

UNIVERSIDAD DE VALENCIA

Facultad de Psicología

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos



VIOLENCIA DE GÉNERO: ASPECTOS PSICOSOCIALES Y PSICOPATOLÓGICOS

TESIS DOCTORAL

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA Y DE LA SALUD

(CÓD. 3150)

Abril 2022

PRESENTADA POR:

Elvira María Plaza Bernabeu

DIRIGIDA POR:

Dra. M^a Ángeles Beleña Mateo

Dra. M^a José Báguena Puigcerver

A todas las mujeres importantes de mi vida.

AGRADECIMIENTOS

Me siento muy feliz al escribir estas palabras ya que significa el final de esta investigación y el comienzo de una nueva etapa. En primer lugar, quiero agradecer a mis directoras de tesis Dra. Ángela Beleña y Dra. M^a José Báguena su profesionalidad, dedicación, paciencia y amabilidad durante todo el tiempo que me han acompañado en mi trayectoria de doctorado y en la realización de mi tesis, sin su empuje, ayuda y consejos no hubiera sido posible este trabajo, les estaré siempre agradecida. También me gustaría dar las gracias a Wolfgang Gralke por su gran ayuda en la parte de análisis de datos.

Agradecer a todas y cada una de las mujeres que han participado en la presente investigación. A Susi García, Mode, Graci, Pilar y a todas las asociaciones de mujeres que estuvieron dispuestas a ayudarme de forma desinteresada.

Agradecer a mis compañeras su colaboración y su apoyo. A mis amigos y amigas, por estar ahí, por sus ánimos y por entender mi lejanía.

Quiero dar las gracias a Robert por sus sugerencias, por su amor y paciencia, por su confianza en mí y por impulsarme siempre a seguir con este trabajo.

Y, por último, quiero agradecer a mi familia, tías y primas, quienes de alguna forma pusieron su granito de arena en este trabajo. A mis hermanos Paula y Juanlu, por su ejemplo de superación personal y porque aún en la distancia siempre están ahí, a mis sobrinos por su cariño y en especial a mis padres Juan y Elvira, por su amor incondicional y por la educación que me han dado enseñándome el valor de la constancia y del esfuerzo.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	9
1.1. Violencia de género	9
1.1.1. Aproximación al concepto de violencia de género.....	9
1.1.2. Subtipos de violencia de género	13
1.1.3. Incidencia y prevalencia violencia de género	16
1.2. Factores de riesgo vs protección de la violencia de género	25
1.3. Motivos que hacen permanecer a la mujer en la relación de pareja.....	33
1.4. Violencia de género y variables psicológicas tratadas en la investigación	43
1.4.1. Apego y violencia de género	43
1.4.2. Estilos de comunicación y violencia de género	47
1.4.3. Estilos de afrontamiento y violencia de género	50
1.4.4. Consecuencias en la salud, psicopatología y violencia de género	56
1.4.4.1. Depresión y trastornos de ansiedad	62
1.4.4.2. Trastorno de estrés postraumático	67
1.4.4.3. Trastornos de personalidad	72
1.4.4.4. Experiencias disociativas.....	76
1.5. Objetivos e hipótesis.....	79
CAPÍTULO II. MÉTODO	87
2.1. Introducción.....	87

2.2.	Diseño	87
2.3.	Descripción de la muestra	87
2.3.1.	Características sociodemográficas	89
2.4.	Instrumentos de Evaluación.....	96
2.4.1.	Cuestionario de datos sociodemográficos, de salud e historia de maltrato.....	96
2.4.2.	Cuestionario de motivos por los que las mujeres permanecían en la relación de pareja a pesar del maltrato	98
2.4.3.	Cuestionario de Apego Adulto (CAA).....	98
2.4.4.	Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA)	99
2.4.5.	Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE)	100
2.4.6.	Escala de Experiencias Disociativas (DES)	101
2.4.7.	Escala de Impacto del Estresor (EIE-R).....	102
2.4.8.	Inventario de Síntomas (SCL-90-R).....	104
2.4.9.	Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE)	105
2.5.	Procedimiento seguido	108
2.6.	Análisis estadísticos realizados	109
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....		113
3.1.	Introducción.....	113
3.2.	Datos descriptivos correspondientes a los factores de vulnerabilidad en ambos grupos (GV y GC).....	113
3.3.	Comparación de las variables estudiadas en la presente investigación entre el grupo de mujeres víctimas de VG y el grupo control.....	123

3.3.1.	Análisis de la consistencia interna de las variables evaluadas	123
3.3.2.	Comparación de medias	128
3.3.2.1.	Tipo de apego.....	128
3.3.2.2.	Estilos de comunicación	129
3.3.2.3.	Estilos de afrontamiento	130
3.3.2.4.	Experiencias disociativas.....	132
3.3.2.5.	Síntomas de estrés postraumático.....	133
3.3.2.6.	Síntomas psicológicos	134
3.3.2.7.	Trastornos de personalidad	135
3.3.3.	Análisis factorial.....	138
3.3.4.	Análisis correlacional bivariado	146
3.3.5.	Análisis discriminante	149
3.3.5.1.	Tipos de apego, estilos de comunicación y estilos de afrontamiento.	150
3.3.5.2.	Psicopatología	153
3.3.6.	Regresión lineal múltiple	156
3.4.	Análisis de las mujeres víctimas de violencia de género.....	163
3.4.1.	Análisis descriptivos de las mujeres víctimas de violencia de género	163
3.4.1.1.	Historia de la conducta violenta	163
3.4.1.2.	Percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer	181
3.4.1.3.	Circunstancias agravantes.....	183
3.4.1.4.	Cuestionario sobre motivos por los que las mujeres se mantenían en la relación de malos tratos.	188

3.4.2.	Análisis comparativos entre las mujeres víctimas en función de si han denunciado a su agresor: Denuncia y No Denuncia.....	189
3.4.3.	Análisis comparativos entre las mujeres víctimas en función del tipo de maltrato que han recibido	199
3.4.4.	Análisis comparativos entre las mujeres víctimas en función de la duración del maltrato recibido	206
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES		215
4.1.	Introducción.....	215
4.2.	Características sociodemográficas de los dos grupos de estudio	215
4.3.	Discusión.....	216
4.3.1.	Diferencias en los factores de vulnerabilidad entre los dos grupos (GV y GC).....	216
4.3.2.	Diferencias en variables psicológicas entre los dos grupos (GV y CC)	219
4.3.3.	Diferencias en sintomatología psicológica entre los dos grupos (GV y GC)	221
4.3.4.	Relación de las variables evaluadas en la psicopatología de las mujeres	225
4.3.5.	Resultados del grupo de mujeres víctimas de violencia de género	227
4.4.	Conclusiones.....	234
4.5.	Ámbito de aplicación de la investigación.....	237
4.6.	Limitaciones encontradas en el presente trabajo y futuras líneas de investigación ..	241
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		245
ANEXOS.....		275
ANEXO I. Consentimiento informado para participantes de la investigación		277
ANEXO II. Entrevista sobre datos sociodemográficos, de salud e historia del maltrato		278

ANEXO III. Cuestionario de motivos por los que las mujeres permanecían en la relación de pareja a pesar del maltrato	281
ANEXO IV. Cuestionario de Apego Adulto (CAA)	282
ANEXO V. Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA)	284
ANEXO VI. Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE)	287
ANEXO VII. Escala de Experiencias Disociativas (DES)	290
ANEXO VIII. Escala de Impacto del Estresor (EIE-R).....	294
ANEXO IX. Inventario de Síntomas (SCL-90-R)	296
ANEXO X. Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE)	299

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Resumen de Prevalencias de Violencia de Alguna Pareja (Actual o Pasada) a lo Largo de la Vida</i>	21
Tabla 2 <i>Factores asociados a la Permanencia de la Mujer Víctima de VG con el Agresor</i>	36
Tabla 3 <i>Consistencia Interna del Tipo de Apego Evaluados por el CAA: GV (N=110) y GC (N=182)</i>	123
Tabla 4 <i>Consistencia Interna del Estilo de Comunicación evaluado por el ASPA: GV (N=110) y GC (N=182)</i>	124
Tabla 5 <i>Consistencia Interna del Tipo de Afrontamiento Evaluado por el COPE: GV (N=110) y GC (N=182)</i>	125
Tabla 6 <i>Consistencia Interna de los Factores Evaluados por la DES: GV (N=110) y GC (N=182)</i>	126
Tabla 7 <i>Consistencia Interna de los Síntomas Evaluados por la EIE-R: GV (N=110) y GC (N=182)</i>	126
Tabla 8 <i>Consistencia Interna de los Síntomas Evaluados por el SCL-90-R: GV (N=110) y GC (N=182)</i>	127
Tabla 9 <i>Contraste de Medias de los Tipos de Apego Evaluados por el CAA: GV (N=110) y GC (N=182)</i>	128
Tabla 10 <i>Contraste de Medias en Estilos de Comunicación Evaluados por el ASPA: GV (N=110) y GC (N=182)</i>	130
Tabla 11 <i>Contraste de Medias en los Estilos de Afrontamiento Evaluados por el COPE: GV (N=110) y GC (N=182)</i>	131
Tabla 12 <i>Contraste de Medias en los Factores de Disociación Evaluados por la DES: GV (N=110) y GC (N=182)</i>	132

Tabla 13 <i>Contraste de Medias de los Síntomas de TEPT Evaluados por la EIE-R: GV (N=110) y GC (N=182)</i>	133
Tabla 14 <i>Contraste de Medias de los Síntomas Psicológicos Evaluados por el Inventario SCL-90-R: GV(N=110) y GC (N=182)</i>	134
Tabla 15 <i>Contraste de Medias de Trastornos de Personalidad por el IPDE: GV (N=110) y GC (N=182)</i>	135
Tabla 16 <i>Diferencias de Frecuencias de los Trastornos de Personalidad Evaluados por el IPDE: GV (N=110) y GC (N=182)</i>	137
Tabla 17 <i>Análisis Factorial: Grupo Mujeres Víctimas de VG (N=110)</i>	138
Tabla 18 <i>Análisis Factorial del Grupo Control (N=182)</i>	141
Tabla 19 <i>Correlaciones Bivariadas de Pearson del Grupo GV</i>	146
Tabla 20 <i>Correlaciones Bivariadas de Pearson del Grupo GC</i>	147
Tabla 21 <i>Análisis Discriminante entre el GC (N=182) y el GV (N =110) con las Dimensiones ASPA, COPE y CAA</i>	150
Tabla 22 <i>Análisis Discriminante entre el GV (N=110) y el GC (N=182), Utilizando los Síntomas de Estrés Postraumático (EIE-R), Síntomas de Disociación (DES) e Índice Gravedad Global (SCL-90-R)</i>	154
Tabla 23 <i>Análisis de Regresión: Grupo de Mujeres Víctimas VG (N=110)</i>	157
Tabla 24 <i>Análisis de Regresión Grupo de Mujeres GC (N=182)</i>	159
Tabla 25 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en el Tipo de Apego</i>	190
Tabla 26 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en los Estilos de Comunicación</i>	191
Tabla 27 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en los Estilos de Afrontamiento</i>	191

Tabla 28 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en los Factores de Disociación.....</i>	192
Tabla 29 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en los Síntomas de TEPT</i>	193
Tabla 30 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en los Síntomas Psicológicos.....</i>	194
Tabla 31 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en el Índice de Vulnerabilidad</i>	195
Tabla 32 <i>Análisis Discriminante entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=33) y el Grupo de Mujeres que No Han Denunciado (N=78)</i>	196
Tabla 33 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en el Tipo de Apego.....</i>	200
Tabla 34 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en los Estilos de Comunicación.....</i>	201
Tabla 35 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en los Estilos de Afrontamiento.....</i>	202
Tabla 36 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en los Síntomas de Disociación</i>	203
Tabla 37 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en los Síntomas de Estrés Postraumático.....</i>	203

Tabla 38 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en los Síntomas Psicológicos</i>	204
Tabla 39 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en el Índice de Vulnerabilidad</i>	205
Tabla 40 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en el Tipo de Apego</i>	207
Tabla 41 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en los Estilos de Comunicación</i>	207
Tabla 42 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en los Estilos de Afrontamiento</i>	208
Tabla 43 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en los Síntomas de Disociación</i>	209
Tabla 44 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en los Síntomas de TEPT</i>	210
Tabla 45 <i>Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en los Síntomas Psicopatológicos</i>	211

Tabla 46 *Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en el Índice de Vulnerabilidad.....212*

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 <i>Índice de Prevalencia entre las Mujeres de 15 a 49 Años que Han Sufrido VG en Algún Momento de su Vida según Región</i>	18
Figura 2 <i>Mujeres Víctimas Mortales por Violencia de Género. De Enero de 2003 hasta Enero de 2022. Total de Víctimas Mortales 2003-2022:1.128</i>	22
Figura 3 <i>Modelo Ecológico para Comprender la Violencia</i>	26
Figura 4 <i>Modelo Bidimensional de la Aserción</i>	49
Figura 5 <i>Consecuencias y Efectos en la Salud de la Violencia de Género</i>	57
Figura 6 <i>Distribución de la Muestra</i>	88
Figura 7 <i>Distribución de la Muestra en Función de la Edad</i>	89
Figura 8 <i>Distribución de la Muestra en Función de la Nacionalidad</i>	90
Figura 9 <i>Distribución de la Muestra según del Estado Civil</i>	90
Figura 10 <i>Distribución de la Muestra según el Nivel de Ingresos</i>	91
Figura 11 <i>Distribución de la Muestra en Función de si Tienen Pareja</i>	92
Figura 12 <i>Distribución de la Muestra en Función de si Convive con su Pareja</i>	92
Figura 13 <i>Distribución de la Muestra en Función de si Tienen Hijos</i>	93
Figura 14 <i>Distribución de la Muestra según el Nivel de Estudios</i>	94
Figura 15 <i>Distribución de la Muestra Según la Situación Laboral</i>	95
Figura 16 <i>Distribución del GV según el Nivel de Estudios del Maltratador</i>	95
Figura 17 <i>Distribución del GV según la Situación Laboral del Maltratador</i>	96
Figura 18 <i>Distribución de la Muestra en Función de si Sufren Alguna Enfermedad Física</i>	114
Figura 19 <i>Distribución de la Muestra en Función de si Sufren Alguna Patología Mental</i>	115

Figura 20 <i>Distribución de la Muestra en Función de si Toman Algún Psicofármaco</i>	115
Figura 21 <i>Distribución de la Muestra en Relación a la Ingesta de Alcohol</i>	116
Figura 22 <i>Distribución de la Muestra en Función de si Toman Algún Tipo de Drogas</i> .	117
Figura 23 <i>Distribución de la Muestra Respecto a si Han Sufrido Malos Tratos en la Infancia</i>	117
Figura 24 <i>Distribución de la Muestra de las Mujeres que Han Recibido Malos Tratos en la Infancia en Función del Tipo de Maltrato Recibido</i>	118
Figura 25 <i>Distribución de la Muestra Respecto a si su Padre Maltrataba a su Madre</i> ..	119
Figura 26 <i>Distribución de la Muestra Respecto a si su Madre Recibió Maltrato por Parte de Otras Parejas</i>	120
Figura 27 <i>Distribución de la Muestra en Relación a si Tuvo Intentos de Suicidio</i>	121
Figura 28 <i>Distribución de la Muestra Respecto a si sus Hijos son Violentos con Ellas</i>	121
Figura 29 <i>Distribución del Grupo GV en Relación a si Conviven con su Pareja Agresora</i>	164
Figura 30 <i>Distribución del Grupo GV Respecto al Tiempo que Hace que se Terminó la Relación con su Pareja Agresora</i>	164
Figura 31 <i>Distribución del Grupo GV en Relación al Motivo de la Ruptura con su Pareja Agresora</i>	165
Figura 32 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a la Edad que Tenían Cuando Conoció a su Pareja Agresora en Años</i>	166
Figura 33 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a la Edad que Tenía su Pareja Agresora Cuando lo Conoció</i>	166
Figura 34 <i>Distribución del Grupo GV Respecto al Tiempo Transcurrido hasta el Inicio del Maltrato</i>	167
Figura 35 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a la Duración del Maltrato</i>	168
Figura 36 <i>Distribución del Grupo GV en Relación al Tipo de Maltrato Recibido</i>	168

Figura 37 <i>Distribución del Grupo GV en Relación al Tipo de Amenazas y Abusos Graves y su Frecuencia</i>	169
Figura 38 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si la Pareja Ha Sido Agresiva con Otras Parejas, con Miembros de la Familia, Otras Personas o Animales</i>	171
Figura 39 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si su Pareja Agresora Ha Sido Agresiva con sus Hijos</i>	172
Figura 40 <i>Distribución del Grupo GV en Relación con el Tipo de Maltrato que Han Recibido sus Hijos</i>	172
Figura 41 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si su Pareja Agresora la Maltrató durante el Embarazo</i>	173
Figura 42 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si su Pareja Agresora Ha Tenido Problemas Legales</i>	173
Figura 43 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a la Existencia de Denuncias</i>	174
Figura 44 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si Ha Habido Orden de Alejamiento</i>	175
Figura 45 <i>Distribución del Grupo GV en Relación con el Quebrantado la Orden de Alejamiento o Medida de Protección por Parte de su Pareja</i>	175
Figura 46 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si Volvió con su Pareja Agresora Después de la Orden de Alejamiento</i>	176
Figura 47 <i>Distribución del Grupo GV Respecto al Tipo de Asistencia Recibida</i>	177
Figura 48 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a Consecuencias del Maltrato</i>	177
Figura 49 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si Ha Recibido Maltrato de Anteriores Parejas</i>	178
Figura 50 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si Ha Mantenido Oculto el Maltrato Recibido por su Pareja</i>	179
Figura 51 <i>Distribución del Grupo GV en Relación a si Dependía Económicamente de su Pareja Agresora</i>	179

Figura 52 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si sus Hijos Han Presenciado en Alguna Ocasión el Maltrato</i>	180
Figura 53 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si sus Hijos Tienen Relación con su Padre y el Tipo de Relación</i>	180
Figura 54 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si Alguna Vez Intentó Hacer Frente a su Pareja</i>	181
Figura 55 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si Dejó a su Pareja Alguna Vez</i>	182
Figura 56 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si Opinan que el Agresor Sería Capaz de Matarla</i>	182
Figura 57 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si su Pareja Agresora Tiene Alguna Patología Mental o Enfermedad Física</i>	183
Figura 58 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a la Ingesta de Psicofármacos por Parte de su Pareja Agresora</i>	184
Figura 59 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a la Ingesta de Bebidas Alcohólicas por Parte de su Pareja Agresora</i>	184
Figura 60 <i>Distribución del Grupo GV Respecto al Consumo de Drogas por Parte de su Pareja Agresora</i>	184
Figura 61 <i>Distribución del Grupo GV en Relación a la Posesión de Armas por parte de su Pareja Agresora</i>	185
Figura 62 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si su Pareja Agresora Ha Sufrido Maltrato en su Infancia</i>	186
Figura 63 <i>Distribución del Grupo GV en Relación al Tipo de Malos Tratos que Ha Recibido su Pareja Agresora en su Infancia</i>	186
Figura 64 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a si su Pareja Agresora Ha Tenido Intentos de Suicidio</i>	187

Figura 65 <i>Distribución del Grupo GV Respecto a los Motivos por los que las Mujeres Permanecían en la Relación de Malos Tratos</i>	188
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

LISTA DE ABREVIATURAS

ASPA	Cuestionario de Aserción en la Pareja
CAA	Cuestionario de Apego Adulto
COPE	Cuestionario de Estilos de Afrontamiento
DES	Escala de Experiencias Disociativas
DGVG	Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género
EE.UU	Estados Unidos
EIE	Escala de Impacto del Estresor
FRA	Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea
FV	Factores de Vulnerabilidad
GC	Grupo Control
GV	Grupo Víctimas de Violencia de Género
IGG	Índice de Gravedad Global
IPDE	Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad
IV	Índice de Vulnerabilidad
OMS	Organización Mundial de la Salud
SCL-90-R	Inventario de Síntomas
TEPT	Trastorno de Estrés Postraumático
TPD	Trastorno de la Personalidad por Dependencia
UE	Unión Europea
UNODC	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
VG	Violencia de Género
VGP	Violencia de Género en la Pareja

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

El presente estudio se encuentra dentro del ámbito de investigación de la violencia de género (VG), concretamente, en las mujeres víctimas de malos tratos por parte de sus parejas o exparejas, centrandó el estudio en las características psicosociales y psicológicas que pueden estar influyendo en la permanencia de las mujeres en las relaciones de pareja donde son maltratadas y en la psicopatología que desarrollan.

La VG es un problema a nivel mundial que no entiende de nacionalidades, de culturas, de religiones, ni de clases sociales. La violencia en la pareja es el tipo más frecuente de violencia contra las mujeres (Young-Ran y Hye, 2021). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el mundo el 27% de las mujeres de 15 a 49 años que han estado en una relación informan haber sufrido algún tipo de violencia física y /o sexual por parte de su pareja (OMS, 2021) y el 38% de los asesinatos de mujeres que se producen son cometidos por su pareja masculina (OMS, 2013). A nivel estatal, según la última macroencuesta sobre VG realizada por la Dirección General contra la Violencia de Género (DGVG), el 32,4% de las mujeres de 16 o más años residentes en España han sufrido al menos de un tipo de VG en algún momento de su vida (DGVG, 2020).

Estas cifras justifican la necesidad de investigar sobre las variables moduladoras y/o mediadoras que pueden estar influyendo en la psicopatología que desarrollan las mujeres víctimas de VG y que pueden estar influyendo en la permanencia de una mujer en una situación de malos tratos a pesar del sufrimiento que padecen, con el fin de realizar un trabajo que ayude a la prevención de esta problemática y a una mejora en las intervenciones psicológicas con las víctimas, ya que son numerosos los estudios que corroboran las fatales consecuencias físicas y psíquicas que puede llegar a tener en la salud de la mujer este tipo violencia. En definitiva, conocer el papel modulador que tiene el tipo de apego, el estilo de comunicación, los estilos de

afrontamiento en relación con la psicopatología que las mujeres desarrollan, nos puede ayudar a realizar planes de prevención e intervención psicológica más adecuados.

Por todo lo anterior, se establece para este estudio dos objetivos generales. Uno de ellos se dirige a explorar un conjunto de aspectos psicosociales, variables psicológicas y psicopatología en mujeres que han sido víctimas de VG en el ámbito de la pareja y establecer las semejanzas y/o diferencias que se encuentran en ellas cuando son comparadas con mujeres que nunca han recibido malos tratos por parte de su pareja. Las variables evaluadas en las mujeres cubren diversas áreas: factores de vulnerabilidad, tipo de apego, estilos de comunicación en pareja, estilos de afrontamiento, trastornos de personalidad y síntomas psicopatológicos. El segundo de ellos se destina a estudiar en profundidad el grupo de mujeres víctimas de VG y analizar las diferencias en las variables evaluadas en función del tipo de maltrato recibido, en función de la duración del maltrato y en función de si han interpuesto denuncias por malos tratos.

La estructura del trabajo se distribuye en cuatro capítulos.

El primer capítulo titulado marco teórico consta de cinco apartados. En el primer apartado se hace una aproximación al concepto de la VG, se describen los subtipos de este tipo de violencia y se ofrecen datos de prevalencia de este fenómeno a nivel mundial, a nivel europeo y nacional. En el segundo apartado, se hace una exposición sobre los factores de riesgo y de protección de la VG. En el tercero, se habla sobre los motivos que hacen permanecer a la mujer en una relación de malos tratos. En el cuarto apartado se profundiza sobre las variables psicológicas analizadas en la investigación: tipo de apego, estilos de comunicación, estilos de afrontamiento y psicopatología en violencia de género, realizándose una revisión bibliográfica sobre estudios de investigación. En el último apartado de este primer capítulo se describen los objetivos generales y específicos y se detallan las hipótesis planteadas en la presente investigación.

En el segundo capítulo del presente trabajo se describe la metodología seguida: la muestra estudiada, los instrumentos que se han utilizado en la presente investigación y los análisis estadísticos que se han realizado para la obtención de los resultados.

En el tercer capítulo, se muestran los resultados alcanzados en el estudio y en el último capítulo se describe la discusión de los resultados, las conclusiones de la investigación, el ámbito de aplicación, las limitaciones y la propuesta de futuras investigaciones.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Violencia de género

1.1.1. Aproximación al concepto de violencia de género

Hasta la década de los noventa, la mayoría de los gobiernos no consideraba la VG como un problema social importante. Es a partir de entonces cuando, gracias a los esfuerzos iniciados por organizaciones de mujeres, por profesionales y por algunos gobiernos comprometidos, comenzó a aparecer una sensibilización pública con respecto a este fenómeno, siendo este tipo de violencia actualmente un grave problema de salud pública y de derechos humanos (OMS, 2005). Asimismo, las cuatro conferencias mundiales sobre la mujer realizadas por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) celebradas en los años 1975, 1980, 1985 y 1995, junto con los movimientos feministas, fomentaron la igualdad entre sexos y ayudaron a que la situación de las mujeres mejorara a nivel mundial.

