Castro y A.M. Curel López (Coor.), *Violencia doméstica. Aspectos médico legales*, (pp 131-136). Universidad de Valladolid.
- García-Moreno, C., Jansen, H.A., Ellsberg, M., Heise, L. y Watts, C.H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence. *The Lancet*, 368, 1260-1269.
- Gelles, R.J. y Straus, M.A. (1988). *Intimate violence: The definitive study of the causes and consequences of abuse in the American family*. New York: Simon & Schuster.
- Gili, M., Ferrer, V., Roca, M. y Bernardo, M. (2000). Trastornos psiquiátricos y comorbilidad médica en un estudio epidemiológico comunitario. *Psicothema*, 12(1), 131-135.
- Gisbert Calabuig, J.A., Sánchez Blanque, A. y Castellano Arroyo, M. (2004). La prueba pericial psiquiátrica: Sinceridad de las confesiones y declaraciones. En J.A, Gisbert Calabuig y E. Villanueva Cañadas, *Medicina Legal y Toxicología*, (pp 1042-1058). Barcelona: E. Edit Masson
- Goldberg, D.P. y Hillier, V.F. (1979). A scaled version of the general health questionnaire. *Psychological Medicine*, 9(1), 139-145.
- 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.
- Gonçalves Estella, F., González Rodríguez, V.M. y Vázquez Castro, J. (2003). *Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad*. Madrid: Organización Médico Colegial.
- González Rus, J.J. (2011). Las lesiones. En L. Morillas Cuevas (Coor), *Sistema de derecho penal español. Parte especial*, (pp 89-113). Granada: Edit Dikynson.

- Guerra Verdeja, J. A. (2014). ¿Qué hay detrás de la muerte de mujeres a manos de sus parejas masculinas?. Hacia un análisis del concepto "violencia de género". *Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, 28, 129-156. doi: 10.5944/empiria.28.12124.
- Guillén Soria, J. M. (2000). Introducción, violencia doméstica ejercida sobre la mujer: Elementos socio-culturales y económicos que determinan su existencia. En *Estudios sobre violencia doméstica y agresiones sexuales* (pp 99-126). Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia.
- Hamberger, L.K. (2005). Men's and women's use of intimate partner violence in clinical samples: toward a gender-sensitive analysis. *Violence and Victims*, 20, 131-151. <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.2005.20.2.131>.
- Hamberger, L.K. y Larsen, S.E. (2015). Men's and Women's Experience of Intimate Partner Violence: A Review of Ten Years of Comparative Studies in Clinical Samples; Part I. *Journal of Family Violence*, 30, 699-717. doi:10.1007/s10896-0159732-8.
- Hirigoyen, M.F. (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós Ibérica para Círculo de Lectores.
- Hlatywayo, C.K., Zingwe, T., Mhlanga, T.S. y Mpofu, B.D. (2014). Precursors of emotional stability, stress, and work-family conflict among female bank employees. *The International Business & Economics Research Journal*, 13(4), 861.
- Huang, H.Y., Yang, W. y Omaye, S.T. (2011). Intimate partner violence, depression and overweight/obesity. *Aggression and violent behavior*, 16(2), 108-114. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2010.12.005>.
- Hunnicut, G. (2009). Varieties of Patriarchy and Violence against Women: Resurrecting 'Patriarchy' as a Theoretical Tool. *Violence Against Women* 15(5), 553-73. doi:10.1177/1077801208331246.
- Hyer, L., Woods, M.G., Boudewyns, P.A., Harrison, W.R. y Tamkin, A.S. (1990). MCMI and 16-PF with vietnam veterans: Profiles and concurrent validation of MCMI. *Journal of Personality Disorders*, 4(4), 391-401. doi:<http://dx.doi.org/10.1521/pedi.1990.4.4.391>

