



VARIABLES BIOPSIKOSOCIALES QUE CONTRIBUYEN AL DIFERENTE IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA EN LA SALUD DE LAS MUJERES: FACTORES DE VULNERABILIDAD Y RESILIENCIA

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

M^a Francisca Savall Rodríguez

Dirigida por:

Dra. Concepción Blasco Ros

Dra. Manuela Martínez Ortiz

Valencia, 2015

Soy de las que piensa que el movimiento se demuestra andando y por ello suelo dar las gracias bastante a menudo, cosa que, creo, he ido haciendo también con todos aquellos que me han ayudado y acompañado a lo largo de este proceso. Por ello, a más de agradecer me gustaría dedicar este trabajo a esas personas (todas importantes en mi vida) que se han empeñado en animarme a mantenerme constante para terminar este trabajo, ya que esta Tesis es un poquito de cada una de ellas.

En primer lugar, dedicar esta Tesis a mis Directoras; a la Dra. Concepción Blasco Ros por su tiempo, su entusiasmo con el proyecto, sus ánimos, por enseñarme tanto y estar ahí aún encontrándose en un momento tan dulce de su vida que requiere tanta y tanta dedicación. A ti, Conchín, te reitero las muchas gracias que te he ido dando porque sin tu apoyo y esmero este trabajo no hubiera salido adelante. Me alegra que hayas sido precisamente tú quien haya seguido tan de cerca cada uno de mis pasos en este proceso. Y a la Dra. Manuela Martínez Ortiz por haberme dado la oportunidad de investigar a su lado, tanto cuando, hace algunos años ya, empecé mi andadura en el campo de la investigación, como cuando, un tiempo después, decidí retornar a este camino. Manuela, a ti agradecerte tu optimismo y tus ánimos constantes que tanto me han ayudado en momentos de flaqueza. He aprendido muchas cosas a tu lado, tanto a nivel personal como académico, admiro tu seguridad y saber hacer, contigo cerca parece que cualquier cosa es posible y, bueno, aquí está este trabajo que tanto me resistí a hacer. Gracias.

Un agradecimiento a mis compañeras de investigación que participaron conmigo en la recogida de datos, sin los cuales este y otros trabajos no hubieran sido posibles. Y una dedicatoria muy especial para todas aquellas mujeres que participaron en el proyecto de manera altruista haciendo posible que podamos avanzar en el apasionante campo de la investigación, siempre intentando realizar una pequeña aportación hacia la mejora de sus condiciones personales y sociales.

También quiero dedicar esta Tesis a mis amigos, a los que he tenido un pelín abandonados durante este tiempo. Sé que seguís ahí y por ello quiero haceros partícipes de lo que para mí ha sido uno de los proyectos más duros y bonitos de mi vida. Sin desmerecer a ninguna de mis muy buenas amistades permitidme mencionar especialmente a Carmen, Cristina y Nuria, a quienes he visto más bien poco en estos últimos meses. ¿Sabéis qué?, os he echado muchísimo de menos.

A Félix, muchas gracias de nuevo por tu inestimable ayuda en los retoques finales, tan importantes y fundamentales. No sé que hubiera hecho sin ti en esos momentos. Y a todos aquellos que aportaron su granito de arena con sus ideas y sugerencias, gracias.

Mi familia también merece una dedicatoria en este trabajo. Ellos permitieron mi formación universitaria aún teniendo que hacerlo lejos del hogar familiar. Esta es una de las recompensas de aquel esfuerzo que sé que hicisteis, espero que os sirva para estar orgullosos de ello. Gracias por los ánimos que algunos de vosotros me habéis estado transmitiendo constantemente. ¡Por fin se terminó!

A mi compañero de viaje, tú también mereces una buena dedicatoria. Tú me animaste desde el principio y lo has seguido haciendo día tras día, tolerando estoicamente mis momentos de estrés, mis bajadas de ánimo y mis cambios de humor. ¡Qué paciencia has tenido!. Gracias por valorar mis esfuerzos, por respetar mis tiempos y por todo ese cariño que me regalas. Ahora tendré mucho más tiempo para que continuemos con nuestro maravilloso viaje.

Y, por último, mi dedicatoria más especial para mi hijo, Samuel, quien ha tenido que escuchar muchas veces: “ahora no puedo jugar contigo, estoy con la Tesis”. Gracias, hijo, por tu paciencia y tu comprensión. Aquí está el fruto de nuestras renunciaciones, mediante las cuales he intentado transmitirte mi afán de superación, cambio y mejora constantes, pero eso ya lo entenderás más adelante. De momento, sólo te digo: “Samuel, ya se terminó”.

*“El proceso resiliente es parecido a la
creación de una perla dentro de una ostra.
Cuando un granito de arena entra en su interior y
la agrede, la ostra segrega nácar para defenderse y,
como resultado, crea una joya brillante y preciosa”.*

Anna Forés

Índice y abreviaturas

Lista de abreviaturas	18
Introducción	23

I. Marco Teórico

PARTE I. Violencia de pareja del hombre sobre la mujer

1. Concepto y definición	31
1.1. Conceptualización	31
1.2. Definiciones de violencia de género	32
1.3. Clasificación de los tipos de violencia en el ámbito de la pareja	33
2. Datos epidemiológicos	34
2.1. Epidemiología de la violencia de género a nivel mundial	34
2.2. Epidemiología de la violencia de género a nivel europeo	35
2.3. Epidemiología de la violencia de género en España	36
2.4. Epidemiología de la violencia de género en la Comunidad Valenciana	37
3. Violencia sobre la mujer: un problema de actualidad	38

PARTE II. Análisis de la violencia de pareja en el marco de la teoría del estrés

1. Concepto de estrés	45
2. Orientaciones teóricas sobre el estrés	46
2.1. Teorías basadas en la respuesta	47
2.2. Teorías basadas en el estímulo	48
2.3. Teorías basadas en la interacción	50
2.4. Aproximación al concepto actual de estrés	51
3. El estrés psicosocial	53
3.1. Modelos en animales	53
3.2. Modelos en seres humanos	54

4. La respuesta neurobiológica de estrés	55
4.1. Fisiología del estrés	57
4.1.1. Eje simpático-suprarrenal medular (SAM)	57
4.1.2. Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA)	57
4.1.3. Sistema inmune	58
4.1.4. Marcadores fisiológicos de estrés	59
4.1.5. Estrés agudo versus estrés crónico	63
4.1.6. Sistema endocrino y trastornos mentales	64
5. La violencia de pareja como estresor psicosocial y sus consecuencias	67
5.1. Impacto de la violencia de pareja sobre la salud física y mental de las mujeres	68
5.1.1. Violencia de pareja e incidencia de depresión	69
5.1.2. Violencia de pareja e incidencia de Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD)	70
5.2. Impacto de la violencia de pareja sobre el sistema endocrino de las mujeres	72
5.2.1. Depresión, PTSD y cortisol	73
5.2.2. Depresión, PTSD y DHEA	74
6. Diferencias individuales entre las mujeres víctimas de violencia de pareja: factores de vulnerabilidad y factores de resiliencia	74

II. Estudio de campo

1. Objetivos e hipótesis	83
2. Material y métodos	87
2.1. Muestra	87
2.2. Procedimiento	88
2.3. Cuestionarios	89

2.3.1. Datos sociodemográficos	89
2.3.2. Historial de victimización	89
2.3.3. Características de la violencia de pareja	92
2.3.4. Salud Mental	94
2.3.4.1. Cuestionario de sintomatología depresiva	94
2.3.4.2. Evaluación del PTSD	95
2.3.4.3. Cuestionario de ansiedad	96
2.3.4.4. Patrones de personalidad	97
2.3.4.5. Ideas e intentos de suicidio	98
2.3.4.6. Conductas adictivas	98
2.3.4.7. Actitud frente a la comida	99
2.3.4.8. Problemas de sueño	99
2.3.4.9. Tratamiento psicoterapéutico durante la convivencia con el agresor/pareja	100
2.3.4.10. Tratamientos farmacológicos	100
2.3.5. Salud Física	100
2.3.5.1. Síntomas físicos	100
2.3.5.2. Enfermedades físicas	102
2.3.5.3. Uso de los servicios de salud	102
2.3.6. Diferencias Individuales	103
2.3.6.1. Evaluación de las estrategias de afrontamiento	103
2.3.6.2. Apoyo social	104
2.3.6.3. Evaluación de las habilidades sociales	104
2.4. Medidas hormonales	105
2.4.1. Entrega del material	105
2.4.2. Procedimiento de obtención de la saliva	105
2.4.3. Conservación y transporte de los tubos	106
2.4.4. Ensayos hormonales	107

2.5. Análisis estadísticos	109
2.5.1. Análisis de datos cuantitativos	109
2.5.2. Análisis de datos cualitativos	109
3. Resultados	113
3.1. Definición de la muestra	113
3.2. Datos sociodemográficos	118
3.2.1. Edad	118
3.2.2. Nivel de educación	118
3.2.3. Estado civil	118
3.2.4. Situación laboral	121
3.2.5. Ingresos económicos	121
3.2.6. Miembros de la unidad familiar	121
3.2.7. Convivencia con el agresor/pareja	122
3.2.8. Tipo de hogar	123
3.3. Historial de victimización	124
3.3.1. Violencia física en la infancia	125
3.3.2. Violencia psicológica en la infancia	125
3.3.3. Violencia sexual en la infancia	125
3.3.4. Violencia física en la edad adulta por otros (no la pareja sentimental)	127
3.3.5. Violencia psicológica en la edad adulta por otros	127
3.3.6. Violencia sexual en la edad adulta por otros	127
3.4. Características de la violencia de pareja	129
3.4.1. Tipo de violencia perpetrada por la pareja	129
3.4.1.1. Violencia física perpetrada por la pareja	130
a. Actos cometidos durante la violencia física	130
b. Duración y frecuencia de la violencia física	130
c. Comportamiento de la mujer durante la violencia física	131
d. Sentimiento de amenaza sobre la vida durante la violencia física	131

3.4.1.2. Violencia psicológica perpetrada por la pareja	133
a. Actos cometidos durante la violencia psicológica	133
b. Duración y frecuencia de la violencia psicológica	133
c. Comportamiento de la mujer durante la violencia psicológica	134
3.4.1.3. Violencia sexual perpetrada por la pareja	134
a. Actos cometidos durante la violencia sexual	134
b. Duración y frecuencia de la violencia sexual	136
c. Comportamiento de la mujer durante la violencia sexual	136
d. Duración y frecuencia del mantenimiento de relaciones sexuales para evitar discusiones	136
3.4.2. Estar bajo amenaza de agresión o de muerte	139
3.5. Estudio 1: Diferencias individuales en el impacto de la violencia de pareja sobre la salud mental de las mujeres: influencia de la sintomatología depresiva y su comorbilidad con el PTSD.	140
3.5.1. Introducción	140
3.5.2. Material y métodos	144
3.5.2.1. Sujetos	144
3.5.2.2. Procedimiento	144
3.5.2.3. Análisis estadísticos	145
3.5.3. Resultados	145
3.5.4. Discusión	155
3.6. Estudio 2: Diferencias individuales en el impacto de la violencia de pareja sobre la salud física de las mujeres: influencia de la sintomatología depresiva y su comorbilidad con el PTSD.	159
3.6.1. Introducción	159
3.6.2. Material y métodos	162

3.6.2.1. Sujetos	162
3.6.2.2. Procedimiento	162
3.6.2.3. Análisis estadísticos	163
3.6.3. Resultados	164
3.6.4. Discusión	176
3.7. Estudio 3: Diferencias individuales en el impacto de la violencia de pareja sobre el sistema endocrino de las mujeres: influencia de la sintomatología depresiva y su comorbilidad con el PTSD.	179
3.7.1. Introducción	179
3.7.2. Material y métodos	183
3.7.2.1. Sujetos	183
3.7.2.2. Procedimiento	183
3.7.2.3. Análisis estadísticos	184
3.7.3. Resultados	185
3.7.4. Discusión	188
3.8. Estudio 4: Influencia de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social como factores mediadores en las diferencias individuales en el desarrollo de sintomatología depresiva y su comorbilidad con el PTSD en mujeres víctimas de violencia de pareja.	193
3.8.1. Introducción	193
3.8.2. Material y métodos	198
3.8.2.1. Sujetos	198
3.8.2.2. Procedimiento	199
3.8.2.3. Análisis estadísticos	199
3.8.3. Resultados	201
3.8.4. Discusión	213

3.9. Estudio 5: Influencia de las habilidades sociales como factor de riesgo o protección en las diferencias individuales en el desarrollo de sintomatología depresiva y su comorbilidad con el PTSD en mujeres víctimas de violencia de pareja	217
3.9.1. Introducción	217
3.9.2. Material y métodos	220
3.9.2.1. Sujetos	220
3.9.2.2. Procedimiento	221
3.9.2.3. Análisis estadísticos	221
3.9.3. Resultados	222
3.9.4. Discusión	231
III. Discusión general	237
IV. Conclusiones	255
V. Referencias bibliográficas	259

Lista de abreviaturas que aparecen en el texto (por orden alfabético):

A: Adrenalina

ACTH: Hormona Adrenocorticotropa

AE: Ansiedad Estado

AM: mañana

ANOVA: análisis de varianza

APA: American Psychological Association

AR: Ansiedad Rasgo

B: parámetro estimado

BDI: Inventario de Depresión de Beck

BDNF: factor neurotrófico derivado del cerebro

BOE: Boletín Oficial del Estado

C: cortisol

CEDAW: Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, décima edición

CRF: Factor Liberador de Corticotropina

DHEA: dehidroepiandrosterona

DIU: dispositivo intrauterino

DM: Depresión Mayor

DSM-III-R: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, tercera edición, revisada

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición

DT: Desviación típica

EAT: Test de Actitud frente a la comida (por sus siglas en inglés: Eating Attitudes Test)

EEC-R: Escala de Estrategias de Coping-Revisada

ELISA: Enzyme Linked Immunosorbent Assay

EMES-C: Escala Multidimensional de Expresión Social- Parte Cognitiva

FCT β : factor de crecimiento transformante beta

FRA: European Union Agency for Fundamental Rights
GC: glucocorticoide
HHSS: habilidades sociales
HPA: hipotálamo-pituitario-adrenal
IC: intervalo de confianza
IgA: inmunoglobulina A
IL-1: interleucina o citocina 1
IL6: interleucina o citocina 6
IL-8: interleucina o citocina 8
IPV: Intimate Partner Violence
KR-20: fórmula 20 de Kuder Richardson
MCMI-I: Inventario Clínico Multiaxial de Millon I
MCMI-II: Inventario Clínico Multiaxial de Millon II
NA: Noradrenalina
ng/ml: nanogramos por mililitro
nMol/l: nanoMoles por litro
ONU: Organización de Naciones Unidas
OR: oportunidad relativa (por sus siglas de inglés: Odds Ratio)
PD: puntuación directa
pg/ml: picogramos por mililitro
PM: tarde
PNV: núcleo paraventricular del hipotálamo
PTSD: Trastorno por Estrés Posttraumático (por sus siglas en inglés: Posttraumatic Stress Disorder)
RIA: radioinmunoensayo
SAM: simpático-suprarrenal medular
SER: Inventario de Experiencia Reciente
SGA: Síndrome General de Adaptación
SIS: Escala de Interacción Social (por sus siglas en inglés: Social Interactions Scale)
SRSS: Escala de Estimación del Reajuste Social

SSI: Inventario de Habilidades Sociales (por sus siglas en inglés: Social Skills Inventory)

STAI: Cuestionario de Ansiedad de Estado-Rasgo

TB: tasa base

UE: Unión Europea

VD: variable dependiente

VF: Violencia física

VI: variable independiente

VP: Violencia psicológica

VS: Violencia sexual

WHO: Organización Mundial de la Salud (por sus siglas en inglés: World Health Organization)

^a Se han utilizado los acrónimos en inglés para hormonas y otros factores con el objetivo de facilitar la lectura.

^b En esta Tesis los decimales han sido sustituidos por puntos en lugar de las comas utilizadas en el sistema decimal español con el objetivo de adoptar una escritura estándar al uso en las publicaciones internacionales.

Introducción

Introducción

La presente Tesis Doctoral trata sobre la violencia de pareja ejercida por el hombre sobre la mujer, siendo las mujeres las que mayoritariamente son víctimas de violencia en el contexto de una relación afectiva (Organización Mundial de la Salud-WHO, 2002).

La violencia de pareja es un fenómeno que continúa estando de actualidad, que sigue afectando a millones de mujeres en todo el mundo (WHO, 2013) y que no distingue entre clases sociales, características demográficas, creencias religiosas o diferencias culturales (Krug, Mercy, Dahlberg y Zwy, 2002). Ser víctima de violencia de pareja implica la vivencia en una situación impredecible, en la que estas mujeres están expuestas constantemente a ser víctimas de nuevos episodios de violencia física, psicológica y/o sexual (Woods, 2000). Es por ello que la violencia de pareja se caracteriza por la percepción de un riesgo constante y de pérdida de control (Kaysen, Resick y Wise, 2003), manifestándose dicha incontabilidad en diferentes respuestas comportamentales y fisiológicas (Koolhaas y cols., 2011). Estas situaciones suelen derivar en estresores de tipo crónico, conllevando un profundo desgaste sobre las mujeres (Koolhaas y cols., 2011) y ejerciendo un notable efecto perjudicial sobre su salud (Martínez, García-Linares y Picó-Alfonso, 2004; revisado por Dutton, Green, Kaltman, Roesch, Zeffiro y Krause, 2006; revisado por Campbell, 2002). Consecuentemente, en las últimas décadas han proliferado las investigaciones en relación con el impacto de la violencia de pareja en la salud, tanto física como mental, de estas mujeres (revisado por Campbell y Lewndowsky, 1997; Golding, 1999; Amor, Echeburúa, de Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002; Bennice, Resick, Mechanic, y Astin, 2003; Blasco-Ros, 2012; Chuang, Cattoi, McCall-Hosenfeld, Camacho, Dyer y Weisman, 2012). Sin embargo, han sido menos frecuentes los estudios realizados acerca de la influencia que los factores personales, biológicos o sociales ejercen sobre el diferente impacto que este tipo de violencia produce sobre las mujeres (Foa, Cascardi, Zoellner y Feeny, 2000; Ehring, Ehlers, Cleare y Glucksman, 2008; Coker, Watkins, Smith y Brandt, 2003).

La presente Tesis Doctoral forma parte de una investigación más amplia titulada “Consecuencias de la violencia doméstica en la salud, el sistema endocrino y el sistema inmune de las mujeres”, desarrollada entre los años 2000-2002 en la Comunidad Valenciana y cuyos resultados dieron lugar a dos Tesis Doctorales de carácter transversal (García-Linares, 2005; Picó-Alfonso, 2005a), así como publicaciones en revistas especializadas (García-Linares, Sánchez-Lorente, Coe y Martínez, 2004; García-Linares y cols., 2005; Martínez y cols., 2004; Picó-Alfonso, Echeburúa y Martínez, 2008; Picó-Alfonso, 2005b; Picó-Alfonso, García-Linares, Celda-Navarro, Herbert y Martínez, 2004; Picó-Alfonso, García-Linares, Celda-Navarro, Blasco-Ros, Echeburúa y Martínez, 2006; Sánchez-Lorente, Blasco-Ros, Coe y Martínez, 2010). Esta investigación continuó con otro proyecto titulado “Estudio longitudinal de las consecuencias que la violencia de género dentro de una relación de pareja tiene en la salud, el sistema endocrino y el sistema inmune de las mujeres” llevado a cabo en el periodo comprendido entre 2003-2005 y del cual surgieron dos Tesis Doctorales (Sánchez Lorente, 2009; Blasco-Ros, 2012).

El principal objeto de investigación de la presente Tesis Doctoral es el estudio de diversas variables biopsicosociales para determinar su influencia sobre el diferente impacto que ejerce la violencia de pareja en la salud de las mujeres y, más concretamente, sobre el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD.

El trabajo que aquí se presenta está estructurado en 5 apartados. El primer apartado denominado “Marco Teórico” se subdivide en dos partes: la primera de ellas ofrece al lector una visión generalizada de la violencia de pareja en la sociedad actual; la segunda parte se articula en torno al concepto de estrés psicosocial, dentro del cual se enmarca la violencia de pareja. En el segundo apartado “Estudio de Campo” se presentan los objetivos e hipótesis de este trabajo, se describen el material y los métodos empleados para su realización y se exponen los resultados obtenidos en el mismo. En el capítulo referido a los resultados se presentan 5 estudios diferentes mediante los cuales se han evaluado los diferentes factores biológicos, psicológicos y sociales que pueden estar mediatizando las diferencias individuales mostradas por las mujeres. Así, estos

estudios se irán estructurando en base a las variables que analizan: Estudio 1: Diferencias individuales en el impacto de la violencia de pareja sobre la salud mental de las mujeres: influencia de la sintomatología depresiva y su comorbilidad con el PTSD, Estudio 2: Diferencias individuales en el impacto de la violencia de pareja sobre la salud física de las mujeres: influencia de la sintomatología depresiva y su comorbilidad con el PTSD, Estudio 3: Diferencias individuales en el impacto de la violencia de pareja sobre el sistema endocrino de las mujeres: influencia de la sintomatología depresiva y su comorbilidad con el PTSD, Estudio 4: Influencia de las estrategias de afrontamiento y el apoyo social como factores mediadores en las diferencias individuales en el desarrollo de sintomatología depresiva y su comorbilidad con el PTSD en mujeres víctimas de violencia de pareja y Estudio 5: Influencia de las habilidades sociales como factor de riesgo o protección en las diferencias individuales en el desarrollo de sintomatología depresiva y su comorbilidad con el PTSD en mujeres víctimas de violencia de pareja. En el tercer apartado “Discusión” se tratan los principales resultados del presente estudio en relación con las hipótesis planteadas y comparándolos con los resultados encontrados en otros estudios previos. En el cuarto apartado “Conclusiones” se exponen las principales conclusiones alcanzadas en este trabajo. El quinto apartado está dedicado a las “Referencias bibliográficas” consultadas para la realización de la presente investigación.

I. Marco Teórico

Parte I. Violencia de pareja del hombre
sobre la mujer

1. Concepto y definición

1.1. Conceptualización

El término violencia emana del latín: “violentia”, en el que *vis* equivale a “fuerza” y *–lentus* a “continuidad”, significando por tanto, “el que continuamente ejerce la fuerza”. Esta definición pone el énfasis en el autor de la violencia.

Por otra parte el término maltrato, que proviene también del latín, queda definido a través de tres raíces latinas: *males*, que es sinónimo de “mal”; el verbo *tratare*, que se puede traducir como “tratar”; y el sufijo *-tro*, que es equivalente a “recibir una acción”. Por tanto, el maltrato será la acción y el efecto de tratar mal a una persona en el marco de una relación entre una o varias personas. En este caso el énfasis recae en los actos violentos en sí.

Los diferentes tipos de violencia suelen clasificarse en función del área sobre la que recaiga: física, psicológica, sexual, económica, de control. Además existe diferente terminología para encuadrar el contexto en el que se produce dicha violencia y quiénes son los actores de la misma. Algunos ejemplos de ello serían el bullying (acoso escolar entre menores), el maltrato infantil (perpetrado por un adulto sobre el niño), el acoso laboral o la violación.

La violencia de género, que es la que nos ocupa en este trabajo, sería, estrictamente hablando, aquella que se produce entre hombres y mujeres (de un sexo sobre el otro), ocurra en el ámbito familiar o no, y tengan o no agresores y víctimas una relación de parentesco. Sin embargo, aunque las mujeres pueden agredir a sus parejas masculinas o puedan producirse actos violentos en parejas del mismo sexo, este tipo de violencia es soportada en una mayor proporción por las mujeres, siendo infringida por los hombres (Krug y cols., 2002). Por ello, los términos más frecuentemente utilizados por la literatura científica internacional obvian la identidad sexual del agresor y de la víctima, siendo habitualmente el agresor el hombre y la víctima la mujer. Entre dichos

términos encontramos los de “battered woman” (mujer maltratada), “violence against woman” (violencia contra la mujer), “marital abuse” (abuso conyugal) o “domestic violence” (violencia doméstica), siendo el más reciente el término “intimate partner violence” (IPV) (violencia del compañero íntimo).

La presente Tesis Doctoral se centra en la violencia perpetrada por el hombre sobre la mujer en el seno de una relación de pareja, empleando en este trabajo, para hacer referencia a la misma, los términos violencia de pareja o Intimate Partner Violence (IPV).

1.2. Definiciones de violencia de género

A continuación, se exponen algunas definiciones institucionales que se acercan al concepto violencia de género tal y como se ha descrito anteriormente.

El término de violencia ejercida sobre la mujer, englobaría cualquier acto de violencia ejercido sobre una mujer por el simple hecho de serlo. La Organización de las Naciones Unidas (ONU), en su Declaración sobre la Eliminación de la Violencia sobre la Mujer de 1993 (artículo 1), definió este tipo de violencia como "todo acto de violencia de género que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (A/RES/48/104, de 23 de febrero de 1994). Algunos ejemplos de violencia sobre la mujer serían las relaciones sexuales forzadas, la mutilación genital femenina, la trata de mujeres o la violencia de pareja.

Unos años más tarde, en 1999, la Comisión Europea señaló que “la violencia de género, sexista o sexual es todo tipo de violencia ejercida mediante el recurso a las amenazas de recurrir a la fuerza física o al chantaje emocional, incluyendo la violación, el maltrato de mujeres, el acoso sexual, el incesto y la pederastia”. Define, asimismo, la

violencia doméstica o violencia en la familia como “toda forma de violencia física, sexual o psicológica que pone en peligro la seguridad o el bienestar de un miembro de la familia. En este concepto se incluyen el maltrato infantil, el incesto, el maltrato de mujeres y los abusos sexuales o de otro tipo contra cualquier persona que conviva bajo el mismo techo”.

Poco después, en el año 2002, la WHO aportó una definición específica de violencia de pareja, entendiéndola como “aquellas agresiones físicas, como los golpes o las patadas, las relaciones sexuales forzadas y otras formas de coacción sexual, los malos tratos psíquicos, como la intimidación y la humillación, y los comportamientos controladores, como aislar a una persona de su familia y amigos o restringir su acceso a la información y la asistencia”.

Por último, la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, define este tipo de violencia como aquella que, por 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, aún sin convivencia.

1.3. Clasificación de los tipos de violencia en el ámbito de la pareja

La WHO, en su definición de violencia de pareja (reseñada anteriormente), distingue entre agresiones físicas, relaciones sexuales forzadas, malos tratos psíquicos y comportamientos controladores (Krug y cols., 2002).

Entre la literatura especializada, generalmente la violencia de pareja es clasificada en violencia física, violencia psicológica (psíquica o emocional) y violencia sexual, en función de la naturaleza de los actos ocurridos durante los episodios de violencia (revisado por Campbell y Lewandowski, 1997; Meekers, Pallin y Hutchinson, 2013; Ruiz-Pérez, Mata-Pariente y Plazaola-Castaño, 2006a; Amor y cols., 2002).

No obstante, reseñar, en este sentido, la exhaustiva clasificación efectuada por el equipo de investigación dirigido por la Dra. Manuela Martínez (Picó-Alfonso y cols., 2004; Picó-Alfonso y cols., 2006; Picó-Alfonso y cols., 2008; Picó-Alfonso, 2005a; García-Linares y cols., 2004; García-Linares y cols., 2005), la cual operacionaliza los diferentes tipos de violencia de pareja, física, psicológica y sexual como sigue:

1. **Violencia física:** caracterizada por actos físicos como puñetazos, patadas, bofetadas, empujones, mordiscos e intentos de estrangulamiento.
2. **Violencia psicológica:** caracterizada por actos que menoscaban la integridad psicológica de la mujer tales como ataques verbales (insultos y humillaciones), acciones de control y poder (aislamiento de la familia y los amigos, bloqueo en la toma de decisiones y abandono económico), persecución y acoso, amenazas verbales (amenazas de muerte a la mujer y/o su familia, amenazas sobre la custodia de los hijos, llamadas telefónicas intimidatorias) y chantaje (económico y emocional).
3. **Violencia sexual:** caracterizada por acciones de sexo forzado (genital o anal, oral de la mujer hacia el agresor o del agresor hacia la mujer, objetos insertados en vagina o ano), sexo homosexual forzado, sexo forzado con animales, forzada a prostituirse o tener sexo en público, violencia física durante la relación sexual (mordiscos, patadas, golpes y bofetadas), amenazas de ser golpeada o de golpear a los hijos por rechazar el sexo, amenazas con cuchillo, pistolas y otros medios coercitivos, implicación de los hijos en las relaciones sexuales o presencia de los mismos en los ataques sexuales y uso forzado de películas o fotografías pornográficas.

2. Datos epidemiológicos

2.1. Epidemiología de la violencia de género a nivel mundial

La Organización Mundial de la Salud junto con la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres y el Consejo Sudafricano de Investigaciones Médicas publicaron en 2013 un informe bajo el título “*Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud*”. En este informe se presenta el primer

examen sistemático y un resumen del conjunto de datos científicos sobre la prevalencia de dos formas de violencia contra la mujer: la violencia ejercida por la pareja (violencia conyugal) y la violencia sexual infligida por otra persona distinta de la pareja (violencia sexual no conyugal). Por primera vez, se presentan estimaciones agregadas a nivel mundial y regional de la prevalencia de estas dos formas de violencia obtenidas a partir de datos demográficos mundiales recopilados de manera sistemática.

Las conclusiones de este informe establecen que, a nivel mundial, el 35% de las mujeres han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja o de violencia sexual por parte de personas distintas de su pareja y que el 38% del número total de homicidios femeninos se debe a la violencia conyugal. Asimismo, las mujeres que han sido víctimas de abusos físicos o sexuales por parte de su pareja corren un mayor riesgo de padecer una serie de problemas de salud importantes. Así, por ejemplo, tienen un 16% más de probabilidades de dar a luz a bebés con insuficiencia ponderal y más del doble de probabilidades de sufrir un aborto o casi el doble de probabilidades de padecer una depresión y, en algunas regiones, son 1.5 veces más propensas a contraer el VIH, en comparación con las mujeres que no han sido víctimas de violencia conyugal. Por último, el 7% de las mujeres han sido agredidas sexualmente por una persona distinta de su pareja. Aunque se dispone de menos datos sobre los efectos de la violencia sexual no conyugal en la salud, de los datos existentes se desprende que las mujeres que han sufrido esta forma de violencia son 2.3 veces más propensas a padecer trastornos relacionados con el consumo de alcohol y 2.6 veces más propensas a sufrir depresiones o ansiedad.

2.2. Epidemiología de la violencia de género a nivel europeo

En el año 2014, la European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) emitió un exhaustivo informe aportando los datos resultantes de 42.000 entrevistas realizadas entre mujeres pertenecientes a los 28 países miembros de la Unión Europea (UE). Dicho informe muestra que la violencia contra las mujeres, y específicamente la violencia de género sigue afectando desproporcionadamente a las mujeres, constituyendo un abuso de los derechos humanos de tal manera que:

- aproximadamente 13 millones de mujeres de la Unión Europea han experimentado violencia física durante los últimos 12 meses.
- aproximadamente 3.7 millones de mujeres de la Unión Europea han sido víctimas de violencia sexual durante los últimos 12 meses.
- el 23% de las mujeres entrevistadas estaba sufriendo algún tipo de violencia psicológica por parte de su pareja actual.

2.3.Epidemiología de la violencia de género en España

Los resultados de la “Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015”, efectuada por la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, muestran que el 15.5% de las mujeres residentes en España de 16 y más años afirman haber sufrido violencia física, sexual o miedo de alguna pareja o expareja en algún momento de su vida y que cada vez más mujeres en España finalizan relaciones de pareja en las que sufren violencia (el 77.6% frente al 72.48% del año 2011). Un aspecto novedoso de la Macroencuesta de 2015 es que la violencia sufrida por las mujeres ha sido evaluada en cinco bloques de preguntas para los siguientes tipos de violencia:

- 1) Violencia psicológica de control
- 2) Violencia psicológica emocional
- 3) Violencia económica
- 4) Violencia física
- 5) Violencia sexual

En cuanto a los datos correspondientes al periodo anual 2014 del Observatorio contra la Violencia de Género y Doméstica junto con el Consejo General del Poder Judicial, encontramos que, en el año 2014, en España se presentaron un total de 126.742 denuncias, las cuales se desglosan en el Gráfico 1 en función de la persona que interpone la denuncia (Consejo General del Poder Judicial).

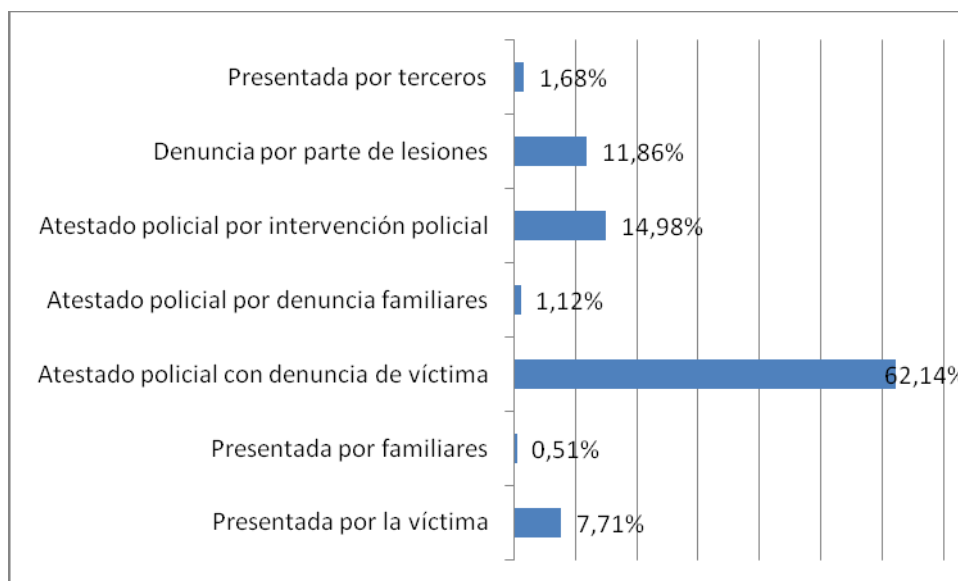


Gráfico 1. Porcentaje de denuncias por violencia de género presentadas en el año 2014, según el agente denunciante

En el año 2014, 53 mujeres fueron asesinadas por parte de su pareja o ex pareja sentimental, siendo esta cifra prácticamente la misma a la del año anterior (2013), la cual fue de 54. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad).

2.4. Epidemiología de la violencia de género en la Comunidad Valenciana

En el año 2014 fueron presentadas en la Comunidad Valenciana 16.635 denuncias por violencia de género, 435 menos que en el año 2013. De dichas denuncias se incoaron 4.068 solicitudes de orden de protección, de las cuales 2.912 fueron adoptadas y 1.156 denegadas. 7 mujeres perdieron la vida a manos de sus parejas o ex parejas sentimentales, 3 menos que en el año 2013 (Consejo General del Poder Judicial).

3. Violencia sobre la mujer: un problema de actualidad

Tal y como han puesto de manifiesto los datos estadísticos y epidemiológicos expuestos anteriormente, la violencia de pareja sigue siendo un problema social actual a pesar de las diversas medidas judiciales, políticas, sociales, educativas, etc., puestas en marcha para intentar erradicar este problema.

Ha sido durante estas tres últimas décadas que la violencia contra la mujer ha pasado de ser una cuestión perteneciente únicamente al ámbito privado y familiar, a ser declarado un problema de derechos humanos de carácter mundial.

Los principales avances realizados en este sentido se inician con la Declaración Universal de los Derechos Humanos (Resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948) proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en la que se reconoce la igualdad de derechos y libertades entre hombres y mujeres. Unas décadas después, en 1979, la ONU acuerda, en la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) (A/RES/34/180, de 18 de diciembre de 1979), establecer una política internacional dirigida a eliminar la discriminación contra la mujer.

Sin embargo, no es hasta diciembre de 1993, a raíz de la Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre Derechos Humanos celebrada en Viena en junio de ese mismo año, cuando la ONU elabora el primer documento internacional de derechos humanos exclusivo sobre el tema de la violencia contra la mujer: la Declaración Sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (A/RES/48/104, de 23 de febrero de 1994), en el que se resolvió que la violencia contra la mujer en cualquiera de sus formas (física, psicológica o sexual), sea en la vía pública o en la privada, requería una acción urgente por parte de los Estados Miembros. Otro avance en la materia lo constituiría la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer celebrada en Beijing en 1995 (ONU), en la cual se aprobó la Declaración y la Plataforma para la Acción de Beijing (A/CONF.177/20/Rev.1,1996), un instrumento encaminado a promover y proteger los

derechos humanos de las mujeres y las niñas, así como a crear las condiciones necesarias para la potenciación del papel de la mujer en la sociedad del siglo XXI. En dicho compromiso internacional, la violencia contra la mujer es considerada una esfera de especial preocupación que requiere una acción urgente para su prevención y eliminación.

En Europa, el problema de la violencia contra la mujer fue abordado por el Parlamento Europeo por primera vez en 1984 con la creación de la Comisión de Derechos de la Mujer. Desde entonces, el Parlamento Europeo se ha ocupado del tema en numerosos informes y resoluciones, como por ejemplo las Resoluciones A-44/86 sobre “Agresiones a la mujer” y la A3-0349/94 sobre “Violaciones de las libertades y los derechos fundamentales de las mujeres”. Otro avance europeo ha sido el desarrollo de campañas dirigidas a la sensibilización y eliminación de las distintas formas de violencia contra las mujeres, tales como la Campaña Europea de Tolerancia Cero ante la Violencia contra las Mujeres (Resolución A4-0250/97) puesta en marcha en 1999, año designado como el "Año Europeo contra la violencia hacia las mujeres", y la Campaña del Consejo de Europa para combatir la Violencia contra las Mujeres, incluida la Violencia Doméstica (EG-TFV (2006) 8 rev 3), lanzada en noviembre de 2006 en Madrid. Por último, entre las iniciativas europeas en la lucha contra la violencia destacan los programas de acción comunitaria Daphne, cuyas acciones están dirigidas a la prevención y eliminación de cualquier forma de violencia contra las niñas, las adolescentes y las mujeres. Hasta la fecha son tres los programas que se han desarrollado: programa Daphne para el período 2000-2003 (Decisión N° 293/2000/CE), programa Daphne II para el período 2004-2008 (Decisión N° 803/2004/CE) y programa Daphne III aprobado en julio de 2007 para el período 2007-2013 (Decisión N° 779/2007/CE).

En España, la violencia contra la mujer empieza a estar presente en las acciones del Gobierno Español, a partir de 1983 tras la ratificación de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) aprobada en 1979 por la ONU. En 1997, el Consejo de Ministros aprobó el III Plan para

la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (1997-2000), introduciendo un área exclusiva de actuación en contra de la violencia hacia la mujer. Dicho Plan daría lugar a la puesta en marcha del “I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica 1998-2000”, aprobado por el Consejo de Ministros el 30 de abril de 1998, coordinado por el Instituto de la Mujer y en colaboración con otros Ministerios. Su pretensión era eliminar los actos violentos en el hogar, articulando actuaciones de prevención y sensibilización social, así como de asistencia a las víctimas. Tras su finalización, se puso en marcha el “II Plan Integral contra la Violencia Doméstica 2001-2004”, aprobado por el Consejo de Ministros el 11 de mayo de 2001, ampliando los objetivos del plan anterior a los ámbitos educativo, legislativo y asistencial. Siguiendo con las políticas de igualdad de género, se puso en marcha el IV Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres para el período 2003-2006, aprobado por el Consejo de Ministros el 7 de marzo de 2003, en el que la eliminación de la violencia contra la mujer volvió a ser uno de los objetivos prioritarios, proponiéndose nuevas medidas de práctica judicial, de protección a la víctima y ayudas asistenciales.

Sin embargo, el mayor avance legislativo en materia de lucha contra la violencia de género no se produjo hasta el año 2004, con la aprobación de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, sobre Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género (B.O.E. núm. 313, de 29 de diciembre). Dicha Ley tiene por objeto actuar contra la violencia de género en cualquiera de sus formas (física, psicológica y sexual), estableciéndose medidas de protección integral con la finalidad de prevenir, sancionar y erradicar la violencia y prestar asistencia a las víctimas.

El Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades para el período 2008-2011 y propuesto por el Ministerio de Igualdad fue aprobado por el Consejo de Ministros el 14 de diciembre de 2007, en cumplimiento del mandato establecido en la reciente Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres (B.O.E. núm. 71, de 23 de marzo de 2007). Este plan tenía entre sus objetivos eliminar cualquier forma de discriminación por razón de sexo, entre ellas la violencia de género, articulando actuaciones en los ámbitos preventivo, asistencial, policial, judicial,

formativo y de investigación, pretendiéndose, así mismo, la mejora de la coordinación intra e interinstitucional y el seguimiento y evaluación continua de las medidas puestas en marcha para determinar su eficacia.

El plan que está en vigor, desarrollado por el actual Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad es “La Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer” para el periodo 2013-2016 y en el cual se enmarca la Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2015. La elaboración de esta Estrategia parte de dos premisas: por un lado, de la conveniencia de unificar, en un mismo documento, de forma coherente y concertada, las distintas medidas que permitan avanzar en la eliminación de la violencia contra la mujer en general y de la de género en particular (en los términos del artículo 1 de la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género 1/2004, de 28 de diciembre); y, por otro, del cumplimiento de lo dispuesto en nuestro ordenamiento jurídico, conforme al cual – artículo 3 de la LO 1/2004 – debe elaborarse por el Gobierno un Plan Nacional de Sensibilización y Prevención. La presente Estrategia recoge medidas que cumplen con esa finalidad sensibilizadora, preventiva y de detección. Su contenido, no obstante, va más allá de lo previsto en este precepto, e incluye, también, acciones que buscan dar la mejor respuesta institucional – asistencial, de protección y de apoyo – a las mujeres que han sufrido violencia de género, logrando la máxima personalización, incidiendo en la atención a los menores y a las mujeres especialmente vulnerables, mejorando la formación de agentes, aumentando la evaluación de las políticas públicas y del conocimiento sobre la violencia contra la mujer, visibilizando de las distintas formas de violencia de la que puede ser objeto por su condición de tal y maximizando el trabajo en red. La “Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer” es, por tanto, manifestación del compromiso de los poderes públicos en el proceso de su erradicación, unificando en un único documento doscientas ochenta y cuatro actuaciones y dando cumplimiento a lo previsto en nuestro ordenamiento jurídico. La Estrategia se asienta en el convencimiento de que una sociedad en igualdad entre hombres y mujeres, respetuosa con los derechos humanos y libre de violencia contra la mujer es una exigencia democrática y un logro posible.

Paralelamente, en el B.O.E. núm. 137, de 6 de junio de 2014 se publicó la adhesión de España al Convenio del Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra la Mujer y la Violencia Doméstica, *Convenio de Estambul*, cuyos objetivos son: a) Proteger a las mujeres contra todas las formas de violencia y prevenir, perseguir y eliminar la violencia contra la mujer y la violencia doméstica; b) Contribuir a eliminar toda forma de discriminación contra la mujer y promover la igualdad real entre mujeres y hombres, incluyendo el empoderamiento de las mujeres; c) Concebir un marco global, políticas y medidas de protección y asistencia a todas las víctimas de violencia contra la mujer y la violencia doméstica; d) Promover la cooperación internacional para eliminar la violencia contra la mujer y la violencia doméstica; e) Apoyar y ayudar a las organizaciones y las fuerzas y cuerpos de seguridad para cooperar de manera eficaz para adoptar un enfoque integrado con vistas a eliminar la violencia contra la mujer y la violencia doméstica.

En el año 2014, España recibió en Ginebra una de las menciones de honor del Premio de Políticas de Futuro (Future Policy Award, 2014) que las instituciones ONU Mujeres, World Future Council y la Unión Interparlamentaria conceden a las mejores leyes y políticas del mundo que persigan poner fin a la violencia ejercida contra las mujeres y las niñas. No obstante, debe seguir la implicación de los Organismos Oficiales en este tema, dado que, todavía son numerosas las denuncias interpuestas en España por temas de violencia de género y a que siguen produciéndose muertes en el contexto de las relaciones de pareja.

Parte II. Análisis de la violencia de
pareja en el marco de la teoría del estrés

1. Concepto de estrés

El término estrés fue utilizado ya en el siglo XIV para referirse a experiencias negativas tales como adversidades, dificultades, sufrimiento, aflicción, etc. (Moscoso, 1998). En el siglo XVII el físico y biólogo R. Hooke (1635-1703) rescata el término para aplicarlo a su “ley de elasticidad”, asociándolo a fenómenos físicos como presión, fuerza, distorsión (*strain*), etc. Hooke, postula que, cuando una presión es aplicada sobre una estructura, ésta produce un efecto de “estiramiento”, generando un cambio de la forma; éste sería el resultado de la interacción entre la presión o carga (*load*) y el estrés (*stress*) (Cooper y Dewe, 2004). Así pues, desde un punto de vista físico el estrés ha sido definido como una fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra fuerza que tiende a distorsionar dicho cuerpo.

El concepto de estrés es entendido aquí como la situación en la cual una exigencia externa actúa sobre un cuerpo y éste, análogamente a una máquina, se expone a un desgaste (*wear and tear*). Ante esta demanda, el cuerpo necesitaría “energía” proveniente del sistema nervioso para sobrellevar los desgastes. Por ello, los científicos relacionaron inicialmente el estrés con un “desgaste de la energía nerviosa”. Esto cobra particular relevancia cuando en el siglo XVIII los médicos plantean que la tercera parte de las enfermedades se debían a orígenes nerviosos (Cooper y Dewe, 2004).

Hacia la llegada del siglo XIX, el médico americano George Beard (1839-1883) describe, en 1868, un cuadro frecuente en sus pacientes como resultado de una “sobrecarga” de las demandas propias del nuevo siglo, al que denomina “neurastenia”. El gran aporte de Beard es su sugerencia de que las condiciones sociales y las exigencias de la creciente vida urbana moderna pueden suscitar un desequilibrio en la persona que podría culminar en una enfermedad mental. En este sentido consideraba una amplia gama de síntomas físicos y mentales tales como una alta ansiedad, fatiga extrema, desesperación, fobias e insomnio, e incluso, problemas de atención, migraña, indigestión e impotencia sexual (Kugelman, 1992). Su novedosa perspectiva, al

considerar la realidad social del individuo, exige educar a la persona en un sano y adecuado afrontamiento de las exigencias del medio.

En este mismo siglo empieza el esfuerzo de la psicología por aparecer como ciencia y surge el funcionalismo con William James (1842-1910) y su interés en lo práctico, alentando así la capacidad de adaptación del ser humano. En su perspectiva pragmática propone el concepto de fatiga como signo de “falla” en el ajuste exitoso del individuo a la vida moderna. Esto último sería lo propio del ideal de vida de una sociedad industrialmente productiva como meta de realización (Padilla, 2010).

Nos encontramos, por tanto, ante dos tipos de perspectivas, las que enfatizan el componente externo (estresor) y las que enfatizan el componente de respuesta fisiológica. Sin embargo, pronto surgió un nuevo componente, los factores psicológicos o subjetivos (“cognitivos”) que median entre los los agentes estresantes y las respuestas fisiológicas de estrés.

Será la perspectiva científica desde la que se utilice el término estrés la que determinará el desarrollo de las teorías sobre el estrés. De este modo, mientras que los enfoques fisiológicos y bioquímicos consideran el estrés en términos de respuestas, las orientaciones psicológicas y psicosociales, al poner más énfasis en la situación estimular, han tendido a asumir el estrés como un fenómeno externo, focalizado en el estímulo (Sandín, 1998).

2. Orientaciones teóricas sobre el estrés

Encontramos tres orientaciones en el desarrollo teórico del estrés:

1. Teorías basadas en la respuesta (Selye, 1950).
2. Teorías basadas en el estímulo (Holmes y Rahe, 1967).
3. Teorías basadas en la interacción (Lazarus, 1966).

No obstante, en la última década del siglo XX ha emergido un nuevo marco conceptual, desarrollado por McEwen (2000), el cual será abordado posteriormente.

2.1. Teorías basadas en la respuesta

Sin lugar a dudas, Hans Selye es la persona que más ha popularizado el término “estrés” (1950), enmarcado en una orientación biológica. Sin embargo, en sus orígenes destaca el fisiólogo Walter B. Cannon, quien en 1932 acuñó el término “homeostasis” para describir la capacidad que tiene todo organismo para mantener constante un equilibrio interno. Ante estímulos amenazantes o aversivos se producía una reacción fisiológica en el organismo que lo preparaba para la “respuesta de lucha o huida” (Johnson, Kamilaris, Chrousos y Gold, 1992; Carlson, 2002).

Bajo esta influencia, Selye utilizó el término estrés para referirse al “juego de fuerzas y tensiones que actúan sobre el organismo” (Selye, 1936). Así, el estrés tiene su forma y composición características (cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico), pero ninguna causa particular (Selye, 1956).

En sus trabajos más recientes (Selye, 1976), redefine el estrés como una “respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda”. Esta respuesta sería una “respuesta estereotipada” que implica una activación del eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo. Cuando esta respuesta persiste aparece el *Síndrome General de Adaptación* (SGA) (véase Figura 1), cuyo desarrollo completo incluiría las siguientes etapas: 1) “reacción de alarma”, refiriéndose a la reacción inicial e inmediata del organismo al agente nocivo; 2) “fase de resistencia”, en la que se produce una adaptación del organismo al agente estresor junto con la consecuente mejora y desaparición de los síntomas; y 3) “fase de agotamiento”, la cual llega si el estresor es suficientemente severo y prolongado, reapareciendo los síntomas característicos de la reacción de alarma y pudiendo suponer la muerte del organismo (McEwen, 2005).

Con el paso del tiempo fueron varias las objeciones planteadas a esta concepción del estrés que deja de lado el componente conductual y cognitivo (Vingerhoets, 1985; Weiss, 1971, Weiner, 1990), siendo la principal la formulada por J.W. Mason, el cual formuló que, la gran sensibilidad que posee el sistema neuroendocrino para responder a

los estímulos emocionales permite sugerir que, en lugar de una respuesta inespecífica a las distintas amenazas, lo que existe es una respuesta específica para todos los estímulos emocionales (Mason 1968, 1971; Sandín, 1984).

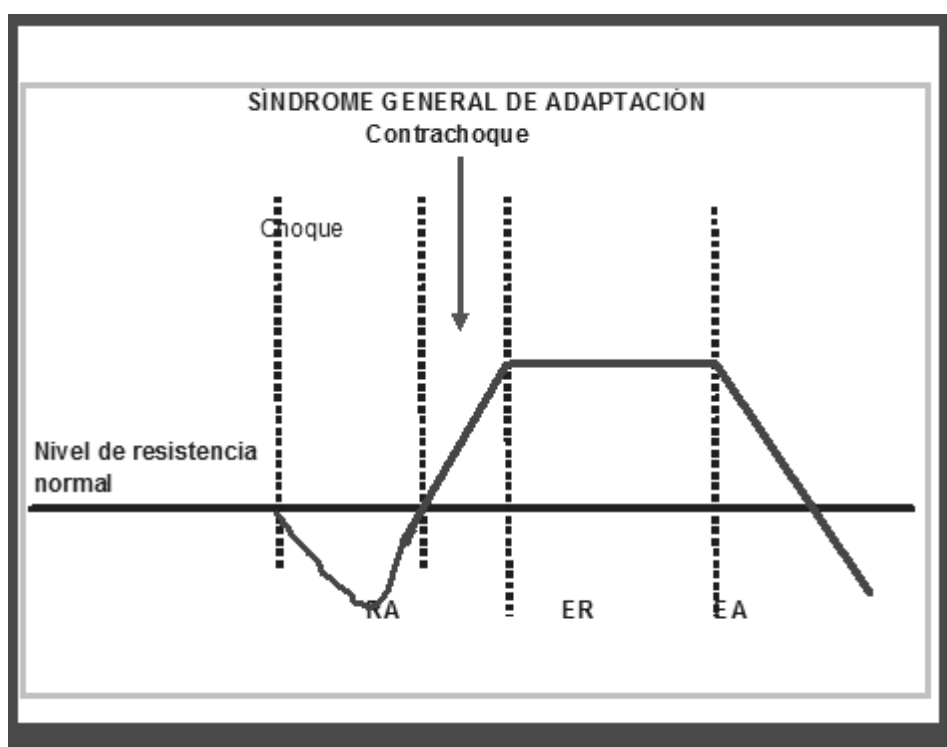


Figura 1. Representación de las tres fases del Síndrome General de Adaptación. RA= reacción de alarma; ER= etapa de resistencia; EA= etapa de agotamiento (según Selye, 1976)

2.2. Teorías basadas en el estímulo

Las teorías basadas en esta orientación, también conocida como “enfoque psicosocial del estrés”, interpretan el estrés como aquellos estímulos ambientales que pueden perturbar o alterar el funcionamiento del organismo (Cox, 1978) (véase Figura 2). La aportación más relevante desde esta perspectiva la realiza Thomas H. Holmes, bajo la influencia de Wolf y Meyer (Sandín, 1998) y su enfoque biopsicosocial, basado en el conocimiento del contexto psicosocial en el que aparecían las enfermedades.

En los años 50, Holmes empezó a desarrollar un nuevo marco teórico y metodológico para investigar las relaciones entre el estrés y la enfermedad basada en los fenómenos psicosociales. En esta línea de investigación su principal contribución fue la creación de instrumentos para cuantificar el estrés, tales como el *Inventario de Experiencia Reciente (SRE)* o la *Escala de Estimación del Reajuste Social (SRSS)*, (Holmes y Rahe, 1967).

El planteamiento de este enfoque consiste en que los sucesos vitales, como eventos sociales que requieren algún tipo de cambio respecto al habitual ajuste del individuo, pueden preceder al inicio de enfermedades en función de la magnitud del cambio requerido (a mayor cambio, mayor riesgo de enfermar) (Sandín, 1998). Posteriormente, se han ido desarrollando nuevos enfoques centrados en el estudio del efecto de otro tipo de estresores sociales en la salud: el enfoque del “estrés de rol”, demandas relacionadas con el rol social de la persona que requieren reajustes durante un periodo de tiempo prolongado; y el enfoque de los “sucesos menores”, contrariedades cotidianas que requieren pequeños reajustes diarios. En la actualidad se reconoce la interrelación e influencia mutua entre estos tres tipos de estresores sociales y su influencia en la salud (Sandín, 2003).

Como principales limitaciones hacia esta aproximación teórica encontramos las críticas efectuadas al método de ponderación de estas escalas (que no tienen en cuenta el impacto diferencial de los sucesos sobre los distintos individuos), la ambigüedad en la descripción de los sucesos vitales, la limitación del muestreo o los sesgos individuales (Sandín, 1998).

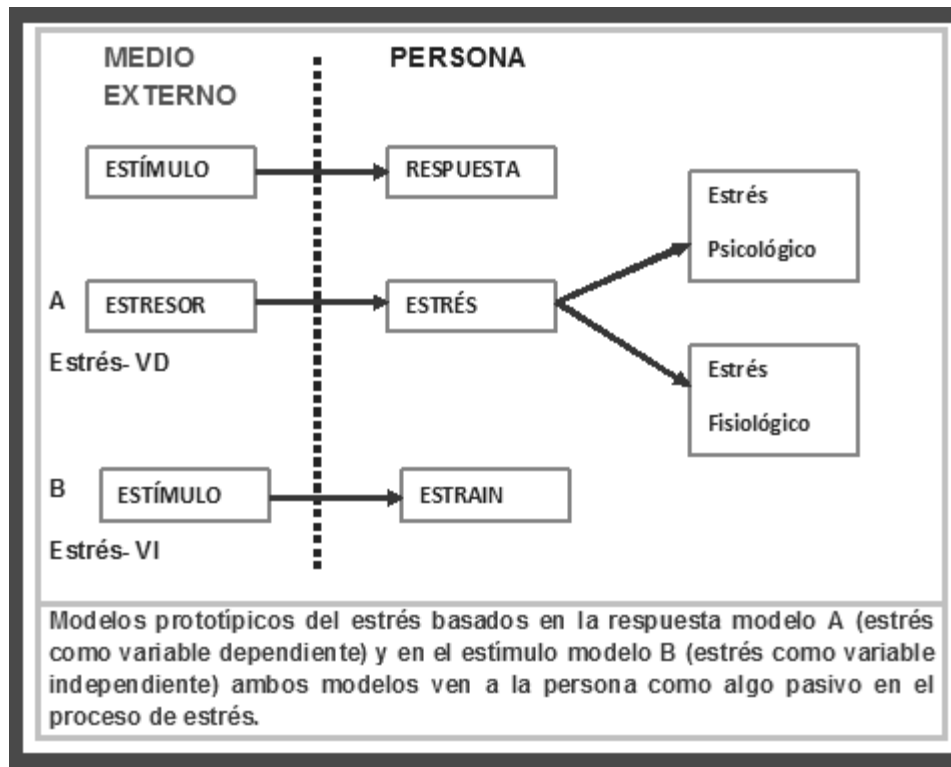


Figura 2. Adaptación de Cox, 1978.

2.3. Teorías basadas en la interacción

Esta aproximación centra su atención en la relación entre el individuo y el ambiente, otorgando especial relevancia a los procesos cognitivos que median entre los estímulos y las respuestas de estrés. Las teorías pertenecientes a este enfoque se denominan teorías transaccionales o interactivas y su principal representante es Richard S. Lazarus.

R.S. Lazarus y S. Folkman definen el estrés como “el conjunto de relaciones particulares entre el individuo y la situación, siendo ésta valorada por el individuo como algo que “grava” o excede sus propios recursos y que pone en peligro su bienestar personal” (Lazarus y Folkman, 1986). La evaluación es definida por este autor como el mediador cognitivo de las reacciones de estrés.

A pesar de la aparición de otros modelos alternativos al definido por Lazarus, estas nuevas propuestas (Cox, 1978) no difieren del original en su esencia ya que continúan poniendo el énfasis en la evaluación cognitiva de la potencialidad estresante de la situación y su habilidad para afrontarla (Sandín, 1998).

2.4. Aproximación al concepto actual de estrés

En la actualidad, el término “estrés” está ampliamente popularizado, siendo utilizado en diferentes contextos de la vida cotidiana (familiar, laboral, académica, social...) para referirse a un estado de tensión experimentado a partir de algo que sucede en el ambiente inmediato (Sánchez-Canovas, Soriano y Zorroza, 1997). Generalmente es considerado en su connotación negativa como algo perjudicial o desagradable (“distrés” o “estrés malo”), si bien el estrés puede ser agradable y saludable para la persona (“eustrés” o “estrés bueno”) (Selye, 1976; McEwen, 2005). El estrés forma parte de nuestra vida y no puede ser evitado ya que “su completa eliminación significaría la muerte” (Selye, 1976).

A finales del siglo pasado surgió un **nuevo marco conceptual** a manos de Bruce McEwen. Este autor propone una formulación del estrés como “carga alostática”, es decir, el estrés serían aquellos acontecimientos que la persona interpreta como amenazantes y que provocan respuestas fisiológicas y conductuales (McEwen, 2000; 2008) (véase Figura 3).

En términos generales se postula que un estresor es una situación que perturba la homeostasis, lo que puede ser percibido como un peligro real o aparente. La presencia de un estresor produce inmediatamente la activación del sistema nervioso vegetativo (glándulas suprarrenales, sistema cardiovascular, respiratorio y metabólico) y de ciertos procesos en el sistema nervioso central (Mercier, Canini, Buguet, Cespuglio, Martin y Bourdon, 2003). El estrés agudo puede ser definido como un proceso que lleva a interpretar y evaluar la amenaza, el daño o la demanda en general, pero si la exposición al agente estresante es excesiva, repetitiva y prolongada en el tiempo, como sucede en el

estrés a largo plazo, la permanencia de los mecanismos adaptativos (“alostasis”) transforma un mecanismo protector y de ajuste transitorio en otro con alto poder patogénico (McEwen, 2005; Molina-Jiménez, Gutiérrez-García, Hernández-Domínguez y Contreras, 2008).



Figura 3. Formulación del estrés como “carga alostática” (tomado de McEwen, 2008).

Más recientemente, Koolhaas y cols. (2011) han propuesto que el estrés debería ser considerado como una percepción cognitiva de incontrolabilidad y/o impredecibilidad que se manifiesta en una respuesta comportamental y fisiológica. Estos autores hacen hincapié en que los términos estrés y estresor, tendrían que quedar restringidos a la definición de aquellas situaciones y estímulos donde la predictibilidad y la controlabilidad están en juego debido a una ausencia de respuesta anticipatoria y a una pérdida de control que se refleja en una tardía respuesta de recuperación y la activación del eje neuroendocrino.

3. El estrés psicosocial

En general, los términos estrés psicológico, emocional, sociopsicológico o psicosocial se usan indistintamente para referirse al estrés generado, por ejemplo, cuando ocurren relaciones interpersonales conflictivas, y su consecuencia es un cambio afectivo denominado estrés emocional que puede desencadenar diversas patologías en función de la predisposición genética, la experiencia del individuo y su ambiente cultural (Molina-Jiménez y cols., 2008).

Algunos sucesos vitales precipitantes actúan de forma inmediata. Sin embargo, otros, llamados predisponentes suelen ocurrir en etapas tempranas de la vida y son capaces de propiciar una vulnerabilidad particular hacia el desarrollo de patologías diversas (Maercker, 2004). Este tipo de sucesos también reciben el apelativo de crónicos puesto que se trata de problemas que las personas enfrentan en sus vidas diarias durante tiempo y consisten en dificultades laborales, maritales, sociales y de género (Sandín, 2003).

3.1. Modelos en animales

El estudio experimental del estrés psicosocial deriva del modelo de estrés social con animales denominado intruso-residente, el cual provoca un conflicto social en el que un individuo (intruso) es sometido a constantes derrotas cuando es introducido en una caja donde ya residía otro individuo (residente) de la misma especie (Gutiérrez-García y Contreras, 2000). Otro tipo de estresores psicosociales estudiados en laboratorio han sido la derrota social por agresión física y el estatus de subordinación en un grupo (revisado por Martínez, Calvo-Torrent y Picó-Alfonso, 1998a; Bartolomucci, 2007), la competición social (Hoshaw, Evans, Mueller, Valentino y Lucki, 2006; Yang y cols., 2014), el hacinamiento social o el aislamiento social (revisado por Blanchard, McKittrick y Blanchard, 2001; Bartolomucci, 2007).