La VG ha estado presente a lo largo de la historia y ha sido justificada, escondida y considerada como algo que encuadraba dentro de la normalidad (Lorente, 2009), siendo consecuencia de una sociedad patriarcal y resultado de la expresión de dominio y poder de los hombres hacia las mujeres. Si bien, la norma de lo que se considera una conducta aceptable o de lo que se considera una conducta dañina para las personas ha ido variando en diferentes épocas y culturas (Pick, et al., 2010). Por ejemplo, en España, hasta el año 1975, las mujeres cuando se casaban tenían una limitación de su libertad y entre otras cosas, necesitaban una licencia marital para trabajar, no podían comprar bienes inmuebles y estaban obligadas a seguir a su marido donde éste fijara su residencia. Del mismo modo, en el Código Civil existía un artículo que indicaba que la mujer debía obedecer a su marido (Zubiaur, 2008). Todas estas limitaciones eran consideradas como algo normal, lo que ha conllevado a la transmisión de una educación

sexista de generación en generación, que hoy todavía tiene secuelas y ha dejado un poso de machismo en la sociedad actual.

La ONU en su declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, en su artículo 1 definió por primera vez la VG como:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada. (Organización Naciones Unidas, 1994 p.2)

En España, en la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la VG, se especifica que para que sea VG, la violencia tiene que ser provocada por un hombre hacia una mujer con la que se mantenga o se haya mantenido una relación sentimental. Según la citada ley, se entiende la VG como cualquier acto de violencia, ya sea física o psicológica, incluyendo las agresiones a la libertad sexual, amenazas, coacciones o privación de libertad que:

Como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. (Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la VG, p.42168)

La expresión género hace referencia “a las creencias, actitudes, sentimientos, valores y conductas que marcan la diferencia entre hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social” (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012, p. 117).

Aunque la sociedad o los medios de comunicación puedan utilizar los términos de violencia doméstica o VG de forma indiscriminada en realidad tienen significados diferentes. La

violencia doméstica hace referencia a la violencia que ocurre en el hogar familiar y la puede ejercer y sufrir cualquiera de los miembros del núcleo familiar, mientras que la VG es la violencia ejercida por parte de un hombre hacia una mujer con la que se mantiene o se ha mantenido una relación sentimental con o sin convivencia. No obstante, en los primeros estudios e investigaciones sobre VG también se llegó a utilizar el término de violencia doméstica o violencia en el hogar para referirse a la VG (Aguirre et al., 2010; Amor et al., 2001; Amor et al., 2002; Echeburúa et al., 1997; Montero, 2001).

A nivel internacional, el término más empleado actualmente para hacer referencia a la VG es “Intimate Partner Violence” traducido al español “Violencia en las Relaciones de Pareja” (VGP) (Ali et al., 2011; Bélanger et al., 2015; Costa et al., 2021; Daugherty et al., 2019; Jewkes et al., 2017; Liebschutz y Rothman, 2012; Machisa et al., 2017; Wang et al., 2017; Yakubovich et al., 2018). La violencia en la pareja abarcaría cualquier comportamiento intencionado dentro del marco de una relación íntima que provoque daño físico, psíquico o sexual. A pesar de que hay evidencias de que hay mujeres que agreden a sus parejas masculinas y hay violencia entre parejas del mismo sexo, la violencia dentro del ámbito de la pareja sigue siendo predominantemente del hombre hacia la mujer (Pick et al., 2010), por lo que en el presente trabajo de investigación se va a hacer referencia al concepto de VG para referirnos al maltrato dentro de las relaciones, cuando éste sea provocado por el hombre y cuando la víctima sea una mujer con la que se mantenga o se haya mantenido una relación sentimental, con o sin convivencia.

La VG es un fenómeno omnipresente en todo el mundo (OMS, 2013; OMS, 2021) y constituye un grave problema social, que provoca consecuencias nefastas en las víctimas, en sus familiares y en la sociedad en general (Echerurúa et al., 2002). Este tipo de violencia ha existido desde siempre en todas las culturas, si bien, en los últimos años se ha tenido más consciencia y consideración social de este fenómeno siendo objeto de numerosas

investigaciones. Actualmente, no es extraño que cada semana los medios de comunicación nos ofrezcan una trágica noticia relacionada con un femicidio relacionado la VG. En el año 2021, 42 de las víctimas de VG fueron asesinadas a manos de sus parejas o exparejas (DGVG, 2022).

Entre todos los contextos de violencia hacia la mujer, la violencia en la pareja es la que se da con más frecuencia a nivel mundial (Aiquipa y Canción, 2020; Young-Ran y Hye, 2021). Resulta chocante como el hogar familiar, el cual tendría que ser un espacio de tranquilidad y de protección para todas las personas, es uno de los contextos donde la mujer tiene un mayor riesgo de ser agredida (Amor et al., 2002). De hecho, más de un tercio de las mujeres asesinadas a nivel mundial en el año 2017, lo hicieron a manos de su pareja o expareja (Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito [UNODC], 2019).

Tal y como señala Deza (2019), la VG tiene unas características propias que la diferencian de otros tipos de violencia: el agresor no es una persona desconocida para la víctima, sino que al contrario ambos mantienen o han mantenido una relación afectiva. Las agresiones tienen un inicio temprano, se dan de una forma crónica y las víctimas suelen pedir ayuda después de un tiempo desde que comienzan a ser maltratadas. Las conductas violentas se dan de forma habitual, siguiendo un patrón de relación cíclico en el que se combinan periodos de tranquilidad y momentos de tensión. Asimismo, en este tipo de violencia, muchas de las respuestas de las víctimas ante el maltrato tienen como finalidad que el perpetrador cambie su conducta, algo muy improbable de conseguir, ya que existe evidencia científica en la mayoría de los casos los agresores repiten su conducta más de una vez. En este sentido, un 82% de las mujeres que han sufrido violencia física, un 91,3% de las que han sufrido violencia psicológica y un 88,8% de las que han sufrido violencia sexual por parte de parejas pasadas, afirman que ha ocurrido más de una vez (DGVG, 2020).

Asimismo, a diferencia de otras conductas violentas las VG no suele denunciarse y si se hace, en muchas ocasiones las denuncias son retiradas por las propias víctimas. Además, esta

violencia conlleva el riesgo de ser aprendida por los hijos, testigos de las agresiones físicas y psicológicas, lo que supone que se transmita culturalmente (Amor et al., 2002; Sarasua y Zubizarreta, 2000).

Asimismo, siguiendo a Deza (2019), las consecuencias de este tipo de violencia en las mujeres se manifiestan tanto a nivel emocional como físico. A nivel emocional las víctimas desarrollan síndromes comunes como indefensión aprendida, síndrome de estrés postraumático (TEPT) y síndrome de la mujer maltratada, así como trastornos de depresión y ansiedad, baja autoestima y sentimientos de culpa y vergüenza. A nivel físico, las agresiones pueden provocar desde contusiones hasta en los casos más trágicos la muerte de las víctimas. En este sentido, la investigación sobre este fenómeno ha encontrado a lo largo de los años un tipo de psicopatología que es común en las víctimas, lo que se abordará en el último punto del presente capítulo.

1.1.2. Subtipos de violencia de género

Dentro de una relación de malos tratos podemos encontrar diferentes formas o manifestaciones de violencia entre las que se encuentra el maltrato físico, el maltrato psicológico y el maltrato sexual (Asensi, 2008; Chamorro, 2008; Villavicencio, 1993). A continuación, se explica en que consiste cada uno de ellos:

- **El maltrato físico:** consiste en el uso de la violencia o fuerza física con el fin de provocar daños en la otra persona. Comprende diferentes comportamientos como dar empujones, puñetazos, patadas, golpear con objetos, dañar pertenencias y en el peor de los casos, el intento de asesinato. La situación de máximo riesgo para la vida de la mujer puede situarse en el momento en que decide poner fin a la relación y el agresor toma conciencia de la pérdida (Amor et al., 2001).

El maltrato físico suele ser el más fácil de detectar y de demostrar, ya que es el más visible y suele dejar secuelas perceptibles en la víctima, si bien, no se suele dar de forma aislada, sino que en la mayoría de los casos suele ir acompañado de violencia psicológica (Krug et al., 2002). La violencia física suele ser la punta del iceberg (Hirigoyen, 2006), ya que detrás de ésta suele aparecer un foco oculto de malos tratos psicológicos.

- **El maltrato psicológico:** radica en la frecuencia de comportamientos hostiles, verbales y no verbales, que perjudican la estabilidad emocional de la víctima provocando sensaciones de miedo y ansiedad, que puede manifestarse en forma de humillaciones, insultos, críticas desmesuradas, amenazas, desprecios e imposibilidad de satisfacción de demandas básicas, como la restricción de medios económicos y la limitación de las relaciones sociales y familiares (Chamorro, 2008). En ocasiones, la violencia psicológica puede llegar a percibirse como algo normal en las relaciones de pareja, justificándose por las conductas de género socialmente asociadas al sexo masculino (Liranzo y Moreno, 2017). El maltrato psicológico incluye dos tipos de conductas, un tipo de conductas manifiestas y evidentes como las amenazas y humillaciones, y otro tipo de conductas más sutiles, como no tener en cuenta las emociones de la otra persona o el aislamiento social (Marshall, 1999).

No hay que confundir la violencia psicológica con una mala relación de pareja, ya que, a diferencia de ésta, los malos tratos psicológicos son más intensos y duraderos en el tiempo (Amor et al., 2001). A diferencia de lo que ocurre en los conflictos de una relación de pareja disfuncional, en la VG “el comportamiento violento contra la pareja implica un intento de controlar la relación mediante un abuso de poder” (Echeburúa y Muñoz, 2017, p. 20).

Asimismo, el maltrato psicológico provoca graves consecuencias en la salud, ya que cuando se descubre suele haber pasado mucho tiempo desde su inicio. Se ha

observado que cuanto más crece este tipo de maltrato dentro de una relación, mayor es la dependencia emocional hacia la pareja (Momeñe et al., 2017). Por otro lado, muchas mujeres tienen una baja conciencia de estar siendo víctimas de violencia psicológica, llegando a normalizar el trato vejatorio y humillante que reciben por parte de sus parejas que, en algunos casos puede durar meses y en el peor de los casos toda la vida. En este sentido, muchas víctimas comienzan a tomar conciencia de la gravedad de la situación cuando reciben la primera agresión física, que suele ser ya tarde, debido a que su autoestima ha disminuido considerablemente, su salud psicológica está dañada y se encuentran aisladas socialmente fruto del control al que han sido sometidas, mostrando una gran dependencia hacia sus agresores. Esto, sumado a la culpa que muchas mujeres sienten por ocultar la situación de malos tratos y no haber dejado antes a su pareja, genera el caldo de cultivo idóneo para que la víctima se mantenga en la dañina relación con la única esperanza de que su agresor cambie.

La violencia psicológica es la que se suele dar con más frecuencia en víctimas de VG (Asensi, 2008; DGVG, 2020; Fernández-González et al., 2017; Hidalgo y Valdés 2014). De hecho, diversas investigaciones han encontrado que todas las víctimas de VG han sufrido violencia psicológica (Amor et al., 2001; Lara-Caba, 2019; Pico-Alfonso et al., 2008). No obstante, este tipo de violencia es la más difícil de demostrar.

- **El maltrato sexual:** Se puede definir como cualquier acto que traspasa la libertad sexual de la mujer, entre los que se encuentran sufrir actos sexuales humillantes o en contra de su voluntad, sentirse obligada a tener hijos o a abortar, sufrir agresiones en las relaciones sexuales, abusos, vejaciones o incitación a la prostitución (Chamorro, 2008).

Numerosos estudios encuentran prevalencia de violencia sexual en mujeres víctimas de VG (Amor et al., 2002; DGVG, 2020; Fernández-González et al., 2017; Guzmán-Rodríguez et., 2021; Rivas-Rivero y Bonilla-Algovia, 2020). Pico-Alfonso et al.

(2008) observan en su estudio que un tercio de las mujeres maltratadas física y psicológicamente, también, recibieron abuso sexual por parte de su pareja.

Las investigaciones sobre VG demuestran que las víctimas suelen sufrir más de un tipo de maltrato a la vez (Fernández-González et al., 2017; OMS, 2013; Patró et al., 2007). Tanto el maltrato físico como el psicológico provoca graves consecuencias psicopatológicas en la víctima, observándose en varios estudios que no existe diferencia en cuanto a las secuelas psicológicas que deja un tipo u otro de maltrato (Amor et al., 2001; Daugherty et al., 2019; Echeburúa et al., 1997; García et al., 2020; Pico-Alfonso et al., 2008). No obstante, en algunos estudios previos se ha encontrado que el maltrato psicológico puede provocar más alteraciones psicopatológicas que el maltrato físico (Cogan y Porcerelli, 1996; Khan et al., 1993).

1.1.3. Incidencia y prevalencia violencia de género

Tener una verdadera estimación de la incidencia y prevalencia de la VG es difícil debido a que muchos casos nunca salen a luz. Se cree que las cifras que tenemos están por debajo de los datos reales, ya que pocas mujeres que reciben malos tratos por parte de su pareja se atreven a denunciar y/o a hacer público este tipo de situaciones. Sumado a esto, también, se encuentran las mujeres que no tienen conciencia de estar inmersas en una relación de malos tratos y normalizan las conductas de control y manipulación de sus parejas. Esto ocurre debido a que, en muchas ocasiones cuando la violencia aparece en la relación de pareja lo hace de forma poco detectable y con unos primeros episodios violentos sutiles y de baja intensidad que no son interpretados como agresiones (Romero, 2010), por lo que la mujer poco a poco va bajando su umbral hacia la violencia y cuando es consciente de que es una víctima de malos tratos ya ha pasado mucho tiempo y se encuentra psicológicamente indefensa y afectada. Los datos proporcionados en el estudio de la Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA, 2014) sobre la violencia contra las mujeres a escala de la Unión Europea (UE) indican que la mayoría de las víctimas de VG no notifican sus experiencias ni a la policía ni a organizaciones

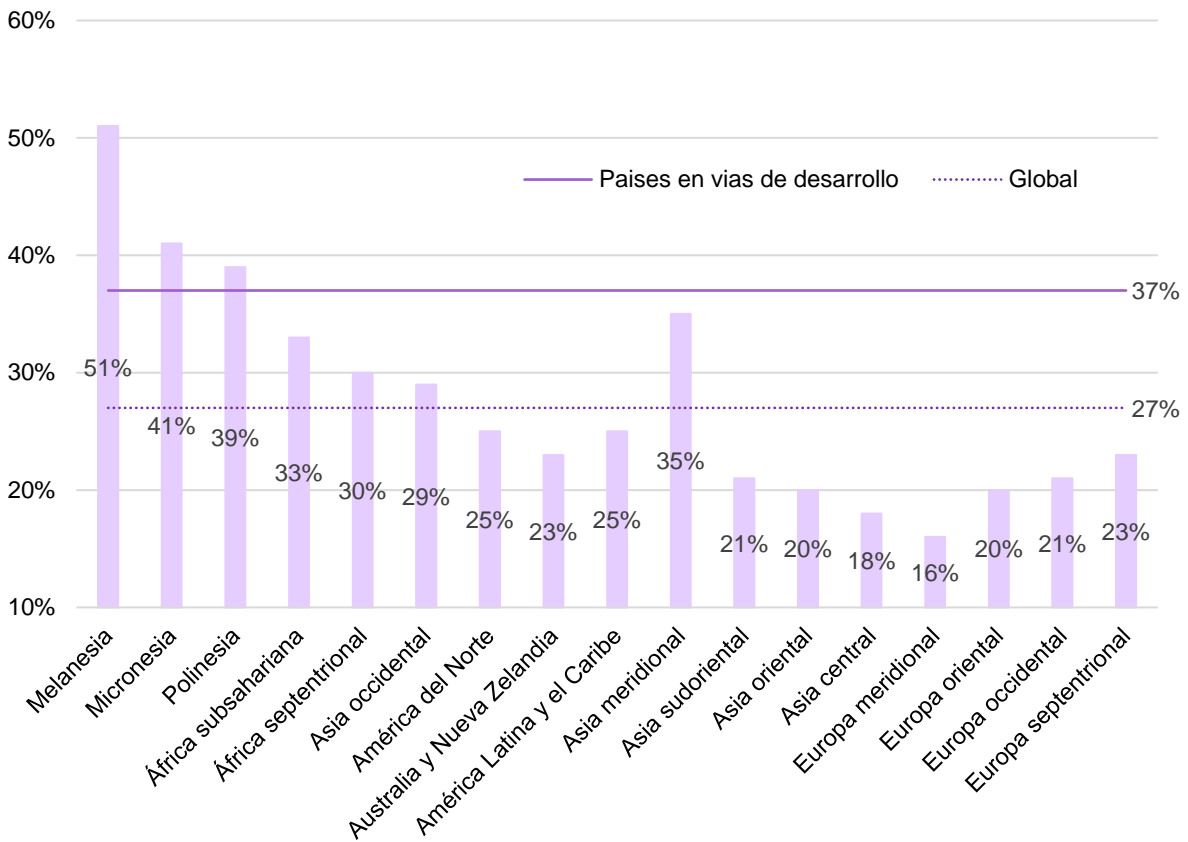
de apoyo a las víctimas de VG y no acuden al sistema judicial ni a otro tipo de servicios; además, esta situación empeora en los países en los que la VG no forma parte de las finalidades políticas (FRA, 2014).

No obstante, se sabe que la VG es un fenómeno omnipresente en todos los continentes. **A nivel mundial**, según el último informe emitido por la OMS (2021), sobre prevalencia de violencia contra las mujeres, estamos ante un problema que se extiende en todos los países y regiones donde se realizó el estudio. El citado informe apunta a que, a nivel global, aproximadamente una de cada tres mujeres (30%) han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o violencia sexual por parte terceros en algún momento de su vida, siendo la mayoría de las veces el agresor la propia pareja. En este sentido, cuando se refiere a la VG, el 27% de las mujeres de 15 a 49 años informan haber sufrido algún tipo de violencia física y/o sexual por parte de su pareja y el 26% de las mujeres de más de 15 años han sufrido violencia física y/o sexual por parte de sus parejas al menos una vez en su vida.

A continuación, en la Figura 1 se muestran los índices de prevalencia según cada región a nivel mundial entre las mujeres de 15 a 49 años que han sufrido VG en algún momento de su vida según la OMS (2021).

Figura 1

Índice de Prevalencia entre las Mujeres de 15 a 49 Años que Han Sufrido VG en Algún Momento de su Vida según Región



Nota. Adaptada de Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018. Resumen ejecutivo, de la OMS, 2021 (<https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681>).

Se observa que la prevalencia de la violencia suele ser más alta en aquellos países y regiones que tienen rentas medias y bajas. En este caso, las regiones con mayores tasas de prevalencia de VG entre las mujeres de 15 a 49 años son las de Oceanía (Melanesia, Micronesia y Polinesia) y Asia meridional con unos índices que oscilan entre el 35% y el 51%. Las tasas de prevalencia más bajas se encuentran en Asia central (18%), Asia oriental (20%) y en Europa Meridional (16%) (OMS, 2021).

En lo que se refiere a las tasas de femicidios, según la OMS (2013), el 38% del número total de homicidios femeninos que se dan a nivel mundial se debe a la violencia conyugal. Cada día 137 mujeres son asesinadas por miembros de su familia en el mundo y más de un tercio (30.000) de las mujeres asesinadas en el mundo, en el año 2017, murieron a manos de su pareja o expareja (UNODC, 2019).

En los **Estados Unidos (EE.UU)**, según los datos ofrecidos por una encuesta nacional sobre violencia sexual y de pareja realizada en el 2015, una de cada tres mujeres (36,4% o 43.6 millones) experimentan violencia sexual, violencia física o acoso por su pareja durante algún momento de su vida. De las víctimas, el 18,3% recibió violencia sexual, el 30,6% física, y el 10,4% acoso durante algún momento de su vida. Asimismo, durante los 12 meses previos a la encuesta, una de cada dieciocho mujeres (5,5% o 6,6 millones) sufrieron violencia sexual, violencia física o acoso por su pareja. Con respecto a la violencia psicológica, un tercio de las mujeres encuestadas (36,4% o 43,5 millones) informaron haberla sufrido durante algún momento de su vida (Smith et al., 2018).

En el año 2018, la violencia de pareja en los EE.UU supuso un 20% de toda la violencia criminal (Morgan y Oudekerk, 2019). Asimismo, de los homicidios en los cuales se conoce la relación del agresor con la víctima, el 50,1% de las muertes violentas de mujeres son asesinadas por sus parejas, mientras que en las muertes de hombres a manos de sus parejas el porcentaje es de 7,5% (Ertl et al., 2019).

En la **Unión Europea (UE)**, el 22 % de las mujeres que han tenido pareja o expareja han experimentado violencia física y/o sexual por parte de éstas y el 43% de ellas han sufrido alguna forma de violencia psicológica. Estos datos están extraídos del último estudio más relevante que se ha realizado a nivel europeo elaborado por la Agencia de Derechos Fundamentales de la UE (FRA, 2014) llevado a cabo con 42.000 mujeres de entre 18 y 74 años, de 28 estados miembros de UE.

En dicho estudio se pone de manifiesto que la mayor prevalencia de la violencia física y/o sexual por parte de la pareja o expareja a partir de los 15 años ocurre en países como Dinamarca (32%), Letonia (32%), Finlandia (30%), Reino Unido (29%), Suecia (28%), Francia (26%) y Bélgica (26%). Los países que tienen una menor prevalencia de este tipo de violencia son Austria (13%), España (13%), Croacia (13%), Polonia (13%), Eslovenia (13%), Chipre (15%), Irlanda (15%) y Malta (15%). En cuanto a los países donde se da una mayor prevalencia de la violencia psicológica por parte de la pareja o expareja a partir de los 15 años son Dinamarca y Letonia oscilando entre el 60% y 69%. Los países donde se da una menor prevalencia de violencia psicológica son España, Portugal, Irlanda, Polonia, Grecia, Rumania, Bulgaria y Austria oscilando la proporción entre el 30 y 39%.

Los resultados de la citada encuesta indican que España se encuentra entre los países que tienen una menor prevalencia de VG. Presenta un 13% de incidencia de violencia física y sexual frente al 22% de la media en la UE y un 33% de incidencia de violencia psicológica frente a un 43% de la media europea. En este sentido, España fue el país que respondió en mayor medida haber escuchado recientemente alguna campaña sobre VG en el 83% de los casos, seguido de Malta (78%), Portugal, Francia y Grecia (70%). En Alemania y Austria la proporción es mucho menor siendo en el 20% de los casos.

De acuerdo con el Eurostat (2021), los datos epidemiológicos de mujeres víctimas por homicidio intencional por sus parejas en la UE para el 2019 de aquellos países que presentaron estadísticas, en tasa por millón de habitantes y total femicidios, fueron (ordenados de mayor a menor prevalencia): Lituania 6.0 (N=9), Finlandia 5.4 (N=15), Suiza 3.3 (N=14), Francia 3.2 (N=111), Montenegro 3.2 (N=1), Suecia 3.1 (N=16), Chequia 3 (N=16), Alemania 2.9 (N=123), Letonia 2.9 (N=3), Croacia 2.4 (N=5), Italia 2.2 (N=68), Países Bajos 2.2 (N=19), España 1.9 (N=45), Eslovenia 1.9 (N=2), Eslovaquia 1.4 (N=4), Malta 0 (N=0) e Islandia 0 (N=0).

En **España**, según los datos ofrecidos por la última macroencuesta de violencia sobre la mujer realizada por la DGVG (2020), el 32,4% de las mujeres residentes en España de 16 o más años, ha sufrido al menos de un tipo de VG a lo largo de su vida. Extrapolando esta cifra a la población, se estima que 6.605.825 mujeres de 16 o más años han sufrido violencia de alguna pareja o expareja a lo largo de sus vidas. A continuación, en la Tabla 1 se muestra un resumen de prevalencias de la VG por parte de la pareja o expareja, en algún momento de la vida de la mujer según la DGVG (2020).