- Idrissi, S. (2013). *Estilos defensivos en humanos: Correlatos psicofisiológicos, neuroendocrinos y del movimiento*. (Tesis doctoral). Universidad de Granada.
- Imbusch, P. (2003). *The concept of violence. In International handbook of violence research*. Springer Netherlands.
- Ishida, K., Stupp, P., Melian, M., Serbanescu, F. y Goodwin, M. (2010). Exploring the associations between intimate partner violence and women's mental health: Evidence from a population-based study in Paraguay. *Social Science & Medicine*, 71(9), 1653-1661.
- Jaquier, V. y Sullivan, T.P. (2014). Fear of past abusive partner(s) impacts current posttraumatic stress among women experiencing partner violence. *Violence Against Women*, 20(2), 208-227. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1077801214525802>.
- Johnson, M.P. (2011). Gender and types of intimate partner violence: A response to an anti-feminist literature review. *Aggression and Violent Behavior*, 16(4), 289-296. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2011.04.006>.
- Johnson, M.P. y Ferraro, K.J. (2000). Research on domestic violence in the 1990's: Making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 62(4), 948-963.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1987). Teorías de la personalidad y psicopatología: escuelas culturales e interpersonales. En H.I., Kaplan, *Compendio de psiquiatria* (pp. 246-257). Barcelona: Salvat.
- Karson, M., Karson, S. y O'Dell, J.W. (1998). *16PF-5: una guía para su interpretación en la práctica clínica*. Madrid: TEA Ediciones.
- Kolb, B., Gibb, R. y Robinson, T.E. (2003). Brain plasticity and behavior. *Current Directions in Psychological Science*, 12(1), 1-5. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/1467-8721.01210>.
- Kolb, B. y Whishaw, I.Q. (1998). Brain plasticity and behavior. *Annual Review of Psychology*, 49, 43-64.

- Koolhaas J. M. (2008). Coping style and immunity in animals: Making sense of individual variation. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22, 662-667. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2007.11.006>.
- Korte, S.M., Koolhaas, J.M., Wingfield, J.C. y McEwen, B.S. (2005). The Darwinian concept of stress: Benefits of allostasis and cost of allostatic load and the trade-offs in health and disease. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29(1), 3-38. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.08.009>.
- Kudielka, B.M., Hellhammer, D.H. y Wüst, S. (2009). Who do we respond so differently? Reviewing determinants of human salivary cortisol responses to challenge. *Psychoneuroendocrinology*, 34(1), 2-18. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.10.004>.
- La Flair, L.N., Bradshaw, C.P. y Campbell, J.C. (2012). Intimate partner violence/abuse and depressive symptoms among female health care workers: Longitudinal findings. *Women's Health Issues*, 22(1), 53-59. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.whi.2011.07.001>.
- Lagdon, S., Armour, C. y Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5 doi:<http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794>.
- Langhinrichsen-Rohling, J. (2010). Controversies involving gender and intimate partner violence in the United States. *Sex Roles*, 62(3-4), 179-193. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11199-009-9628-2>.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazenbatt, A., Devaney, J. y Gildea, A. (2013). Older women living and coping with domestic violence. *Community Practitioner*, 86(2), 28-32.
- Ley de actualización del Código Penal (Ley Orgánica 3/1989 de 21 de junio), Boletín Oficial del Estado, nº 148, 22 de junio, pp 19351-19358.

Ley de ordenación y Supervisión de Seguros Privados (Ley Orgánica 30/1995 de 8 de noviembre), Boletín Oficial del Estado, nº 268, 9 de noviembre.

Ley del Código Penal (Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre), Boletín Oficial del Estado, nº 281, 24 de noviembre, pp 33987-34058.

Ley de ayudas y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual (Ley Orgánica 35/1995 de 12 de diciembre), Boletín Oficial del Estado, nº 296, 12 de diciembre, pp 35576-35581.

Ley de asistencia gratuita (Ley Orgánica 1/1996 de 10 de enero), Boletín Oficial del Estado, nº 11, 1996, 12 de enero.