Los resultados de estos estudios indican que la derrota social continua produce a la larga un amplio espectro de cambios conductuales que son considerados análogos a los de los síntomas depresivos en el ser humano (Rygula, Abumaria, Flugge, Fuchs, Ruther y Havemann-Reinecke, 2005). Así, han sido documentadas la presencia de variadas alteraciones en los animales derrotados, subordinados o aislados, tales como: disminución en la conducta agresiva y aumento de las reacciones defensivas y sumisas, aislamiento social, disminución de la conducta sexual, comportamiento depresivo (revisado por Sgoifo, Carnevali y Grippo, 2014; Gómez-Lázaro, Arregui, Beitia, Vegas, Azpiroz y Garmendia, 2011), irritabilidad (Rapkin, Pollack, Raleigh, Stone y McGuire, 1995), inhibición motora, déficit en aprendizaje espacial y memoria, aumento de los niveles de ansiedad, aumento en la autoadministración de cocaína y de consumo de alcohol (revisado por Blanchard y cols., 2001; Martínez, Phillips y Herbert, 1998b), alteraciones fisiológicas, tales como pérdida de peso (Savignac, Hyland, Dinan y Cryan, 2011; Shimamoto, Debold, Holly y Miczek, 2011), un incremento del peso adrenal (Schmidt y cols., 2010) o cambios en el tejido intestinal (Savignac y cols., 2011), alteraciones neuroquímicas, tales como alteraciones en los sistemas neurotransmisores dopaminérgicos y serotoninérgicos (Shimamoto y cols., 2011; revisado por Blanchard y cols., 2011; Martínez y cols., 1998b; Tamashiro, Nguyen y Sakai, 2005), en el factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) (Gómez-Lázaro y cols., 2011), incremento en los niveles de c-fos en el núcleo paraventricular del hipotálamo (PNV) en animales que han experimentado la derrota (Litvin, Murakami y Pfaff, 2011) o cambios morfológicos en diversas regiones cerebrales (McEwen, 2000; 2008).

3.2. Modelos en seres humanos

En seres humanos, los estresores de laboratorio consisten en una situación experimental generadora de estrés moderado, habitualmente de duración corta (menos de 30 minutos), cuyo efecto es evaluado utilizando diferentes índices fisiológicos, que pueden ser físicos, como el test de frío (“cold pressor test”) (Fahrenberg, Foerster y Wilmers, 1995) o psicosociales, tales como hablar en público o realizar tareas mentales

de aritmética (Kirschbaum y cols., 1995). La ventaja de este tipo de estresores es que permiten un gran control experimental, así como una mayor replicabilidad.

Por otro lado, los estresores de campo son situaciones estresantes de naturaleza social (agudas o crónicas), tales como catástrofes naturales (Wang y cols., 2007), el cuidado de un familiar con una enfermedad terminal (Kiecolt-Glaser, Glaser, Gravenstein, Malarkey y Sheridan, 1996), la pérdida de un ser querido (Lindqvist, Johansson y Karlsson, 2008), la violencia de pareja (García-Linares y cols., 2004; Picó-Alfonso y cols., 2006) o una competición deportiva (Salvador, 2005). La respuesta de estrés generada por este tipo de estresores es estudiada en su manifestación natural, sin ser manipulada por el investigador. La ventaja de su utilización es que permiten una mayor generalización de los resultados, siendo su principal inconveniente el menor control de la situación.

4. La respuesta neurobiológica de estrés

4.1. Fisiología del estrés

La respuesta fisiológica del estrés es activada por un estresor, cumpliendo una misión protectora y apareciendo de una forma instantánea. Dicha respuesta se inicia en el eje simpático-suprarrenal medular (SAM), el cual secreta catecolaminas como la adrenalina (A) y noradrenalina (NA), cuya principal función es preparar el cuerpo para la demanda de energía realizada (Moscoso, 2009). Simultáneamente, el hipotálamo produce el Factor Liberador de Corticotropina (CRF) que, dirigida al sistema circulatorio de la Glándula Pituitaria, segrega la Hormona Adrenocorticotropa (ACTH) a través del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) produciendo hormonas glucocorticoides (GCs), especialmente cortisol (McEwen, 2007; Basu, Levendosky y Lonstein, 2013; revisado por Herbert y cols., 2006).

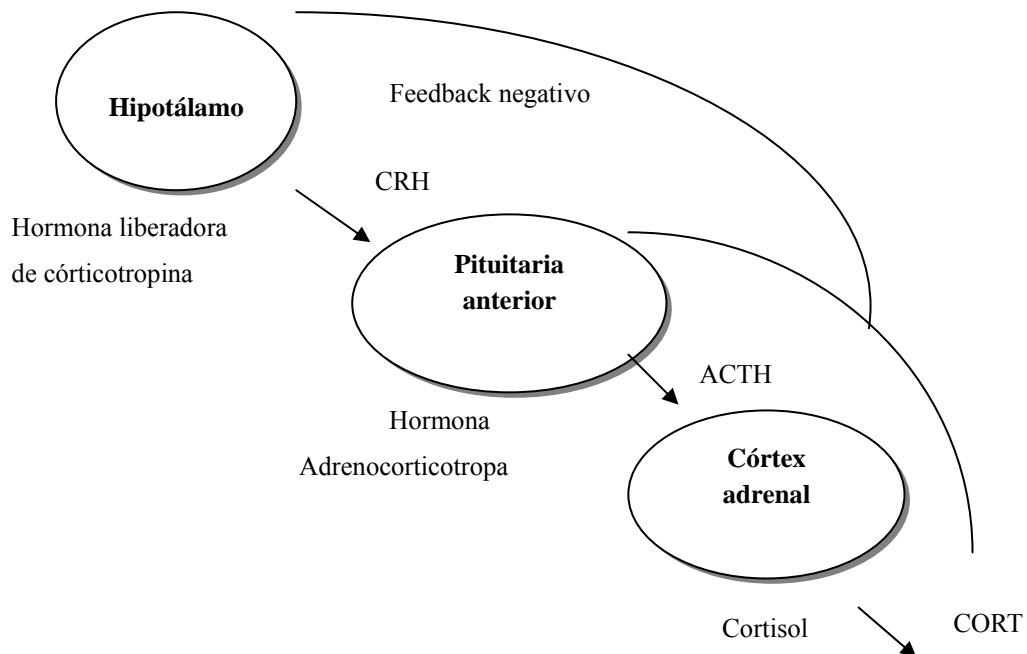


Figura 4. Respuesta neurobiológica de estrés a través del eje HPA.

Desde principios del siglo XX hasta la década de los 70 se mantuvo la idea de que en la respuesta de estrés únicamente intervenían el sistema nervioso y el sistema endocrino. En este sentido, Cannon destacó el papel central de la adrenalina liberada por el SAM en la respuesta de lucha/huida ante la exposición a estímulos amenazantes (físicos y emocionales) (Cannon, 1934). Posteriormente, Selye subrayó la importancia de la actividad del SAM junto con la del eje HPA y la liberación de GCs en la respuesta de estrés provocada por la exposición a un estresor (generalmente físico) (Selye, 1950). Sin embargo, a finales de la década de los 70 surgió una nueva disciplina, la psiconeuroinmunoendocrinología, la cual reconoce la existencia de cuatro sistemas de procesamiento de información que permanentemente están interactuando en los seres humanos: la mente, el sistema nervioso, el sistema endocrino y el sistema inmune (Moscoso, 2009).

Bajo condiciones normales, estos cuatro sistemas interactúan en armonía resultando en un estado homeostático. La pérdida del equilibrio homeostático representa una interrupción en los procesos de interacción de estos cuatro sistemas, pudiendo dar

lugar a la aparición de un cuadro patogénico o enfermedad (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles y Glaser, 2002; Mucio-Ramírez, 2007).

4.1.1. Eje simpático-suprarrenal medular (SAM)

El eje SAM se inicia cuando las neuronas preganglionares simpáticas de la médula espinal reciben la información procedente del hipotálamo, activando la Rama Simpática e inhibiendo la Rama Parasimpática del sistema nervioso autónomo. Esta activación genera cambios dirigidos a preparar al cuerpo para el esfuerzo físico sostenido y la toma de decisiones. La activación de las neuronas postganglionares simpáticas produce la liberación de NA que es segregada a nivel de la médula suprarrenal y en estructuras cerebrales: hipotálamo, sistema límbico, hipocampo y córtex cerebral. Por otra parte, las neuronas preganglionares simpáticas activan la médula de las glándulas adrenales liberando a la circulación A y, en menor medida, NA, generando un incremento de los niveles plasmáticos de glucosa y de ácidos grasos y de la producción de tiroxina, mientras que se produce una disminución de los niveles de insulina, estrógenos y testosterona e inhibición de la secreción de prolactina (Sánchez, Sirera, Peiró y Palmero, 2008). Las catecolaminas (A y NA) facilitan un mayor nivel de energía, oxígeno, alerta, poder muscular y resistencia al dolor (Moscoso, 2009), preparando todo ello al organismo en cuestión de minutos para dar una respuesta al estrés.

4.1.2. Eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA)

El eje hipotálamo-hipófisis-adrenal (HPA) es el principal sistema hormonal que se activa en respuesta al estrés (Young, Tolman, Witkowski y Kaplan, 2004a). Éste actúa paralelamente al eje SAM a partir de la activación del PVN y tiene como objetivo mantener los parámetros de esfuerzo y atención. Las neuronas del núcleo paraventricular segregan, a través de los vasos portales a la Adenohipófisis, la Hormona Liberadora de Corticotropina (CRF). La CRF y otras hormonas relacionadas entran en

el sistema circulatorio que une el hipotálamo con la pituitaria anterior y, activando la pituitaria, se libera ACTH y en menor medida β -endorfina (Sánchez y cols., 2008). La ACTH, una vez liberada al torrente sanguíneo, estimula a la corteza adrenal, la cual secreta glucocorticoides y más concretamente cortisol (corticosterona en roedores) (revisado por Carrasco y Van de Kar, 2003).

A corto plazo, el cortisol mantiene efectos activadores sobre componentes moleculares y celulares del sistema inmunitario, preparando y alertando al organismo de posibles infecciones. Asimismo, a nivel central, el cortisol ejerce un efecto modulador sobre el funcionamiento neurocognitivo, potenciando procesos atencionales y mnésicos, entendiendo que un poco de estrés y, por lo tanto de cortisol, es necesario para mantener un rendimiento competente frente a las demandas cognitivas diarias (revisado por Martino, 2014).

Sin embargo, la exposición crónica al cortisol y a la corticosterona causa daños, principalmente en el hipocampo, el cual tiene abundancia de receptores a glucocorticoides (revisado por Herbert y cols., 2006). Se ha demostrado que la elevación de los niveles de glucocorticoides altera la morfología de los árboles dentríticos del área CA3 y esto lleva a la neurodegeneración y eventualmente a la muerte de sus células (Mucio-Ramírez, 2007), causando por ejemplo problemas de memoria (Gálvez, 2005; McEwen, 2001).

4.1.3. Sistema inmune

Tanto el eje HPA como el eje SAM son sistemas de respuesta ante el estrés (McEwen, 2007; Moscoso, 2009; Mucio-Ramírez, 2007) que producen efectos sobre el sistema inmunológico (Altemus, Cloitre y Dhabhar, 2003) al encontrarse todos estos sistemas en constante retroalimentación (Gill, Vythilingam y Page, 2008). Así, existen evidencias científicas de que acontecimientos vitales negativos, que pueden ser relativamente comunes o frecuentes, como un examen o un divorcio, pueden estimular la carga viral (Longo y Koehn, 1993).

Se ha demostrado que diferentes tipos de agentes estresantes tienen efectos en los niveles de hormonas del estrés y citocinas, elevando interleucinas IL-1, IL6 y β -endorfina. Los glucocorticoides también modulan la respuesta inmune e inhiben la producción de citocinas, siendo el cortisol un potente antiinflamatorio e inmunorregulador que inhibe la producción de la interleucina IL1 (Mucio-Ramírez, 2007). La sobreproducción o la subproducción de cortisol puede causar la hiperactividad o la hipoactividad del sistema inmune (McEwen y Stellar, 1993), encontrándose, por tanto, ambos sistemas clara y complejamente interrelacionados, siendo el cortisol liberado en las glándulas suprarrenales el que facilita la preparación del sistema inmune para manejar sus defensas (Marketon y Glaser, 2008). De hecho la experiencia de un estresor crónico contribuye a una desregulación del sistema inmunitario propiciando la aparición de enfermedades autoinmunes, tales como las enfermedades infecciosas o el cáncer (Kiecolt-Glaser y cols., 2002).

4.1.4. Marcadores fisiológicos de estrés

Los marcadores fisiológicos más utilizados para evaluar el funcionamiento del sistema inmune, el SAM y el eje HPA, pueden basarse en metodologías poco invasivas, como el análisis de muestras de saliva (García-Linares y cols., 2004; Kim, Lee y Ahn, 2010; Picó-Alfonso y cols., 2004; Sánchez-Lorente, 2009; Blasco-Ros, 2012; Moya-Albiol, Serrano y Salvador., 2010), de sudor (revisado por Marques, Silverman y Sternberg, 2010), de orina (Mason y cols., 2002) o en el análisis de niveles en sangre (Constantino, Sekula, Rabin y Stone., 2000; Heim y cols., 2000; Rasmusson y cols., 2004; Yehuda, Brand, Golier y Yang, 2006; Griffin, Resick y Yehuda, 2005), resultando esta medida algo más invasiva.

El sistema inmune puede ser evaluado en los humanos en situación de estrés mediante la capacidad de neutralizar el virus herpes simple tipo 1, midiendo los niveles totales de inmunoglobulina A (IgA) (García-Linares y cols., 2004; García-Linares, 2005; Sánchez-Lorente, 2009), la funcionalidad de los linfocitos T (Constantino y cols., 2000), la concentración de citocinas como las interleucinas IL-6 e IL-8 (Son, Hong,

Chang y Shin, 2015) o el factor de crecimiento transformante beta (FCT β) (Gálvez-Gastélum, Sandoval-Rodríguez y Armendáriz-Borunda, 2004).

La activación del SAM puede ser medida a través de métodos no invasivos como la media de la frecuencia cardíaca (Heim y cols., 2000) o la variabilidad de ésta, midiendo el intervalo entre dos latidos consecutivos, indicando un descenso en la misma un menor tono parasimpático/vagal (revisado por Marques y cols., 2010). También puede ser evaluada mediante la medición de las catecolaminas (A y NA) en sangre (Inslicht y cols., 2006).

Para la evaluación del funcionamiento del eje HPA los marcadores más utilizados han sido el nivel de ACTH y corticosterona en roedores (Swierczynska y cols., 2015; Minni y cols., 2014), los niveles de ACTH en humanos (Heim y cols., 2000; Rasmusson y cols., 2004; Yehuda, Golier, Halligan, Meaney y Bierer, 2004), el neuropéptido Y (Seedat, Stein, Kennedy y Hauger, 2003), la dehidroepiandrosterona (DHEA) (Rasmusson y cols., 2004; Picó-Alfonso y cols., 2004; Yehuda y cols., 2004; Kim y cols., 2010; Blasco-Ros, 2012) y los niveles de cortisol (Yehuda y cols., 2004; Johnson, Delahanty y Pinna, 2008; Inslicht y cols., 2006; Blasco-Ros, 2012; Picó-Alfonso y cols., 2004; revisado por Herbert y cols., 2006).

Cortisol

El cortisol, principal GC en seres humanos, se sintetiza a partir del colesterol en las células de la zona fasciculada de la corteza adrenal (revisado por Herbert y cols., 2006) (Ver Figura 5). Su liberación es pulsátil, siguiendo un patrón circadiano y presentando su pico más alto alrededor de los 30 minutos tras despertar (Kim y cols., 2010; Wilhelm, Born, Kudielka, Scholtz y Wust, 2007; revisado por Hostinar, Sullivan y Gunnar, 2014; Wüst, Federenko, Hellhammer y Kirschbaum, 2000), aunque se mantiene elevado durante los primeros 60 minutos. De hecho, Pruessner y cols. (1997) propusieron que la evaluación repetida de los niveles de cortisol tras despertar representa una medida sencilla y útil de la actividad adrenocortical, observándose que estos niveles decrecían a lo largo del día en menor proporción en las mujeres que en los hombres (Pruessner y cols., 1997; Wüst y cols., 2000). En cuanto a la edad se ha

observado que durante el envejecimiento se produce un incremento de los niveles de cortisol, particularmente en los niveles vespertinos (revisado por Herbert y cols., 2006), lo cual podría explicar los déficits de memoria propios de la vejez al ser el hipocampo uno de los principales receptores de GCs (Mucio-Ramírez, 2007). En conclusión, la secreción de cortisol durante una situación de estrés determina la adaptación del organismo a dicha situación (McEwen y Wingfield, 2003), si bien, la hipersecreción de esta hormona implica la aparición de patologías en el organismo a más largo plazo (Dhabhar y McEwen, 1997).

Dehidroepiandrosterona (DHEA)

Simultáneamente al cortisol se secreta la DHEA en la zona reticulada de la corteza adrenal en respuesta a la ACTH. Dicha respuesta de ACTH a la DHEA es la medida más directa de la inhibición pituitaria, distinta al cortisol, y permite estimar que la retroalimentación inhibitoria es independiente al funcionamiento de la glándula adrenal (Yehuda y cols., 2004). Estudios realizados con roedores han demostrado que la administración de DHEA protege a las neuronas del hipocampo de los efectos nocivos del cortisol (Kaminska, Harris, Gijsbers y Dubrovsky, 2000; Kimonides, Spillantini, Sofroniew, Fawcett y Herbert, 1999), funcionando la DHEA como un potente anti-glucocorticoide (Blauer, Poth, Rogers y Bernton, 1991; revisado por Goodyer, Park, Netherton y Herbert, 2001). En humanos, se ha detectado que los niveles de DHEA disminuyen tras el nacimiento y vuelven a elevarse entre los 6 y 10 años de edad, alcanzando su máximo a los 20-30 años. Posteriormente, van declinando con la edad (revisado por Herbert y cols., 2006) a una tasa del 10-15% por década (revisado por Redolat y Carrasco, 2007), llegando a proponerse la suplementación con esta hormona para prevenir diversas enfermedades relacionadas con el deterioro producido por la edad (De Bruin, Vieira, Rocha y Viana, 2002). En concordancia con ello, Harris y cols. (2000) encontraron asociaciones negativas entre los niveles matutinos y vespertinos de DHEA y la edad, relación no evidenciada para los niveles de cortisol.

Ratio cortisol/DHEA

La ratio cortisol/DHEA (C/DHEA) ha sido aceptada como un índice de recuperación al reflejar la contribución de ambos esteroides al equilibrio endocrino, considerándose la medida más adecuada para medir los efectos de estas hormonas sobre el organismo (Young, Gallagher y Porter, 2002). El “riesgo endocrino” vendría determinado, entonces, por dos patrones básicos: a) elevados niveles de cortisol junto con niveles moderados de DHEA o b) niveles normales de cortisol junto con niveles bajos de DHEA, ambos con la misma consecuencia funcional (revisado por Goodyer y cols., 2001). Así, una menor ratio cortisol/DHEA se ha asociado con un deterioro cognitivo más marcado durante la vejez, siendo las ratios más elevadas consideradas como factores de protección de los efectos nocivos del cortisol sobre el hipocampo (revisado por Redolat y Carrasco, 2007).

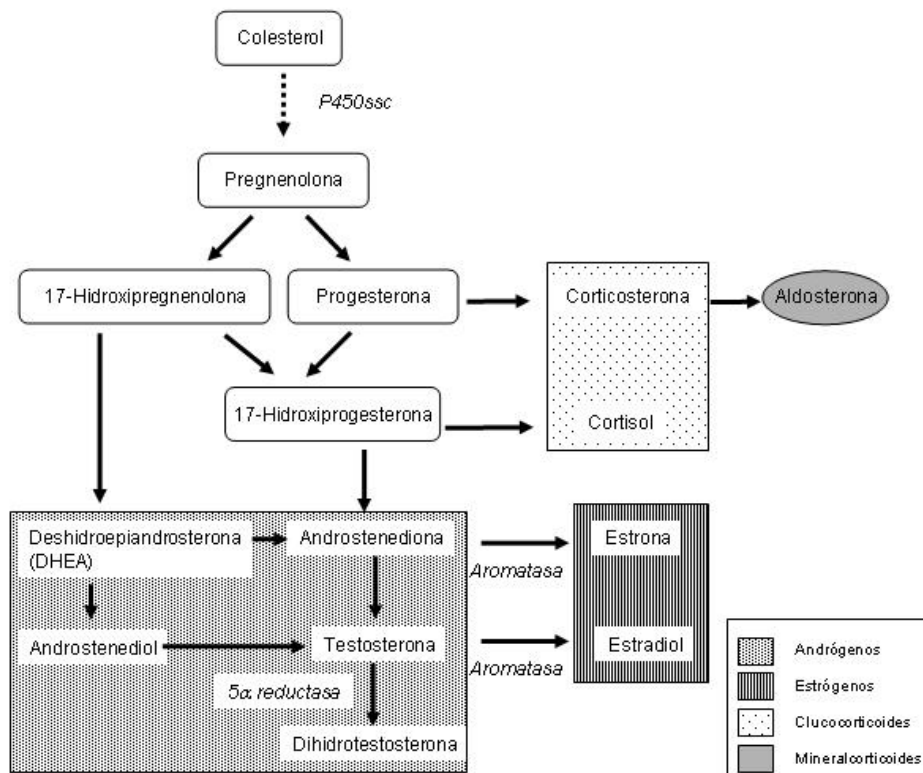


Figura 5. Biosíntesis y ruta metabólica del cortisol, dehidroepiandrosterona (DHEA) y otros esteroides (tomado de Martínez Sanchis, 2007)

4.1.5. Estrés agudo versus estrés crónico

Desde el punto de vista evolutivo, el estrés social es constante en la vida de todas las especies animales incluyendo el ser humano (revisado por Blanchard y cols., 2001), aunque el posible cambio funcional no depende tanto del resultado de esa situación de competencia, sino de la estrategia de afrontamiento que se emplee (Salvador, 2005; Pérez-Tejada, Arregi, Gómez-Lázaro, Vegas, Azpiroz y Garmendia, 2013).

Así, hay que diferenciar entre el estrés agudo y el estrés crónico. El estrés agudo es de naturaleza protectora y adaptativa y su principal función es la de preparar al organismo para la demanda de energía que se le realiza (Moscoso, 2009; revisado por Herbert y cols., 2006), produciéndose un incremento en la secreción de corticosteroides (revisado por Herbert y cols., 2006). Sin embargo, el mantenimiento de la situación de estrés (estrés crónico) puede resultar en un exceso en los niveles de glucocorticoides, los cuales provocan cambios bioquímicos y una desregulación a nivel hormonal que repercute sobre los sistemas endocrinos e inmune propiciando el desarrollo de enfermedades (Dhabhar y McEwen, 1997; Heim y cols., 2000; McEwen, 2004; Moscoso, 2009; Bonet, 2013). En la Figura 6 se muestran los diferentes efectos sobre el organismo del estrés agudo y del estrés crónico.

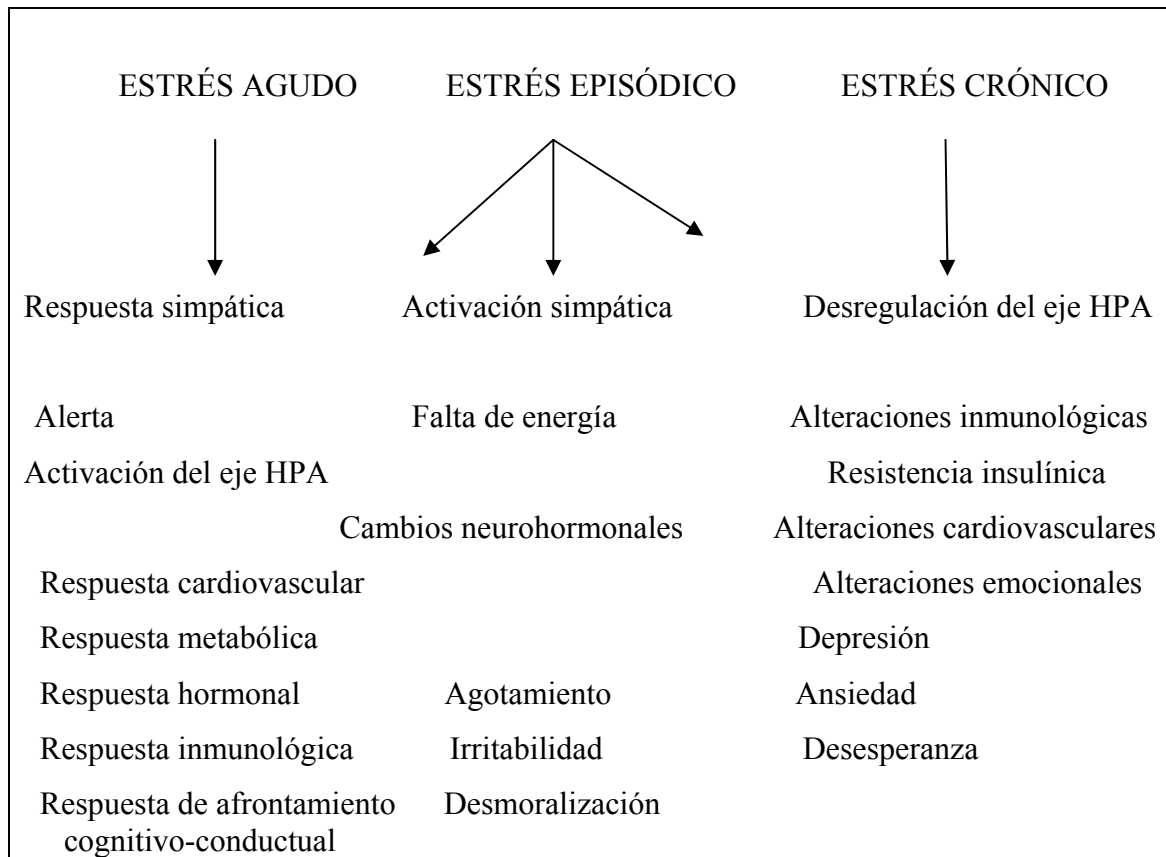


Figura 6. Estrés agudo vs. Estrés crónico (tomado de Molina-Jiménez y cols.,2008).

4.1.6. Sistema endocrino y trastornos mentales

Como se ha expuesto anteriormente la exposición prolongada de GCs produce efectos nocivos sobre el organismo predisponiéndolo al desarrollo de enfermedades (revisado por Herbert y cols., 2006; Nemeroff, 1998), entre ellas trastornos mentales como la depresión, la ansiedad o el Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD) (revisado por Goodyer y cols., 2001; Heim y cols., 2000; revisado por Herbert, 2013).

Aunque la actividad del eje HPA ha sido ampliamente estudiada en relación con la depresión, no existe un acuerdo unánime entre las evidencias científicas encontradas en cuanto a los parámetros que podrían predecir la reaparición de un episodio depresivo mayor. Sin embargo, según la revisión realizada por Martino (2014) sí que hay evidencias de que el estrés crónico y algunas formas de depresión compartirían una gran

cantidad de mecanismos neurobiológicos y fisiopatológicos, no así el PTSD (Johnson y cols., 2008; revisado por Díaz-Marsá, Molina, Lozano y Carrasco, 2000), como se expondrá más adelante.

La mayoría de los resultados encontrados en relación con el cortisol, establecen una conexión entre la depresión y la presencia de niveles elevados y sostenidos de esta hormona (Hardeveld y cols., 2014; revisado por Goodyer y cols., 2001; Oquendo y cols., 2003), sugiriendo estos resultados que la hipercortisolemia es un rasgo de la depresión crónica (Lok y cols., 2012; Altemus y cols., 2003). En algunos estudios se ha hallado que elevados niveles matutinos de cortisol actuarían como un factor de riesgo a presentar recaídas de depresión en pacientes ya diagnosticados de este trastorno (Harris y cols., 2000; Hardeveld y cols., 2014), siendo, por tanto, estos pacientes más vulnerables frente a los estresores ambientales. Sin embargo, una respuesta crónica de depresión y ansiedad también se ha visto asociada a una baja respuesta de cortisol tras despertar en contraposición con los estudios anteriores (Vreeburg y cols., 2013).

En cuanto al PTSD se han encontrado algunas alteraciones biológicas que no responden al modelo de estrés habitual (revisado por Díaz-Marsá y cols., 2000), encontrándose evidencias que el estrés crónico y el PTSD producen un impacto diferente sobre el eje HPA (Johnson y cols., 2008). Por ello, es frecuente observar una gran diversidad en los trabajos que relacionan PTSD y cortisol. En algunas investigaciones se ha hallado que los sujetos con PTSD presentan elevados niveles de cortisol (Rasmusson y cols., 2004; Inslicht y cols., 2006; Lindley, Carlson y Benoit, 2004; Lemieux y Coe, 1995), en otras se ha encontrado que presentan niveles más bajos de esta hormona (revisado por Chida y Steptoe, 2009; Heim y cols., 2000; Wessa, Rohleder, Kirschbaum y Flor, 2006; revisado por Wingenfeld y Wolf, 2015; Gill y cols., 2008; Young y cols., 2004a), mientras que un meta-análisis realizado entre 37 trabajos y con una muestra de 1628 sujetos, no halló diferencias entre los niveles de cortisol de los sujetos con PTSD y los sujetos sin PTSD (revisado por Meewisse, Reitsma, De Vries, Gersons y Olf, 2007). No obstante, en el meta-análisis de Chida y Steptoe (2009), tras observar también estas diferencias, estos autores finalmente establecieron que eran los estudios más robustos los que encontraron una relación

inversa entre los niveles de cortisol tras despertar y el PTSD. En este sentido, se ha llegado a proponer que la disminución de los niveles de cortisol pudiera constituir una alteración específica del PTSD debido a una hipersensibilización de los receptores glucocorticoideos y por una respuesta de hipersupresión tras la administración de dexametasona que es opuesta a la respuesta obtenida en la depresión (revisado por Díaz-Marsá y cols., 2000).

En cuanto a la comorbilidad depresión/PTSD, Young y Breslau (2004b) encontraron un incremento en los niveles vespertinos de cortisol en mujeres y hombres que presentaban ambos trastornos. Sin embargo, otros autores hallaron los niveles más bajos de cortisol en el grupo de comorbilidad depresión/PTSD en similar proporción a los que pueden presentar los sujetos con PTSD sin depresión (Oquendo y cols., 2003). En esta misma línea, otros autores (Davidson, Stein, Shalev y Yehuda, 2004; Yehuda, 2003) determinaron que los sujetos con PTSD presentaban niveles más bajos de GCs que los sujetos control cuando no desarrollaban depresión tras la vivencia del trauma. Por otra parte, Inslicht y cols. (2006) determinaron que la comorbilidad de ambos trastornos no estaba asociada a los niveles de cortisol, sugiriendo un efecto independiente del PTSD sobre los potenciales efectos de la depresión.

En cuanto a la DHEA tampoco hay unanimidad entre los estudios consultados, ya que mientras algunos autores encuentran niveles similares de DHEA entre aquellos sujetos que presentan PTSD y los sujetos control (Lindley y cols., 2004), otros establecen que los sujetos con PTSD muestran mayores niveles de DHEA (Gill y cols., 2008; Yehuda y cols., 2006).

Una posible explicación a esta variedad de resultados puede ser la diferente respuesta psicobiológica y psicológica efectuada tras la vivencia del trauma. En este sentido, Ehring y cols. (2008) encontraron que presentar bajos niveles de cortisol en la sala de urgencias del hospital tras la experiencia del trauma actuaba como un potente predictor del desarrollo de intensos síntomas de depresión y PTSD en los seis meses posteriores. Estos bajos niveles de cortisol también estuvieron relacionados con la presencia de sentimientos de culpa y vergüenza durante la vivencia de la situación

traumática. Estos datos son coincidentes con los de Yehuda (2002) quien postula que presentar niveles bajos de cortisol poco después de la ocurrencia del trauma podría actuar como un factor de riesgo para ofrecer una respuesta desadaptativa de estrés.

5. La violencia de pareja como estresor psicosocial y sus consecuencias

Como se ha definido anteriormente, el término “estrés psicosocial” hace referencia al proceso mediante el cual un individuo percibe y evalúa un acontecimiento o situación ocurrida en su contexto social como una amenaza para su bienestar físico y/o psicológico (Molina-Jiménez y cols., 2008), provocando una reacción en el organismo dirigida a afrontar dicha situación y mantener así la homeostasis interna (Moscoso, 2009).

Si conceptualizamos la violencia como “la coacción física o psíquica ejercida sobre una persona para viciar su voluntad y obligarla a ejecutar un acto determinado”, la violencia de género se convierte así en una conducta instrumental que introduce desigualdad en una relación interpersonal o mantiene una desigualdad subyacente y estructural (Expósito, 2011). Es la repetición e incontrolabilidad de las experiencias causantes de estrés psicosocial las que generan un desgaste en el individuo ejerciendo una notable influencia perniciosa sobre su salud (Koolhaas y cols., 2011). Las mujeres que sufren IPV están expuestas frecuentemente a ser víctimas de nuevos episodios de violencia física, psicológica y/o sexual (Woods, 2000). Por tanto, la violencia de pareja se caracteriza por un riesgo constante y pérdida de control, aún cuando no ocurre el evento traumático (Kaysen y cols., 2003). Consecuentemente, podemos considerar la violencia de pareja como un estresor crónico que, como se ha ido reflejando, producirá graves efectos sobre la salud de las mujeres, centrándonos en la presente Tesis Doctoral sobre los efectos en su salud mental, en su salud física y en su respuesta de cortisol.

5.1. Impacto de la violencia de pareja sobre la salud física y mental de las mujeres

Los estudios realizados sobre víctimas de violencia de pareja resultan claramente coincidentes en el hallazgo de un peor estado de salud en este grupo de mujeres frente a las que nunca han sufrido violencia de pareja.

En este sentido se ha encontrado que, a nivel físico, las mujeres víctimas de violencia informan de padecer un mayor número de enfermedades (García-Linares, 2005), consumen más fármacos (Raya-Ortega y cols., 2004; Matud, 2004), poseen más diagnósticos clínicos (Bonomi, Anderson, Reid, Rivara, Carrell y Thompson, 2009) y sufren más enfermedades crónicas (revisado por Dutton y cols, 2006). Como alteraciones concretas encontradas y que pudieran estar asociadas con el estrés mantenido por la situación de violencia se han descrito trastornos digestivos, cefaleas, raquialgias, dolor torácico y síntomas físicos inespecíficos (Fernández-Alonso, 2004).

En cuanto a su estado psíquico la literatura científica coincide en señalar que las mujeres que han sufrido violencia de pareja presentan más síntomas de depresión grave, de PTSD, de ansiedad o de insomnio, entre otros (Amor y cols., 2002; Matud, 2004; Raya-Ortega y cols., 2004; Blasco-Ros, Sánchez-Lorente y Martínez, 2010, Basu y cols., 2013; García-Linares y cols., 2004).

En general, las víctimas de violencia de pareja utilizan más los recursos sanitarios, acuden con mayor frecuencia a los servicios de urgencia, a las consultas del médico general y a los servicios de salud mental (Fernández-Alonso, 2004; Ruiz-Pérez y cols., 2006b) que aquellas mujeres que nunca han sufrido este tipo de violencia.

Seguir conviviendo con el agresor parece ser un factor de riesgo para el mantenimiento de los problemas de salud (Matud, 2004), habiéndose demostrado que la salud de las mujeres mejora un tiempo después de haber cesado los episodios de violencia. En este sentido, Blasco-Ros y cols. (2010) encontraron que el cese de la violencia física mejoró la sintomatología depresiva y de PTSD, siendo el apoyo social otro de los factores que contribuyeron a la recuperación de las mujeres. La intervención

en programas terapéuticos también ha revelado mejoras significativas en los síntomas presentados por las víctimas de violencia de pareja (Hansen, Eriksen, Elklit y cols., 2014; Johnson, Zlotnick y Pérez, 2011).

Generalmente los estudios realizados con víctimas de violencia de pareja establecen sus grupos en función de si las mujeres han sufrido violencia o no, o en función del tipo de violencia experimentada (física, psicológica, sexual). Establecidos así los grupos, los resultados establecen inequívocamente una mayor incidencia de depresión y PTSD en las mujeres víctimas de cualquier tipo de violencia de pareja frente a las mujeres que no la han sufrido. En un estudio longitudinal se encontró que con el paso del tiempo las mujeres que han sufrido violencia física y psicológica consiguen recuperar su estatus mental, no así las mujeres que sólo han sufrido violencia psicológica (Blasco-Ros y cols., 2010), lo cual demuestra lo recomendable en este tipo de estudios de diferenciar el tipo de violencia a la que han estado expuestas las mujeres. Bennice y cols. (2003) establecieron que la violencia sexual era la única relacionada con el PTSD, mientras que Picó-Afonso (2005b) encontró que la violencia psicológica actuaba como un importante predictor del PTSD.

5.1.1. Violencia de pareja e incidencia de depresión

La depresión es uno de los trastornos más claramente relacionados con la violencia de pareja, estando ampliamente documentada dicha relación (Constantino y cols., 2000; Craparo, Gori, Petruccelli, Cannella y Simonelli, 2014; Dougé, Lehman y McCall-Hosenfeld, 2014; Torres y cols., 2013; Stein y Kennedy, 2001; Labrador-Encinas, Fernández-Velasco y Rincón, 2010; revisado por Howard, Trevillion y Agnew-Davies, 2010; Houry, Kemball, Rhodes y Kaslow, 2006; Comeau y Davies, 2012; Bonomi y cols., 2009; Chuang y cols., 2012; revisado por Devries y cols., 2013; Fletcher, 2010). En cuanto a la gravedad de la depresión, ésta suele producirse en un nivel moderado (Labrador-Encinas y cols., 2010; Dougé y cols., 2014; Craparo y cols., 2014; Amor y cols., 2002; Houry y cols., 2006; Torres y cols., 2013), habiendo sido evaluada la incidencia de depresión mediante el Inventario de Depresión de Beck (BDI)

(Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) en la mayoría de estos estudios.

En general, los resultados de las investigaciones realizadas con víctimas de violencia de pareja son el fruto de la comparación de las puntuaciones obtenidas por estas mujeres frente a las que no han sido víctimas de este tipo de violencia. Sin embargo, también se han encontrado trabajos que han subdividido a las mujeres víctimas en función del tipo de violencia sufrida. Así, por ejemplo, Picó-Alfonso y cols. (2006) hallaron que no existían diferencias en los niveles de depresión entre las mujeres que habían sido víctimas de violencia física y las que lo habían sido de violencia psicológica. Por el contrario, sí que obtuvieron niveles significativamente superiores de depresión entre aquellas mujeres que habían sido también víctimas de violencia sexual por parte de su pareja, resultado coincidente con el obtenido por Sarasua y cols. (2007). No obstante, la violencia psicológica se ha visto asociada más frecuentemente con mayores niveles de depresión (Sackett y Saunders, 1999), así como con la comorbilidad de depresión y PTSD (Nixon, Resick y Nishith, 2004),

Por otra parte, Patró-Hernández y cols. (2007) evaluaron la gravedad de los síntomas de depresión encontrando que la severidad con que se manifestaba este trastorno estaba asociada con la intensidad de la violencia física, psicológica y sexual sufrida, con el número de estresores adicionales a la situación de violencia y con un menor nivel de apoyo social percibido. En este estudio no se encontró ninguna relación entre la duración de la situación de violencia y la gravedad de la sintomatología depresiva.

5.1.2. Violencia de pareja e incidencia de Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD)

El PTSD es otro de los trastornos frecuentes en mujeres víctimas de violencia de pareja que ha sido objeto de numerosos estudios (Amor y cols., 2002; Hellmuth, Jaquier, Swan y Sullivan, 2014a; Houry y cols., 2006; Kelly y Pich, 2014; Lilly, Howell y Graham-Bermann, 2014; Picó-Alfonso y cols., 2006; Hansen y cols., 2014; Dutton, Bermúdez, Matás, Majid y Myers, 2013; Basile, Arias, Desai y Thompson, 2004;

Aguirre y cols., 2010), estimándose una prevalencia de este trastorno que oscila entre el 40 y el 60% en este tipo de víctimas (revisado por Dutton y cols., 2006; revisado por Golding, 1999; Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y de Corral, 2007; Labrador-Encinas y cols., 2010).

En cuanto al desarrollo de este trastorno la literatura científica muestra que la vivencia de abusos sexuales continuados en la infancia predispone a estas mujeres a presentar un PTSD en la vida adulta, si bien, la incidencia y severidad del mismo dependerá del tipo, duración y frecuencia del abuso infantil sufrido (Becker, Stuewig y McCloskey, 2010; Hébert, Lavoie y Blais, 2014).

En relación con el tipo de violencia experimentada no existe un acuerdo unánime. Así, mientras Bennice y cols. (2003) encontraron una asociación entre la presencia de este trastorno y la experiencia de violencia de tipo sexual, Sarasua y cols. (2007) sólo hallaron esta asociación para las víctimas de violencia sexual menores de 30 años. Por otra parte, Picó-Alfonso (2005) no encontró relación entre ser víctima de violencia sexual por parte de la pareja y la incidencia de PTSD. Al contrario, esta investigación determinó que era la violencia psicológica la que mejor predecía el PTSD. En esta misma línea la re-evaluación de un grupo de mujeres víctimas de violencia de pareja en un intervalo de tres años, estableció que las mujeres víctimas de violencia psicológica eran las que seguían presentando síntomas graves de PTSD en comparación con las mujeres víctimas de violencia física (Blasco-Ros y cols., 2010). Por otra parte, Basile y cols. (2004) encontraron que el PTSD estaba asociado a los cuatro tipos de violencia que evaluaron (física, psicológica, sexual y acoso). Por tanto, parece que cualquier tipo de violencia es susceptible de producir el PTSD, siendo posiblemente otro tipo de variables las que determinen su aparición.

Como otras posibles variables asociadas a la aparición de este trastorno, Amor y cols. (2002) encontraron una relación con la variable convivencia con el agresor, siendo mayor la intensidad del trastorno cuando más reciente había sido el último episodio de violencia y, sobre todo, si había habido relaciones sexuales forzadas.

Por otra parte, se ha observado que la duración de la violencia ejerce una influencia sobre la gravedad del PTSD (Ballester y Villanueva, 2014; Labrador-Encinas y cols., 2010), habiendo observado además Calvete y cols. (2007) que las experiencias de maltrato crónico generaban síntomas de PTSD capaces de modificar los esquemas cognitivos de las víctimas. Con respecto a la frecuencia, Martínez-Torteya y cols. (2009) encontraron una relación directa entre esta variable y una mayor incidencia de síntomas de PTSD.

La gravedad de la violencia sufrida también se ha postulado como factor determinante de la gravedad del PTSD (Pérez y Johnson, 2008; Hellmuth y cols., 2014a), habiéndose encontrado que dicha gravedad del PTSD estaba asociada igualmente a una mayor severidad en los síntomas de depresión (Hellmuth y cols., 2014a).

5.2. Impacto de la violencia de pareja sobre el sistema endocrino de las mujeres

Considerando la violencia de pareja como un estresor de carácter crónico, se han encontrado evidencias científicas de que ser víctima de IPV produce alteraciones en el sistema endocrino de estas mujeres y más concretamente en sus niveles de cortisol (Picó-Alfonso y cols., 2004; Basu y cols., 2013; Blasco-Ros, Sánchez-Lorente y Martínez, 2014; Griffin y cols., 2005; Johnson y cols., 2008; Seedat y cols., 2003; Inslicht y cols., 2006). Sin embargo, mientras Picó-Alfonso y cols. (2004) encontraron en estas mujeres niveles más altos de cortisol por la tarde con independencia del tipo de violencia sufrida (física o psicológica), otros autores han hallado niveles más bajos de esta hormona en estas mujeres (Basu y cols., 2013; Griffin y cols., 2005; Seedat y cols., 2003). Estas discrepancias pueden ser debidas a las diferentes medidas de la hormona, pudiendo haber sido medida a través de la saliva (Picó-Alfonso y cols., 2004; Basu y cols., 2013) o con muestras de sangre (Griffin y cols., 2005; Seedat y cols., 2003). Asimismo, existen diferencias en los horarios en los que han sido extraídas cada una de las muestras y la cantidad de las mismas (p.ej. Picó-Alfonso y cols. (2004) tomaron las muestras de saliva entre las 8 y las 9 horas y las 20 y 21 horas durante cuatro días

consecutivos y Basu y cols. (2013) cuatro muestras en horas diferentes dentro del mismo día).

En cuanto al tipo de violencia, Kim y cols., (2015) encontraron que las mujeres víctimas de violencia física presentaban elevados niveles de cortisol a mediodía y que éstos disminuían en menor medida a lo largo del día, no encontrando este efecto en las mujeres que sólo habían sufrido violencia psicológica.

El único estudio encontrado que ha efectuado mediciones de los niveles de DHEA en mujeres víctimas de violencia de pareja, determinó que estas mujeres presentan mayores niveles de esta hormona tanto por la mañana como por la tarde (Picó-Alfonso y cols., 2004).

5.2.1. Depresión, PTSD y cortisol

Las mujeres víctimas de violencia de pareja con depresión presentan niveles bajos de cortisol por la mañana, pero más altos por la tarde (Blasco-Ros y cols., 2014).

Investigaciones realizadas con víctimas de IPV no han encontrado una relación entre el PTSD y los niveles de cortisol matutinos (Picó-Alfonso y cols., 2004), lo cual puede sugerir que las alteraciones en el eje HPA son una consecuencia de la violencia pero no de los síntomas de PTSD (Johnson y cols., 2008). Sin embargo, Johnson y cols. (2008), encontraron que ser víctima de IPV y la gravedad del PTSD se asociaban con niveles altos de cortisol durante la primera hora tras despertar. No obstante, la cronicidad del abuso se asociaba con bajos niveles de cortisol tras despertar, sugiriendo estos resultados que la diferente respuesta de cortisol pudiera ser debida a la vivencia reciente del episodio violento o del trauma o a la cronicidad del mismo.

Griffin y cols. (2005) no hallaron diferencias entre los niveles de las mujeres víctimas de violencia que presentaban PTSD y aquellas que presentaban depresión y PTSD. Seedat y cols. (2003) tampoco encontraron diferencias en los niveles de cortisol entre las víctimas que presentaban PTSD y las que no.

5.2.2. Depresión, PTSD y DHEA

En cuanto a la depresión y el PTSD han sido hallados mayores niveles de DHEA en estos trastornos en víctimas de violencia de pareja (Picó-Alfonso y cols., 2004), siendo el menor ratio cortisol/DHEA el mayor predictor de la gravedad del PTSD (Yehuda y cols., 2006).

Blasco-Ros y cols. (2014) hallaron niveles más elevados de DHEA, pero únicamente en las mujeres víctimas de violencia con depresión, presentando estas mujeres el menor ratio cortisol/DHEA.

6. Diferencias individuales entre las mujeres víctimas de violencia de pareja: factores de vulnerabilidad y factores de resiliencia

La manera en que cada persona se enfrenta a los retos que exige la vida cotidiana está determinada por muchas variables, como podrían ser factores genéticos o físicos, las influencias del ambiente, las experiencias previas de cada persona o el apoyo social, entre otros. Por tanto, los efectos del estrés social dependerán de la percepción que cada individuo tiene sobre los estresores sociales, su capacidad para afrontar el estresor, su preparación individual brindada por la sociedad y el uso de estrategias de afrontamiento socialmente aceptadas (Sandín, 2003).

Sin embargo, puede existir una predisposición personal o previa al desarrollo de malestar emocional frente a la experiencia de situaciones estresantes. En este sentido Nemeroff (1998) propuso el modelo diátesis-estrés de los trastornos afectivos ante la

evidencia de que muchos individuos no atravesaban un episodio depresivo a pesar de ser expuestos a situaciones vitales decididamente adversas. En este modelo el autor resalta la importancia de los sucesos adversos de la vida temprana en la configuración de un fenotipo vulnerable de CRF y un incremento en la susceptibilidad al desarrollo de trastornos ansiosos y depresivos. Por tanto, la interacción entre aspectos genéticos y ambientales tempranos supondría un factor de predisposición o vulnerabilidad a padecer depresión en algún momento de la vida.

Otro tipo de investigaciones han tratado de determinar si los antecedentes de violencia en la infancia pudieran actuar como un factor de riesgo a sufrir violencia de pareja en la edad adulta, aunque los resultados de las mismas no han resultado unánimes, ya que mientras algunas investigaciones sí encontraron una relación positiva entre ambas variables (Bensley, Van Eenwyk y Wijnkoop Simmons, 2003; Desai, Arias, Thompson y Basile, 2002) en otro estudio no se detectó un riesgo en las mujeres víctimas de abusos en la infancia para ser víctimas de violencia doméstica en la edad adulta (Coid, Petruckevitch, Feder, Chung, Richardson y Moorey, 2001).

Las características de la violencia de pareja también han sido consideradas como un factor de riesgo al desarrollo de sintomatología clínica, habiéndose encontrado que la gravedad de los síntomas depresivos aumenta en función de la intensidad de la violencia física, psicológica y sexual sufrida, el nivel de estresores adicionales a la situación de maltrato y la falta de apoyo social (Patrón-Hernández, Corbalán y Limiñana, 2007).

Factores de riesgo de tipo personal han sido el tipo de valoración que realiza la mujer de la situación de violencia, según esta sea subjetiva (nivel de estrés generado) u objetiva (frecuencia de la violencia), estableciéndose una mayor comorbilidad depresión/PTSD entre aquellas mujeres en las que prevalece la valoración subjetiva de la situación (Martínez-Torteya, Bogat, von Eye, Levendosky y Davidson, 2009). Otros autores han hallado que la presencia de una visión negativa o pesimista del mundo está asociada con una mayor prevalencia de síntomas de PTSD (Lilly y cols., 2014; Nixon y cols., 2004), apuntando este dato a que la reestructuración cognitiva debe ser un punto clave en los programas de intervención psicoterapéutica. Aunque la participación en

programas de intervención específicos para víctimas de IPV resultan generalmente efectivos en atenuar la sintomatología emocional experimentada por estas mujeres (Hansen y cols., 2014), otros programas de reciente aplicación, empleando técnicas de mindfulness, están obteniendo datos muy positivos de recuperación de síntomas de depresión y PTSD en mujeres víctimas de violencia de pareja (Kelly y Pich, 2014; Dutton y cols., 2013).

Admitir la situación de violencia y ser capaz de identificarse como víctima es el inicio para poder finalizar una relación de violencia e iniciar la recuperación física y emocional (Ruiz-Pérez y cols., 2006a), resultando este dato muy interesante en vistas a ofrecer una adecuada intervención asistencial a las víctimas de la violencia de pareja.

No obstante, también se ha observado que las distintas respuestas biológicas o psicológicas emitidas durante la vivencia de la situación traumática (Martínez-Torteya y cols., 2009; Johnson y cols., 2008; Harris y cols., 2000; Ruiz-Pérez y cols., 2006a; Ehring y cols., 2008) pueden actuar como un factor de riesgo o protección al desarrollo de sintomatología con posterioridad.

En relación con la violencia de pareja, son varias las investigaciones que han señalado que no todas las mujeres víctimas manifiestan dificultades psicológicas o síntomas clínicos asociados con la violencia (revisado por Foa y cols., 2000; López-Fuentes y Calvete, 2015), proponiendo estos autores que las mujeres pueden desarrollar resiliencia tras el cese de la relación violenta.

Foa y cols. (2000) consideran la resiliencia de las víctimas de violencia de pareja como una característica estable que refleja su autoresistencia frente a la adversidad, mitigando el impacto psicológico de los episodios de violencia. López-Fuentes y Calvete (2015) consideran la respuesta resiliente a la violencia de pareja como un proceso dinámico que se produce con el tiempo y que implica diferentes factores que pueden ser individuales o externos. Algunos factores individuales de resiliencia podrían ser la actividad física, el optimismo, la autoestima, la flexibilidad, la creatividad, el altruismo, un locus de control interno o el sentido del humor, entre otros.

Asimismo, las mujeres pueden disponer de determinados factores de protección que mitigarían el impacto de la violencia sobre su estado de salud siendo los más reconocidos tener buenos niveles de apoyo social e institucional (revisado por Hostinar, y cols., 2014; Coker y cols., 2003; Dougé y cols., 2014; Iacovello y Charney, 2014), poseer un buen estatus socioeconómico (Coker, Weston, Creson, Justice y Blakeney, 2005) o hacer uso de estrategias de afrontamiento de tipo activo (García-Linares, 2005; Iverson, Litwack, Pineles, Suvak, Vaughn y Resick, 2013).

II. Estudio de campo

Objetivos e hipótesis

1. Objetivos e hipótesis

Objetivos

El objetivo marco de la presente Tesis Doctoral fue determinar qué variables biopsicosociales estaban influyendo en las diferencias individuales presentadas por las mujeres víctimas de violencia de pareja en su estado clínico.

Este objetivo marco se desglosó en los siguientes objetivos específicos:

1. Comprobar el estado de salud física y mental de las mujeres víctimas de violencia de pareja en función de la presencia o ausencia de sintomatología depresiva y de PTSD.
2. Observar la respuesta hormonal de estrés de estas mujeres en función de la presencia o ausencia de sintomatología depresiva y de PTSD.
3. Establecer las diferencias individuales de tipo biopsicosocial existentes entre las mujeres y determinar cuáles de ellas están actuando como factores de riesgo o de protección para el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD.

Hipótesis

Las hipótesis planteadas al inicio de esta Tesis fueron las siguientes:

1. Las mujeres víctimas de violencia de pareja con comorbilidad depresión/PTSD presentarán una mayor incidencia de alteraciones físicas y mentales asociadas que las mujeres con depresión.
2. Las mujeres víctimas de violencia de pareja con depresión presentarán una respuesta hormonal de estrés alterada.
3. Las estrategias de afrontamiento utilizadas, el estilo de personalidad predominante o las habilidades sociales de las mujeres víctimas de violencia de pareja actuarán como factores de vulnerabilidad o de protección frente al desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD.

4. El apoyo social actuará como un factor protector frente al desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD en las mujeres víctimas de violencia de pareja.
5. La respuesta hormonal de estrés emitida por las mujeres víctimas de violencia de pareja actuará como un factor de riesgo o de protección frente al desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD.
6. Las mujeres víctimas de violencia de pareja que no presentan depresión ni PTSD tendrán unas características psicológicas (estrategias de afrontamiento, personalidad, habilidades sociales), sociales (red de apoyo social) y endocrinas que les aportarán una adecuada resiliencia frente a los efectos nocivos de la violencia.
7. Las mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan sintomatología depresiva y de PTSD tendrán unas características psicológicas, sociales y endocrinas que supondrán factores de riesgo para el desarrollo de dicha sintomatología.

Material y Métodos

2. Material y Métodos

2.1. Muestra

La presente Tesis Doctoral forma parte de una investigación más amplia desarrollada en la Comunidad Valenciana durante los años 2000-2002, la cual estaba enmarcada en un proyecto para el estudio del impacto de la violencia de pareja en la salud de las mujeres.

La muestra que se ha empleado en esta investigación está compuesta por 145 mujeres, las cuales están distribuidas como sigue: 108 mujeres que han sufrido violencia de pareja (física, psicológica y/o sexual) y 37 que nunca han sufrido este tipo de violencia.

Las mujeres víctimas de violencia de pareja fueron subdivididas en función de la presencia de sintomatología depresiva y su posible comorbilidad con el PTSD. Esta propuesta se hizo en base a la observación de que en algunos estudios previos ya se había utilizado el diagnóstico clínico para la creación de los grupos de trabajo, siendo los diagnósticos principales empleados la depresión y el PTSD (Griffin y cols., 2005; Johnson y cols., 2008; Pérez y Johnson, 2008).

Las mujeres han sido distribuidas en tres grupos en función de la gravedad de los síntomas de depresión que presentaban y la presencia/ausencia de PTSD. Se ha utilizado el término Intimate Partner Violence-IPV para denominar la violencia de pareja en dicha distribución. Los grupos han quedado distribuidos del siguiente modo: **1)** Grupo IPV sin síntomas, mujeres víctimas de violencia de pareja que no presentan síntomas de depresión ni cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=30), **2)** Grupo IPV con depresión, mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan síntomas de depresión pero no cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=50) y **3)** Grupo IPV con depresión/PTSD, mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan síntomas de depresión y además cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=28). Ninguna de las

mujeres que conforman el grupo control (n=37) presenta síntomas clínicamente significativos de depresión ni cumple criterios diagnósticos de PTSD.

Las mujeres víctimas de violencia de pareja fueron contactadas a través de los Centro Mujer 24 horas de la Comunidad Valenciana, situados en las tres capitales de provincia (Alicante, Castellón y Valencia). Fueron las Psicólogas y las Trabajadoras Sociales de dichos Centros quienes informaron a las mujeres del presente proyecto, ofreciéndoles la posibilidad de participar en el mismo. Las mujeres interesadas fueron citadas por las investigadoras para que conocieran con mayor detalle las características de la investigación: finalidad, duración de las entrevistas, tipo de preguntas y procedimiento para la recogida de las muestras biológicas. El contacto con las mujeres que no había sufrido violencia de pareja se efectuó a través de varias Asociaciones de Mujeres situadas en el territorio de la Comunidad Valenciana. Todas las mujeres que decidieron participar, cumplimentaron y firmaron un impreso de consentimiento.

2.2. Procedimiento

La recogida de datos se realizó a través de la cumplimentación de una entrevista estructurada por parte de un grupo de psicólogas, las cuales preguntaron a las mujeres acerca de su trayectoria vital y su estado de salud física y mental. En general, cada mujer fue entrevistada durante unas seis sesiones con una duración media por sesión de 1h y 30 minutos.

Las entrevistas a las mujeres víctimas de violencia de pareja se realizaron en los Centro Mujer 24 horas. Las mujeres pertenecientes al grupo control fueron entrevistadas en las Asociaciones de Mujeres o en sus propios domicilios.

Por último, las mujeres facilitaron muestras de saliva para efectuar ensayos hormonales de cortisol y DHEA.

2.3. Cuestionarios

Para la recogida de los datos se emplearon varios cuestionarios mediante los cuales se obtuvo la siguiente información: datos sociodemográficos, historial de victimización, características de la violencia de pareja, salud mental, salud física y variables de diferencias individuales (estrategias de afrontamiento, apoyo social y habilidades sociales).

2.3.1. Datos sociodemográficos

Las variables recogidas en este apartado fueron: edad, nivel de educación, estado civil, situación laboral, tipo de ingresos, miembros de la unidad familiar, convivencia con el agresor/pareja y tipo de hogar. Este cuestionario fue diseñado “ad hoc”. Los diferentes niveles de respuesta se detallan en la Tabla 1.

2.3.2. Historial de victimización

En este apartado se obtuvieron datos acerca de la presencia y duración de violencia durante la infancia (hasta los 13 años), así como de la experiencia de violencia en la edad adulta (a partir de los 14 años) no perpetrada por la pareja sentimental. Las variables concretas y las distintas posibilidades de respuesta se detallan en la Tabla 2.

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las mujeres

<p>1. Edad</p> <p>2. Nivel de educación No lee ni escribe Lee y escribe Certificado Escolar Graduado Escolar Estudios secundarios Estudios universitarios</p> <p>3. Estado civil Soltera sin convivencia Soltera con convivencia Casada Separada/Divorciada Viuda</p> <p>4. Situación laboral Autoempleo Trabajo fijo Trabajo temporal Desempleada con subsidio Desempleada sin subsidio Ama de casa Trabajo sumergido Pensionista Otros</p>	<p>5. Tipo de ingresos Trabajo remunerado Pensionista Subsidio de desempleo Invalidez Dependencia económica agresor/pareja Dependencia económica de otros Otros</p> <p>6. Miembros de la unidad familiar Número de hijos Número de hijos que conviven en el hogar</p> <p>7. Convivencia con agresor/pareja En el momento de las entrevistas Durante el último año</p> <p>8. Tipo de hogar Nuclear Plurinuclear Nido vacío Monoparental Extensa Vive sola</p>
--	--

Tabla 2. Historial de victimización.

<p>1. Violencia física en la infancia Sí No</p> <p>2. Duración de la violencia física en la infancia Menos de 2 años Entre 2 y 5 años Más de 5 años</p> <p>3. Violencia psicológica en la infancia Sí No</p> <p>4. Duración de la violencia psicológica en la infancia Menos de 2 años Entre 2 y 5 años Más de 5 años</p> <p>5. Violencia sexual en la infancia Sí No</p> <p>6. Duración de la violencia sexual en la infancia Menos de 1 año Entre 1 y 3 años Más de 3 años</p> <p>7. Violencia física en la edad adulta por otros Sí No</p> <p>8. Duración de la violencia física en la edad adulta por otros Menos de 2 años Entre 2 y 5 años Más de 5 años</p>	<p>9. Violencia psicológica en la edad adulta por otros Sí No</p> <p>10. Duración de la violencia psicológica en la edad adulta por otros Menos de 2 años Entre 2 y 5 años Más de 5 años</p> <p>11. Sentimiento de vida en peligro durante la violencia en la edad adulta por otros Sí No</p> <p>12. Forzada a mantener relaciones sexuales Sí No</p> <p>13. Experiencias sexuales no deseadas Sí No</p> <p>14. Duración de la violencia sexual en la edad adulta por otros 1 vez Entre 6 meses y 1 año Entre 1 y 3 años Entre 3 y 5 años Más de 5 años</p>
--	---

2.3.3. Características de la violencia de pareja

Fueron empleados tres cuestionarios, uno para cada tipo de violencia sufrida (física, psicológica y/o sexual), siendo preguntadas las mujeres por los actos que fueron cometidos (Tabla 3), la duración y frecuencia de la violencia (Tabla 4), comportamiento mientras estaban siendo agredidas (Tabla 5) y otras variables como: sentimiento de vida en peligro durante la violencia y estar bajo amenaza de agresión o de muerte (Tabla 6).