Tabla 1

Resumen de Prevalencias de Violencia de Alguna Pareja (Actual o Pasada) a lo Largo de la Vida

Total mujeres			
	N	% sobre el total de mujeres residentes en España de 16 o más años	Número estimado de mujeres que sufren violencia
1. Física	1048	11,0	2.234,567
2. Sexual	849	8,9	1.810,948
3. Física y/o sexual	1362	14,2	2.905,489
4. Emocional	2225	23,2	4.744,106
5. Control	2579	27,0	5.500,704
6. Económica	1102	11,5	2.350,684
7. Miedo	1326	13,9	2.827,243
8. Psicológica (emocional, control, económica, miedo)	3056	31,9	6.517.062
9. Violencia total (3+8)	3098	32,4	6.605,825

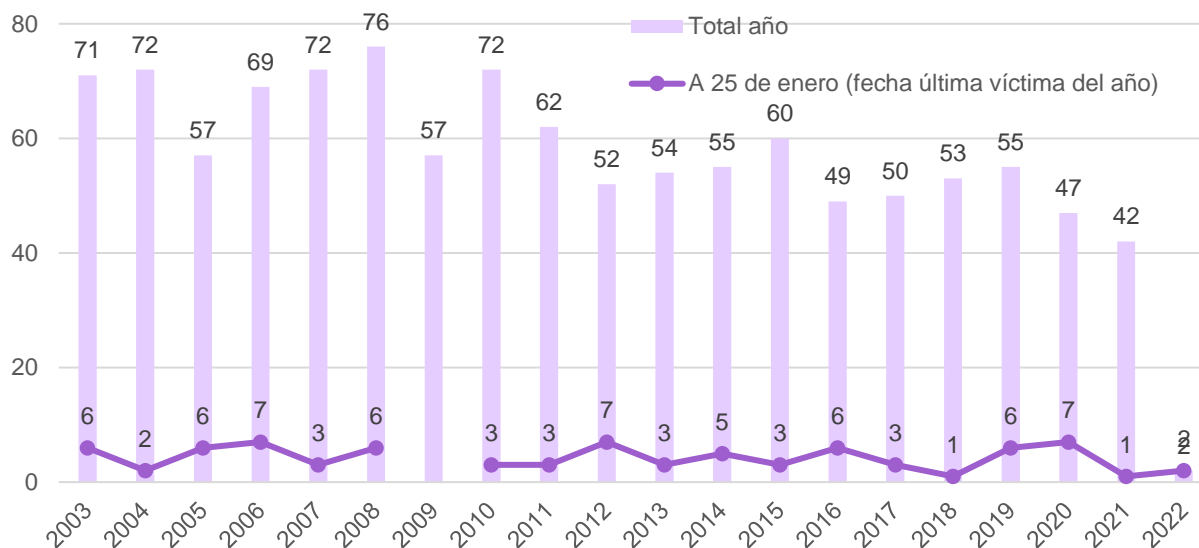
Nota. N= frecuencia muestral, %= porcentaje. Adaptada de Resumen de prevalencias de violencia de alguna pareja (actual o pasada) a lo largo de la vida, de DGVG, 2020 (https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf). NIPO: 048-20-020-9

Con respecto al número de mujeres **víctimas mortales** a causa de la VG en todo el territorio español, entre el 1 de enero de 2003 y el 25 de enero de 2022, fue de 1.128 mujeres, (DGVG, 2022) presentando la siguiente distribución anual (ver Figura 2):

Figura 2

Mujeres Víctimas Mortales por Violencia de Género. De Enero de 2003 hasta Enero de 2022.

Total de Víctimas Mortales 2003-2022:1.128



Nota. Adaptada de Total mujeres víctimas mortales 2003-2022: 1128, de Delegación de Gobierno contra la Violencia de Género, 2022. (https://violenciagenero.igualdad.gob.es/va/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/VMortales_2022_01_25_2.pdf).

Tal y como se observa, los datos reflejan un ligero descenso en los años 2020 y 2021 con respecto al 2019, observándose la mayor tasa de femicidios en el año 2004. El año 2021 ha sido el año con menos tasa de femicidio desde el 2003, no obstante, la cifra sigue siendo alarmante, ya que el número de mujeres asesinadas ha sido de 42.

Según el observatorio contra la violencia doméstica y de género (2021), entre el año 2003 y 2020 hubo una media anual de 60,1 mujeres asesinadas a manos de sus parejas o exparejas en España, lo que conlleva a un asesinato de VG a la semana. Las Comunidades Autónomas

con una mayor tasa de feminicidios en el intervalo 2016-2020 fueron Melilla, Illes Balears, Canarias, Comunidad Valenciana y Ceuta. El 78,3% de las mujeres asesinadas en el año 2020 convivían con el agresor en el momento de su muerte y el 17,4% de las mujeres asesinadas habían denunciado previamente a sus agresores.

En los casos en los que las mujeres tienen **hijos**, con frecuencia los menores son testigos y víctimas de las agresiones (Amor et al., 2001) y también sufren las nefastas consecuencias de este tipo de violencia. El 54,1% de las mujeres víctimas de VG, afirman que sus hijos e hijas han sido testigos de los episodios de violencia. De estas mujeres que sus hijos han presenciado momentos de violencia siendo menores de edad, el 51,7% de los menores, también, sufrieron ellos mismos la violencia (DGVG, 2020), por lo que la mitad de los menores que presencian situaciones de violencia también llegan a ser víctimas de estos malos tratos.

Por otro lado, cabe destacar que el confinamiento derivado por la **pandemia Covid-19** ha estado relacionado con una mayor incidencia de la VG. En este sentido, durante la cuarentena ha habido un aumento en las llamadas de ayuda hacia las líneas de atención y centros de ayuda contra la VG a nivel mundial (ONU Mujeres, 2020a), por lo que la VG no se ha frenado durante el confinamiento, sino que ha continuado durante éste, lo que suele ser frecuente en situaciones de catástrofes (Lorente-Acosta, 2020; Ruiz-Pérez y Pastor-Moreno, 2021). El aislamiento y la convivencia continua con el agresor ha provocado que las mujeres tengan menos libertad para pedir ayuda y hayan tenido más dificultad para interponer denuncias. No obstante, debido al aislamiento en el año 2020 ha habido una disminución del número de víctimas, de las denuncias y de las órdenes de protección con respecto al año anterior: las víctimas por VG disminuyeron un 9,73%, las denuncias presentadas por VG disminuyeron un 10,31% y hubo un 11,94% menos de órdenes de protección. Durante los meses de confinamiento fueron donde se apreciaron las mayores variaciones (Poder Judicial, 2021). El hecho de que se produjera un descenso de las

denuncias por VG no debe ser tomado como un indicador de una baja incidencia, sino que tiene que ver con la limitación en la movilidad de la mujer (Fernández, 2020).

No obstante, a pesar de la disminución de las denuncias, las llamadas de asistencia a las víctimas de VG revelan que la pandemia Covid-19 ha provocado un incremento de la VG a nivel mundial (Taub, 2020). Los primeros datos ofrecidos durante el confinamiento mostraron que diferentes países tuvieron un aumento en las llamadas de asistencia a víctimas de VG. En Chipre y Singapur se produjo un incremento del 30%, en Nueva Gales del Sur (Australia) se produjo un 40% más de solicitudes de casos de VG, en Francia los casos de maltrato aumentaron un 30%, en Argentina las llamadas de atención por VG aumentaron un 35% desde el inicio de la cuarentena, en Reino Unido las llamadas y los correos de atención sobre VG aumentaron un 97% y 185% respectivamente y las solicitudes de ayuda a *Respect*, una organización benéfica nacional contra la VG aumentaron un 581% (ONU mujeres, 2020b).

En España, las llamadas de atención a las víctimas al 016 durante la primera quincena de abril de 2020 aumentaron un 47,3% y las consultas online aumentaron un 650% más que el mismo periodo del año anterior. Respecto al nuevo servicio de atención psicológica a través de WhatsApp que se inició el 21 de marzo de 2020 hasta el 15 de abril de 2020 recibió un total de 731 consultas. Cuando se compara los días de marzo con la primera quincena de abril el incremento se sitúa en 129,3% (La Moncloa, 2020a). Asimismo, cuando se comparan los dos meses del estado de alarma (del 14 de marzo al 15 de mayo de 2020) con el mismo periodo del año anterior existe un incremento del 43,8% en las llamadas al 016 (La Moncloa, 2020b).

Con respecto al los femicidios durante la pandemia, según el Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género (2021), durante los 99 días que duró el estado de alarma hubo 4 asesinatos de VG, la cifra más baja de asesinatos para un periodo de esa duración históricamente. Si bien, finalizado el estado de alarma, hubo en tan solo un intervalo de 47 días 12 asesinatos de mujeres.

1.2. Factores de riesgo vs protección de la violencia de género

No existe un único perfil de mujer maltratada que pueda explicar el por qué una mujer se mantiene dentro de una relación en la que es agredida por su pareja (Menéndez et al., 2013). La VG afecta a mujeres de todos los ámbitos y orígenes, sea cual sea la cultura, clase social, nacionalidad, grupo étnico y edad (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012), por lo que cualquier mujer corre el riesgo de ser maltratada por su pareja o expareja en algún momento de su vida. Si bien, lo que, si se ha constatado tras numerosas investigaciones en este ámbito, es que hay algunos factores que aumentan o disminuyen el riesgo de ser víctima de VG y que este tipo de maltrato deja secuelas y consecuencias emocionales que son comunes en las víctimas.

Del mismo modo, que no se da un único perfil en las víctimas, tampoco existe una única causa que explique el origen y mantenimiento de la VG, sino que tiene un origen multicausal. Diferentes teorías han intentado explicar el origen de los malos tratos en la pareja, entre ellas la teoría ecológica. El acercamiento ecológico al maltrato conceptualiza la violencia como un fenómeno múltiple basado en la interacción entre diferentes factores personales, situacionales y socioculturales (Vives-Cases, 2011). Diversos autores (Heise, 1998; Vives-Cases, 2011; Young-Ran y Hye, 2021) han utilizado el modelo ecológico para explicar la VG.

El modelo ecológico comenzó a utilizarse en el año 1970 para explicar la violencia entre iguales y con posterioridad se comenzó a aplicar a otras áreas de investigación de la violencia. Este modelo permite analizar los factores que influyen o aumentan el riesgo de cometer o padecer actos violentos clasificándolos desde cuatro niveles: el nivel individual, relacional, comunitario y social (Krug et al., 2002) (ver Figura 3).

Figura 3*Modelo Ecológico para Comprender la Violencia*

Nota. Adaptada de Informe mundial sobre la violencia y la salud. Organización Mundial de la Salud, de Krug et al., 2002. (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf) ISBN 9241545615

A continuación, se exponen diversos factores de riesgo y de protección asociados con ser víctima de malos tratos según la investigación centrándose en los niveles del modelo ecológico propuesto por Krug et al., (2002):

- **Nivel individual:** este nivel comprende las características biológicas, demográficas y psicológicas de la mujer que aumentan o disminuyen la probabilidad de ser víctima de VG.

Pertenecer a un estrato socioeconómico bajo, ser extranjera con una estructura familiar monoparental y grandes cargas familiares son características que aumentan el riesgo de las mujeres a sufrir VG (Vives-Cases et al., 2009). Asimismo, la depresión, el miedo, el embarazo y el consumo de alcohol se han asociado a un mayor riesgo de VG (Puente-Martínez et al., 2016). También se ha encontrado una relación entre estar casada y mayor victimización (Jewkes et al., 2017; Puente-Martínez et al., 2016). Esto se contradice con lo encontrado en la revisión y metanálisis realizado por Yakubovich et al. (2018), quienes encontraron como factores protectores a la victimización ser mayor o estar casada. Si bien estos mismos autores encontraron como factores de riesgo el

embarazo no planificado y tener padres con menor nivel de una educación secundaria, lo que parece demostrar un nivel socioeconómico bajo.

Por otro lado, existen algunas características que se han asociado de forma más débil como factores de riesgo de ser víctima VG como son la menor edad y tener ingresos bajos (Puente-Martínez et al., 2016; Taskale y Soygüt, 2017), además, de haber sido víctima o presenciar agresión en la infancia (Jewkes et al., 2017; Puente-Martínez et al., 2016; Young-Ran y Hye., 2021).

Según la OMS (2021), el grupo de edad en el que las tasas de violencia sufrida más recientemente son más elevadas es el de las mujeres jóvenes.

Existen estudios que indican que las mujeres víctimas de abuso infantil físico y sexual tienen más riesgo de sufrir VG en la edad adulta (Coid et al., 2001; Desai et al., 2002; Krause-Utz et al., 2021; Pico-Alfonso et al., 2008; Webermann et al., 2014; Young-Ran y Hye, 2021). Pico-Alfonso et al. (2008) señalan que esta asociación podría ser explicada porque el abuso infantil aumenta una la vulnerabilidad de la persona a través de sentimientos de baja autoestima, impotencia, apego inseguro o síntomas de TEPT. Karakoç et al. (2015) encuentran en su estudio puntuaciones altas de experiencia traumáticas en la infancia en mujeres que han sufrido VG.

Asimismo, según los resultados ofrecidos por la Macroencuesta de Violencia sobre la mujer realizada por la DGVG (2020) las mujeres con estudios primarios, extranjeras y con discapacidad tienen mayores tasas de prevalencia de la violencia.

Por otro lado, los resultados de la encuesta de la FRA (2014) indican que existe una relación entre consumo excesivo de alcohol en los perpetradores y aumento de la violencia.

Con respecto a los factores de protección, existen ciertas características en las mujeres que la protegen o inhiben de ser víctimas de VG, como es el hecho de mantener una actitud empática, la percepción de autoeficacia y las buenas habilidades de comunicación y de solución de problemas (Rubio-Garay et al., 2015).

Rodríguez et al. (2006) encuentran que el nivel formativo podría actuar como un factor protector ante la generación de creencias irracionales en torno a la VG y sobre como tendrían que ser las relaciones de parejas. Asimismo, se ha observado que el nivel de formación ejerce un papel de amortiguación con respecto a sufrir lesiones físicas a consecuencia del maltrato físico y/o sexual. En este sentido, las mujeres con estudios universitarios manifiestan en menor medida sufrir lesiones físicas. Las diferencias según el país de nacimiento de la mujer, también, son estadísticamente significativas, siendo el porcentaje de lesiones como consecuencia de la violencia física o sexual en la pareja mayor entre las mujeres que han nacido en el extranjero que la de quienes han nacido en España (57,7% frente al 43,3%) (DGVG, 2020).

El silencio de las víctimas no siempre correlaciona con mujeres dependientes de sus parejas, sino que algunas mujeres autosuficientes continúan en el contexto de convivencia del agresor donde son maltratadas, que en muchos casos suele durar años (Montero, 2001). En este sentido, no podemos determinar como un factor protector de la violencia de género la independencia económica y laboral de la mujer en contra de lo que se podría esperar.

- **Nivel relacional:** este nivel tiene en cuenta las relaciones de la mujer con sus contactos más cercanos, familiares, amigos y pareja que aumentarían o disminuirían la probabilidad de ser víctima malos tratos.

La convivencia con el agresor es otro de los factores que incrementa el riesgo para la vida de las víctimas (Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género, 2021).

Con respecto a los factores protectores de la VG teniendo en cuenta este segundo nivel, se encuentra el apoyo social. Según el estudio llevado a cabo por Plazaola-Castaño et al., (2008) las mujeres que refieren tener apoyo social tienen una menor probabilidad de haber sido maltratadas por su pareja alguna vez en la vida y una menor probabilidad de volver a ser maltratadas por una pareja diferente que las mujeres que refieren no tener apoyo.

- **Nivel comunitario:** comprende contextos de la comunidad donde se relaciona la víctima, como son entre otros, la vecindad, los medios de comunicación o las redes sociales que puede provocar que se aumente o disminuya la probabilidad de padecer actos violentos.

DeMaris et al. (2003) en su investigación refieren que los índices de VG aumentan cuando la pareja ha vivido en un vecindario económicamente desfavorecido y cuando únicamente uno de los dos miembros de la pareja trabaja. Si bien, observan que el tener un empleo actúa como factor protector de la violencia cuando los dos miembros trabajan.

Algunas investigaciones concluyen que el entorno en el que se producen los hechos violentos, la desigualdad entre los miembros de la pareja en términos de estatus en el empleo y en el nivel de ingresos también puede actuar como determinante en el problema (Vives-Cases, 2011).

Como factor de riesgo a la VG en este nivel, también, se incluiría la ineffectividad de la ley y la falta de respuesta de las instituciones ante las situaciones de VG en la pareja, así como la influencia negativa que tiene los medios de comunicación al presentar modelos violentos, normalizando de esta manera algunos actos de violencia (Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012). En las sociedades con una menor prevalencia de violencia,

la comunidad se implica en intervenir en situaciones de violencia, mientras en aquellas sociedades con mayores niveles de violencia se tienen un menor apoyo social, debido a que las familias se encuentran más aisladas (Heise, 1998 en Alencar-Rodrigues y Cantera, 2012)

- **Nivel social:** por último, en este nivel se tiene en cuenta los factores relativos a la estructura de la sociedad que contribuyen a crear un ambiente en que se promueve o impide la VG. En este sentido, las mujeres son más vulnerables a la VG en las sociedades en las que existen desigualdades entre sexos, rigidez en los roles de género, normas culturales que defienden el derecho del hombre a mantener relaciones sexuales con independencia de los sentimientos de la mujer y sanciones leves ante la VG (Krug et al., 2002). La falta de educación de la sociedad, el bajo desarrollo económico del país, derechos sociales y políticos bajos, la falta de autonomía de las mujeres y la baja democratización del estado se ha asociado como factores de riesgo asociados con un aumento de la VG (Puente-Martínez et al., 2016). En cambio, en las sociedades más comprometidas y con políticas contra la VG se observan menos tasas de VG (FRA, 2014).

A continuación, se exponen los resultados de diversas investigaciones sobre factores de riesgo y de protección hacia la VG.

Ali et al. (2011) efectuaron un estudio con 759 mujeres de la ciudad de Karachi (Pakistán) sobre factores de riesgo de la VG, encontrando como factores de riesgo de la violencia física el bajo nivel educativo de los maridos, el que los maridos tuvieran un trabajo no cualificado y la convivencia con cinco o más miembros de la familia. Como factores de riesgo de la violencia sexual encontraron un bajo nivel educativo de la víctima, un bajo nivel socioeconómico familiar y la convivencia con cinco o más miembros de la familia. Asimismo, como factores de riesgo para el maltrato psicológico detectaron que el marido de la víctima fuera un trabajador no cualificado y tener un bajo nivel socioeconómico familiar.

En cambio, Grisurapong (2016) en su estudio realizado con 299 mujeres tailandesas sobre factores de riesgo encontró que no hubo diferencias significativas en las características socioeconómicas de las mujeres que experimentaron VG.

Taskale y Soygüt (2017) en su investigación estudiaron a 79 mujeres víctimas de VG física y sexual residentes en refugios y a 79 mujeres no víctimas, encontrando como factores de riesgo demográficos de victimización ser joven y tener una fuente de ingresos baja. Asimismo, encontraron que los estilos de crianza desadaptativos, especialmente el paterno, proporcionaban más información para predecir la victimización de la VG. Además, los esquemas desadaptativos tempranos de desconexión y el perfeccionismo presentaron información adicional para predecir la victimización. Sin embargo, los estilos de afrontamiento no aportaron información para predecir la victimización de VG.

Por otro lado, en un estudio realizado por Jewkes et al. (2017), en Asia y el Pacífico donde se entrevistó a 5.206 hombres y 3.106 mujeres, se detecta como factores de riesgo hacia la VG física y/o sexual en primer lugar las peleas, en segundo lugar, la exposición de la violencia en la infancia, seguido del control de las mujeres en las relaciones y seguido de factores sobre sus parejas como el abuso de sustancias, el desempleo y la infidelidad. Además, estar casada también aumentó la prevalencia de la violencia. Como factores de protección se observa la menor pobreza, una educación superior y más ideas de equidad de género.

Un año más tarde, Yakubovich et al. (2018) realizan una revisión sistemática y un metanálisis de estudios prospectivos longitudinales hasta el 2016, de estudios sobre factores de riesgo y de protección para la VG, encontrando como factores de riesgo el embarazo no planificado y tener padres con menor nivel de una educación secundaria, lo que parece demostrar un nivel socioeconómico bajo y como factores protectores de la victimización ser mayor o estar casada.

Otro estudio sobre factores de riesgo de VG, fue el realizado por Maguele et al. (2020) quienes efectuaron un estudio con 431 mujeres jóvenes de entre 15 y 24 años que asistían a la escuela secundaria de la ciudad de Maputo (Mozambique) en que investigaron los factores asociados con la VG en parejas jóvenes, encontrando como factores de riesgo el carecer de compromiso religioso y el desempleo del cabeza de familia de la mujer. Las probabilidades de ser maltratadas fueron menores entre las adolescentes más jóvenes y la probabilidad de ser víctima fue mayor, entre las mujeres jóvenes si la pareja estaba empleada y entre las mujeres jóvenes que creían que los hombres eran superiores a las mujeres.

Recientemente Young-Ran y Hye (2021) realizaron un estudio con 4.000 mujeres y 2.000 hombres coreanos mayores de 19 años, en el que encontraron como factores de riesgo de la violencia de pareja en las mujeres ser testigos en su infancia de abusos entre padres, haber sufrido abuso por parte de sus padres en la infancia, una actitud tolerante hacia la violencia de género, un nivel de bajos ingresos y determinadas ocupaciones laborales. En cambio, para los hombres encontraron como factores de riesgo presenciar abuso entre sus padres en la infancia y una actitud de tolerancia hacia la VG. Los resultados obtenidos son indicativos de que presenciar la violencia en la familia y sufrir maltrato en la infancia puede conducir a una internalización y tolerancia hacia la violencia en las mujeres adultas y a aceptar el abuso por parte de sus parejas. Esto concuerda con lo hallado por Alexander (2009), quien señala que las mujeres con múltiples victimizaciones tienen más probabilidades de haber sido abusadas en su infancia y de haber sido testigo de violencia.

Por último, Krause-Utz et al. (2021) en su estudio con 633 víctimas de VG encontraron que el abuso sexual grave en la infancia, el trastorno límite de la personalidad, la disociación y la regulación de las emociones desadaptativas son factores de riesgo importantes para la VG de tipo sexual.

1.3. Motivos que hacen permanecer a la mujer en la relación de pareja

Cuando una mujer está siendo maltratada por su pareja, en muchos casos, tiene dificultad para poner fin a la relación, por lo que es importante analizar las razones por las que las víctimas continúan con su agresor o por el contrario deciden poner fin a la tortuosa relación en la que se ven envueltas. Conocer los motivos por los que una mujer permanece con su pareja, cuando esta es violenta con ella, es uno de los temas que ha generado un gran interés entre los investigadores (Amor et al., 2006; Amor y Echeburúa, 2010).

Resulta llamativo observar como muchas mujeres, tras una agresión se resisten a dejar a su pareja, negándose a denunciar y en algunas ocasiones llegando a minimizar o justificar la conducta de su agresor a pesar de la gravedad de la situación. Para los allegados de las víctimas, y para la sociedad en general, resulta difícil de entender que la mujer permanezca en la relación a pesar de los malos tratos, sintiendo en muchos casos impotencia al observar que la mujer no abandone a su agresor. Diversos estudios han encontrado que la mujer suele permanecer en las relaciones de maltrato durante largos periodos de tiempo, encontrándose medias superiores de más de 5 años (Amor et al., 2002; Fernández-González, et al., 2017). Por lo que, estudiar y conocer los motivos por los que la mujer no abandona a su pareja agresora, podría asumir una función determinante tanto a la hora de intervenir de forma más eficaz con las mujeres que se ven incapaces de dejar a su pareja a pesar de recibir malos tratos, así como en la adecuada prevención de este tipo de casos.

Desde una perspectiva externa, sin tener en cuenta los procesos psicológicos y emocionales que intervienen en el mantenimiento de este tipo de relaciones, en ocasiones puede parecer incomprensible el porqué las mujeres a pesar del maltrato continúan aferrándose a la relación virulenta, minimizando en muchos momentos el maltrato e incluso volviendo con su agresor, llegando al extremo de retirar las denuncias que han interpuesto en momentos de

valentía o alentadas por familiares y amigos, lo que conlleva en algunos casos a que se absuelva al agresor.

La permanencia de la mujer en una relación de malos tratos no se debe únicamente a simple elección de no abandonar a su pareja, sino que se debe a la existencia de diferentes condicionamientos emocionales, socioeconómicos y psicopatológicos que intervienen en el mantenimiento en la relación de malos tratos (Echeburúa et al., 2002). Tomar consciencia de los diferentes factores que intervienen en la permanencia de este tipo de relaciones arroja luz sobre la comprensión y el mantenimiento de este fenómeno y ayuda a empatizar con la mujer que sufre malos tratos con el fin de evitar una victimización secundaria por parte de la sociedad. En ocasiones, se juzga a la mujer de desequilibrada, masoquista, provocadora o se le acusa de no querer poner solución. Esta victimización secundaria, lejos de solucionar el problema ayuda a mantenerlo fomentando el silencio de las víctimas, que poco a poco se van sintiendo cada vez más aisladas socialmente y desarrollan sentimientos de culpabilidad por la impotencia de no poder salir de la trampa emocional en la que se ven envueltas.