Ley en materia de protección a las víctimas de malos tratos y de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio de modificación del Código penal de 1995), Boletín Oficial del Estado, nº 138, 1999, 10 de junio, pp 22251-22253.

Ley Reguladora Orden de protección de la víctimas de la violencia doméstica (Ley 27/2003 de 31 de julio), Boletín Oficial del Estado, nº 183, 2003, 01 de agosto, pp 29881-29883.

Ley Reguladora de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros (Ley 1/2003 de 29 de septiembre), Boletín Oficial del Estado, nº 234, 2003, 30 de septiembre, pp 35398-35404.

Ley de modificación y adaptación a la normativa comunitaria de seguros privados (Ley 34/2003 de 4 de noviembre), Boletín Oficial del Estado, nº 265, 2003, 5 de noviembre, pp 39190-39220.

Ley de Medidas de protección integral contra la violencia de género (Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre), Boletín Oficial del Estado, nº 313, 2004, 29 de diciembre, pp 42166-42197.

Ley de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía (Ley Orgánica 2/2007 de 19 de marzo), Boletín Oficial del Estado, nº 68, 2007, 20 de marzo.

Ley para la igualdad efectiva de mujeres y hombres (Ley Orgánica 3/2007 de 22 de marzo), Boletín Oficial del Estado, nº 71, 2007, 23 de marzo, pp 12611-12645.

- Ley de medidas preventivas y protección integral contra la violencia de género (Ley Orgánica 13/2007 de 26 de noviembre), Boletín Oficial del Estado, nº 38, 2008, 13 de febrero, pp 7773-7785.
- Ley para la promoción de la igualdad de género en Andalucía (Ley 12/2007 de 26 de noviembre), Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, nº 247, 2007, 18 de diciembre.
- Ley por la que se modifica el Código Penal (Ley Orgánica 1/2015 de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995), Boletín Oficial del Estado, nº 313, 2015, 31 de marzo, pp 27061-27176.
- Ley del Estatuto de la víctima del delito (Ley Orgánica 4/2015 de 27 de abril), Boletín Oficial del Estado, nº 101, 2015, 28 de abril, pp 36569-36598.
- Ley por la que se modifica el Código Penal (Ley Orgánica 5/2015 de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995), Boletín Oficial del Estado, nº 152, 2015, 23 de junio, pp 54811-54883.
- Ley por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (Ley Orgánica 7/2015 de 21 de junio), Boletín Oficial del Estado, nº 174, 2015, 22 de junio, pp 61593-61660.
- Ley de reforma del sistema para la valoración de los daños y perjuicios causados a las personas en accidente de circulación (Ley Orgánica 35/2015 de 22 de septiembre), Boletín Oficial del Estado, nº 228, 2015, 23 de septiembre, pp 84473-84979.
- Lilly, M.M. y Graham-Bermann, S. (2010). Intimate partner violence and PTSD: The moderating role of emotion-focused coping. *Violence and Victims*, 25(5), 604-16.
- Lledo, C., Marín, A., Arechederra, J.J., Guija, J.A. y Medina, A. (2011). *Procedimiento para la baremación de las secuelas psiquiátricas por etiología traumática*. Fundación Española de Psiquiatría y salud mental. Sociedad española de Psiquiatría. Sociedad Española de Psiquiatría Biológica. Recuperado de <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Justicia-y-Discapacidad/Documentos-de-interes/Guias-y-Protocolos/Procedimiento-para-la-baremacion-de-las-secuelas-psiquiatricas-por-etilogia-traumatica>

- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M. J. y Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the general health questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16(1), 135-140.
- Lorente Acosta, M., y Lorente Acosta, J.A. (1998). *Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso; entre la realidad social y el mito cultural*. Editorial Comares.
- Lorente Acosta, M., Lorente Acosta, J.A, Lorente Acosta, M.J., Martínez Vilda, M.E. y Villanueva Cañadas, E. (2002). Síndrome de agresión a la mujer. *Forénsica*, 1(2), 19-29.
- Luna Maldonado, A. (2011). La especialidad de Medicina Legal y Forense en la encrucijada. La crisis como oportunidad. *Cuadernos de Medicina Forense*, 17(3), 109-110.
- McClellan, D.C. (1981). Is personality consistent? En A.I., Rabin, J., Aronoff, A.M., Barclay y R.A., Zucker, R.A. (dirs.), *Further explorations in personality*. Nueva York: J Wiley.
- McCrae, R.R., Costa, P.T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hřebíčková, M., Avia, M.D., Smith, P.B. (2000). Nature over nurture: Temperament, personality, and life span development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(1), 173-186. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.78.1.173>.
- McDermott, R.C. y Lopez, F.G. (2013). College men's intimate partner violence attitudes: Contributions of adult attachment and gender role stress. *Journal of Counseling Psychology*, 60(1), 127-136. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0030353>.
- McEwen, B.S. (2008). Central effects of stress hormones in health and disease: Understanding the protective and damaging effects of stress and stress mediators. *European Journal of Pharmacology*, 583(2-3), 174-185. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ejphar.2007.11.071>.
- McEwen, B.S. y Wingfield, J.C. (2010). What's in a name? Integrating homeostasis, allostasis and stress. *Hormones and Behavior*, 43, 105-111.

- McFarlane, J., Pennings, J., Symes, L., Maddoux, J. y Paulson, R. (2014). Predicting abused women with children who return to the abuser: Development of a risk assessment tool. *Journal of Threat Assessment and Management*, 1(4), 274-290.
- McLaughlin, E.M. y Rozee, P.D. (2001). Knowledge about heterosexual versus lesbian battering among lesbians. *Women & Therapy*, 23(3), 39-58.
- Mechanic, M.B., Weaver, T.L. y Resick, P.A. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse: A multidimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*, 14(6), 634-654. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/1077801208319283>.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2010). *Boletín estadístico anual*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/VMortales_2015_10_12_.pdf.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2014). *Violencia de género*. *Boletín estadístico anual*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Recuperado de http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/boletines/boletinAnual/docs/Boletin_Estadistico_Anual_2014.pdf.
- Murray, C.E. y Mobley, A.K. (2009). Empirical research about same-sex intimate partner violence: A methodological review. *Journal of Homosexuality*, 56(3), 361-386. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/00918360902728848>.
- Nixon, J. y Humphreys, C. (2010). Marshalling the evidence: Using intersectionality in the domestic violence frame. *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 17(2), 137-158. doi:<http://dx.doi.org/10.1093/sp/jxq003>.
- O'Donnell, K., Badrick, E., Kumari, M. y Steptoe, A. (2008). Psychological coping styles and cortisol over the day in healthy older adults. *Psychoneuroendocrinology*, 33(5), 601-611. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2008.01.015>.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1992). *Clasificación internacional de enfermedades y problemas de salud mental*. Ginebra: WHO.

- Organización Mundial de la Salud (OMS)/World Health Organization y Instituto Nacional de Servicios Sociales. (1994). Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías: Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad: Publicada de acuerdo con la resolución WHA29. 35 de la Vigésimonovena Asamblea Mundial de la Salud, Mayo 1976. Instituto Nacional de servicios Sociales.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996). *WHO Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options. Investing in health research and development TDR/Gen/96.1*. Geneva: WHO.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2001). *Mental health: New understanding, New hope*. Geneva: WHO.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: WHO.
- Organización de Naciones Unidas (ONU) (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia de género (Res A/R/48/104)*. New York: Naciones Unidas.
- Ortiz, A. (2005). *Violencia domestica: modelo multidimensional y programa de intervención*. (Tesis Doctoral). Universidad Complutense de Madrid, Madrid.
- Oswald, L.M., Zandi, P., Nestadt, G., Potash, J.B., Kalaydjian, A.E. y Wand, G.S. (2006). Relationship between cortisol responses to stress and personality. *Neuropsychopharmacology*, 31(7), 1583-91. doi:<http://dx.doi.org/10.1038/sj.npp.1301012>.
- Patrón 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.
- Pavlenko, V.B., Chernyi, S.V. y Goubkina, D.G. (2009). EEG correlates of anxiety and emotional stability in adult healthy subjects. *Neurophysiology*, 41(5), 337-345. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s11062-010-9111-2>.