Tabla 3. Actos de violencia física, psicológica y sexual cometidos por el agresor sobre la mujer

Actos de violencia física	Actos de violencia psicológica	Actos de violencia sexual
Puñetazos Patadas Bofetadas Intentos de estrangulamiento Empujones Fracturas Otros	Insultos Humillaciones Aislamiento social Amenazas de muerte Amenazas sobre la custodia de los hijos Llamadas telefónicas intimidatorias Abandono económico Persecución y acoso Chantaje económico Chantaje emocional Bloqueo en la toma de decisiones Otros	Sexo genital con penetración forzada Sexo anal con penetración forzada Sexo oral forzado de la mujer al agresor Sexo oral forzado del agresor a la mujer Mordiscos durante la relación sexual Patadas/golpes durante la relación sexual Bofetadas durante la relación sexual Objetos insertados en vagina o ano Uso forzado de películas y fotografías pornográficas Presencia de niños durante los actos sexuales Amenazas con ser golpeada si rechaza el sexo Amenazas con algún arma para mantener sexo Obligada a mantener relaciones sexuales después de ser agredida Obligada a mantener relaciones sexuales tras venir del hospital Otros

Tabla 4. Duración y frecuencia de la violencia física, psicológica y/o sexual

<p>1. Duración de la violencia física y/o psicológica Menos de 6 meses Entre 6 y 12 meses Entre 1 y 3 años Entre 3 y 5 años Entre 5 y 10 años Más de 10 años</p> <p>2. Frecuencia de la violencia física y/o psicológica Esporádico 3 ó 4 veces al año Aprox. una vez cada 2 meses Aprox. una vez al mes Entre 2 y 3 veces al mes Más de 1 vez por semana</p> <p>3. Duración de la violencia sexual No procede Menos de 3 meses Entre 1 y 3 años Entre 3 y 5 años Entre 5 y 10 años Más de 10 años</p>	<p>4. Frecuencia de la violencia sexual No procede Una o dos veces al año Tres o cuatro veces al año Aprox. una vez al mes Entre 2 y 3 veces al mes Más de 1 vez por semana</p> <p>5. Duración mantenimiento relaciones sexuales para evitar una agresión No procede Menos de 3 meses Entre 3 y 6 meses Entre 6 y 12 meses Entre 1 y 3 años Entre 3 y 5 años Entre 5 y 10 años Más de 10 años</p> <p>6. Frecuencia mantenimiento relaciones sexuales para evitar una agresión No procede Entre 3 y 4 veces al año Aprox. 1 vez cada 2 meses Aprox. 1 vez al mes Entre 2-3 veces al mes Más de 1 vez a la semana</p>
---	--

Tabla 5. Comportamiento de la mujer durante las agresiones

Violencia física	Violencia psicológica	Violencia sexual
Te defiendes	Estás en silencio	Te quedas inmóvil
Contraatacas	Lo ignoras	Te defiendes
Intentas escapar	Contestas con sequedad	Contraatacas
Intentas razonar	Dejas de hacer cosas que le gustan	Intentas escapar
Otras conductas	Discutes	Intentas razonar
	Intentas dialogar	Otras conductas
	Otras conductas	

Tabla 6. Otras variables de violencia de pareja

<p>1. Sentimiento de vida en peligro durante las agresiones Sí / No</p> <p>2. Estar actualmente bajo amenaza de agresión o de muerte Sí / No</p>
--

2.3.4. Salud mental

La evaluación de la salud mental de las mujeres se efectuó mediante la aplicación de cuestionarios estandarizados o realizados “ad hoc”. A continuación se detallan cada uno de los instrumentos empleados o el método utilizado para la valoración de las variables recogidas. Los resultados de estas variables se exponen en el Estudio 1 (apartado 3.5.).

2.3.4.1. Cuestionario de sintomatología depresiva

El cuestionario mediante el que se evaluaron los síntomas de depresión en las mujeres fue la versión de 21 ítems del Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA) de 1979 (Beck y cols., 1979) traducida al español (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1984). Se trata de una versión posterior del cuestionario original BDI-I (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961).

Este instrumento fue diseñado inicialmente para ser administrado por un entrevistador, aunque en la mayoría de ocasiones se utiliza como autoinforme (Beck, Steer y Garbin, 1988). Una primera validación en población española fue llevada a cabo por Conde y Useros (1975). Sin embargo, esta adaptación elimina 2 ítems y altera el orden de las alternativas de respuesta. Posteriormente en 1997, Vázquez y Sanz validaron la segunda versión de Beck y cols. (1979) en población española, siendo el

índice de consistencia interna de 0.83 (Vázquez y Sanz, 1997; Sanz y Vázquez, 1998); la fiabilidad test-retest oscila entre 0.60 y 0.72 (Sanz y Vázquez, 1998).

Los ítems de este cuestionario evalúan los síntomas que se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV (Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición, American Psychiatric Association, 1994) y CIE-10 (Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud, Organización Mundial de la Salud, 1992). En concreto, se incluyen todos los criterios propuestos en las dos referencias citadas para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor y casi todos los propuestos para el diagnóstico de distimia (en concreto, todos los del DSM-IV y el 75% del CIE-10).

Cada ítem presenta cuatro alternativas de respuesta que van de 0 (ausencia de síntoma) a 3 (presencia persistente del síntoma). El rango total de puntuación varía entre 0 y 63, con cuatro posibles puntos de corte: de 0 a 9 (ausencia de síntomas de depresión), de 10 a 18 (depresión leve), de 19 a 29 (depresión moderada) y de 30 a 63 (depresión grave) (Beck y cols., 1988). Un punto de corte en 18 es ampliamente utilizado por los investigadores para diferenciar a la población clínica de la que no lo es (Vázquez y Sanz, 1997; Echeburúa, de Corral y Amor, 1998). Por último, es necesario destacar que la puntuación obtenida en el BDI no es diagnóstica *per se*, sino que identifica y cuantifica los síntomas de depresión (Vázquez y Sanz, 1997).

2.3.4.2. Evaluación del Trastorno por Estrés Postraumático (PTSD)

Para medir la incidencia y gravedad de los síntomas de PTSD el instrumento utilizado fue la *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático* de Echeburúa y cols. (Echeburúa, de Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasua, 1997). Se trata de una entrevista estructurada que sigue los criterios diagnósticos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), cuya consistencia interna es de 0.92 (α de

Cronbach) y su fiabilidad test-retest a las 4 semanas de 0.89. Su eficacia diagnóstica es del 95.4%. Por último, la correlación con el BDI es de 0.54 y con el STAI (Cuestionario de Ansiedad de Estado-Rasgo) de 0.62 (ambos $p < 0.001$).

En esta Escala las personas son preguntadas acerca de si alguna vez en su vida han experimentado o han sido testigos de algún suceso que había sido amenazante para la vida o extremadamente estresante. En segundo lugar, se obtiene información sobre cuándo tuvo lugar el suceso y desde cuándo experimenta la persona malestar emocional. A continuación, se aplica la entrevista estructurada que consta de 17 ítems divididos en 3 bloques: *reexperimentación* (5 ítems), *evitación* (7 ítems) e *hiperactivación* (5 ítems) con 4 alternativas de frecuencia e intensidad de los síntomas de 0 a 3 (donde 0 es “nada” y 3 es “5 o más veces por semana/mucho”). Para determinar la presencia del PTSD se debe puntuar, al menos, en un ítem de la escala de *reexperimentación*, tres de la escala de *evitación* y dos de la escala de *hiperactivación*. Además cada escala posee sus puntos de corte: 5, 6 y 4, respectivamente. Finalmente, el rango en la escala global es de 0 a 51 y el punto de corte se sitúa en 15.

2.3.4.3. Cuestionario de ansiedad

El instrumento utilizado para la evaluación de la ansiedad fue el “STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo” (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1970, versión española de TEA, de 1988). Consta de dos escalas, de 20 ítems cada una, diseñadas para evaluar la percepción del individuo de ansiedad actual (Ansiedad Estado, AE) y un patrón general de predisposición a la ansiedad (Ansiedad Rasgo, AR). La consistencia interna del instrumento, mediante la fórmula 20 de Kuder Richardson (KR-20) para la adaptación española en una muestra de mujeres, es de 0.93 y 0.86 para las escalas de AE y AR, respectivamente. La fiabilidad test-retest es de 0.31 en SA y de 0.77 en AR para las mujeres en un periodo de 104 días.

Los ítems son respondidos en una escala de 4 puntos tipo Likert que va de de 0 a 3, siendo el rango de la puntuación directa de 0 a 60, y el punto de corte para la población femenina adulta de 31 en la escala AE y de 32 en la escala AR.

La AE se conceptualiza en este instrumento como “...*un estado o condición emocional transitoria del organismo humano, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Puede variar con el tiempo y fluctuar en intensidad*”, y la AR como “...*una relativa propensión ansiosa por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazadoras y a elevar, consecuentemente, su ansiedad Estado*” (Spielberger, Gorsuch y Lushene, 1988).

2.3.4.4. Patrones de personalidad

La personalidad fue evaluada mediante el Inventario Clínico Multiaxial de Millon II (MCMI-II) (Millon, 1987, versión española de TEA de 1998). Este Inventario es un cuestionario de personalidad cuyo objetivo es suministrar información al profesional clínico sobre las dificultades emocionales e interpersonales que pudieran presentar las personas evaluadas. En su forma original, la primera versión del cuestionario de Millon (MCMI-I, 1983) afronta el desarrollo de los diferentes tipos de trastornos de la personalidad apoyándose en un modelo dimensional. Posteriormente, el autor evolucionó hacia un modelo de polaridades y se adaptó a la nosología psicopatológica formalizada en la publicación del DSM-III-R (APA, 1987).

El MCMI-II consta de 175 ítems con formato de respuesta Verdadero/Falso. Los diferentes aspectos de la personalidad patológica son recogidos en 26 escalas: 4 escalas de fiabilidad y validez (Validez, Sinceridad, Deseabilidad y Alteración); 10 escalas básicas de personalidad (Esquizoide, Fóbica, Dependiente, Histriónica, Narcisista, Antisocial, Agresivo-Sádica, Compulsiva, Pasivo-Agresiva y Autodestructiva); 3 escalas de personalidad patológica (Esquizotípica, Límite y Paranoide); 6 síndromes

clínicos de gravedad moderada (Eje I, DSM-III-R) (Ansiedad, Histeriforme, Hipomanía, Distimia, Abuso de alcohol y Abuso de drogas); y 3 síndromes clínicos de gravedad severa (Eje I, DSM-III-R) (Pensamiento psicótico, Depresión Mayor y Trastorno delirante).

Las puntuaciones directas (PD) obtenidas son transformadas en una tasa base (TB), puntuación que nos aporta información acerca de una prevalencia. Por lo tanto, a mayor puntuación TB en una escala, mayor es el grado de probabilidad de que el paciente posea esas características de personalidad o clínicas evaluadas por la escala, o más probable es la intensidad o gravedad del rasgo o síndrome explorado por la escala. El punto de corte se establece en una TB de 75.

La consistencia interna del instrumento, mediante la fórmula 20 de Kuder Richardson (KR-20) para todas las escalas clínicas es de 0.90, con un rango que va de 0.81 a 0.95. El coeficiente alfa de Cronbach ofrece unos índices que oscilan entre 0.67 y 0.94 para cada una de las escalas sobre una muestra española.

2.3.4.5. Ideas e intentos de suicidio

Para la obtención de este dato las mujeres fueron preguntadas sobre la presencia de ideas e intentos de suicidio durante el periodo en el que habían sufrido violencia de pareja. A las mujeres del grupo control se les preguntó por la existencia de ideas e intentos de suicidio durante el periodo en que mantenían una relación de pareja.

2.3.4.6. Conductas adictivas

Para la valoración de las posibles conductas adictivas que pudieran presentar las mujeres se emplearon las subescalas del MCMI-II (descrito en el apartado 2.3.4.4. patrones de personalidad) Abuso de alcohol y Abuso de drogas.

Las puntuaciones elevadas en la subescala Abuso de alcohol indican una historia de alcoholismo, habiendo hecho esfuerzos para superar esta dificultad con mínimo éxito y, como consecuencia, experimentando un malestar considerable tanto en la familia como en el entorno laboral.

En cuanto a la subescala Abuso de drogas refleja una historia reciente o recurrente de abuso de drogas. Estos sujetos suelen tener problemas para reprimir los impulsos o mantenerlos dentro de límites sociales convencionales y muestran una incapacidad para manejar las consecuencias personales de sus comportamientos.

2.3.4.7. Actitud frente a la comida

Para evaluar la posible presencia de trastornos de la conducta alimentaria se empleó el cuestionario Eating Attitudes Test (EAT) de Garner y Garfinkel (1979) en su versión reducida de 26 ítems. Este instrumento posee un 88.9% de sensibilidad, un 97.7% de especificidad y un índice de consistencia interna de 0.94 (α de Cronbach).

La prueba se presenta con una escala de respuesta de seis puntos tipo Likert, sugiriéndose por los autores un punto de corte de 20. La puntuación total es el sumatorio de los valores de cada ítem, con excepción del ítem 25 que es inverso. El cuestionario consta de tres subescalas: 1) Dieta: conductas evitativas de alimentos que engorden y preocupaciones sobre la delgadez (13 ítems); 2) Bulimia y preocupación por la comida (6 ítems); y 3) Control oral: autocontrol de ingesta y presión de los otros para ganar peso (7 ítems).

2.3.4.8. Problemas de sueño

Las mujeres fueron preguntadas acerca de la presencia de insomnio durante el último año.

2.3.4.9. Tratamiento psicoterapéutico durante la convivencia

Bajo este epígrafe se obtuvo información acerca del tratamiento psicológico y/o psiquiátrico recibido por las mujeres a lo largo del periodo de convivencia con su agresor/pareja.

2.3.4.10. Tratamientos farmacológicos

Se preguntó a las mujeres si estaban recibiendo tratamiento con psicofármacos durante el último año y en el momento de las entrevistas. Cuando la respuesta fue positiva se les demandó el tipo de fármacos que estaban tomando: ansiolíticos, antidepresivos y/o hipnóticos.

2.3.5. Salud física

Las mujeres entrevistadas fueron preguntadas acerca de su estado de salud física durante el último año, mediante un cuestionario de elaboración propia en el que se recogía información sobre síntomas físicos, enfermedades físicas y uso de los servicios de salud. Cada una de las variables recogidas se detalla en los epígrafes siguientes. Los resultados de estas variables se exponen en el Estudio 2 (apartado 3.6.).

2.3.5.1. Síntomas físicos

Se valoró la presencia/ausencia de 35 síntomas físicos, pertenecientes a 9 sistemas corporales, mediante la pregunta “¿En el último año has padecido de manera frecuente...?”. Los síntomas evaluados se detallan en la Tabla 7.

Tabla 7. Síntomas físicos evaluados

<p>1. Sistema nervioso Dolores de cabeza Mareos Entumecimiento Temblores Zumbido en los oídos Vértigos Visión borrosa Pesadillas</p> <p>2. Sistema muscular Falta de fuerza Fatiga Calambres Dolores musculares Dolor de espalda</p> <p>3. Sistema reproductor Amenorrea Dismenorrea Sangrado vaginal Dolor coito Dolor pélvico</p>	<p>4. Sistema digestivo Náuseas Vómitos Ardores Dolor de estómago Diarrea Estreñimiento Gases Sangrado anal</p> <p>5. Sistema urinario Pérdidas de orina</p> <p>6. Sistema circulatorio Dolor en el corazón o en el pecho Palpitaciones</p> <p>7. Sistema respiratorio Respiración dificultosa</p> <p>8. Piel Prurito Erupciones</p> <p>9. Sistema endocrino Cambios de peso Cambios en el apetito</p>
--	--

Respecto al sistema reproductor, las mujeres fueron preguntadas además sobre si, durante el último año, se había producido alguna de estas circunstancias: menopausia, utilización de anticonceptivos orales, embarazo, uso de dispositivos intrauterinos (DIU) y ausencia de relaciones sexuales.

En el caso de responder afirmativamente a alguna de ellas, la mujer era excluida del análisis de la incidencia de los síntomas que podían ser un efecto secundario a dicha circunstancia o estar ausentes como consecuencia de ello. En concreto, las mujeres que tenían menopausia no fueron preguntadas por los síntomas amenorrea y dismenorrea. Las mujeres que estaban tomando anticonceptivos orales fueron excluidas de los síntomas amenorrea, dismenorrea y sangrado vaginal ya que, por una parte son un

medicamento que puede prescribirse para el dolor menstrual y, por otra, pueden provocar tanto sangrado vaginal como faltas prolongadas de la menstruación como efecto secundario. Las mujeres embarazadas no fueron valoradas en los síntomas amenorrea y dismenorrea. Las mujeres que estaban utilizando anticonceptivos intrauterinos, como el DIU, fueron excluidas de los síntomas dismenorrea, sangrado vaginal y dolor pélvico, siendo la presencia de estos tres síntomas compatible con el uso de este método contraceptivo. Y, por último, aquellas mujeres que no habían mantenido relaciones sexuales durante el último año fueron excluidas del síntoma dolor al realizar el coito.

2.3.5.2. Enfermedades físicas

Se recogió información acerca de la incidencia de 14 enfermedades físicas mediante la pregunta “¿Durante el último año recuerdas haber padecido...?”. Las enfermedades recogidas en el cuestionario fueron: úlceras, intestino irritable, gastritis, hemorroides, infección de orina, arritmia, hipertensión, hipotensión, asma, bronquitis, eczemas, psoriasis, alergias y diabetes.

2.3.5.3. Uso de los servicios de salud

Bajo este epígrafe se recogió información acerca del número de ingresos en urgencias durante el último año como consecuencia de una agresión perpetrada por la pareja (las mujeres integrantes del grupo control fueron excluidas en esta pregunta), número de ingresos en urgencias durante el último año debido a otros motivos, número de visitas realizadas al médico de cabecera durante el último año, número de visitas al médico especialista durante el último año y, por último, número de intervenciones quirúrgicas sufridas durante el último año.

2.3.6. Diferencias individuales

En este apartado se describen los cuestionarios que se emplearon para completar la evaluación de otras variables personales de las mujeres entrevistadas. Los resultados de estas variables se exponen en los estudios 4 y 5 (apartados 3.8. y 3.9.).

2.3.6.1. Evaluación de las estrategias de afrontamiento

La escala utilizada en este caso fue la Escala de Estrategias de Coping-Revisada (EEC-R), publicada en Sandín B. (1999). Esta escala es de elaboración empírica mediante un análisis factorial a partir de una escala anterior, la EEC, desarrollada por Chorot y Sandín en 1987.

Está formada por 54 ítems agrupados en 9 subescalas denominadas: 1)Focalización en la situación o problema; 2)Autofocalización negativa; 3)Autocontrol; 4)Reestructuración negativa; 5) Expresión emocional abierta; 6)Evitación; 7)Búsqueda de apoyo social; 8)Religión; 9)Búsqueda de apoyo profesional. El modo de respuesta es mediante una escala tipo Likert que va de 1 (“nada”) a 5 (“casi siempre”).

Antes de iniciar la cumplimentación del cuestionario se le pide al sujeto que piense en un problema importante que le haya sucedido recientemente y que conteste a cada pregunta atendiendo a sus propias reacciones ante el problema. Para circunscribir esta escala a los objetivos concretos de la presente investigación, se solicitó a las mujeres entrevistadas que contestaran al test reflejando su comportamiento o sus respuestas habituales frente a las situaciones de violencia por parte de su pareja. En cuanto a las mujeres del grupo control se les indicó que contestaran a la prueba valorando su comportamiento frente a los problemas habituales en su relación de pareja.

2.3.6.2. Apoyo social

El apoyo social fue medido a través de un cuestionario de elaboración “ad hoc” basado en la percepción del apoyo social por parte de la mujer. Dicho apoyo fue valorado con respecto a la familia, los amigos y los recursos públicos. Por último, las mujeres fueron preguntadas acerca de su percepción de apoyo externo en general (“En general, ¿te sientes sola con respecto a tu situación/problema?”, “¿Te sientes sola con respecto a tu familia/amigos?”,...).

2.3.6.3. Evaluación de las habilidades sociales

La evaluación de las habilidades sociales se efectuó mediante la Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Cognitiva (EMES-C) de Caballo (1997). El cuestionario consta de 44 ítems relacionados con pensamientos negativos asociados a situaciones de interacción social que se agrupan en 12 factores: 1)Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores; 2)Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones; 3)Temor a hacer y recibir peticiones; 4)Temor a hacer y recibir cumplidos; 5)Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto; 6)Temor a la evaluación negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas; 7)Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas; 8)Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos; 9)Preocupación por la impresión causada en los demás; 10)Temor a expresar sentimientos positivos; 11)Temor a la defensa de los derechos; 12)Asunción de posibles carencias propias.

Proporciona una puntuación sobre la habilidad social global de la persona, así como de la habilidad social específica para cada una de las dimensiones. La escala de respuesta es de tipo Likert de 5 puntos, de 0 (“nunca o muy raramente”) a 4 (“siempre o muy a menudo”), en la que una mayor puntuación indica más frecuencia de

pensamientos distorsionados y una menor puntuación, mayor nivel de habilidades sociales. Posee una consistencia interna de 0.92 y una fiabilidad test-retest de 0.83.

2.4. Medidas hormonales

Se recogieron muestras de saliva de las mujeres para determinar, a través de la concentración en saliva de las hormonas esteroideas adrenales cortisol y DHEA, el funcionamiento de su sistema endocrino. El procedimiento seguido para la obtención de dichas muestras y el análisis efectuado con las mismas se describe a continuación.

2.4.1. Entrega del material

Para la obtención de las muestras de saliva les fueron entregados a las mujeres ocho tubos cilíndricos de 14.22 cm³ cada uno. Cada tubo iba acompañado de una etiqueta para anotar en ella la fecha y la hora de la obtención de la muestra. Asimismo, se les facilitaba una hoja con explicaciones detalladas acerca del procedimiento para rellenar cada tubo de saliva y una hoja de registro para ser cumplimentada por la mujer a posteriori y reflejar en ella posibles incidencias durante la recogida de las muestras. Junto con todo ello, les era entregado un bolso térmico y unos soportes congelables para el adecuado transporte de las muestras a una temperatura óptima hasta la entrega a la investigadora.

2.4.2. Procedimiento de obtención de la saliva

A las mujeres les fueron proporcionadas ciertas recomendaciones para una apropiada recogida de las muestras de saliva. En este sentido, se les indicó que, con anterioridad a depositar la saliva en los tubos, se enjuagasen la boca con agua, evitando

que en la misma se encontraran restos de dentífrico, así como un posible sangrado de las encías.

Las mujeres debían rellenar cada tubo con una cantidad mínima de saliva de 0.5ml. El total de tubos a rellenar era de 8, distribuidos en cuatro días consecutivos, obteniéndose la primera muestra entre las 8:00 y las 9:00 horas de la mañana (AM) y el segundo entre las 20:00 y las 21:00 horas de la tarde (PM). La recogida de muestras se iniciaba en el cuarto o quinto día tras el inicio de la menstruación. En el caso de las mujeres en fase de climaterio, la recogida de saliva podía iniciarse cualquier día del mes.

Una vez llenado el tubo, la mujer anotaba en una etiqueta su nombre y apellidos, la fecha y la hora de recogida de la muestra. Esa etiqueta era pegada al tubo recién rellenado.

Por último, las mujeres debían anotar en la hoja de registro facilitada, si durante los días de recogida de las muestras habían consumido algún fármaco, así como la cantidad y su pauta (mañana/tarde/noche).

2.4.3. Conservación y transporte de los tubos

Una vez obtenidas las muestras de saliva, la mujer debía almacenar cada tubo en el congelador de su casa y conservarlos allí hasta la siguiente entrevista con la investigadora. Para el transporte de los mismos el día de la cita tenía que utilizar el bolso térmico facilitado para ello, junto con los soportes congelables.

Las investigadoras trasladaban las muestras al laboratorio de Psicobiología de la Facultad de Psicología de Valencia, donde eran conservados en un congelador a -21°C.

Finalmente, todas las muestras fueron enviadas al Departamento de Fisiología, Desarrollo y Neurociencia de la Universidad de Cambridge, Reino Unido, para su análisis hormonal.

2.4.4. Ensayos hormonales

El análisis de la cantidad de los niveles de cortisol en saliva fue realizado mediante la técnica de enzimoimmunoensayo ELISA competitivo (Enzyme Linked Immunosorbent Assay). Esta técnica se basa en el uso de antígenos o anticuerpos marcados con una enzima, de forma que los conjugados resultantes tengan actividad tanto inmunológica como enzimática.

En las muestras de saliva integrantes del presente estudio, el antígeno marcado con la enzima peroxidasa del rábano compite por los sitios de unión de una limitada cantidad de anticuerpo con el cortisol (sin marcar) presente en las muestras de saliva en pocillos de 20 μ l (anticuerpo Cambio, Cambridge, Reino Unido) sin extracción (variación intra-ensayo 4.4%; variación interensayo 8%).

Los rangos normales esperados en sujetos sanos para cortisol (IBL- International Hamburg, RE52611) se presentan en la Tabla 8:

Tabla 8. Rangos normales esperados de cortisol en función del momento del día en que se recoja la muestra de saliva (IBL- International Hamburg, RE52611).

Intervalo de tiempo después de despertarse (en horas)	Cortisol en saliva (n=110)	
	Mediana (nMol/l*)	Intervalo (nMol/l)
0-1.5	18.9	5.1-40.2
1.5-3	11.8	3.6-28.4
3-6	6.7	2.1-15.7
6-9	5.5	1.8-12.1
9-15	3.3	0.9-9.2

*Conversión (nMol/l): 2.76=ng/ml

Los niveles de DHEA en saliva se analizaron mediante la técnica de radioinmunoensayo (RIA) validado en muestras de 33µl después de la extracción en hexano/éter (4:1 anticuerpo BioClin, [Westmeath, Irlanda]; variación intra-ensayo: 5.1%; inter-ensayo: 11.2%). Los rangos normales esperados para DHEA en mujeres sanas en función de la edad se presentan en la Tabla 9 (IBL- International Hamburg, RE52651).

Tabla 9. Rangos normales esperados de DHEA en mujeres en función de la edad (IBL-International Hamburg, RE52651).

Edad mujeres	DHEA en saliva (N=200;n=40)	
	Mediana (pg/ml*)	5%-95% percentil (pg/ml)
21-30	206.3	82.5-496.1
31-40	175.4	75.4-328.5
41-50	121.5	54.4-412.0
51-60	95.4	43.8-236.1
61-75	89.4	33.8-229.7

*Conversión (pg/ml): 1000=ng/ml

Ambos métodos empleados, ELISA y RIA, han sido validados en diversos estudios (Goodyer, Herbert, Altham, Pearson, Secher y Shiers, 1996; Harris y cols., 2000).

Para efectuar los análisis estadísticos se utilizaron los valores medios de los cuatro días, separando los valores de la mañana y los de la tarde. De este modo, disponemos de cuatro valores hormonales por cada mujer: cortisol y DHEA, mañana y tarde. Además, las puntuaciones de estos valores se transformaron logarítmicamente para normalizar las distribuciones. Por último, se obtuvo el ratio entre el cortisol y la DHEA (C/DHEA) dividiendo los valores de ambas hormonas medidas en nMol/L.

Los resultados de las medidas hormonales se exponen en el Estudio 3 (apartado 3.7.).

2.5. Análisis estadísticos

Los datos obtenidos tras la cumplimentación del protocolo fueron introducidos en una base de datos empleando el programa estadístico SPSS en su versión 19 y posteriores. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con los 4 grupos de mujeres establecidos: grupo control, grupo IPV sin síntomas, grupo IPV con depresión y grupo IPV con depresión/ PTSD. El punto de corte para la significación estadística fue establecido en $p < 0.05$.

A continuación se explican detalladamente los análisis estadísticos realizados en función de si la naturaleza de los datos era cuantitativa o cualitativa.

2.5.1. Análisis de datos cuantitativos

El análisis de los datos cuantitativos se ha realizado empleando estadísticos descriptivos de media y desviación típica. Para efectuar comparaciones entre los cuatro grupos se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA) junto con la prueba post-hoc Bonferroni. En el caso de incumplimiento de los supuestos para ANOVA se utilizó el test de Welch con la prueba post-hoc Games-Howell.

2.5.2. Análisis de datos cualitativos

Para efectuar el análisis de los datos cualitativos se empleó el análisis de frecuencias. Por otro lado, se utilizaron tablas de contingencia con la prueba χ^2 de Pearson con el fin de determinar la asociación existente entre dos variables categóricas.

Asimismo, se realizaron correlaciones mediante el coeficiente de correlación de Pearson entre las variables que habían resultado significativas en los análisis anteriores (ANOVAs y tablas de contingencia) para efectuar una selección de las variables más

potentes y proponer dos modelos de factores de riesgo o de protección para cada uno de los grupos IPV. Una vez escogidas las variables se realizaron análisis de regresión lineal logística los cuales se explicarán con mayor detalle en el Estudio 4 de esta Tesis (apartado 3.8.).

Resultados

3. Resultados

3.1. Definición de la muestra

Las 108 mujeres víctimas de violencia de pareja han sido distribuidas en tres grupos en función de la gravedad de los síntomas de depresión que presentaban y su comorbilidad con el PTSD. 37 mujeres formaron el grupo control. La denominación de los grupos se ha efectuado del siguiente modo: grupo IPV sin síntomas (n=30), grupo IPV con depresión (n=50), grupo IPV con depresión/PTSD (n=28) y grupo control (n=37).

Las medias de las puntuaciones de depresión y PTSD, evaluados mediante el BDI y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático de Echeburúa y cols. (1997), respectivamente, y que han determinado la inclusión de las mujeres en cada uno de los grupos, se muestran en la Tabla 1.

Los resultados del BDI que se presentan en la Tabla 1 se corresponden con la puntuación media obtenida para cada uno de los grupos, estableciéndose el punto de corte para determinar la presencia de sintomatología depresiva en 9. En cuanto a la cuantificación de la gravedad de los síntomas de depresión como leve, moderada, grave, se muestra el porcentaje de mujeres perteneciente a cada nivel.

Se observan diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la media de la puntuación total obtenida en el BDI [$F(3, 69.98) = 75.37; p < 0.001$]. Las pruebas post hoc aplicadas muestran que las medias de los grupos IPV con depresión/PTSD e IPV con depresión fueron significativamente superiores a las medias de los grupos IPV sin síntomas y control ($p < 0.001$ en ambos casos) (ver también Gráfica 3).

En cuanto a los niveles de gravedad de depresión, los resultados indican que dicha gravedad está asociada significativamente a la comorbilidad depresión/PTSD [$\chi^2(2, N=78) = 10.04; p < 0.01$]. Para el nivel *leve* se observa una frecuencia inferior a la

esperada para el grupo IPV con depresión/PTSD (35.7%) y una frecuencia superior a la esperada en el grupo IPV con depresión (68%). Al contrario, para el nivel *grave* se produce una frecuencia superior a la esperada para el grupo IPV con depresión/PTSD (32.1%) e inferior para el grupo IPV con depresión (8%) (ver también Gráficas 1 y 2).

Tabla 1. Puntuaciones medias de depresión (BDI) e incidencia en cada nivel de gravedad, puntuaciones medias en la escala global del PTSD y en cada una de sus subescalas para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

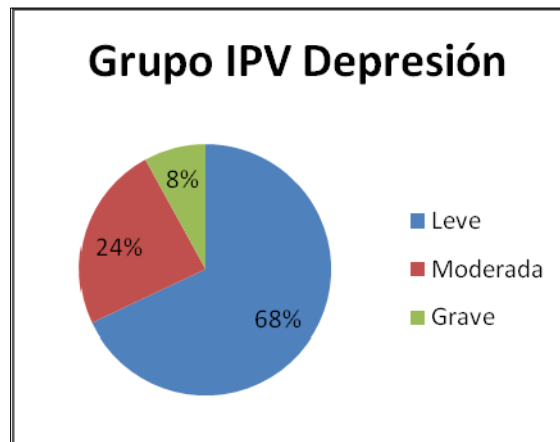
Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Variable					
BDI	3.56 (±3.07)	4.63 (±2.7)	17.76 (±7.47)***/aaa	25.03 (±11.55)***/aaa/^	Vw(3,69.98)=75.37; p<0.001
Punto de corte clínico 9					
Gravedad síntomas depresión					$\chi^2(2,N=78)=10.04$; p<0.01
Leve	-	-	68	35.7	
Moderado	-	-	24	32.1	
Grave	-	-	8	32.1	
PTSD					
Puntuación total	1.95(±2.78)	4.27(±4.07)*	10.84(±5.28)***/aaa	28.61(±7.74)***/aaa/^^^	Vw(3,67.65)=118.9; p<0.001
Subescalas					
Reexperimentación	0.95(±1.39)	1.83(±2.08)	3.68(±3.02)***/aa	8.71(±2.54)***/aaa/^^^	Vw(3,69.68)=73.52; p<0.001
Evitación	0.65(±1.75)	1.07(±1.28)	3.94(±2.76)***/aaa	10.96(±3.84)***/aaa/^^^	Vw(3,70.99)=70.19; p<0.001
Activación	0.35(±0.82)	1.37(±1.92)*	3.22(±2.25)***/aaa	8.93(±2.92)***/aaa/^^^	Vw(3,90.15)=63.28; p<0.001

*** p<0.001; * p<0.05; Difiere del grupo control

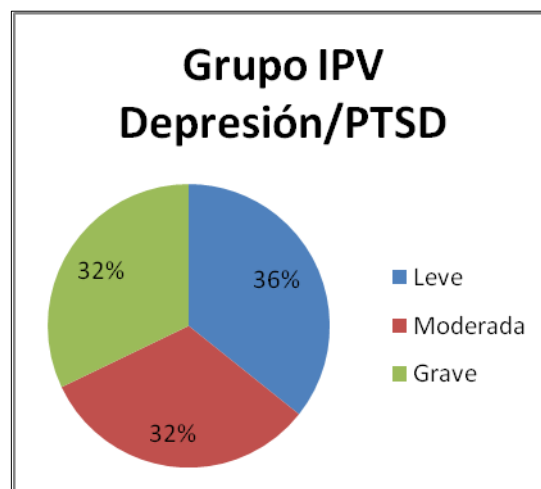
aaa p<0.001; aa p<0.01; Difiere del grupo IPV sin síntomas

^^^ p<0.001; ^ p<0.05; Difiere del grupo IPV depresión

- Sin síntomas de depresión



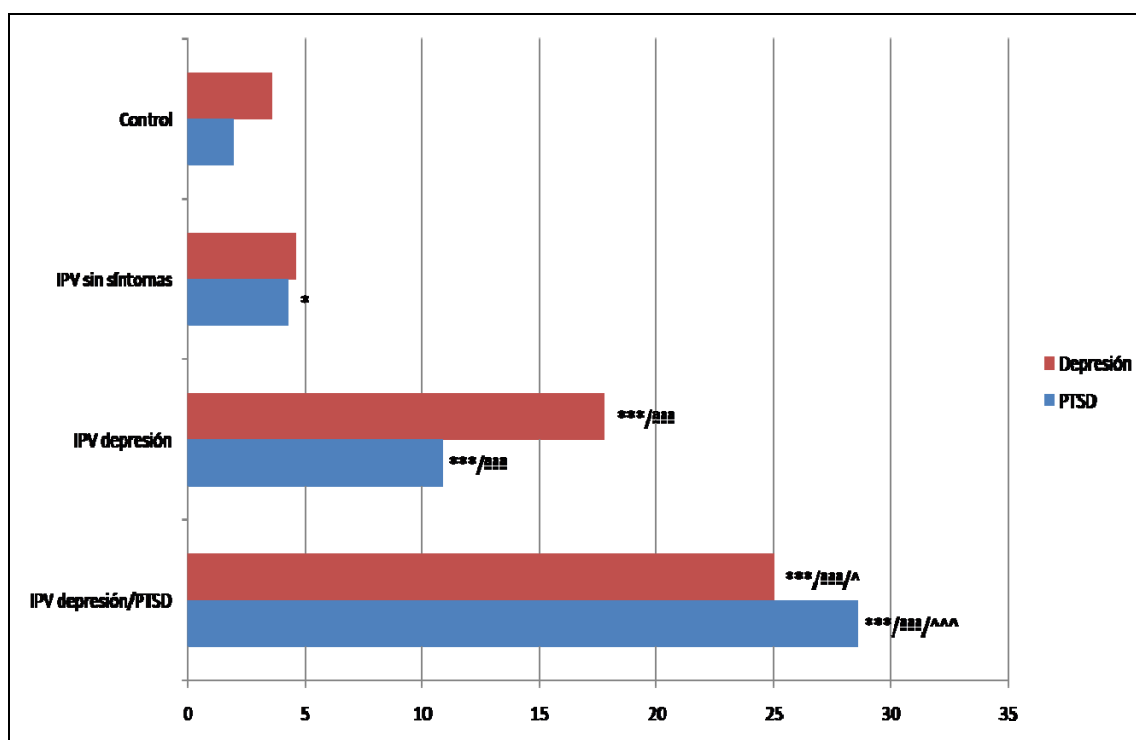
Gráfica 1. Gravedad de la sintomatología depresiva presentada por las mujeres del grupo IPV con depresión



Gráfica 2. Gravedad de la sintomatología depresiva presentada por las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD

Con respecto al PTSD las puntuaciones de la Tabla 1 corresponden a las medias, tanto de la escala global (con un punto de corte de 15), como en cada una de las subescalas: reexperimentación, evitación y activación (con puntos de corte de 5, 6 y 4 para cada una de ellas, respectivamente).

Para la media global de la escala se observan diferencias entre las medias [Vw (3, 67.65)= 118.9; $p<0.001$], siendo significativamente superiores las de los grupos IPV con depresión/PTSD e IPV con depresión en comparación con los otros dos grupos ($p<0.001$ en ambos casos) (Gráfica 3). Se producen las mismas diferencias entre las medias de los grupos para cada una de las subescalas del PTSD, siendo todas ellas significativas: reexperimentación [Vw (3, 69.68)= 73.52; $p<0.001$], evitación [Vw (3, 70.99)= 70.19; $p<0.001$] y activación [Vw (3, 90.15)= 63.28; $p<0.001$].



*** $p<0.001$; * $p<0.05$; Difiere del grupo control

aaa $p<0.001$; Difiere del grupo IPV sin síntomas

^^ $p<0.001$; ^ $p<0.05$; Difiere del grupo IPV depresión

Gráfica 3. Puntuaciones medias de depresión y PTSD para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Las puntuaciones de depresión fueron extraídas también de la subescala Depresión Mayor (DM) del MCMI-II, mostrándose en la Tabla 2 los porcentajes de mujeres que presentaron en el perfil obtenido puntuaciones TB iguales o superiores a 75. Al igual que con las medias del BDI estos resultados muestran que la mayor incidencia de depresión en el Millon II está asociada con una mayor gravedad de sintomatología (comorbilidad depresión/PTSD) [χ^2 (6, N=142)= 32.61; $p<0.01$]. El N es igual a 142 porque en el MCMI-II se obtuvieron tres perfiles inválidos, 1 del grupo IPV con depresión y 2 del grupo IPV con depresión/PTSD.

Tabla 2. Porcentaje de mujeres con una puntuación TB igual o superior a 75 en la subescala de DM del MCMI-II

Grupo	Control n=37	IPV sin síntomas n=30	IPV Depresión n=49	IPV Depresión/PTSD n=26	Estadístico
DM Millon-II	2.7	0	20.4	30.8	$\chi^2(6,N=142)=32.61$; $p<0.01$

Por último, se realizó un análisis de correlación de Pearson entre la presencia/ausencia de depresión tomando como referencia en el caso del BDI una puntuación total superior a 9 y en el caso del Millon-II una TB superior a 75. Esta correlación resultó positiva y significativa, indicando que ambas pruebas establecen presencia/ausencia de depresión en las mismas mujeres ($r=0.33$; $p<0.001$) (véase Tabla 3).

Tabla 3. Correlación BDI y subescala depresión mayor del Millon-II acerca de la presencia/ausencia de síntomas clínicos de depresión

Depresión si/no (BDI) N=145	Depresión si/no (Millon-II) N=142
	0.33***

*** $p<0.001$

3.2. Datos demográficos

El análisis de las variables demográficas recogidas ha proporcionado los siguientes resultados (véase Tabla 4):

3.2.1. Edad

La edad de las mujeres se situó en un rango entre 24 y 68 años, presentando una edad media de 44.96 (DT=10.75). No se han producido diferencias significativas entre las medias de las edades de los grupos [W (3, 73.29)=0.568;n.s.]. Ver Tabla 4.

3.2.2. Nivel de educación

Las mujeres de la muestra se encuentran distribuidas en casi todos los niveles educativos, no encontrándose una relación en cuanto al nivel de educación que poseen y la gravedad de los síntomas clínicos que presentan [χ^2 (27,N=145)=24.15;n.s.]. No obstante, el porcentaje mayoritario de mujeres se encuentra en el nivel *Graduado Escolar* para los cuatro grupos (35.7% grupo IPV con depresión/PTSD, 38% grupo IPV con depresión, 30% grupo IPV sin síntomas y 37.8% grupo control). Ver Tabla 4.

3.2.3. Estado civil

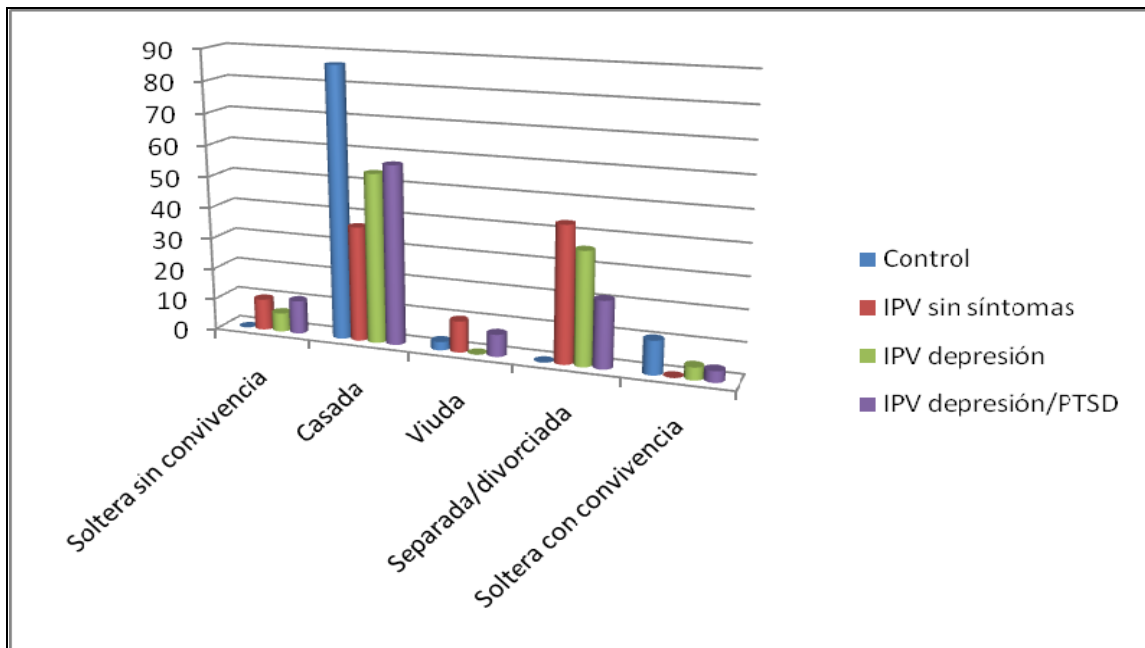
Con respecto al estado civil sí que existe una relación significativa entre el mismo y la pertenencia a los distintos grupos [χ^2 (12, N=145)=36.59; $p<0.001$]. La proporción de mujeres casadas fue significativamente inferior para el grupo IPV sin síntomas (36.7%) y superior al esperado para el grupo control (86.5%). En cuanto al porcentaje de mujeres separadas/divorciadas, éste fue significativamente superior al esperado para los grupos IPV con depresión (36%) e IPV sin síntomas (43.3%) e inferior en el grupo control (0%). Por último, el número de mujeres solteras con convivencia fue superior al esperado por azar para el grupo control (10.8%). Ver Tabla 4 y Gráfica 4.

Tabla 4. Datos demográficos de las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control n=37	IPV sin síntomas n=30	IPV Depresión n=50	IPV Depresión/PTSD n=28	Estadísticos
Edad	45.51 (±12.21)	46.43(±10.22)	43.42(±11.03)	45.4(±8.8)	Vw (3, 73.29)=0.568; n.s.
Nivel de educación					χ^2 (27, N=145)=24.15; n.s.
No lee ni escribe	0	0	2	3.6	
Lee y escribe	2.7	10	14	3.6	
Certificado escolar	10.8	23.3	16	32.1	
Graduado escolar	37.8	30	38	35.7	
Estudios secundarios	37.8	30	22	21.4	
Estudios universitarios	10.8	6.7	8	3.6	
Estado civil					χ^2 (12,N=145)=36.59;p<0.001
Soltera sin convivencia	0	10	6	10.7	
Casada	86.5	36.7	54	57.1	
Viuda	2.7	10	0	7.1	
Separada/divorciada	0	43.3	36	21.4	
Soltera con convivencia	10.8	0	4	3.6	
Situación laboral					χ^2 (33, N=145)=39.14; n.s.
Autoempleo	5.4	6.6	2	0	
Trabajo fijo	18.9	30	18	14.3	
Trabajo temporal	5.4	13.3	10	10.7	
Desempleada con subsido	5.4	6.7	2	3.6	
Desempleada sin subsido	5.4	6.7	8	7.1	
Ama de casa	54.1	20	38	39.3	
Trabajo sumergido	2.7	10	22	10.7	
Pensionista	2.7	6.7	0	10.7	
Otros	0	0	0	3.6	
Ingresos					χ^2 (27, N=145)=53.95; p<.01
Trabajo remunerado	27	53.3	40	25	
Pensionista	2.7	10	0	7.2	
Subsidio desempleo	8.1	3.3	2	0	
Invalidez	0	0	0	14.2	
Depend. económica del agresor/pareja	62.2	16.7	40	42.9	
Dependencia económica de otros	0	6.7	10	0	
Otros	0	10	8	10.7	

Tabla 4 Continuación. Datos demográficos de las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control n=37	IPV sin síntomas n=30	IPV Depresión n=50	IPV Depresión/PTSD n=28	Estadísticos
Miembros de la unidad familiar					
Número de hijos	3.16(±1.01)	3.17(±1.55)	3.40(±1.65)	3.28(±1.08)	Vw (3;72.62)=0.262; n.s.
Número de hijos que conviven en hogar	1.78(±1.03)	2.37(±1.13)	2.10(±1.54)	2.14(±1.11)	F (3, 1.95)=1.22; n.s.
	1.30(±0.92)	1.51(±1.09)	1.44(±0.92)	1.46(±0.99)	F (3, 0.263)= 0.278; n.s.
Convivencia con el agresor/pareja					
En el momento de las entrevistas	97.3	46.7	60	64.3	χ^2 (3, N=145)=22.35; p<0.001
Durante el último año	97.3	80	96	92.9	χ^2 (3, N=145)=8.78; <0.05
Tipo de hogar					χ^2 (15, N=145)= 41.47; p<0.001
Nuclear	83.8	50	58	60.7	
Plurinuclear	0	3.3	4	0	
Nido vacío	13.5	3.3	0	7.1	
Monoparental	0	23.3	18	21.4	
Extensa	0	0	16	7.1	
Vive sola	2.7	20	4	3.6	



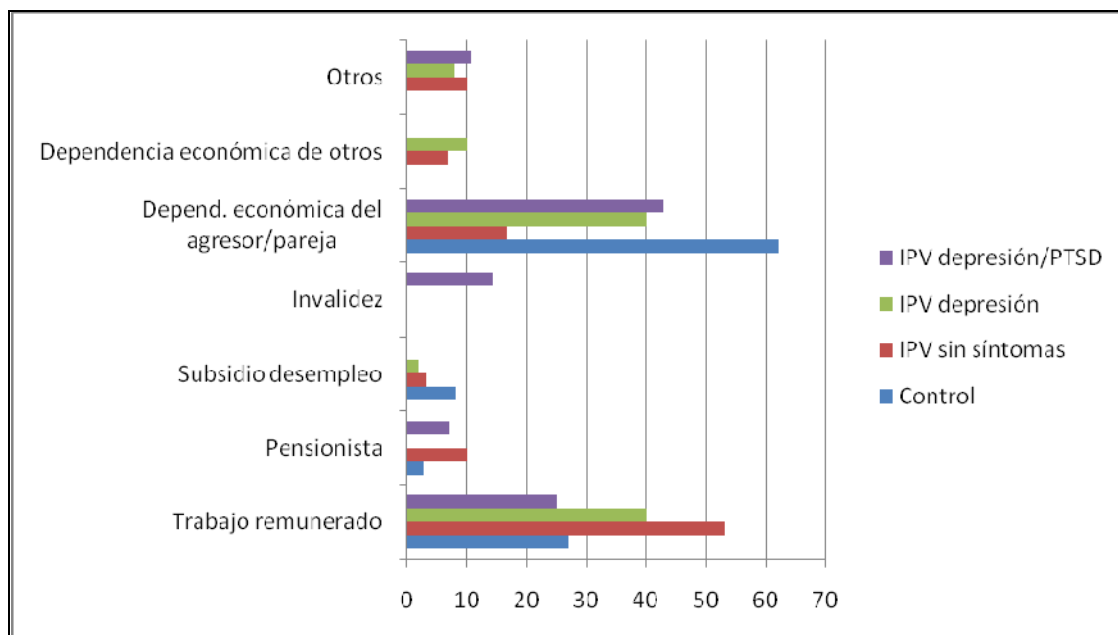
Gráfica 4. Estado civil de las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

3.2.4. Situación laboral

No se observa asociación significativa entre la situación laboral de las mujeres y la gravedad de los síntomas que presentan [$\chi^2(33, N=145)=39.14$; n.s.]. El porcentaje más elevado para los cuatro grupos lo encontramos para la ocupación *ama de casa* (39.3% en el grupo IPV con depresión/PTSD, 38% en el grupo IPV con depresión, 20% en el grupo IPV sin síntomas y 54.1% en el grupo control). Ver Tabla 4.

3.2.5. Ingresos económicos

El tipo de ingresos económicos se encontró asociado a la gravedad de síntomas que presentaban las mujeres [$\chi^2(27, N=145)=53.95$; $p<0.01$]. Un porcentaje de mujeres superior al esperado del grupo IPV sin síntomas percibían sus ingresos a través de un trabajo remunerado (53.3%). Por otra parte, se observan porcentajes más elevados de los esperados para las mujeres cuyos ingresos provienen de una pensión en los grupos IPV con depresión/PTSD (7.2%) e IPV sin síntomas (10%). Asimismo, un porcentaje de mujeres mayor al esperado en el grupo IPV con depresión/PTSD poseen una invalidez (temporal o permanente) (14.2%). Menos mujeres de las esperadas del grupo IPV sin síntomas dependen económicamente del agresor/pareja (16.7%) y más de las esperadas del grupo control (62.2%). Por el contrario, más mujeres de las que cabría esperar del grupo IPV con depresión dependen económicamente de otros (10%). Ver Tabla 4 y Gráfica 5.



Gráfica 5. Tipo de ingresos económicos de las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

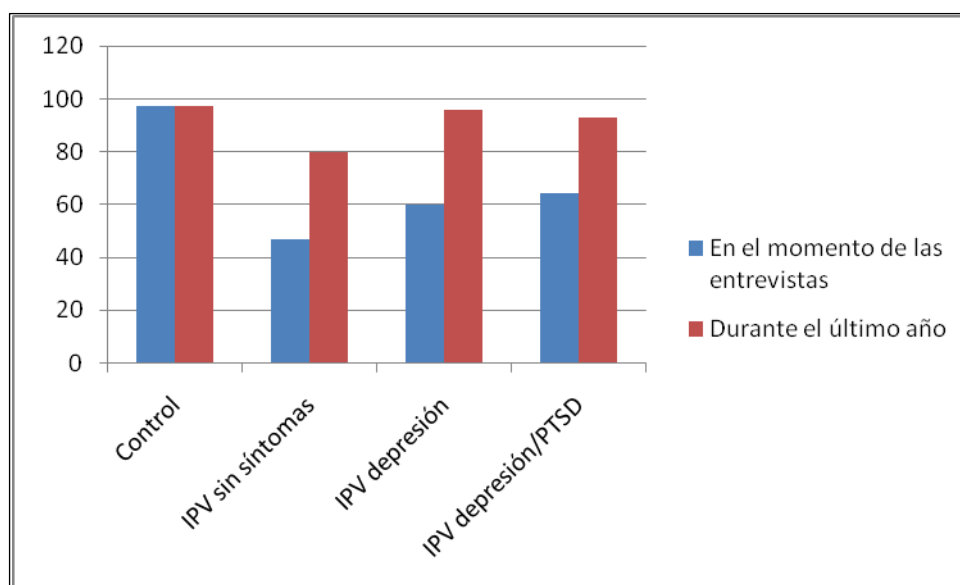
3.2.6. Miembros de la unidad familiar

La media de los miembros de la unidad familiar fue similar para los cuatro grupos no produciéndose diferencias significativas entre los mismos [Vw (3,72.62)=0.262;n.s.] y situándose la mediana de los cuatro grupos en 3 miembros. Tampoco se evidencian diferencias significativas entre el número de hijos, siendo la media de 2.08 hijos (DT=1.26) [F (3,1.95)=1.22;n.s.] y el número de hijos que conviven en el hogar familiar, con una media de 1.43 (DT=0.96) [F (3, 0.263)= 0.278;n.s.]. Ver Tabla 4.

3.2.7. Convivencia con la pareja/agresor

En cuanto a la convivencia, ésta fue valorada tanto en el momento de las entrevistas como durante el último año. Para ambas circunstancias se observa una

asociación con respecto a la gravedad de los síntomas que presentan las mujeres [χ^2 (3,N=145)=22.35;p<0.001] (en el momento de las entrevistas) y [χ^2 (3, N=145)=8.78;p<0.05] (durante el último año). La significación se encuentra asociada al grupo IPV sin síntomas, produciéndose en este grupo una frecuencia inferior a la esperada en la convivencia en el momento de las entrevistas (46.7%) y en la convivencia durante el último año (80%). Ver Tabla 4 y Gráfica 6.

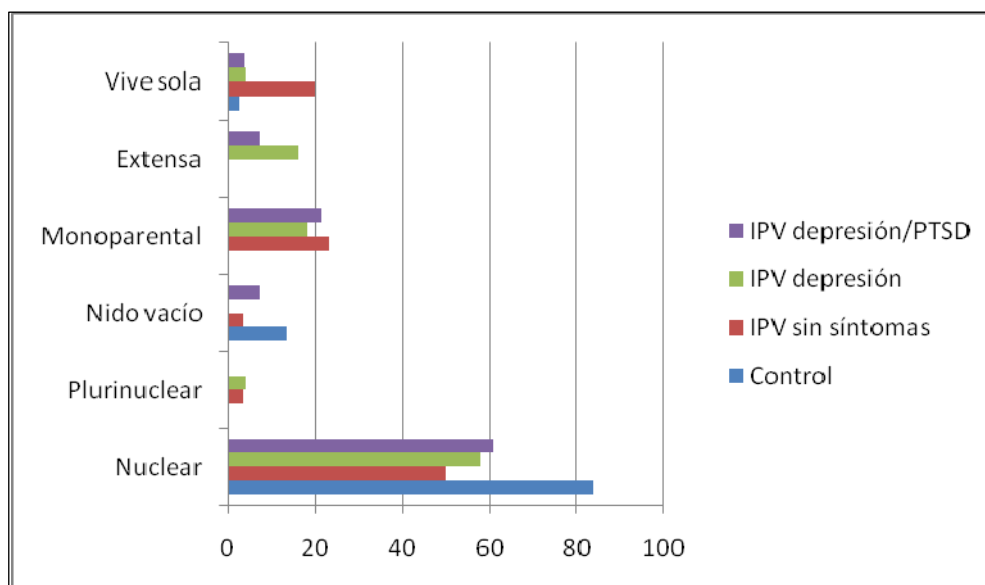


Gráfica 6. Convivencia con el agresor/pareja en el momento de las entrevistas y durante el último año para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

3.2.8. Tipo de hogar

El tipo de hogar en el que vivían las mujeres se encontró asociado con la gravedad de los síntomas que presentaban [χ^2 (15, N=145)= 41.47; p<0.001]. Las mujeres del grupo IPV con depresión viven con una frecuencia superior a la esperada con su familia extensa (16%) y con una frecuencia inferior en una situación de nido vacío (0%). En cuanto al grupo IPV sin síntomas se observa que estas mujeres viven solas con mayor frecuencia de la esperada (20%). Las mujeres del grupo control viven con su familia nuclear (83.8%) o en una situación de nido vacío (13.5%) con una

frecuencia superior a la esperada y viven en una familia monoparental con una frecuencia inferior (0%). Ver Tabla 4 y Gráfica 7.



Gráfica 7. Tipo de hogar en el que viven las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

3.3. Historial de victimización

En este apartado se muestran los resultados relativos a la experiencia de violencia por otras personas distintas a la pareja sentimental, tanto durante la infancia (13 años o menos), como a partir de los 14 años. Las mujeres del grupo control también han formado parte de estos análisis, ya que a lo largo de su vida pueden haber sido víctimas de algún tipo de violencia perpetrada por agresores distintos a sus parejas. Los resultados globales de la violencia infantil se muestran en la Tabla 5 y los de la violencia en la edad adulta por otros en la Tabla 6.

3.3.1. Violencia física (VF) en la infancia

De las 145 mujeres, informaron haber padecido esta circunstancia 12 mujeres del grupo IPV sin síntomas, 26 mujeres del grupo IPV con depresión, 16 mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD y 9 mujeres del grupo control. Existe una relación significativa entre haber sufrido violencia física en la infancia y la gravedad de los síntomas que presentan las mujeres [χ^2 (3,N=145)=9.3; $p<0.05$]. En este sentido, se observa una frecuencia inferior de la esperada de esta circunstancia para las mujeres del grupo IPV sin síntomas (40%) y del grupo control (24.3%). No se advierten asociaciones significativas en cuanto a la duración de la violencia física en la infancia [χ^2 (6,N=62)=6.1;n.s.]. Ver Tabla 5.

3.3.2. Violencia psicológica (VP) en la infancia

Las mujeres que informaron haber padecido esta circunstancia fueron 9 del grupo IPV sin síntomas, 21 mujeres del grupo IPV con depresión, 13 mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD y 8 mujeres del grupo control. Con respecto a la violencia psicológica infantil no existe una asociación significativa entre la presencia de este tipo de violencia y su duración en función del grupo al que pertenezcan las mujeres ([χ^2 (3,N=142)=6.17;n.s.] y [χ^2 (6,N=50)=11.72;n.s.]). Ver Tabla 5.

3.3.3. Violencia sexual (VS) en la infancia

Este tipo de violencia fue padecida por 10 mujeres del grupo IPV sin síntomas, 18 mujeres del grupo IPV con depresión, 11 mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD y 3 mujeres del grupo control. En este caso se observa una relación entre la violencia sexual en la infancia y la gravedad de síntomas que presentan las mujeres [χ^2 (3,N=145)=10.75; $p<0.01$]. Existe una frecuencia inferior a la esperada en las mujeres pertenecientes al grupo control (8.1%). No existe una asociación

significativa en cuanto a la duración de este tipo de violencia se refiere [χ^2 (6, N=35)=10.02;n.s.]. Ver Tabla 5.

Tabla 5. Tipo de violencia infantil (física, psicológica, sexual) y duración de la misma para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control n=37	IPV sin síntomas n=30	IPV Depresión n=50	IPV Depresión/PTSD n=28	Estadísticos
VF infancia	24.3	40	52	57.1	χ^2 (3, N=145)=9.3; p<0.05
Duración VF					χ^2 (6, N=62)=6.1; n.s.
Menos de 2 años	55.6	25	24	31.3	
Entre 2 y 5 años	11.1	8.3	28	12.5	
Más de 5 años	33.3	66.7	48	56.3	
VP infancia	22.2	30	42.9	48.1	χ^2 (3, N=142)= 6.17; n.s.
Duración VP					χ^2 (6, N=50)= 11.72; n.s.
Menos de 2 años	25	11.1	20	0	
Entre 2 y 5 años	50	11.1	20	7.7	
Más de 5 años	25	77.8	60	92.3	
VS infancia	8.1	33.3	36	39.3	χ^2 (3,N=145)=10.75; p<0.01
Duración VS					χ^2 (6, N=35)= 10.02; n.s.
Menos de 1 año	100	33.3	57.1	80	
Entre 1 y 3 años	0	33.3	7.1	0	
Más de 3 años	0	33.3	35.7	20	

3.3.4. Violencia física en la edad adulta por otros (no la pareja sentimental)

La violencia física en la edad adulta (a partir de los 14 años) no perpetrada por la pareja sentimental fue padecida por 9 mujeres del grupo IPV sin síntomas, 12 mujeres del grupo IPV con depresión, 6 mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD y 3 mujeres del grupo control. No se observa una relación significativa entre haber padecido este tipo de violencia [χ^2 (3,N=145)=5.5;n.s.] o la duración de la misma [χ^2 (6, N=27)=1.8;n.s.] y la incidencia de síntomas de depresión y PTSD que presentan las mujeres. Los porcentajes específicos se muestran en la Tabla 6.

3.3.5. Violencia psicológica en la edad adulta por otros

Las mujeres que informaron haber padecido este tipo de violencia fueron 8 del grupo IPV sin síntomas, 18 mujeres del grupo IPV con depresión, 15 mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD y 9 mujeres del grupo control. No se observa una relación significativa entre haber sido víctima de este tipo de violencia [χ^2 (3, N=144)=7.1;n.s.] o la duración de la misma [χ^2 (6,N=50)=4.8;n.s.] y la incidencia de síntomas de depresión y PTSD que presentan las mujeres. Véase la Tabla 6.

3.3.6. Violencia sexual en la edad adulta por otros

Las mujeres que informaron haber padecido este tipo de violencia fueron 9 del grupo IPV sin síntomas, 17 mujeres del grupo IPV con depresión, 11 mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD y 6 mujeres del grupo control. No se observa una relación significativa entre haber sido víctima de este tipo de violencia [χ^2 (3, N=145)=4.9;n.s.] o la duración de la misma [χ^2 (12,N=23)=13.01;n.s.] y la incidencia de síntomas de depresión y PTSD que presentan las mujeres. Sí se han encontrado datos significativos en la variable *Haber sido forzada a mantener relaciones sexuales* [χ^2 (3,N=145)=13.13;p<0.01]. Esta circunstancia se ha producido con una frecuencia

superior a la esperada en las mujeres pertenecientes al grupo IPV con depresión/PTSD (25%) e inferior en las mujeres del grupo IPV sin síntomas (0%). Ver Tabla 6.