Tal y como se ha indicado anteriormente, el proceso de la VG suele tener unas características típicas que la diferencia de otro tipo de violencia, éste suele ser cíclico y mantiene a la mujer sumida en situación de dependencia emocional. Conocer el proceso puede ayudar a comprender el por qué las mujeres muchas veces tardan en abandonar definitivamente a su agresor. En este sentido, Walker (1979) planteó un ciclo de la violencia en el que las víctimas pasarían cíclicamente por tres fases diferenciadas: fase de acumulación de la tensión, fase de explosión y fase de luna de miel. En la primera fase la pareja comenzaría a acumular tensión y el agresor podría comenzar un proceso de violencia psicológica caracterizado por frecuentes insultos y menosprecios. En esta fase es propio que la víctima intente complacer a su pareja con el fin de disminuir la tensión y se comporte de forma sumisa. En la segunda fase el maltratador descargaría toda la acumulación de la tensión, llegándose a producir las agresiones más graves

dejando a la víctima en una posición indefensa sumida en el terror. Por último, se daría la fase llamada luna miel, en la que el agresor muestra su arrepentimiento y se victimiza ante la mujer, manipulándola y haciéndola sentir culpable. En esta fase el agresor puede comenzar a seducir de nuevo a su víctima haciendo que ésta se llegue a centrar únicamente en sus cualidades positivas y lo perdone con la esperanza de que cambie. Este proceso explicaría el por qué las mujeres a pesar del comportamiento dominante, agresivo y controlador de su pareja se mantienen en la situación de malos tratos sin intentar escapar de la situación ni dejar a su pareja.

Terminar con una relación abusiva requiere de un proceso que incluye periodos de negación, culpabilidad y resiliencia antes de que finalmente la persona tome conciencia de que está sumida en una relación de malos tratos (Heise et al., 1999). Tomar consciencia de que se es víctima de malos tratos provoca malestar emocional y en muchos casos, las víctimas pueden sentirse culpables por tener que romper el núcleo familiar, se sienten aisladas socialmente y sienten incapacidad para buscar soluciones o iniciar una nueva vida. Sumado a esto, también tienen deteriorada su salud física y emocional, sienten miedo a que tras la ruptura la violencia se mantenga o sea mayor y tienen en cuenta las dificultades económicas y sociales y los procesos judiciales a las que se tendrán que enfrentar (Yugueros, 2015).

Heise et al. (1999) señalan varios motivos por los que las mujeres pueden permanecer en relaciones donde reciben malos tratos entre los cuales se encuentran miedo a las represalias, falta de apoyo económico, preocupaciones por sus hijos, dependencia emocional, falta de apoyo familiar y de amistades, el deseo de que la persona cambie o por estigma social de estar soltera.

Diversos estudios de mujeres en EE.UU, África, América Latina, Asia y Europa indican que entre los factores que pueden determinar que las mujeres permanezcan en una relación de malos tratos destacan el miedo al castigo, la ausencia de apoyo económico, la preocupación por los hijos, falta de apoyo familiar y social y la esperanza de que el hombre pueda llegar a cambiar (Krug et al., 2002).

Siguiendo a Amor et al. (2006), existen diferentes factores que influyen en que una mujer no abandone a su pareja agresora relacionados con las características contextuales, las características de las mujeres maltratadas y las características los agresores (ver Tabla 2).

Tabla 2

Factores asociados a la Permanencia de la Mujer Víctima de VG con el Agresor

<i>Características contextuales</i>	
Variables sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia económica. • Aislamiento familiar y social. • Hijos pequeños a su cargo. • Aceptación de los consejos de personas significativas sobre lo conveniencia de aguantar al agresor.
Acceso a recursos comunitarios	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de alternativas reales en cuanto a alojamiento, empleo, servicios sociales y psicológicos de ayuda • Desconocimiento de los recursos existentes.
Gravedad de las conductas violentas	<ul style="list-style-type: none"> • Moderada frecuencia e intensidad del maltrato. • Elevada gravedad del maltrato.
<i>Características de las mujeres maltratadas</i>	
Aspectos cognitivos y emocionales	<ul style="list-style-type: none"> • Enamoramiento intenso (p. ej., la mujer sólo quiere que la violencia cese). • Dependencia emocional (p. ej., esta contrariada emocionalmente, siente que no puede vivir sin él, etc.). • Creencias y errores atribucionales (p. ej., tiene la convicción de que sola no podrá sacar adelante a los hijos, piensa que hace algo que puede provocar la violencia de su marido, etc.). • Creencias culturales, religiosas, etc., que la alientan a mantener a la familia unida a toda costa. • Miedo extremo a abandonarle.
Características de personalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de baja autoestima. • Sentimientos de culpa por la existencia de la violencia. • Bajo nivel de asertividad.

Repercusiones psicológicas en la víctima	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimientos de indefensión y de desesperanza. • Ansiedad excesiva (miedo, terror, tensión, etc.). • Elevado grado de afectación del maltrato en su vida cotidiana.
<i>Características de los agresores</i>	
Características de personalidad y tipo de maltratador	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia emocional (p. ej., dice que no puede vivir sin ella, que la necesita, etc.). • Características antisociales de personalidad. • Agresor de alto riesgo (p. ej., provoca niveles de violencia extremadamente graves, profiere amenazas de muerte, posee historial delictivo).
Conductas específicas de manipulación y maltrato	<ul style="list-style-type: none"> • Pide perdón y jura que no volverá a maltratarla. • Se presenta con un estado de ánimo deprimido y amenaza con suicidarse si es abandonado. • Amenaza a la víctima con graves consecuencias si es abandonado (p. ej., la matará, se quedará con la custodia de los hijos, etc.).

Nota: Factores asociados a la permanencia de la mujer maltratada con el agresor. Tomado de ¿Por qué ya qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora?, por Amor et al., 2006 (p. 132), *Acción psicológica*, 4(2), 129-154.

Por otro lado, el hecho de que la víctima decida abandonar al agresor no implica que la violencia finalice, lo que de nuevo conduce a la mujer víctima a una situación de indefensión, ya que haga lo que haga en muchas ocasiones el maltrato continúa. Patró et al. (2007) observaron en su estudio que el 40% de las mujeres siguieron recibiendo acoso por parte de su pareja tras la ruptura, en forma de amenazas, insultos y/o acoso a través de terceros.

En su libro, Lafuente y Cantero (2010) refieren las siguientes circunstancias por las cuales las víctimas de VG suelen perdonar a sus agresores, ocultan el maltrato o llegan a abandonar las terapias cuando se les intentan ayudar a abandonar a su agresor:

- Por la influencia que tiene el vínculo de apego en el hecho de que la mujer permanezca en la relación de pareja.

-
- Por el entrampamiento que pueden llegar a tener alguna víctima relacionado con la evaluación de la gran inversión que han hecho al estar con su pareja, apoyándose en la creencia irracional de que si se esfuerza más logrará su meta propuesta.
 - En ocasiones la víctima puede llegar a justificar las agresiones de su pareja echándole la culpa a las circunstancias externas como al estrés o al alcohol.
 - Por la indefensión aprendida que se ha generado en la víctima que le lleva a deprimirse y quedarse inmóvil.
 - En algunos casos la víctima se siente culpable lo que favorece el perdón.
 - En otros casos, la víctima puede no abandonar a su agresor porque tiene un tipo de apego ansioso asociado a ansiedad de separación y con desconfianza en la obtención de ayuda familiar.

Años más tarde, Menéndez et al. (2013) tras su revisión teórica sobre estudios sobre VG a nivel estatal concluyen que, generalmente, la violencia aparece de forma temprana y que una vez ha aparecido se dilata en el tiempo y tiende a ir a más, debido sobre todo a la pasividad del entorno social y porque las víctimas, durante un periodo de tiempo no llegan a ser conscientes del problema y no son capaces de terminar la relación por la dependencia emocional y económica hacia sus parejas y por las secuelas que deja este tipo de violencia en sus recursos personales para afrontar la situación.

Según la Macroencuesta de violencia contra la mujer realizada en el año 2019, solo el 21,7% de las mujeres que han sufrido VG de cualquier tipo en algún momento de su vida ha denunciado los malos tratos en la policía o el juzgado y en la mayoría de los casos son ellas las que interponen las denuncias. De estas mujeres un 21,3% retiraron las denuncias. El motivo más recurrente que hizo retirar la denuncia es en el 24,7% de los casos el miedo, el 21,9% porque

era el padre de sus hijos, el 19% porque le prometió que no iba a ocurrir más, otro 19% sentía pena de su pareja y el 18,1% porque se separaron. Las mujeres con estudios primarios, extranjeras y con discapacidad tienen mayores tasas de prevalencia de la violencia, si bien son las que denuncian en mayor medida (DGVG, 2020).

Del mismo modo, en un estudio llevado a cabo por Aiquipa y Canción (2020), se encontró que los factores determinantes en las mujeres para continuar dentro de la relación violenta fueron la dependencia emocional, la tendencia protectora y el sistema de creencias irracionales. Por otro lado, se observó que los factores que movilizaron los procesos psicológicos de afrontamiento para terminarla fueron el bienestar de los hijos y el apoyo social. Asimismo, las mujeres emplearon estrategias cognitivas y conductuales de evitación, negando, minimizando y justificando el maltrato y se percibió que en todos los casos se alternó ciclos de separación y regreso con la pareja violenta.

Por otro lado, algunos síndromes que se generan en este tipo de víctimas, como la Indefensión Aprendida o el Síndrome de Adaptación Paradójica, podrían explicar el porqué a las mujeres les cuesta poner fin una relación de malos tratos a pesar de su constante sufrimiento.

La **Indefensión Aprendida** es el estado psicológico que aparece cuando no se puede hacer nada para cambiar los acontecimientos que ocurren, es decir cuando se haga lo que se haga siempre sucede lo mismo (Seligman, 1975). En este caso, los sentimientos de indefensión en las mujeres víctimas de VG podrían disminuir la capacidad de solucionar problemas y la motivación para hacerles frente, favoreciendo de esta forma la permanencia de la víctima en la relación violenta (Deza, 2019). Por otro lado, los trastornos emocionales que desarrollan muchas de las mujeres que reciben malos tratos, como es el caso de la depresión, les impide actuar de forma autónoma y hacer frente al problema, además de sentirse incapaces de escapar. La depresión que desarrollan les conduce a estado de apatía, desesperanza y tristeza. Este estado,

sumado a la baja autoestima que presentan fruto del maltrato recibido, impide a la mujer tomar decisiones de forma racional manteniéndola enfrascadas en la relación.

Asimismo, dentro de las explicaciones de por qué una mujer maltratada no rompe con su agresor se encuentra el hecho de que, en muchas ocasiones, la mujer víctima de VG mantiene un vínculo afectivo con sus agresores, que va aumentando progresivamente, hasta el punto de que la víctima se identifica con su agresor pudiendo llegar a justificar el maltrato (Loubat et al., 2007). No obstante, también existirían otros factores asociados como son aspectos psicofisiológicos y cognitivos, dando lugar al llamado **Síndrome de Adaptación Paradójica**. Montero (2001) define este síndrome como un conjunto de procesos psicológicos que, a través de las dimensiones de respuesta cognitiva, conductual y fisiológica emocional, genera el desarrollo paradójico de un vínculo interpersonal de protección entre la mujer víctima y el hombre agresor. Según el autor, esta situación aparece en un contexto traumático en donde la víctima disminuye la posibilidad de percibir correctamente estímulos por lo que necesita recuperar el equilibrio psicológico y conductual a través de la formación de este síndrome.

Miramontes y Mañas (2018) explican que esta situación de permanencia de la mujer en una relación de malos tratos es consecuencia de una vinculación afectiva de dependencia al perpetrador comparable a las experiencias de negación del comportamiento del maltratador en víctimas de secuestro contra la observación de aspectos positivos. En un estudio llevado a cabo por estas autoras sobre vinculación afectiva en mujeres jóvenes víctimas de VG, se encontró que la dependencia económica de las mujeres no explicaba la situación de dependencia emocional, pero cuando aparece sí empeora la condición de la víctima. Por otro lado, encontraron que a mayor dependencia de la mujer mayor duelo, lo que provoca un riesgo de retorno a la relación por los obstáculos y dificultades que atribuye al ajuste a su nueva vida sin su pareja.

La mayoría de las mujeres dejan y vuelven más de una vez con su agresor antes de dar por finalizada la relación. Algunos estudios determinan que la víctima de malos tratos suele

separarse finalmente de su pareja cuando se dan una serie de factores tales como cuando la violencia suele ser lo bastante grave y la mujer entiende que su pareja no va a cambiar, cuando comienza a afectar la situación de violencia a los hijos, o cuando la mujer percibe un gran apoyo social y emocional. Ser conscientes de que el retorno de la mujer con su pareja agresora forma parte del proceso de malos tratos, ayuda a las personas a ser menos críticas y a ser más comprensibles cuando la mujer recae y vuelve de nuevo con su agresor (Krug et al., 2002).

En este sentido, a pesar de que en ocasiones exista una orden de alejamiento, la mujer puede llegar a incumplir la medida de protección, resultando desde fuera incomprensible que vuelva con su agresor a pesar de poner en peligro su vida y la de sus hijos. En ocasiones, el hecho de que la mujer haya vuelto con su agresor puede ser tomado en cuenta para dictaminar una absolución, por lo que es de vital importancia conocer las características propias de este fenómeno y el ciclo de la violencia de malos tratos.

Por otro lado, los **estereotipos sociales de género** y de cómo tienen que ser las relaciones de pareja, tienen un papel fundamental en el mantenimiento de este tipo de violencia (Lorente, 2009). Tradicionalmente se ha asociado a hombres y mujeres determinados estereotipos de género acerca de las características que tienen o deberían tener, los cuales se han ido reforzando a lo largo de los años por la sociedad, por los poderes públicos y por medios de comunicación bien de forma directa o subliminar. Al hombre se le ha asociado, entre otros, rasgos como la competencia, la independencia, el poder, el carácter dominante, la racionalidad, la agresividad, la valentía y el mantenimiento económico de la familia. En cambio, a la mujer se la ha asociado con estereotipos más delicados como el cuidado, la sumisión, la dependencia, la falta de control o la emotividad. Teniendo en cuenta los estereotipos asignados a cada género, tradicionalmente desde la cultura, se han otorgado una serie de derechos y beneficios a los hombres fuera y dentro de las relaciones de pareja, que han justificado a lo largo de los años un poder y una dominación de estos sobre las mujeres legitimando el uso de la violencia para tener

el control (Rodríguez et al., 2006). En muchos países en vías de desarrollo, algunas mujeres están de acuerdo con la idea de que los varones deben disciplinar a sus esposas, pudiendo intervenir en estos casos, solo si un hombre transgrede ciertos límites que se consideran injustos por la sociedad (Krug et al., 2002).

Asimismo, también se ha de tener en cuenta como ciertas **distorsiones sobre el amor romántico y las relaciones de pareja** ayudan al mantenimiento de este tipo de relaciones virulentas desde la adolescencia. Algunas creencias irracionales sobre las relaciones fomentadas por una educación sexista y por la visión que nos han ofrecido el cine o los medios de comunicación a lo largo de los años, conllevan a la justificación de muchos de los comportamientos violentos en el seno de una relación pareja. Rodríguez et al. (2006) realizaron un estudio sobre creencias de los jóvenes y adolescentes en torno a la VG y a las relaciones de pareja en el que señaló las diferentes distorsiones percibidas entre la muestra. Entre las creencias irracionales manifestadas se encuentran las de que “un hombre debe cuidar y proteger a su mujer”, “el amor lo puede todo”, “los celos aportan pasión a la relación”, “las personas no pueden vivir felices si no tienen pareja” y “en ocasiones una bofetada a tiempo está justificada”. Los autores destacaron que mostraron mayores sesgos cognitivos quienes tenían menos formación.

En este sentido, es imprescindible que las personas que trabajan con las víctimas de VG tengan un conocimiento sobre las causas y etiología de este fenómeno:

Intervenir en el área de la violencia contra las mujeres exige tomar conciencia de la propia asunción de estereotipos y prejuicios sexistas. Por ello es conveniente actuar teniendo en cuenta la perspectiva de género, que consiste en reflexionar sobre qué es ser mujer y qué es ser hombre (valores, creencias, ideas), ser consciente de las diferencias y de las desigualdades y sus implicaciones, así como reflexionar sobre la violencia y trabajar nuestra vulnerabilidad ante ella. (Yugueros, 2015, p. 205)

1.4. Violencia de género y variables psicológicas tratadas en la investigación

1.4.1. Apego y violencia de género

El apego es definido por Bowlby como “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de proximidad con otro individuo claramente identificado, al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo” (Bowlby, 1989, p.40).

Según Lafuente (1989) el apego se puede definir como:

Una clase específica de vínculo dentro del conjunto general de los vínculos afectivos, que constituye una unión afectiva intensa, duradera, de carácter singular, desarrollada y consolidada entre dos personas, por medio de su interacción recíproca. Una vez establecida, promueve la búsqueda de mantenimiento de proximidad con la figura de apego, con la finalidad de obtener cuidados y protección necesarios para lograr una sensación de seguridad y bienestar, tanto física como psicológica. (Lafuente 1989, en Lafuente y Cantero, 2010, p. 41)

En todas las personas hay una necesidad biológica de formar vínculos de apego que les permitan obtener un sentimiento de seguridad psicológica (Bowlby, 1958). La teoría del apego creada por Bowlby es una explicación de la regulación del afecto y diferencia a las personas en el modo en el que sienten y expresan sus necesidades de afecto y en el modo en que actúan para mantener su equilibrio emocional (Pinzón y Pérez, 2014). Esta teoría explica como la relación entre un bebé y su cuidador predice el desarrollo psicológico futuro del niño (Bowlby, 1988). Además, entiende que, el tipo de vínculo afectivo que constituye una persona es producto de la expresión de los modelos mentales que se ha formado como resultado de las experiencias vividas en su infancia y es a través de estas vivencias donde uno aprende a tener expectativas y a relacionarse interpersonalmente (Melero y Cantero, 2008).

Los vínculos que se establecen en la infancia influyen en el desarrollo de la salud mental de la persona debido a que ésta interpreta y maneja las relaciones posteriores que tenga a lo largo de su vida, teniendo en cuenta sus primeras experiencias con los cuidadores que haya tenido. En este sentido, las primeras relaciones afectivas determinan la conducta y el comportamiento futuro de las personas (Romero, 2016).

Los primeros estudios sobre apego adulto propusieron la existencia de tres estilos de apego: el estilo seguro, estilo evitativo/huidizo y el estilo preocupado/ambivalente (Hazan y Shaver, 1987) de una forma similar a la clasificación realizada por Ainsworth (1978) para referirse al apego infantil. Posteriormente, Bartholomew y Horowitz, (1991) plantearon la existencia de dos subtipos dentro del patrón huidizo/evitativo y señalaron la existencia de cuatro tipos de apego. Un estilo seguro, y tres tipos de apego inseguro: un estilo preocupado, un estilo huidizo alejado o evitativo y un estilo huidizo temeroso.

Lafuente y Cantero (2010) señalan que los estilos de apego inseguro no conforman una patología en sí mismos, pero pueden incrementar una mayor susceptibilidad a padecer trastornos psicológicos en temporadas de estrés. Según las citadas autoras las personas con *apego seguro* poseen un modelo positivo tanto de sí mismas como de los demás, presentan buena autoestima y se sienten cómodas con la intimidad y con la autonomía. Las personas con *apego preocupado o ambivalente* se muestran dependientes y preocupadas por las relaciones, tienen dudas sobre sí mismas y desconfían de la disponibilidad y de las respuestas de sus figuras de apego opinando que lo más adecuado es estar cerca de éstas, ser servicial y estar en alerta con respecto a ellas. Las que presentan *apego huidizo alejado o evitativo* tiene un modelo positivo de sí mismas y negativo de los demás, se muestran desapegadas de la intimidad y tienen una negación del apego. Por último, los sujetos con *apego huidizo temeroso* tienen un modelo negativo de sí mismos y de los demás, tienen miedo al apego y a la intimidad y son socialmente evitativos.

Según Ortiz et al. (2002) un adulto con un tipo de *apego seguro* presenta una tendencia a recordar una relación afable con una madre sensible y preocupada. Una persona con un estilo de *apego evitativo* suele mostrar una historia de frialdad, falta de atención y rechazo por parte de sus figuras de apego y en tipo de *apego ambivalente/preocupado* la persona suele recordar figuras de apego poco comprensivas y con tonos de afecto negativos.

Existen algunas explicaciones que responsabilizan a la forma en la que funcionan los vínculos de apego en el mantenimiento de las mujeres en la relación de malos tratos. En primer lugar, porque la separación de la figura de apego una vez se ha establecido el vínculo puede provocar depresión y, en segundo lugar, porque en situaciones de estrés se activa el sistema de apego y como la violencia provoca malestar, activa el sistema de apego aumentando la necesidad de proximidad a la pareja agresora. De este modo la víctima puede aprender a sobrellevar el dolor con tal de no perder a su pareja, creando defensas que le ayuden a mantener su relación de apego con el agresor, como entre otras devaluarse a sí misma, idealizar a su pareja o culpar a terceras personas (Lafuente y Cantero, 2010).

En este sentido, diversos estudios demuestran que las mujeres víctimas de VG presentan un estilo de apego preocupado que influiría en el afrontamiento y mantenimiento del maltrato (Guzmán et al., 2016; Loubat, et al., 2007, Pinzón y Pérez, 2014; Romero, 2016; Romero y Placencia, 2015). Las características que presentan las mujeres que muestran un tipo de apego preocupado de sensación de inadecuación personal con tendencia a buscar constantemente la aprobación de los demás y con una preocupación excesiva de ser abandonada y quedarse sola, conlleva a un riesgo de sufrir malos tratos y dificultades en sus relaciones de pareja (Perez-Testor et al., 2007).

Por otro lado, tener antecedentes personales con falta de base necesaria para la consolidación de un apego seguro, como haber tenido vivencias continuas de soledad, el miedo al abandono o la falta de valoración puede considerarse como un factor implicado en la relación

de malos tratos. Estas vivencias en la infancia llevarían al desarrollo de un estilo de apego ansioso que está unido a la vivencia de cuidadores poco disponibles física y psíquicamente y que está en la base de una personalidad dependiente (Díaz-Benjumea, 2011).

En este sentido, en una investigación donde se estudió la asociación entre el estilo de apego y violencia física recibida en relaciones de noviazgo en estudiantes universitarios se observó un predominio del estilo de apego preocupado en el grupo que recibió violencia física y el estilo de apego seguro en quienes no la habían recibido (Guzmán et al., 2016).

Por otro lado, Pico-Alfonso et al. (2008) indican que la asociación entre abuso infantil y VG en la vida adulta, podría ser explicada porque el abuso infantil aumenta la vulnerabilidad de la persona a través de sentimientos de baja autoestima, impotencia y apego inseguro. Asimismo, Alexander (2009) en un estudio con 93 mujeres maltratadas encontró que las mujeres que no tenían un apego resuelto tenían más posibilidades en su vida adulta de ser victimizadas en más de una ocasión.

Gezen y Oral (2013) realizaron un estudio sobre estilo de apego y síntomas psicológicos con 80 mujeres turcas. Observaron que los síntomas psicológicos fueron más bajos en las mujeres que estaban expuestas a la violencia y tenían un apego seguro. Con relación al tipo de apego no se observó diferencias estadísticas significativas entre las víctimas que vivían en refugios o las que seguían viviendo con sus parejas, si bien el estilo de apego seguro era mayor en quienes abandonaron su hogar al menos una vez después de la violencia, en comparación con las mujeres que nunca salieron de casa.

Por otro lado, Bélanger et al. (2015) encontraron en un estudio con 20 parejas en las que los hombres estaban recibiendo violencia por parte de sus parejas, que las mujeres con apego de tipo ansioso informaron haber provocado más lesiones y eran menos propensas a negociar

en el conflicto y los hombres con un apego evitativo informaron de una mayor victimización por malos tratos físicos.

Karakoç et al. (2015) encontraron en un estudio con 130 mujeres turcas, que las mujeres que habían sufrido VG obtuvieron puntuaciones más altas en las subescalas de evitación y ambivalente en el cuestionario de estilo de apego en adultos (AASQ). Asimismo, Cobos (2016) en su tesis sobre víctimas de VG encuentra que el tipo de apego más prevalente en las mujeres maltratadas es el estilo inseguro, en concreto el estilo preocupado.