- Pearlin, L.I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pelechano, B.V. (1993). *Personalidad: Un enfoque histórico-conceptual*. Valencia, Promolibro.
- Perela Larrosa, M. (2010). Violencia de género: violencia psicológica. *FORO. Revista de Ciencias Jurídicas y Sociales, Nueva Época*, (11-12), 353-376.
- Pérez, S.R. (2015). Violencia en parejas jóvenes: estudio preliminar sobre su prevalencia y motivos1. *Pedagogía Social*, 25, 251-275. doi:http://dx.doi.org/10.7179/PSRI_2015.25.11.
- Perkins, A.M. y Corr, P.J. (2006). Reactions to threat and personality: Psychometric differentiation of intensity and direction dimensions of human defensive behaviour. *Behavioural Brain Research*, 169(1), 21-28. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.bbr.2005.11.027>.
- Pervin, L.A. (1984), *Personality: Theory and research*. Nueva York, John Willey & Sons, Inc.
- Pinillos, J.L. (1986). *Principios de psicología*. Alianza Editorial.
- Pynoos, R., Sorenson, S. y Steinberg, A. (1993). Interpersonal violence and traumatic stress reactions. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects (2nd Ed.)*. New York. Free Press.
- Rajini, S., vell, C. K. y Senthil, S. (2014). Prevalence of domestic violence and health seeking behavior among women in rural community of puducherry - A cross sectional study. *International Journal of Current Research and Review*, 6(16), 20-23.
- Ratner, P.A. (1993). The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Canadian Journal o Public Health*, 84(4), 246-9.
- Real decreto por el que se aprueba el reglamento de ayudas a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual (RD 738/1997 de 27 de mayo de 1997), Boletín Oficial del Estado, nº 126, 1997, 27 de mayo, pp 16244-16265.

- Real decreto de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía (RD 1971/1999 de 23 de diciembre de 1999), Boletín Oficial del Estado, nº 22, 2000, 26 de enero, pp 3317-3410.
- Real decreto por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre responsabilidad civil y seguro en la circulación de vehículos a motor (RD 8/2004 de 39 de octubre de 2004), Boletín Oficial del Estado, nº 267, 2004, 5 de noviembre, pp 36662-36695.
- Real decreto por el que se reestructuran los departamentos ministeriales (RD 432/2008 de 12 de abril de 2008), Boletín Oficial del Estado, nº 90, 2008, 14 de abril, pp 19757-19759.
- Real decreto por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (RD 174/2011 de 11 de febrero de 2011), Boletín Oficial del Estado, nº 42, 2011, 18 de febrero, pp 18567-18691.
- Real decreto por el que se aprueba el Reglamento de la Ley 29/2011, de 22 de septiembre, de Reconocimiento y Protección Integral a las Víctimas del Terrorismo (RD 671/2013 de 6 de septiembre de 2013), Boletín Oficial del Estado, nº 224, 2013, 18 de septiembre, pp 72190-72213.
- Rees, S., Steel, Z., Creamer, M., Teesson, M., Bryant, R., McFarlane, A.C., Silove, D. (2014). Onset of common mental disorders and suicidal behavior following women's first exposure to gender based violence: a retrospective, population-based study. *BMC Psychiatry*, 14, 312.
- Rey, C. A. (2009). Habilidades pro sociales, rasgos de personalidad de género y aceptación de la violencia hacia la mujer en adolescentes que han presenciado violencia entre sus padres. *Acta colombiana de psicología*, 11(1), 107-118.
- Rhodes, N.R. y Baranoff, E.C. (1998). Why do battered women stay?: Three decades of research. *Aggression and Violent Behavior*, 3, 391-406.