Tabla 6. Incidencia de la violencia física, psicológica y sexual en la vida adulta perpetrada por un agresor distinto a la pareja sentimental para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control n=37	IPV sin síntomas n=30	IPV Depresión n=50	IPV Depresión/PTSD n=28	Estadísticos
VF adulta por otros	8.1	30	24	21.4	$\chi^2(3,N=145)=5.5$;n.s.
Duración					$\chi^2(6,N=27)=1.82$;n.s.
Menos de 2 años	66.7	50	54.5	40	
Entre 2 y 5 años	0	25	27.3	20	
Más de 5 años	33.3	25	18.2	40	
VP adulta por otros	24.3	26.7	36.7	53.6	$\chi^2(3,N=144)=7.1$;n.s.
Duración					$\chi^2(6,N=50)=4.83$;n.s.
Menos de 2 años	44.4	12.5	44.4	40	
Entre 2 y 5 años	0	25	11.1	20	
Más de 5 años	55.6	62.5	44.4	40	
Sentimiento de vida en peligro durante la violencia adulta por otros	11.1	37.5	27.8	33.3	$\chi^2(3,N=50)=1.84$;n.s.
VS adulta por otros	16.2	30	34	39.3	$\chi^2(3,N=145)=4.9$;n.s.
Duración					$\chi^2(12,N=23)=13.01$; n.s.
1 vez	100	50	33.3	42.9	
Entre 6 meses y 1 año	0	0	11.1	14.3	
Entre 1 y 3 años	0	25	0	0	
Entre 3 y 5 años	0	25	11.1	28.6	
Más de 5 años	0	0	44.4	14.3	
Forzada a mantener relaciones sexuales	2.7	0	12	25	$\chi^2(3,N=145)=13.13$; p<0.01
Experiencias sexuales no deseadas	0	0	4	10.7	$\chi^2(3,N=145)=6.88$;n.s

3.4. Características de la violencia de pareja

Las variables analizadas en relación con el tipo de violencia sufrido por las mujeres y los resultados obtenidos con respecto a cada uno de los grupos, se exponen en los epígrafes siguientes. Las mujeres pertenecientes al grupo control han sido excluidas en estos análisis.

3.4.1. Tipo de violencia perpetrada por la pareja

Las mujeres están distribuidas de una manera homogénea entre los tres grupos, no produciéndose relaciones significativas entre el tipo de violencia sufrida y el grupo al que pertenecen. Este resultado nos indica que el desarrollo de depresión, depresión/PTSD o el no padecer síntomas de estos trastornos no está asociado con el tipo de violencia que hayan sufrido las mujeres: [χ^2 (2,N=108)= 0.92;n.s.] para la violencia física y [χ^2 (2,N=108)=0.39;n.s.] para la violencia sexual. Todas las mujeres entrevistadas han sufrido violencia psicológica. Los porcentajes quedan reflejados en la Tabla 7.

Tabla 7. Tipo de violencia perpetrada por la pareja para las mujeres de los grupos IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Grupo	IPV sin síntomas n=30	IPV Depresión n=50	IPV Depresión/PTSD n=28	Estadísticos
Variable				
Tipo de violencia ejercida por la pareja				
Violencia física	56.7	64	53.6	χ^2 (2, N=108)= 0.92; n.s.
Violencia psicológica	100	100	100	
Violencia sexual	20	26	25	χ^2 (2, N=108)= 0.39; n.s.

3.4.1.1. Violencia física perpetrada por la pareja

Los resultados específicos de la violencia física perpetrada por la pareja se exponen en la Tabla 8. En este apartado han sido eliminadas las mujeres víctimas únicamente de violencia psicológica, trabajando con un N=64, del cual 17 mujeres pertenecen al grupo IPV sin síntomas, 32 al grupo IPV con depresión y 15 al grupo IPV con depresión/PTSD.

a. Actos cometidos durante la violencia física

De los actos de violencia evaluados (ver Tabla 8), las mujeres han manifestado haberlos vivido de manera similar independientemente del grupo al que pertenecían. Únicamente encontramos datos significativos para el acto *empujones* [$\chi^2(2, N=64)=8.7; p<0.01$], siendo su frecuencia inferior a la esperada en las mujeres del grupo IPV sin síntomas (82.4%). Este acto se produce en el 100% de los casos de los otros dos grupos. El segundo acto más frecuentemente cometido es *bofetadas* (66.7% en el grupo IPV con depresión/PTSD, 65.6% en el grupo IPV con depresión y 52.9% en el grupo IPV sin síntomas).

b. Duración y frecuencia de la violencia física

No se aprecian asociaciones significativas con respecto a estas variables: [$\chi^2(10, N=63)=7.005; n.s.$] para la duración y [$\chi^2(10, N=63)=17.35; n.s.$] para la frecuencia, estando distribuidas las mujeres de manera similar a lo largo de todas las secuencias temporales establecidas (Ver Tabla 8). En cuanto a la duración, el mayor porcentaje se produce en la opción *menos de 6 meses* para el grupo IPV con depresión/PTSD (26.7%) y en la opción *más de 10 años* para el grupo IPV con depresión (22.2%). En cuanto a la frecuencia encontramos los mayores porcentajes en la opción *esporádico* para los grupos IPV sin síntomas (52.9%) e IPV con depresión/PTSD (33.3%). Véase Tabla 8.

c. Comportamiento de la mujer durante la violencia física

En relación con las conductas adoptadas por la mujer mientras está siendo agredida físicamente, no se aprecia que éstas difieran en función del grupo en que las mujeres han sido distribuidas, indicando estos datos que la presencia o ausencia de síntomas de depresión y PTSD no influye en el tipo de comportamiento que las mujeres exhiben en esos momentos. No obstante, el comportamiento más frecuente, tanto para las mujeres del grupo IPV sin síntomas como del grupo IPV con depresión, es *Te defiendes* (52.9% y 46.9% respectivamente). Las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD adoptan más frecuentemente el comportamiento *Intentas escapar* (40%). Ver Tabla 8.

d. Sentimiento de amenaza sobre la vida durante la violencia física

Un elevado porcentaje de mujeres de cada uno de los grupos ha sentido amenazada su vida durante la violencia (73.3% IPV con depresión/PTSD, 81.3% IPV con depresión y 76.5% IPV sin síntomas), aunque no se produce una asociación significativa entre la presencia de esta variable y la gravedad de los síntomas que presentan las mujeres [χ^2 (2,N=64)=0.41;n.s.]. Ver Tabla 8.

Tabla 8. Características de la VF perpetrada por la pareja para las mujeres de los grupos IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Grupo	IPV sin síntomas n=17	IPV Depresión n=32	IPV Depresión/PTSD n=15	Estadísticos
Variable				
Actos cometidos durante la VF				
Puñetazos	47.1	50	66.7	$\chi^2(2,N=64)=1.48;n.s.$
Patadas	47.1	28.1	53.3	$\chi^2(2,N=64)=3.35;n.s.$
Bofetadas	52.9	65.6	66.7	$\chi^2(2,N=64)=0.91;n.s.$
Estrangulamientos	47.1	53.1	40	$\chi^2(2,N=64)=0.72;n.s.$
Empujones	82.4	100	100	$\chi^2(2,N=64)=8.7;p<0.01$
Fracturas	0	6.3	13.3	$\chi^2(2,N=64)=2.42;n.s.$
Otros	41.2	40.6	26.7	$\chi^2(2,N=64)=0.98;n.s.$
Duración de la VF				$\chi^2(10,N=63)=7;n.s.$
Menos de 6 meses	5.9	12.9	26.7	
Entre 6 y 12 meses	5.9	3.2	6.7	
Entre 1 y 3 años	11.8	12.9	0	
Entre 3 y 5 años	17.6	12.9	6.7	
Entre 5 y 10 años	5.9	12.9	20	
Más de 10 años	14.3	22.2	9.5	
Frecuencia de la VF				$\chi^2(10,N=63)=17.35;n.s.$
Esporádico	52.9	16.1	33.3	
3 ó 4 veces al año	41.2	25.8	26.7	
Aprox. 1 vez cada 2 meses	0	16.1	0	
Aprox. 1 vez al mes	0	12.9	6.7	
Entre 2 y 3 veces al mes	0	16.1	13.3	
Más de 1 vez por semana	5.9	12.9	20	
Comportamiento de la mujer durante la VF				
Te defiendes	52.9	46.9	26.7	$\chi^2(2,N=64)=2.49;n.s.$
Contraatacas	47.1	37.5	13.3	$\chi^2(2,N=64)=4.29;n.s.$
Intentas escapar	29.4	43.8	40	$\chi^2(2,N=64)=0.96;n.s.$
Intentas razonar	41.2	43.8	20	$\chi^2(2,N=64)=2.6;n.s.$
Otras conductas	18.8	15.6	26.7	$\chi^2(2,N=63)=0.81;n.s.$
Haber sentido amenazada la vida durante la VF				
	76.5	81.3	73.3	$\chi^2(2,N=64)=0.41;n.s.$

3.4.1.2. Violencia psicológica perpetrada por la pareja

Las características concretas de la violencia psicológica se detallan en la Tabla 9.

a. Actos cometidos durante la violencia psicológica

Las mujeres han manifestado haber sufrido prácticamente los mismos actos de violencia, independientemente del grupo al que pertenecían. El acto que más frecuentemente se ha producido para los tres grupos ha sido *humillaciones* (96.4% en el grupo IPV con depresión/PTSD, 94% en el grupo IPV con depresión y 93.3% en el grupo IPV sin síntomas) [χ^2 (2,N=108)=0.3;n.s.]. Con respecto al acto *Bloqueo en la toma de decisiones* sí que se aprecia una asociación significativa [χ^2 (2,N=108)=9.00;p<0.01], existiendo, por tanto, una relación entre ser víctima de este acto y el desarrollo de síntomas más graves. La frecuencia con que este acto se ha producido en las mujeres pertenecientes al grupo IPV con depresión/PTSD es superior a la esperada por azar (85.7%). Véase la Tabla 9.

b. Duración y frecuencia de la violencia psicológica

Los análisis estadísticos efectuados no aportan relaciones significativas entre la gravedad de los síntomas de depresión y PTSD y la duración [χ^2 (10, N=107)=11.67;n.s.] y la frecuencia [χ^2 (8,N=108)=3.94;n.s.] de la violencia psicológica experimentada (Ver Tabla 9). No obstante, los porcentajes más elevados se sitúan en la opción *Más de 10 años* para los tres grupos (53.6% en el grupo IPV con depresión/PTSD, 49% en el grupo IPV con depresión y 56.7% en el grupo IPV sin síntomas). En cuanto a la frecuencia la opción *Más de una vez a la semana* es la que posee los mayores porcentajes (75% en el grupo IPV con depresión/PTSD, 70% en el grupo IPV con depresión y 76.7% en el grupo IPV sin síntomas).

c. Comportamiento de la mujer durante la violencia psicológica

En general, no se producen asociaciones significativas entre los distintos comportamientos que pueden adoptar las mujeres y su pertenencia a los grupos establecidos. Únicamente se observa relación para el comportamiento *Lo ignoras* [$\chi^2(2, N=108)=6.99; p<0.05$], produciéndose éste con una frecuencia superior a la esperada en las mujeres del grupo IPV con depresión (48%) e inferior a la esperada para el grupo IPV con depresión/PTSD (17.9%).

3.4.1.3. Violencia sexual perpetrada por la pareja

Los resultados específicos de la violencia sexual perpetrada por la pareja se exponen en la Tabla 10.

a. Actos cometidos durante la violencia sexual

Las mujeres de los tres grupos han referido sufrir prácticamente los mismos actos de violencia sexual, no evidenciándose, por tanto, una relación entre los distintos actos que pueden haber sufrido y su pertenencia a los distintos grupos. El acto que más frecuentemente han indicado las mujeres ha sido *Sexo genital con penetración forzada* (21.4% en el grupo IPV con depresión/PTSD, 20% en el grupo IPV con depresión y 13.3% en el grupo IPV sin síntomas). Las mujeres del grupo depresión/PTSD además han sufrido *Sexo anal con penetración forzada* (14.3%) y *Sexo oral forzado de la mujer al agresor* (17.9%) en proporciones similares. Ver Tabla 10.

Tabla 9. Características de la VP perpetrada por la pareja para las mujeres de los grupos IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Grupo	IPV sin síntomas n=30	IPV Depresión n=50	IPV Depresión/PTSD n=28	Estadísticos
Variable				
Actos cometidos durante la VP				
Insultos	93.3	88	82.1	$\chi^2(2,N=108)=1.71;n.s.$
Humillaciones	93.3	94	96.4	$\chi^2(2,N=108)=0.3;n.s.$
Aislamiento social	76.7	68	85.7	$\chi^2(2,N=108)=3.06;n.s.$
Amenazas de muerte	63.3	48	46.4	$\chi^2(2,N=108)=2.21;n.s.$
Amenaza sobre la custodia de los hijos	23.3	30	10.7	$\chi^2(2,N=108)=3.75;n.s.$
Llamadas telefónicas intimidatorias	16.7	30	28.6	$\chi^2(2,N=108)=1.87;n.s.$
Abandono económico	46.7	58	50	$\chi^2(2,N=108)=1.08;n.s.$
Persecución y acoso	23.3	42	35.7	$\chi^2(2,N=108)=2.87;n.s.$
Chantaje económico	36.7	44	39.3	$\chi^2(2,N=108)=0.45;n.s.$
Chantaje emocional	66.7	74	78.6	$\chi^2(2,N=108)=1.08;n.s.$
Bloqueo en la toma de decisiones	53.3	54	85.7	$\chi^2(2,N=108)=9;p<0.01$
Otros	41.4	32	25	$\chi^2(2,N=107)=1.76;n.s.$
Duración de la VP				$\chi^2(10,N=107)=11.67;n.s.$
Menos de 6 meses	3.3	2	0	
Entre 6 y 12 meses	3.3	0	7.1	
Entre 1 y 3 años	10	10.2	17.9	
Entre 3 y 5 años	20	12.2	7.1	
Entre 5 y 10 años	6.7	26.5	14.3	
Más de 10 años	56.7	49	53.6	
Frecuencia de la VP				$\chi^2(8,N=108)=3.94;n.s.$
3 ó 4 veces al año	0	4	0	
Aprox. 1 vez cada 2 meses	0	4	3.6	
Aprox. 1 vez al mes	6.7	6	3.6	
Entre 2 y 3 veces al mes	16.7	16	17.9	
Más de 1 vez por semana	76.7	70	75	
Comportamiento de la mujer durante la VP				
Estás en silencio	50	42.9	66.7	$\chi^2(2,N=106)=3.96;n.s.$
Lo ignoras	36.7	48	17.9	$\chi^2(2,N=108)=6.99;p<.05$
Contestas con sequedad	46.7	52	57.1	$\chi^2(2,N=108)=0.64;n.s.$
Dejas de hacer cosas que le gustan	23.3	34	21.4	$\chi^2(2,N=108)=1.82;n.s.$
Discutes	66.7	70	53.6	$\chi^2(2,N=108)=2.19;n.s.$
Intentas dialogar	50	62	71.4	$\chi^2(2,N=108)=2.83;n.s.$
Otras	17.2	18	25	$\chi^2(2,N=107)=0.7;n.s.$

b. Duración y frecuencia de la violencia sexual

No se produce una asociación significativa entre la gravedad de los síntomas de depresión y PTSD y la duración [χ^2 (10,N=108)=6.26;n.s.] y la frecuencia [χ^2 (10,N=106)=4.4.;n.s.] de la violencia sexual sufrida. El porcentaje más elevado en cuanto a la duración se obtiene en el ítem *Más de 10 años* para el grupo IPV con depresión/PTSD (10.7%). En cuanto a la frecuencia las mujeres se encuentran distribuidas homogéneamente en todas las secuencias valoradas. Ver Tabla 10.

c. Comportamiento de la mujer durante la violencia sexual

No existen relaciones significativas en cuanto a la conducta de las mujeres mientras están siendo agredidas sexualmente y su pertenencia a los distintos grupos, aunque el comportamiento que adoptan las mujeres de los tres grupos con mayor frecuencia es *Te quedas inmóvil* (21.4% en el grupo IPV con depresión/PTSD, 18% en el grupo IPV con depresión y 10% en el grupo IPV sin síntomas). Ver Tabla 10.

d. Duración y frecuencia del mantenimiento de relaciones sexuales para evitar discusiones

No se aprecia una relación entre estas dos variables y la pertenencia de las mujeres a los distintos grupos: [χ^2 (14,N=90)=16.1;n.s.] para la duración y [χ^2 (10,N=89)=7.9;n.s.] para la frecuencia. En cuanto a la duración el mayor porcentaje de mujeres se produce en la opción más elevada *Más de 10 años* (22.7% en el grupo IPV con depresión/PTSD, 28.3% en el grupo IPV con depresión y 36.4% en el grupo IPV sin síntomas). En relación con la frecuencia, las mujeres se distribuyen de manera similar entre las opciones *Entre 2 y 3 veces al mes* (28.6% en el grupo IPV con depresión/PTSD, 19.6% en el grupo IPV con depresión y 18.2% en el grupo IPV sin síntomas) y *Más de una vez a la semana* (38.1% en el grupo IPV con depresión/PTSD, 28.3% en el grupo IPV con depresión y 13.6% en el grupo IPV sin síntomas). Véase la Tabla 10.

Tabla 10. Características de la VS perpetrada por la pareja para las mujeres de los grupos IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	IPV sin síntomas n=30	IPV Depresión n=50	IPV Depresión/PTSD n=28	Estadísticos
Variable				
Actos cometidos durante la VS				
Sexo genital con penetración forzada	13.3	20	21.4	$\chi^2(4,N=108)=0.99;n.s.$
Sexo anal con penetración forzada	3.3	6	14.3	$\chi^2(4,N=108)=3.62;n.s.$
Sexo oral forzado de la mujer al agresor	6.7	10	17.9	$\chi^2(4,N=108)=2.92;n.s.$
Sexo oral forzado del agresor a la mujer	3.3	12	7.1	$\chi^2(4,N=108)=2.04;n.s.$
Mordiscos durante la relación sexual	6.9	2.2	7.7	$\chi^2(4,N=108)=1.71;n.s.$
Patadas/golpes durante la relación sexual	0	4	3.6	$\chi^2(4,N=108)=1.3;n.s.$
Bofetadas durante la relación sexual	3.3	6	3.6	$\chi^2(4,N=108)=0.66;n.s.$
Objetos insertados en vagina o ano	0	0	3.6	$\chi^2(4,N=108)=3.3;n.s.$
Uso forzado de películas y fotografías pornográficas	0	0	7.1	$\chi^2(4,N=108)=6.43;n.s.$
Presencia de niños durante los actos sexuales	3.3	2	0	$\chi^2(4,N=108)=1.56;n.s.$
Amenazas con ser golpeada si rechaza el sexo	10	6	7.1	$\chi^2(4,N=108)=1.66;n.s.$
Amenazas con algún arma para mantener sexo	0	2	0	$\chi^2(4,N=108)=1.44;n.s.$
Obligada a mantener relaciones sexuales después de ser agredida	0	4	7.1	$\chi^2(4,N=108)=2.26;n.s.$
Obligada a mantener relaciones sexuales tras venir del hospital	0	4	7.1	$\chi^2(4,N=108)=2.26;n.s.$
Otros	6.7	4	3.6	$\chi^2(4,N=108)=1.27;n.s.$
Duración de la VS				$\chi^2(14,N=90)=16.1;n.s$
No procede	80	74	75	
Menos de 3 meses	10	14	3.6	
Entre 1 y 3 años	0	2	3.6	
Entre 3 y 5 años	3.3	4	7.1	
Entre 5 y 10 años	3.3	2	0	
Más de 10 años	3.3	4	10.7	

Tabla 10 Continuación. Características de la VS perpetrada por la pareja para las mujeres de los grupos IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	IPV sin síntomas n=30	IPV Depresión n=50	IPV Depresión/PTSD n=28	Estadísticos
Variable				
Frecuencia de la VS				$\chi^2(10, N=89)=7.9; n.s.$
No procede	82.8	75.5	75	
1 ó 2 veces al año	10.3	12.2	7.1	
3 ó 4 veces al año	3.4	2	3.6	
Aprox. 1 vez al mes	0	2	0	
Entre 2 y 3 veces por mes	3.4	4.1	7.1	
Más de 1 vez por semana	0	4.1	7.1	
Comportamiento de la mujer durante la VS				
Te quedas inmóvil	10	18	21.4	$\chi^2(4, N=108)=2.18; n.s.$
Te defiendes	3.3	8	7.1	$\chi^2(4, N=108)=0.77; n.s.$
Contraatacas	0	2	0	$\chi^2(4, N=108)=1.44; n.s.$
Intentas escapar	3.3	6	7.1	$\chi^2(4, N=108)=0.63; n.s.$
Intentas razonar	3.3	8	10.7	$\chi^2(4, N=108)=1.35; n.s.$
Otros	10	8	3.6	$\chi^2(4, N=108)=2.18; n.s.$
Duración mantenimiento relaciones sexuales para evitar discusiones				$\chi^2(14, N=90)=16.1; n.s.$
No procede	40.9	26.1	18.2	
Menos de 3 meses	0	2.2	4.5	
Entre 3-6 meses	4.5	4.3	4.5	
Entre 6-12 meses	9.1	0	9.1	
Entre 1-3 años	0	5.6	3.3	
Entre 3-5 años	4.5	15.2	4.5	
Entre 5-10 años	4.5	13	22.7	
Más de 10 años	36.4	28.3	22.7	
Frecuencia mantenimiento relaciones sexuales para evitar discusiones				$\chi^2(10, N=89)=7.9; n.s.$
No procede	40.9	26.1	19	
3-4 veces al año	4.5	4.3	0	
Aprox. 1 vez cada 2 meses	9.1	8.7	0	
Aprox. 1 vez al mes	13.6	13	14.3	
2-3 veces al mes	18.2	19.6	28.6	
Más de 1 vez a la semana	13.6	28.3	38.1	

3.4.2. Estar bajo amenaza de agresión o de muerte

No existe relación entre encontrarse en esta circunstancia y la gravedad de la sintomatología que presentan las mujeres [χ^2 (2,N=46)=2.85;n.s.]. En la Tabla 11 se exponen los porcentajes obtenidos.

Tabla 11. Estar bajo amenaza de agresión o de muerte

Grupo	IPV sin síntomas n=30	IPV Depresión n=50	IPV Depresión/PTSD n=28	Estadístico
Variable				
Estar bajo amenaza de agresión o de muerte	18.8	45	40	χ^2 (2, N=46)= 2.85; n.s

3.5. ESTUDIO 1: DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA SOBRE LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES: INFLUENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y SU COMORBILIDAD CON EL PTSD.

3.5.1. INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja es un problema de carácter mundial que sigue afectando a millones de mujeres y que ocasiona un grave perjuicio sobre su bienestar físico y psíquico. De hecho, la Organización Mundial de la Salud, en su Informe Mundial sobre Violencia y Salud de 2002, establece que la violencia de pareja es un problema de salud pública por su clara repercusión sobre la salud de las mujeres (Krug y cols., 2002). Asimismo, las investigaciones realizadas en este ámbito coinciden en establecer el impacto negativo que produce la violencia de pareja sobre su salud mental, independientemente del tipo de violencia que hayan sufrido (física, psicológica y/o sexual), al compararlas con aquellas mujeres que no han sufrido nunca este tipo de violencia (Amor y cols., 2002; Matud, 2004 y 2005; Picó-Alfonso y cols., 2006; Bonomi y cols., 2009; Basu y cols., 2013; Houry y cols., 2006; Hansen y cols., 2014; Labrador-Encinas y cols., 2010; Raya-Ortega y cols., 2004).

En cuanto a los problemas de salud mental que suelen manifestar, existe un evidente acuerdo en las investigaciones realizadas, habiéndose encontrado en prácticamente la totalidad de los estudios consultados la **depresión** como el trastorno más comúnmente asociado a la violencia de pareja (Amor y cols., 2002; Bonomi y cols., 2009; García-Linares y cols., 2004; Hansen y cols., 2014; Houry y cols., 2006; Labrador-Encinas y cols., 2010; Nathanson, Shorey, Tirone y Rhatigan, 2012; Matud, 2004; Picó-Alfonso y cols., 2004, 2006; Dougé y cols., 2014; Patró-Hernández y cols., 2007; Torres y cols., 2013; Constantino y cols., 2000; Capraro y cols., 2014; Hathaway, Mucci, Silverman, Brooks, Mathews y Pavlos, 2000; revisado por Devries y cols., 2013; Chuang y cols., 2012; Blasco-Ros y cols., 2010). En segundo lugar, se encuentra una elevada incidencia de Trastorno por Estrés Postraumático (**PTSD**) (Amor y cols., 2002;

Basile y cols., 2004; García-Linares y cols., 2004; Nathanson y cols., 2012; Hansen y cols., 2014; Houry y cols., 2006; Johnson y cols., 2008; Picó-Alfonso y cols., 2004, 2006; Aguirre y cols., 2010; Blasco-Ros y cols., 2010), aunque también puede producirse la **comorbilidad** de ambos trastornos (Stein y Kennedy, 2001; Nixon y cols., 2004; Blasco-Ros y cols., 2014; Boeckel, Blasco-Ros, Grassi-Oliveira y Martínez, 2014). Por último, las investigaciones revisadas coinciden en establecer que estas mujeres presentan mayores niveles de **ansiedad** (Bonomi y cols., 2009; García-Linares y cols., 2004; Hansen y cols., 2014; Labrador-Encinas y cols., 2010; Matud, 2004; Picó-Alfonso y cols., 2004, 2006; Hathaway y cols., 2000; Blasco-Ros y cols., 2010), mayor riesgo de **suicidio** (Labrador-Encinas y cols., 2010; Houry y cols., 2006; Hathaway y cols., 2000; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts y García-Moreno, 2008; revisado por Devries y cols., 2013; Picó-Alfonso y cols., 2006), mayor riesgo de presentar **conductas adictivas** (Fernández-Alonso, 2004; Raya-Ortega y cols., 2004; Nathanson y cols., 2012), padecen con mayor frecuencia **insomnio** (Matud, 2004; Hathaway y cols., 2000; Fernández-Alonso, 2004), **somatizaciones** (Matud, 2004; Fernández-Alonso, 2004), trastornos de la **conducta alimentaria** (Fernández-Alonso, 2004; revisado por Bundock, Howard, Trevillion, Malcolm, Feder y Oram, 2013) y **rasgos disfuncionales de personalidad** (Torres y cols., 2013; Picó-Alfonso y cols., 2008), entre otros.

Estos resultados se mantienen en los estudios de revisión consultados (revisado por Howard y cols., 2010; revisado por Lawrence, Orengo-Aguayo, Langer y Brock, 2012; revisado por Golding, 1999; revisado por Dutton y cols., 2006), así como en mujeres víctimas adolescentes (Fletcher, 2010; Extner-Cortners y cols., 2013). Por otra parte, cuando se comparan hombres y mujeres víctimas de violencia, son las mujeres las que presentan peores consecuencias sobre su salud mental (revisado por Lawrence y cols., 2012; Lokhmatkina, Feder, Blake, Morris, Powers y Lightman, 2013).

Cuando las mujeres víctimas de violencia de pareja han sido agrupadas en función del tipo de violencia sufrida, no se ha observado un acuerdo unánime entre las diferentes investigaciones consultadas sobre las características concretas de la violencia que producen un efecto más grave sobre su salud mental. Así, Houry y cols. (2006) encontraron que la experiencia de varios tipos de violencia incrementa el riesgo de

padecer más síntomas de salud mental, Picó-Alfonso (2005b) que la violencia psicológica es un potente predictor de PTSD y Bennice y cols. (2003) que lo era únicamente la violencia sexual. Un estudio longitudinal realizado por Blasco-Ros y cols. (2010) estableció que las mujeres víctimas que sólo habían sido víctimas de violencia psicológica seguían presentando una peor salud mental con el paso del tiempo en comparación con aquellas que habían sufrido violencia física y psicológica, las cuales mostraron una recuperación en sus síntomas. En otro tipo de estudios no se ha encontrado relación entre la incidencia de diversos síntomas de salud mental y el tipo de violencia de pareja experimentada, como por ejemplo en el trabajo de Basile y cols. (2004), los cuales no encontraron relación entre haber sufrido violencia física, psicológica, sexual o acoso y la incidencia de PTSD. Estos resultados son coincidentes con los obtenidos por García-Linares y cols. (2004) que hallaron una mayor incidencia de depresión, ansiedad y síntomas de PTSD en mujeres víctimas de violencia frente a las mujeres control, sin encontrar diferencias entre las que habían sido víctimas de violencia física y las que lo habían sido de violencia psicológica.

La depresión y el PTSD son los trastornos que con una mayor frecuencia presentan las mujeres víctimas de violencia de pareja, sin embargo, son escasos los estudios que han establecido sus grupos de trabajo en función de la severidad de síntomas de depresión o la incidencia de PTSD que manifiestan estas mujeres. Entre las investigaciones consultadas, se ha encontrado que Dougé y cols. (2014), tras distribuir a las mujeres en función de la gravedad de la sintomatología depresiva, hallaron que haber sufrido algún episodio de violencia recientemente incrementaba el riesgo de sufrir depresión con mayor gravedad que si los episodios de violencia habían ocurrido en el pasado, estableciendo así un factor que pudiera contribuir a la intensidad y gravedad con que se presentan estos síntomas. Este resultado es coincidente con los datos obtenidos en el meta-análisis de Golding (1999), el cual encontró en los estudios revisados que la depresión estaba asociada con la proximidad temporal de la violencia. En otro estudio (Patrón-Hernández y cols., 2007), en el que la muestra estaba conformada por 105 mujeres víctimas de violencia, se encontró que el nivel de síntomas depresivos estaba asociado a la intensidad de la violencia física, psicológica y sexual sufrida. No obstante,

Pérez y Johnson (2008) no hallaron ninguna relación entre la gravedad de la violencia y la gravedad con que se manifestaba la sintomatología depresiva.

En cuanto al PTSD, Becker y cols. (2010) encontraron que haber sufrido violencia en la infancia predisponía a las mujeres víctimas de violencia de pareja a desarrollar PTSD, aunque estos mismos resultados no han sido hallados en otros estudios similares (Picó-Alfonso, 2005b). Hellmuth y cols. (2014a) establecieron cuatro grupos de trabajo con mujeres víctimas de violencia de pareja en función de la gravedad del PTSD para valorar la influencia de la gravedad de la violencia y de los síntomas de depresión sobre el diagnóstico final de PTSD, encontrando que las mujeres con mayor gravedad de PTSD presentaban niveles más intensos de depresión que las mujeres que presentaban el PTSD en una intensidad leve o moderada. La gravedad de la violencia también se asoció a la gravedad de los síntomas de PTSD, resultado coincidente con el obtenido por Pérez y Johnson (2008). Asimismo, tanto la mayor frecuencia como la gravedad de la violencia se han asociado con la comorbilidad depresión/PTSD (Martínez-Torteya y cols., 2009), mientras que sólo una mayor frecuencia de la violencia se asoció con la presencia de PTSD (Martínez-Torteya y cols., 2009; Nathanson y cols., 2012).

Todos estos estudios intentan establecer los factores que determinan la incidencia y gravedad de la depresión y el PTSD, sin embargo, no se han encontrado estudios que hayan establecido la influencia que pueden estar ejerciendo estos trastornos sobre otras variables de salud mental. El objetivo del presente trabajo se centra en determinar si la presencia de sintomatología depresiva y su posible comorbilidad con un PTSD tienen un impacto diferente sobre otras variables de su salud mental, presentando o no un mayor deterioro en la misma, independientemente del tipo de violencia que hayan sufrido.

3.5.2. MATERIAL Y MÉTODOS

3.5.2.1. SUJETOS

La muestra de este trabajo está compuesta por 145 mujeres, de las cuales 108 fueron víctimas de violencia de pareja. 37 mujeres que nunca habían sufrido violencia de pareja, formaron el grupo control.

Las mujeres víctimas de violencia de pareja han sido distribuidas en tres grupos en función de la gravedad de los síntomas de depresión que presentaban y la presencia/ausencia de PTSD: **1)** Grupo IPV sin síntomas, mujeres víctimas de violencia de pareja que no presentan síntomas de depresión ni cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=30), **2)** Grupo IPV con depresión, mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan síntomas de depresión pero no cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=50) y **3)** Grupo IPV con depresión/PTSD, mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan síntomas de depresión y además cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=28). Ninguna de las mujeres que conforman el grupo control (n=37) presenta síntomas clínicamente significativos de depresión ni cumple criterios diagnósticos de PTSD.

3.5.2.2. PROCEDIMIENTO

Todas las mujeres fueron entrevistadas por un grupo de psicólogas, recogiéndose en dichas entrevistas información acerca de algunas variables relacionadas con su salud mental. La toma de esos datos se efectuó a través de preguntas directas en base a cuestionarios “ad hoc” estructurados o mediante el pase de cuestionarios estandarizados.

Las principales variables que se midieron fueron la incidencia de depresión y PTSD, resultados que determinaron la distribución de las mujeres en cada uno de los grupos. Estas variables fueron evaluadas mediante cuestionarios estandarizados que han sido explicados en los apartados 2.3.4.1. y 2.3.4.2. de la presente Tesis Doctoral.

Subsidiariamente, se recogió información acerca de las siguientes variables de salud mental: ansiedad, personalidad, ideas e intentos de suicidio, conductas adictivas, trastornos de la conducta alimenticia, problemas de sueño, tratamientos psicoterapéuticos y tratamientos farmacológicos. Los cuestionarios y métodos empleados para la evaluación de cada una de estas variables han sido descritos y detallados en los apartados 2.3.4.3., 2.3.4.4., 2.3.4.5., 2.3.4.6., 2.3.4.7., 2.3.4.8., 2.3.4.9. y 2.3.4.10. de la presente Tesis Doctoral.

3.5.2.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos de las mujeres fueron introducidos en una base de datos utilizando para ello el programa estadístico SPSS versión 19 y posteriores.

Las medias de las puntuaciones totales de las variables cuantitativas ansiedad y trastornos de la conducta alimentaria fueron comparadas entre los cuatro grupos empleando el análisis de la varianza (ANOVA) cuando éstas fueron homogéneas, aplicando como prueba post-hoc Bonferroni y el test de Welch cuando no fueron homogéneas, con la prueba post- hoc Games-Howell.

El análisis de las variables cualitativas personalidad, ideas e intentos de suicidio, conductas adictivas, problemas de sueño, tratamiento psicoterapéutico y tratamiento farmacológico se llevó a cabo a través del análisis de frecuencias. Para ello, se obtuvieron tablas de contingencia empleando la prueba χ^2 de Pearson, con el objetivo de establecer la asociación existente entre dos variables categóricas.

3.5.3. RESULTADOS

En cuanto a los análisis efectuados sobre las variables de salud mental evaluadas, éstos han proporcionado los siguientes resultados:

- Ansiedad

La evaluación de la ansiedad y los análisis efectuados con esta variable muestran que, en cuanto a la AE, se producen diferencias entre las medias de los grupos siendo éstas significativamente superiores en los grupos IPV con depresión/PTSD e IPV con depresión en comparación con el grupo IPV sin síntomas y el grupo control ($p < 0.001$ en todos los casos). En relación con la AR también se producen diferencias entre las medias obtenidas, siendo éstas significativamente superiores en los grupos IPV con depresión/PTSD ($p < 0.05$ con respecto al grupo IPV con depresión, $p < 0.001$ para el grupo IPV sin síntomas y $p < 0.001$ para el grupo control) y en el grupo IPV con depresión ($p < 0.001$ con respecto al grupo IPV sin síntomas y $p < 0.001$ para el grupo control). Véase la Tabla 1. En la Gráfica 1 además puede observarse un aumento en la gravedad de la sintomatología de ansiedad en función de la mayor gravedad de la sintomatología depresiva y de PTSD presentada por las mujeres.

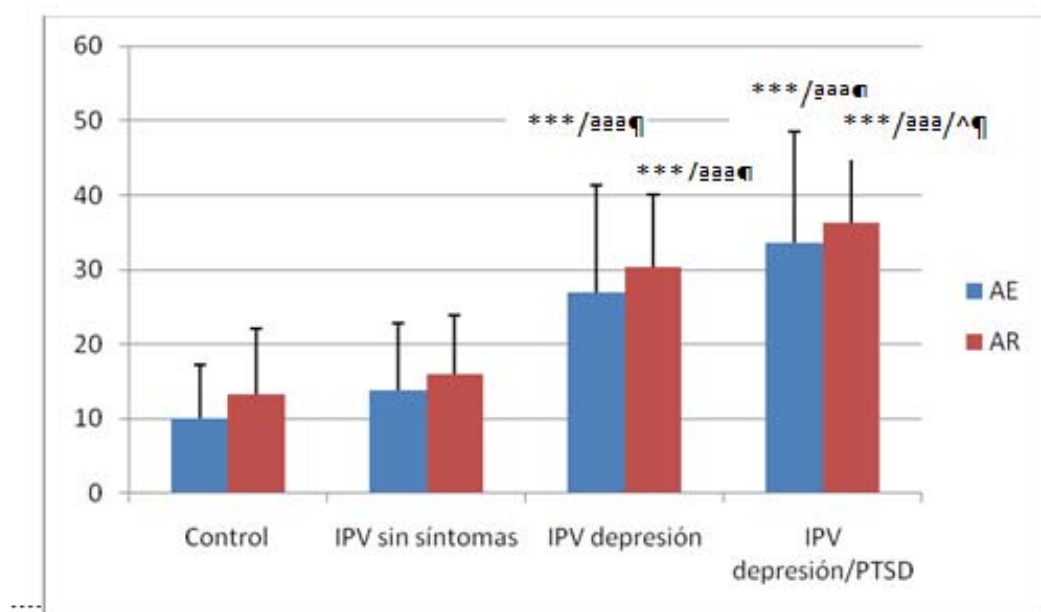
Tabla 1. Puntuaciones medias directas en STAI-E y STAI-R en los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadístico
	n=37	n=30	n=50	n=28	
STAI (PD)					
AE	9.97 (± 7.19)	13.83 (± 8.91)	26.9 (± 14.5) ^{***/aaa}	33.53 (± 15.01) ^{***/aaa}	Vw (3, 70.08) = 30.81; p < .001
AR	13.27 (± 8.82)	15.97 (± 7.85)	30.36 (± 9.77) ^{***/aaa}	36.21 (± 9.56) ^{***/aaa/^}	F (3; 4130.72) = 49.65; p < .001

*** p < .001; Difiere del grupo control

aaa p < .001; Difiere del grupo IPV no síntomas

^ p < .05; Difiere del grupo IPV depresión



*** $p < .001$; Difiere del grupo control

aaa $p < .001$; Difiere del grupo IPV no síntomas

^ $p < .05$; Difiere del grupo IPV depresión

Gráfica 1. Puntuaciones medias directas de ansiedad estado y ansiedad rasgo para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

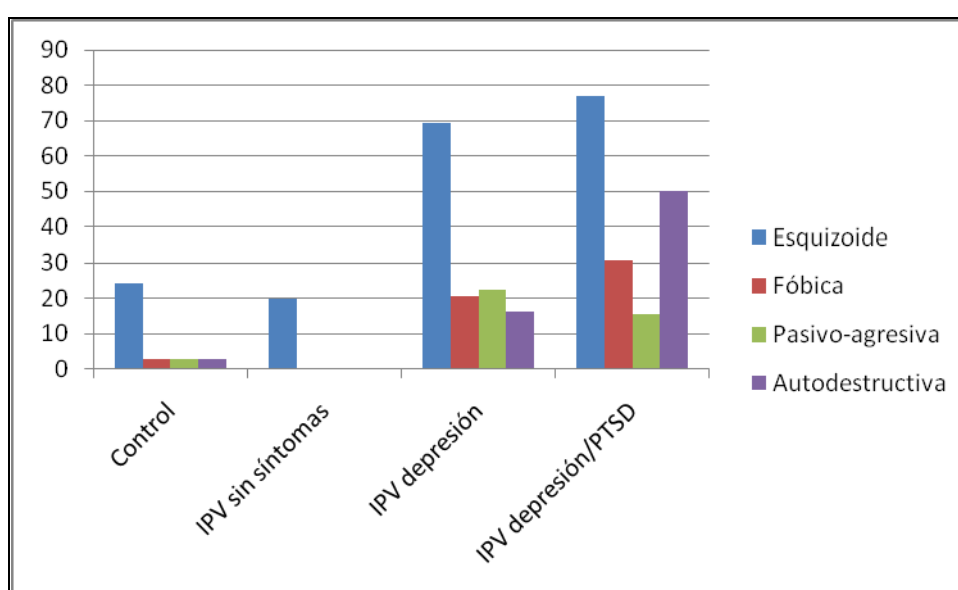
- Estilo de personalidad

En cuanto a los patrones básicos de personalidad el N es igual a 142 dada la obtención de tres perfiles inválidos tras su corrección, los cuales correspondían: 1 al grupo IPV con depresión y 2 al grupo IPV con depresión/PTSD. Los resultados de los perfiles válidos muestran una relación significativa entre los patrones esquizoide, fóbico, pasivo-agresivo y autodestructivo y la distribución de las mujeres en los distintos grupos. Las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD presentan con una frecuencia superior a la esperada los patrones esquizoide (76.9%), fóbico (30.8%) y autodestructivo (50%). El grupo IPV con depresión presenta con una frecuencia superior a la esperada los patrones esquizoide (69.4%) y pasivo-agresivo (22.4%). La frecuencia con la que se presentan estos cuatro patrones es inferior a la esperada para el grupo IPV sin síntomas, al igual que para el grupo control. En la Tabla 2 se detalla la

incidencia de los patrones básicos de personalidad para cada uno de los grupos. Véase también la Gráfica 2 para observar la diferente presencia de los patrones de personalidad significativos entre las mujeres de cada uno de los grupos.

Tabla 2. Patrones básicos de personalidad del MCMI-II para los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control n=37	IPV sin síntomas n=30	IPV Depresión n=50	IPV Depresión/PTSD n=28	Estadístico
Personalidad mayor 75 (punto de corte)					
Esquizoide	24.3	20	69.4	76.9	$\chi^2(6, N=142)=37.01; p<.001$
Fóbica	2.7	0	20.4	30.8	$\chi^2(6, N=142)=38.61; p<.001$
Dependiente	29.7	33.3	51	53.8	$\chi^2(6, N=142)=7.05; n.s.$
Narcisista	29.7	50	57.1	57.7	$\chi^2(6, N=142)=10.77; n.s.$
Histriónica	18.9	23.3	30.6	19.2	$\chi^2(6, N=142)=6.07; n.s.$
Antisocial	10.8	20	30.6	19.2	$\chi^2(6, N=142)=7.2; n.s.$
Compulsiva	73	76.7	81.6	73.1	$\chi^2(6, N=142)=4.5; n.s.$
Pasivo-agresiva	2.7	0	22.4	15.4	$\chi^2(6, N=142)=16.9; p<.01$
Autodestructiva	2.7	0	16.3	50	$\chi^2(6, N=142)=43.45; p<.001$
Agresivo-sádica	10.8	23.3	26.5	23.1	$\chi^2(6, N=142)=7.93; n.s.$

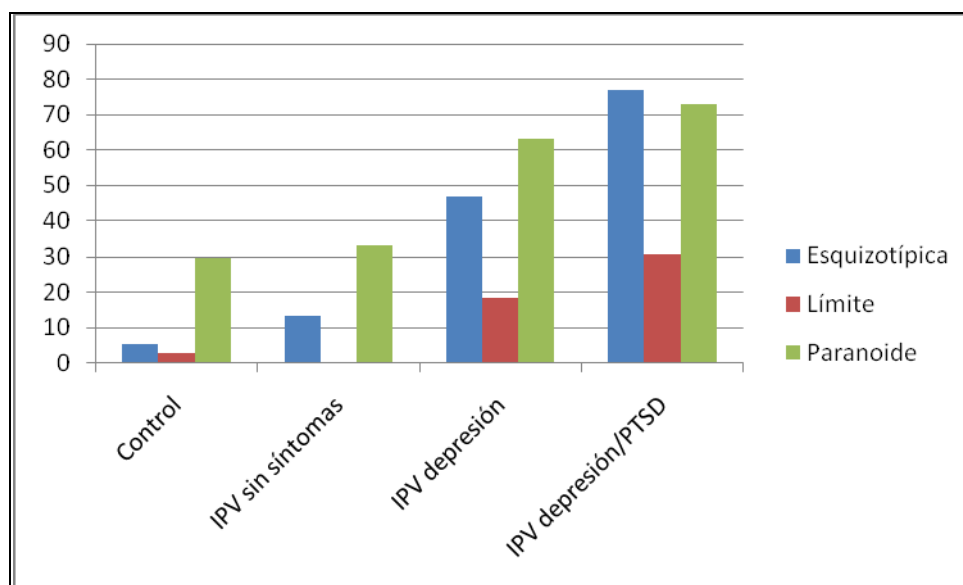


Gráfica 2. Incidencia de los patrones de personalidad cuya diferencia entre los grupos ha resultado significativa

En relación con los tres patrones graves de personalidad, esquizotípico, límite y paranoide, se observa que existe una asociación entre su presencia y la pertenencia de las mujeres a los distintos grupos establecidos ($p < 0.001$ en los tres casos). El patrón esquizotípico de personalidad se presenta con una frecuencia superior a la esperada en las mujeres de los grupos IPV con depresión/PTSD (76.9%) e IPV con depresión (46.9%) y con una menor frecuencia en las mujeres de los grupos IPV sin síntomas (13.3%) y control (5.4%). El patrón límite de personalidad se presenta con una frecuencia superior a la esperada por azar en el grupo IPV con depresión/PTSD (30.8%) y con menor frecuencia en los grupos IPV sin síntomas (0%) y control (2.7%). Por último, el patrón paranoide de personalidad se produce con una frecuencia superior en los grupos IPV con depresión/PTSD (73.1%) e IPV con depresión (63.3%) y con una frecuencia menor a la esperada en los grupos IPV sin síntomas (33.3%) y control (29.7%). En la Tabla 3 se muestran los porcentajes para cada uno de los grupos. En la Gráfica 3 puede observarse la mayor incidencia de estos patrones graves en las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD.

Tabla 3. Patrones graves de personalidad del MCMI-II para los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTS D	Estadístico
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Esquizotípico	5.4	13.3	46.9	76.9	$\chi^2(6, N=142)=48.7; p < .001$
Límite	2.7	0	18.4	30.8	$\chi^2(6, N=142)=27.95; p < .001$
Paranoide	29.7	33.3	63.3	73.1	$\chi^2(6, N=142)=23.69; p < .001$



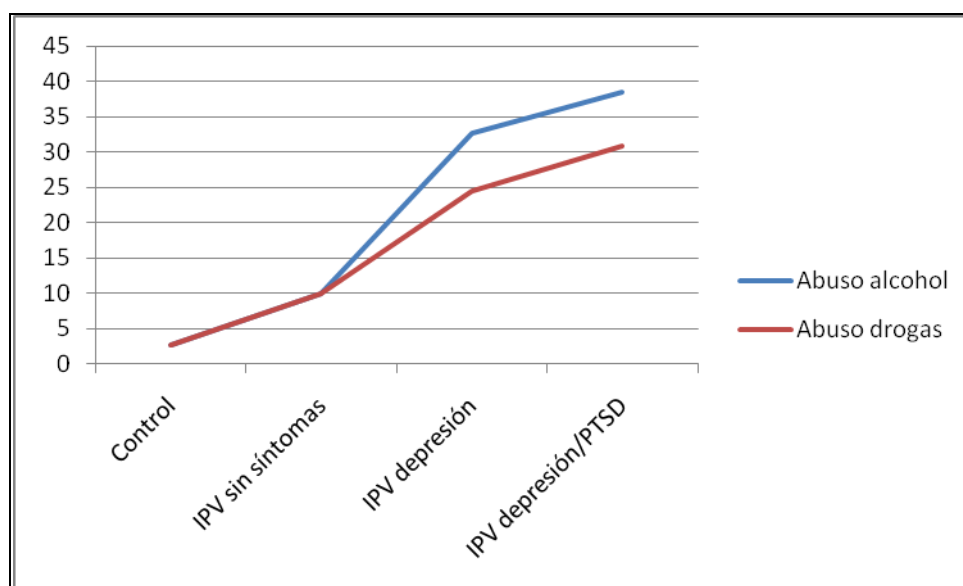
Gráfica 3. Incidencia de los patrones graves de personalidad del MCMI-II para los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

- Conductas adictivas

Se produce una relación significativa entre la presencia de abuso de alcohol y drogas y la pertenencia a los distintos grupos ($p < 0.001$ y $p < 0.05$, respectivamente). El abuso de alcohol se produjo con una frecuencia superior a la esperada en las mujeres de los grupos IPV con depresión/PTSD (38.5%) e IPV con depresión (32.7%). En cuanto al abuso de drogas se observa una incidencia superior a la esperada para las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD (30.8%). La incidencia de ambas circunstancias se produjo con menor frecuencia a la esperada en el grupo control (2.7% en ambos casos). En la Tabla 4 se encuentran los porcentajes de estas variables. En la Gráfica 4 se observa el tipo de abuso que presentan las mujeres de cada uno de los grupos y como éste aumenta en función de la gravedad de la sintomatología presentada.

Tabla 4. Escalas de abuso de alcohol y drogas del MCMI-II para los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadístico
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Abuso de alcohol	2.7	10	32.7	38.5	$\chi^2(6, N=142)=30.82; p<.001$
Abuso de drogas	2.7	10	24.5	30.8	$\chi^2(6, N=142)= 15.4; p<.05$



Gráfica 4. Abuso de alcohol y drogas para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

- Trastornos de la conducta alimentaria

No se han producido diferencias significativas entre las medias obtenidas a partir de la puntuación total de la escala EAT-26 en los distintos grupos de trabajo. Ver Tabla 5.

Tabla 5. Puntaciones medias de la escala de actitud frente a la comida (EAT-26) para los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

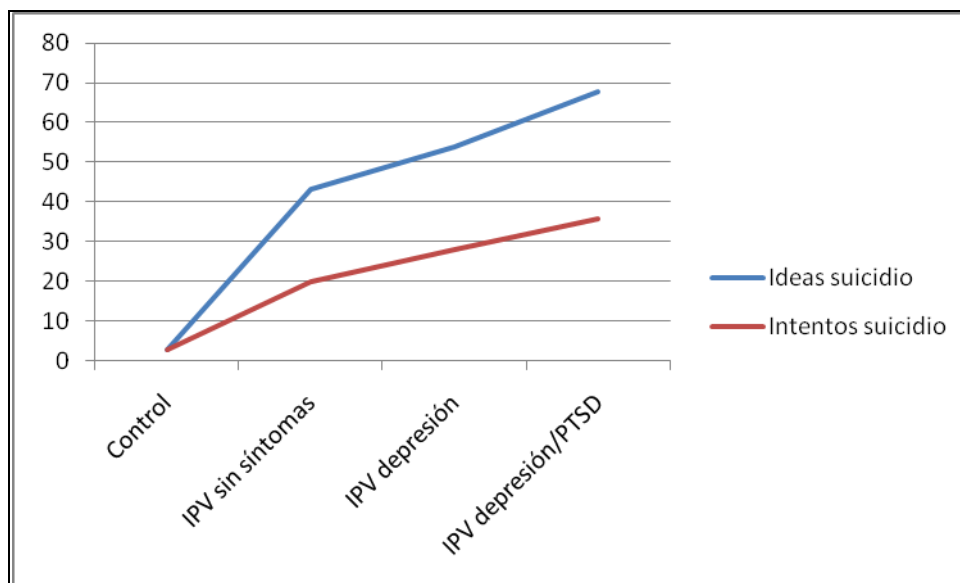
Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadístico
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Actitud frente a la comida	7.67(±8.5)	8.17(±8.31)	9.9(±8.42)	14.86(±14.37)	Vw(3, 68.48)=2.07;n.s.

- Ideas e intentos de suicidio

Existe una relación significativa entre la presencia de ideas de suicidio y la incidencia de depresión y PTSD ($p < 0.001$). Esta variable se presenta con una frecuencia superior a la esperada en los grupos IPV con depresión/PTSD (67.9%) e IPV con depresión (54%) y con una frecuencia inferior en las mujeres del grupo control (2.7%). En cuanto a los intentos de suicidio se produce el mismo tipo de asociación significativa ($p < 0.01$). En este caso, se observa una frecuencia superior a la esperada en las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD (35.7%) e inferior en las mujeres pertenecientes al grupo control (2.7%). Véase la Tabla 6 para ver los porcentajes concretos obtenidos. En la Gráfica 5 se observa el incremento en ambos síntomas en función de la gravedad de la sintomatología presentada por las mujeres.

Tabla 6. Ideas e intentos de suicidio en las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadístico
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Ideas de suicidio	2.7	43.3	54	67.9	$\chi^2 (3, N=145) = 34.24; p < 0.001$
Intentos de suicidio	2.7	20	28	35.7	$\chi^2 (3, N=145) = 12.44; p < 0.01$



Gráfica 5. Incidencia de ideas e intentos de suicidio en las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

- Problemas de sueño

Los resultados obtenidos indican que existe una asociación entre la presencia de este síntoma y la incidencia de depresión y PTSD ($p < 0.001$). Tanto las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD e IPV con depresión informan padecer problemas de sueño con una frecuencia superior a la esperada (51.9% y 45.7%, respectivamente), no así las mujeres del grupo control que lo presentan con una frecuencia inferior a la que se esperaría en una muestra elegida al azar (11.1%). En la Tabla 7 se detallan los porcentajes obtenidos para cada uno de los grupos.

Tabla 7. Problemas de sueño sufridos por las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD durante el último año

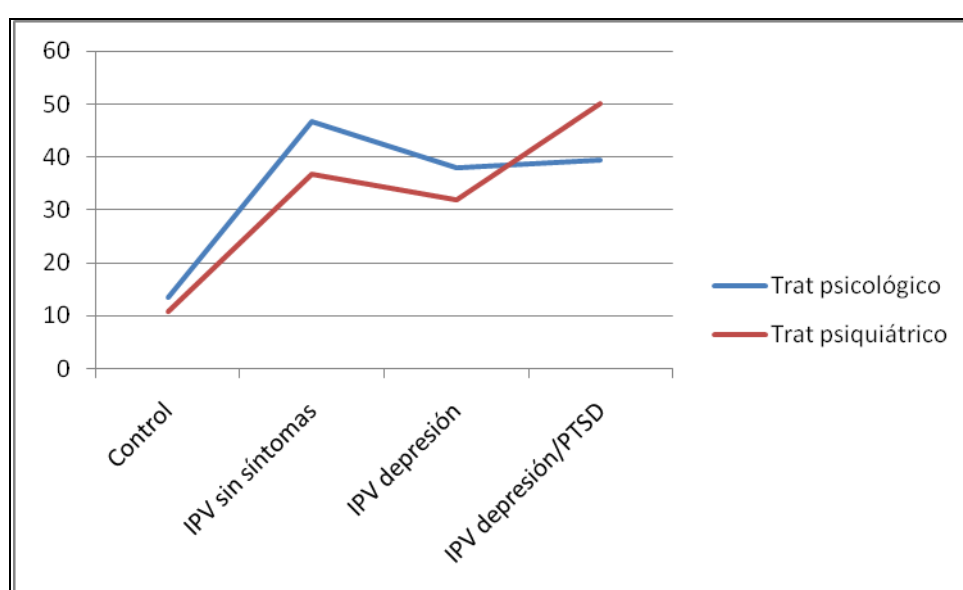
Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadístico
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Problemas de sueño (último año)	11.1	17.9	45.7	51.9	$\chi^2(3, N=137)=18.58; p < 0.001$

- Tratamientos psicoterapéuticos

En este apartado se evaluó si las mujeres habían recibido tratamiento psicológico y/o psiquiátrico durante el periodo de convivencia con su agresor/pareja. En ambos casos se encontró que estas circunstancias estaban asociadas con la distribución de las mujeres en los distintos grupos ($p < 0.05$ para el tratamiento psicológico y $p < 0.01$ para el tratamiento psiquiátrico). Las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD recibieron con una frecuencia superior a la esperada tratamiento psiquiátrico (50%). Las mujeres del grupo control presentaron una incidencia inferior a la esperada en ambos tipos de tratamiento (13.5% para el psicológico y 10.8% para el psiquiátrico). Véase la Tabla 8 para observar los porcentajes concretos. En la Gráfica 6 pueden apreciarse los diferentes tratamientos recibidos por las mujeres en función de la sintomatología que presentan.

Tabla 8. Tratamientos psicoterapéuticos recibidos por las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD durante la convivencia con el agresor/pareja.

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Tratamiento psicológico	13.5	46.7	38	39.3	$\chi^2(3, N=145)=9.8; p < .05$
Tratamiento psiquiátrico	10.8	36.7	32	50	$\chi^2(3, N=145)=12.24; p < .01$



Gráfica 6. Tratamientos psicoterapéuticos recibidos por las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD durante la convivencia con el agresor/pareja

- Tratamientos farmacológicos

Haber recibido tratamiento farmacológico durante el último año estuvo asociado con la incidencia de síntomas de depresión y la presencia de PTSD ($p < 0.01$). Las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD estaban tomando fármacos con una frecuencia superior a la esperada (57.1%), al contrario que las mujeres del grupo control (16.2%). En cuanto al consumo de fármacos específicos, no se encontraron relaciones significativas entre haber tomado antidepresivos e hipnóticos y la pertenencia a los distintos grupos. Sí se encontró una relación significativa para el fármaco ansiolíticos ($p < 0.001$). Las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD lo estaban tomando con una frecuencia superior a la esperada por azar (57.1%) al contrario que las mujeres de los grupos IPV sin síntomas (6.7%) y control (8.1%). En la Tabla 9 se muestran los porcentajes concretos de estos tratamientos.

Tabla 9. Tratamientos farmacológicos recibidos por las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD durante las entrevistas.

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Tto. Farmacológico	16.2	26.7	40	57.1	$\chi^2(3, N=145)=13.31; p < .01$
Antidepresivos	10.8	23.3	18	32.1	$\chi^2(3, N=145)=4.86; n.s$
Ansiolíticos	8.1	6.7	30	57.1	$\chi^2(3, N=145)=27.23; p < .001$
Hipnóticos	2.7	0	10	10.7	$\chi^2(3, N=145)=4.98; n.s$

3.5.4. DISCUSIÓN

Los resultados del presente trabajo muestran la influencia que ejercen la sintomatología depresiva y la comorbilidad depresión/PTSD sobre otras variables de salud mental en una muestra de mujeres víctimas de violencia de pareja. Así, son en concreto las mujeres del grupo IPV con comorbilidad depresión/PTSD las que presentan un mayor número y gravedad de alteraciones mentales asociadas, siendo estas mujeres las que también manifiestan sintomatología depresiva con una mayor severidad. La ansiedad, trastornos de personalidad de tipo esquizoide, fóbico y autodestructivo, los

tres patrones graves de personalidad (esquizotípico, límite y paranoide), abuso de alcohol y drogas, ideas e intentos de suicidio y problemas de sueño, son todas ellas variables de salud mental que han presentado con una mayor frecuencia las mujeres de este grupo. Además, siguen con una mayor asiduidad tratamiento psiquiátrico y farmacológico, siendo el fármaco ansiolíticos el que reciben en su mayoría.

Para el grupo IPV con depresión las alteraciones que se han producido más frecuentemente han sido: ansiedad, trastornos de la personalidad esquizoide, pasivo-agresivo, esquizotípico y límite, abuso de alcohol, ideas de suicidio y problemas de sueño.

Estos resultados son coincidentes con aquellos que han evaluado la salud mental de las mujeres víctimas de violencia de pareja (Bonomi y cols., 2009; García-Linares y cols., 2004; Hansen y cols., 2014; Labrador-Encinas y cols., 2010; Matud, 2004; Picó-Alfonso y cols., 2004, 2006, 2008; Hathaway y cols., 2000; Blasco-Ros y cols., 2010; La Flair, Bradshaw y Campbell, 2012; Houry y cols., 2006; Ellsberg y cols., 2008; revisado por Devries y cols., 2013; Fernández-Alonso, 2004; Raya-Ortega y cols., 2004; Nathanson y cols., 2012; revisado por Bundock y cols., 2013; Torres y cols., 2013; Hegarty y cols., 2013), estableciendo todos ellos que estas mujeres poseen un peor estado de salud mental y una más pobre calidad de vida.

Las mujeres del grupo IPV sin síntomas no presentan ninguna alteración mental asociada, al igual que ocurre en las mujeres del grupo control, las cuales se muestran asintomáticas.

La depresión y el PTSD son los problemas de salud mental más graves vinculados a la violencia de pareja (Amor y cols., 2002; Bonomi y cols., 2009; García-Linares y cols., 2004; Hansen y cols., 2014; Houry y cols., 2006; Labrador-Encinas y cols., 2010; Nathanson y cols., 2012; Matud, 2004; Picó-Alfonso y cols., 2004, 2006; Campbell, 2002; Dougé y cols., 2014; Patró-Hernández y cols., 2007; Torres y cols., 2013; Constantino y cols., 2000; Capraro y cols., 2014; Hathaway y cols., 2000; revisado por Devries y cols., 2013; Chuang y cols., 2012; Blasco-Ros y cols., 2010,

2014; Basile y cols., 2004; García-Linares y cols., 2004; Johnson y cols., 2008; Aguirre y cols., 2010; Pérez y Johnson, 2008), si bien, y en armonía con otros estudios, hemos encontrado que la presencia de estos trastornos está estrechamente relacionada con una mayor gravedad de los trastornos asociados (Blasco-Ros y cols., 2010; Boeckel y cols., 2014; Houry y cols., 2006; revisado por Howard y cols., 2010; Matud, 2004, 2005; Picó-Alfonso y cols., 2006; Sarasua y cols., 2007; Hellmuth y cols., 2014a), aumentando dicha gravedad en función de la gravedad de la sintomatología depresiva y la presencia del PTSD.

Por tanto, como cabría esperar de acuerdo con nuestros resultados, son las mujeres que presentan comorbilidad depresión/PTSD las que poseen una peor salud mental asociada, suponiendo quizá estos trastornos una vulnerabilidad al desarrollo de otros. En relación con ello, y del mismo modo que en nuestra muestra, ha sido encontrada en la literatura consultada en víctimas de violencia con depresión y/o PTSD, una elevada incidencia de trastornos de la personalidad (Cloitre, Garvert, Weiss, Carlson y Bryant, 2014; revisado por Frías y Palma, 2015; Picó-Alfonso y cols., 2008; Patró-Hernández y cols., 2007), ansiedad (Blasco-Ros y cols., 2010; Matud, 2004; García-Linares y cols., 2004; Hansen y cols., 2014; Labrador-Encinas y cols., 2010), ideas e intentos de suicidio (revisado por Devries y cols., 2013; Ellsberg y cols., 2008; Houry y cols., 2006) y abuso de alcohol (Ellsberg y cols., 2008).