Más recientemente, Virgo et al. (2018) confirmaron en un estudio realizado con mujeres de indonesia la relación positiva entre estilos de apego inseguro y VG.

Costa y Botelho (2021) estudiaron en un grupo de 209 mujeres portuguesas el papel mediador del estilo de apego inseguro en el impacto psicológico de la VG en la mujer, en concreto sobre los síntomas de TEPT, probando en su estudio el efecto mediador del apego inseguro para desarrollar TEPT en mujeres víctimas de VG. Asimismo, las mujeres que habían sido víctimas de VG informaron de más síntomas de TEPT y apego inseguro. En esta línea, otros estudios demuestran que los tipos de apego, la VG y el TEPT están interrelacionados (Standberg et al., 2010).

1.4.2. Estilos de comunicación y violencia de género

La comunicación ha sido considerada tradicionalmente como un proceso simbólico y transaccional, donde la conducta verbal y la no verbal funcionan como símbolos creados, que permiten compartir significados, interactuar y profundizar en el conocimiento propio y de otras personas (Satir, 1986 en Aragon y Loving, 2003). Se trata de un proceso en el que transmite y se intercambian mensajes entre un emisor y un receptor.

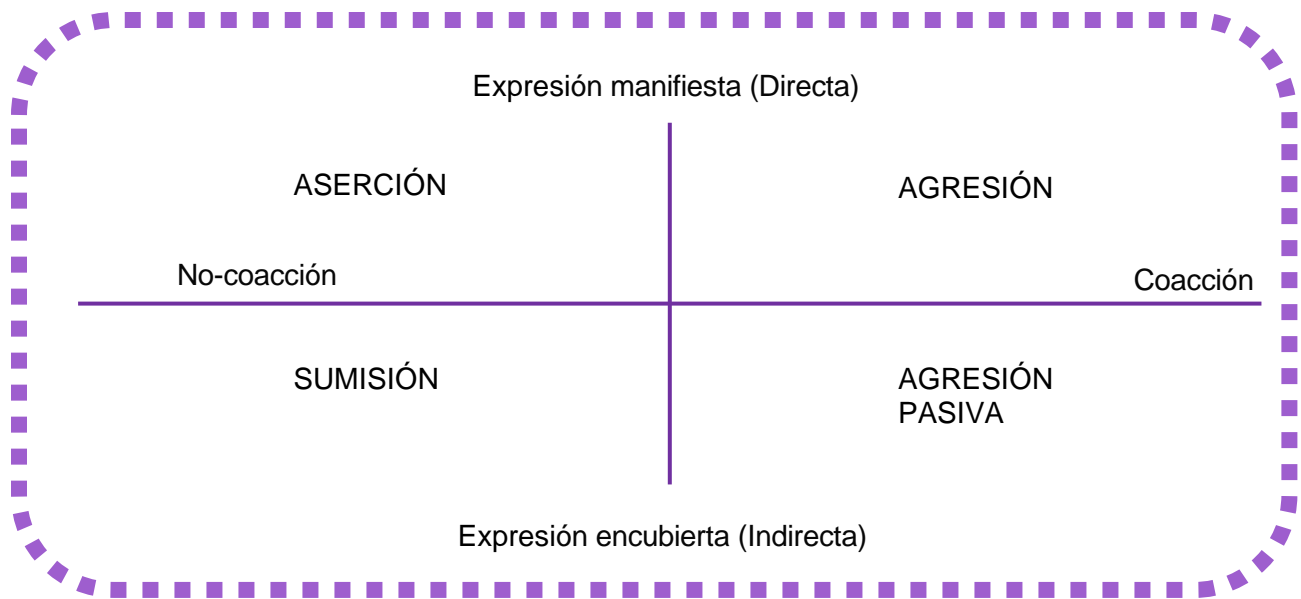
La comunicación interpersonal es definida por Van-der Hofstadt (2005) como el proceso de comunicación entre personas que tratan de transmitir estímulos a través de símbolos, con la intención de producir un cambio en el comportamiento.

El estilo de comunicación hace referencia a la manera con la que la persona transmite la información y se comunica con los demás. El tipo de estilo que se adopte en el proceso de comunicación es un factor esencial, ya que implica cómo se dice y cómo se transmite la información, es decir implica las señales que se utilizan a la hora de comunicarse para interpretar y comprender el significado (Norton y Pettergrew, 1979 en López et al., 2013)

Existen diferentes tipologías de estilos de comunicación según el planteamiento teórico que se adopte. En un primer momento se entendían los estilos de comunicación desde un modelo unidimensional, en los que en un extremo del continuo se encontraba el estilo comunicativo agresivo y en el otro extremo el estilo comunicativo sumiso. En este sentido se hablaba de tres estilos de comunicación: un estilo asertivo, uno agresivo y uno sumiso. Con posterioridad, Epstein y DeGiovanni (1978, citado en Carrasco, 2013) formularon un modelo bidimensional en el que los estilos de comunicación son definidos por su posición a lo largo de dos dimensiones: “expresión manifiesta – expresión encubierta”, y “coacción-no coacción”, identificándose en este sentido, cuatro estilos de comportamientos: asertivo, agresivo, sumiso y pasivo-agresivo (ver Figura 4). Según este modelo, el estilo asertivo se caracterizaría por una expresión manifiesta directa y no coactiva, el estilo sumiso se identificaría por una expresión encubierta indirecta y no coactiva, el estilo agresivo se definiría por una expresión manifiesta directa y coactiva y el estilo agresivo-pasivo como una expresión encubierta indirecta y coactiva.

Figura 4

Modelo Bidimensional de la Aserción



Nota. Un modelo bidimensional de la Aserción, adaptado de Cuestionario de Aserción en la Pareja, de Carrasco, 2013, TEA.

A lo largo de la historia, las relaciones sociales entre hombres y mujeres se han caracterizado por ser asimétricas con patrones de dominancia y poder en los hombres y sumisión y dependencia de las mujeres. Asimismo, actualmente, muchas sociedades siguen siendo androcéntricas y sitúan a la mujer en un segundo lugar en términos de participación social en la vida privada y familiar. Estas ideologías de género desiguales influyen y provocan conductas abusivas del hombre hacia la mujer (Liranzo y Moreno, 2017).

En las relaciones de pareja en la que se da VG se puede observar una falta de habilidades sociales en ambos miembros de pareja. Por un lado, el agresor recurre a conductas que agreden los derechos de su pareja manteniendo un estilo agresivo a la hora de comunicarse, imponiendo sus deseos y sus necesidades de forma indiscriminada. En cambio, la mujer víctima de malos tratos adopta un estilo de comunicación sumiso a la hora de relacionarse, con la finalidad de

evitar que se dé una nueva agresión (Blázquez et al., 2009). Si bien, las conductas de sumisión de las mujeres no llegan a impedir que su agresor siga ejerciendo maltrato hacia ellas.

Una de las características personales que aumenta el riesgo de ser víctima de VG es la baja autoestima y el déficit de asertividad, ya que dificulta el hacerse querer y respetar y da lugar una mayor dificultad a la hora de defender los derechos y tomar decisiones (Ramírez y Núñez, 2010).

González-Lozano et al. (2003) señalan en su estudio sobre violencia en las relaciones de pareja en adolescentes y jóvenes, que el deterioro en las habilidades de comunicación y los déficits o la falta de habilidades adecuadas de resolución de problemas son factores de riesgo tanto para las víctimas como para los agresores.

Quintana et al. (2015) en su estudio utilizando la forma A del cuestionario de aserción en la Pareja de Carrasco, encuentran con respecto a las estrategias de comunicación que, las mujeres que han sido víctimas de VG tienen un estilo de comunicación predominantemente sumiso y en las mujeres que no han sido víctimas de este tipo de violencia, encuentran la predominancia de un estilo de comunicación asertivo.

Santos (2017), realiza una investigación en parejas jóvenes en la que encuentra correlaciones estadísticamente significativas y positivas entre estilo pasivo de comunicación y todos los diferentes subtipos de violencia.

Asimismo, en un estudio más reciente realizado por Ramírez et al. (2021) se encuentra que las personas que corren más riesgo de ser víctimas de violencia son las que no son asertivas.

1.4.3. Estilos de afrontamiento y violencia de género

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como el esfuerzo a nivel cognitivo y conductual constantemente cambiante que tiene como finalidad manejar las demandas tanto a

nivel interno como externo que son valoradas como desbordantes de los recursos de la persona. Asimismo, estos autores plantean la existencia de dos tipos de afrontamiento, uno dirigido a la emoción y otro dirigido al problema. El afrontamiento centrado en la emoción se orienta a reconocer las emociones nocivas que se han generado para cambiarlas, rebajarlas o evitarlas, asumiendo el cambio desde dentro. En cambio, el afrontamiento centrado en el problema pretende controlar o cambiar la fuente que origina el daño y busca incidir de forma externa sobre la causa de la agresión.

No obstante, ante la aparición de un conflicto o problema, la persona puede adoptar estrategias eficaces o ineficaces a la hora de intentar resolverlo o gestionarlo. En este sentido la persona puede adoptar tácticas o conductas activas para afrontar dificultades que le ayudarían a tener una resolución eficaz y proactiva del problema, o estrategias ineficaces, entre las que podemos encontrar conductas pasivas, la negación, la evasión o la evitación entre otras, que le llevaría a tener un comportamiento reactivo de la situación manteniéndolas en la situación problemática.

Por otro lado, algunos investigadores diferencian entre dos formas de afrontamiento, el afrontamiento de compromiso y desconexión. El afrontamiento de compromiso haría referencia a una manera proactiva de solucionar los problemas e incluye estrategias de resolución de problemas, de reestructuración cognitiva, expresión emocional y búsqueda apoyo social. En cambio, el afrontamiento por desconexión haría referencia a un afrontamiento más pasivo abarcando estrategias como la evitación, las ilusiones, la autocrítica y el aislamiento social (Tobin et al., 1989 en Iverson et al., 2013).

A pesar de que la VG provoca graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales en las mujeres, incluso con el riesgo de llegar a perder la vida, las víctimas muestran gran dificultad para tener un afrontamiento eficaz a hora de poner fin a la situación de maltrato en la que se ven envueltas, aplicando estrategias ineficaces para resolver la situación y en algunos casos

manteniendo un comportamiento pasivo lejos de lo que se podría esperar. No obstante, a pesar de los malos tratos las víctimas únicamente demandan atención cuando la violencia y la dominación se prolongan en el tiempo y alcanzan un nivel considerable dentro del contexto familiar (Callejas et al., 2013).

Muchas víctimas de VG no son pasivas y utilizan estrategias para ponerse a salvo, tanto a ellas como a sus hijos. En este sentido, algunas de las víctimas huyen, si bien otras intentan mantener la calma sometándose a la voluntad de su pareja (Heise et al., 1999).

Según Labrador et al. (2004) existe un déficit a la hora de solucionar problemas que se puede explicar por la vivencia de repetidos episodios de malos tratos que llevan a la víctima a desarrollar la percepción de que no es capaz de hacer frente al problema, debilitando sus habilidades para ello y, por otra, porque las víctimas reúnen una serie de factores, entre ellos la falta de modelos adecuados en solución de problemas, experiencias pasadas de abuso o inexperiencia en solución de conflictos. De este modo, los citados autores refieren que hay una probabilidad de que se den respuestas emocionales condicionadas negativas que bloqueen las respuestas racionales en mujeres maltratadas, produciéndoles un déficit a la hora de solucionar problemas.

Por otro lado, durante el mantenimiento en una situación de malos tratos, se suelen adoptar unas estrategias de afrontamiento características para hacerle frente, como son distorsiones cognitivas, el consumo de sustancias adictivas como alcohol, drogas o psicofármacos o intentos de quitarse la vida. En relación con las **distorsiones cognitivas**, las víctimas tienden a adoptar una consonancia cognitiva entre la realidad y el mantenimiento en la tóxica relación, que conllevan a una distorsión de las vivencias y que tiene variaciones en función del momento de la relación en el que se encuentren y en función de la historia personal de la víctima y de sus características individuales. En este sentido, cuando los malos tratos se inician de forma sutil la víctima puede adoptar mecanismos de negación, minimización, autoengaño o

atención selectiva a los aspectos positivos. En cambio, cuando las primeras conductas violentas se dan de forma brusca, la mujer tiende a buscar ayuda externa, intenta separarse o escoge seguir con la relación para que salga adelante con expectativas de que el agresor cambie, o bien se responsabiliza de la situación. El sufrimiento ocasionado por los malos tratos, junto con las etapas de reconciliación, puede conducir a la víctima a un estado de confusión emocional agravado por el aislamiento social y familiar en el que se ven sumidas, pudiendo llevar a la víctima a un estado de sobrevalorización de que la pareja cambie o a sentimientos de culpabilidad. Cuando la mujer, toma conciencia de que la violencia es cada vez más intensa, se siente incapaz de poner fin a relación, teniendo estrategias relacionadas con dependencia emocional, la resignación y la justificación de la permanencia en la relación (Echeburúa et al., 2002).

El **abandono del agresor** es la estrategia más radical y eficaz para enfrentarse a los malos tratos, si bien esta estrategia no se suele llevar a cabo con la frecuencia esperable, debido a que el agresor manipula a las víctimas utilizando chantajes emocionales incluso con graves amenazas con la intención de impedir que la víctima les deje (Echeburúa et al., 2002). En este sentido, en algunos casos el maltratador puede llegar a amenazar a su pareja con hacerle daño, quitarle a sus hijos e incluso con quitarse la vida.

Un gran porcentaje de mujeres víctimas de VG nunca llega a **denunciar**, por lo que es importante determinar las características de las mujeres que deciden poner en manos de la justicia esta situación versus las que no lo hacen en contra de lo que se podría esperar. En este sentido, en un estudio llevado a cabo por Sierra et al. (2014) encontraron que las mujeres víctimas de VG tendían a denunciar cuando el abuso era más intenso y crónico, y cuando tenía un rol social más liberal y menos ajustado a los estándares tradicionales de género.

Muchas veces, la negación y el miedo al estigma social impiden a la mujer la **búsqueda de apoyo social** (Heise et. al., 1999). Entre el 20% y el 70% de las mujeres víctimas de malos tratos nunca mencionan el maltrato a otras personas hasta que son entrevistadas para un

determinado estudio y las que solicitan ayuda se dirigen a familiares y amigos en primera instancia, siendo una pequeña minoría las que acuden a la policía (Krug et al., 2002).

Báguena et al. (2002) en su estudio encuentran que las mujeres maltratadas que han desarrollado síntomas postraumáticos frente a las que no los han desarrollado obtienen puntuaciones significativamente más altas en el uso de estrategias de afrontamiento emocionales y en neuroticismo.

El afrontamiento centrado en las emociones tiene más probabilidades de mostrar síntomas de TEPT que cuando estilo de afrontamiento se centra en cambiar la situación, además el afrontamiento puede estar relacionado con la revictimización (Arriaga y Capezza, 2005). Krause et al. (2008) evaluaron en un grupo de 262 mujeres la influencia de las estrategias de evitación en el nivel de síntomas de TEPT durante 1 año, descubriendo que el afrontamiento evitativo se relacionó con síntomas del TEPT y la revictimización, por lo que concluyeron que reducir un afrontamiento evitativo mejora la salud mental y prevenir a las mujeres de una futura VG.

Taft et al. (2007) realizaron un estudio longitudinal en el que examinaron la relación entre VG, estrategias de afrontamiento y sintomatología en un grupo de 61 mujeres víctimas de VG, observando que las estrategias de afrontamiento de compromiso predijeron una mejor salud mental y, en cambio, las estrategias de afrontamiento por desconexión predijeron una deficiente salud mental.

Por otro lado, Callejas et al. (2013) encuentran en su estudio que las mujeres víctimas de VG tienden a utilizar estrategias no efectivas centradas en el problema y en la emoción, favoreciendo una actitud pasiva y de espera de un cambio de la actitud de su agresor, así como la evitación a expresar emociones negativas pareciendo, en muchas ocasiones, resignadas a la situación de violencia que sufren sin mostrar emociones. Asimismo, se observan la presencia de

conductas que evidenciaban intentos para salir de la situación de malos tratos como buscar contención, el afecto y apoyo emocional a nivel social o generando soluciones para resolver la situación. Por otro lado, muchas mujeres demuestran deficiencias en el procesamiento de las emociones vividas y escasa conciencia emocional que les ayudaría a silenciar y ocultar la situación de violencia en la que se encontraban inmersas no solicitando ayuda o no denunciando la situación.

Iverson et al. (2013) realizaron una investigación con 69 mujeres que habían acudido a servicios de ayuda contra la VG y habían experimentado violencia física entre dos semanas y seis meses antes, en la que estudiaron el impacto de las estrategias de afrontamiento en la revictimización de la VG, encontrando que los estilos de afrontamiento predijeron de forma significativa la revictimización de la violencia física en el seguimiento de 6 meses. En este sentido, el afrontamiento por desconexión se asoció con un mayor riesgo de revictimización y el afrontamiento de compromiso se asoció con un menor riesgo de revictimización de la violencia física. Por lo que el tipo de estrategias de afrontamiento utilizado después los malos tratos pueden afectar al riesgo de las mujeres a sufrir un nuevo maltrato.

Después de la vivencia de situaciones de VG es normal que las mujeres eviten cualquier desencadenante que puedan relacionar con el maltrato, por lo que el afrontamiento por desconexión a corto plazo puede llegar a valorarse como una estrategia de afrontamiento ventajosa para sobrellevar la situación (Iverson et al., 2013). No obstante, este tipo de estrategias pasivas puede conllevar a un mayor riesgo de aparición de otros problemas como la disociación, el aumento de síntomas de TEPT y la revictimización (Alexander, 2009; Fortier et al., 2009; Iverson et al., 2013).

Asimismo, en una investigación llevada a cabo por Adán et al. (2015) se encontró que en las mujeres víctimas de VG predomina un pensamiento desiderativo, consistente en evadir la realidad sin buscar soluciones adoptando un comportamiento pasivo, en el que se desea otra

realidad. Estos autores compararon las estrategias de resolución de problemas de víctimas de VG que habían denunciado con mujeres víctimas de VG que nunca lo habían hecho, no obteniendo resultados significativos excepto el hecho de que las mujeres que nunca habían denunciado tuvieron una mayor puntuación en estrategias centradas en el problema en contra de lo que se podía esperar.

Más recientemente, Aiquipa y Canción (2020) encuentran que las mujeres víctimas de VG utilizan más estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales de evitación, negando, minimizando y justificando el maltrato.

El **consumo de sustancias** es otra de las estrategias y mecanismos de evitación que emplean muchas mujeres para afrontar este tipo de violencia, entre ellos la ingesta de medicamentos y consumo de alcohol y drogas. Una de cada cuatro (24,4%) mujeres que han sufrido VG han ingerido alguna sustancia para afrontar lo sucedido (DGDV, 2020).

El 23,4% de las víctimas han buscado **ayuda** psicológica para afrontar las consecuencias del maltrato y el 10,4% asistencia médica, el 7,4% han buscado ayuda legal y 7,2% ha buscado ayuda en los Servicios Sociales (DGDV, 2020).

1.4.4. Consecuencias en la salud, psicopatología y violencia de género

Como se ha indicado, la VG constituye un gran problema de salud pública con un impacto sociofamiliar y económico (Domínguez et al., 2017), que afecta a casi todos los sectores de la sociedad, perjudicando la salud física y psíquica de la víctima, llegando en el peor de los casos a terminar con la vida de la mujer.

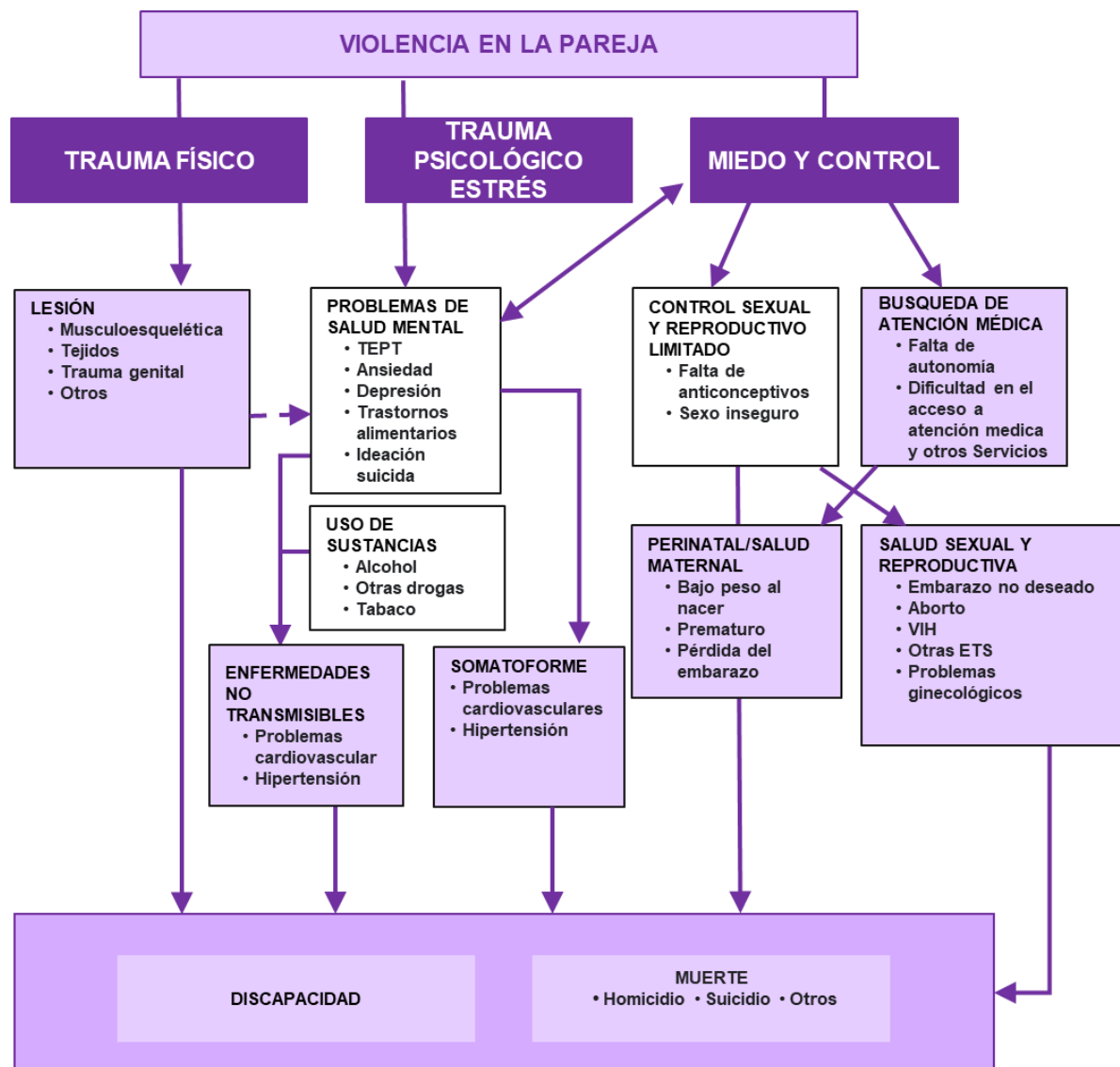
Este tipo de violencia aumenta el riesgo en las mujeres de sufrir síntomas de mala salud y de asistir a servicios médicos. Los datos informan que el 15,6% de las mujeres que han sufrido VG han dejado de acudir durante un tiempo a su lugar de trabajo o de estudio como consecuencia

de los episodios de violencia y que el 17,5% de las mujeres con discapacidad que han sufrido VG afirman que su discapacidad es consecuencia de los malos tratos recibidos (DGVG, 2020).

A continuación, se muestra en la Figura 5 un resumen de los efectos de la VG en la salud de la mujer según la OMS (2013).

Figura 5

Consecuencias y Efectos en la Salud de la Violencia de Género



Nota. Adaptada de Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos en la salud de la violencia de pareja íntima y la violencia sexual fuera de la

pareja, de la OMS, 2013. (<https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>). ISBN 9789241564625

A **nivel físico**, la VG deja secuelas que pueden ir desde moratones, fracturas, lesiones oculares, trastornos del aparato digestivo, discapacidad, lesiones en los genitales, enfermedades de transmisión sexual, disfunción sexual, abortos involuntarios, intentos de suicidio, hasta la muerte de las víctimas (Krug et al., 2002; OMS, 2013).