- Roberts, G. L., Lawrence, J. M., Williams, G. M. y Raphael, B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22(7), 796-801.
- Roberts, G.L., Williams, G.M., Lawrence, J.M. y Raphael, B. (1999). How does domestic violence affect women's mental health? *Women & Health*, 28(1), 117-129.
- Rodríguez, M.A., Craig, A.M., Mooney, D.R. y Bauer, H.M. (1998). Patient attitudes about mandatory reporting of domestic violence. Implications for health care professionals. *Western Journal of Medicine*, 169(6), 337.
- Rojas Marcos, Luis. (2005). Semillas y antídotos de la violencia en la intimidad. En *Violencia: tolerancia cero. Programa de prevención de la obra Social "La Caixa"*. Barcelona: Ed Fundación La Caixa.
- Rothman, E.F., Hathaway, J., Stidsen, A. y de Vries, H.F. (2007). How employment helps female victims of intimate partner violence: A qualitative study. *Journal of Occupational Health Psychology*, 12(2), 136-143. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1076-8998.12.2.136>.
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 147, 598-611.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-44. doi:<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579412000028>.
- Rutter, M. (2013). Annual research review: Resilience-clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 474-487.
- Sabina, Ch., Cuevas, C.A. y Zadnik, E. (2015). Intimate partner violence among latino women: Rates and cultural correlates. *Journal of Family Violence*, 30, 35-47. doi: 10.1007/s10896-014-9652-z.
- Sabina, C. y Straus, M.A. (2008). Polyvictimization by dating partners and mental health among U.S. college students. *Violence and Victims*, 23(6), 667-682. doi:10.1891/0886-6708.23.6.667.

- Sackett, L.A. y Saunders, D.G. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims*, 14(1), 105-17.
- Salami, S.O. (2010). Moderating effects of resilience, self-esteem and social support on adolescents' reactions to violence. *Asian Social Science*, 6(12), 101-110.
- Sánchez Blanque, A., Gisbert Calabuig, J.A., y Gisbert Grifo, M.S. (2004). Clasificación de las enfermedades mentales. En J.A, Gisbert Calabuig y E. Villanueva Cañadas, *Medicina Legal y Toxicología*, (1059-1065). Barcelona: E. Edit Masson.
- Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y de Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19(3), 459-466.
- Schwartz, J.P., Griffin, L.D., Russell, M.M. y Frontaura-Duck, S. (2006). Prevention of dating violence on college campuses: An innovative program. *Journal of College Counseling*, 9(1), 90-96.
- Schwartz, J.P., Magee, M.M., Griffin, L.D. y Dupuis, C.W. (2004). Effects of a group preventive intervention on risk and protective factors related to dating violence. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 8(3), 221-231. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/1089-2699.8.3.221>.
- Seisdedos, N. (1990). *16 PF Guía para el uso clínico*. Madrid: TEA, S.A.
- Seisdedos Cubero, N., Cordero Pando, A., González Ciado, M. y de la Cruz, M.V. (1998). *16PF Cuestionario de personalidad (adolescentes y adultos)* (15ª ed). Madrid: TEA edicionaes.
- Sharma, N. y Khullar, S. (2013). Effect of anxiety on subjective well-being in male and female NIDDM patients. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 4(5), 1071-1073.
- Sherman, D.K., Bunyan, D.P., Creswell, J.D. y Jaremka, L.M. (2009). Psychological vulnerability and stress: The effects of self-affirmation on sympathetic nervous system responses to naturalistic stressors. *Health Psychology*, 28(5), 554-562. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0014663>.