Sin embargo, nuestros resultados también muestran que no todas las mujeres víctimas de violencia desarrollan psicopatología como consecuencia de dicha violencia, lo cual nos sugiere que sobre estas mujeres puedan estar influyendo diferencias individuales que actúen como factores de riesgo o de resiliencia frente al desarrollo de patología mental. En este sentido, se ha hallado que antecedentes de violencia infantil (Becker y cols., 2010; Foa y cols., 2000; Heim y cols., 2000), el tipo y características de la violencia de pareja experimentada (Bennice y cols., 2003; Picó-Alfonso, 2005b; Picó-Alfonso y cols., 2006; Blasco-Ros y cols., 2010; Hegarty y cols., 2013; Martínez-Torteya y cols., 2009; Nathanson y cols., 2012; Patró-Hernández y cols., 2007), el tipo de apego desarrollado (Craparo y cols., 2014; La Flair, Bradshaw, Mendelson y Campbell, 2015) o diversas variables socioeconómicas (Chuang y cols., 2012; Comeau

y Davies, 2012; Dougé y cols., 2014; Sayem, Begum y Moneesha 2013; Kimerling, Álvarez, Pavao, Smith y Baumrind, 2009) son factores que pueden predisponer al desarrollo de sintomatología clínica ante la vivencia de nuevas situaciones estresantes o traumáticas. Al contrario, el apoyo social (Blasco-Ros y cols., 2010; Coker y cols., 2003; Dougé y cols., 2014; Foa y cols., 2000; Sayem y cols., 2013), el uso de estrategias de afrontamiento de tipo activo (Craparo y cols., 2014; Chuang y cols., 2012; Iacoviello y Charney, 2014; Ruiz-Pérez y cols., 2006a; Iverson y cols., 2013; Wong, Fong, Choi, Tiwari, Chan y Logan, 2015) o disponer de buenos recursos personales (Foa y cols., 2000; López-Fuentes y Calvete, 2015) han sido descritos como factores de protección y de resiliencia personal.

Por tanto, próximos trabajos deberían encaminarnos hacia la investigación de aquellas variables que favorecen la recuperación de estas mujeres, existiendo ya evidencias de que los programas de intervención terapéutica poseen unos efectos positivos sobre su salud mental (Hansen y cols., 2014; Dutton y cols., 2013; Kelly y Pich, 2014). Especial atención deberán merecer las mujeres del grupo IPV con comorbilidad depresión/PTSD, ya que como consecuencia de sus problemas de salud mental y su mayor vulnerabilidad quizá no dispongan de habilidades personales y sociales suficientes para hacer uso de los recursos que tienen a su disposición (Pérez y Johnson, 2008).

3.6. ESTUDIO 2: DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA SOBRE LA SALUD FÍSICA DE LAS MUJERES: INFLUENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y SU COMORBILIDAD CON EL PTSD

3.6.1. INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja conlleva para las mujeres víctimas una serie de daños a nivel físico, tanto por las lesiones físicas producidas durante los episodios de violencia (Kernic, Wolf y Holt, 2000; Jones y cols., 2006; Bonomi y cols., 2009; Cody y Beck, 2014; revisado por Plitcha, 2004; Weaver y Resick, 2014; Ellsberg y cols., 2008; revisado por Lawrence y cols., 2012; Snow-Jones y cols., 2006), como por las consecuencias nocivas que esta vivencia produce sobre su salud, debido al mantenimiento de la respuesta fisiológica de estrés (McEwen, 2004; Fernández-Alonso, 2004; revisado por Campbell, 2002).

Las agresiones físicas y/o sexuales provocan que estas mujeres suelen sufrir, a nivel inmediato, laceraciones, contusiones, torceduras, fracturas, quemaduras (Bonomi y cols., 2009; Weaver y Resick, 2014; Kernic y cols., 2000; Jones y cols., 2006; Fernández-Alonso, 2004) e, incluso, a más largo plazo, secuelas permanentes, cicatrices o discapacidades (revisado por Plitcha, 2004; Weaver y Resick, 2014).

Por otra parte, considerando la violencia de pareja como un estresor de tipo crónico, esta vivencia deriva en un desajuste bioquímico que resulta en alteraciones inmunosupresoras que conducen al desarrollo de enfermedades (Moscoso, 2009; McEwen, 2004; Kiecolt-Glaser y cols., 2002; Dhabhar y McEwen, 1997). Así, estas mujeres poseen una mayor vulnerabilidad a padecer daños sobre su organismo que derivan en que presenten un mayor número de indicadores objetivos de mala salud, más diagnósticos médicos (revisado por Dutton y cols., 2006; revisado por Lawrence y cols. 2012; Hathaway y cols., 2000) y una mayor incidencia de enfermedades crónicas (Breiding, Black y Ryan, 2008; revisado por Campbell, 2002; revisado por Lawrence y

cols., 2012). Además, a nivel subjetivo, suelen percibirse en un peor estado de salud, informan de un mayor número de síntomas físicos, consumen más fármacos y hacen un mayor uso de los servicios de salud (García-Linares, 2005; Sánchez-Lorente, 2009; Campbell y cols., 2002; revisado por Lawrence y cols., 2012; revisado por Dutton y cols., 2006; Coker y cols., 2003; Ellsberg y cols., 2008; Fletcher, 2010; Hegarty y cols., 2013; Kamimura, Ganta, Myers y Thomas, 2014; Matud, 2004; revisado por Plichta, 2004).

Por otra parte, en estas mujeres aumenta la probabilidad de emisión de conductas de riesgo para su salud, como pueden ser un mayor consumo de tabaco o alcohol, pautas alimenticias inadecuadas, conductas sexuales de riesgo o alteraciones en el sueño (Breiding y cols., 2008; Bonomi y cols., 2009; Fernández-Alonso, 2004; revisado por Plitcha, 2004), lo cual suele derivar en otros problemas de salud añadidos.

Generalmente, la evaluación del impacto de la violencia de pareja sobre la salud de las mujeres se ha realizado mediante la percepción de su estado general de salud (Coker y cols., 2003; Ellsberg y cols., 2008; Escribà-Agüir, Royo-Marqués, Artazcoz, Romito y Ruiz-Pérez, 2013; García-Linares, 2005), recogiendo esta información a través de autoinformes (revisado por Plitcha, 2004; Ruiz-Pérez y cols., 2006b; Raya-Ortega y cols., 2004; Hegarty y cols., 2013; Kamimura y cols., 2014) o de entrevistas (Coker, Smith, Bethea, King y McKeown, 2000; Ellsberg y cols., 2008; Hathaway y cols., 2000; Matud, 2004; Sánchez-Lorente y cols., 2012). Otros estudios se han realizado empleando los registros médicos de las mujeres (Bonomi y cols., 2009), resultando estos datos más objetivos. Otro tipo de medidas han sido la recogida de datos acerca del diagnóstico de enfermedades físicas y el uso de los servicios de salud (revisado por Plitcha, 2004; Ruiz-Pérez y cols., 2006b).

Los resultados de estas evaluaciones han determinado que las víctimas de violencia de pareja poseen una mayor incidencia de **trastornos digestivos** (Coker y cols., 2000; Campbell y cols., 2002; revisado por Lawrence y cols., 2012; García-Linares, 2005; Fernández-Alonso, 2004; revisado por Plitcha, 2004; Stöckl y Penhale, 2014), **ginecológicos** (revisado por Lawrence y cols., 2012; Campbell y cols., 2002;

García-Linares, 2005), **respiratorios** (Bonomi y cols., 2009; Sánchez-Lorente y cols., 2012; García-Linares, 2005), **endocrinos** (Sánchez-Lorente y cols., 2012; Campbell y cols., 2002; García-Linares, 2005) o **cardiovasculares** (Coker y cols., 2000; García-Linares, 2005; revisado por Lawrence y cols., 2012).

En cuando a los síntomas concretos que suelen padecer se ha encontrado una elevada frecuencia de **dolores de cabeza** (Cripe, Sánchez, Gelaye, Sánchez y Williams, 2011; Bonomi y cols., 2009; Coker y cols., 2000; revisado por Lawrence y cols., 2012; Sánchez-Lorente y cols., 2012; Campbell y cols., 2002), **dolores musculares** (Coker y cols., 2000), **dolor abdominal** (Bonomi y cols., 2009; Fernández-Alonso, 2004), **dolor pélvico** (Mark, Bitzker, Klapp y Rauchfuss, 2008; revisado por Plichta, 2004; Sánchez-Lorente, 2009; Sánchez-Lorente y cols., 2012; Coker y cols., 2000; revisado por Lawrence y cols., 2012; Stöckl y Penhale, 2014; Campbell y cols., 2002), **dolor en el pecho** (Bonomi y cols., 2009) e **hipertensión** (Coker y cols., 2000), entre otros.

Prácticamente la totalidad de los trabajos revisados en víctimas de violencia de pareja establecen sus resultados al comparar a estas mujeres frente a las que no han sufrido nunca esta experiencia. En todos estos estudios existe consenso al establecer una mayor incidencia de síntomas y enfermedades físicas y una peor percepción del estado de salud en estas mujeres (Hathaway y cols., 2000; Matud, 2004; revisado por Plichta, 2004; Raya-Ortega, 2004, Stöckl y Penhale, 2014, Ellsberg y cols., 2008; Kamimura y cols., 2014; Sánchez-Lorente y cols., 2012), no habiéndose hallado prácticamente diferencias significativas entre ellas en función del tipo de violencia experimentada (Coker y cols., 2000; García-Linares, 2005; Sánchez-Lorente y cols., 2012; Stöckl y Penhale, 2014; Ellsberg y cols., 2008).

Otros estudios han establecido la relación entre la presencia de sintomatología depresiva o de PTSD y una mayor incidencia de problemas de salud física en mujeres víctimas de violencia de pareja (Coker y cols., 2003; Tiwari, Fong, Chan y Ho, 2013; Weaver y Resick, 2014), siendo este también el objetivo del presente trabajo. Asimismo, se tratará de determinar si se produce una mayor incidencia de síntomas y enfermedades físicas a mayor gravedad de dicha sintomatología en función de si las

mujeres presentan únicamente sintomatología depresiva o si ésta se presenta en comorbilidad con un PTSD.

3.6.2. MATERIAL Y MÉTODOS

3.6.2.1. SUJETOS

La muestra de este trabajo está compuesta por 145 mujeres, de las cuales 108 fueron víctimas de violencia de pareja. 37 mujeres que nunca habían sufrido violencia de pareja, formaron el grupo control.

Las mujeres víctimas de violencia de pareja han sido distribuidas en tres grupos en función de la gravedad de los síntomas de depresión que presentaban y la presencia/ausencia de PTSD: **1)** Grupo IPV sin síntomas, mujeres víctimas de violencia de pareja que no presentan síntomas de depresión ni cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=30), **2)** Grupo IPV con depresión, mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan síntomas de depresión pero no cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=50) y **3)** Grupo IPV con depresión/PTSD, mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan síntomas de depresión y además cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=28). Ninguna de las mujeres que conforman el grupo control (n=37) presenta síntomas clínicamente significativos de depresión ni cumple criterios diagnósticos de PTSD.

3.6.2.2. PROCEDIMIENTO

Todas las mujeres fueron entrevistadas por un grupo de psicólogas. Las principales variables que se midieron fueron la presencia/ausencia de depresión y PTSD, resultados que determinaron la distribución de las mujeres en cada uno de los grupos. Estas variables se evaluaron mediante el pase de cuestionarios estandarizados explicados en los apartados 2.3.4.1. y 2.3.4.2. de la presente Tesis Doctoral.

En cuanto a la recogida de datos acerca de las variables relacionadas con su salud física, ésta se efectuó través de preguntas directas en base a cuestionarios “ad hoc” estructurados, los cuales han sido detallados en los apartados 2.3.5.1., 2.3.5.2. y 2.3.5.3. de la presente Tesis Doctoral. En ellos se preguntaba a las mujeres sobre la incidencia de determinados síntomas físicos, enfermedades físicas y uso de los servicios de salud durante el último año.

3.6.2.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos de las mujeres fueron introducidos en una base de datos utilizando para ello el programa estadístico SPSS versión 19 y posteriores.

Las medias de las puntuaciones totales de las variables sumatorio de síntomas físicos, puntuación total del sistema nervioso, puntuación total del sistema muscular, puntuación total del sistema reproductor, puntuación total del sistema digestivo, puntuación total del sistema circulatorio, puntuación total de enfermedades de la piel, puntuación total del sistema endocrino, sumatorio de número de enfermedades y de cada una de las variables acerca del uso de los servicios de salud fueron comparadas entre los cuatro grupos empleando el análisis de la varianza (ANOVA). Cuando las varianzas fueron homogéneas se empleó como prueba Post-Hoc Bonferroni. En el caso de incumplimiento de los supuestos del ANOVA se utilizó el test de Welch y como prueba Post-Hoc Games-Howell, siendo todas ellas variables cuantitativas.

El análisis de la presencia/ausencia de cada uno de los síntomas y de cada una de las enfermedades físicas se llevó a cabo a través de un análisis de frecuencias. Para ello, se obtuvieron tablas de contingencia empleando la prueba χ^2 de Pearson, con el objetivo de establecer la asociación existente entre la pertenencia al grupo y la incidencia de las variables categóricas.

3.6.3. RESULTADOS

En cuanto a los análisis efectuados sobre las variables evaluadas en relación con la salud física de las mujeres, se han obtenido los siguientes resultados:

a. Síntomas físicos

Las medias del número total de síntomas físicos que han informado padecer las mujeres resultan significativamente diferentes entre los cuatro grupos establecidos ($p < 0.001$). Véase la Tabla 1. Las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD presentan un número significativamente superior de síntomas con respecto a los otros tres grupos ($p < 0.001$ con grupo control e IPV sin síntomas y $p < 0.01$ con IPV con depresión). Las mujeres de los grupos IPV con depresión e IPV sin síntomas refieren padecer más síntomas que las mujeres del grupo control ($p < 0.001$ y $p < 0.01$, respectivamente). En la Gráfica 1 puede visualizarse el aumento de número de síntomas físicos en función de la gravedad de la sintomatología mental.

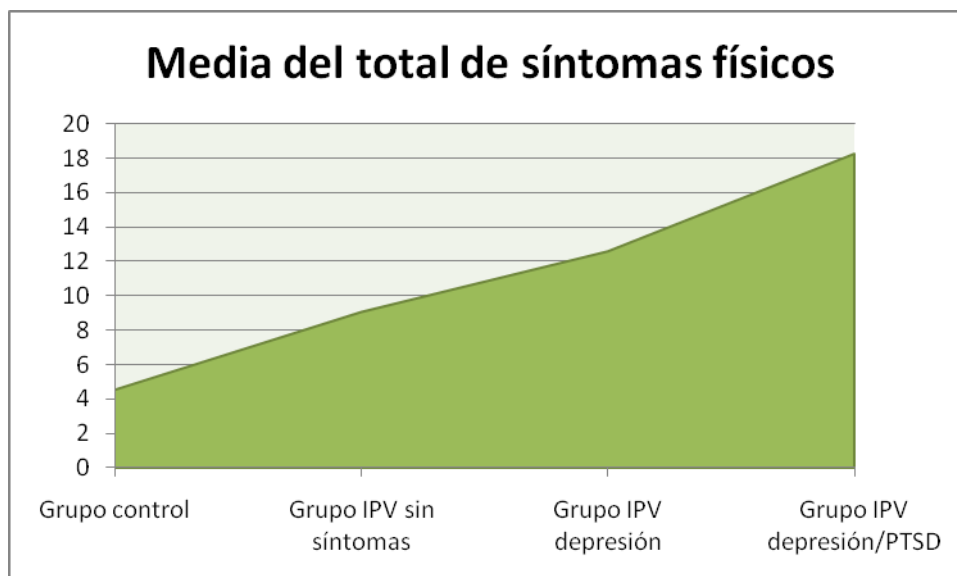
Tabla 1. Media del número total de los síntomas físicos que refieren padecer las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Total síntomas físicos	4.54(±3.48)	9.07(±6.92)**	12.6(±5.98)***	18.28(±6.67)***/ aaa/^^	Vw (3, 67.32)= 43.04;p<.001

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.01$; Difiere del grupo control

aaa $p < 0.001$; Difiere del grupo IPV sin síntomas

^^ $p < 0.01$; Difiere del grupo IPV depresión



Gráfica 1. Puntuaciones medias del número total de síntomas físicos que refieren padecer las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Sistema nervioso

En este apartado fueron evaluados ocho síntomas asociados al sistema nervioso: dolores de cabeza, mareos, entumecimiento, temblores, zumbido en los oídos, vértigos, visión borrosa y pesadillas.

Los resultados obtenidos nos muestran que existen diferencias significativas entre las medias obtenidas por los cuatro grupos ($p < 0.001$). Mediante la aplicación de la prueba post-hoc se encuentra que las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD perciben un mayor número de síntomas relativos al sistema nervioso con respecto a los otros tres grupos ($p < 0.001$ en los tres casos) y que las mujeres del grupo IPV con depresión y del grupo IPV sin síntomas padecen más síntomas del sistema nervioso que las mujeres del grupo control ($p < 0.001$ y $p < 0.05$). Ver Tabla 2 y Gráfica 2.

En cuanto a cada uno de los síntomas evaluados se ha observado una presencia superior a la esperada para el grupo IPV con depresión/PTSD de los síntomas: dolores de cabeza (82.1%), mareos (85.7%), entumecimiento (60.7%), temblores (71.4%), zumbido en los oídos (60.7%), vértigos (64.3%), visión borrosa (46.4%) (este último

también para el grupo IPV con depresión con un 42%) y pesadillas (71.4%). Ver Tabla 2.

Contrariamente, se obtiene un porcentaje inferior al esperado para el grupo control en los síntomas: dolores de cabeza (40.5%), mareos (16.2%), entumecimiento (8.1%), temblores (5.4%), zumbido en los oídos (10.8%), vértigos (13.5%), visión borrosa (8.1%) y pesadillas (2.7%) (este último también en el grupo IPV sin síntomas con un 16.7%). Ver Tabla 2.

Tabla 2. Puntuaciones medias del número total de síntomas del sistema nervioso e incidencia de cada uno de los síntomas para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Total sistema nervioso	1.05(±1.27)	2.40(±2.13)*	3.44(±2.45)***	5.43(±1.93)***/ aaa/^^^	Vw (3, 70.05)= 39.07; p<.001
Dolores de cabeza	40.5	50	66	82.1	$\chi^2(3, N=145)= 13.45; p<.01$
Mareos	16.2	43.3	48	85.7	$\chi^2(3, N=145)=31.14;p<.001$
Entumecimiento	8.1	23.3	40	60.7	$\chi^2(3, N=145)=22.66;p<.001$
Temblores	5.4	26.7	38	71.4	$\chi^2(3, N=145)=32.13;p<.001$
Zumbido en los oídos	10.8	30	30	60.7	$\chi^2(3, N=145)=18.63;p<.001$
Vértigos	13.5	30	40	64.3	$\chi^2(3, N=145)=18.69;p<.001$
Visión borrosa	8.1	20	42	46.4	$\chi^2(3, N=145)=17.00;p<.001$
Pesadillas	2.7	16.7	40	71.4	$\chi^2(3, N=145)=39.49;p<.001$

*** p<.001; * p<.05; Difiere del grupo control

aaa p<.001; Difiere del grupo IPV sin síntomas

^^^ p<.001: Difiere del grupo IPV depresión

Sistema muscular

En este apartado fueron evaluados cinco síntomas: falta de fuerza, fatiga, calambres, dolores musculares y dolor de espalda. Las diferencias entre las medias con respecto al número total de síntomas nos muestran diferencias entre los grupos (p<0.001). Las pruebas post-hoc concretan que la media del grupo IPV con depresión/PTSD es significativamente superior a la del grupo IPV sin síntomas y la del

grupo control ($p < 0.001$ en ambos casos) y que la media del grupo IPV con depresión también difiere de la del grupo control ($p < 0.001$). Ver Tabla 3 y Gráfica 2.

En cuanto a los síntomas concretos experimentados por las mujeres encontramos que todos los síntomas se producen con una frecuencia superior a la esperada en las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD, siendo el que más se produce el síntoma dolor de espalda (92.9%) seguido de dolores musculares (82.1%). El síntoma falta de fuerza también se presenta con una mayor frecuencia a la esperada en las mujeres del grupo IPV con depresión (66%). Los cinco síntomas muestran una incidencia inferior a la esperada en las mujeres del grupo control, siendo el que con mayor frecuencia se presenta el síntoma dolor de espalda (51.4%) y el que menos calambres (13.5%). Véase la Tabla 3 para observar los datos concretos obtenidos.

Tabla 3. Puntuaciones medias del número total de síntomas del sistema muscular e incidencia de cada uno de los síntomas para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Total sistema muscular	1.29(±1.2)	2.07(±1.7)	2.86(±1.55)***	3.75(±1.35)*** / aaa	F (3, 36.41)= 16.95; $p < 0.001$
Falta de fuerza	21.6	43.3	66	67.9	$\chi^2(3, N=145)=21.14; p < 0.001$
Fatiga	13.5	30	46	78.6	$\chi^2(3, N=145)=29.98; p < 0.001$
Calambres	16.2	26.7	34	53.6	$\chi^2(3, N=145)=10.75; p < 0.01$
Dolores musculares	27	50	62	82.1	$\chi^2(3, N=145)=21.27; p < 0.001$
Dolor de espalda	51.4	56.7	78	92.9	$\chi^2(3, N=145)=17.04; p < 0.001$

*** $p < 0.001$; Difiere del grupo control

aaa $p < 0.001$; Difiere del grupo IPV sin síntomas

Sistema reproductor

Los síntomas evaluados en este apartado fueron: amenorrea, dismenorrea, sangrado vaginal, dolores vaginales, dolor al realizar el coito y dolor pélvico.

Para este sistema se producen diferencias en las medias de los grupos IPV con depresión/PTSD e IPV con depresión con respecto al grupo control ($p < 0.01$ en ambos casos) (ver Gráfica 2). Con respecto a los síntomas concretos, las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD presentan con mayor frecuencia dolores vaginales (35.7%), dolor al realizar el coito (60%) y dolor pélvico (25%). El síntoma dolor al realizar el coito también aparece con más frecuencia en las mujeres del grupo IPV con depresión (50%). Al contrario, las mujeres del grupo control presentan con menor frecuencia dolores vaginales (5.4%), dolor al realizar el coito (5.7%) y dolor pélvico (0%). Ver Tabla 4.

Tabla 4. Puntuaciones medias del número total de síntomas del sistema reproductor e incidencia de cada uno de los síntomas para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Total sistema reproductor	0.38(\pm 0.68)	0.77(\pm 1.07)	1.04(\pm 0.97)**	1.39(\pm 1.31)**	V _w (3, 67.9)= 7.24; $p < .001$
Amenorrea	6.7	12.5	21.7	12.5	χ^2 (3, N=70)=1.84; n.s.
Dismenorrea	46.7	60	54.2	75	χ^2 (3, N=66)=2.37; n.s.
Sangrado vaginal	6.7	4.2	19	14.3	χ^2 (3, N=117)=4.29; n.s.
Dolores vaginales	5.4	16.7	18	35.7	χ^2 (3, N=145)=9.99; $p < .05$
Dolor coito	5.7	33.3	50	60	χ^2 (3, N=87)=20.1; .001
Dolor pélvico	0	3.4	12.2	25	χ^2 (3, N=138)=12.24; .01

** $p < .01$; Difiere del grupo control

Sistema digestivo

Para la valoración de este sistema las mujeres fueron preguntadas acerca de 8 síntomas: náuseas, vómitos, ardores, dolor de estómago, diarrea, estreñimiento, gases y sangrado anal. Las diferencias entre las medias de los cuatro grupos resultan significativas ($p < 0.001$). Las pruebas post-hoc aplicadas muestran que la media de síntomas de las mujeres de los grupos IPV con depresión/PTSD e IPV con depresión es significativamente superior a la de las mujeres del grupo control ($p < 0.001$ en ambos

casos). Además, la media del grupo IPV con depresión/PTSD es superior a la del grupo IPV sin síntomas ($p<0.05$). Ver Tabla 5 y Gráfica 2.

En cuanto a cada síntoma, para el grupo IPV con depresión/PTSD se obtienen frecuencias significativamente superiores a las esperadas para los síntomas náuseas (59%), vómitos (39.3%), ardores (60.7%), dolor de estómago (67.9%) y diarreas (39.3%). El grupo IPV con depresión ha mostrado una frecuencia superior a la esperada en los síntomas vómitos (20%) y sangrado anal (20%). El grupo control presenta una frecuencia inferior a la esperada en los síntomas náuseas (10.8%), dolor de estómago (13.5%), diarreas (5.4%) y sangrado anal (0%). Las medias y porcentajes obtenidos se encuentran en la Tabla 5.

Tabla 5. Puntuaciones medias del número total de síntomas del sistema digestivo e incidencia de cada uno de los síntomas para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Total sistema digestivo	1.16(\pm 1.12)	1.87(\pm 1.85)	2.4(\pm 1.87)***	3.43(\pm 2.01)*** ^a	Vw (3, 68.66)= 11.63; $p<.001$
Náuseas	10.8	26.7	30	50	$\chi^2(3, N=145)=12.19; p<.01$
Vómitos	10.8	10	20	39.3	$\chi^2(3, N=145)=10.57; p<.01$
Ardores	21.6	20	36	60.7	$\chi^2(3, N=145)=14.18; p<.01$
Dolor de estómago	13.5	26.7	40	67.9	$\chi^2(3, N=145)=21.97; p<.001$
Diarreas	5.4	16.7	10	39.3	$\chi^2(3, N=145)=15.84; p<.001$
Estreñimiento	21.6	50	36	28.6	$\chi^2(3, N=145)=6.42; n.s.$
Gases	32.4	26.7	48	46.4	$\chi^2(3, N=145)=4.92; n.s.$
Sangrado anal	0	10	20	10.7	$\chi^2(3, N=145)=8.72; p<.05$

*** $p<.001$; Difiere del grupo control

^a $p<.05$; Difiere del grupo IPV sin síntomas

Sistema urinario

En este apartado únicamente fue valorado el síntoma pérdidas de orina, no obteniéndose diferencias significativas entre la presencia o ausencia del mismo para

cada uno de los grupos. Por tanto, el porcentaje de mujeres de cada uno de los grupos que padecen este síntoma es similar al esperado por azar. Ver Tabla 6.

Tabla 6. Incidencia del síntoma pérdida de orina para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadístico
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Pérdidas de orina	8.1	6.7	20	25	$\chi^2(3, N=145)=6.13$; n.s.

Sistema circulatorio

Con respecto a este sistema las mujeres fueron preguntadas por la posible presencia de dos síntomas: dolor en el corazón o en el pecho y palpitaciones, produciéndose diferencias en las medias totales de los grupos ($p<0.001$). Estas medias son significativamente superiores en los grupos IPV con depresión/PTSD e IPV con depresión en relación con la media del grupo control ($p<0.001$ en ambos casos), la media del grupo IPV con depresión/PTSD también difiere con respecto a la del grupo IPV con depresión ($p<0.01$) y la media del grupo IPV sin síntomas difiere con respecto a la del grupo control ($p<0.05$). Ver Tabla 7 y Gráfica 2.

Las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD presentan ambos síntomas con una frecuencia superior a la esperada por azar (67.9% dolor en el corazón o en el pecho y 71.4% palpitaciones). Las mujeres del grupo IPV con depresión presentan una mayor incidencia del síntoma dolor en el corazón o en el pecho (64%). Y las mujeres del grupo control muestran una incidencia inferior a la esperada para ambos síntomas (8.1% dolor en el corazón o en el pecho y 10.8% palpitaciones). En la Tabla 7 se muestran las puntuaciones obtenidas.

Tabla 7. Puntuaciones medias del número total de síntomas del sistema circulatorio e incidencia de cada uno de los síntomas para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Sistema circulatorio	0.19(±0.52)	0.67(±0.76)*	1.10(±0.76)***	1.39(±0.83)***/aa	Vw (3, 67.32)= 43.04; p<.001
Dolor corazón o pecho	8.1	40	64	67.9	$\chi^2(3, N=145)=33.77;p<.001$
Palpitaciones	10.8	26.7	46	71.4	$\chi^2(3, N=145)=27.9;p<.001$

*** p<.001; * p<.05; Difiere del grupo control

aa p<.01; Difiere del grupo IPV sin síntomas

Sistema respiratorio

El síntoma valorado para este sistema fue respiración dificultosa, encontrándose una asociación significativa entre su presencia y la pertenencia de las mujeres a los distintos grupos (p<0.001). Las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD presentan este síntoma con una mayor frecuencia de la que cabría esperar por azar (60.7%), al contrario que las mujeres del grupo control que lo presentan con una frecuencia inferior (13.5%). Ver Tabla 8.

Tabla 8. Incidencia del síntoma respiración dificultosa para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadístico
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Respiración dificultosa	13.5	23.3	44	60.7	$\chi^2(3, N=145)=19.18;p<.001$

Enfermedades de la piel

En este apartado se preguntó por la presencia de prurito y erupciones no obteniéndose diferencias significativas entre las medias de los grupos. Tampoco se produjo ninguna asociación entre la incidencia de ambos síntomas y la pertenencia a los diferentes grupos. Ver Tabla 9.

Tabla 9. Puntuaciones medias del número total de enfermedades de la piel e incidencia de cada uno de los síntomas para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Piel	0.13(±0.42)	0.17(±0.46)	0.20(±0.45)	0.39(±0.68)	Vw (3, 68.78)= 1.04; n.s.
Prurito	5.4	6.7	12	21.4	$\chi^2(3, N=145)=4.9$; n.s.
Erupciones	8.1	10	8	17.9	$\chi^2(3, N=145)=2.2$; n.s.

Sistema endocrino

Las mujeres fueron preguntadas acerca de la presencia de cambios en el peso y cambios de apetito, obteniendo las mujeres de los tres grupos IPV medias superiores a las mujeres del grupo control ($p<0.001$ en los tres casos). Las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD además presentan una media significativamente superior con respecto a las mujeres del grupo IPV con depresión ($p<0.01$) e IPV sin síntomas ($p<0.001$) (ver Gráfica 2). Para ambos síntomas endocrinos se obtiene una presencia superior a la esperada en las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD (82.1% para cambios en el peso y 82.1% para cambios en el apetito) e inferior a la esperada en las mujeres del grupo control (8.1% para cambios en el peso y 2.7% para cambios en el apetito). En la Tabla 10 se muestran estos resultados.

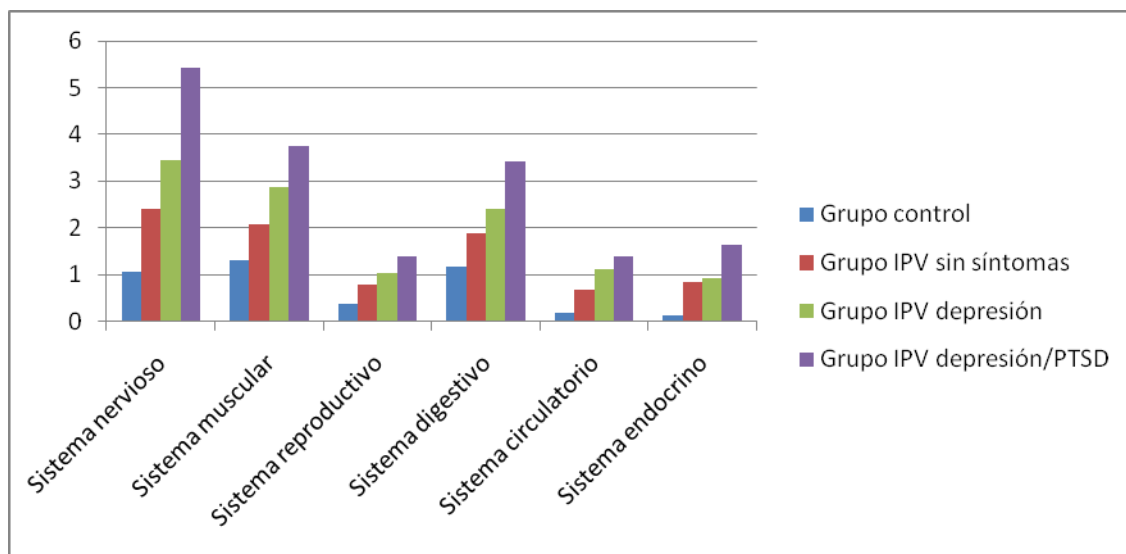
Tabla 10. Puntuaciones medias del número total de síntomas del sistema circulatorio e incidencia de cada uno de los síntomas para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Sistema endocrino	0.11(±0.31)	0.83(±0.87)***	0.92(±0.88)***	1.64(±0.73)***/aa/^^^	Vw (3, 64.29)= 44.94; $p<.001$
Cambio de peso	8.1	46.7	48	82.1	$\chi^2(3, N=145)=36.26$; $p<.001$
Cambios en el apetito	2.7	36.7	44	82.1	$\chi^2(3, N=145)=42.86$; $p<.001$

*** $p<.001$; Difiere del grupo control

aa $p<.01$; Difiere del grupo IPV sin síntomas

^^ $p<.001$; Difiere del grupo IPV depresión



Gráfica 2. Puntuaciones medias totales del número de síntomas de los sistemas nervioso, muscular, reproductivo, digestivo, circulatorio y endocrino de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

b. Enfermedades físicas

Las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD presentan un número mayor de enfermedades físicas con respecto a las mujeres del grupo IPV sin síntomas ($p < 0.01$) y las mujeres del grupo control ($p < 0.01$) (ver Tabla 11 y Gráfica 3).

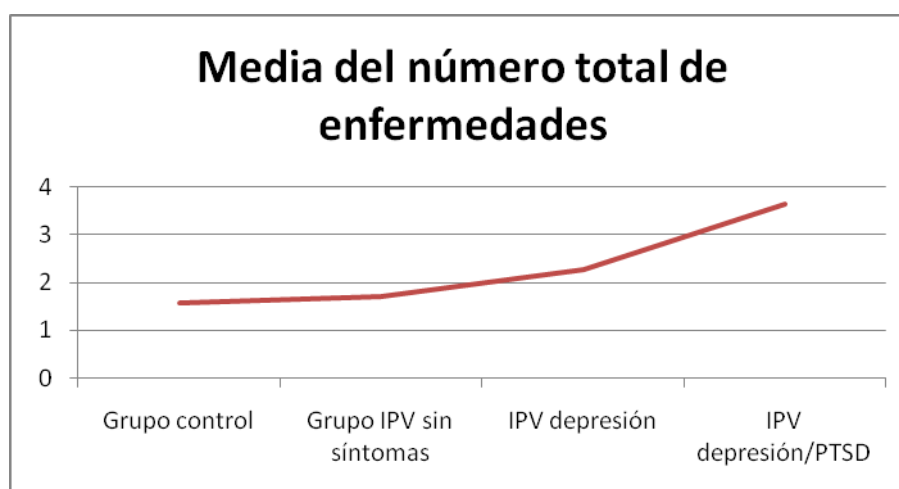
Las frecuencias superiores a las esperadas aparecieron en el grupo IPV con depresión/PTSD para las enfermedades intestino irritable (21.4%), gastritis (35.7%), infección de orina (32.1%), arritmias (39.3%) y bronquitis (25%). Para el grupo control se obtuvieron frecuencias inferiores a las esperadas para las enfermedades intestino irritable (0%), gastritis (2.7%), infección de orina (2.7%) y arritmias (2.7%). En la Tabla 11 se muestran los resultados de las 14 enfermedades valoradas.

Tabla 11. Puntuaciones medias del número total de enfermedades padecidas durante el último años e incidencia de cada una de ellas para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Enfermedades último año	1.57(±0.96)	1.70(±1.42)	2.26(±1.80)	3.64(±2.7)**/aa	Vw (3, 67.53)= 6.05; p<0.001
Úlceras	0	3.3	10	7.1	$\chi^2(3, N=145)=4.5$;n.s.
Intestino irritable	0	3.3	18	21.4	$\chi^2(3, N=145)=11.95$;p<.01
Gastritis	2.7	6.7	12	35.7	$\chi^2(3, N=145)=17.23$;p<.001
Hemorroides	32.4	30	30	28.6	$\chi^2(3, N=145)=0.12$;n.s.
Infecciones de orina	2.7	13.3	16	32.1	$\chi^2(3, N=145)=10.84$;p<.01
Arritmia	2.7	6.7	10	39.3	$\chi^2(3, N=145)=21.89$;p<.001
Hipertensión	16.2	13.3	18.4	28.6	$\chi^2(3, N=145)=2.51$;n.s.
Hipotensión	27	36.7	24	39.3	$\chi^2(3, N=145)=2.77$;n.s.
Asma	2.7	0	4	14.3	$\chi^2(3, N=145)=7.41$;n.s.
Bronquitis	2.7	6.7	6	25	$\chi^2(3, N=145)=11.33$;p<.01
Eczemas	16.2	10	22.4	17.9	$\chi^2(3, N=145)=2.06$;n.s.
Psoriasis	2.7	13.3	2	3.6	$\chi^2(3, N=145)=6.05$;n.s.
Alergias	29.7	10	26	35.7	$\chi^2(3, N=145)=5.68$;n.s.
Diabetes	2.7	6.7	6	7.1	$\chi^2(3, N=145)=0.8$;n.s.

** p<.01; Difiere del grupo control

aa p<.01; Difiere del grupo IPV sin síntomas



Gráfica 3. Puntuación media del número total de enfermedades presentadas por las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

c. *Uso de los servicios de salud*

Para la cumplimentación del presente apartado, las mujeres fueron preguntadas, en primer lugar, por el número de veces en el último año que tuvieron que acudir a un servicio médico de urgencias como consecuencia de una agresión perpetrada por parte de su pareja. En este análisis fueron excluidas las mujeres del grupo control. No se producen diferencias significativas entre los tres grupos que han sufrido IPV en cuanto al número de visitas a urgencias debidas a una agresión. En cuanto a los ingresos en urgencias debidos a otros motivos se produce una significación entre las diferentes medias ($p < 0.05$) al igual que en el número de visitas realizadas al médico de cabecera durante el último año ($p < 0.01$). En cuanto al número de visitas realizadas al médico especialista o las intervenciones quirúrgicas que le han sido practicadas durante el último año no se evidencian diferencias significativas entre las medias de los grupos. En la Tabla 12 se exponen las medias obtenidas con respecto a estas variables.

Tabla 12. Uso de los servicios de salud por las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Ingresos urgencias por agresión		0.23(±0.43)	0.20(±0.45)	0.28(±0.66)	F (2; 0.13)= 0.07; n.s.
Ingresos urgencias por otros motivos	0.38(±0.68)	0.30(±0.59)	0.63(±0.95)	1.92(±3.13)	Vw (3, 66.28)= 3.19; $p < 0.05$
Visitas médico cabecera	4.6(±4.92)	7.03(±9.66)	9.31(±10.55)*	18.18(±23.85)*	Vw (3, 62.91)= 4.89; $p < 0.01$
Visitas especialista	9.22(±32.1)	4.37(±9.76)	5.38(±6.9)	8.26(±9.49)	F (3, 183.45)= 0.57 n.s.
Intervenciones quirúrgicas	0.19(±0.46)	0.10(±0.30)	0.22(±0.51)	0.21(±0.5)	F (3, 0.1)= 0.48;n.s.

* $p < .05$; Difiere del grupo control

3.6.4. DISCUSION

Nuestros resultados muestran que existe una relación entre la incidencia de depresión y de comorbilidad depresión/PTSD y el deterioro en la salud física de las mujeres víctimas de violencia de pareja, produciendo la experiencia de dicha violencia un diferente impacto sobre ellas.

Así, son las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD las que tienen un mayor número de síntomas, seguidas de las mujeres del grupo IPV con depresión. Las mujeres de ambos grupos presentan una mayor incidencia de síntomas de los sistemas nervioso, muscular, reproductor, digestivo, circulatorio y endocrino. Las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD manifiestan, además, más síntomas del sistema respiratorio y un mayor número de enfermedades físicas.

Entre los síntomas concretos evaluados se ha encontrado que las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD presentan con una frecuencia superior a la esperada los siguientes síntomas: dolores de cabeza, mareos, entumecimiento, temblores, zumbido en los oídos, vértigos, visión borrosa, pesadillas, falta de fuerza, fatiga, calambres, dolores musculares, dolor de espalda, dolores vaginales, dolor al realizar el coito, dolor pélvico, náuseas, vómitos, ardores, dolor de estómago, diarreas, dolor en el corazón o en el pecho, palpitaciones, respiración dificultosa, cambios en el peso y cambios en el apetito. Las mujeres del grupo IPV con depresión muestran con mayor frecuencia los síntomas visión borrosa, falta de fuerza, dolor al realizar el coito, vómitos, sangrado anal y dolor en el corazón o en el pecho.

Con respecto a las enfermedades por las que fueron preguntadas las mujeres únicamente son las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD las que presentan con una mayor frecuencia intestino irritable, gastritis, infección de orina, arritmias y bronquitis.

Estos resultados son coincidentes con los de otros trabajos en relación con la salud física de las mujeres víctimas de violencia de pareja (García-Linares, 2005;

Kamimura y cols., 2014; Campbell y cols., 2002; Cripe y cols., 2011; Ellsberg y cols., 2008; Sánchez-Lorente, 2009; Sánchez-Lorente y cols., 2012; Coker y cols., 2000, 2003; Hegarty y cols., 2013; Fletcher, 2010), encontrándose en todos ellos que estas mujeres presentan un peor estado de salud en general.

Otro tipo de investigaciones han valorado la relación entre la salud física y la gravedad del PTSD, mostrando estos resultados que los sujetos que han vivido más situaciones traumáticas son los que experimentan dolor crónico con una mayor intensidad y tienen una mayor probabilidad de presentar un PTSD (Berger, Piralic-Spitzl y Aigner, 2014). Estos resultados son extensibles a los hallados en víctimas de violencia de pareja con PTSD (Coker y cols., 2003; Tiwari y cols., 2013). Sin embargo, esta misma asociación no ha sido encontrada en relación con la depresión (Tiwari y cols., 2013).

Asimismo, una mayor gravedad en las lesiones físicas se ha asociado con la presencia de PTSD (Cody y Beck, 2014; Weaver y Resick, 2014), pero no de depresión (Weaver y Resick, 2014). Estos datos sugieren que una mayor intensidad o gravedad en los síntomas mentales experimentados puede estar influyendo sobre el deterioro presentado en la salud física, estando en concordancia con ello los resultados obtenidos en el presente trabajo, siendo las mujeres con comorbilidad depresión/PTSD las que presentan los síntomas de depresión con una mayor gravedad y las que muestran un peor estado de salud física.

Sin embargo, en este trabajo también nos encontramos con un grupo de mujeres que no presenta sintomatología mental alguna, el grupo IPV sin síntomas, las cuales tampoco muestran problemas de salud física de igual modo que las mujeres del grupo control.

La existencia de estos perfiles tan diferenciados entre las mujeres pudiera estar sugiriendo que sobre ellas están influyendo otro tipo de variables que las predisponen o protegen al desarrollo de patología física y mental, actuando como factores de riesgo o de resiliencia. La literatura encontrada a este respecto señala que las estrategias de

afrontamiento utilizadas (Sayem y cols., 2013; Iverson y cols., 2013), el estilo de apego desarrollado (Craparo y cols., 2014; La Flair y cols., 2015), la respuesta psicobiológica emitida tras la vivencia de la situación estresante o traumática (Ehring y cols., 2008), determinados factores psicosociales como el optimismo o la flexibilidad (Iacovello y Charney, 2014; López-Fuentes y Calvete, 2015; Patró-Hernández y cols., 2007), el tipo de creencias personales (Lilly y cols., 2014) o las propias habilidades sociales (Maas y Fleming, Herrenkohl y Catalano, 2010) son variables que influyen sobre la severidad de la patología mental desarrollada tras la vivencia de violencia de pareja, habiéndose determinado en este trabajo, a su vez, que dicha severidad en la patología mental se encuentra asociada a un mayor número de síntomas y enfermedades físicas. Por tanto, nuestras futuras propuestas de trabajo deberán enfocarse hacia el análisis de aquellas variables que han modulado la aparición de los distintos perfiles de salud física y mental en las mujeres de esta muestra.

3.7. ESTUDIO 3: DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE PAREJA SOBRE EL SISTEMA ENDOCRINO DE LAS MUJERES: INFLUENCIA DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y SU COMORBILIDAD CON EL PTSD

3.7.1. INTRODUCCIÓN

Una de las características de la violencia en el ámbito de la pareja es la percepción por parte de la mujer de encontrarse en una situación de continua vulnerabilidad a sufrir un nuevo episodio de violencia (Coker y cols., 2003). La repetición e incontrolabilidad de estas situaciones convierten a este tipo de violencia en un estresor crónico susceptible de generar cambios nocivos sobre el organismo de las mujeres (Koolhaas y cols., 2011; Woods, 2000; Kaysen y cols., 2003; McEwen, 2004; Heim y cols., 2000).

El eje HPA es el principal sistema hormonal que se activa en respuesta al estrés (Young y cols., 2004a; Koolhaas y cols., 2011; revisado por Hostinar y cols., 2014) y tiene como objetivo mantener los parámetros de esfuerzo y atención (Moscoso, 2009; revisado por Hostinar y cols., 2014; Kim y cols., 2010). Este eje produce cortisol, una hormona GC que aumenta en respuesta a la exposición ante el estrés agudo (Kiecolt-Glaser y cols., 2002; McEwen y Wingfield, 2003; revisado por Herbert y cols., 2006) en el contexto de un proceso adaptativo del organismo cumpliendo una función protectora y de supervivencia (McEwen y Wingfield, 2003). Diversos estudios han encontrado una relación positiva entre mayores niveles de cortisol matutinos y los acontecimientos vitales estresantes (revisado por Chida y Steptoe, 2009). Sin embargo, una secreción elevada de cortisol mantenida en el tiempo produce un desgaste en el organismo, predisponiéndolo al desarrollo de un amplio abanico de alteraciones físicas y mentales: enfermedades cardiovasculares, problemas endocrinos, trastornos ginecológicos, depresión, PTSD o ansiedad, entre otros (revisado por Díaz-Marsá y cols., 2000; Moscoso, 2009; Heim y cols., 2000; McEwen, 2001; revisado por Goodyer y cols., 2001).

El cortisol mantiene un ritmo circadiano que presenta niveles elevados por la mañana seguido de una disminución continua hasta la noche (revisado por Herbert y cols., 2006; Pinna Puissant, Van Den Bergh, Calster y Van Huffel, 2008; revisado por Chida y Steptoe, 2009). Las mujeres suelen presentar un retardo significativo en dicho decrecimiento (Wüst y cols., 2000), lo cual podría explicar su tendencia a desarrollar con mayor frecuencia algún desorden afectivo (Pinna Puissant y cols., 2008; revisado por Herbert y cols., 2006; revisado por Herbert, 2013). La medida del cortisol en saliva es un indicador de estrés y tiene una relación directa con el diagnóstico de alteraciones mentales como la depresión o la ansiedad (revisado por Aguilar-Cordero y cols., 2014).

Simultáneamente al cortisol se secreta un andrógeno, la DHEA, en la zona reticulada de la corteza adrenal en respuesta a la ACTH la cual actúa como un potente antiglucocorticoide (Blauer y cols., 1991; revisado por Goodyer y cols., 2001), destacándose su función neuroprotectora (Kaminska y cols., 2000; Kimonides y cols., 1999; revisado por Herbert, 2013; Martínez-Sanchís, 2007). Este esteroide alcanza su pico más elevado sobre los 20 años, decreciendo progresivamente con la edad (Herbert y cols., 2006). Sin embargo, las evidencias experimentales sugieren que el cortisol y la DHEA actúan en combinación en el proceso neurotóxico del cerebro (revisado por Goodyer y cols., 2001). Es por ello que el ratio cortisol/DHEA ha sido empleado como la medida de los efectos de estas hormonas sobre el organismo (Young y cols., 2002).

Trastornos como la depresión y el PTSD se relacionan tanto con la alteración del ritmo circadiano como con respuestas al estrés agudo (Pinna Puissant y cols., 2008). Por un lado, la depresión, a nivel fisiológico, es un síndrome caracterizado por la hipercortisolemia (Parker, Schatzberg y Lyons, 2003), habiéndose hallado en estos sujetos, evaluados con dos años de diferencia, un mantenimiento de los niveles elevados de cortisol (Lok y cols., 2012). Estudios realizados con pacientes hospitalizados encontraron también un incremento en los niveles vespertinos de cortisol en aquellos pacientes que presentaban depresión mayor (Parker y cols., 2003; Rubin, Phillips, McCracken y Sadow, 1996), si bien, Harris y cols. (2000) lo que encontraron fueron niveles vespertinos de cortisol significativamente menores a los niveles matutinos. Por tanto, suele ser frecuente encontrar en la literatura que la depresión mayor está asociada

con alteraciones en los niveles de cortisol y DHEA (Harris y cols., 2000; Hardeveld y cols., 2014).

En relación con los niveles de DHEA, los sujetos que padecen depresión presentan menores niveles de DHEA por la mañana (Michael, Jenaway, Paykel y Herbert, 2000) estando la hiposecreción de esta hormona significativamente asociada con la depresión (revisado por Goodyer y cols., 2001). Sin embargo, estos resultados no son coincidentes con los encontrados por Harris y cols. (2000) los cuales obtuvieron niveles significativamente superiores de DHEA por la mañana que por la tarde. No obstante, en este estudio ninguna de las mujeres padecía depresión en el momento de la recogida de las muestras, si bien, poseían un historial clínico de depresión recurrente.

Por otra parte, el PTSD se ha asociado con niveles bajos de cortisol en varones (Yehuda, 2002) y la comorbilidad depresión/PTSD con niveles más bajos de cortisol que aquellos con depresión únicamente (Oquendo y cols., 2003), llegando a plantearse que la disminución de los niveles de cortisol pudiera constituir una alteración específica del PTSD (revisado por Díaz-Marsá y cols., 2000; Wingenfeld y Wolf, 2015; Seedat y cols., 2003; Pacella, Feeny, Zoellner y Delahanty, 2014; Yehuda y cols., 2004). De hecho, han sido encontrados en el eje neuroendocrino hallazgos sustancialmente diferenciados en los sujetos con PTSD (Altemus y cols., 2003) generalmente contrarios a los encontrados en trastornos depresivos mayores, por lo cual se cree que sus implicaciones neurobiológicas son completamente diferentes a pesar de la alta comorbilidad entre ambos trastornos (Gálvez, 2005). En un meta-análisis realizado con 37 estudios (Meewisse y cols., 2007), 828 sujetos con PTSD y 800 sujetos del grupo control no diferían en sus niveles de cortisol. Sin embargo, la mayoría de los estudios revisados por estos autores coincidían en haber hallado que únicamente los sujetos con PTSD como consecuencia de un abuso físico o sexual eran los que presentaban menores niveles de cortisol que los controles. En contraposición, otros autores encontraron niveles más elevados de cortisol en los sujetos con PTSD (Rasmusson y cols., 2004; Lindley y cols., 2004; Gill y cols., 2008), así como niveles superiores de DHEA (Yehuda y cols., 2006). Young y cols. (2004b) también observaron una elevación de los niveles verperinos de cortisol, tanto en hombres como en mujeres, con

comorbilidad depresión y PTSD. Pudiera ser la vivencia de diferentes estresores psicosociales el factor explicativo de estos diferentes resultados (revisado por Chida y Steptoe, 2009) u otro tipo de variables como la cronicidad del trauma vivido (Johnson y cols., 2008) o el haber recibido tratamiento para el mismo (Pacella y cols., 2014; Scott-Tilley, Tilton y Sandel, 2010).

En cuanto a los niveles de cortisol mostrados por mujeres víctimas de violencia de pareja, Seedat y cols. (2003) encontraron que estas mujeres presentaban niveles medios inferiores a las mujeres del grupo control. Si las mujeres son distribuidas en función del tipo de violencia sufrida, se encuentra que las mujeres víctimas de violencia física presentan niveles vespertinos más elevados de cortisol y que las mujeres que han sufrido violencia psicológica no difieren de las mujeres que no han sufrido violencia de pareja en los niveles matutinos de cortisol (Picó-Alfonso y cols., 2004; Kim, Tiberio, Capaldi, Shortt, Squires y Snodgrass, 2015). En cuanto a los niveles de DHEA, se ha encontrado que tanto los niveles matutinos como los vespertinos son significativamente superiores en las mujeres víctimas frente a los de las mujeres del grupo control, independientemente del tipo de violencia que hayan sufrido (Picó-Alfonso y cols., 2004; Blasco-Ros y cols., 2014).

Por último, en relación con los trastornos clínicos presentados por las mujeres víctimas y su impacto a nivel neuroendocrino se ha hallado que las mujeres víctimas de violencia de pareja con PTSD son las que presentan niveles más bajos de cortisol por la mañana (Basu y cols., 2013). Sin embargo, otros estudios han encontrado que las mujeres víctimas con PTSD poseen unos niveles promedio de cortisol más elevados que los sujetos del grupo control (Inslicht y cols., 2006; Pinna, Johnson y Delahanty, 2014), siendo estos niveles más elevados también observados en las mujeres con comorbilidad depresión/PTSD (Pinna y cols., 2014) diferencias que no fueron encontradas en el estudio de revisión de Meewisse y cols. (2007) con víctimas de violencia o de otro tipo de traumas. En cuanto a la depresión, se ha encontrado que la depresión correlacionaba positivamente con los niveles vespertinos de cortisol (Picó-Alfonso y cols., 2004), no habiendo sido encontrados, aparte de este, estudios que hayan medido los niveles de cortisol en víctimas de violencia de pareja con depresión únicamente.

En el presente trabajo van a ser analizados los niveles de las hormonas cortisol y DHEA en las mujeres víctimas de violencia de pareja en relación con la presencia/ausencia de depresión y su comorbilidad con PTSD para observar si se produce una diferente respuesta hormonal en función de la sintomatología mental que presenten y determinar la posible presencia de diferentes perfiles entre las mujeres.

3.7.2. MATERIAL Y MÉTODOS

3.7.2.1. SUJETOS

La muestra de este trabajo está compuesta por 145 mujeres, de las cuales 108 fueron víctimas de violencia de pareja. 37 mujeres que nunca habían sufrido violencia de pareja formaron el grupo control.

Las mujeres víctimas de violencia de pareja han sido distribuidas en tres grupos en función de la gravedad de los síntomas de depresión que presentaban y la presencia/ausencia de PTSD: **1)** Grupo IPV sin síntomas, mujeres víctimas de violencia de pareja que no presentan síntomas de depresión ni cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=30), **2)** Grupo IPV con depresión, mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan síntomas de depresión pero no cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=50) y **3)** Grupo IPV con depresión/PTSD, mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan síntomas de depresión y además cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=28). Ninguna de las mujeres que conforman el grupo control (n=37) presenta síntomas clínicamente significativos de depresión ni cumple criterios diagnósticos de PTSD.

3.7.2.2. PROCEDIMIENTO

Todas las mujeres fueron entrevistadas por un grupo de psicólogas para la evaluación de la presencia/ausencia de depresión y PTSD. Para ello se aplicaron dos

cuestionarios estandarizados (el Inventario de Depresión de Beck y la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno por Estrés Postraumático), los cuales han sido explicados en los apartados 2.3.4.1. y 2.3.4.2. de la presente Tesis Doctoral.

Por otra parte se obtuvieron muestras de saliva de las mujeres con el objetivo de determinar, el funcionamiento de su sistema endocrino a través de la concentración en saliva de las hormonas esteroideas adrenales cortisol y DHEA. El procedimiento mediante el cual se efectuó la toma de muestras y posterior análisis se detalla en el apartado 2.4. de la presente Tesis Doctoral.

3.7.2.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos de las mujeres fueron introducidos en una base de datos utilizando para ello el programa estadístico SPSS versión 19 y posteriores.

Para efectuar los análisis estadísticos de las medidas hormonales se utilizaron los valores medios de los cuatro días, separando los valores de la mañana y los de la tarde. De este modo, disponemos de cuatro valores hormonales por cada mujer: cortisol y DHEA, mañana y tarde. Además, las puntuaciones de estos valores se transformaron logarítmicamente para normalizar las distribuciones. Por último, se obtuvo el ratio entre el cortisol y la DHEA (C/DHEA) dividiendo los valores de ambas hormonas medidas en nMol/L. Las medias fueron calculadas a través del análisis de la varianza (ANOVA). Cuando las varianzas fueron homogéneas se empleó como prueba Post-Hoc Bonferroni. En el caso de incumplimiento de los supuestos del ANOVA se utilizó el test de Welch y como prueba Post-Hoc Games-Howell.

3.7.3. RESULTADOS

Los resultados de las medidas hormonales se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Puntuaciones medias de cortisol, DHEA y del ratio cortisol/DHEA para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	p
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Cortisol (ng/ml)					
AM	2.84(±1.08)	3.48(±1.11)	2.27(±1.07) ^{aaa}	3.28(±1.83) [^]	.001
PM	0.40(±0.19)	0.58(±0.48)	0.82(±0.65) ^{***}	0.68(±0.55)	.001
DHEA (ng/ml)					
AM	0.36(±0.25)	0.47(±0.29)	0.62(±0.44) ^{**}	0.49(±0.31)	.01
PM	0.20(±0.10)	0.36(±0.35)	0.46(±0.39) ^{***}	0.33(±0.27)	.001
Ratio C/DHEA (nMol/L)					
AM	7.55(±4.15)	7.21(±4.73)	4.25(±3.80) ^{**/aa}	6.43(±4.27)	.001
PM	1.65(±0.82)	1.62(±1.07)	1.84(±1.89)	2.20(±2.03)	n.s.

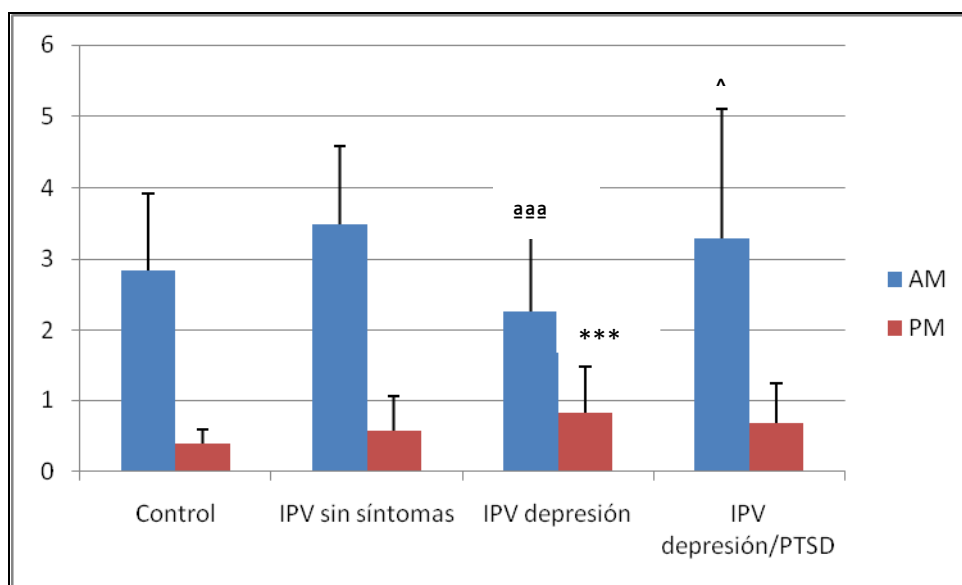
*** p<0.001; ** p<0.01; Difiere del grupo control

^{aaa} p<0.001; ^{aa} p<0.01; Difiere del grupo IPV sin síntomas

[^] p<0.05; Difiere del grupo IPV depresión

Existen diferencias entre las medias de los grupos, tanto para los niveles matutinos [Vw (3, 68.19)= 8.32; p<0.001] como vespertinos [Vw (3, 63.41)= 8.24; p<0.001] de cortisol. Los **niveles matutinos de cortisol** más bajos se encuentran en el grupo IPV con depresión con una media de 2.27 (DT=1.07), mientras que los más elevados se producen en el grupo IPV sin síntomas con una media de 3.48 (DT=1.11). La diferencia entre ambas medias es estadísticamente significativa (p<0.001). Para los **niveles vespertinos de cortisol** encontramos que el grupo IPV con depresión, con una media de 0.82 (DT=0.65), presenta los niveles más elevados y el grupo control, con una

media de 0.40 (DT=0.19), los niveles más bajos, siendo de nuevo la diferencia entre ambas medias estadísticamente significativa ($p < 0.001$) (Ver Tabla 1 y Gráfica 1).