Según la última macroencuesta a nivel nacional sobre VG el 46,6% de las mujeres que han sufrido violencia física y/o violencia sexual por parte de su pareja o expareja han experimentado lesiones a causa de esta violencia. Las lesiones más frecuentes son en un 40,4% de las mujeres cortes, rasguños, moratones o dolores. Un 12,4% de las víctimas indican haber sufrido lesiones en los ojos u oídos, esguinces, luxaciones o quemaduras. Un 7,4% refieren heridas profundas, fracturas de huesos, dientes rotos, o lesiones internas. Un 4,1%, manifiestan haber sufrido un aborto involuntario. El 3,9% han tenido lesiones en los genitales, el 5,6% han contraído una enfermedad de transmisión sexual y al 6% les ha producido algún daño físico permanente. El 23,6% recibieron algún tipo de asistencia médica y el 14,9 % declararon que no tuvieron asistencia médica pero que la hubiesen necesitado (DGVG, 2020).

A **nivel psicológico**, la VG es una amenaza para la salud mental de las víctimas (García y Matud, 2015). Este tipo de violencia provoca nefastas consecuencias que en la mayoría de los casos requiere tratamiento. Son muchos los autores y estudios que coinciden en la sintomatología y psicopatología que sufren las víctimas de VG.

Diversas investigaciones han asociado a este tipo de maltrato una serie de trastornos emocionales comunes en las víctimas como son la depresión y los trastornos de ansiedad (Amor et al., 2001; Amor et al., 2002; DGVG, 2020; Dillon et al., 2013; Golding, 1999; Krug et al., 2002; Labrador et al., 2010; Lagdon et al., 2014; Matud, 2004; McCauley et al., 1995; OMS, 2013; Pico-Alfonso et al., 2006; Rincón et al., 2004). Asimismo, el TEPT ha sido otro de los trastornos que

se ha encontrado con más frecuencia en estudios sobre VG (Amor et al., 2001; Amor et al., 2002; Arroyo, 2002; Báguena et al., 2002; Campbell et al., 2002; Dillon et al., 2013; Golding, 1999; Echeburúa et al., 1998; Krug et al., 2002; Labra, 2014; Lagdon et al., 2014; Pico-Alfonso et al., 2006; Rivas-Diez y Sánchez-López, 2012; Sarasua et al., 2007; Umubyeyi et al., 2014; Villavicencio y Sebastián, 1999).

Según el estudio a nivel europeo de la FRA (2014), las consecuencias psicológicas a largo plazo de la violencia física o sexual son entre otras: depresión, ansiedad, ataques de pánico, pérdida de confianza en una misma, sentimientos de vulnerabilidad, dificultad para dormir, problemas de concentración y dificultades en las relaciones.

A nivel estatal, 74,7% de las mujeres que han sufrido VG de cualquier tipo por parte de sus exparejas, afirman haber tenido consecuencias psicológicas (DGVG, 2020).

En este sentido, se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves (Lorente, 2009). Los síntomas que se generan a consecuencia del maltrato interfieren de forma grave en el funcionamiento diario de la víctima (Amor et al., 2001). De hecho, existe una mayor probabilidad de que las mujeres sufran diversas consecuencias psicológicas a largo plazo cuando la violencia la ejerce la pareja que cuando es ejercida por otra persona, lo que puede deberse entre otras cosas a que ocurra varios incidentes a lo largo de un periodo de tiempo (FRA, 2014).

Cuando las víctimas son muy resistentes y tienen una fuerte red de apoyo a su disposición puede recuperarse sin necesidad de asistencia; no obstante, muchas mujeres se recuperan más rápido si están en un grupo de apoyo o asisten a algún tipo de terapia (Walker, 2004).

Con indiferencia del tipo de maltrato recibido aparecen consecuencias psicopatológicas en las víctimas, si bien, las mujeres que sufren a la vez maltrato físico, sexual y psicológico, suelen aportar una percepción más negativa de su salud que las que sufren solo un tipo o dos

de maltrato. Las víctimas que únicamente reciben malos tratos psicológicos, a pesar de no haber recibido violencia física que ponga en peligro inminente su vida, muestran el mismo tipo de consecuencias producto del sufrimiento vivido. Asimismo, la mayor intensidad y duración de algunas experiencias de abuso está asociado con una peor salud mental (Dillon et al., 2013; Ruiz-Pérez y Plazaola-Castaño, 2005). Del mismo modo, se ha observado que los efectos con el transcurso del tiempo de diferentes tipos de maltrato y de episodios múltiples de maltrato son acumulativos (Krug et al., 2002).

Bermúdez et al. (2009) encontraron que las víctimas de VG que padecían maltrato físico, psicológico y sexual de mayor intensidad, tenían una peor salud mental con más síntomas de TEPT, como depresivos y de ansiedad e insomnio, somática y una mayor disfunción social. Del mismo modo, Lagdon et al. (2014) quienes realizaron una revisión teórica de 54 artículos escritos en inglés, entre 2004 y el 2014, sobre cómo afecta la VG en la salud mental de las víctimas encontró que la gravedad y la mayor exposición a la VG puede aumentar los síntomas de salud mental y experimentar más de un tipo de VG puede aumentar la gravedad de las consecuencias.

Por otro lado, algunas investigaciones sugieren la existencia de una bidireccionalidad entre la VG y salud mental de la mujer (Devries et al., 2013; Machisa et al., 2017), es decir la VG afecta a la salud psicológica de la mujer, si bien las mujeres que sufren más trastornos emocionales o tiene alguna patología mental tienen más riesgo de ser víctimas de VG.

Asimismo, el contacto de las mujeres con el sistema judicial es otro de los elementos que influye en la psicopatología de las mujeres víctimas de VG, en concreto cuando las mujeres están inmersas en procedimientos judiciales por la custodia de sus hijos. En este sentido, la dinámica judicial puede contribuir a la victimización secundaria de las mujeres, por ejemplo, cuando hay demoras en los juicios, cuando se expone públicamente lo ocurrido o por la culpabilización generada (Echeburúa y Corral, 1998). Muchas veces las decisiones sobre el régimen de visitas para los hijos, donde el maltrato hacia la mujer pasa desapercibido o no se tiene en cuenta, se

convierte en una nueva situación de manipulación e imposibilita a la víctima desvincularse con el agresor (Sarasua et al., 2007).

Entre las diferentes consecuencias que afectan a la salud de las víctimas puede aparecer:

- **Baja autoestima.** Numerosas investigaciones sobre VG señalan como el maltrato lesiona gravemente la autoestima de la víctima generando sentimientos de culpa (Amor et al., 2001; Arcas, 2014; Castillo et al., 2018; Dutton, 1993; Labrador et al., 2010; Lara-Caba, 2019; Matud, 2004). Castillo et al. (2018) encuentran que a mayor violencia física, psicológica, sexual y económica se observa una menor autoestima. En este sentido, los resultados de la macroencuesta nacional revelan que la consecuencia psicológica más citada es la pérdida de autoestima en un 50,8% de las víctimas (DGVG,2020).
- **Dependencia de sustancias y abuso de alcohol.** Con elevada frecuencia se ha observado en las investigaciones sobre las consecuencias de la VG una alta dependencia de sustancias en mujeres víctimas de VG (Beydoun et al., 2017; Campbell et al., 2002; Labrador et al., 2004; McCauley et al.,1995) así como una alta incidencia de abuso de alcohol (Beydoun et al., 2017; Sparrow et al., 2017). Asimismo, algunos estudios sugieren que la relación entre consumo abusivo de alcohol u otras sustancias y la VG tienen una relación bidireccional en la que ambos se influyen mutuamente (Simonelli et al., 2014).
- **Problemas de sueño y de alimentación.** La VG influye de forma negativa en la salud de las víctimas, alterando necesidades básicas esenciales como el sueño (Dillon et al., 2013; Menéndez et al., 2013) y la alimentación (OMS, 2013; DGVG, 2020).
- **Ideación suicida.** La indefensión que sienten muchas víctimas de VG de verse atrapadas en la relación, unido a la depresión que padecen a consecuencia del maltrato continuado, conduce a numerosas mujeres a querer quitarse la vida. En este sentido, son frecuentes los estudios que han encontrado asociaciones entre ideación suicida y VG (Brignone et

al., 2018; Dillon et al., 2013; Labrador et al., 2010; McCauley et al., 1995; OMS, 2013; Park et al., 2017; Pico-Alfonso et al., 2006).

- **Somatizaciones.** Las somatizaciones son otra de las consecuencias que también se ha observado en las víctimas de VG (Dillon et al., 2013; Matud, 2004; Menéndez et al., 2013; Sarasua y Zubizarreta, 2000).
- **Problemas sexuales.** Diferentes estudios refieren este tipo de problemas como efecto directo de la victimización en VG (Campbell et al., 2002; Krug et al., 2002; OMS, 2013; Sanmartín, 2010).
- **Problemas de concentración y falta de memoria.** Otras de las consecuencias en la salud mental de las víctimas son los efectos que deja este tipo de violencia en las funciones ejecutivas y en la memoria de las mujeres (DGVG, 2020).

A continuación, se expone la **psicopatología** más común que se ha observado en víctimas de VG según la revisión de la literatura y las investigaciones científicas:

1.4.4.1. Depresión y trastornos de ansiedad

La depresión es la principal causa en el mundo que genera discapacidad (Castillo-Manzano y Arankowsky-Sandoval, 2008). El porcentaje de mujeres que padece depresión es mayor que el de hombres (un hombre por cada dos mujeres). Según Hegarty et al. (2004) esta diferencia podría explicarse por el hecho de que las mujeres experimentan una mayor pobreza, mayores acontecimientos vitales negativos, un rol social inferior, una discriminación sexual y maltrato físico, psicológico y sexual.

La progresiva pérdida de reforzadores que sufren las víctimas sumado a la gran cantidad de estímulos aversivos que soportan, provocan una merma en su estado de ánimo y autoestima, que en la mayoría de los casos inevitablemente termina en una depresión. La **depresión** es uno

de los trastornos que con más frecuencia se ha asociado a la VG junto con el TEPT (Amor et al., 2001; Campbell et al., 2002; Castillo-Manzano y Arankowsky-Sandoval, 2008; Machisa et al., 2017; Pico-Alfonso et al., 2006). Son numerosos los estudios sobre VG que han encontrado niveles de depresión en las víctimas (Amor et al., 2002; Bermúdez et al., 2009; DGGV, 2020; Dillon et al., 2013; García et al., 2020; Guzmán-Rodríguez et al., 2021; Huerta et al., 2014; Krug et al., 2002; Labra, 2014; Lagdon et al., 2014; Lara et al., 2019; Llosa y Canetti, 2019; Machisa et al., 2017; Matud, 2004; OMS, 2013; Park et al., 2017; Rincón et al., 2004; Rivas-Diez y Sánchez-López, 2012, Umubyeyi et al., 2014; Tsai et al., 2016).

Golding (1999) en un metanálisis que realiza sobre VG como factor de riesgo de sufrir trastornos mentales, examina 18 estudios que relacionan depresión y VG -únicamente maltrato físico- encontrando una prevalencia de sufrir depresión que va desde un 15% a un 83%, con una media ponderada de 47.6%.

Por otro lado, en un estudio comparativo entre el maltrato físico y psicológico en mujeres víctimas de VG llevado a cabo por Amor et al. (2001) se observa la existencia de repercusiones psicopatológicas en el ámbito de la ansiedad y de la depresión. En la misma línea, en una investigación realizada por Amor et al. (2002) sobre repercusiones psicopatológicas de la VG en la mujer en función de las circunstancias del maltrato realizada con una muestra de 112 mujeres víctimas se observó como las mujeres que no denunciaron su situación de maltrato y aquellas que permanecieron en el hogar con el agresor sufrían una mayor sintomatología depresiva.

La depresión en mujeres víctimas de VG también se ha asociado con otros factores de estrés que a menudo acompañan a la violencia, como el abuso en la infancia, el estrés de la vida diaria, cambios de residencia, el sexo forzado por la pareja, separaciones conyugales y acontecimientos negativos en la vida. Por otro lado, es posible que algunas mujeres pudieran sufrir depresión crónica agravada por el estrés de una relación violenta, pero existen pruebas de que la VG puede provocar los primeros episodios de la depresión (Campbell et al., 2002).

Asimismo, se ha observado como el maltrato físico, psicológico y sexual está fuertemente asociado con la depresión que sufren muchas mujeres que son atendidas en medicina general, es decir las mujeres que sufren de depresión tienen una alta probabilidad de haber experimentado algún tipo de maltrato (Hegarty et al., 2004).

Asimismo, en el estudio realizado por Rincón et al. (2004) sobre los efectos psicopatológicos de la VG se obtuvieron resultados que indican que el 84.2% de las participantes sufre entre depresión leve y grave. Patró et al. (2007) señalan que el nivel de síntomas depresivos aumenta cuanto mayor es la intensidad de la violencia sufrida, cuanto mayor es el nivel de estresores adicionales a la situación de violencia y cuanto menores son los niveles de apoyo social percibido por la víctima. Por otro lado, se ha observado que la edad de las mujeres también influye en el padecimiento de una depresión, observándose que mujeres más jóvenes, menores de 30 años, padecen mayor proporción de depresión que mujeres con más edad (Sarasua et al., 2007).

En un estudio realizado por Labrador et al. (2010) sobre características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja se observa que la depresión es el trastorno más frecuente en estas mujeres (69% entre moderada y grave), sólo el 11% se ve libre de síntomas depresivos.

Devries et al. (2013) realizan una revisión sistemática y un metanálisis de estudios longitudinales sobre violencia en la pareja y depresión donde encuentran que, en las mujeres, la VG se asocia con una mayor incidencia de síntomas depresivos y los síntomas depresivos se asocian con padecer violencia de pareja. Del mismo modo, Lagdon et al. (2014) en su revisión teórica encontraron que los resultados más significativos de los diferentes estudios fueron las asociaciones entre haber sido víctimas de VG con depresión, TEPT y ansiedad.

Asimismo, Karakoç et al. (2015) realizaron un estudio con 100 mujeres turcas encontrando que el 64% de las mujeres que tenían depresión habían sufrido violencia de pareja y en estas mujeres, los síntomas de depresión y de ansiedad fueron más graves y la ideación suicida más frecuente.

Tsai et al. (2016) realizaron un estudio longitudinal de tres años en 1.238 mujeres sudafricanas de Ciudad de Cabo sobre los efectos de la VG durante el embarazo y el postparto y encontraron una asociación estadísticamente significativa entre VG con la gravedad de los síntomas. Por otro lado, Park et al. (2017) realizaron un estudio con mujeres coreanas encontrando que las mujeres que presentaban roles de género más tradicionales fueron más propensas a manifestar síntomas depresivos e ideación suicida y depresión.

De forma más reciente, Llosa y Canetti (2019) encontraron en su estudio con mujeres usuarias de un centro de salud en Montevideo, una alta tasa en depresión en las mujeres víctimas de VG. Del mismo modo, en un estudio realizado por Guzmán-Rodríguez et al. (2021) con 470 mujeres trabajadoras en una institución de salud de México se observó que la violencia de pareja se asoció a un mayor riesgo de depresión.

Otro de los trastornos que aparece con frecuencia en las mujeres víctimas de VG son los **trastornos de ansiedad**. La ansiedad es el mecanismo de supervivencia de la especie humana que aparece cuando el organismo detecta una situación peligrosa, por lo que en las mujeres maltratadas la ansiedad aparece con elevada frecuencia ya que la mujer se encuentra en constante alerta. En la VG, a diferencia de lo que ocurre otras situaciones de violencia, se combinan el maltrato físico, psicológico y/o sexual, los cuales tienden a ir en aumento en el tiempo, de forma intermitente y dentro del hogar familiar, lo que provoca un estado constante de hiperactivación y vigilancia en la víctima (Vetere et al. 2016).

Son numerosos los estudios donde aparece la ansiedad como unas de las consecuencias psicopatológicas de la VG (Bermúdez et al., 2009; Dillon et al., 2013; García et al., 2020; DGVG, 2020; Labrador et al., 2010; Lagdon et al., 2014; Lara et al., 2019; Matud, 2004; McCauley et al., 1995; Pico-Alfonso et al., 2006; Rincón et al., 2004; Rivas-Diez y Sánchez-López, 2012; Umubyeyi et al., 2014).

Rincón et al. (2004) observan en su estudio que un 10% de la muestra presenta una fobia específica, un 7,1% crisis de angustia y un 5.7% fobia social. Asimismo, los resultados indican que el 71,4% de las participantes no presentaba ningún tipo de ansiedad distinto al TEPT.

En una investigación realizada por Matud (2004) sobre el impacto de la violencia en la salud se observa que en un grupo de 270 mujeres que habían sido maltratadas por su pareja las enfermedades que se citan con más frecuencia por estas mujeres era depresión (el 17,4%), seguidos de trastorno de ansiedad (el 15%) y problemas de tipo osteomuscular (el 12%).

En el estudio de Labrador et al. (2010) anteriormente citado, se obtienen resultados que indican que el 38,7% de las mujeres víctimas presentaba trastornos de ansiedad, siendo en su mayoría trastornos de angustia. Asimismo, tal y como se ha indicado con anterioridad, en la revisión realizada por Lagdon et al. (2014), se encuentra la ansiedad como unos de los trastornos más asociados a la VG junto la con la depresión y el TEPT.

Posteriormente, en una investigación realizada por Lara et al. (2019) se confirma que existe una relación estadísticamente significativa entre haber sufrido violencia y los niveles de la gravedad de la ansiedad y de la depresión. Los resultados que se obtuvieron evidenciaron la existencia de una relación significativa entre VG y la presencia de sintomatología psicopatológica. Las mujeres víctimas de VG mostraron más síntomas severos.

Estudios más recientes como el de García et al. (2020) obtienen correlaciones directas entre maltrato y síntomas de ansiedad y depresión. En la misma línea, Rivas-Rivero y Bonilla-

Algovia (2020) en una investigación realizada en Nicaragua con víctimas de VG encontraron que más de la mitad de las entrevistadas tuvieron puntuaciones elevadas en ansiedad y depresión.

1.4.4.2. Trastorno de estrés postraumático

Las víctimas de un suceso traumático pueden desarrollar diferentes reacciones ante la situación vivida, pueden afrontarlo o por el contrario, el trauma puede desbordar a la persona generándole incapacidad para enfrentarse a su día a día (Echeburúa y Corral, 2007). En este sentido, el daño psicológico que provoca un suceso traumático está influenciado por diversos motivos: por la gravedad de lo ocurrido, por el carácter inesperado del suceso, por el daño o riesgo sufrido, por la vulnerabilidad de la persona afectada, por la ocurrencia de otros problemas de la víctima, por el apoyo social existente y por los recursos de afrontamiento de la persona (Echeburúa, 2007; Echeburúa y Corral, 2007).

El Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM-5 (APA, 2013) define el TEPT como el sufrimiento durante más de un mes de síntomas de intrusión, síntomas de evitación persistente de estímulos, alteraciones negativas cognitivas y del estado de ánimo y el padecimiento de una de alteración importante de la alerta y reactividad que cause malestar clínicamente significativo en diversas áreas, debido, entre otros factores, a la exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza por la experiencia directa de un suceso o sucesos traumáticos. Por lo que es común que, las mujeres víctimas de VG desarrollen este tipo de trastorno, dado el sufrimiento reiterado de violencia que padecen en la intimidad de forma constante y durante largos periodos de tiempo.

El TEPT es uno de los pocos trastornos que se diagnostica partiendo del suceso traumático en lugar de la sintomatología, lo que tiene una gran repercusión en el ámbito forense, ya que el TEPT establece una relación causal entre un acontecimiento y el daño psíquico producido por el mismo (Echeburúa et al., 2017). En este sentido, es importante un adecuado

diagnóstico de este trastorno en las víctimas de VG con el fin de demostrar la huella psíquica y las secuelas que deja este tipo de violencia. En muchas ocasiones no existen pruebas físicas para inculpar al agresor, contando únicamente con el testimonio de la víctima ya que este tipo de violencia se suele producir en la intimidad de la pareja. Un correcto diagnóstico además de conllevar a una intervención psicológica más eficaz, facilitará una mejor defensa de las víctimas ante los posibles procedimientos judiciales que tendrá que hacer frente.

Como se ha indicado anteriormente, el TEPT ha sido uno de los trastornos que más se ha asociado a la VG, siendo estudiado con mucha frecuencia (Amor et al., 2001; Amor et al., 2002; Arroyo, 2002; Báguena et al., 2002; Báguena et al., 2006b, 2006c; Bermúdez et al., 2009; Campbell et al., 2002; Dillon et al., 2013; Echeburúa et al., 1998; Machisa et al., 2017; Matud et al., 2014; Pico-Alfonso et al., 2006; Saquinaula-Salgado et al., 2020; Sarasua et al., 2007; Villavicencio y Sebastián, 1999).

En un estudio llevado a cabo por Echeburúa et al. (1998) sobre perfiles diferenciales del TEPT en distintos tipos de víctimas se observa con respecto a la violencia familiar y en las agresiones sexuales que el TEPT está presente en la mitad de la muestra. Asimismo, Villavicencio y Sebastián (1999) tras realizar un estudio con 80 mujeres víctimas de VG encuentran que el tiempo de permanencia en casas de acogida correlaciona de manera negativa con el TEPT. En cambio, la exposición al maltrato durante la adolescencia en la familia de origen y el afrontamiento de evitación correlacionan de manera positiva.

En el meta-análisis de Golding (1999) anteriormente citado, se revisan once estudios acerca del TEPT en víctimas de VG, encontrándose tasas de prevalencia de este trastorno que van desde 31% a 84.4%, con una media ponderada de 63.8%. En 5 de estos 11 estudios se encuentra que la severidad o duración del maltrato está asociada a la severidad del TEPT. Según el autor, el TEPT sería la categoría diagnóstica más apropiada para describir las consecuencias

psicológicas en las víctimas de VG incluso cuando síntomas de otros trastornos pueden estar presentes.

Amor et al. (2001) encuentran en su estudio que un 46% del total de la muestra de mujeres maltratadas está afectada por el TEPT, existiendo además un 16% de mujeres que presentaban el denominado por subsíndrome de estrés postraumático, compuesto de dos de los tres criterios diagnósticos de reexperimentación más evitación o hiperactivación, por lo que únicamente un 38% de la muestra no presentaba sintomatología clínica de este trastorno. Asimismo, cuando se compara la prevalencia de este trastorno en función del tipo de maltrato sufrido no encontraron casi diferencias.

Del mismo modo, en la investigación llevada a cabo por Amor et al. (2002) en mujeres víctimas de VG se encontró que el TEPT estaba presente el 46% de la muestra, según los autores el porcentaje era parecido al que se da en las agresiones sexuales y más del doble del que se suele dar en cualquier tipo de delito. Asimismo, se encontró que las víctimas que presentaban mayor gravedad de TEPT fueron las que habían sufrido maltrato sexual por parte de su pareja, las que vivían con el agresor o se habían separado hacía poco tiempo y en las que el abuso era más reciente. Asimismo, las mujeres maltratadas presentaban niveles altos de ansiedad y de depresión y bajo nivel de autoestima.

Arroyo (2002) realizó una investigación en el que examinó estudios de TEPT en mujeres maltratadas, destacando que el abuso psicológico en la mujer maltratada es más predictivo en el desarrollo del TEPT que la severidad o frecuencia del daño físico soportado.

Báguena et al. (2002) en su investigación sobre estructura y dinámica de personalidad en el TEPT en mujeres maltratadas, observan como el Neuroticismo covaría de modo positivo con los síntomas postraumáticos específicos de intrusión, evitación e hiperactivación en las mujeres

expuestas a VG y la variable disociación correlaciona más alto con los síntomas de intrusión e hiperactivación que con los de evitación.

Por otro lado, Rincón et al. (2004) observan en su estudio que el 61% de las víctimas tenían TEPT crónico y ofrecen las siguientes razones por las que en las víctimas de VG el porcentaje de TEPT es más elevado que en otras personas que sufren acontecimientos traumáticos:

- Por la proximidad afectiva inicial de la víctima con el agresor, siendo más probable que la víctima perdone o niegue la evidencia en las primeras agresiones.
- Por la dependencia económica que tiene la víctima con su agresor, que le obliga a mantenerse en su situación.
- Por la amenaza constante en el propio hogar de la víctima, el cual tendría que ser un lugar de seguridad.
- Por los sentimientos de culpa y de vergüenza de la víctima hacia lo sucedido, ya que la situación implica un desprestigio social.
- Por la influencia familiar y social para no dejar a la pareja que suele ocurrir en ocasiones, en la que se trata de quitar importancia al maltrato, por lo que muchas mujeres se mantienen en la relación violenta.

Según los citados autores, se estima que en la mitad de los casos aquejados por TEPT la sintomatología se cronifica en el tiempo necesitando en la mayoría de los casos tratamiento (Rincón et al., 2004).