- Skinner, E.A., Edge, K., Jeffrey A. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129(2), 216-269. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>.
- Skitch, S.A. y Abela, J.R.Z. (2008). Rumination in response to stress as a common vulnerability factor to depression and substance misuse in adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36(7), 1029-45. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10802-008-9233-9>.
- Slashinski, M.J., Coker, A.L. y Davis, K.E. (2003). Physical aggression, forced sex, and stalking victimization by a dating partner: An analysis of the national violence Against women survey. *Violence and Victims*, 18(6), 595-617.
- Sowislo, J.F. y Orth, U. (2013). Does low self-esteem predict depression and anxiety? A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 139(1), 213.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. y Lushene, R.E. (1982). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Autoevaluación. Marid: TEA Ediciones.
- Stewart, M.C. (2011). *The effect of victimization on women's health: Does the victim-offender relationship matter?*. (Tesis doctoral). University of Cincinnati.
- Straus, M.A. (2011). Gender symmetry and mutuality in perpetration of clinical-level partner violence: Empirical evidence and implications for prevention and treatment. *Aggression & Violent Behavior* 16(4), 279-88. doi:[10.1016/j.avb.2011.04.010](https://doi.org/10.1016/j.avb.2011.04.010).
- Taft, C.T., Murphy, C.M., King, L.A., Dedejn, J.M. y Musser, P.H. (2005). Posttraumatic stress disorder symptomatology among partners of men in treatment for relationship abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 114(2), 259-268. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.114.2.259>.
- Terrazas-Carrillo, E. y McWhirter, P.T. (2015). Employment status and intimate partner violence among mexican women. *Journal of Interpersonal Violence*, 30(7), 1128-1152. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0886260514539848>.

- Tylee, A. y Gandhi, P. (2005). The importance of somatic symptoms in depression in primary care. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 7(4), 167-176.
- Valcarce López, M. (2000). Servicio de violencia familiar: Maltrato, violencia psíquica, lesiones psíquicas. En *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales* (pp. 213-226). Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia.
- Valdés, M. (1991). Trastornos de la personalidad.. En J. Vallejo Ruiloba (3ªed), *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Barcelona: Masson- slavata Medicina.
- Vickery, C.D., Evans, C.C., Sepehri, A., Jabeen, L.N. y Gayden, M. (2009). Self-esteem stability and depressive symptoms in acute stroke rehabilitation: Methodological and conceptual expansion. *Rehabilitation Psychology*, 54(3), 332-342. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/a0016434>.
- Villavicencio Carrillo, P. y Sebastián Herranz, J. (1999). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual Revista Internacional de Psicología Clínica de la Salud*, 7(3), 431-458.
- Watts, C. y Zimmerman, C. (2002) Violence against women: Global scope and magnitude. *Lancet*, 359(9313), 1232-7.
- Williams, K.R. (2012). Family violence risk assessment: A predictive cross-validation study of the domestic violence screening instrument-revised (DVSI-R). *Law and Human Behavior*, 36(2), 120-129. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/h0093977>.
- Wisner, C.L., Glimmer, T.P., Saltzman, L.E. y Zink, T.M.(1999). Intimate partner violence against women: do victims cost health plans more?. *Journal of Family Practice*, 48, 439-443.
- Wongpakaran, N., Wongpakaran, T. y van Reekum, R. (2012). Social inhibition as a mediator of neuroticism and depression in the elderly. *BMC Geriatrics*, 12 doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2318-12-41>.
- Zung, W. W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12(1), 63-70.

Justicia no pido yo, que conmigo no la ha habido.
Quien me paga este dolor y la pena de mis hijos.
Así que ya sabe usted,
haga lo que haya que hacer

*porque por primera vez
no tengo, no tengo miedo.*

Antonio Martínez Ares.
Los Piratas. Cádiz, 1998.



UGR

Universidad
de Granada