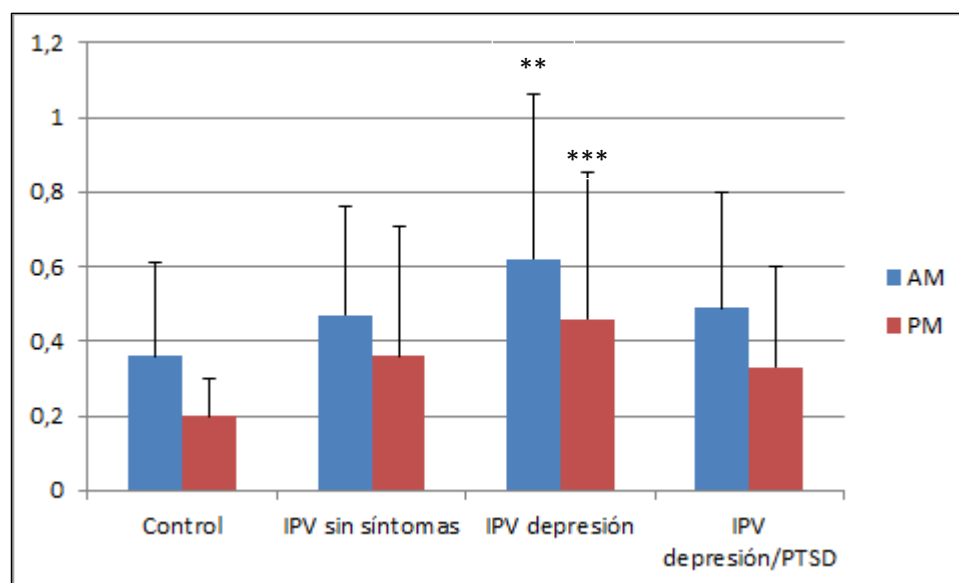
*** $p < 0.001$; Difiere del grupo control

aaa $p < 0.001$; Difiere del grupo IPV sin síntomas

^ $p < 0.05$; Difiere del grupo IPV depresión

Gráfica 1. Niveles medios matutinos y vespertinos de cortisol en ng/ml para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

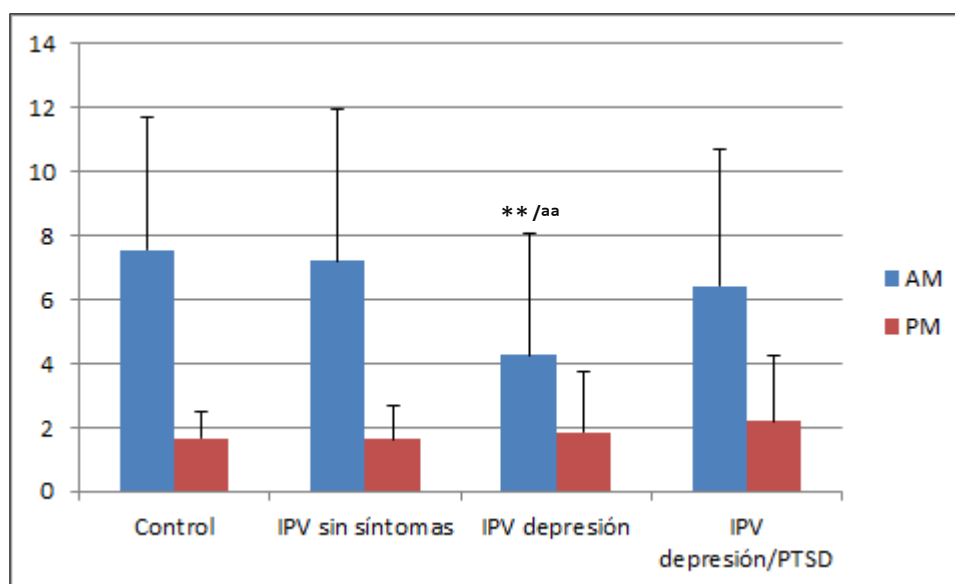
El análisis de la **DHEA** ofrece también diferencias significativas entre las medias de los grupos, tanto para los niveles matutinos [Vw (3, 73.55)= 4.21; $p < 0.01$] como para los vespertinos [Vw (3, 61.88)= 8.95; $p < 0.001$]. La prueba post-hoc aplicada nos indica que, en cuanto a los **niveles matutinos**, el grupo IPV con depresión, con una media de 0.62 (DT=0.44), muestra niveles significativamente superiores ($p < 0.01$) con respecto al grupo control, el cual presenta una media de 0.36 (DT=0.25). Para los **niveles vespertinos** se observa que el grupo IPV con depresión, con una media de 0.46 (DT=0.39), presenta los niveles más elevados y el grupo control, con una media de 0.20 (DT=0.10), los más inferiores. La diferencia entre ambas medias es estadísticamente significativa ($p < 0.001$). La media de DHEA para los cuatro grupos es ligeramente inferior a la que obtienen por la mañana (Ver Tabla 1 y Gráfica 2).



*** p<.001; ** p<0.1; Difiere del grupo control

Gráfica 2. Niveles medios matutinos y vespertinos de DHEA en ng/ml para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Por último, el ratio cortisol/DHEA muestra diferencias significativas en las medias de las mediciones matutinas [$F(3,96.02) = 5.47$; $p < 0.001$]. La media del grupo IPV con depresión de 4.25 (DT=3.80) es significativamente inferior a la media del grupo IPV sin síntomas de 7.21 (DT=4.73) ($p < 0.01$) y a la media del grupo control de 7.55 (DT=4.15) ($p < 0.01$). No se producen diferencias en el ratio vespertino cortisol/DHEA [$V_w(3, 69.11) = 0.74$; n.s.] (Ver Tabla 1 y Gráfica 3).



** p<.01; Difiere del grupo control

^{aa} p<.01; Difiere del grupo IPV sin síntomas

Gráfica 3. Niveles medios matutinos y vespertinos del ratio cortisol/DHEA en nMol/L para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

3.7.4. DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran que existen diferencias individuales en la respuesta hormonal de estrés de las mujeres víctimas de violencia de pareja en función de si éstas padecen depresión o si la misma se presenta en comorbilidad con un PTSD. En este sentido, nuestros datos son sugerentes de que la alteración del eje HPA está particularmente asociada a la sintomatología depresiva en las mujeres víctimas de violencia de pareja, siendo este grupo de mujeres el que presenta los niveles más bajos de cortisol por la mañana, pero los más elevados por la tarde. Asimismo, es este grupo el que presenta los niveles más altos de DHEA tanto por la mañana como por la tarde y el menor ratio cortisol/DHEA por la mañana en comparación con los otros tres grupos. Ni las mujeres del grupo IPV sin síntomas, ni las del grupo IPV con depresión/PTSD presentan alteraciones significativas en sus niveles de cortisol y DHEA, si bien dichos niveles son ligeramente superiores a los que muestran las mujeres del grupo control.

Cortisol y depresión. Según el ritmo circadiano del cortisol, éste produce su pico más elevado tras despertar por la mañana para ir decreciendo a lo largo del día (Pinna Puissant y cols., 2008; Wüst y cols., 2000; Wilhelm y cols., 2007; revisado por Herbert y cols., 2006). En nuestro estudio, tal y como corresponde al ciclo, los niveles de los cuatro grupos son superiores por la mañana que por la tarde. Sin embargo, las mujeres del grupo IPV con depresión presentan los niveles más elevados por la tarde, siendo el descenso de sus niveles de cortisol más moderado. Ello produce una hipercortisolemia vespertina (Michael y cols., 2000), la cual puede ser causa de otros problemas de salud asociados debido al mantenimiento de los niveles de GCs (revisado por Martino, 2014). Algunos estudios han hallado, en sujetos que presentaban depresión, un menor descenso en los niveles vespertinos de cortisol, siendo sus niveles matutinos más bajos que los de los sujetos control (Pinna Puissant y cols., 2008; Barnhofer, Kuehn y Jong-Meyer, 2005). Así, aunque este trastorno se ha asociado frecuentemente con elevados niveles de cortisol por la mañana (Lok y cols., 2012; Hardeveld y cols., 2014; Harris y cols., 2000; Goodyer, Herbert, Altham, Pearson, Secher y Shiers, 2000), otros autores también han hallado niveles bajos de cortisol por la mañana en sujetos con este trastorno (Herbert y cols., 2012; Vreeburg y cols., 2013; revisado por Chida y Steptoe, 2009). En este sentido Herbert y cols. (2012) establecieron que tanto niveles altos como bajos de cortisol por la mañana (gráfico en forma de U) se relacionaban con el riesgo de padecer depresión. Se ha propuesto que estas discrepancias pueden estar vinculadas a la intensidad de la depresión o la cronicidad de la misma (revisado por Chida y Steptoe, 2009).

Medidas hormonales en víctimas de violencia de pareja. Las medidas hormonales efectuadas sobre víctimas de violencia de pareja indican que estas mujeres suelen presentar niveles inferiores de cortisol (Basu y cols., 2013; Griffin y cols., 2005; Seedat y cols., 2003) y superiores de DHEA (Picó-Alfonso y cols., 2004) en comparación con aquellas mujeres que no han sufrido nunca este tipo de violencia. No obstante, Blasco-Ros (2012) en un estudio longitudinal, no encontró diferencias entre los niveles de cortisol de las mujeres víctimas de violencia y las mujeres del grupo control. En casi todos estos estudios las mujeres fueron agrupadas en función del tipo de violencia sufrida, encontrándose que eran las mujeres víctimas de violencia física las

que presentaban niveles vespertinos de cortisol más elevados (Picó-Alfonso y cols., 2004; Kim y cols., 2015).

Medidas hormonales en víctimas de violencia de pareja con depresión y/o PTSD. Cuando se han tenido en cuenta los trastornos presentados por las mujeres se ha hallado que la depresión se relacionaba con niveles bajos de cortisol por la mañana y altos por la tarde (Blasco-Ros y cols., 2014) y que el PTSD se asociaba con niveles elevados de cortisol por la mañana (Johnson y cols., 2008; Sinaí y cols., 2014; Inslicht y cols., 2006), siendo estos niveles similares a los que muestran las mujeres con comorbilidad depresión/PTSD (Griffin y cols., 2005; revisado por Meewise y cols., 2007; Pinna y cols., 2014). Seedat y cols. (2003) subdividieron a las mujeres víctimas entre las que presentaban PTSD y las que no lo presentaban, no encontrando diferencias en los niveles de cortisol de ambos grupos. En relación con la comorbilidad, Inslicht y cols. (2006) determinaron que la misma no estaba asociada a los niveles de cortisol, sugiriendo un efecto independiente del PTSD sobre los potenciales efectos de la depresión. Este apunte se ha tenido en cuenta para la interpretación de nuestros resultados al no disponer de un grupo de mujeres que presenten únicamente PTSD. De este modo y, tal y como señalan los autores mencionados, en nuestros resultados las mujeres del grupo IPV con comorbilidad depresión/PTSD también presentan niveles matutinos elevados de esta hormona.

En cuanto a los niveles de DHEA, los tres grupos de mujeres víctimas de violencia de pareja presentan niveles superiores de esta hormona tanto matutinos como vespertinos en comparación con las mujeres del grupo control, aunque los niveles significativamente elevados se producen en el grupo IPV con depresión. Diversos autores han encontrado, sin embargo, niveles inferiores de esta hormona en pacientes con depresión, si bien, en esos casos dichos pacientes padecían una depresión de carácter grave (Zhu y cols., 2015; Michael y cols., 2000). En el presente trabajo las mujeres del grupo IPV con depresión manifiestan una depresión leve en su mayoría, siendo las mujeres del grupo IPV con comorbilidad depresión/PTSD las que se distribuyen de manera más homogénea entre los tres niveles de gravedad (leve, moderado, grave).

Picó-Alfonso y cols. (2004) encontraron elevados niveles de DHEA en una muestra de mujeres víctimas de violencia, aunque dichos niveles no estuvieron relacionados con la presencia de depresión, ansiedad o PTSD. En nuestro caso, los elevados niveles de DHEA mostrados por el grupo IPV con depresión podrían deberse a su respuesta endocrina frente a la hipercortisolemia vespertina que presentan, cumpliendo así con su función neuroprotectora. No obstante, al tratarse este de un estudio transversal no es posible determinar si dichos niveles de DHEA son susceptibles de generar un efecto positivo a largo plazo sobre estas mujeres.

En relación al Ratio cortisol/DHEA, como cabría esperar, también son las mujeres del grupo IPV con depresión las que presentan diferencias con respecto a los otros grupos, mostrando en este caso un ratio matutino significativamente inferior al del resto.

Diferencias individuales entre los perfiles. Los datos presentados muestran diferencias en los perfiles hormonales de las mujeres víctimas de violencia de pareja en función de la presencia o ausencia de psicopatología asociada. De este modo, nuestro principal hallazgo ha sido la observación de que existe una asociación entre los niveles de las hormonas evaluadas (cortisol y DHEA) y la incidencia de depresión en estas mujeres. De hecho, e inesperadamente, las mujeres del grupo IPV con comorbilidad depresión/PTSD presentan niveles hormonales similares a los presentados por las mujeres del grupo IPV sin síntomas, siendo estos resultados sugerentes de que las mujeres del grupo IPV con depresión pueden poseer una vulnerabilidad biológica (Nemeroff, 1998) independiente a la vivencia de la violencia de pareja (Nixon y cols., 2004).

Así, tanto la vivencia de experiencias tempranas de índole traumático (Heim y cols., 2000), la interrelación entre las funciones cognitivas y la secreción hormonal (revisado por Herbert y cols., 2006; Belanoff, Kalehzon, Sund, Fleming-Ficek y Schatzberg, 2001; Barnhofer y cols., 2005; Wingenfeld y Wolf, 2015) o la respuesta psicobiológica y psicológica efectuada justo tras la vivencia del trauma (Ehring y cols., 2008; Hardeveld y cols., 2014; Yehuda, McFarlane y Shalew, 1998, Yehuda, 2002) se

han postulado como posibles factores predictivos del posterior desarrollo de sintomatología emocional.

A partir de estos resultados sería interesante explorar qué tipo de variables están actuando como factores de riesgo o de resiliencia en estas mujeres y que están determinando la diferente respuesta hormonal observada.

3.8. ESTUDIO 4: INFLUENCIA DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y EL APOYO SOCIAL COMO FACTORES MEDIADORES EN LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN EL DESARROLLO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y SU COMORBILIDAD CON EL PTSD EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

3.8.1. INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja es considerada como un estresor de tipo crónico, estando altamente documentado su impacto negativo sobre la salud física y mental de las mujeres (Amor y cols., 2002; Blasco-Ros y cols., 2010; Bonomi y cols., 2009; revisado por Campbell, 2002; revisado por Dutton y cols., 2006; García-Linares, 2005; revisado por Howard y cols., 2010; Matud, 2004; Picó-Alfonso, 2005a; Sánchez-Lorente, 2009; Nixon y cols., 2004; Cripe y cols., 2014; Ellsberg y cols., 2008). Asimismo, se ha analizado el diferente efecto que otras variables como el tipo, la gravedad o la duración de la violencia puede producir sobre su estado de salud (Ballester y Villanueva, 2014; Benice y cols., 2003; Hellmuth y cols., 2014a; Houry y cols., 2006; Labrador-Encinas y cols., 2010; Picó-Alfonso, 2005b; Sarasua y cols., 2007; Nixon y cols., 2004; Basile y cols., 2004; Patró-Hernández y cols., 2007; Ruiz-Pérez y cols., 2006a; Stöckl y Penhale, 2014; Torres y cols., 2013; Hegarty y cols., 2013), encontrándose que estas variables no siempre provocan el mismo efecto sobre la salud de estas mujeres.

Así, no todas las mujeres desarrollan los mismos trastornos o dolencias frente a las mismas experiencias. En este sentido, se ha hallado que los antecedentes vitales de las mujeres, sus características personales o su estilo de afrontamiento pueden actuar como factores de riesgo o de protección a ser víctimas de violencia de pareja o determinar el tipo de afectación que desarrollen (Iverson y cols. 2013; Foa y cols., 2000; Sayem y cols., 2013, revisado por Becoña, 2006). No obstante, también existen una serie de variables de carácter relativamente estable que pueden modular las reacciones del individuo a las situaciones estresantes, las cuales explican posibles diferencias individuales en las reacciones de estrés, siendo algunas de ellas variables potenciadoras

de la salud (factores de resiliencia) y otras facilitadoras de la enfermedad (factores de vulnerabilidad) (Sandín, 1998).

Factores de riesgo

Los factores de riesgo son aquellos estresores o condiciones ambientales que incrementan la probabilidad de que la persona experimente desajustes en cualquiera de las áreas del desarrollo cotidiano, como la personal, la social o la académica/laboral (revisado por Becoña, 2006).

En víctimas de violencia de pareja se han identificado como factores de riesgo el haber sido víctima de violencia infantil, lo cual predispone a estas mujeres a sufrir en el futuro violencia de pareja (García-Linares y cols. 2005; Becker y cols., 2010; Picó-Alfonso y cols., 2008; Coker y cols., 2003) y a presentar más problemas de salud física y mental en la edad adulta (Exner-Cortens y cols., 2013; Becker y cols., 2010). Recientemente, otros autores (Capraro y cols., 2014; La Flair y cols., 2015; Hébert y cols., 2014) han hallado que un estilo de apego inseguro (probablemente asociado con vivencias traumáticas tempranas) podía contribuir a una dificultad en la modulación de las emociones, siendo esta dificultad un factor de vulnerabilidad a ser víctimas de violencia de pareja y a desarrollar sintomatología depresiva. Otro factor de riesgo pueden ser ciertas características endógenas de las mujeres, tales como la pérdida de control, la pérdida de poder, el tipo de percepción que se realice del peligro físico o psicológico, el empleo de un afrontamiento evitativo o la presencia de ciertos rasgos de personalidad, las cuales están asociadas a la presencia de síntomas de depresión y PTSD en mujeres víctimas de violencia de pareja (Nixon y cols., 2004; Sánchez-Lorente, 2009; Lilly y cols., 2014; Patró-Hernández y cols., 2007; Martínez-Torteya y cols., 2009; Hellmuth, Jaquier, Overstreet, Swan y Sullivan, 2014b). Del mismo modo, la experiencia de un estresor crónico como es la violencia de pareja produce cambios a nivel orgánico tales como deficiencias en el sistema inmunitario (García-Linares y cols., 2004), presentando las mujeres víctimas de este tipo de violencia, además, mayores

niveles de depresión y experimentando un mayor número de acontecimientos vitales negativos (Constantino y cols., 2000).

Por último, las distintas respuestas biológicas o psicológicas que emergen durante la vivencia de la situación traumática (Martínez-Torteya y cols., 2009; Johnson y cols., 2008; Harris y cols., 2000; Ruiz-Pérez y cols., 2006a; Ehring y cols., 2008) pueden actuar como factor de riesgo o protección, indicando uno de los factores explicativos de las diferencias individuales mostradas por las mujeres.

Factores de protección

Los factores de protección son aquellos que permiten que la persona que experimenta una situación estresante o traumática actúe de manera resiliente. La resiliencia ha sido estudiada en contraposición a la vulnerabilidad (revisado por Becoña, 2006) y ha sido definida como la habilidad de adaptarse y recuperarse a las circunstancias adversas (Foa y cols., 2000; Sheppard y Clibbens, 2015).

Algunas variables de tipo personal que favorecen una adecuada resiliencia son el optimismo, la autoestima, la flexibilidad, la salud física, el control emocional o la tendencia a experimentar emociones positivas (Foa y cols., 2000; Iacovello y Charney, 2014; García-Linares, 2005; Muñoz, 2013; Echeburúa, de Corral y Amor, 2002; López-Fuentes y Calvete, 2015).

Asimismo, la resiliencia comprende otro tipo de variables de tipo contextual, entre las que podríamos incluir el apoyo social percibido, el uso de unas adecuadas estrategias de afrontamiento, recibir apoyo profesional o la implicación activa en un proyecto de vida (Coker y cols., 2003; Hansen y cols., 2014; Dougé y cols., 2014; Iacovello y Charney, 2014; Echeburúa y cols., 2002; Sayem y cols., 2013; Blasco-Ros y cols., 2010; Pérez-Tejada y cols., 2013; Iverson y cols., 2013; Muñoz, 2013; revisado por Kuijpers, Van der Knaap y Lodewijks, 2011; Barendregt, Van der Laan, Bongers y Van Nieuwenhuizen, 2015).

Por otra parte, se están postulando en recientes investigaciones el tipo de vínculo parental establecido o el tipo de apego desarrollado como factores que favorecen la resolución adaptativa frente a determinadas situaciones estresantes (p.ej. la elaboración de un duelo) o que protegen de experimentar situaciones de riesgo (p.ej. ser víctima de violencia de pareja en la adolescencia) (Barreto, de la Torre y Pérez-Marín, 2012; Maas y cols., 2010; Camacho, Ehrensaft y Cohen, 2012).

La importancia de los factores de protección radica incluso en que no sólo pueden mitigar el impacto de una situación traumática, sino que pueden favorecer que la persona salga más fortalecida de esa experiencia (Vázquez, Castilla y Hervás, 2009).

En este estudio analizaremos con más profundidad las estrategias de afrontamiento y el apoyo social como potenciales factores de protección frente al desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD en mujeres víctimas de violencia de pareja.

Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento ha sido definido como el uso de estrategias cognitivas o comportamentales que mantienen el bienestar físico y psicológico durante las situaciones de estrés (Lazarus y Folkman, 1984; Flicker, Cerulli, Swogger y Talbot, 2012), existiendo diferentes categorizaciones para las distintas estrategias de afrontamiento que pueden emplearse. Lazarus y Folkman (1984) fueron los primeros en establecer dos tipos de estrategias de afrontamiento: las centradas en el problema y las centradas en la emoción, compartiendo ambas la característica de ser métodos activos de afrontamiento. Con posterioridad se han establecido otras categorizaciones como la diferenciación entre estrategias de afrontamiento activas y pasivas, encontrándose que las estrategias de tipo activo están relacionadas positivamente con el nivel de autoestima (Barendregt y cols., 2015). Otra propuesta incluye tres categorías: la evitación, la autodefensa y la búsqueda de ayuda (Sayem y cols., 2013), considerándose las dos

primeras como actitudes pasivas frente a la violencia y la tercera como una actitud activa.

El empleo de unas adecuadas estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia de pareja (Craparo y cols., 2014; Chuang y cols., 2012; Iacoviello y Charney, 2014; Ruiz-Pérez y cols., 2006a; García-Linares, 2005; Iverson y cols., 2013; Wong y cols., 2015) ha sido descrito como un factor de resiliencia personal al protegerlas del desarrollo de sintomatología de depresión y PTSD.

Apoyo social

Otro muy estudiado y verificado factor de protección ha sido el apoyo social (Iacovello y Charney, 2014), el cual juega un papel muy importante en el uso de estrategias de afrontamiento resilientes (Dougé y cols., 2014). El apoyo social ha sido definido como la creencia del sujeto de que es cuidado y querido como miembro de una red con mutuas obligaciones y puede ser operacionalizado en tres dimensiones: la emocional, la instrumental y la informativa (revisado por Hostinar y cols., 2014). Entre los estudios consultados, la medida del apoyo social se ha efectuado sobre el apoyo social percibido (Coker y cols., 2003; Hansen y cols., 2014; Dougé y cols., 2014). El apoyo social constituiría, por tanto, los recursos sociales del afrontamiento, habiéndose señalado sus efectos favorecedores en la recuperación de la salud de aquellos pacientes con algún tipo de trastorno (veáse Sandín, 1998).

En víctimas de violencia de pareja se ha hallado, en general, que un adecuado apoyo social consigue mitigar el impacto de la violencia en la salud de estas mujeres (Coker y cols., 2003; Hansen y cols., 2014; Blasco-Ros y cols., 2010; Foa y cols., 2000; Sayem y cols., 2013), datos que han sido validados incluso en estudios longitudinales (Sánchez-Lorente, 2009; Blasco-Ros, 2012; Blasco-Ros y cols., 2010). Así, son las mujeres con una pobre percepción de apoyo social las que presentan una mayor incidencia de patologías mentales, como pueden ser la depresión o el PTSD (Iacovello y

Charney, 2014; Foa y cols., 2000; Hansen y cols., 2014; Blasco-Ros y cols., 2010; Dougé y cols., 2014).

En el presente trabajo se va a intentar dilucidar el perfil de características biopsicosociales que presentan las mujeres víctimas de violencia de pareja que determinan la existencia de diferencias individuales entre ellas y que implican que, ante las mismas vivencias objetivas de violencia, unas desarrollen síntomas de depresión, otras desarrollen comorbilidad depresión/PTSD y otras no desarrollen sintomatología clínica significativa.

3.8.2. MATERIAL Y MÉTODOS

3.8.2.1. SUJETOS

La muestra de este trabajo está compuesta por 145 mujeres, de las cuales 108 fueron víctimas de violencia de pareja. 37 mujeres que nunca habían sufrido violencia de pareja, formaron el grupo control.

Las mujeres víctimas de violencia de pareja han sido distribuidas en tres grupos en función de la gravedad de los síntomas de depresión que presentaban y la presencia/ausencia de PTSD: 1) Grupo IPV sin síntomas, mujeres víctimas de violencia de pareja que no presentan síntomas de depresión ni cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=30), 2) Grupo IPV con depresión, mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan síntomas de depresión pero no cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=50) y 3) Grupo IPV con depresión/PTSD, mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan síntomas de depresión y además cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=28). Ninguna de las mujeres que conforman el grupo control (n=37) presenta síntomas clínicamente significativos de depresión ni cumple criterios diagnósticos de PTSD.

3.8.2.2. PROCEDIMIENTO

Las principales variables evaluadas fueron depresión y PTSD, mediante los test estandarizados descritos en los apartados 2.3.4.1. y 2.3.4.2. de la presente Tesis Doctoral. En este Estudio, además, se evaluaron las estrategias de afrontamiento, mediante la Escala de Estrategias de Coping-Revisada (EEC-R), publicada en Sandín (1999), expuesta con mayor detalle en el apartado 2.3.6.1. de este trabajo, y el apoyo social, mediante un cuestionario “ad hoc”, descrito en el apartado 2.3.6.2.

Complementariamente en este Estudio han sido añadidas otras variables relacionadas con las características de la violencia, la salud mental, la salud física y el sistema endocrino de las mujeres, las cuales han sido analizadas a lo largo de la presente Tesis Doctoral. Las variables específicas empleadas en este estudio se expondrán en los epígrafes siguientes.

3.8.2.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos de las mujeres fueron introducidos en una base de datos utilizando para ello el programa estadístico SPSS versión 19 y posteriores.

Las medias de las puntuaciones de cada factor de la escala de estrategias de afrontamiento fueron comparadas entre los cuatro grupos empleando el análisis de la varianza (ANOVA). Cuando las varianzas fueron homogéneas se aplicó la prueba Post-Hoc Bonferroni. En el caso de incumplimiento de los supuestos del ANOVA se utilizó el test de Welch y como prueba Post-Hoc Games-Howell.

La medición de cada una de las dimensiones del apoyo social se llevó a cabo a través del análisis de frecuencias. Para ello, se obtuvieron tablas de contingencia empleando la prueba χ^2 de Pearson con el objetivo de establecer la asociación existente entre la pertenencia de las mujeres a cada uno de los grupos y su nivel de apoyo social percibido.

Otro objetivo de este estudio fue operativizar un modelo para detectar los posibles factores de riesgo o protección presentes en las mujeres de cada uno de los grupos y que determinan la existencia de distintos perfiles entre ellas. Las mujeres del grupo control no han sido incluidas en estos análisis.

Con carácter previo a la propuesta de ese modelo se llevaron a cabo análisis bivariantes para establecer la relación entre las variables dependientes (VD) (cada uno de los grupos IPV) y las independientes (VI). Las VI escogidas fueron todas aquellas que nos han proporcionado a lo largo de este trabajo una asociación significativa entre su presencia y la incidencia de depresión o depresión/PTSD. Con estas variables se elaboraron las tablas de contingencia y se calcularon las Odds Ratio (OR) con su intervalo de confianza (IC) al 95%. Las variables con más de dos dimensiones se dicotomizaron, utilizando únicamente aquellas con porcentajes significativos.

Seguidamente se efectuaron análisis de correlación entre las variables cuya probabilidad de ocurrencia fue significativa con el objetivo de poder escoger las de mayor poder predictivo y eliminar las que nos pudieran estar proporcionando información similar. Para ello, se empleó el coeficiente de correlación de Pearson.

En este punto fueron elegidas las variables que se consideraron con un mayor factor explicativo para nuestro objetivo, proponiéndose un modelo de regresión logística binaria en tres pasos para testar con los tres grupos IPV. Por tanto, se realizó el mismo análisis en tres ocasiones variando la variable dependiente: 1) grupo IPV sin síntomas, 2) grupo IPV con depresión y 3) grupo IPV con depresión/PTSD. Los datos fueron introducidos utilizando el método hacia adelante. Asimismo se aplicó el test Hosmer-Lemeshow, considerándose el modelo aceptable cuando la Chi-cuadrado es no significativa.

3.8.3. RESULTADOS

La evaluación de las estrategias de afrontamiento y del apoyo social ha proporcionado los siguientes resultados:

- Estrategias de afrontamiento

En 5 de los 9 factores de los que consta la EEC-R se han producido puntuaciones medias que difieren significativamente entre los grupos, siendo estos factores: factor 2 autofocalización negativa [F (3, 485.721)= 25.83; $p<0.001$]; factor 5 expresión emocional abierta [F (3, 44.83)= 2.84; $p<0.05$]; factor 6 evitación [F (3, 218.91)= 9.07; $p<0.001$]; factor 8 religión [F (3, 321.304)= 7.39; $p<0.001$]; y factor 9 búsqueda de apoyo profesional [F (3, 1193.24)= 23.72; $p<0.001$]. En todos ellos las diferencias se producen con respecto al grupo control, excepto para el factor 2 en el que la media del grupo IPV con depresión/PTSD difiere también de la media del grupo IPV sin síntomas ($p<0.01$). En la Tabla 1 se muestran las puntuaciones medias para cada uno de los grupos.

- Apoyo Social

Los resultados obtenidos tras la evaluación del apoyo social nos muestran que no existe relación entre la variable sentirse sola con respecto a los recursos públicos y la gravedad de síntomas que presenten las mujeres. Al contrario, sí se ha observado que sentirse sola con respecto a los amigos está asociado con la gravedad de los síntomas de las mujeres ($p<0.001$), produciéndose esta circunstancia con una frecuencia superior a la esperada en el grupo IPV con depresión/PTSD (57.7%) y con una menor frecuencia en el grupo IPV sin síntomas (3.4%). Sentirse sola con respecto a la familia también está relacionado con la gravedad de los síntomas de las mujeres ($p<0.01$), produciéndose esta circunstancia con una frecuencia inferior a la esperada en las mujeres del grupo IPV sin síntomas (6.9%). Por último, el sentirse sola con respecto a su situación en general también ha mostrado estar relacionado con la gravedad de los síntomas de las mujeres ($p<0.001$). Esta circunstancia se produce con una frecuencia superior a la esperada en el

Resultados

grupo IPV con depresión/PTSD (70.4%) y con una frecuencia inferior en el grupo IPV sin síntomas (20.7%). Las mujeres del grupo control no han sido preguntadas con respecto al apoyo social. Los datos concretos de esta variable se muestran en la Tabla 2.

Tabla 1. Puntuaciones medias en los 9 factores de la Escala de Estrategias de Coping-Revisada (EEC-R) para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD.

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	Estadísticos
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Factor 1	19.97(±5.10)	20.93(±5.62)	21.96(±4.95)	20.75(±5.72)	F(3,28.99)=1.04;n.s.
Factor 2	11.27(±3.62)	16.27(±4.67)	17.96(±4.54)***	20.00(±4.49)***/ aa	F(3,485.721)=25.83;p<0.001
Factor 3	20.16(±4.9)	21.9(±4.91)	21.36(±4.77)	22.11(±4.49)	F(3,25.7)=1.12;n.s.
Factor 4	21.54(±4.31)	18.73(±5.29)	19.56(±5.44)	18.78(±5.07)	F(3,59.16)=2.30;n.s.
Factor 5	11.38(±3.42)	12.77(±3.68)	13.84(±4.11)*	13.28(±4.66)	F(3, 44.83)= 2.84; p<0.05
Factor 6	11.65(±4.66)	15.7(±4.42)**	16.44(±5.39)***	17.14(±4.84)***	F(3, 218.91)= 9.07; p<0.001
Factor 7	17.00(±6.94)	16.57(±7.1)	18.32(±8.13)	17.78(±7.72)	F(3,23.75)=0.42;n.s.
Factor 8	10.65(±6.65)	16.13(±7.19)**	15.14(±5.95)**	17.89(±6.93)***	F(3, 321.304)=7.39; p<0.001
Factor 9	8.95(±5.71)	17.83(±7.55)***	19.36(±7.61)***	22.61(±7.26)***	F(3, 1193.24)=23.72; p<0.001

Factor 1: Focalización en la situación o problema

Factor 2: Autofocalización negativa

Factor 3: Autocontrol

Factor 4: Reestructuración negativa

Factor 5: Expresión emocional abierta

Factor 6: Evitación

Factor 7: Búsqueda de apoyo social

Factor 8: Religión

Factor 9: Búsqueda de apoyo profesional

*** p<0.001; ** p<0.01; * p<0.05; Difiere del grupo control

aa p<0.01; Difiere del grupo IPV sin síntomas

Tabla 2. Percepción del apoyo social por parte de las mujeres del grupo IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	IPV sin síntomas n=30	IPV Depresión n=50	IPV Depresión/PTSD n=28	Estadísticos
Te sientes sola con rec. Públicos	24.1	38.8	51.9	$\chi^2 (2, N=105)= 4.57$; n.s.
Sola con respecto amigos	3.4	28.6	57.7	$\chi^2 (2, N=104)= 19.66$; $p<0.001$
Sola con respecto familia	6.9	34.7	34.6	$\chi^2 (2, N=104)= 8.2$; $p<0.01$
Sola con respecto a la situación	20.7	55.1	70.4	$\chi^2 (2, N=105)= 14.95$; $p<0.001$

- Factores de riesgo y de protección

Todas las variables que a lo largo de este trabajo han mostrado poseer una asociación significativa entre su presencia y la incidencia de depresión o depresión/PTSD fueron testadas una a una para cada uno de los grupos mediante un análisis bivariante para comprobar si, a su vez, actuaban como posibles factores de riesgo o de protección para el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD. En la Tabla 3 se exponen las OR obtenidas con su IC al 95% y su nivel de significación. Asimismo se indican, para su mejor comprensión, los valores dicotómicos otorgados por el sistema a cada una de las VI.

Las variables sin OR Ratio significativas fueron descartadas en este punto, realizándose seguidamente análisis de correlación entre las variables cuya probabilidad de ocurrencia fue significativa, con el objetivo de poder escoger las de mayor poder predictivo y eliminar aquellas que pudieran estar proporcionando información similar. En la Tabla 4 se muestran las correlaciones efectuadas entre las variables cualitativas relacionadas entre sí y en la Tabla 5 las de las variables cuantitativas.

Resultados

Tabla 3. Resultados de los análisis bivariantes realizados entre las variables relacionadas con la presencia de sintomatología depresiva y de PTSD para cada uno de los grupos (IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD), con sus Odds Ratio, sus intervalos de confianza y el código dicotómico empleado en el análisis estadístico

VARIABLE	Código adjudicado por el sistema estadístico	Grupo IPV sin síntomas n=30	Grupo IPV depresión n=50	Grupo IPV depresión/PTSD n=28
		Odds Ratio (95% IC)	Odds Ratio (95% IC)	Odds Ratio (95% IC)
COPING 2		0.89 (0.81-0.98)**	0.99 (0.91-1.08)	1.14 (1.03-1.26)**
COPING 5		0.95 (0.85-1.05)	1.05 (0.96-1.15)	0.99 (0.89-1.1)
COPING 6		0.96 (0.88-1.05)	1.00 (0.93-1.08)	1.04 (0.95-1.14)
COPING 8		1.00 (0.94-1.06)	0.96 (0.90-1.02)	1.06 (0.99-1.13)
COPING 9		0.95 (0.90-1.00)	0.99 (0.94-1.04)	1.07 (1.01-1.14)*
HHSS TOTAL		0.97 (0.95-0.99)***	0.99 (0.98-1.00)	1.05 (1.03-1.07)***
HHSS 1		0.94 (0.9-0.98)**	0.98 (0.95-1.01)	1.09 (1.04-1.14)***
HHSS 2		0.81 (0.71-0.93)**	0.97 (0.88-1.06)	1.28 (1.13-1.46)***
HHSS 3		0.77 (0.66-0.91)**	0.99 (0.88-1.11)	1.27 (1.09-1.48)**
HHSS 4		0.94 (0.85-1.04)	0.94 (0.85-1.03)	1.17 (1.05-1.32)**
HHSS 5		0.86 (0.76-0.96)**	0.93 (0.85-1.02)	1.26 (1.13-1.42)***
HHSS 6		0.83 (0.72-0.95)**	0.96 (0.86-1.06)	1.27 (1.11-1.44)***
HHSS 7		0.83 (0.72-0.95)**	0.95 (0.85-1.05)	1.29 (1.13-1.48)***
HHSS 8		0.83 (0.73-0.94)**	0.97 (0.87-1.07)	1.35 (1.14-1.58)***
HHSS 9		0.86 (0.75-0.98)*	0.97 (0.87-1.07)	1.19 (1.06-1.35)**
HHSS 10		0.85 (0.73-0.97)*	0.90 (0.80-1.01)	1.38 (1.17-1.61)***
HHSS 11		0.73 (0.58-0.92)**	0.93 (0.78-1.11)	1.49 (1.19-1.85)***
IGNORAS	1=NO	1.02 (0.43-2.45)	0.41 (0.18-0.92)*	3.58 (1.24-10.36)*
VF INFANTIL		1.75 (0.74-4.12)	0.86 (0.4-1.84)	0.68 (0.28-1.6)
VS INFANTIL		1.18 (0.48-2.87)	1.00 (0.46-2.22)	0.83 (0.34-2.02)
APOYO AMIGOS	1=NO	0.1 (0.02-0.46)**	0.88 (0.39-1.99)	5.72 (2.26-14.49)***
APOYO FAMILIA	1=NO	0.18 (0.05-0.67)**	1.77 (0.77-4.1)	1.82 (0.73-4.5)

Tabla 3. Continuación. Resultados de los análisis bivariantes realizados entre las variables relacionadas con la presencia de sintomatología depresiva y de PTSD para cada uno de los grupos (IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD), con sus Odds Ratio, sus intervalos de confianza y el código dicotómico empleado en el análisis estadístico

		Grupo IPV sin síntomas n=30	Grupo IPV depresión n=50	Grupo IPV depresión/PTSD n=28
VARIABLE	Código adjudicado por el sistema estadístico			
		Odds Ratio (95% IC)	Odds Ratio (95% IC)	Odds Ratio (95% IC)
APOYADA EN SITUACION	1=NO	0.19 (0.07-0.49)***	1.46 (0.68-3.12)	3.21 (1.27-8.16)**
FORZADA SEXO ADULTA OTROS	1=NO	0 casos	1.01 (0.31-3.22)	0.24 (0.07-0.8)*
EMPUJONES		0.71 (0.29-1.71)	1.59 (0.73-3.49)	0.78 (0.32-1.86)
BLOQUEO DECISIONES	1=NO	1.65 (0.70-3.89)	1.89 (0.86-4.16)	0.19 (0.06-0.61)**
ANSIOLÍTICOS	1=NO	9.23 (2.05-41.57)**	1.05 (0.46-2.39)	0.2 (0.08-0.51)***
PSICOFARMACOS	1=NO	2.36 (0.94-5.94)	1.06 (0.49-2.28)	0.4 (0.17-0.97)*
TOTAL SINT FISICOS		0.88 (0.83-0.95)***	0.98 (0.93-1.03)	1.18 (1.09-1.28)***
ALCOHOL	1=NO	4.78 (1.32-17.25)*	0.63 (0.26-1.47)	0.51 (0.19-1.3)
DROGAS		3.27 (0.89-11.98)	0.75 (0.29-1.9)	0.53 (0.19-1.44)
ESQUIZOTIPICO	1=NO	8.73 (2.77-27.52)***	0.85 (0.39-1.83)	0.16 (0.06-0.43)***
LIMITE	1=NO	0 casos	0.74 (0.26-2.09)	0.29 (0.09-0.85)*
PARANOIDE	1=NO	4.00 (1.63-9.82)**	0.62 (0.28-1.36)	0.39 (0.15-1.05)
ESQUIZOIDE	1=NO	10.28 (3.68-28.72)***	0.38 (0.17-0.85)*	0.31 (0.11-0.85)*
EVITATIVA	1=NO	0 casos	0.65 (0.23-1.8)	0.33 (0.11-0.95)*
PASIVO-AGRESIVA	1=NO	0 casos	0.26 (0.08-0.89)*	0.89 (0.26-3.08)
AUTODESTRUCTIVA	1=NO	0 casos	1.55 (0.58-4.12)	0.11 (0.34-0.32)***
LOG MEDIA CORT AM		32.33 (2.82-370.93)**	0.04 (0.006-0.3)***	2.63 (0.46-14.82)
LOG MEDIA CORT PM		0.43 (0.11-1.68)	2.68 (0.79-9.09)	0.67 (0.17-2.66)
LOG MEDIA DHEA AM		0.46 (0.11-2.06)	2.76 (0.72-10.65)	0.60 (0.13-2.73)
LOG MEDIA DHEA PM		0.57 (0.16-2.03)	2.54 (0.8-8.08)	0.54 (0.15-1.98)
TRAT. PSICOLOGICO		0.71 (0.3-1.67)	1.23 (0.57-2.67)	1.08 (0.45-2.61)
TRAT PSIQUIATRICO		1.08 (0.45-2.58)	1.61 (0.73-3.54)	0.51 (0.21-1.22)
CONVIVENCIA ACTUAL		1.83 (0.78-4.28)	0.82 (0.38-1.76)	0.68 (0.28-1.65)
ANSIEDAD MILLON	1=SI	0.09 (0.02-0.43)**	1.73 (0.76-3.95)	2.76 (1.1-6.9)*

Tabla 3. Continuación. Resultados de los análisis bivariantes realizados entre las variables relacionadas con la presencia de sintomatología depresiva y de PTSD para cada uno de los grupos (IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD), con sus Odds Ratio, sus intervalos de confianza y el código dicotómico empleado en el análisis estadístico

		Grupo IPV sin síntomas	Grupo IPV depresión	Grupo IPV depresión/PTSD
		n=30	n=50	n=28
	Código adjudicado por el sistema estadístico			
VARIABLE		Odds Ratio (95% IC)	Odds Ratio (95% IC)	Odds Ratio (95% IC)
IDEAS SUICIDIO		1.88 (0.8-4.4)	1.05 (0.49-2.24)	0.47 (0.19-1.17)
INTENTOS SUICIDIO		1.78 (0.64-4.9)	0.98 (0.42-2.28)	0.6 (0.24-1.5)
PROBLEMAS SUEÑO	1=NO	4.24 (1.45-12.36)**	0.63 (0.28-1.4)	0.5 (0.21-1.23)
EST. CIVIL: CASADA	1=NO	2.12 (0.89-5.05)	0.74 (0.35-1.58)	0.68 (0.28-1.62)
EST. CIVIL: SEPARADA/DIVORCIADA	1=NO	0.58 (0.24-1.38)	0.86 (0.39-1.92)	2.32 (0.85-6.36)
INGRESOS: TRAB. REMUNERADO	1=NO	0.46 (0.19-1.09)	0.98 (0.45-2.13)	2.45 (0.94-6.42)
INGRESOS: PENSIONISTA	1=NO	0.24 (0.04-1.5)	o casos	0.51 (0.08-3.2)
INGRESOS: DEP. ECON. AGRESOR	1=NO	3.67 (1.27-10.58)**	0.57 (0.26-1.27)	0.64 (0.26-1.55)
INGRESOS: DEP. ECON. OTROS	1=NO	0.96 (0.17-5.23)	0.32 (0.6-1.73)	o casos
HOGAR: FAM. EXTENSA	1=NO	0 casos	0.18 (0.04-0.93)*	1.44 (0.28-7.25)
HOGAR: NIDO VACÍO	1=NO	0.76 (0.07-8.74)	o casos	0.16 (0.01-1.9)
HOGAR: VIVE SOLA	1=NO	0.16 (0.04-0.69)**	3.29 (0.65-16.65)	3 (0.36-25.13)

*** p<0.001; ** p<0.01; * p<0.05

Tabla 4. Correlaciones entre variables cualitativas potencialmente relacionadas entre sí (apoyo social, patrones de personalidad, tratamientos farmacológicos).

	APOYO AMIGOS	APOYO FAMILIA
APOYO FAMILIA	.236**	
APOYO SITUACION	.267	.402***

*** p<0.001; ** p<0.01

	ESQUZOTIPICA	LIMITE	PARANOIDE	ESQUIZOIDE	FOBICA	PAS/AGRES
LIMITE	.384***					
PARANOIDE	.586***	.381***				
ESQUIZOIDE	.470***	.224*	.339***			
FOBICA	.505***	.417***	.343***	.343***		
PASIVO/AGR	.289**	.486***	.189*	.079	.175	
AUTODEST.	.508**	.556***	.289**	.385***	.531***	.408***

*** p<0.001; ** p<0.01; * p<0.05

	PSICOFÁRMACOS
ANSIOLÍTICOS	.800***

*** p<0.001

Tabla 5. Correlaciones entre las variables cuantitativas potencialmente relacionadas entre sí (factores 2 y 9 de la EEC-R y puntuación media del total de síntomas físicos).

	COPING 9	
COPING 2	-0.06	
	COPING 2	COPING 9
SINT. FÍSICOS	0.31***	0.14

*** p<0.001

El siguiente paso fue proponer un modelo de regresión logística binaria en tres pasos para testar con los tres grupos IPV.

Las VI que se escogieron para cada uno de los pasos se exponen a continuación.

- *Paso 1/VARIABLES predictoras:* estrategias de afrontamiento (coping 2), respuesta hormonal (cortisol am), estilo de personalidad (patrón esquizoide) y salud física (puntuación media del número total de síntomas físicos).
- *Paso 2/VARIABLES control:* Edad, comportamiento de la mujer durante las agresiones (ignorar al agresor) y haber sido forzada a mantener relaciones sexuales en la edad adulta (esta variable no ha sido introducida en el análisis del grupo IPV sin síntomas por existir 0 casos con esta circunstancia).
- *Paso 3/VARIABLES modificadoras:* Apoyo social (apoyo familia) y tratamiento farmacológico (psicofármacos).

Este modelo ha proporcionado los siguientes perfiles en función del grupo analizado:

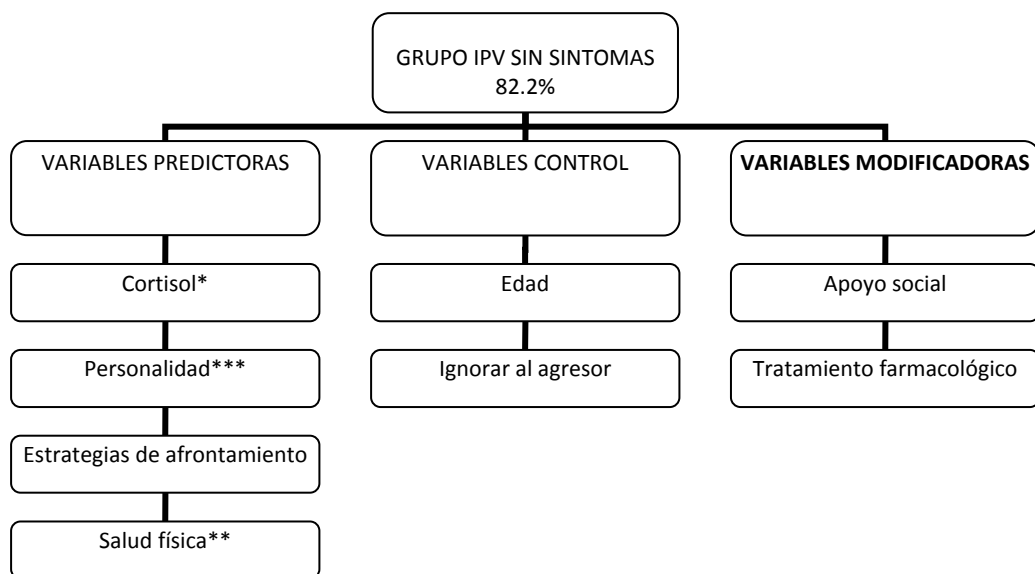
Grupo IPV sin síntomas (Ver Tabla 6)

Como podemos extraer de los datos de la Tabla 6, el grupo IPV sin síntomas posee altos niveles de cortisol por la mañana (OR=20.54;p<0.05), ausencia de trastornos de personalidad (OR=8.84;p<0.001) y un buen estado de salud física (OR=0.88;p<0.01), actuando estas variables como factores de predicción para pertenecer a este grupo. Tras controlar la edad (p<0.271) y el comportamiento de la mujer durante las agresiones (ignorar o no ignorar al agresor) (p<0.296) las primeras variables siguen actuando como factores de resiliencia en estas mujeres. No existe influencia del apoyo social percibido (p<0.162) ni de los tratamientos farmacológicos recibidos (p<0.937). Las estrategias de afrontamiento fueron eliminadas en el paso 1 del análisis al no ejercer ninguna influencia sobre estas mujeres (p<0.597) (ver Tabla 6 y Figura 1).

El modelo se considera aceptable, Hosmer-Lemeshow no significativo, p= 0.90 y el porcentaje global pronosticado por estas variables es del 82.2%.

Tabla 6. Resumen del modelo de regresión logística a tres pasos para el grupo IPV sin síntomas con el parámetro estimado (B), la estimación de la OR con su IC al 95% y la significación estadística obtenida

PASO 1	B	OR	IC 95%	Valor p
			1.05-	
Cortisol	3.02	20.54	403.662	0.05
Personalidad	2.18	8.85	2.76-28.33	0.001
Salud física	-0.13	0.88	0.81-0.96	0.01
Afrontamiento				n.s.
PASO 2				
Cortisol				0.05
Personalidad				0.001
Salud física				0.01
Edad				n.s.
Ignorar agresor				n.s.
PASO 3				
Cortisol				0.05
Personalidad				0.001
Salud física				0.01
Apoyo social				n.s.
Tratamiento farmacológico				n.s.



***p<0.001; **p<0.01; *p<0.05

Figura 1. Modelo de regresión logística lineal para el grupo IPV sin síntomas

Grupo IPV con depresión (Ver Tabla 7)

Tabla 7. Resumen del modelo de regresión logística a tres pasos para el grupo IPV con depresión con el parámetro estimado (B), la estimación de la OR con su IC al 95% y la significación estadística obtenida.

PASO 1	B	OR	IC 95%	p
Cortisol	-2.76	0.06	0.1-0.4	0.01
Personalidad				n.s.
Salud física				n.s.
Afrontamiento				n.s.
PASO 2				
Cortisol				0.01
Edad				n.s.
Ignorar agresor	-0.88	0.41	0.17-0.99	0.05
Sexo forzado				n.s.
PASO 3				
Cortisol				0.05
Ignorar agresor				0.05
Apoyo social				n.s.
Tratamiento farmacológico				n.s.

Para el grupo IPV con depresión encontramos que poseer bajos niveles de cortisol por la mañana (OR=0.068;p<0.006) e ignorar al agresor durante las agresiones (OR=0.41;p<0.047) actúan como factores predictivos de que estas mujeres pertenezcan a este grupo. La edad (p<0.182) y la posibilidad de haber sido forzadas a mantener sexo en la edad adulta (no por la pareja sentimental) (p<0.997) no influyen sobre los resultados. Por último, los resultados tampoco se modifican por el tratamiento farmacológico recibido (p<0.538) o por el apoyo social percibido (p<0.147). Las estrategias de afrontamiento utilizadas (p<0.447), el estilo de personalidad (0.099) y el estado de salud física (p<0.328) no predicen la incidencia de depresión en estas mujeres (ver Tabla 7 y Figura 2).

El modelo se considera aceptable, Hosmer-Lemeshow no significativo, $p= 0.09$ y el porcentaje global pronosticado por estas variables es del 65.3%.

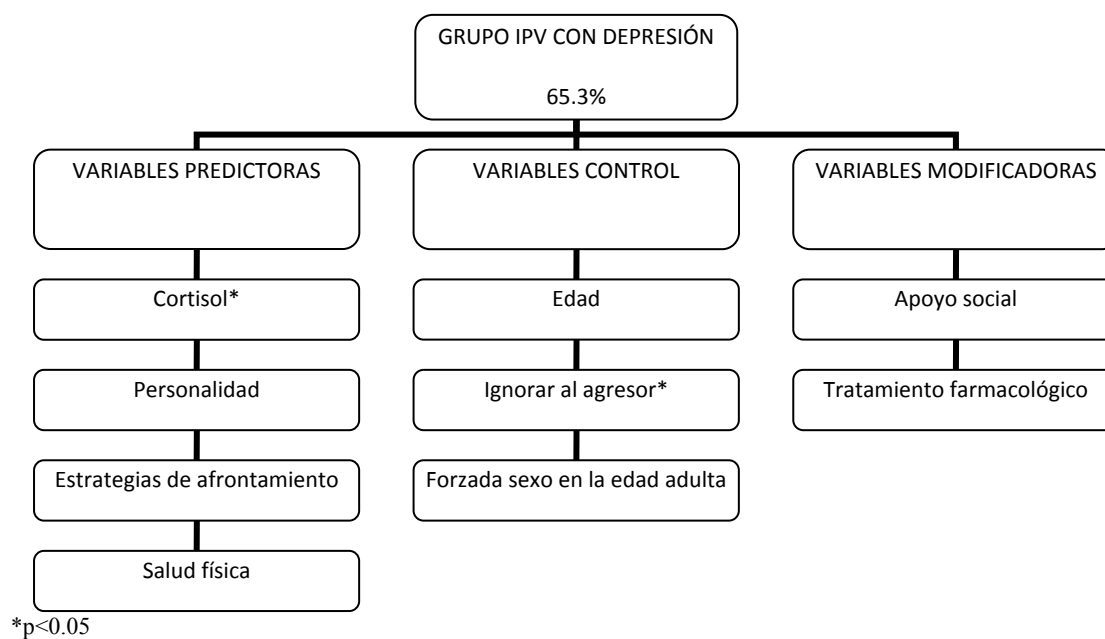


Figura 2. Modelo de regresión logística lineal para el grupo IPV con depresión

Grupo IPV con depresión/PTSD (Ver Tabla 8)

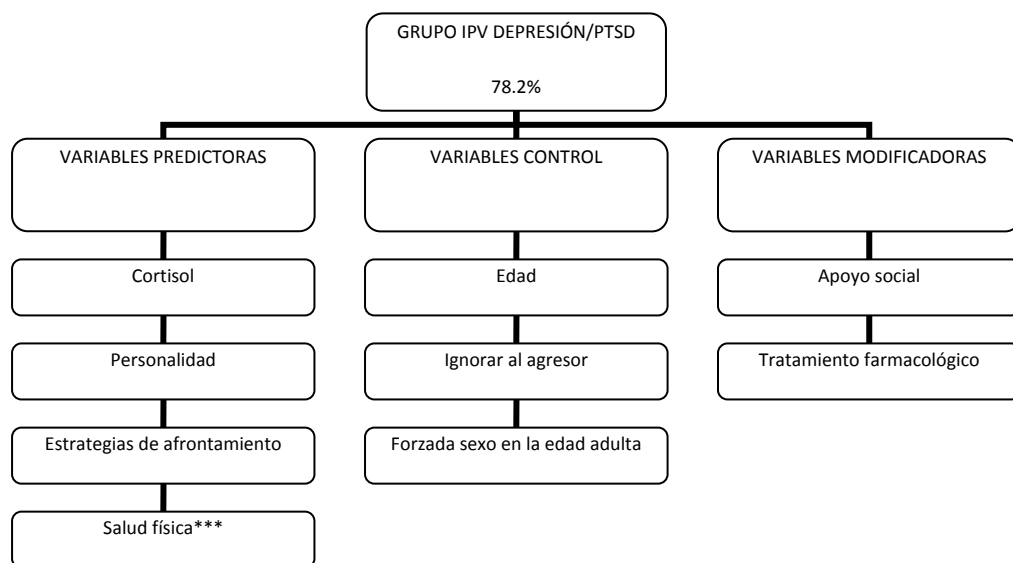
Por último, en el grupo IPV con depresión/PTSD únicamente se ha encontrado relación con la variable salud física, hallándose que el poseer un peor estado de salud actúa como un factor de riesgo en estas mujeres ($OR=1.181;p<0.001$) sin existir influencia del resto de variables predictoras: estrategias de afrontamiento ($p<0.210$), niveles de cortisol matutinos ($p<0.128$) y estilo de personalidad ($p<0.130$). Se han controlado la edad ($p<0.370$), el comportamiento de la mujer durante las agresiones ($p<0.068$) y el haber sido forzada a mantener sexo en la edad adulta ($p<0.093$). Los resultados no se modifican tampoco por el tratamiento farmacológico recibido ($p<0.859$) ni por el apoyo social percibido ($p<0.679$) (ver tabla 8 y Figura 3).

Resultados

Tabla 8. Resumen del modelo de regresión logística a tres pasos para el grupo IPV con depresión/PTSD con el parámetro estimado (B), la estimación de la OR con su IC al 95% y la significación estadística obtenida.

PASO 1	B	OR	IC 95%	p
Cortisol				n.s.
Personalidad				n.s.
Salud física	0.16	1.18	1.08-1.28	0.001
Afrontamiento				n.s.
PASO 2				
Salud física				0.001
Edad				n.s.
Ignorar agresor				n.s.
Sexo forzado				n.s.
PASO 3				
Salud física				0.001
Apoyo social				n.s.
Tratamiento farmacológico				n.s.

El modelo se considera aceptable, Hosmer-Lemeshow no significativo, $p= 0.89$ y el porcentaje global pronosticado por estas variables es del 78.2%.



*** $p<0.001$

Figura 3. Modelo de regresión logística lineal para el grupo IPV con depresión/PTSD.

3.8.4. DISCUSION

Los principales resultados encontrados en este trabajo con respecto a las estrategias de afrontamiento nos muestran que, si bien algunas de ellas son utilizadas con una mayor frecuencia por las mujeres de unos grupos que de otros, éstas no suponen un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología de depresión o de PTSD. Así, las estrategias de afrontamiento más empleadas por las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD han sido las de autofocalización negativa, evitación, religión y búsqueda de apoyo profesional. Las más empleadas por el grupo IPV con depresión han sido las de autofocalización negativa, evitación, expresión emocional abierta, religión y búsqueda de apoyo profesional. Las mujeres del grupo IPV sin síntomas emplean con mayor frecuencia las de evitación, religión y búsqueda de apoyo profesional. Las diferencias en su uso se producen siempre con respecto a las mujeres del grupo control.

Trabajos previos han encontrado usos similares de este tipo de estrategias en víctimas de violencia de pareja, como Lilly y cols. (2014), los cuales hallaron que el uso de la religiosidad como estrategia de afrontamiento predecía la presencia de síntomas de PTSD, siendo en nuestro trabajo las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD las que emplean con mayor frecuencia esta estrategia con respecto al resto de los grupos. Flicker y cols. (2012) no encontraron relación entre las estrategias de afrontamiento y una menor incidencia de síntomas mentales. Sin embargo, tres tipos de estrategia de afrontamiento estuvieron relacionadas con un aumento de estrés. Así, aquellas mujeres que empleaban el abandono, la negación y la autoculpabilización como estrategias de afrontamiento tenían con mayor probabilidad síntomas de depresión y PTSD (Flicker y cols., 2012; Wong y cols., 2015). Hellmuth y cols. (2014b) encontraron que el uso de estrategias de afrontamiento de tipo evitativo estaba relacionado con una mayor incidencia de depresión, siendo también en nuestro trabajo las mujeres del grupo IPV con depresión las que con mayor frecuencia emplean esta estrategia.

Sin embargo, como se ha apuntado anteriormente, los análisis de regresión logística realizados nos han mostrado que son otras variables las que predicen la

presencia o ausencia de patología mental en estas mujeres, no ejerciendo las estrategias de afrontamiento ninguna influencia en este sentido.

En cuanto al apoyo social, los análisis de contingencia nos muestran que son las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD las que menor apoyo social perciben por parte de su entorno, resultados coincidentes con los obtenidos en la literatura revisada (Bradley, Schwartz y Kaslow, 2005; Coker y cols., 2005; Dougé y cols., 2014), encontrándose en estos estudios una relación inversa entre el PTSD y el apoyo social. De este modo, aunque en nuestro trabajo el apoyo social ha aparecido como un posible factor de riesgo o protección para los grupos IPV con depresión/PTSD e IPV sin síntomas, al realizar los análisis bivariantes esta asociación pierde su influencia en interacción con las otras variables incluidas, posibilidad que ya han postulado con anterioridad otros autores (Bradley y cols., 2005; Dougé y cols., 2014; Hébert y cols., 2014; Pérez y Johnson, 2008). En este mismo sentido, Coker y cols. (2003) encontraron que el apoyo social moderaba el impacto de la violencia sobre la salud de las mujeres, si bien al mismo tiempo hallaron que estos resultados no se mantenían para todos los tipos de apoyo social, de tal manera que estos autores postularon que el apoyo social mitigaba los efectos de la violencia cuando se empleaban estrategias de afrontamiento de tipo activo. Resultados similares han sido encontrados por otros autores (Camacho y cols., 2012), cuyos análisis determinaron que el apoyo social se asociaba con unas variables (comportamientos prosociales recibidos por el grupo de iguales) pero no influía sobre otras (cantidad de apoyo social buscado).

En contra de nuestras hipótesis, para las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD ha sido el deterioro en su estado de salud física el factor de riesgo encontrado, siendo más relevante que la posible influencia de su respuesta hormonal, de la presencia de patología mental asociada o del estilo de afrontamiento empleado. Foa y cols. (2000) encontraron, en un estudio de revisión que la literatura previa determinaba que un peor estado de salud física estaba relacionado con un peor estado de salud psicológica, lo cual podría explicar, en nuestro caso, la aparición del cuadro clínico

comórbido. Así, aunque en el Estudio 1 de esta Tesis se encontró que estas mujeres presentaban un mayor número de sintomatología mental asociada, el análisis de regresión efectuado ha mostrado que el deterioro presentado en su salud física aumenta su probabilidad de pertenencia en este grupo independientemente del deterioro que pudieran presentar en su estado mental.

En cuanto al grupo IPV con depresión las estrategias de afrontamiento tampoco determinan sus diferencias individuales, siendo su respuesta hormonal el mayor predictor de la pertenencia de las mujeres a este grupo, confirmando estos resultados los que ya fueron expuestos en el Estudio 3 de esta Tesis. Asimismo, hemos observado que estas mujeres son las que utilizan con mayor frecuencia, con respecto a las mujeres de los otros grupos, la estrategia de afrontamiento evitativa, resultando ello coherente con que la actitud de ignorar al agresor durante las agresiones también aparezca como un factor predictivo de la pertenencia de las mujeres a este grupo. García-Linares (2005) encontró con respecto a esta estrategia de afrontamiento que su uso resultó saludable cuando las mujeres experimentaban altos niveles de violencia psicológica. En contraposición, Hellmuth y cols. (2014b) encontraron que el uso de un estilo de afrontamiento evitativo estaba asociado a una mayor severidad en los síntomas de depresión y PTSD. En nuestro trabajo las mujeres del grupo IPV con depresión son las que experimentan depresión en un nivel leve, en su mayoría, considerándose por tanto que la actitud de ignorar al agresor como una posible estrategia de afrontamiento evitativa pudiera resultar en un factor de protección para el desarrollo de una mayor patología física o mental o en un factor de riesgo para su recuperación.

Por último, hemos encontrado que las mujeres del grupo IPV sin síntomas pueden encontrarse protegidas al desarrollo de sintomatología clínica por una adecuada respuesta psicobiológica frente a las situaciones estresantes, presentando una buena respuesta hormonal, un buen estado de salud física y ausencia de patología mental asociada (ver estudios 1, 2 y 3 de la presente Tesis), variables que ya aparecen en la literatura como posibles factores de protección frente a los efectos negativos de la violencia (Coker y cols., 2005; Foa y cols., 2000).

A pesar de que las estrategias de afrontamiento no han resultado significativas para ninguno de los tres grupos, hemos observado que han sido variables de muy diversa naturaleza las que están influyendo en las diferencias individuales de cada uno de los perfiles. Por ello se considera que esta variabilidad podría estar indicando que sean otros factores personales los que estén mediatizando el riesgo de estas mujeres a desarrollar la sintomatología de depresión y PTSD (Hébert y cols., 2014; Foa y cols., 2000). Posteriores análisis deberán ir, por tanto, encaminados hacia el análisis de nuevas variables que nos aporten más información acerca de los distintos y variados perfiles mostrados por las mujeres víctimas de violencia de pareja.