Asimismo, al igual que ocurre con la depresión, la **edad** de las mujeres también influye en la formación de TEPT, observándose que mujeres más jóvenes, menores de 30 años, padecen mayor proporción de TEPT que mujeres con más edad. Por otro lado, se ha observado

como la presencia de agresiones sexuales durante la situación de maltrato está relacionado con un mayor nivel de gravedad de síntomas de TEPT en mujeres jóvenes y con un mayor grado de inadaptación a la vida cotidiana en el grupo de víctimas mayores (Sarasua et al., 2007).

Por otro lado, se ha observado como las mujeres maltratadas que padecen TEPT presentan mayor malestar emocional que las mujeres que no lo sufren (Sarasua et al., 2007).

DeJonghe et al. (2008) realizan una revisión teórica sobre VG y TEPT en la que encuentran que las mujeres víctimas de VG tienen riesgo a desarrollar TEPT, observando que factores como la victimización en la infancia, el abuso sexual por parte de la pareja, el tipo de abuso y tiempo de abuso puede aumentar la probabilidad de desarrollar TEPT, en cambio el apoyo social y estilos de afrontamiento proactivos disminuyen esta probabilidad.

Bermúdez et al. (2009) en su estudio con un grupo de mujeres maltratadas en El Salvador, encontraron que las víctimas tenían de forma significativa una mayor sintomatología de TETP de reexperimentación, evitación y activación; además de presentar más síntomas depresivos, de ansiedad, de insomnio, somáticos y disfunción social.

Plaza (2010) encuentra en su investigación sobre maltrato y psicopatología en mujeres, que el grupo de mujeres víctimas de VG presentaba mayores puntuaciones significativas en sintomatología de TEPT y de depresión.

Aguirre et al. (2010), encontraron en su estudio que un 66,7% de la muestra presentaba sintomatología de TEPT, un 40,5% presentaba TEPT y un 26,2% reunía los criterios de subsíndrome de TEPT. La forma de TEPT que se observó con más frecuencia fue la de TEPT crónico. Del mismo modo, Lagdon et al. (2014) en su revisión teórica encontró una alta asociación entre VG y TEPT.

Años más tarde, Machisa et al. (2017) realizaron un estudio con 511 mujeres en Sudáfrica en el que estudiaron el efecto de la salud mental en la violencia de pareja, encontrando que el

TEPT tuvo un efecto directo en la incidencia de la violencia de pareja y viceversa. Por otro lado, Vetere (2019) encontró que los pacientes con este cuadro presentan una tendencia mayor hacia el empleo de estrategias de evitación cognitiva, resultado congruente con modelos teóricos cognitivos conductuales respecto del mantenimiento del TEPT.

Por último, otro estudio más reciente sobre TEPT realizado por Saquinaula-Salgado et al. (2020), con 150 mujeres peruanas víctimas de VG, encuentran una alta asociación entre VG y TEPT, encontrando que el 45% de mujeres de la muestra que mostraron síntomas de TEPT corresponden a las mujeres que sufren VG de intensidad moderada y severa en todas sus formas.

1.4.4.3. Trastornos de personalidad

Existe una multitud de estudios que hablan sobre las consecuencias negativas que provoca las VG en la salud mental de las mujeres (Golding, 1999; Guzmán-Rodríguez et al., 2021; Lagdon et al., 2014; Lara et al., 2019; Machisa et al., 2017). Si bien, la interacción entre Trastornos de la Personalidad y VG ha sido menos estudiada. No obstante, el tipo y la gravedad de las consecuencias de la VG podría depender de la personalidad que tenga la víctima (Moreira et al., 2019).

Algunos estudios más antiguos llegaron a responsabilizar a las propias mujeres de la situación de malos tratos que estaban viviendo, basándose en el hecho en que las víctimas tenían una personalidad masoquista (Faulk, 1974 y Shainess, 1974, en Villavicencio, 1993). Si bien, otros estudios previos sugieren que las alteraciones psicopatológicas de las víctimas de VG se pueden dar a consecuencia de la exposición continuada y la severidad de la violencia psicológica (Khan et al., 1993).

Estudios más recientes apuntan a que la interacción entre una predisposición hereditaria y determinados factores ambientales, como las experiencias traumáticas, podría llevar a la

hipótesis de que las víctimas de VG tienen un alto riesgo de desarrollar trastornos de personalidad (Pico-Alfonso et al., 2008). Otros estudios sugieren que la VG continuada en el tiempo puede afectar a las características de personalidad de las víctimas, debido a que genera secuelas emocionales duraderas, creando síntomas capaces de modificar los esquemas cognitivos de las mujeres (Ballester y Ventura, 2010).

Según el DSM-5 (APA, 2013) los trastornos de la personalidad se caracterizan por un patrón perdurable de experiencia interna y comportamiento que se desvía marcadamente de las expectativas de la cultura de la persona, siendo el patrón inflexible y dominante en una variedad de situaciones tanto personales como sociales. Además, para se pueda definir como un trastorno de personalidad el patrón tiene que ser estable y de larga duración, provocar malestar clínicamente significativo o deterioro en diferentes áreas de funcionamiento y su inicio de remontarse a la adolescencia o las primeras etapas de la vida adulta. El DSM 5 clasifica los trastornos de la personalidad en 3 grupos (A, B y C). En el grupo de los trastornos de la personalidad tipo A se incluiría el trastorno de la personalidad paranoide, el esquizoide y el trastorno de la personalidad esquizotípica. En el grupo B se incluiría el trastorno de la personalidad antisocial, el límite, el histriónica y el narcisista. En los del tipo C se incluiría trastorno de la personalidad evasiva, dependiente y obsesivo compulsivo.

Entre los trastornos de personalidad asociados a las mujeres VG se encuentra el Trastorno de la Personalidad por Dependencia (TPD). La dependencia emocional en estudios sobre VG se puede entender como una variable que puede explicar el por qué la mujer se mantiene en la relación de malos tratos (Echeburúa et al., 2002) o como un TPD en sí mismo, que explicaría el mantenimiento de la mujer en una relación de malos tratos (Castelló, 2005).

Según el DSM 5, este trastorno se caracteriza por necesidad excesiva de ser cuidado, lo que conlleva a un comportamiento sumiso y de apego excesivo con miedo a la separación.

Según Sanmartín et al. (2010) el TPD es originado como consecuencia de la disminución en la autoestima en la víctima que es provocada por las conductas de su agresor, hasta el punto de que la mujer puede llegar a sentirse responsable del maltrato, interiorizando la idea de que no cuenta con nadie más que su pareja. Los autores refieren que en la víctima la necesidad se traduce de la siguiente manera: dificultad para tomar decisiones cotidianas, necesidad de que los otros asuman las responsabilidades de su vida, dificultad para expresar su desacuerdo con los demás por temor a la pérdida de apoyo, falta de iniciativa y de confianza, necesidad obtener el apoyo de los demás, prestándose voluntaria incluso para realizar tareas desagradables, miedo a estar sola y temor irracional al abandono. En este sentido, las mujeres dependientes emocionalmente de sus agresores pueden llegar al punto de solidarizarse con ellos frente a quienes tratan de asesorarlas o ayudarlas policial o jurídicamente.

Pérez-Testor et al. (2007) evaluaron en un estudio, los patrones de personalidad en una muestra de mujeres que acudieron a servicios residenciales para víctimas de VG en Barcelona, utilizando para ello el Inventario Multiaxial Clínico de Millon II (MCMI-II), obteniendo un predominio de un patrón de personalidad esquizoide en las víctimas.

En la misma línea, Pico-Alfonso et al. (2008) realizaron un estudio sobre los trastornos de la personalidad en víctimas de VG, utilizando para ello también el MCMI-II. En su estudio observaron que las mujeres víctimas de VG obtuvieron puntuaciones más elevadas en las escalas de personalidad esquizoide, evitativa y autodestructiva y en las tres escalas de personalidad patológica esquizotípica, límite y paranoide. Asimismo, no se observó diferencias entre las mujeres que recibieron únicamente maltrato psicológico y las que recibieron ambos tipos de malos tratos en las puntuaciones de trastornos. Además, las mujeres abusadas física y psicológicamente que también recibieron abuso sexual obtuvieron puntuaciones más altas en trastornos de personalidad esquizoide y paranoide. Por otro lado, las mujeres que habían sido

víctimas de violencia psicológica y sexual tenían puntuaciones más altas en las escalas de personalidad compulsiva.

Asimismo, Ballester y Ventura (2010), realizaron una investigación con 30 mujeres que denunciaron a sus exparejas por maltrato psicológico a través de la escala MCMI-III. En el estudio se destacó el predominio de una personalidad compulsiva, seguida de una personalidad dependiente e histriónica y una alta puntuación media en la escala de deseabilidad social. Se observa que la deseabilidad social disminuye a medida que los malos tratos se alargan temporalmente. Asimismo, se halla una asociación entre violencia psicológica continuada en el tiempo y la personalidad depresiva y negativista. Se distinguen diferencias en el perfil de las víctimas, en las escalas de personalidad cuando el maltrato es de larga duración.

Otro estudio que arroja datos sobre la personalidad de las mujeres víctimas de VG es el realizado por Davins-Pujols et al. (2010) quienes efectuaron un estudio sobre la eficacia de la psicoterapia individual en 46 mujeres maltratadas atendidas en una unidad pública especializada sobre VG de Barcelona, utilizando para ello el test Millon-II. Los resultados de su estudio indican que, en la fase de inicio de la terapia, las escalas de personalidad básica del test que arrojaron una media más alta fueron las escalas dependiente, la autodestructiva y la fóbica; si bien, al final de la terapia, estas escalas presentan puntuaciones medias inferiores estadísticamente significativas y tan solo la escala compulsiva obtenía puntuaciones superiores al punto de corte.

Por otro lado, Torres et al. (2013) examinaron en un estudio la relación entre VG y los síntomas de trastornos de la personalidad utilizando el Cuestionario Básico de Evaluación Dimensional de Patología de la Personalidad (DAPP-BQ). Las víctimas de VG obtuvieron puntuaciones más altas en problemas de intimidad y más bajas en rasgos de rechazo. Asimismo, la gravedad de la VG se relacionó con las escalas distorsión cognitiva, la suspicacia, la restricción expresiva, y los problemas de intimidad. Por otro lado, la duración de los malos tratos se asocia de forma negativa con el rechazo.

Otra de las investigaciones en la que también se evaluó el estado psicológico de las mujeres a través del cuestionario Millon-III, fue el realizado por Ballester y Villanueva (2014), en el que valoraron a 127 mujeres que habían denunciado malos tratos a sus exparejas, obteniendo puntuaciones altas en deseabilidad social, personalidad compulsiva, ansiedad, distimia, somatomorfo y depresión. Asimismo, se observaron que mayor duración de la violencia aumentaron las puntuaciones en personalidad esquizoide, depresiva y autodestructiva, junto a distimia y TETP, y se obtuvieron puntuaciones más bajas en deseabilidad social y personalidad histriónica.

Por último, en una investigación más reciente, Moreira et al. (2019) estudian el papel de la personalidad en la VG y examinan las asociaciones entre dimensiones de personalidad y síntomas psicopatológicos en 50 mujeres víctimas de VG que vivían en refugio, utilizando para ello el Inventario del Temperamento y Carácter Revisado (TCI-R). Las víctimas obtuvieron de forma significativa niveles más altos de evitación del daño y autotrascendencia y niveles más bajos de dependencia de la recompensa y autodirección, además de mostrar más síntomas psicopatológicos. Las dimensiones de la personalidad revelaron un patrón consistente de asociaciones entre diferentes síntomas psicopatológicos, destacando la importancia de la función de la evitación del daño y la autodirección para comprender los síntomas psicopatológicos.

1.4.4.4. Experiencias disociativas

Los Trastornos Disociativos según el DSM-5 se caracterizan por la interrupción y/o discontinuidad en la integración normal de las diferentes funciones mentales como la conciencia, la memoria, la identidad propia y subjetiva, la emoción, la percepción, la identidad corporal, el control motor y el comportamiento (APA, 2013).

Por otro lado, los estados disociativos se entienden como un continuo que va desde las experiencias disociativas cotidianas hasta las disociaciones más patológicas. Las experiencias

disociativas leves suelen estar presentes en todas las personas, aunque no tengan ninguna psicopatología (Icarán et al., 1996). Las manifestaciones disociativas englobarían desde ensueños diurnos, abstraerse en la lectura, ensimismarse en los propios pensamientos, soñar despierto, fantasear, conducir de forma automática sin tener conciencia del viaje, olvidos momentáneos, lapsus atencionales, hasta experiencias más patológicas como por ejemplo la despersonalización.

Boon et al. (2015) señalan que:

La disociación es la principal insuficiencia de la integración, que interfiere y cambia nuestro sentido del yo y nuestra personalidad. Nuestra capacidad de integración puede desequilibrarse de forma crónica si sufrimos un trauma. También, puede verse perturbada o limitada cuando estamos extenuados o estresados o gravemente enfermos, pero en estos casos la perturbación es temporal. (Boon et al., 2015, p. 22 y 23)

La disociación sería un tipo de respuesta adaptativa ante una determinada situación que supera los recursos personales de la persona dividiendo la conciencia con el fin de soportar la experiencia (Mora, 2015). Algunas experiencias disociativas suelen ser usuales en la vida diaria, no obstante, los trastornos disociativos son más excepcionales y se refieren a una serie de síndromes que provocan malestar y afectación psicológica y que son reconocidos como manifestaciones patológicas (Romero-López, 2016). Entre los trastornos disociativos que clasifica el DSM 5 se encuentran la amnesia disociativa, el trastorno de identidad disociativo y el trastorno despersonalización/desrealización (APA, 2013).

La teoría sobre el origen de este trastorno más aprobada lo relaciona con sucesos traumáticos graves y crónicos principalmente de la infancia (Camacho y Olmeda, 2019). En ese sentido, el DSM-5 refiere que los trastornos disociativos se manifiestan como consecuencia de un trauma (APA, 2013).

Existe un gran porcentaje de mujeres víctimas de VG que han sufrido malos tratos o abusos en su infancia. En estos casos, las víctimas menores, ante una vivencia traumática pueden desarrollar estrategias defensivas como la disociación, una identidad fragmentada y una regulación ineficaz de sus emociones, así como establecer vínculos de apegos patológicos que le hacen más vulnerable a sufrir malos tratos en un futuro (Mora, 2015).

La disociación aparece generalmente cuando una experiencia es demasiado dañina o angustiada para que una persona pueda integrarla plenamente, especialmente en ausencia de apoyo emocional apropiado (Boon et al., 2015).

El TEPT y el Trastorno de la Identidad Disociativa han sido relacionados, debido a que las diversas personalidades se pueden considerar como una versión elaborada de intrusiones mentales relacionadas con algún trauma. El TEPT se ha asociado con experiencias traumáticas durante la vida adulta y el Trastorno de la Identidad Disociativa se ha relacionado con un trauma crónico durante el desarrollo (Sar y Ozturk, 2012). Las personas que han sufrido sucesos traumáticos pueden sufrir un estrés severo que puede dar lugar a síntomas ansioso- depresivo y disociativos (Echeburúa y Corral, 2007).

La disociación es una consecuencia frecuente en las mujeres víctimas de VG que juega un papel importante en aumentar el riesgo de las mujeres de volver a sufrir malos tratos (Iverson et al., 2013). Diversas investigaciones se han centrado en estudiar la relación entre Disociación y VG. En este sentido, Alexander (2009), observa en su estudio que, las víctimas de VG que sufrieron violencia en dos o más relaciones sufrieron síntomas de disociación más graves que las mujeres que experimentaron VG en una sola relación.

Plaza (2010) encuentra en su investigación que el grupo de mujeres víctimas de VG presentaba puntuaciones significativas en síntomas de disociación cuando se comparaba con el grupo control (mujeres no víctimas casadas con hijos). Si bien, no se encontraron diferencias

cuando se compararon con las mujeres inmersas en procedimientos judiciales sobre guarda y custodia de sus hijos. Asimismo, Webermann et al. (2014) encuentran en su muestra de pacientes con trastornos disociativos tasas más altas de victimización de la VG que la población general.

Madan (2017) observa en su estudio que la capacidad de afrontamiento a la separación estuvo indirectamente relacionada con una mayor disociación y angustia psicológica. Por otro lado, Snyder (2018) señala que las mujeres con trastorno de identidad disociativo presentan una mayor probabilidad de sufrir VG que otras mujeres.

Un estudio más actual realizado por Krause-Utz et al. (2021) con 633 víctimas de VG encuentra que la disociación como un factor de riesgo importante para la VG del tipo sexual.

1.5. Objetivos e hipótesis

El presente estudio se interesa por los aspectos psicosociales y características psicológicas de mujeres víctimas de VG que pueden estar influyendo en la permanencia de las mujeres en una relación de malos tratos, así como en la psicopatología que desarrollan. Para ello se ha contado con dos grupos, un grupo de mujeres víctimas de VG y un grupo de mujeres que nunca han sido víctimas de VG. Los aspectos psicosociales y psicopatológicos evaluados en las mujeres cubren diversas áreas: (1) Factores de vulnerabilidad; (2) Tipo de apego; (3) Estilos de comunicación en pareja; (4) Estilos de afrontamiento; (5) Trastornos de personalidad; (6) Síntomas psicopatológicos (7) Historia y características de la conducta violenta evaluadas únicamente en el grupo de estudio y (8) Motivos por los que las mujeres permanecen en una situación de malos tratos evaluados sólo en el grupo de estudio. A continuación, se exponen los objetivos generales y específicos de la investigación

Objetivos Generales:

1. Explorar un conjunto de aspectos psicosociales, variables psicológicas y psicopatología en mujeres que han sido víctimas de VG y establecer las semejanzas y/o diferencias que se encuentran en ellas cuando son comparadas con mujeres que nunca han recibido malos tratos por parte de su pareja.
2. Estudiar en profundidad el grupo de mujeres víctimas de VG y analizar la influencia de las variables evaluadas en el tipo de maltrato que han recibido, en la duración del maltrato y en la interposición denuncias por malos tratos.

Del **primer objetivo general** se desprenderían los siguientes **objetivos específicos**:

- 1.1. Explorar e identificar las diferencias en los factores de vulnerabilidad que se observan entre mujeres que han sido víctimas de VG con las mujeres que no lo han sido.
- 1.2. Explorar y comparar entre los dos grupos (víctimas de VG y no víctimas) las variables psicológicas tales como el tipo de apego, estilos de comunicación y estilos de afrontamiento.
- 1.3. Evaluar y comparar los posibles síntomas psicopatológicos (o psicopatología) entre las mujeres víctimas de VG y el GC con el fin de determinar el impacto de la VG en la salud mental de la mujer.
- 1.4. Analizar la relación de las variables psicológicas evaluadas con la psicopatología que desarrollan las mujeres.

El **segundo objetivo general** se articularía en los siguientes objetivos específicos:

- 2.1. Analizar la historia de la conducta violenta, la percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer, las circunstancias agravantes y analizar los principales

motivos por los que las mujeres víctimas de VG permanecen en la relación de pareja.

- 2.2. Estudiar la influencia de las variables psicológicas evaluadas en la interposición de denuncias por VG.
- 2.3. Estudiar la influencia de las variables psicológicas evaluadas en el tipo de maltrato recibido.
- 2.4. Estudiar la influencia de las variables psicológicas evaluadas en la duración de los malos tratos.

Seguidamente, se exponen las **hipótesis** planteadas que se derivarían de cada uno de estos objetivos.

En cuanto al **objetivo específico 1.1**: *“Explorar e identificar las diferencias en los factores de vulnerabilidad que se observan entre mujeres que han sido víctimas de VG con las mujeres que no lo han sido”*, se originarían las siguientes hipótesis:

Hipótesis 1: Las mujeres víctimas mostrarán una mayor presencia de enfermedad física y de enfermedad mental, un mayor uso de psicofármacos, un mayor consumo abusivo de alcohol y de drogas, habrán sido en mayor medida víctimas y habrán presenciado violencia en su infancia, tendrán un mayor índice de intentos de suicidio y tendrán más probabilidad de que sus hijos sean violentos con ellas (Amor et al., 2002; Brignone, et al., 2018; Devries et al., 2013; DGVG, 2020; Jewkes et al., 2017; Machisa et al., 2017; Puente-Martínez et al., 2016; OMS, 2013; Sarasua y Zubizarreta, 2000; Young-Ran y Hye, 2021).

Con respecto al **objetivo específico 1.2**: *“Explorar y comparar entre los dos grupos (víctimas de VG y no víctimas) las variables psicológicas tales como el tipo de apego, estilos de comunicación y estilos de afrontamiento”* se derivan las siguientes predicciones:

Hipótesis 2: Las mujeres víctimas de VG presentarán un mayor estilo de apego preocupado (Bélanger et al., 2015; Díaz-Benjumea, 2011; Guzmán et al., 2016; Loubat et al., 2007; Perez-Testor et al., 2007; Romero, 2016; Romero y Placencia, 2015) que el grupo control.

Hipótesis 3: Las mujeres víctimas de VG tendrán más déficits en las habilidades de comunicación que el grupo control, presentando más déficits de asertividad (Ramírez y Núñez, 2010; Ramírez et al., 2021), en concreto un estilo de comunicación sumiso (Blázquez et al., 2009; Quintana et al., 2016).

Hipótesis 4: Las mujeres víctimas de VG presentarán más dificultades para resolver problemas que el grupo de mujeres no víctimas, por lo tanto, presentarán un afrontamiento pasivo en la solución de problemas (Labrador et al., 2004) en el que adoptarán un afrontamiento centrado en la emoción, utilizando más estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales de evitación (Aiquipa y Canción, 2020).

Por lo que se refiere al objetivo específico 1.3: *“evaluar y comparar los posibles síntomas psicopatológicos (o psicopatología) entre las mujeres víctimas de VG y el GC con el fin de determinar el impacto de la VG en la salud mental de la mujer”* se realizan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 5: Las mujeres víctimas de VG presentarán más síntomas de depresión y ansiedad que el grupo de las no víctimas (Amor et al., 2001; Amor et al., 2002; DGVG, 2020; García et al., 2020; Golding, 1999; Krug et al., 2002; Matud, 2004, McCauley et al., 1995; Pico-Alfonso et al., 2006; Labrador et al., 2010; Lagdon et al., 2014; OMS, 2013; Rincón et al., 2004) y más síntomas de TEPT (Amor et al., 2002; Arroyo, 2002; Báguena et al., 2002; Báguena et al., 2006b, 2006c; Bermúdez et al., 2009; Campbell et al., 2002; Echeburúa et al., 1998; Machisa et

al., 2017; Matud et al., 2014; Pico-Alfonso et al., 2006; Sarasua et al., 2007; Saquinaula-Salgado et al., 2020).

Hipótesis 6: En las mujeres víctimas de VG se apreciarán mayor cantidad de síntomas disociativos (Alexander, 2009; Snyder, 2018; Webermann et al., 2014) y más trastornos de la personalidad esquizoide, límite, paranoide, histriónico y dependiente (Ballester y Ventura., 2010; Perez-Testor et al., 2007; Pico- Alfonso et al., 2008) que en el GC.

En relación con el objetivo específico 1.4 *“analizar la relación de las variables psicológicas evaluadas con la psicopatología que desarrollan las mujeres”*.

Hipótesis 7: Un tipo de apego inseguro, el estilo de afrontamiento de evitación y el estilo de comunicación sumiso tienen un papel predictor en la psicopatología que desarrollan las mujeres víctimas de VG.

En cuanto al **objetivo específico 2.1.** *“analizar la historia de la conducta violenta, la percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer, las circunstancias agravantes y analizar los principales motivos por los que las mujeres víctimas de violencia de género permanecen en la relación de pareja”* se realizan las siguientes hipótesis:

Hipótesis 8. Las víctimas de VG sufren más de un tipo de maltrato a la vez (OMS, 2013) y el maltrato psicológico es el que se da con más frecuencia (Asensi, 2008; DGVG, 2020; FRA, 2014; Hidalgo y Valdés 2014). Además, las víctimas permanecen en la relación durante un largo periodo de tiempo (Amor et al., 2002; Fernández-González, et al., 2017) y las mujeres han intentado dejar a su pareja agresora más de una vez (Krug et al., 2002). Asimismo, la mayoría de las mujeres han mantenido oculto el maltrato y solo una minoría ha denunciado a su agresor. Con respecto al agresor, éste reincide en el maltrato más de una vez (DGVG, 2020) y existe una relación entre consumo excesivo de alcohol en los agresores y aumento de la violencia (FRA, 2014).