3.9. ESTUDIO 5: INFLUENCIA DE LAS HABILIDADES SOCIALES COMO FACTOR DE RIESGO O DE PROTECCIÓN EN LAS DIFERENCIAS INDIVIDUALES EN EL DESARROLLO DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y SU COMORBILIDAD CON EL PTSD EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE PAREJA

3.9.1. INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja ha mostrado tener un impacto negativo sobre la salud mental de las mujeres, siendo los trastornos más frecuentemente presentados por las víctimas de este tipo de violencia la depresión y el PTSD (Campbell y cols., 2002; Blasco-Ros y cols., 2010; Nixon y cols., 2004; Amor y cols., 2002; García-Linares y cols., 2004; Hansen y cols., 2014; Houry y cols., 2006; Nathanson y cols., 2012; Picó-Alfonso y cols., 2004, 2006). Sin embargo, no todas las mujeres manifiestan el mismo deterioro en su estado mental ante la vivencia de estas experiencias, encontrándose que existen diferencias individuales entre ellas que las predisponen o protegen al desarrollo de psicopatología (Iverson y cols. 2013; Foa y cols., 2000; Sayem y cols., 2013). Entre dichas diferencias individuales podemos hallar la presencia de factores de riesgo o de protección en las mujeres.

Factores de riesgo y de protección

Los factores de riesgo han sido descritos en la literatura como aquellos estresores que aumentan la probabilidad de generar un desajuste en la persona que los experimenta (revisado por Becoña, 2006). Los factores de riesgo más frecuentemente encontrados en las víctimas de violencia de pareja han sido haber sufrido abusos durante la infancia (García-Linares y cols. 2005; Becker y cols., 2010; Picó-Alfonso y cols., 2008; Coker y cols., 2003), poseer un estilo de apego inseguro (probablemente asociado

con vivencias traumáticas tempranas) (Capraro y cols., 2014; La Flair y cols., 2015) y ciertas características subjetivas de las mujeres como mantener una actitud pasiva frente a los problemas o un estilo desadaptativo de personalidad (Sánchez-Lorente, 2009; Lilly y cols., 2014; Patró-Hernández y cols., 2007; Martínez-Torteya y cols., 2009).

Por el contrario, los factores de protección han sido definidos como aquellos que facilitan una adaptación adecuada frente a dichas situaciones estresantes (revisado por Becoña, 2006). Los más reconocidos han sido el apoyo social (Iacovello y Charney, 2014; Coker y cols., 2003, 2005; Dougé y cols., 2014; Hansen y cols., 2014; Blasco-Ros y cols., 2010; Sayem y cols., 2013, Iverson y cols., 2013), el nivel socioeconómico (Dougé y cols., 2014; Comeau y Davies, 2012; Kimerling y cols., 2009; Coker y cols., 2005; López-Fuentes y Calvete, 2015), el uso de estrategias de afrontamiento de tipo activo (García-Linares, 2005; Iverson y cols., 2013; Wong y cols., 2015) o ciertas características personales de las mujeres (positividad, flexibilidad adaptativa, buena autoestima) que favorecen que adopten una actitud resiliente frente a la adversidad (Foa y cols., 2000; Iacovello y Charney, 2014; López-Fuentes y Calvete, 2015).

Modelo de resiliencia

El constructo de resiliencia ha sido definido como la habilidad de adaptarse y recuperarse a las circunstancias adversas (Foa y cols., 2000; Sheppard y Clibbens, 2015). La operativización del constructo incluye las siguientes variables: el optimismo, la autoestima, la flexibilidad y la salud física (Foa y cols., 2000; Iacovello y Charney, 2014; López-Fuentes y Calvete, 2015), incrementándose la resiliencia por la presencia de esquemas cognitivos positivos (Foa y cols., 2000). Estos autores postulan que el constructo de esquemas cognitivos positivos incluye tres variables: una concepción del mundo equilibrada, un afrontamiento positivo y la percepción de control sobre sus vidas. Kuijpers y cols. (2011) encontraron, además, que la calidad de vida y el apoyo social eran indicadores de una buena resiliencia en mujeres víctimas de violencia de pareja, pudiendo ser consideradas estas variables como factores de protección de las mujeres que mitigarían el efecto negativo de la violencia sobre su estado de salud.

Para Sheppard y Clibbens (2015), la resiliencia es una habilidad que se puede aprender, siendo las habilidades sociales las que juegan una labor importante a este respecto, ya que un incremento en los comportamientos prosociales disminuye el deterioro emocional y propicia el uso de efectivos recursos personales.

Habilidades sociales

Las habilidades sociales están compuestas de varios tipos de comportamientos interpersonales que son necesarios para una adecuada competencia social como la empatía, el autocontrol, la cortesía, la asertividad, la confianza social y el acercamiento afectivo (Del Prette, 2009; Del Prette, Prette, de Oliveira, Gresham y Vance, 2012).

La literatura encontrada en relación con las habilidades sociales es escasa y la que se ha hallado es muy heterogénea en cuanto al tipo de muestra evaluada (p.ej. médicos residentes, Pereira-Lima y Loureiro, 2015; lesionados medulares, Müller y cols., 2015; mujeres enfermas de bulimia, Grissett y Norvell, 1992; diagnosticados de trastorno de ansiedad social, Beidel, Alfano, Kofler, Rao, Scharfstein y Wong-Sarver, 2014) o el método de evaluación empleados (p. ej. el Social Skills Inventory (SSI-Del-Prette, 2001) en Pereira-Lima y Loureiro, 2015; Müller y cols., 2015; y el Social Interactions Scale (SIS) de Abbey, Abramis y Caplan (1985), en Grissett y Norvell, 1992).

Sin embargo, una de las muestras más estudiadas en habilidades sociales es la población adolescente (Sheppard y Clibbens, 2015; Ometto y cols., 2015; Anguiano-Serrano, Vega-Valero, Nava-Quiroz y Soria-Trujano, 2010) entre cuyos estudios se han hallado algunos estudios realizados sobre adolescentes víctimas de violencia de pareja (Camacho y cols., 2012; Maas y cols., 2010). En general, los resultados de estas investigaciones determinan que un déficit en habilidades sociales puede predisponer al desarrollo de psicopatología (Pereira-Lima y Loureiro, 2015; Cooley, Van Buren y Cole, 2010; Müller y cols., 2015), considerándose por tanto que unas adecuadas

habilidades sociales actúan como un factor de protección frente a la vulnerabilidad emocional (Sheppard y Clibbens, 2015).

Hasta donde tenemos conocimiento no se ha encontrado bibliografía en relación con las habilidades sociales de las mujeres víctimas de violencia de pareja. Los únicos trabajos hallados en este sentido son los de Camacho y cols. (2012) y Maas y cols. (2010) realizados sobre víctimas de violencia adolescentes, estableciéndose en ambos que los vínculos parentales y las habilidades sociales protegen a los adolescentes de sufrir violencia de pareja y favorecen que establezcan adecuadas redes de apoyo social.

El objetivo del presente trabajo va a ser determinar si las habilidades sociales de las mujeres víctimas de violencia de pareja actúan como un posible factor de riesgo o de protección para el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD.

3.9.2. MATERIAL Y MÉTODOS

3.9.2.1. SUJETOS

La muestra de este trabajo está compuesta por 145 mujeres, de las cuales 108 fueron víctimas de violencia de pareja. Las 37 mujeres restantes nunca sufrieron violencia de pareja, conformando el grupo control.

Las mujeres víctimas de violencia de pareja han sido distribuidas en tres grupos en función de la gravedad de los síntomas de depresión que presentaban y la presencia/ausencia de PTSD: **1)** Grupo IPV sin síntomas, mujeres víctimas de violencia de pareja que no presentan síntomas de depresión ni cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=30), **2)** Grupo IPV con depresión, mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan síntomas de depresión pero no cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=50) y **3)** Grupo IPV con depresión/PTSD, mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan síntomas de depresión y además cumplen criterios diagnósticos de PTSD (n=28). Ninguna de las mujeres que conforman el grupo control (n=37) presenta

síntomas clínicamente significativos de depresión ni cumple criterios diagnósticos de PTSD.

3.9.2.2. PROCEDIMIENTO

La nueva variable introducida en este estudio han sido las habilidades sociales, las cuales han sido evaluadas mediante la Escala Multidimensional de Expresión Social-Parte Cognitiva (EMES-C) de Caballo, V.E. (1997), la cual ha sido explicada con detalle en el apartado 2.3.6.3. de la presente Tesis Doctoral. Complementariamente han sido añadidas otras variables relacionadas con las características de la violencia, la salud mental, la salud física y el sistema endocrino de las mujeres, las cuales han sido descritas a lo largo del presente trabajo y que serán especificadas en los epígrafes siguientes.

3.9.2.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos de las mujeres fueron introducidos en una base de datos utilizando para ello el programa estadístico SPSS, versión 19 y posteriores.

Las medias de la puntuación total y de cada factor de la escala de habilidades sociales fueron comparadas entre los cuatro grupos empleando el análisis de la varianza (ANOVA). La prueba Post-Hoc aplicada fue Bonferroni.

El siguiente objetivo fue operativizar un modelo para testar mediante un análisis de regresión logística binaria si las habilidades sociales son un factor de riesgo o de protección en estas mujeres, tal y como se hizo en el estudio 4 de la presente Tesis (epígrafe 3.8.2.4.) donde se detallan los análisis estadísticos efectuados para escoger las variables que con mayor probabilidad nos pudieran predecir la pertenencia de las mujeres a cada uno de los grupos.

En el presente estudio se han añadido las habilidades sociales, habiéndose efectuado análisis de correlación entre ellas para escoger la habilidad más potente para introducir en el modelo que se propondrá más adelante. Para ello se empleó el coeficiente de correlación de Pearson.

Tras observar las variables con mayor poder predictivo (ver Tabla 3 del Estudio 4) se propuso un modelo (ver apartado siguiente) para efectuar un análisis de regresión logística binaria a tres pasos, utilizando el método hacia adelante. Dicho análisis se efectuó de manera independiente para cada uno de los grupos IPV, variando en cada ocasión la variable dependiente (grupo IPV sin síntomas, grupo IPV con depresión, grupo IPV con depresión/PTSD). Las mujeres del grupo control fueron excluidas de estos análisis ya que el objetivo de estos análisis es la detección de las variables que determinan las diferencias individuales entre las mujeres víctimas de violencia de pareja.

3.9.3. RESULTADOS

La evaluación de las **habilidades sociales** ha proporcionado los siguientes resultados:

Los análisis estadísticos efectuados sobre los 12 factores de las habilidades sociales indican que existen diferencias significativas entre las medias de los grupos en 11 de dichos factores, siendo el Factor 12 (Asunción de carencias propias) el único que no ofrece diferencias entre los grupos: Factor 1 [F (3, 1177.44)= 10.53; p<0.001], Factor 2 [F (3, 180.30)= 13.54; p<0.001], Factor 3 [F (3, 80.95)= 8.61; p<0.001], Factor 4 [F (3, 62.47)= 3.47; p<0.01], Factor 5 [F (3, 196.61)= 12.85; p<0.001], Factor 6 [F (3, 130.89)= 10.77; p<0.001], Factor 7 [F (3, 119.28)= 9.84; p<0.001], Factor 8 [F (3, 276.64)= 22.04; p<0.001], Factor 9 [F (3, 78.28)= 6.43; p<0.001], Factor 10 [F (3, 143.77)= 14.6; p<0.001], Factor 11 [F (3, 40.17)= 10.05; p<0.001], Factor 12 [F (3, 12.29)= 2.39; n.s.] (Ver Tabla 1). Las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD obtienen puntuaciones medias significativamente superiores con respecto a las mujeres

del grupo IPV con depresión en 8 factores, con respecto a las mujeres del grupo IPV sin síntomas en 10 factores y con respecto a las mujeres del grupo control en los 11 factores. Por tanto, son las mujeres víctimas de violencia de pareja con comorbilidad depresión/PTSD las que presentan un mayor déficit en sus habilidades sociales. Las puntuaciones medias de la escala total y de cada uno de los factores se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Puntuación media total y de cada uno de los 12 factores de la Escala EMES-C de Habilidades Sociales para las mujeres de los grupos control, IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD

Grupo	Control	IPV sin síntomas	IPV Depresión	IPV Depresión/PTSD	p
	n=37	n=30	n=50	n=28	
Punt. Total	43.71(29.82)	48.77(26.96)	64.02(27.01)**	96.74(32.73)*** / aaa/^^^	.001
Factor 1	11.78(±10.20)	11.83(±9.35)	15.58(±10.54)	25.18(±12.22)*** / aaa/^^	.001
Factor 2	3.67(±3.59)	4.37(±3.96)	6.1(±3.47)**	9.18(±3.68)*** / aaa/^^	.001
Factor 3	4.62(±3.13)	4.67(±2.5)	6.22(±2.94)	8.07(±3.69)*** / aaa	.001
Factor 4	6.57(±4.77)	7.10(±4.64)	7.28(±3.91)	9.82(±3.60)**	.01
Factor 5	2.81(±3.91)	3.80(±3.01)	4.90(±4.13)	8.64(±4.35)*** / aaa/^^^	.001
Factor 6	3.13(±3.33)	3.67(±3.25)	5(±3.62)	7.78(±3.67)*** / aaa/^^	.001
Factor 7	3.78(±3.62)	4.03(±3.67)	5.28(±3.28)	8.14(±3.44)*** / aaa/^^	.001
Factor 8	3.19(±3.75)	6.03(±3.65)**	7.51(±3.66)***	10.42(±2.70)*** / aaa/^^	.001
Factor 9	2.81(±3.4)	3.33(±3.08)	4.4(±3.6)	6.43(±3.8)*** / aa	.001
Factor 10	2.13(±3.01)	3.33(±2.60)	3.98(±3.36)*	7.21(±3.40)*** / aaa/^^^	.001
Factor 11	2.38(±1.77)	2.60(±1.65)	3.38(±2.16)	4.93(±2.29)*** / aaa/^^	.001
Factor 12	3.73(±2.48)	3.83(±2.03)	3.94(±2.38)	5.11(±1.95)	n.s.

Factor 1: Temor a la expresión en público y a enfrentarse con superiores

Factor 2: Temor a la desaprobación de los demás al expresar sentimientos negativos y al rechazar peticiones

Factor 3: Temor a hacer y recibir peticiones

Factor 4: Temor a hacer y recibir cumplidos

Factor 5: Preocupación por la expresión de sentimientos positivos y la iniciación de interacciones con el sexo opuesto

Factor 6: Temor a la evaluación negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas

Factor 7: Temor a una conducta negativa por parte de los demás en la expresión de conductas positivas

Factor 8: Preocupación por la expresión de los demás en la expresión de sentimientos

Factor 9: Preocupación por la impresión causada en los demás

Factor 10: Temor a expresar sentimientos positivos

Factor 11: Temor a la defensa de los derechos

Factor 12: Asunción de posibles carencias propias

*** p<0.001; ** p<0.01; Difiere del grupo control

aaa p<0.001; aa p<0.01; Difiere del grupo IPV sin síntomas

^^^ p<0.001; ^^ p<0.01; Difiere del grupo IPV depresión

Modelo de regresión logística binaria

En la Tabla 3 del Apartado 3.8.3. del Estudio 4 de la presente Tesis Doctoral se muestran los resultados de los análisis bivariantes realizados con todas las variables significativas del trabajo que estamos llevando a cabo. En la Tabla 2 de este Estudio se vuelven a mostrar los resultados de dichos análisis en relación con las habilidades sociales significativas por ser esta variable el principal objeto de análisis en el presente Estudio. A partir de este punto han sido eliminadas las mujeres del grupo control.

Tabla 2. Resultados de los análisis bivariantes realizados entre las habilidades sociales para cada uno de los grupos (IPV sin síntomas, IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD), con sus Odds Ratio (OR) y sus intervalos de confianza (IC)

VARIABLE	Grupo IPV sin síntomas n=30	Grupo IPV depresión n=50	Grupo IPV depresión/PTSD n=28
	OR (95% IC)	OR (95% IC)	OR (95% IC)
HHSS TOTAL	0.97 (0.95-0.99)***	0.99 (0.98-1.00)	1.05 (1.03-1.07)***
HHSS 1	0.94 (0.9-0.98)**	0.98 (0.95-1.01)	1.09 (1.04-1.14)***
HHSS 2	0.81 (0.71-0.93)**	0.97 (0.88-1.06)	1.28 (1.13-1.46)***
HHSS 3	0.77 (0.66-0.91)**	0.99 (0.88-1.11)	1.27 (1.09-1.48)**
HHSS 4	0.94 (0.85-1.04)	0.94 (0.85-1.03)	1.17 (1.05-1.32)**
HHSS 5	0.86 (0.76-0.96)**	0.93 (0.85-1.02)	1.26 (1.13-1.42)***
HHSS 6	0.83 (0.72-0.95)**	0.96 (0.86-1.06)	1.27 (1.11-1.44)***
HHSS 7	0.83 (0.72-0.95)**	0.95 (0.85-1.05)	1.29 (1.13-1.48)***
HHSS 8	0.83 (0.73-0.94)**	0.97 (0.87-1.07)	1.35 (1.14-1.58)***
HHSS 9	0.86 (0.75-0.98)*	0.97 (0.87-1.07)	1.19 (1.06-1.35)**
HHSS 10	0.85 (0.73-0.97)*	0.90 (0.80-1.01)	1.38 (1.17-1.61)***
HHSS 11	0.73 (0.58-0.92)**	0.93 (0.78-1.11)	1.49 (1.19-1.85)***

*** p<0.001; ** p<0.01; * p<0.05

Seguidamente se realizaron análisis de correlación entre cada uno de los factores de la escala de habilidades sociales y la puntuación media total de la Escala (ver Tabla 3) con el objetivo de poder escoger la habilidad social con mayor poder predictivo para introducirla en el modelo de regresión logística posterior.

Tabla 3. Correlaciones entre la puntuación media total de la escala de habilidades sociales (EMES-C) y de cada uno de sus factores

	HHSS1	HHSS2	HHSS3	HHSS4	HHSS5	HHSS6	HHSS7	HHSS8	HHSS9	HHSS10	HHSS11	HHSS12
TOTAL	0.87***	0.69***	0.57***	0.58***	0.78***	0.77***	0.77***	0.56***	0.70***	0.74***	0.55***	0.57***

***p<0.001

Como puede observarse la puntuación media total de la Escala correlaciona positiva y significativamente con las puntuaciones medias de todas las subescalas. Por tanto, ha sido la puntuación media total la escogida para introducir en el modelo.

En cuanto a las correlaciones entre las habilidades sociales y las estrategias de afrontamiento (expuestas en el Estudio 4) se muestran en la Tabla 4. En este caso se ha decidido emplear únicamente la variable coping 9 (Búsqueda de apoyo profesional) al estar relacionada la variable coping 2 con las habilidades sociales.

Tabla 4. Correlaciones entre la puntuación media total de la escala de habilidades sociales (EMES-C) y los factores 2 y 9 de la escala de afrontamiento (EEC-R)

	COPING 2	COPING 9
HHSS		
TOTAL	0.30**	0.13

**p<0.01

El resto de variables han sido expuestas a lo largo de la presente Tesis Doctoral. Tras los análisis efectuados sobre todas ellas se ha propuesto el siguiente modelo para realizar un análisis de regresión lineal logística en tres pasos:

- *Paso 1/VARIABLES predictoras:* habilidades sociales (puntuación media total), respuesta hormonal (cortisol am), ansiedad y estado de salud física (puntuación media del número total de síntomas físicos).
- *Paso 2/VARIABLES control:* Edad, comportamiento de la mujer durante las agresiones (ignorar al agresor), y haber sido forzada a relaciones sexuales en la edad adulta (esta variable no ha sido introducida en el análisis del grupo IPV sin síntomas por existir 0 casos con esta circunstancia).
- *Paso 3/VARIABLES modificadoras:* Apoyo social y búsqueda de ayuda profesional (coping 9).

El primer análisis de regresión efectuado nos muestra que, en el paso 1, la variable ansiedad desaparece para los tres grupos. Por tanto, finalmente se decide efectuar un nuevo análisis eliminando esta variable al no ejercer ninguna influencia y restar potencia al resto de variables del modelo. Así, el paso 1 queda finalmente con las siguientes variables: habilidades sociales, cortisol am y salud física.

Este modelo de regresión logística binaria nos ha proporcionado los siguientes perfiles en función del grupo analizado:

Grupo IPV sin síntomas (Ver Tabla 5)

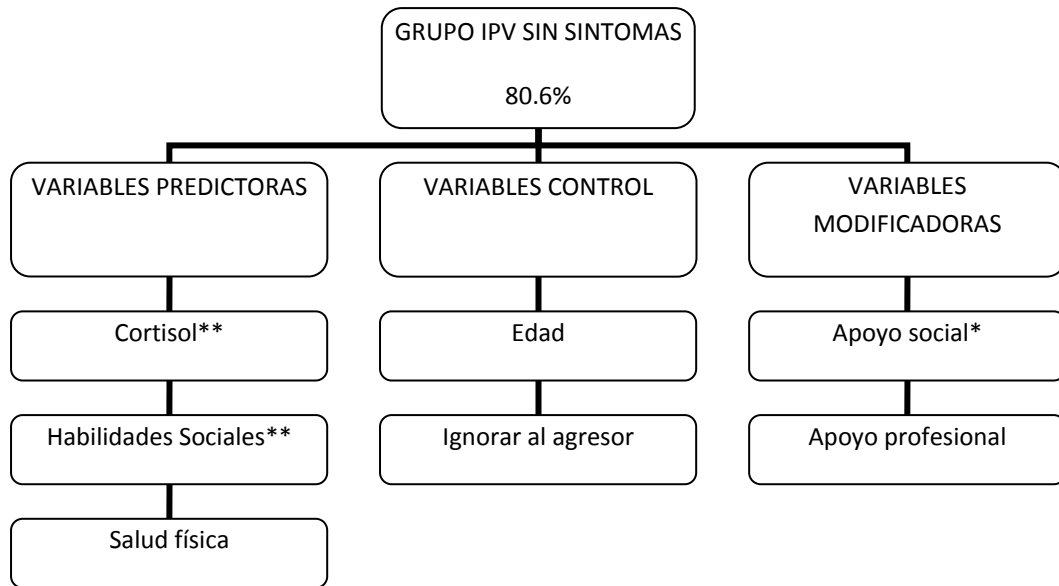
El grupo IPV sin síntomas posee unas buenas habilidades sociales (OR=0.973;p<0.01), altos niveles de cortisol por la mañana (OR=58.57;p<0.01), y adecuados niveles de apoyo social percibido (OR=5.26;p<0.05), actuando estas variables como factores de resiliencia en este grupo, controladas la edad (p<0.55) y el comportamiento de la mujer durante las agresiones (ignorar o no ignorar al agresor) (p<0.15). La búsqueda de apoyo profesional no ejerce ninguna influencia sobre estas mujeres (p<0.14). El estado de salud física se mantiene hasta el último paso, aunque

pierde la significación en ese punto ($p < 0.09$) al entrar en interacción con el apoyo social (ver Tabla 5 y Figura 1).

Tabla 5. Resumen del modelo de regresión logística a tres pasos para el grupo IPV sin síntomas con el parámetro estimado (B), la estimación de la OR con su IC al 95% y la significación estadística obtenida.

PASO 1	B	OR	IC 95%	p
			3.01-	
Cortisol	4.38	80.03	2126.84	0.01
Habilidades sociales	-0.03	0.97	0.95-0.99	0.01
Salud física	-0.08	0.92	0.85-0.99	0.05
PASO 2				
Cortisol				0.01
Habilidades sociales				0.01
Salud física				0.05
Edad				n.s.
Ignorar agresor				n.s.
PASO 3				
Cortisol				0.01
Habilidades sociales				0.01
Salud física				n.s.
Apoyo social	1.66	5.26	1.03-26.97	0.05
Apoyo profesional				n.s.

El modelo se considera aceptable, Hosmer-Lemeshow no significativo, $p = 0.75$ y el porcentaje global pronosticado por estas variables es del 80.6%.



**p<0.01; *p<0.05

Figura 1. Modelo de regresión logística lineal para el grupo IPV sin síntomas.

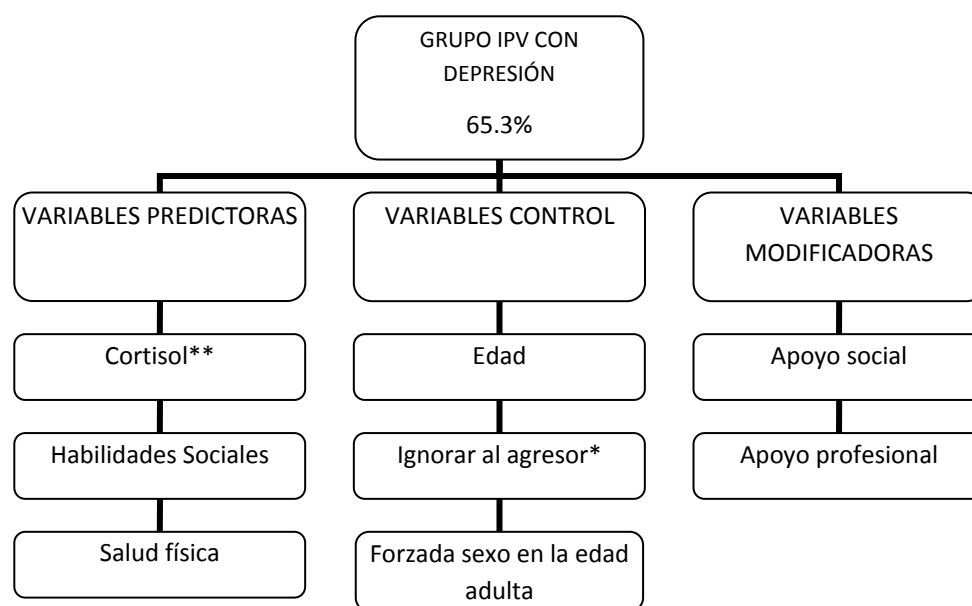
Grupo IPV con depresión (Ver Tabla 6)

Tabla 6. Resumen del modelo de regresión logística a tres pasos para el grupo IPV con depresión con el parámetro estimado (B), la estimación de la OR con su IC al 95% y la significación estadística obtenida.

PASO 1		B	OR	IC 95%	p
	Cortisol	-2.69	0.07	0.01-0.4	0.01
	Habilidades sociales				n.s.
	Salud física				n.s.
PASO 2					
	Cortisol				0.01
	Edad				n.s.
	Ignorar agresor	-0.88	0.41	0.17-0.99	0.05
	Sexo forzado				n.s.
PASO 3					
	Cortisol				0.01
	Ignorar agresor				0.05
	Apoyo social				n.s.
	Apoyo profesional				n.s.

Para el grupo IPV con depresión encontramos que poseer bajos niveles de cortisol por la mañana ($OR=0.08;p<0.01$) e ignorar al agresor durante las agresiones ($OR=0.41;p<0.05$) actúan como factores predictivos en estas mujeres. La edad ($p<0.12$) y la posibilidad de haber sido forzadas a mantener sexo en la edad adulta (no por la pareja sentimental) ($p<0.97$) no ejercen influencia sobre la incidencia de la sintomatología depresiva. Por último, los resultados no se modifican por el apoyo social percibido ($p<0.13$) o por la búsqueda de apoyo profesional ($p<0.55$). Las habilidades sociales ($p<0.15$) y el estado de salud física ($p<0.36$) tampoco influyen sobre la incidencia de depresión en estas mujeres (ver tabla 6 y Figura 2).

Este modelo resulta poco aceptable, Hosmer-Lemeshow significativo, $p= 0.04$ aunque el porcentaje global pronosticado por estas variables es del 65.3%.



** $p<0.01$; * $p<0.05$

Figura 2. Modelo de regresión logística lineal para el grupo IPV con depresión

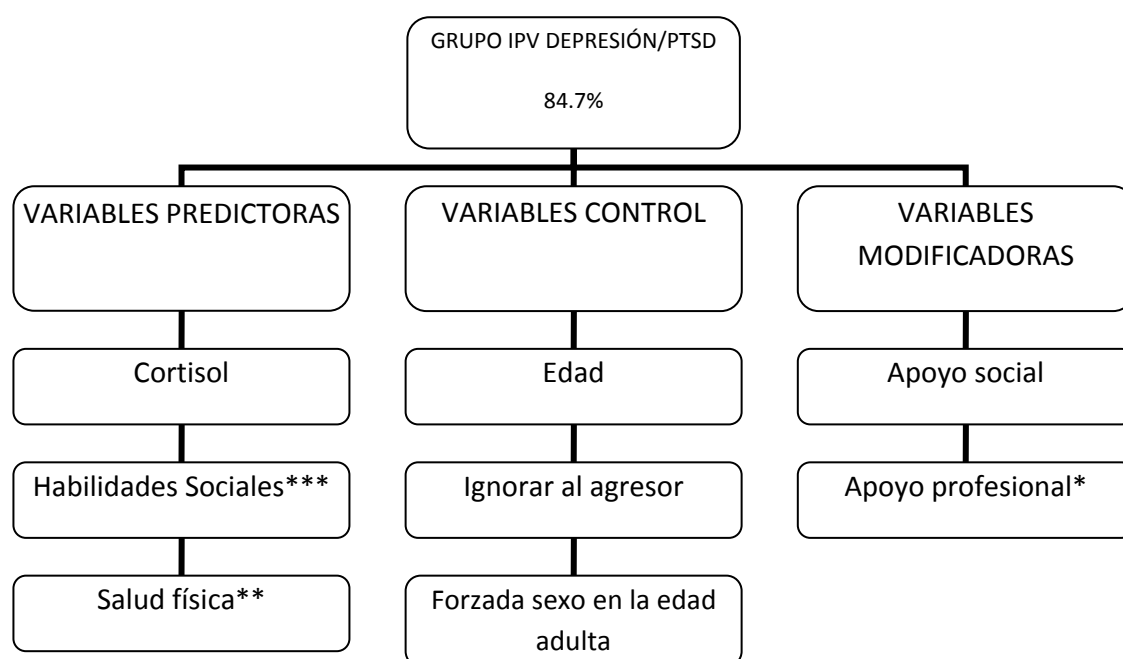
Grupo IPV con depresión/PTSD (Ver Tabla 7)

Tabla 7. Resumen del modelo de regresión logística a tres pasos para el grupo IPV con depresión/PTSD con el parámetro estimado (B), la estimación de la OR con su IC al 95% y la significación estadística obtenida

PASO 1	B	OR	IC 95%	p
Cortisol				n.s.
Habilidades sociales	0.04	1.04	1.02-1.07	0.001
Salud física	0.14	1.15	1.04-1.28	0.01
PASO 2				
Habilidades sociales				0.001
Salud física				0.01
Edad				n.s.
Ignorar agresor				n.s.
Sexo forzado				n.s.
PASO 3				
Habilidades sociales				0.001
Salud física				0.01
Apoyo social				n.s.
Apoyo profesional	0.09	1.1	1.001-1.2	0.05

Por último, en el grupo IPV con depresión/PTSD encontramos un déficit en sus habilidades sociales (OR=1.05;p<0.001) y un mal estado de salud física (OR=1.15;p<0.01) como factores de riesgo en estas mujeres. La búsqueda de apoyo profesional también aumenta la probabilidad de que las mujeres estén en este grupo (OR=1.1;p<0.05). No existe influencia de la edad (p<0.39), el comportamiento de la mujer durante las agresiones (p<0.17) y el haber sido forzada a mantener sexo en la vida adulta (p<0.17). Los resultados no se modifican por el apoyo social percibido (p<0.23) (ver Tabla 7 y Figura 3).

El modelo se considera aceptable, Hosmer-Lemeshow no significativo, $p= 0.82$ y el porcentaje global pronosticado por estas variables es del 84.7%.



*** $p<0.001$; ** $p<0.01$; * $p<0.05$

Figura 3. Modelo de regresión logística lineal para el grupo IPV con depresión/PTSD

3.9.4. DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos con respecto a las habilidades sociales de las mujeres víctimas de violencia de pareja evaluadas en este trabajo nos han mostrado que son aquellas que presentan comorbilidad depresión/PTSD las que poseen un mayor número de pensamientos negativos asociados a situaciones de interacción social y, por tanto, muestran un déficit en sus habilidades sociales. En contrapartida, las mujeres del grupo IPV sin síntomas poseen, en su mayoría, unas buenas habilidades sociales de modo similar a las mujeres del grupo control. Las mujeres del grupo IPV con depresión muestran niveles medios en sus habilidades sociales. Estos datos estarían en armonía

con la literatura científica previa la cual establece una estrecha relación entre unas pobres habilidades sociales o de comunicación y una mayor incidencia de sintomatología depresiva y de ansiedad (Pereira-Lima y Loureiro, 2015; Müller y cols., 2015; Cooley y cols., 2010; Beidel y cols., 2014).

La introducción de las habilidades sociales en nuestro modelo de regresión logística nos ha mostrado la potente influencia de esta variable en su interacción con el resto de variables de índole biopsicosocial. Así las habilidades sociales se han postulado como el más predictivo factor de riesgo o protección frente al desarrollo de depresión en comorbilidad con el PTSD, siendo esta característica personal mucho más relevante que las estrategias de afrontamiento o la incidencia de ansiedad en estas mujeres.

En las mujeres del grupo IPV sin síntomas encontramos que, junto con las habilidades sociales, éstas poseen una adecuada respuesta hormonal y unos buenos niveles de apoyo social, pudiendo afirmarse con estos resultados que estas mujeres poseen unas adecuadas características biopsicosociales (ajuste endocrino, características personales resilientes, adecuada red de apoyo social) que las protegen del desarrollo de psicopatología ante la vivencia de la violencia de pareja. Estos datos están en concordancia con aquellos estudios que proponen modelos de resiliencia, los cuales coinciden en señalar las características personales de índole positivo (optimismo, flexibilidad, asertividad, empatía), la salud física y el apoyo externo como las mayores variables protectoras y de adaptación frente a las situaciones adversas (Foa y cols., 2000; López-Fuentes y Calvete, 2015; Pereira-Lima y Loureiro, 2015; revisado por Kuijpers y cols., 2011). Por tanto, podría concluirse que las mujeres del grupo IPV sin síntomas poseen una adecuada resiliencia que las protege del desarrollo de patología mental.

En las mujeres del grupo IPV con depresión no existe influencia de las habilidades sociales en la incidencia de la sintomatología depresiva. Así, y confirmándose de nuevo los resultados obtenidos en nuestros estudios previos (ver estudios 3 y 4 de la presente Tesis Doctoral) en estas mujeres parece existir una alteración en su sistema endocrino que las predispone al desarrollo de depresión,

volviendo a ser su respuesta hormonal y su actitud frente a la violencia las variables que predicen su pertenencia en este grupo (ver Estudio 4). La persistencia de estos resultados parece estar confirmando la posible vulnerabilidad endógena de estas mujeres sin que exista influencia de factores estresantes externos, resultados similares a los ya encontrados por otros autores (Harris y cols., 2000; Goodyer y cols., 2000) quienes no hallaron relación entre la respuesta hormonal de sus pacientes depresivos y la experiencia de los eventos externos o la reacción psicológica frente a los mismos.

En las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD se observa un marcado déficit en sus habilidades sociales, el cual puede estar determinando, además, la gravedad con que se manifiesta la sintomatología que presentan. En nuestro estudio previo (Estudio 4) se obtuvo que su mal estado de salud física actuaba como factor de predicción en el desarrollo de la psicopatología manifestada. En dicho estudio se determinó que las estrategias de afrontamiento no influían sobre ello y se postuló que deberían ser otras variables las determinantes en este caso. Así, los resultados del presente estudio parecen indicar que esas otras variables pudieran ser las habilidades sociales, asociándose a su peor estado de salud física, su déficit en habilidades sociales y su mayor probabilidad de búsqueda de apoyo profesional (frente al pobre apoyo social percibido). La respuesta endocrina de estas mujeres no ejerce ninguna influencia.

En cuanto al apoyo social, éste ha sido propuesto en la literatura como un factor favorecedor de la recuperación de las mujeres (Blasco-Ros y cols., 2010; Sánchez-Lorente y cols., 2012; Coker y cols., 2003; Hansen y cols., 2014; Sayem y cols., 2013). Sin embargo, los resultados de este estudio parecen estar indicando que para poder recibir dicho apoyo social hay que estar predispuesto a recibirlo, lo cual únicamente facilitan unas adecuadas características personales. Por tanto, el apoyo social sólo funcionaría cuando la persona está preparada para buscarlo y recibirlo (Müller y cols., 2015; Grisset y Norvell., 1992; Sheppard y Clibbens, 2015; Camacho y cols., 2012), siendo precisamente las habilidades sociales las que favorecen el establecimiento y mantenimiento de relaciones sociales enriquecedoras (Sheppard y Clibbens, 2015; Müller y cols., 2015).

Aunque no han sido encontrado estudios previos que hayan evaluado las habilidades sociales en víctimas de violencia de pareja adultas, este tipo de estudios realizados sobre víctimas adolescentes establecen claramente que las habilidades sociales son un potente factor de protección frente a la violencia de pareja (Maas y cols., 2010; Camacho y cols., 2012), resultados que apoyarían los encontrados en este trabajo.

III. Discusión general

Características sociodemográficas de las mujeres según la incidencia de sintomatología depresiva y de PTSD

En cuanto a las características sociodemográficas de las mujeres, los análisis bivariantes realizados únicamente nos han mostrado que las variables vivir sola y no depender económicamente del agresor actúan como factores de protección para las mujeres del grupo IPV sin síntomas y que vivir con la familia extensa es un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva.

No obstante, entre las características más frecuentemente encontradas en cada uno de los grupos hemos hallado que las mujeres del grupo IPV sin síntomas no están casadas (63.3%), están separadas o divorciadas (43.3%), viven solas (20%), tiene un trabajo remunerado (53.3%), están percibiendo una pensión (10%), no conviven con el agresor (53.3%) y no dependen económicamente de él (83.3%). Las mujeres del grupo IPV con depresión están separadas o divorciadas (36%), dependen económicamente de alguien diferente al agresor (10%) y conviven con la familia extensa (16%). Y, por último, las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD perciben una pensión (7.2%) o poseen una invalidez (14.2%).

En base a estos resultados podríamos determinar que las mujeres del grupo IPV sin síntomas poseen una mayor independencia tanto a nivel económico como personal, pudiendo sugerirse que dicha independencia actuaría como un factor de protección frente al desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD. Depender de otros a nivel relacional supondría un factor de riesgo a desarrollar sintomatología depresiva. Las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD de nuestra muestra dependen de los recursos públicos asistenciales para su subsistencia económica. Estudios previos que han analizado las variables sociodemográficas de mujeres víctimas de violencia de pareja han establecido que poseer un bajo estatus socioeconómico supondría un factor de vulnerabilidad al desarrollo de trastornos clínicos, como la depresión o el PTSD (Comeau y Davies, 2012; Dougé y cols., 2014; Kimerling y cols., 2009). Coker y cols. (2005) establecieron que disponer de un elevado nivel socioeconómico actuaría como un factor de protección frente al desarrollo de PTSD. Aunque en nuestra muestra no ha

sido valorado el nivel socioeconómico de las mujeres, son las mujeres que disfrutaban de un trabajo remunerado las que se encuentran asintomáticas y las que dependen de otros o de los recursos públicos las que presentan la sintomatología depresiva y de PTSD.

Con respecto al estado civil, diferentes estudios postulan que no estar casada, ser viuda o estar separada/divorciada serían factores de riesgo para el desarrollo de depresión en las mujeres víctimas de violencia de pareja (Chuang y cols., 2012; Dougé y cols., 2014), resultados que no coinciden plenamente con los encontrados en nuestro trabajo. Por el contrario, el hallazgo de que las variables sociodemográficas no son determinantes para el desarrollo de la sintomatología depresiva y de PTSD es similar al encontrado por Basile y cols. (2004) quienes establecieron que variables como la edad, el nivel de educación, el estado civil o la situación laboral no estaban relacionadas con la incidencia del PTSD.

Antecedentes de violencia e incidencia de sintomatología depresiva y de PTSD

Los antecedentes de violencia en la infancia han sido descritos en la literatura como un factor de riesgo a ser víctima de violencia de pareja en la vida adulta o para el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD ante las vivencias adversas en la edad adulta (García-Linares y cols., 2005, Picó-Alfonso, 2005b, Exner-Cortens y cols., 2013; Becker y cols., 2010).

En el presente trabajo los antecedentes de violencia, tanto durante la infancia, como en la edad adulta perpetrada por agresores diferentes a la pareja sentimental no han supuesto un factor influyente en el desarrollo de la sintomatología depresiva y de PTSD. Sin embargo, se considera interesante señalar que las mujeres del grupo IPV sin síntomas son las que han sufrido con una menor frecuencia violencia física en la infancia (40%) y que ninguna de ellas ha sido forzada a mantener relaciones sexuales en la vida adulta (por alguien diferente a la pareja sentimental). Por el contrario, un porcentaje significativo de mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD han sido forzadas a mantener este tipo de relaciones en la edad adulta (25%), suponiendo además

esta circunstancia un factor de riesgo para el desarrollo de dicha sintomatología, tal y como nos muestran los análisis bivariantes que se han efectuado. Las mujeres del grupo IPV con depresión no han mostrado ninguna incidencia significativa en las variables evaluadas en este apartado.

En otros estudios (Amor y cols., 2002; Becker y cols., 2010; Coid y cols., 2001) tampoco se encontró un apoyo empírico entre ser víctima de violencia de pareja y poseer antecedentes de violencia por otras personas.

Características de la violencia de pareja e incidencia de sintomatología depresiva y de PTSD

Con respecto a las características de la violencia de pareja sufrida por las mujeres evaluadas, a pesar de que son numerosos los estudios que establecen que variables como el tipo de violencia (física, psicológica, sexual) y la frecuencia, la duración o la gravedad de la misma determinan el desarrollo de sintomatología mental (Basile y cols. 2004; Becker y cols., 2010; Houry y cols., 2006; Sacket y cols., 1999; Coker y cols., 2000, 2005; Picó-Alfonso y cols., 2005b; Blasco-Ros y cols., 2010; Amor y cols., 2002; Bennice y cols., 2003; revisado por Devries y cols., 2013; Nathanson y cols. 2012; Martínez-Torteya y cols., 2009) en nuestro caso no han sido halladas relaciones significativas entre la incidencia de sintomatología depresiva y de PTSD y la duración y/o frecuencia con que se han producido la violencia física, la violencia psicológica y la violencia sexual. No obstante, otros autores tampoco encontraron relaciones significativas entre la duración o la gravedad de la violencia y la sintomatología de las mujeres (Hellmuth y cols., 2014a; Johnson y Zlotnick, 2012; Patró-Hernández y cols., 2007; Stein y Kennedy, 2001).

Únicamente han sido encontradas asociaciones significativas entre la experiencia de determinados actos de violencia, de tal manera que todas las mujeres de los grupos IPV con depresión e IPV con depresión/PTSD han sufrido *empujones*. Además, las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD han sufrido *bloqueo en su toma de*

decisiones con una elevada frecuencia (85.7%) y *no* suelen *ignorar* el comportamiento de su agresor (82.1%). Las mujeres del grupo IPV con depresión suelen *ignorar* a su agresor (48%).

En cuanto a la sintomatología concreta que presentan las mujeres, Pérez y Johnson (2008) encuentran que la gravedad de la violencia es un factor predictivo de la gravedad de la sintomatología de PTSD pero no de la gravedad de la sintomatología depresiva. En este sentido, Nixon y cols. (2004) plantean que la depresión puede preceder a la sintomatología de PTSD, postulando que pudiera existir una vulnerabilidad cognitiva previa a la depresión, motivo por el cual serán diferentes variables las que influyan sobre cada uno de estos trastornos. Por último, Hegarty y cols. (2013), que sí encontraron una asociación entre las características de la violencia y la aparición de sintomatología asociada, matizan que esta circunstancia únicamente se produce en interacción con otras variables como la edad, la estabilidad emocional, los recursos psicológicos, la victimización previa o el apoyo social, entre otros.

De estos resultados podemos extraer en nuestra muestra que frente a la vivencia de las mismas situaciones de violencia unas mujeres se mantienen asintomáticas, otras presentan sintomatología depresiva, aunque de carácter leve, y otras desarrollan sintomatología de mayor gravedad (depresión y PTSD), debiendo ser, por tanto, otros factores los que estén determinando las diferencias individuales existentes entre las mujeres.

Estado de salud mental y estado de salud física en función de la incidencia de sintomatología depresiva y de PTSD

El principal resultado encontrado en la presente Tesis Doctoral en relación con el estado de salud mental y de salud física de las mujeres víctimas de violencia de pareja ha sido la observación de un aumento progresivo de la sintomatología física y mental asociada conforme se agrava la sintomatología depresiva y de PTSD. Es decir, a mayor

gravedad de la sintomatología depresiva y de PTSD, peor estado de salud física y mental presentan las mujeres.

De acuerdo con ello, las mujeres del grupo IPV sin síntomas no evidencian problemas de salud mental ni de salud física significativos, mostrando un estado de salud general similar al que presentan las mujeres del grupo control. Sin embargo, las mujeres con comorbilidad depresión/PTSD no sólo poseen un mayor número de síntomas asociados sino que éstos se presentan con una mayor gravedad, en comparación con las mujeres que sólo tienen depresión. En concordancia con ello, son también las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD las que manifiestan la sintomatología depresiva con una mayor gravedad, datos que resultan similares a los encontrados por Hellmuth y cols., 2014a, quienes determinaron que el grupo de mujeres con el PTSD más grave presentaban también la sintomatología depresiva con una mayor severidad.

Entre la literatura existente es frecuente encontrar entre las mujeres víctimas de violencia con depresión y/o PTSD, una elevada incidencia de problemas mentales asociados (Cloitre y cols., 2014; revisado por Frías y Palma, 2015; Picó-Alfonso y cols., 2008; Patró-Hernández y cols., 2007; Blasco-Ros y cols., 2010; Matud, 2004; García-Linares y cols., 2004; Hansen y cols., 2014; Labrador-Encinas y cols., 2010; revisado por Devries y cols., 2013; Ellsberg y cols., 2008; Houry y cols., 2006; Ellsberg y cols., 2008). Además de ello, también ha sido establecido previamente un aumento en la gravedad de los trastornos mentales presentados por estas mujeres en función de la gravedad de su sintomatología depresiva premórbida y la presencia de PTSD (Blasco-Ros y cols., 2010; Boeckel y cols., 2014; Houry y cols., 2006; Howard y cols., 2010; Matud, 2004, 2005; Picó-Alfonso y cols., 2006; Sarasua y cols., 2007; Hellmuth y cols., 2014a). En nuestro trabajo, son las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD las que presentan mayores niveles de ansiedad, patrones graves de la personalidad (esquizotípico, límite y paranoide), abuso de alcohol y de drogas, ideas e intentos de suicidio y problemas de sueño.

En cuanto al estado de salud física son también las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD las que presentan mayor número de síntomas y enfermedades físicas en comparación con las mujeres del grupo IPV con depresión. De los 35 síntomas físicos evaluados, las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD informan padecer una media de 18.28 síntomas frente a una media de 9.07 síntomas que informan padecer las mujeres del grupo IPV sin síntomas o el 12.6 de las mujeres del grupo IPV con depresión. En este sentido es precisamente el PTSD el que suele vincularse con mayores problemas de salud física asociados (Berger y cols., 2014; Coker y cols., 2003; Tiwari y cols., 2013), no así la depresión (Tiwari y cols., 2013; Weaver y Resick, 2014). Estos datos sugieren que una mayor intensidad o gravedad en los síntomas mentales experimentados puede estar influyendo sobre el deterioro presentado en la salud física, estando en concordancia con ello los resultados obtenidos en el presente trabajo, siendo las mujeres con comorbilidad depresión/PTSD las que presentan los síntomas de depresión con una mayor gravedad y las que muestran un peor estado de salud física.

Los datos hasta aquí expuestos confirmarían la Hipótesis 1 de este trabajo: *“Las mujeres víctimas de violencia de pareja con comorbilidad depresión/PTSD presentarán una mayor incidencia de alteraciones físicas y mentales asociadas que las mujeres con depresión”*, siendo que, aunque numerosos estudios establecen que la violencia de pareja ejerce un impacto negativo sobre la salud de las mujeres (Campbell y cols. 2002; Campbell, 2002; Bonomi y cols., 2009; Coker y cols., 2000) realmente son las mujeres con comorbilidad depresión/PTSD las que se han postulado como presentando graves problemas de salud física y mental, mostrando los análisis de regresión que, con independencia de otras variables, es su mal estado de salud física el mayor factor de riesgo para que desarrollen la sintomatología depresiva en comorbilidad con el PTSD.

Respuesta hormonal de estrés en función de la incidencia de sintomatología depresiva y de PTSD

Los resultados obtenidos con respecto a las medidas hormonales efectuadas indican que únicamente los niveles matutinos de cortisol de los grupos IPV sin síntomas

e IPV con depresión han mostrado diferencias significativas a lo largo de todos los análisis estadísticos efectuados. En este sentido, los modelos de regresión realizados han establecido que los niveles matutinos de cortisol para las mujeres del grupo IPV sin síntomas han supuesto un factor de protección para las mismas, aunque en interacción con otras variables como su buen estado de salud física y mental general o sus adecuadas habilidades sociales. Sin embargo, para las mujeres del grupo IPV con depresión sus niveles matutinos de cortisol se han situado como el único factor predictivo del desarrollo de dicha sintomatología sin que ninguna variable adyacente ejerza una influencia significativa sobre la misma, a excepción de la actitud que mantienen frente al agresor. No se ha observado que la respuesta hormonal de estrés ejerza influencia alguna sobre la incidencia de la comorbilidad depresión/PTSD, tal y como nos han mostrado todos los análisis estadísticos realizados.

Así, en nuestro trabajo han sido las mujeres del grupo IPV con depresión las que han presentado las alteraciones más evidentes en sus niveles hormonales, confirmándose en este punto la Hipótesis 2 planteada al inicio de este trabajo: “*Las mujeres víctimas de violencia de pareja con depresión presentarán una respuesta hormonal de estrés alterada*”. Estos resultados estarían en concordancia con la literatura previa que coincide en señalar una respuesta hormonal de estrés desajustada en los pacientes con depresión (Vreeburg y cols., 2013; Hardeveld y cols., 2014; revisado por Herbert y cols., 2006; revisado por Herbert, 2013). Con respecto a dichas alteraciones ha sido descrito que, tanto los niveles altos como los bajos de cortisol, podían estar asociados con un incremento del riesgo de padecer depresión, aunque en función de la presencia de determinadas variables genéticas y ambientales, como pudieran ser el BDNF Val/66/Met o los antecedentes de violencia infantil (revisado por Hostinar y cols., 2014; Herbert y cols., 2012, revisado por Herbert, 2013). Otro factor que parece estar asociado con estas variaciones es la intensidad de la depresión (Chida y Steptoe, 2009) o la cronicidad de la misma (Harris y cols., 2000). Barnhofer y cols. (2005) hallaron que los niveles elevados de cortisol eran más consistentes en pacientes con depresión severa, encontrando ellos niveles bajos de cortisol en sus pacientes, los cuales padecían sintomatología moderada de depresión. Además, encontraron niveles inferiores de cortisol entre los sujetos depresivos que no tomaban medicación

antidepresiva. Estos datos resultan coincidentes y podrían suponer un factor explicativo a los bajos niveles matutinos de cortisol presentados por las mujeres de nuestro grupo IPV con depresión. De este modo, como ya hemos expuesto anteriormente son estas mujeres las que manifiestan la sintomatología depresiva en un nivel leve y además, en nuestro caso, también son las que están tomando antidepresivos con una menor frecuencia (18% de las mujeres frente al 32.1% del grupo IPV con depresión/PTSD).

Esta misma explicación podría dar respuesta a los niveles elevados de cortisol matutinos que presentan las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD, siendo que el PTSD se caracteriza por mostrar niveles bajos de cortisol (Basu y cols., 2013; Yehuda, 2002; Wingefeld y Wolf, 2015; Seedat y cols., 2003). Sin embargo, en nuestro trabajo las mujeres con comorbilidad depresión/PTSD son las que presentan la sintomatología depresiva en un nivel moderado y grave, siendo por tanto, la sintomatología depresiva y no el PTSD la que pueda estar determinando su respuesta hormonal de estrés.

Los niveles de DHEA y el ratio cortisol/DHEA no han resultado ser variables influyentes en el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD en las mujeres víctimas de violencia de pareja de nuestra muestra, resultados que difieren de los encontrados por Goodyer y cols. (2001) los cuales establecieron que la hiposecreción de DHEA y un elevado ratio cortisol/DHEA vespertino estaban asociados con la presencia de depresión mayor.

No obstante, en relación con los niveles de DHEA únicamente las mujeres del grupo IPV con depresión manifiestan niveles superiores significativos en comparación con las mujeres del grupo control, habiendo sido encontrada esta misma relación por Picó-Alfonso y cols., 2004, aunque en su caso la diferencia se encontró entre las mujeres víctimas de violencia frente a las que nunca habían sufrido este tipo de violencia.

Estrategias de afrontamiento, apoyo social y habilidades sociales como factores de riesgo o de protección para el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD

Entre la literatura consultada está claramente establecida la existencia tanto de factores personales como de circunstancias ambientales que suponen un factor de vulnerabilidad al desarrollo de sintomatología clínica ante la vivencia de situaciones adversas, como tener un apego inseguro (La Flair y cols., 2015), o que, por el contrario, contribuyen a una buena resiliencia tras una vivencia traumática, como el optimismo, la flexibilidad o el bienestar físico (Iacovello y Charney, 2014; Foa y cols., 2000; revisado por Kuijpers y cols., 2011).

Entre los factores de riesgo y protección detallados en investigaciones previas, en la presente Tesis Doctoral se han decidido testar las estrategias de afrontamiento, las habilidades sociales y el apoyo social.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento éstas han sido descritas como un factor de resiliencia personal que protege a las mujeres víctimas de violencia de pareja del desarrollo de sintomatología de depresión y PTSD, siendo normalmente las denominadas estrategias de tipo activo las que favorecen el afrontamiento más adaptativo (Craparo y cols., 2014; Chuang y cols., 2012; Iacoviello y Charney, 2014; Ruiz-Pérez y cols., 2006a; García-Linares, 2005; Iverson y cols., 2013; Wong y cols., 2015).

En nuestro trabajo hemos podido observar cómo las mujeres de cada uno de los grupos utilizan con mayor frecuencia diferentes estrategias de afrontamiento, aunque los datos más representativos han sido encontrados para la estrategia *Búsqueda de apoyo profesional*, la cual ha sido utilizada con una mayor frecuencia por las mujeres de los tres grupos IPV en comparación con las mujeres del grupo control. Los análisis bivariantes que se realizaron posteriormente mostraron que el uso de la estrategia *Autofocalización negativa* suponía un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD en comorbilidad, por lo que el no empleo de esta estrategia protegía a las mujeres del desarrollo de dicha sintomatología. En estos

análisis el uso de la estrategia *Búsqueda de apoyo profesional* únicamente se postuló como un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD en comorbilidad. Estos análisis determinaron que las estrategias de afrontamiento no ejercían influencia alguna en el desarrollo de sintomatología depresiva.

Estos resultados difieren de los encontrados por otros autores, como Chuang y cols. (2012) quienes tras evaluar a mujeres víctimas de violencia en el transcurso de dos años hallaron que los síntomas de depresión únicamente se atenuaban por el uso de unas adecuadas estrategias de afrontamiento. Sin embargo, también han sido hallados estudios en los que los autores no encontraron relación alguna entre el uso de diferentes estrategias de afrontamiento y la presencia de psicopatología (Flicker y cols., 2012; Barendregt y cols., 2015).

En cuanto al apoyo social, la literatura establece que las mujeres con menores niveles apoyo social son las más vulnerables a presentar una mayor gravedad psicopatológica (Dougé y cols., 2014; Amor y cols., 2002; Bradley y cols., 2005; Coker y cols., 2005), datos que coinciden con los de nuestro trabajo al ser las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD las que manifiestan sintomatología con una mayor gravedad y las que expresan una menor percepción de apoyo social. En concordancia con ello los análisis bivariantes realizados han mostrado que el apoyo social se sitúa como un factor de riesgo o protección para los grupos IPV con depresión/PTSD e IPV sin síntomas. Sin embargo, esta asociación pierde su influencia en interacción con las otras variables incluidas (habilidades sociales, estado de salud física, cortisol), posibilidad que ya han postulado con anterioridad otros autores (Bradley y cols., 2005; Dougé y cols., 2014; Hébert y cols., 2014; Pérez y Johnson, 2008) y que supone un dato relevante en nuestra investigación. En estas investigaciones el apoyo social no proporcionó datos significativos cuando en los modelos de regresión fueron introducidas las estrategias de afrontamiento, la autoestima o la ausencia de antecedentes de violencia.

En el presente trabajo se ha encontrado que el apoyo social únicamente aparece como una variable relevante en su sentido positivo, siendo las mujeres que poseen unos mejores recursos personales las que manifiestan unos mayores niveles de apoyo social percibido y las que presentan un mejor estado de salud física y mental tras la vivencia de la situación de violencia de pareja, confirmando estos resultados la Hipótesis 4 planteada: *“El apoyo social actuará como un factor protector frente al desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD en las mujeres víctimas de violencia de pareja”*, resultando el apoyo social un factor de protección para el no desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD.

Sin embargo, para las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD, a pesar de presentar los menores niveles de apoyo social percibido, esta circunstancia no posee suficiente entidad predictiva para el desarrollo de dicha sintomatología, siendo determinantes para ello otras variables más potentes, como el peor estado de salud física que presentan o su carencia de habilidades sociales. Por tanto, según nuestros resultados la vulnerabilidad de estas mujeres no vendría determinada por su escaso apoyo social, sino que la causa de su deterioro está más bien asociada con sus características psicológicas. Este dato estaría estrechamente relacionado con los resultados que hemos encontrado tras el análisis de las habilidades sociales de estas mujeres, siendo esta variable la que modula sus niveles de resiliencia o vulnerabilidad. De este modo, uno de nuestros principales resultados ha sido el hallazgo de la notable influencia que están ejerciendo las habilidades sociales sobre la incidencia de la sintomatología depresiva y de PTSD, de tal manera que estar en posesión de unas adecuadas habilidades sociales ha mostrado una significación importante como factor de protección al desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD, siendo ésta la principal variable amortiguadora del impacto que la violencia de pareja pudiera haber ejercido sobre su salud física y mental. Al contrario, las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD presentan un claro déficit en sus habilidades sociales el cual les impide mitigar el efecto de la violencia, presentando un peor estado de salud física y mental asociado. Estudios anteriores apoyarían nuestros resultados (Pereira-Lima y Loureiro, 2015; Müller y cols., 2015; Cooley y cols., 2010; Beidel y cols., 2014; Iacovello y Charney, 2014) al establecer

todos ellos una estrecha relación entre unas pobres habilidades sociales o de comunicación y una mayor incidencia de psicopatología (depresión, ansiedad, PTSD).

Por tanto, han sido las habilidades sociales el mayor factor predictivo del riesgo o protección que poseen estas mujeres frente al desarrollo de depresión en comorbilidad con el PTSD, siendo esta característica personal mucho más relevante que las estrategias de afrontamiento o la incidencia de ansiedad que pudieran presentar.

Perfiles de diferencias individuales

Los resultados hasta aquí comentados evidencian la presencia de tres perfiles diferenciados de mujeres, resultando de especial relevancia la observación de que no todas las mujeres desarrollan sintomatología adversa frente a las mismas vivencias de violencia, hecho que ya fue observado por Dutton y cols. (2006) y por Foa y cols. (2000).

En este punto podemos afirmar que existe un primer perfil de mujeres (grupo IPV sin síntomas) que se encuentran protegidas para el desarrollo de sintomatología de gravedad. Un segundo perfil (grupo IPV con depresión) cuya respuesta hormonal de estrés puede estar determinando el desarrollo y mantenimiento de su sintomatología depresiva y un tercer perfil de mujeres (IPV con depresión/PTSD) que posee una vulnerabilidad a presentar graves problemas de salud física y mental asociados.

De acuerdo con la Hipótesis 3 planteada al inicio de nuestro trabajo: *“Las estrategias de afrontamiento utilizadas, el estilo de personalidad predominante o las habilidades sociales de las mujeres víctimas de violencia de pareja actuarán como factores de vulnerabilidad o de protección frente al desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD”*, las estrategias de afrontamiento, el estilo de personalidad y las habilidades sociales se han postulado como factores de riesgo o de protección para el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD, habiéndose observado claras diferencias individuales en función del grupo evaluado y de la presencia o ausencia de

estas variables. Sin embargo, no podemos afirmar que el uso de unas adecuadas estrategias de afrontamiento mitigue el impacto de la violencia, ya que la única influencia encontrada con respecto a esta variable ha sido que la Búsqueda de apoyo profesional actúa como un factor de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD en comorbilidad, pudiendo determinarse que estas mujeres efectúan un afrontamiento pasivo del problema, lo cual está asociado con un mayor riesgo a padecer sintomatología clínica (Barendregt y cols., 2015; Hellmuth y cols., 2014b; Lilly y cols., 2014)

Sin embargo, y en contra de nuestras hipótesis, para las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD ha sido el deterioro en su estado de salud física el eje central del deterioro que presentan y del riesgo a desarrollar dicha sintomatología comórbida, resultados que ya han sido encontrados en estudios previos, estableciéndose en los mismos que aquellas mujeres con un peor estado de salud física eran más vulnerables a ser víctimas de violencia y a desarrollar más problemas de salud mental (Foa y cols., 2000; Ellsberg y cols., 2008; Fletcher, 2010). La introducción de las habilidades sociales en el segundo modelo de regresión propuesto ha sido la única variable que ha supuesto un factor de riesgo añadido en estas mujeres.

En cuanto a la respuesta hormonal de estrés emitida por las mujeres de cada perfil, encontramos también claras diferencias individuales entre cada uno de los grupos, confirmándose la Hipótesis 5: *“La respuesta hormonal de estrés emitida por las mujeres víctimas de violencia de pareja actuará como un factor de riesgo o de protección frente al desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD”*, únicamente para los grupos IPV sin síntomas e IPV con depresión pero no para el grupo IPV con depresión/PTSD, al no ejercer los niveles hormonales de estas mujeres ninguna influencia sobre la incidencia de la sintomatología que presentan.

La Hipótesis 6: *“Las mujeres víctimas de violencia de pareja que no presentan depresión ni PTSD tendrán unas características psicológicas (estrategias de afrontamiento, personalidad, habilidades sociales), sociales (red de apoyo social) y endocrinas que les aportarán una adecuada resiliencia frente a los efectos nocivos de*

la violencia”, se confirma en nuestros resultados, ya que, tal y como se esperaba, las mujeres del grupo IPV sin síntomas presentan unas óptimas características biopsicosociales que favorecen una actitud resiliente en respuesta a la violencia de pareja. Así, poseen suficientes recursos personales para mitigar el impacto negativo de dicha violencia sobre su salud física y mental, habiendo sido descritas estas características (buen estado de salud física, actitudes positivas, apoyo social) como claros factores de protección frente a los efectos nocivos de la violencia (Coker y cols., 2005; Foa y cols., 2000).

En el caso de las mujeres del grupo IPV con depresión únicamente es su respuesta hormonal el factor de riesgo detectado en este trabajo, no confirmando la Hipótesis 7 que nos planteamos: *“Las mujeres víctimas de violencia de pareja que presentan sintomatología depresiva y de PTSD tendrán unas características psicológicas, sociales y endocrinas que supondrán factores de riesgo para el desarrollo de dicha sintomatología”*. Esta Hipótesis tampoco se cumple en su totalidad para las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD ya que, como hemos venido exponiendo son sólo sus características psicológicas las que están relacionadas con la incidencia de la sintomatología que presentan.

A la vista de estos datos podemos establecer que las mujeres del grupo IPV sin síntomas poseen unas características biopsicosociales que favorecen su independencia y sus mayores recursos personales para hacer frente a las situaciones adversas. Justo en el extremo opuesto tendríamos a las mujeres del grupo IPV con depresión/PTSD cuyas características psicosociales les impiden una resolución adaptativa ante la adversidad. Y, en otro punto diferente, tenemos a las mujeres del grupo IPV con depresión cuya respuesta alterada del eje HPA parece estar determinando la presencia de depresión sin apenas influencia de otras variables de tipo externo o contextual.

Limitaciones del estudio

Una de las limitaciones de este estudio es que la muestra de mujeres fue obtenida a través de los Centro Mujer 24horas de la Comunidad Valencia, el cual es un recurso de tipo asistencial donde acuden las mujeres víctimas en busca de apoyo y asesoramiento. Esta circunstancia limita la generalización de los datos.

Por otra parte, al realizar los grupos de trabajo no se ha dispuesto de suficiente muestra para crear un grupo de mujeres que sólo presentaran PTSD, siendo numerosa la bibliografía que establece sus conclusiones en base a este trastorno (uno de los más frecuentes en víctimas de violencia). Además, hubiera sido interesante poder comprobar si las mujeres con PTSD presentaban un perfil diferente a las mujeres con depresión y las mujeres con depresión/PTSD.

Por último señalar que al ser un trabajo de corte transversal no se ha podido testar si las diferencias individuales entre las mujeres se mantienen a lo largo del tiempo o si el paso del tiempo o alguna otra variable de tipo biopsicosocial producen cambios en la presencia de depresión y PTSD en estas mujeres.

IV. Conclusiones

1. Las mujeres víctimas de violencia de pareja muestran diferencias individuales de índole biopsicosocial en su respuesta frente a la situación de violencia que actúan como factores de riesgo o de protección para el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD.
2. Las mujeres víctimas de violencia de pareja que no desarrollan sintomatología depresiva ni de PTSD poseen unas características biopsicosociales que favorecen su resiliencia en esta situación de estrés social.
3. Altos niveles matutinos de cortisol, adecuadas habilidades sociales de interacción, un buen estado de salud física, no padecer sintomatología mental (ansiedad, personalidad, problemas de sueño) y un buen apoyo social son los factores de protección encontrados en las mujeres que no desarrollan sintomatología depresiva y de PTSD.
4. Las mujeres víctimas de violencia de pareja que desarrollan sintomatología depresiva poseen una vulnerabilidad biológica al desarrollo de dicha sintomatología que es independiente de la experiencia de la violencia de pareja.
5. Bajos niveles matutinos de cortisol y una actitud pasiva frente al agresor (ignorarle) son los factores de riesgo encontrados en las mujeres víctimas de violencia que desarrollan sintomatología depresiva.
6. Las mujeres víctimas de violencia de pareja que desarrollan comorbilidad depresión/PTSD tienen más problemas de salud física y mental (mayor número de síntomas y enfermedades físicas, ideas de suicidio, trastornos graves de personalidad) que las mujeres que sólo padecen depresión.
7. Un peor estado de salud física, el déficit en sus habilidades sociales y la búsqueda de ayuda profesional son los factores de riesgo encontrados en las mujeres víctimas de violencia que desarrollan comorbilidad depresión/PTSD.

8. Las características sociodemográficas de las mujeres, sus antecedentes de violencia o las características de la violencia de pareja que han sufrido no son determinantes para el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD.
9. Las estrategias de afrontamiento empleadas, los niveles de ansiedad o el tratamiento farmacológico no se han postulado como factores de riesgo o de protección para el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD en nuestra muestra de mujeres víctimas de violencia de pareja.
10. Las Habilidades Sociales se han revelado como el más potente factor predictivo para el desarrollo de sintomatología depresiva y de PTSD. Por tanto, el entrenamiento en Habilidades Sociales en las mujeres víctimas de violencia de pareja será determinante para fomentar la adopción de una actitud resiliente frente a la situación de violencia y mitigar el impacto de la misma sobre su salud física y mental.

V.Referencias bibliográficas

- Abbey, A., Abramis, D. J. y Caplan, R. D. (1985). Effects of different sources of social support and social conflict on emotional well-being. *Basic and Applied Social Psychology*, 6(2), 111-129.
- Aguilar Cordero, M. J., Sánchez López, A. M., Mur Villar, N., García García, I., Rodríguez López, M. A., Ortegón Pinero, A. y cols. (2014). Salivary cortisol as an indicator of physiological stress in children and adults; a systematic review. [Cortisol salival como indicador de estrés fisiológico en niños y adultos; revisión sistemática] *Nutrición Hospitalaria*, 29(5), 960-968.
- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M. P., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P. y Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 48(2), 114-122.
- Altemus, M., Cloitre, M. y Dhabhar, F. S. (2003). Enhanced cellular immune response in women with PTSD related to childhood abuse. *American Journal of Psychiatry*, 160(9), 1705-1707.
- 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.
- American Psychiatric Association (1987). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (revised third edition). Washington, D.C.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (fourth edition). Washington, D.C.
- Anguiano-Serrano, S. A., Vega-Valero, C. Z., Nava-Quiroz, C. y Soria-Trujano, R. (2010). Las habilidades sociales en universitarios, adolescentes y alcohólicos en recuperación de un grupo de alcohólicos anónimos (AA). *Liberabit: Lima (Perú)*, 16(1), 17-26.
- Ballester, A. y Villanueva, L. (2014). Valoración psicológica en delitos de violencia de género mediante el Inventario Clínico y Multiaxial de Millon III (MCMI-III). *Anuario de Psicología Jurídica 2014*, 24, 9-18.
- Barendregt, C. S., Van der Laan, A. M., Bongers, I. L. y Van Nieuwenhuizen, C. (2015). Adolescents in secure residential care: the role of active and passive coping on general well-being and self-esteem. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 845-854.

- Barnhofer, T., Kuehn, E. y de Jong-Meyer, R. (2005). Specificity of autobiographical memories and basal cortisol levels in patients with major depression. *Psychoneuroendocrinology*, 30(4), 403-411.
- Barreto, M. P., de la Torre, O. y Pérez-Marín, M. (2012). Detección de duelo complicado. *Psicooncología*, 9 (2-3), 355-368.
- Bartolomucci, A. (2007). Social stress, immune functions and disease in rodents. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 28(1), 28-49.
- Basile, K. C., Arias, I., Desai, S. y Thompson, M. P. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 17(5), 413-421.
- Basu, A., Levendosky, A. A. y Lonstein, J. S. (2013). Trauma sequelae and cortisol levels in women exposed to intimate partner violence. *Psychodynamic Psychiatry*, 41(2), 247-276.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1984). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Biblioteca de Psicología, Descleé de Brouwer.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961) An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4:561-571.
- Becker, K. D., Stuewig, J. y McCloskey, L. A. (2010). Traumatic stress symptoms of women exposed to different forms of childhood victimization and intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(9), 1699-1715.
- Becoña, E. (2006). Resiliencia: definición, características y utilidad del concepto. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 11(3), 125-146.
- Beidel, D. C., Alfano, C. A., Kofler, M. J., Rao, P. A., Scharfstein, L. y Wong Sarver, N. (2014). The impact of social skills training for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(8), 908-918.

- Belanoff, J. K., Kalehzan, M., Sund, B., Fleming Ficek, S. K. y Schatzberg, A. F. (2001). Cortisol activity and cognitive changes in psychotic major depression. *American Journal of Psychiatry*, 158(10), 1612-1616.
- Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M. y Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on post-traumatic stress disorder symptomatology. *Violence and Victims*, 18(1), 87-94.
- Bensley, L., Van Eenwyk, J. y Wijnkoop Simmons, K. (2003). Childhood family violence history and women's risk for intimate partner violence and poor health. *American Journal of Preventive Medicine*, 25(1), 38-44.
- Berger, M., Piralic-Spitzl, S. y Aigner, M. (2014). Trauma and posttraumatic stress disorder in transcultural patients with chronic pain. *Neuropsychiatrie*, 28(4), 185-191.
- Blanchard, R. J., McKittrick, C. R. y Blanchard, D. C. (2001). Animal models of social stress: Effects on behavior and brain neurochemical systems. *Physiology and Behavior*, 73(3), 261-271.
- Blasco-Ros, C. (2012). *Estudio longitudinal del impacto de la violencia de pareja sobre la salud mental y el sistema endocrino de las mujeres*. (Tesis Doctoral). Valencia: Universitat de València.
- Blasco-Ros, C., Sánchez-Lorente, S. y Martínez, M. (2010). Recovery from depressive symptoms, state anxiety and post-traumatic stress disorder in women exposed to physical and psychological, but not to psychological intimate partner violence alone: a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 10:98.
- Blasco-Ros, C., Herbert, J. y Martínez, M. (2014). Different profiles of mental and physical health and stress hormone response in women victims of intimate partner violence. *Journal of Acute Disease*, 303-313.
- Blauer, K. L., Poth, M., Rogers, W. M. y Bernton, E. W. (1991). Dehydroepiandrosterone antagonizes the suppressive effects of dexamethasone on lymphocyte proliferation. *Endocrinology*, 129(6), 3174-3179.
- Boeckel, M. G., Blasco-Ros, C., Grassi-Oliveira, R. y Martínez, M. (2014). Child abuse in the context of intimate partner violence against women: The impact of women's depressive and posttraumatic stress symptoms on maternal behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(7), 1201-1227.

- Boletín Oficial del Estado, de 6 de junio de 2014. Instrumento de ratificación del Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica, hecho en Estambul el 11 de mayo de 2011. Núm. 137, Sec.I, pp: 42946-42976.
- Bonet, J. L. (2013). *En cuerpo y alma*. Pine: Ed. B. Argentina.
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Rivara, F. P., Carrell, D. y Thompson, R. S. (2009). Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Archives of Internal Medicine*, 169(18), 1692-1697.
- Bradley, R., Schwartz, A. C. y Kaslow, N. J. (2005). Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, african american women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: Self-esteem, social support, and religious coping. *Journal of Traumatic Stress*, 18(6), 685-696.
- Breiding, M. J., Black, M. C. y Ryan, G. W. (2008). Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence-18 U.S. States/Territories, 2005. *Annals of Epidemiology*, 18(7), 538-544.
- Bundock, L., Howard, L. M., Trevillion, K., Malcolm, E., Feder, G. y Oram, S. (2013). Prevalence and risk of experiences of intimate partner violence among people with eating disorders: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 47(9), 1134-1142.
- Caballo, V. E. (1997). Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales (2ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007). Posttraumatic stress disorder and its relationship with negative cognitive schemas in battered women. [Trastorno por estrés postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas] *Psicothema*, 19(3), 446-451.
- Camacho, K., Ehrensaft, M. K. y Cohen, P. (2012). Exposure to intimate partner violence, peer relations, and risk for internalizing behaviors: A prospective longitudinal study. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(1), 125-141.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331-1336.

- Campbell, J. C. y Lewandowski, L. A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 353-374.
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienemann, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P. y cols. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162(10), 1157-1163.
- Cannon, W.B. (1934). A consideration of possible toxic and nervous factors in the production of traumatic shock. *Annals of Surgery*, 100(4), 704-713.
- Carlson, N., R. (2002). *Fisiología de la conducta*. Barcelona: Ariel Neurociencia.
- Carrasco, G. A. y Van De Kar, L. D. (2003). Neuroendocrine pharmacology of stress. *European Journal of Pharmacology*, 463(1-3), 235-272.
- Chida, Y. y Steptoe, A. (2009). Cortisol awakening response and psychosocial factors: A systematic review and meta-analysis. *Biological Psychology*, 80(3), 265-278.
- Chorot, P. y Sandín, B. (1987). Escala de Estrategias de Coping (EEC). Madrid: Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Chuang, C. H., Cattoi, A. L., McCall-Hosenfeld, J. S., Camacho, F., Dyer, A. y Weisman, C. S. (2012). Longitudinal association of intimate partner violence and depressive symptoms. *Mental Health in Family Medicine*, 9(2), 107-114.
- Cloitre, M., Garvert, D. W., Weiss, B., Carlson, E. B. y Bryant, R. A. (2014). Distinguishing PTSD, complex PTSD, and borderline personality disorder: A latent class analysis. *European Journal of Psychotraumatology*, 5:25097.
- Cody, M. W. y Beck, J. G. (2014). Physical injury, PTSD symptoms, and medication use: Examination in two trauma types. *Journal of Traumatic Stress*, 27(1), 74-81.
- Coid, J., Petrukevitch, A., Feder, G., Chung, W. S., Richardson, J. y Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimisation in women: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 358, 450-454.
- Coker, A. L., Watkins, K. W., Smith, P. H. y Brandt, H. M. (2003). Social support reduces the impact of partner violence on health: Application of structural equation models. *Preventive Medicine*, 37(3), 259-267.

- Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. R. y McKeown, R. E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of Family Medicine*, 9(5), 451-457.
- Coker, A. L., Weston, R., Creson, D. L., Justice, B. y Blakeney, P. (2005). PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: The role of risk and protective factors. *Violence and Victims*, 20(6), 625-643.
- Comeau, J. y Davies, L. (2012). Patterns of depressive symptoms and antidepressant use among women survivors of intimate partner violence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(9), 1527-1537.
- Comisión Europea (1999). 100 palabras para la igualdad: Glosario de términos relativos a la igualdad entre hombres y mujeres. Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/transl_es/plataforma/pagina/celter/glosario_genero.htm (Consultado el 23/01/2015).
- Conde, V. y Useros, E. (1975) Adaptación castellana de la escala de evaluación conductual para la depresión de Beck. *Revista de Psiquiatría y Psicología Médica de Europa y América Latina*, 12:217-236.
- Consejo de Europa. Programa de la Campaña para combatir la Violencia contra las Mujeres. Disponible en: <http://www.un.org/es/women/endviolence> (Consultado el 31/01/2015).
- Consejo Superior del Poder Judicial. [La violencia sobre la mujer en la estadística judicial: Datos anuales de 2014](http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos?filtroAnio=2014). Disponible en: <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del-Observatorio/Datos-estadisticos?filtroAnio=2014> (Consultado el 11/07/2015).
- Constantino, R. E., Sekula, L. K., Rabin, B. y Stone, C. (2000). Negative life experiences, depression, and immune function in abused and nonabused women. *Biological Research for Nursing*, 1(3), 190-198.
- Cooley, E. L., Van Buren, A. y Cole, S. P. (2010). Attachment styles, social skills, and depression in college women. *Journal of College Counseling*, 13(1), 50-62.
- Cooper, C.L. y Dewe P.J. (2004). *Stress: a brief history*. Oxford: Blackwell. 3.
- Cox, T. (1978). *Stress*. Nueva York: McMillan.

- Craparo, G., Gori, A., Petruccelli, 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.
- Cripe, S. M., Sanchez, S. E., Gelaye, B., Sanchez, E. y Williams, M. A. (2011). Association between intimate partner violence, migraine and probable migraine. *Headache*, 51(2), 208-219.
- Cui, M., Ueno, K., Gordon, M. y Fincham, F. D. (2013). The continuation of intimate partner violence from adolescence to young adulthood. *Journal of Marriage and Family*, 75(2), 300-313.
- Davidson, J. R. T., Stein, D. J., Shalev, A. Y. y Yehuda, R. (2004). Posttraumatic stress disorder: Acquisition, recognition, course, and treatment. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 16(2), 135-147.
- De Bruin, V. M. S., Vieira, M. C. M., Rocha, M. N. M. y Viana, G. S. B. (2002). Cortisol and dehydroepiandrosterone sulfate plasma levels and their relationship to aging, cognitive function, and dementia. *Brain and Cognition*, 50(2), 316-323.
- Decisión N° 293/2000/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 24 de enero de 2000. Programa Daphne (2000-2003) sobre medidas preventivas destinadas a combatir la violencia ejercida sobre los niños, los adolescentes y las mujeres. Diario Oficial de las Comunidades Europeas n° L 34 de 9.2.2000, p.1. Disponible en: <http://www.eurlex.europa.eu/> (Consultado el 31/01/2015).
- Decisión N° 803/2004/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 21 de abril de 2004. Programa Daphne II (2004-2008) para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo. Diario Oficial de la Unión Europea n° L 143 de 30.4.2004, p.1. Disponible en: <http://www.eurlex.europa.eu/> (Consultado el 31/01/2015).
- Decisión N° 779/2007/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de junio de 2007. Programa Daphne III (2007-2013) para prevenir y combatir la violencia ejercida sobre los niños, los jóvenes y las mujeres y proteger a las víctimas y grupos de riesgo. Diario Oficial de la Unión Europea n° L 173 de 3.7.2007, p.19. Disponible en: <http://www.eurlex.europa.eu/> (Consultado el 31/01/2015).

- Del Prette, A. (2009). Inventario de habilidades sociales para adolescentes (IHSA-Del-Prette): Manual de aplicación, corrección e interpretación. *São Paulo: Casa do Psicólogo*.
- Del Prette, Z. A. P. (2001). Inventario de Habilidades Sociales (IHS-Del-Prette): Manual de aplicación, corrección e interpretación. *São Paulo: Casa do Psicólogo, 1*, 70.
- Del Prette, Z. A. P., Del Prette, A. D., de Oliveira, L. A., Gresham, F. M. y Vance, M. J. (2012). Role of social performance in predicting learning problems: Prediction of risk using logistic regression analysis. *School Psychology International, 33*(6), 615-630.
- Desai, S., Arias, F., Thompson, M. P. y Basile, K. C. (2002). Childhood victimization and subsequent adult revictimization assessed in a nationally representative sample of women and men. *Violence and victims, 17*(6), 639-653.
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M. y cols. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: A systematic review of longitudinal studies. *PLoS Medicine, 10*(5).
- Dhabhar, F. S. y McEwen, B. S. (1997). Acute stress enhances while chronic stress suppresses cell-mediated immunity in vivo: A potential role for leukocyte trafficking. *Brain, Behavior, and Immunity, 11*(4), 286-306.
- Díaz-Marsá, M., Molina, R., Lozano, M. C. y Carrasco, J. L. (2000). Psychobiology of posttraumatic stress disorder. [Bases biológicas del trastorno por estrés postraumático] *Actas Españolas de Psiquiatría, 28*(6), 379-384.
- Dougé, N., Lehman, E. B. y McCall-Hosenfeld, J. S. (2014). Social support and employment status modify the effect of intimate partner violence on depression symptom severity in women: Results from the 2006 behavioral risk factor surveillance system survey. *Women's Health Issues, 24*(4), 425-434.
- Dutton, M. A., Bermudez, D., Matás, A., Majid, H. y Myers, N. L. (2013). Mindfulness-based stress reduction for low-income, predominantly african american women with PTSD and a history of intimate partner violence. *Cognitive and Behavioral Practice, 20*(1), 23-32.
- Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A. y Krause, E. D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(7), 955-968.

- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24 (96), 527-555.
- Echeburúa, E., de Corral, P. y Amor, P. J. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, 139-146.
- Echeburúa, E., de Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (1997). Escala de gravedad de Síntomas de Trastorno de Estrés Postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90), 503-526.
- Ehring, T., Ehlers, A., Cleare, A. J. y Glucksman, E. (2008). Do acute psychological and psychobiological responses to trauma predict subsequent symptom severities of PTSD and depression? *Psychiatry Research*, 161(1), 67-75.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., 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. *The Lancet*, 371(9619), 1165-1172.
- Escribà-Agüir, V., Royo-Marqués, M., Artazcoz, L., Romito, P. y Ruiz-Pérez, I. (2013). Longitudinal study of depression and health status in pregnant women: Incidence, course and predictive factors. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 263(2), 143-151.
- European Union Agency for Fundamental Rights, Violence against women: an EU-wide survey. Main results report, 2014. Disponible en: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report> (Consultado el 23/01/2015).
- Exner-Cortens, D., Eckenrode, J. y Rothman, E. (2013). Longitudinal associations between teen dating violence victimization and adverse health outcomes. *Pediatrics*, 131(1), 71-78.
- Expósito, F. (2011). Violencia de género. *Mente y cerebro*, 48, 20-25.
- Fahrenberg, J., Foerster, F. y Wilmers, F. (1995). Is elevated blood pressure level associated with higher cardiovascular responsiveness in laboratory tasks and with response specificity? *Psychophysiology*, 32(1), 81-91.
- Fernández-Alonso, M. C. (2004). Violencia doméstica: ¿conocemos los efectos de la violencia sobre la salud de las víctimas?. *Atención primaria*, 34(3), 117-127.

- Fletcher, J. (2010). The effects of intimate partner violence on health in young adulthood in the united states. *Social Science and Medicine*, 70(1), 130-135.
- 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.
- Foa, E. B., Cascardi, M., Zoellner, L. A. y Feeny, N. C. (2000). Psychological and environmental factors associated with partner violence. *Trauma, violence and abuse*, 1(1), 67-91.
- Frias, A. y Palma, C. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A review. *Psychopathology*, 48(1), 1-10.
- Gálvez, J., F. (2005) Trastornos por estrés y sus repercusiones neuroendocrinológicas. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, XXXIV(1), 77-100.
- Gálvez-Gastélum, F. J., Sandoval-Rodríguez, A. S. y Armendáriz-Borunda, J. (2004). Transforming growth factor- β as a therapeutic target. [El factor de crecimiento transformante β como blanco terapéutico] *Salud Publica De Mexico*, 46(4), 341-350.
- García-Linares, M.I. (2005). *Consecuencias de la violencia de pareja en la salud física y el sistema inmune de las mujeres* (Tesis Doctoral). Valencia: Universitat de València.
- García-Linares, M. I., Sánchez-Lorente, S., Coe, C. L. y Martínez, M. (2004). Intimate male partner violence impairs control over herpes simplex virus type 1 in physically and psychologically abused women. *Psychosomatic Medicine*, 66, 965-972.
- García-Linares, M. I., Picó-Alfonso, M. A., Sánchez-Lorente, S., Savall-Rodríguez, F., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C. y Martínez, M. (2005). Assessing physical, sexual, and psychological violence perpetrated by intimate male partners toward women: a Spanish cross-sectional study. *Violence and Victims*, 20(1), 99-123.
- Garner, D. M. y Garfinkel, P. E. (1979). The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychological medicine*, 9(02), 273-279.

- Gill, J., Vythilingam, M. y Page, G. G. (2008). Low cortisol, high DHEA, and high levels of stimulated TNF-a, and IL-6 in women with PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 21*(6), 530-539.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*(2), 99-132.
- Gómez-Lázaro, E., Arregi, A., Beitia, G., Vegas, O., Azpiroz, A. y Garmendia, L. (2011). Individual differences in chronically defeated male mice: Behavioral, endocrine, immune, and neurotrophic changes as markers of vulnerability to the effects of stress. *Stress, 14*(5), 537-548.
- Goodyer, I. M., Herbert, J., Tamplin, A. y Altham, P. M. E. (2000). Recent life events, cortisol, dehydroepiandrosterone and the onset of major depression in high-risk adolescents. *British Journal of Psychiatry, 177*(DEC.), 499-504.
- Goodyer, I. M., Park, R. J., Netherton, C. M. y Herbert, J. (2001). Possible role of cortisol and dehydroepiandrosterone in human development and psychopathology. *British Journal of Psychiatry, 179*, 243-249.
- Goodyer, I. M., Herbert, J., Altham, P. M., Pearson, J., Secher, S. M. y Shiers, H. M. (1996). Adrenal secretion during major depression in 8- to 16-year-olds, I. altered diurnal rhythms in salivary cortisol and dehydroepiandrosterone (DHEA) at presentation. *Psychological Medicine, 26*(2), 245-256.
- Griffin, M. G., Resick, P. A. y Yehuda, R. (2005). Enhanced cortisol suppression following dexamethasone administration in domestic violence survivors. *American Journal of Psychiatry, 162*(6), 1192-1199.
- Grissett, N. I. y Norvell, N. K. (1992). Perceived social support, social skills, and quality of relationships in bulimic women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 293-299.
- Gutiérrez-García, A. G. y Contreras, C., M. (2000). El comportamiento sumiso: una estrategia conductual defensiva en los animales y en el humano. *Psicología y Salud, 10*, 201-213.
- Hansen, N. B., Eriksen, S. B. y Elklit, A. (2014). Effects of an intervention program for female victims of intimate partner violence on psychological symptoms and perceived social support. *European Journal of Psychotraumatology, 5*, 10.3402/ejpt.v5.24797. eCollection 2014.

- Hardeveld, F., Spijker, J., Vreeburg, S. A., De Graaf, R., Hendriks, S. M., Licht, C. M. M. y cols. (2014). Increased cortisol awakening response was associated with time to recurrence of major depressive disorder. *Psychoneuroendocrinology*, *50*, 62-71.
- Harris, T. O., Borsanyi, S., Messari, S., Stanford, K., Cleary, S. E., Shiers, H. M. y cols. (2000). Morning cortisol as a risk factor for subsequent major depressive disorder in adult women. *British Journal of Psychiatry*, *177*(DEC.), 505-510.
- Hathaway, J. E., Mucci, L. A., Silverman, J. G., Brooks, D. R., Mathews, R. y Pavlos, C. A. (2000). Health status and health care use of massachusetts women reporting partner abuse. *American Journal of Preventive Medicine*, *19*(4), 302-307.
- Hébert, M., Lavoie, F. y Blais, M. (2014). Post traumatic stress Disorder/PTSD in adolescent victims of sexual abuse: Resilience and social support as protection factors. *Ciencia & Saude Coletiva*, *19*(3), 685-694.
- Hegarty, K. L., O'Doherty, L. J., Chondros, P., Valpied, J., Taft, A. J., Astbury, J. y cols. (2013). Effect of type and severity of intimate partner violence on women's health and service use: Findings from a primary care trial of women afraid of their partners. *Journal of Interpersonal Violence*, *28*(2), 273-294.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R. y cols. (2000). Pituitary-adrenal and automatic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Journal of the American Medical Association*, *284*(5), 592-597.
- Hellmuth, J. C., Jaquier, V., Swan, S. C. y Sullivan, T. P. (2014a). Elucidating posttraumatic stress symptom profiles and their correlates among women experiencing bidirectional intimate partner violence. *Journal of Clinical Psychology*, *70*(10), 1008-1021.
- Hellmuth, J. C., Jaquier, V., Overstreet N., Swan, S. C. y Sullivan, T. P. (2014b). The mediating role of avoidance coping between ipv victimization, mental health and substance abuse among women experiencing bidirectional IPV. *Psychiatry Research*, *220*, 391-396.
- Herbert, J. (2013). Cortisol and depression: Three questions for psychiatry. *Psychological Medicine*, *43*(3), 449-469.
- Herbert, J., Goodyer, I. M., Grossman, A. B., Hastings, M. H., de Kloet, E. R., Lightman, S. L. y cols. (2006). Do corticosteroids damage the brain? *Journal of Neuroendocrinology*, *18*(6), 393-411.

- Herbert, J., Ban, M., Brown, G. W., Harris, T. O., Ogilvie, A., Uher, R. y cols. (2012). Interaction between the BDNF gene Val/66/Met polymorphism and morning cortisol levels as a predictor of depression in adult women. *British Journal of Psychiatry*, 201(4), 313-319.
- Holmes, T. H., y Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213-218.
- Hoshaw, B. A., Evans, J. C., Mueller, B., Valentino, R. J. y Lucki, I. (2006). Social competition in rats: cell proliferation and behavior. *Behavioural Brain Research*, 175(2), 343-351.
- Hostinar, C. E., Sullivan, R. M. y Gunnar, M. R. (2014). Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis: A review of animal models and human studies across development. *Psychological Bulletin*, 140(1), 256-282.
- Houry, D., Kembal, R., Rhodes, K. V. y Kaslow, N. J. (2006). Intimate partner violence and mental health symptoms in african american female ED patients. *American Journal of Emergency Medicine*, 24(4), 444-450.
- Howard, L. M., Trevillion, K. y Agnew-Davies, R. (2010). Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 525-534.
- Iacoviello, B. M. y Charney, D. S. (2014). Psychosocial facets of resilience: Implications for preventing posttrauma psychopathology, treating trauma survivors, and enhancing community resilience. *European Journal of Psychotraumatology*, 5: 23970.
- Inslicht, S. S., Marmar, C. R., Neylan, T. C., Metzler, T. J., Hart, S. L., Otte, C. y cols. (2006). Increased cortisol in women with intimate partner violence-related posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 31(7), 825-838.
- Iverson, K. M., Litwack, S. D., Pineles, S. L., Suvak, M. K., Vaughn, R. A. y Resick, P. A. (2013). Predictors of intimate partner violence revictimization: The relative impact of distinct PTSD symptoms, dissociation, and coping strategies. *Journal of Traumatic Stress*, 26(1), 102-110.
- Johnson, D. M. y Zlotnick, C. (2012). Remission of PTSD after victims of intimate partner violence leave a shelter. *Journal of Traumatic Stress*, 25(2), 203-206.

- Johnson, D. M., Delahanty, D. L. y Pinna, K. (2008). The cortisol awakening response as a function of PTSD severity and abuse chronicity in sheltered battered women. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(5), 793-800.
- Johnson, D. M., Zlotnick, C. y Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4), 542-551.
- Johnson, E. O., Kamilaris, T. C., Chrousos, G. P. y Gold, P. W. (1992). Mechanisms of stress: a dynamic overview of hormonal and behavioral homeostasis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 16, 115-130.
- Jones, A. S., Dienemann, J., Schollenberger, J., Kub, J., O'Campo, P., Carlson Gielen, A. y Campbell, J. C. (2006) Long-Term costs of intimate partner violence in a sample of females HMO enrollees. *Women's Health Issues*, 16, 252-261.
- Kamimura, A., Ganta, V., Myers, K. y Thomas, T. (2014). Intimate partner violence and physical and mental health among women utilizing community health services in Gujarat, India. *BMC Women's Health*, 14, 127-6874-14-127.
- Kaminska, M., Harris, J., Gijbbers, K. y Dubrovsky, B. (2000). Dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) counteracts decremental effects of corticosterone on dentate gyrus LTP. implications for depression. *Brain Research Bulletin*, 52(3), 229-234.
- Kaysen, D., Resick, P. A. y Wise, D. (2003). Living in danger: The impact of chronic traumatization and the traumatic context on posttraumatic stress disorder. *Trauma, Violence & Abuse*, 4(3), 247-264.
- Kelly, U. A. y Pich, K. (2014). Community-based PTSD treatment for ethnically diverse women who experienced intimate partner violence: A feasibility study. *Issues in Mental Health Nursing*, 35(12), 906-913.
- Kernic, M. A., Wolf, M. E. y Holt, V. L. (2000). Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health*, 90(9), 1416-1420.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F. y Glaser, R. (2002). Psychoneuroimmunology: Psychological influences on immune function and health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 537-547.

- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Gravenstein, S., Malarkey, W. B. y Sheridan, J. (1996). Chronic stress alters the immune response to influenza virus vaccine in older adults. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 93(7), 3043-3047.
- Kim, M. S., Lee, Y. J. y Ahn, R. S. (2010). Day-to-day differences in cortisol levels and molar cortisol-to-DHEA ratios among working individuals. *Yonsei Medical Journal*, 51(2), 212-218.
- Kim, H. K., Tiberio, S. S., Capaldi, D. M., Shortt, J. W., Squires, E. C. y Snodgrass, J. J. (2015). Intimate partner violence and diurnal cortisol patterns in couples. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 35-46.
- Kimerling, R., Alvarez, J., Pavao, J., MacK, K. P., Smith, M. W. y Baumrind, N. (2009). Unemployment among women: Examining the relationship of physical and psychological intimate partner violence and posttraumatic stress disorder. *Journal of Interpersonal Violence*, 24(3), 450-463.
- Kimonides, V. G., Spillantini, M. G., Sofroniew, M. V., Fawcett, J. W. y Herbert, J. (1999). Dehydroepiandrosterone antagonizes the neurotoxic effects of corticosterone and translocation of stress-activated protein kinase 3 in hippocampal primary cultures. *Neuroscience*, 89(2), 429-436.
- Kirschbaum, C., Prussner, J. C., Stone, A. A., Federenko, I., Gaab, J., Lintz, D. y cols. (1995). Persistent high cortisol responses to repeated psychological stress in a subpopulation of healthy men. *Psychosomatic Medicine*, 57(5), 468-474.
- Koolhaas, J. M., Bartolomucci, A., Buwalda, B., de Boer, S. F., Flügge, G., Korte, S. M., y cols. (2011). Stress revisited: A critical evaluation of the stress concept. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 35(5), 1291-1301.
- Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L. y Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *Lancet*, 360(9339), 1083-1088.
- Kugelman, R. (1992). *Stress: the nature and history of engineered grief*. Wesport: Praeger Publishers, 86-88.
- Kuijpers, K. F., van der Knaap, L. M. y Lodewijks, I. A. (2011). Victims' influence on intimate partner violence revictimization: A systematic review of prospective evidence. *Trauma, Violence & Abuse*, 12(4), 198-219.

- 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.
- La Flair, L. N., Bradshaw, C. P., Mendelson, T. y Campbell, J. (2015). Intimate partner violence and risk of psychiatric symptoms: The moderating role of attachment. *Journal of Family Violence*,
- Labrador-Encinas, F. J., Fernández-Velasco, M. R. y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105.
- Lawrence, E., Orengo-Aguayo, R., Langer, A. y Brock, R. L. (2012). The impact and consequences of partner abuse on partners. *Partner Abuse*, 3(4), 406-428.
- Lazarus, R. S. (1966). *Psychological Stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Lemieux, A. M. y Coe, C. L. (1995). Abuse-related posttraumatic stress disorder: Evidence for chronic neuroendocrine activation in women. *Psychosomatic Medicine*, 57(2), 105-115.
- Ley orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. B.O.E. núm. 313, de 29 de diciembre de 2004. Disponible en:<http://www.migualdad.es/mujer/violencia/ley/indez.htm> (Consultado el 23/01/2015).
- Lilly, M. M., Howell, K. H. y Graham-Bermann, S. (2014). World assumptions, religiosity, and PTSD in survivors of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 21(1), 87-104.
- Lindley, S. E., Carlson, E. B. y Benoit, M. (2004). Basal and dexamethasone suppressed salivary cortisol concentrations in a community sample of patients with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 55(9), 940-945.

- Lindqvist, P., Johansson, L. y Karlsson, U. (2008). In the aftermath of teenage suicide: A qualitative study of the psychosocial consequences for the surviving family members. *BMC Psychiatry*, 8.
- Litvin, Y., Murakami, G. y Pfaff, D. W. (2011). Effects of chronic social defeat on behavioral and neural correlates of sociality: Vasopressin, oxytocin and the vasopressinergic V1b receptor. *Physiology and Behavior*, 103(3-4), 393-403.
- Lok, A., Mocking, R. J. T., Ruhé, H. G., Visser, I., Koeter, M. W. J., Assies, J. y cols. (2012). Longitudinal hypothalamic-pituitary-adrenal axis trait and state effects in recurrent depression. *Psychoneuroendocrinology*, 37(7), 892-902.
- Lokhmatkina, N. V., Feder, G., Blake, S., Morris, R., Powers, V. y Lightman, S. (2013). Longitudinal measurement of cortisol in association with mental health and experience of domestic violence and abuse: Study protocol. *BMC Psychiatry*, 13.
- Longo, D. y Koehn, K. (1993). Psychosocial factors and recurrent genital herpes: A review of prediction and psychiatric treatment studies. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 23(2), 99-117.
- López-Fuentes, I. y Calvete, E. (2015). Building resilience: A qualitative study of spanish women who have suffered intimate partner violence. *American Journal of Orthopsychiatry*, 85(4), 339-351.
- Maas, C. D., Fleming, C. B., Herrenkohl, T. I. y Catalano, R. F. (2010). Childhood predictors of teen dating violence victimization. *Violence and Victims*, 25(2), 131-149.
- Maercker, A. (2004). Age of traumatization as predictor of post-traumatic stress disorder or major depression in young women. *British Journal of Psychiatry*, 184, 482-487.
- Mark, H., Bitzker, K., Klapp, B. F. y Rauchfuss, M. (2008). Gynaecological symptoms associated with physical and sexual violence. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 29(3), 164-172.
- Marketon, J. I. W. y Glaser, R. (2008). Stress hormones and immune function. *Cellular Immunology*, 252, 16-26.

- Marques, A. H., Silverman, M. N. y Sternberg, E. M. (2010). Evaluation of stress systems by applying noninvasive methodologies: Measurements of neuroimmune biomarkers in the sweat, heart rate variability and salivary cortisol. *Neuroimmunomodulation*, 17(3), 205-208.
- Martinez, M., Calvo-Torrent, A., y Pico-Alfonso, M. A. (1998a). Social defeat and subordination as models of social stress in laboratory rodents: A review. *Aggressive Behavior*, 24(4), 241-256.
- Martinez, M., Phillips, P. J. y Herbert, J. (1998b). Adaptation in patterns of c-fos expression in the brain associated with exposure to either single or repeated social stress in male rats. *European Journal of Neuroscience*, 10(1), 20-33.
- Martínez, M., García-Linares, M.I. y Picó-Alfonso, M.A. (2004). Women victims of domestic violence: consequences for their health and the role of the health system. En R. Klein y B. Walln (Eds.), *Conflict, gender and violence* (pp.53-71).Vienna: Studien-Verlag.
- Martínez-Sanchis, S. (2007). Sistema endocrino y conducta: Conceptos básicos. En S. Martínez Sanchis y cols. (Eds.), *Hormonas, estado de ánimo y función cognitiva*, pp. 1-32. Madrid: Delta publicaciones.
- Martínez-Torteya, C., Bogat, G. A., Von Eye, A., Levendosky, A. A. y Davidson W. S. (2009). Women's appraisals of intimate partner violence stressfulness and their relationship to depressive and posttraumatic stress disorder symptoms. *Violence and Victims*, 24(6), 707-722.
- Martino, M. (2014). Un análisis de las estrechas relaciones entre el estrés y la depresión desde la perspectiva psiconeuroendocrinológica. El rol central del cortisol. *Cuadernos de Neuropsicología*, 8(1), 60-75.
- Mason, J. W. (1968). Organization of psychoendocrine mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 30.
- Mason, J. W. (1971). A re-evaluation of the concept of “non-specificity” in stress theory. *Journal of Psychiatric Research*, 8, 323-333.
- Mason, J. W., Wang, S., Yehuda, R., Lubin, H., Johnson, D., Bremner, J. D. y cols. (2002). Marked lability in urinary cortisol levels in subgroups of combat veterans with posttraumatic stress disorder during an intensive exposure treatment program. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 238-246.

- Matud, P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16(3), 397-401.
- Matud, M. P. (2005). The psychological impact of domestic violence on spanish women. *Journal of Applied Social Psychology*, 35(11), 2310-2322.
- McEwen, B. S. (2000). The neurobiology of stress: From serendipity to clinical relevance. *Brain Research*, 886(1-2), 172-189.
- McEwen, B. S. (2001). Plasticity of the hippocampus: Adaptation to chronic stress and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 933, 265-277.
- McEwen, B. S. (2004). Protection and damage from acute and chronic stress: Allostasis and allostatic overload and relevance to the pathophysiology of psychiatric disorders. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1032, 1-7.
- McEwen, B. S. (2005). Stressed or stressed out: What is the difference? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 30(5), 315-318.
- McEwen, B. S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: Central role of the brain. *Physiological Reviews*, 87(3), 873-904.
- 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.
- McEwen, B. S. y Stellar, E. (1993). Stress and the individual: Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093-2101.
- McEwen, B. S. y Wingfield, J. C. (2003). The concept of allostasis in biology and biomedicine. *Hormones and Behavior*, 43(1), 2-15.
- Meekers, D., Pallin, S. C. y Hutchinson, P. (2013). Prevalence and correlates of physical, psychological, and sexual intimate partner violence in Bolivia. *Global Public Health*, 8(5), 588-606.
- Meewisse, M. L., Reitsma, J. B., de Vries, G. J., Gersons, B. P. y Olf, M. (2007). Cortisol and post-traumatic stress disorder in adults: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry : The Journal of Mental Science*, 191, 387-392.

- Mercier, S., Canini, F., Buguet, A., Cespuglio, R., Martin, S. y Bourdon, L. (2003). Behavioural changes after an acute stress: stressor and test types influences. *Behavioural Brain Research*, 139, 167-175.
- Michael, A., Jenaway, A., Paykel, E. S. y Herbert, J. (2000). Altered salivary dehydroepiandrosterone levels in major depression in adults. *Biological Psychiatry*, 48(10), 989-995.
- Ministerio de Igualdad. Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011). Disponible en: <http://www.migualdad.es/igualdad/PlanEstrategico.pdf> (Consultado el 31/01/2015).
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. III Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres. 1997-2000. Madrid: Instituto de la Mujer, 1997.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica 1998-2000. Madrid: Instituto de la Mujer, 1999.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. II Plan Integral contra la Violencia Doméstica 2001-2004. Madrid: Instituto de la Mujer, 2002.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer. IV Plan para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres (2003-2006). Disponible en: <http://www.mtas.es/Mujer/politicas/piom.doc> (Consultado el 31/01/2015).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Ficha estadística de víctimas mortales por Violencia de Género. Año 2014. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/datosEstadisticos/docs/Victimas_Mortales_31122014.pdf (Consultado el 23/01/2015).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2015: avance de resultados, 2015. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/30.03300315160154508.pdf> (Consultado el 11/05/2015).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la mujer 2013-2016. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/EstrategiaNacional/home.htm> (Consultado el 11/05/2015).

- Millon, T. (1983). *Millon clinical multiaxial inventory manual*. National Computer Systems, Incorporated.
- Millon, T. (1987). *Manual for the MCMI-II*. National Computer Systems.
- Millon, T. y Ávila-Espada, A. (1998). Inventario Clínico Multiaxial de Millon II: Manual. España: TEA Ediciones.
- Minni, A. M., de Medeiros, G. F., Helbling, J. C., Duittoz, A., Marissal-Arvy, N., Foury, A. y cols. (2014). Role of corticosteroid binding globulin in emotional reactivity sex differences in mice. *Psychoneuroendocrinology*, 50, 252-263.
- Molina-Jiménez, T., Gutiérrez-García, A. G., Hernández-Domínguez, L. y Contreras, C. M. (2008). Psychosocial stress: Some clinical and experimental aspects. [Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales] *Anales De Psicología*, 24(2), 353-360.
- Moscoso, M. (1998). Estrés, salud y emociones: estudio de la ansiedad, cólera y hostilidad. *Revista de Psicología (Perú)*, III(3), 47-48.
- Moscoso, M. (2009). De la mente a la célula: impacto del estrés en psiconeuroinmunoendocrinología. *Liberabit: Lima (Perú)*, 15(2), 143-152.
- Moya- Albiol, L., Serrano, M. A. y Salvador, A. (2010). Job satisfaction and cortisol awakening response in teachers scoring high and low on burnout. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 629-636.
- Mucio-Ramírez, J., S. (2007). La neuroquímica del estrés y el papel de los péptidos opioides. *REB*, 26(4), 121-128.
- Müller, R., Peter, C., Cieza, A., Post, M. W., Van Leeuwen, C. M., Werner, C. S. y cols. (2015). Social skills: A resource for more social support, lower depression levels, higher quality of life, and participation in individuals with spinal cord injury? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 96(3), 447-455.
- Muñoz, J. M. (2013). La evaluación psicológica forense del daño psíquico: propuesta de un protocolo de actuación pericial. *Anuario de Psicología Jurídica*, 23, 61-69.
- Nathanson, A. M., Shorey, R. C., Tirone, V. y Rhatigan, D. L. (2012). The prevalence of mental health disorders in a community sample of female victims of intimate partner violence. *Partner Abuse*, 3(1), 59-75.

- Nemeroff, C. B. (1998). The neurobiology of depression. *Scientific American*, 278(6), 42-49.
- Nixon, R. D. V., Resick, P. A. y Nishith, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82(2), 315-320.
- Ometto, M., de Oliveira, P. A., Milioni, A. L., Dos Santos, B., Scivoletto, S., Busatto, G. F. y cols. (2015). Social skills and psychopathic traits in maltreated adolescents. *European Child and Adolescent Psychiatry*, DOI 10.1007/s00787-015-0744-y.
- Oquendo, M. A., Echavarría, G., Galfalvy, H. C., Grunebaum, M. F., Burke, A., Barrera, A. y cols. (2003). Lower cortisol levels in depressed patients with comorbid post-traumatic stress disorder. *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 28(3), 591-598.
- Organización de Naciones Unidas. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Resolución 217 A (III), de 10 de diciembre de 1948. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/hr/> (Consultado el 31/01/2015).
- Organización de Naciones Unidas. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). Resolución A/RES/34/180, de 18 de diciembre de 1979. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/documents/> (Consultado el 31/01/2015).
- Organización de Naciones Unidas. Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución A/RES/48/104, de 23 de febrero de 1994. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/documents/> (Consultado el 24/01/2015).
- Organización de Naciones Unidas. Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, Beijing, 4 a 15 de septiembre de 1995. Documento A/CONF.177/20/Rev.1. Nueva York, 1996. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/womenwatch/confer/> (Consultado el 31/01/2015).
- Organización Mundial de la Salud (1992). CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico.
- Organización Mundial de la Salud, WHO, Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud, 2002. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf (Consultado el 23/01/2015).

- Organización Mundial de la Salud, Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos de la violencia conyugal y de la violencia sexual no conyugal en la salud, 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85243/1/WHO_RHR_HRP_13.06_spa.pdf (Consultado el 23/01/2015).
- Pacella, M. L., Feeny, N., Zoellner, L. y Delahanty, D. L. (2014). The impact of PTSD treatment on the cortisol awakening response. *Depression and Anxiety*, 31(10), 862-869.
- Padilla, J. (2010). William James: Psicología y filosofía en diálogo. *Revista de Historia de la Psicología*, 31(2-3), 103-116.
- Parker, K. J., Schatzberg, A. F. y Lyons, D. M. (2003). Neuroendocrine aspects of hypercortisolism in major depression. *Hormones and Behavior*, 43(1), 60-66.
- Parlamento Europeo. Resolución sobre las Agresiones a la Mujer. Resolución A-44/86, de 11 de junio de 1986. Disponible en: <http://www.justizia.net/docuteca/> (Consultado el 31/01/2015).
- Parlamento Europeo. Resolución sobre las Violaciones de las Libertades y de los Derechos Fundamentales de las Mujeres. Resolución A3-0349/94, de 25 de julio de 1994. Diario Oficial de la Unión Europea nº C 205 de 25.7.1994, p.489. Disponible en: <http://www.eur-lex.europa.eu/> (Consultado el 31/01/2015).
- Parlamento Europeo. Informe de la Comisión de Derechos de la Mujer, sobre la necesidad de realizar en toda la Unión Europea una Campaña sobre Tolerancia Cero ante la Violencia contra las Mujeres. Resolución A4-0250/97, de 16 de julio de 1997. Diario Oficial de la Unión Europea nº C 304 de 06.10.1997 p.0055. Disponible en: <http://www.eur-lex.europa.eu/es/index.htm> (Consultado el 31/01/2015).
- Patró-Hernández, R., Corbalán Berná, F. J. y Limiñana Gras, R. M. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de Psicología*, 23(1), 118-124.
- Pereira-Lima, K. y Loureiro, S. R. (2015). Burnout, anxiety, depression, and social skills in medical residents. *Psychology, Health and Medicine*, 20(3), 353-362.
- Pérez, S. y Johnson, D. M. (2008). PTSD compromises battered women's future safety. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(5), 635-651.

- Pérez-Tejada, J., Arregi, A., Gómez-Lázaro, E., Vegas, O., Azpiroz, A. y Garmendia, L. (2013). Coping with chronic social stress in mice: Hypothalamic-pituitary-adrenal/sympathetic-adrenal-medullary axis activity, behavioral changes and effects of antalarmin treatment: Implications for the study of stress-related psychopathologies. *Neuroendocrinology*, 98(1), 73-88.
- Picó-Alfonso, M.A. (2005a). *Consecuencias de la violencia de pareja sobre la salud mental y el sistema endocrino de las mujeres* (Tesis Doctoral). Valencia: Universitat de València.
- Pico-Alfonso, M. A. (2005b). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 181-193.
- Pico-Alfonso, M. A., Echeburúa, E., y Martínez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23(7), 577-588.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Herbert, J. y Martínez, M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 56(4), 233-240.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, I. M., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E., y Martínez, M. (2006). The impact of physical, psychological, and sexual intimate male partner violence on women's mental health: Depressive symptoms, posttraumatic stress disorder, state anxiety, and suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599-611.
- Pinna, K. L. M., Johnson, D. M. y Delahanty, D. L. (2014). PTSD, comorbid depression, and the cortisol waking response in victims of intimate partner violence: Preliminary evidence. *Anxiety, Stress and Coping*, 27(3), 253-269.
- Pinna Puissant, S., Van Den Bergh, B., van Calster, B. y Van Huffel, S. (2008). Relación del perfil del cortisol salival en adolescentes de 14-15 años de edad, con la depresión, ansiedad y reactividad emocional. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2), 249-258.
- Plichta, S. B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences: Policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 19(11), 1296-1323.

- Pruessner, J. C., Wolf, O. T., Hellhammer, D. H., Buske-Kirschbaum, A., Von Auer, K., Jobst, S. y cols. (1997). Free cortisol levels after awakening: A reliable biological marker for the assessment of adrenocortical activity. *Life Sciences*, 61(26), 2539-2549.
- Rapkin, A. J., Pollack, D. B., Raleigh, M. J., Stone, B. y McGuire, M. T. (1995). Menstrual cycle and social behavior in vervet monkeys. *Psychoneuroendocrinology*, 20(3), 289-297.
- Rasmusson, A. M., Vasek, J., Lipschitz, D. S., Vojvoda, D., Mustone, M. E., Shi, Q. y cols. (2004). An increased capacity for adrenal DHEA release is associated with decreased avoidance and negative mood symptoms in women with PTSD. *Neuropsychopharmacology*, 29(8), 1546-1557.
- Raya Ortega, L., Ruiz Pérez, I., Plazaola Castaño, J., Brun López-Abisaba, S., Rueda Lozano, D., García De Vinuesa, L. y cols. (2004). Intimate partner violence as a factor associated to health problems. [La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica] *Atencion Primaria*, 34(3), 117-124.
- Redolat-Iborra, R. y Carrasco-Pozo C. (2007). Hormonas esteroides y procesos cognitivos. En S. Martínez Sanchis y cols. (Eds.), *Hormonas, estado de ánimo y función cognitiva*, pp.33-65. Madrid: Delta publicaciones.
- Rubin, R. T., Phillips, J. J., McCracken, J. T. y Sadow, T. F. (1996). Adrenal gland volume in major depression: relationship to basal and stimulated pituitary-adrenal cortical axis function. *Biological psychiatry*, 40(2), 89-97.
- Ruiz-Perez, I., Mata-Pariente, N., y Plazaola-Castano, J. (2006a). Women's response to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 21(9), 1156-1168.
- Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J., Blanco-Prieto, P., González-Barranco, J. M., Ayuso-Martín, P., Montero-Piñar, M. I. y cols. (2006b). Intimate partner violence. A survey conducted in the primary care setting. [La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria] *Gaceta Sanitaria*, 20(3), 202-208.
- Rygula, R., Abumaria, N., Flügge, G., Fuchs, E., Rütther, E. y Havemann-Reinecke, U. (2005). Anhedonia and motivational deficits in rats: Impact of chronic social stress. *Behavioural Brain Research*, 162(1), 127-134.

- Sackett, L. A. y Saunders, D. G. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims*, 14(1), 105-116.
- Salvador, A. (2005). Coping with competitive situations in humans. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 29, 195-205.
- Sánchez, P. T., Sirera, R., Peiró, G. y Palmero, F. (2008). Estrés, depresión, inflamación y dolor. *REME*, XI(28).
- Sánchez-Cánovas, J., Soriano, J. y Zorroza, J. (1997). *Estrés, personalidad y salud*. Valencia: C.S.V.
- Sánchez-Lorente, S. (2009). *Estudio longitudinal del impacto de la violencia de pareja en la salud física y el sistema inmune de las mujeres* (Tesis doctoral). Valencia: Universitat de València.
- Sanchez-Lorente, S., Blasco-Ros, C. y Martínez, M. (2012). Factors that contribute or impede the physical health recovery of women exposed to intimate partner violence: A longitudinal study. *Women's Health Issues*, 22(5), 491-500.
- Sandín, B. (1984). *Hormonas y Conducta*. Madrid: Publicaciones de la Universidad Complutense.
- Sandín, B. (1998). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de Psicopatología (Vol.2)* (pp. 4-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (1999). *El estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-147.
- Sanz, J. y Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario de depresión de Beck. *Psicothema*, 10(2), 303-318.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y De Corral, P. (2007). Psychopathological profile of battered women according to age. [Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad] *Psicothema*, 19(3), 459-466.
- Savignac, H. M., Hyland, N. P., Dinan, T. G. y Cryan, J. F. (2011). The effects of repeated social interaction stress on behavioural and physiological parameters in a stress-sensitive mouse strain. *Behavioural Brain Research*, 216(2), 576-584.

- Sayem, A. M., Begum, H. A. y Moneesha, S. S. (2013). Women's attitudes towards formal and informal support-seeking coping strategies against intimate partner violence. *International Social Work*, 58(2), 270-286.
- Scott-Tilley, D., Tilton, A. y Sandel, M. (2010). Biologic correlates to the development of post-traumatic stress disorder in female victims of intimate partner violence: Implications for practice. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46(1), 26-36.
- Schmidt, M. V., Scharf, S. H., Liebl, C., Harbich, D., Mayer, B., Holsboer, F., y cols. (2010). A novel chronic social stress paradigm in female mice. *Hormones and Behavior*, 57(4-5), 415-420.
- Seedat, S., Stein, M. B., Kennedy, C. M. y Hauger, R. L. (2003). Plasma cortisol and neuropeptide Y in female victims of intimate partner violence. *Psychoneuroendocrinology*, 28(6), 796-808.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32-33.
- Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *British Medical Journal*, 1(4667), 1383-1392.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1976). Further thoughts on "stress without distress". *Medical Times*, 104(11), 124-144.
- Sgoifo, A., Carnevali, L. y Grippo, A. J. (2014). The socially stressed heart. insights from studies in rodents. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 39, 51-60.
- Sheppard, M. y Clibbens, J. (2015). Preventive therapy and resilience promotion: an evaluation of social work led skills development group work. *Child and Family Social Work*, 20, 288-299.
- Shimamoto, A., Debold, J. F., Holly, E. N. y Miczek, K. A. (2011). Blunted accumbal dopamine response to cocaine following chronic social stress in female rats: Exploring a link between depression and drug abuse. *Psychopharmacology*, 218(1), 271-279.
- Sinaí, C., Hirvikoski, T., Nordstrom, A. L., Nordstrom, P., Nilsonne, A., Wilczek, A. y cols. (2014). Hypothalamic pituitary thyroid axis and exposure to interpersonal violence in childhood among women with borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 5: 23911.

- Snow-Jones, A., Dienemann, J., Schollenberger, J., Kub, J., O'Campo, P., Carlson Gielen, A. y cols. (2006). Long-term costs of intimate partner violence in a sample of female HMO enrollees. *Women's Health Issues, 16*(5), 252-261.
- Son, G., Hong, J. H., Chang, I. y Shin, D. M. (2015). Induction of IL-6 and IL-8 by activation of thermosensitive TRP channels in human PDL cells. *Archives of Oral Biology, 60*(4), 526-532.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1970). STAI Manual for the State-Trait Anxiety Inventory, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists' Press.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1988). Manual STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
- Stein, M. B. y Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders, 66*(2-3), 133-138.
- Stöckl, H. y Penhale, B. (2014). Intimate partner violence and its association with physical and mental health symptoms among older women in germany. *Journal of Interpersonal Violence, 1*(23).
- Swierczynska, M. M., Mateska, I., Peitzsch, M., Bornstein, S. R., Chavakis, T., Eisenhofer, G. y cols. (2015). Changes in morphology and function of adrenal cortex in mice fed a high-fat diet. *International Journal of Obesity, 39*(2), 321-330.
- Tamashiro, K. L. K., Nguyen, M. M. N. y Sakai, R. R. (2005). Social stress: From rodents to primates. *Frontiers in Neuroendocrinology, 26*(1), 27-40.
- Tiwari, A., Fong, D. Y. T., Chan, C. y Ho, P. (2013). Factors mediating the relationship between intimate partner violence and chronic pain in chinese women. *Journal of Interpersonal Violence, 28*(5), 1067-1087.
- Torres, A., Garcia-Esteve, L., Navarro, P., Tarragona, M. J., Imaz, M. L., Ascaso, C. y cols. (2013). Relationship between intimate partner violence, depressive symptomatology, and personality traits. *Journal of Family Violence, 28*(4), 369-379.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud, 8*(3), 403-422.

- Vázquez, C., Castilla, C. y Hervás, G. (2009). Reacciones frente al trauma: vulnerabilidad, resistencia y crecimiento. En Fernández-Abascal, E. G. (Ed.). *Emociones positivas*. Madrid: Pirámide.
- Vingerhoets, A. (1985). *Psychosocial stress: An experimental approach*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Vreeburg, S. A., Hoogendijk, W. J. G., DeRijk, R. H., van Dyck, R., Smit, J. H., Zitman, F. G. y cols. (2013). Salivary cortisol levels and the 2-year course of depressive and anxiety disorders. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1494-1502.
- Wang, J., Korczykowski, M., Rao, H., Fan, Y., Pluta, J., Gur, R. C. y cols. (2007). Gender difference in neural response to psychological stress. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(3), 227-239.
- Weaver, T. L. y Resick, P. A. (2014). Injury dimensions in female victims of intimate partner violence: Expanding the examination of associations with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 683-690.
- Weiner, H. (1990). Behavioral biology of stress and psychosomatic medicine. En M.R. Brown, G.F. Koob y C. Rivier (Eds.) *Stress: Neurobiology and Neuroendocrinology*, pp:23-51. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Weiss, J. M. (1971). Effects of coping behavior in different warning signal conditions on stress pathology in rats. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 1, 1-14.
- Wessa, M., Rohleder, N., Kirschbaum, C. y Flor, H. (2006). Altered cortisol awakening response in posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 209-215.
- Wilhelm, I., Born, J., Kudielka, B. M., Schlotz, W. y Wüst, S. (2007). Is the cortisol awakening rise a response to awakening? *Psychoneuroendocrinology*, 32(4), 358-366.
- Wingenfeld, K. y Wolf, O. T. (2015). Effects of cortisol on cognition in major depressive disorder, posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder - 2014 curt richter award winner. *Psychoneuroendocrinology*, 51, 282-295.
- Wong, J. Y. H., Fong, D. Y. T., Choi, A. W. M., Tiwari, A., Chan, K. L. y Logan, T. K. (2015). Problem-focused coping mediates the impact of intimate partner violence on mental health among chinese women. *Psychology of Violence*.

- Woods, S. J. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues in Mental Health Nursing*, 21(3), 309-324.
- World Future Council: Future Policy Award, 2014. Disponible en: http://www.worldfuturecouncil.org/fpa_2014.html (Consultado el 22/01/2015).
- Wüst, S., Federenko, I., Hellhammer, D. H. y Kirschbaum, C. (2000). Genetic factors, perceived chronic stress, and the free cortisol response to awakening. *Psychoneuroendocrinology*, 25(7), 707-720.
- Yang, C. R., Bai, Y. Y., Ruan, C. S., Zhou, H. F., Liu, D., Wang, X. F. y cols. (2014). Enhanced aggressive behaviour in a mouse model of depression. *Neurotoxicity Research*, 27(2), 129-142.
- Yehuda, R. (2002). Current status of cortisol findings in post-traumatic stress disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 25(2), 341-368.
- Yehuda, R. (2003). Hypothalamic-pituitary-adrenal alterations in PTSD: Are they relevant to understanding cortisol alterations in cancer? *Brain, Behavior, and Immunity*, 17(1 SUPPL.), S73-S83.
- Yehuda, R., McFarlane, A. C. y Shalev, A. Y. (1998). Predicting the development of posttraumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event. *Biological Psychiatry*, 44(12), 1305-1313.
- Yehuda, R., Brand, S. R., Golier, J. A. y Yang, R.. (2006). Clinical correlates of DHEA associated with post-traumatic stress disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 114(3), 187-193.
- Yehuda, R., Golier, J. A., Halligan, S. L., Meaney, M. y Bierer, L. M. (2004). The ACTH response to dexamethasone in PTSD. *The American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1397-1403.
- Young, E. A. y Breslau, N. (2004b). Saliva cortisol in posttraumatic stress disorder: A community epidemiologic study. *Biological Psychiatry*, 56(3), 205-209.
- Young, A. H., Gallagher, P. y Porter, R. J. (2002). Elevation of the cortisol-dehydroepiandrosterone ratio in drug-free depressed patients. *American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1237-1239.

- Young, E. A., Tolman, R., Witkowski, K. y Kaplan, G. (2004a). Salivary cortisol and posttraumatic stress disorder in a low-income community sample of women. *Biological Psychiatry*, 55(6), 621-626.
- Zhu, G., Yin, Y., Xiao, C. L., Mao, R. J., Shi, B. H., Jie, Y. y cols. (2015). Serum DHEAS levels are associated with the development of depression. *Psychiatry Research*, 229, 447-453.