Hipótesis 9: De acuerdo con la evidencia empírica existen motivos comunes que hacen permanecer a una mujer en una relación de malos tratos, entre los cuales están la dependencia emocional, el sistema de creencias irracionales, el miedo, la falta de apoyo económico, las preocupaciones por los hijos y el deseo de que la personas cambie (Aiquipa y Canción, 2020; Heise et al., 1999). Así como el enamoramiento y algunas creencias religiosas (Amor et al., 2006).

Con respecto al **objetivo específico 2.2.** *“Estudiar la influencia de las variables psicológicas evaluadas en la interposición de denuncias por VG”*, se desprende la siguiente hipótesis:

Hipótesis 10: Las mujeres víctimas que denuncian a su agresor presentarán una mayor incidencia de síntomas psicológicos.

Con respecto al **objetivo específico 2.3.:** *“Estudiar la influencia de las variables psicológicas evaluadas en el tipo de maltrato recibido”* se deriva la siguiente hipótesis.

Hipótesis 11. No se observa diferencia en cuanto a las secuelas psicológicas que deja un tipo u otro de maltrato (Amor et al., 2001; Daugherty et al., 2019; Echeburúa et al., 1997; García et al., 2020).

Con respecto al **objetivo específico 2.4.** *“Estudiar la influencia de las variables psicológicas evaluadas en la duración de los malos tratos”* se desprende la siguiente hipótesis:

Hipótesis. 12: A mayor duración de malos tratos más repercusiones psicológicas (Dillon et al., 2013; Ruiz-Pérez y Plazaola-Castaño, 2005), así como más apego inseguro, mayor comunicación sumisa y más estilo de afrontamiento evitativo.

CAPÍTULO II. MÉTODO

CAPÍTULO II. MÉTODO

2.1. Introducción

En el presente capítulo se describe, en primer lugar, el tipo de diseño que se ha utilizado en la investigación. Seguidamente, se detalla las características de la muestra y los instrumentos que se han utilizado para la obtención de los datos. En último lugar, se expone el procedimiento que se ha seguido para recoger la muestra y se mencionan los tipos de análisis estadísticos realizados.

2.2. Diseño

Se plantea un diseño correlacional-descriptivo de corte transversal donde se evalúa en un único momento temporal con dos grupos independientes (un grupo de mujeres que han recibido malos tratos por parte de su pareja o expareja en algún momento de su vida y un grupo de comparación de mujeres que no han recibido VG). En este sentido, se ha evaluado a estos dos grupos en una serie de variables psicológicas como son factores de vulnerabilidad, el tipo de apego, tipos de comunicación, estilos de afrontamiento, síntomas disociativos, síntomas de estrés postraumático, trastornos de personalidad y síntomas psicopatológicos, para posteriormente realizar comparaciones entre los dos grupos. Asimismo, se explora en las mujeres víctimas la historia de la conducta violenta y los motivos por los que permanecen en la situación de malos tratos.

2.3. Descripción de la muestra

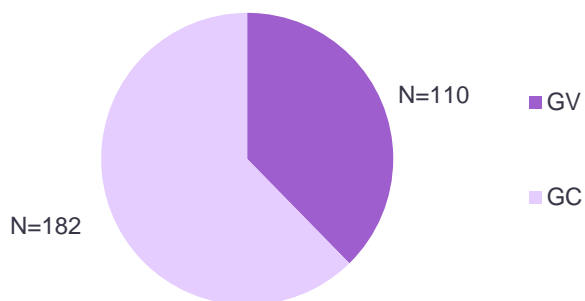
La muestra total está formada por 292 mujeres de edades comprendidas entre 18 y 71 años. La recogida de la muestra se ha realizado a través de asociaciones contra la VG, a través de mujeres que han acudido a terapia psicológica que han sido víctimas de VG y a través de las redes sociales.

La muestra se ha estructurado en dos grupos:

- **Grupo 1:** Grupo criterio de mujeres que han sido víctimas de VG (GV). Este grupo está compuesto por 110 mujeres adultas que han sido objeto de algún tipo de maltrato físico, psíquico o sexual, por su pareja o expareja.
- **Grupo 2:** Grupo control o comparación (GC). Este grupo está compuesto por 182 mujeres que nunca han sido víctimas de VG (ver Figura 6).

Figura 6

Distribución de la Muestra



Los criterios de inclusión para participar en el estudio como parte del grupo de mujeres víctimas de VG han sido mujeres mayores de edad que han sido víctimas de VG por parte de su pareja o expareja en algún momento de su vida.

Los criterios de inclusión para participar en el presente estudio como parte del grupo control han sido mujeres mayores de edad que nunca han sido víctimas de VG por parte de su pareja o expareja.

Las mujeres del GV, han sido contactadas a través de asociaciones de VG, a través de consultas privadas de psicología y a través de redes sociales. La muestra del GC se ha recogido a través a través de redes sociales. Todas las mujeres aceptaron participar de forma voluntaria

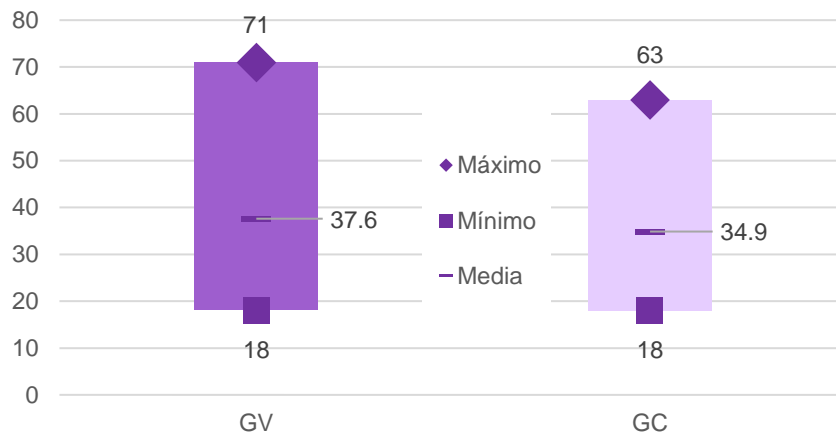
en el estudio tras informarles sobre el objeto de la investigación. En el Anexo I se adjunta una copia del consentimiento informado.

2.3.1. Características sociodemográficas

A continuación, en la Figura 7 se expone la distribución de la muestra en función de la edad.

Figura 7

Distribución de la Muestra en Función de la Edad

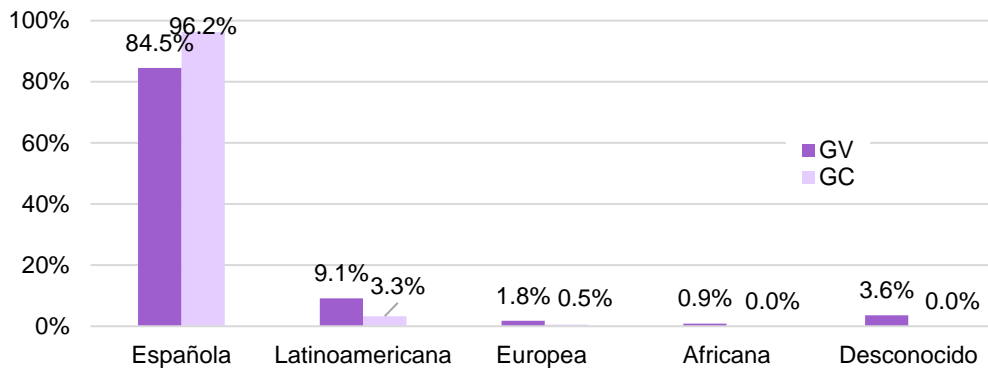


En cuanto a la edad de la muestra se sitúa entre los 18 y 71 años, con una media de edad de 35,92 años y una desviación típica de 11,10 años. La edad de las GV se sitúa entre los 18 y 71 años, la media es de 37,61 y la desviación típica de 10,60. La edad en las GC se sitúa entre los 18 y 63 años, la media de 34,87 y la desviación típica de 11,31. La diferencia de medias entre ambos grupos es significativa ($t=-2,06^*$), es decir se observa una diferencia en la edad en ambos grupos, siendo mayor la edad del grupo GV.

Seguidamente, en la Figura 8 se observa la distribución de la muestra en función de su nacionalidad.

Figura 8

Distribución de la Muestra en Función de la Nacionalidad

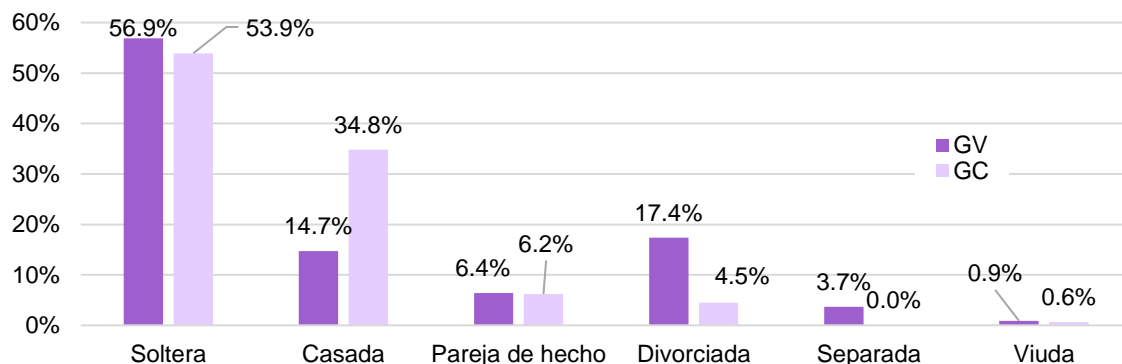


Como se puede observar en ambos grupos, el porcentaje mayor son mujeres de nacionalidad española, no observándose diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en relación con la nacionalidad. En este sentido, en las GV, un 84,5% (N=93) son mujeres españolas, un 9,1% (N=10) son mujeres latinoamericanas, un 1,8% (N=2) son mujeres de otros países europeos distintos de España y un 0,9% (N=1) son mujeres con nacionalidad africana y un 3,6% (N=4) no se conoce la nacionalidad. En el GC, un 96,2% (N=175) son mujeres españolas, un 3,3% (N=6) son mujeres latinoamericanas y un 0,5% (N=1) son mujeres procedentes de otros países europeos distintos de España.

A continuación, en la Figura 9 se indica la distribución de la muestra en función del estado civil.

Figura 9

Distribución de la Muestra según del Estado Civil

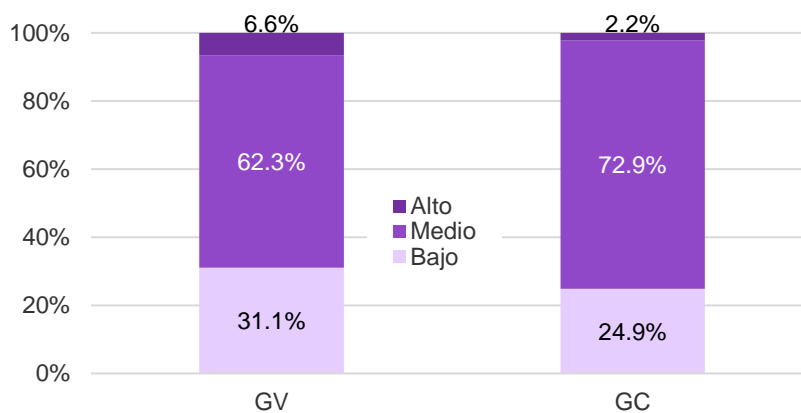


Por lo que se refiere al estado civil, las discrepancias entre los dos grupos son significativas ($Chi^2 = 28,90$; $p < .001$). En ambos grupos la mayoría de las mujeres se encuentran solteras. Se observa que, en las GV, el 56,9% (N=62) están solteras, el 14,7% (N=16) están casadas, el 6,4% (N=7) tienen pareja de hecho, el 17,4 (N=19) están divorciadas, el 3,7% (N=4) están separadas y el 0,9% (N=1) es viuda. Asimismo, en las mujeres del GC, el 53,9% (N=96) están solteras, el 34,8% (N=62) están casadas, el 6,2% (N=11) tienen pareja de hecho, el 4,5 (N=8) están divorciadas y el 0,6% (N=1) es viuda.

Seguidamente, en la Figura 10 se indica la distribución de la muestra en función del **nivel de ingresos**.

Figura 10

Distribución de la Muestra según el Nivel de Ingresos

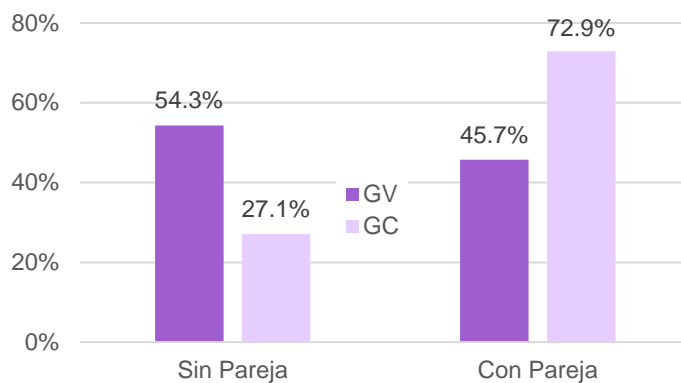


La mayoría de las mujeres de la muestra se encuentran dentro de un nivel medio, no observándose diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos. De este modo, en las GV, un 31,1% (N=33) de las mujeres considera que tiene un nivel de ingresos bajo, un 62,3% (N=66) considera que tiene un nivel de ingresos medio y un 6,6% (N=7) considera que tiene un nivel alto de ingresos. Por otro lado, en las GC, un 24,9% (N=45) tiene un nivel de ingresos bajo, un 72,9 % (N=132) consideran que tienen un nivel de ingresos medio y un 2,2% (N=4) consideran que tienen un nivel de ingresos alto.

Consecutivamente, en la Figura 11 se observa la distribución de la muestra en función de si las mujeres **tienen actualmente pareja**.

Figura 11

Distribución de la Muestra en Función de si Tienen Pareja

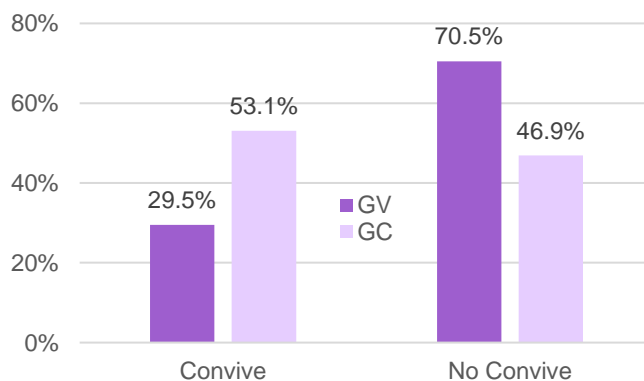


Con respecto a si actualmente tienen pareja las discrepancias entre los dos grupos son significativas ($\chi^2 = 20,81$; $p < .001$). En las mujeres del GV se observa que un 45,7% (N=48) si tienen pareja y un 54,3% (N=57) no tienen pareja. En las GC se observa que un 72,9% (N=129) si tienen pareja y un 27,1% (N=48) no tienen pareja.

Asimismo, en la Figura 12 se expone la distribución de la muestra en función de si **conviven con su pareja**.

Figura 12

Distribución de la Muestra en Función de si Convive con su Pareja

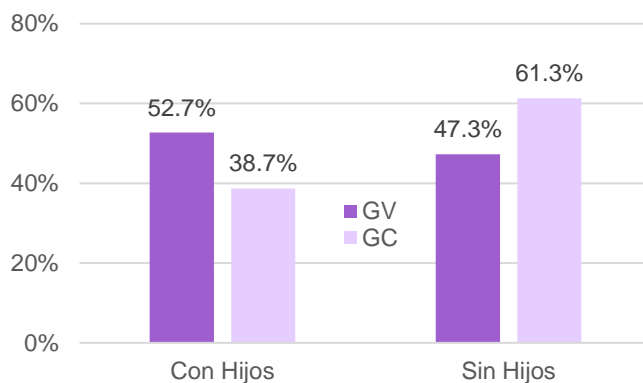


Se observan discrepancias significativas entre los dos grupos ($Chi^2 = 7,83$; $p < .01$). En el GV un 29,5% (N=13) de las mujeres del GV indican que conviven actualmente con su pareja y un 70,5% (N=31) indican que no. En las GC, un 53,1% (N=94) indican que si conviven y un 46,9% (N=83) indican que no lo hacen.

A continuación, en la Figura 13, se indica la distribución de la muestra en función de si tienen **hijos**.

Figura 13

Distribución de la Muestra en Función de si Tienen Hijos

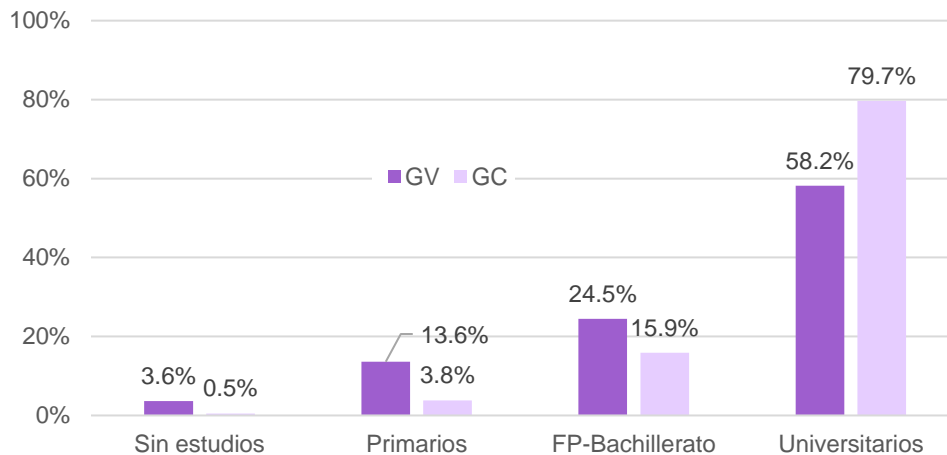


En relación con si tienen hijos, las discrepancias entre los dos grupos son significativas ($Chi^2 = 5,48$; $p < .05$). Existe una mayor proporción de mujeres víctima de VG que tienen hijos. En este sentido, un 52,7% (N=58) de las mujeres del GV señalan que si tienen hijos y un 47,3% (N=52) indican que no. En cambio, en las GC el 38,7% (N=70) indican que sí tienen hijos y el 61,3% (N=111) señalan que no tienen.

En la Figura 14 se observa distribución de la muestra respecto al **nivel de estudios** que tienen las entrevistadas.

Figura 14

Distribución de la Muestra según el Nivel de Estudios

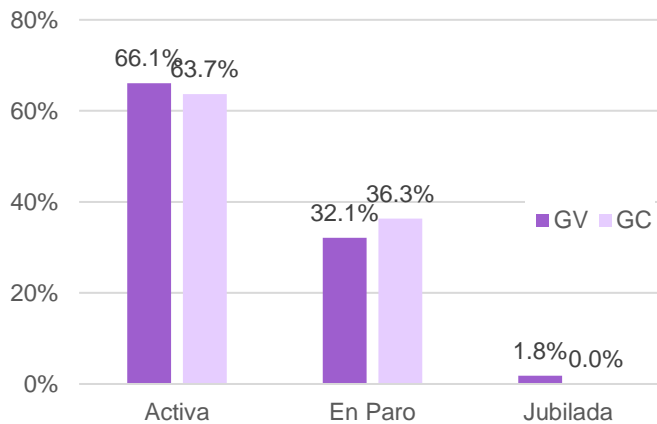


Con respecto al nivel de estudios, también, se observan discrepancias significativas entre los dos grupos ($Chi^2 = 19,61$; $p < .001$). Tal y como se observa, existe un mayor número de mujeres sin estudios en las mujeres del GV (3,3% vs 0,5%) y un mayor porcentaje de mujeres con estudios universitarios en las GC (79,7% vs 58,2%). De tal modo que, de las GV un 3,6% (N=4) no tiene estudios, un 13,6% (N=15) tiene estudios primarios, un 24,5% (N=27) tiene estudios de FP- Bachillerato y un 58,2% (N=64) tiene estudios universitarios. Con respecto a las del GC, informan que un 0,5% (N=1) no tiene estudios, un 3,8% (N=7) tiene estudios primarios, un 15,9% (N=29) tiene estudios de FP- Bachillerato y el 79,7% (N=145) tiene estudios universitarios.

En la Figura 15 se observa la distribución de la muestra en función de la **situación laboral** de las entrevistadas.

Figura 15

Distribución de la Muestra Según la Situación Laboral



En relación con la situación laboral, no aparecen discrepancias significativas, observándose que en ambos grupos la mayoría de las mujeres tienen empleo. En las mujeres del GV, un 66,1% (N=72) señalan que están en activo, un 32,1% (N=35) indican que están en paro y un 1,8% (N=2) señalan que están jubiladas. En las GC, un 63,7% (N=116) señalan que están en activo y un 36,3% (N=66) indican que están en paro.

Por último, en la Figura 16 y Figura 17 se observa la distribución del grupo GV en función del nivel de estudios y de la situación laboral de la pareja agresora.

Figura 16

Distribución del GV según el Nivel de Estudios del Maltratador

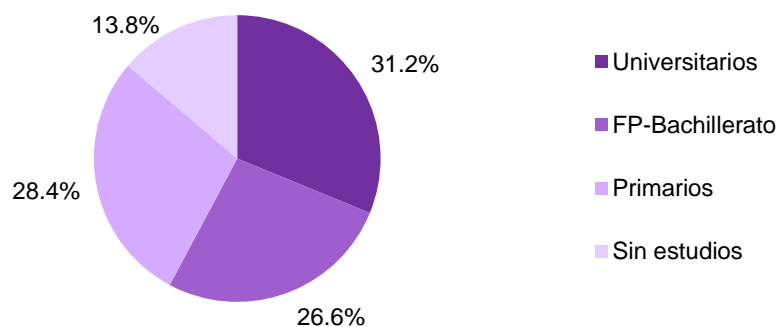
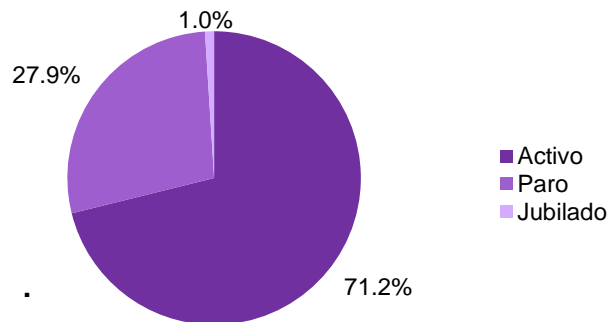


Figura 17

Distribución del GV según la Situación Laboral del Maltratador



En relación con el nivel de estudios de la pareja agresora, un 28,4% (N=31) de las GV señalan que su pareja tiene estudios primarios, un 26,6% (N=29) refiere que tiene estudios de FP-Bachillerato, un 31,2% (N=34) tiene estudios universitarios y un 13,8% (N=15) no tiene estudios.

Con respecto a la situación laboral de la pareja agresora de las GV, un 71,2% (N=74) de las mujeres indican que las parejas agresoras estaban en activo, un 1% (N=1) señala que estaba jubilado y un 27,9% (N=29) indican que se encuentran en paro.

2.4. Instrumentos de Evaluación

En la presente investigación se han utilizado los siguientes instrumentos:

2.4.1. Cuestionario de datos sociodemográficos, de salud e historia de maltrato

Para el estudio se elaboró un cuestionario donde se recogen datos sociodemográficos de toda la muestra y donde se evalúan los factores de riesgo en el GV relacionados los factores de vulnerabilidad de la mujer, con la historia de la conducta violenta, la percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer y circunstancias agravantes. Los factores de vulnerabilidad también se evaluaron en el GC. A continuación, se describen los subapartados del cuestionario:

-
- **Datos sociodemográficos.** La primera parte del cuestionario se dirige a la recogida de datos sociodemográficos de los dos grupos (estudio y control) donde se recoge información sobre variables como la edad, estado civil, nivel de ingresos, si tienen pareja, si conviven con pareja, si tienen hijos, nivel de estudios y actividad laboral. Asimismo, en el cuestionario también se recogen datos sobre el nivel de estudios de la pareja agresora y la situación laboral de ésta en el caso del GV.
 - **Factores de vulnerabilidad de la mujer.** En este apartado se ha evaluado factores de riesgo asociados a la vulnerabilidad de la mujer del GV y el GC, entre ellos la presencia de enfermedades físicas o psicológicas, la ingesta de fármacos, consumo de alcohol y/o drogas, si ha sufrido maltrato en su infancia o si su padre maltrató a su madre.
 - **Historia de la conducta violenta.** En esta parte del cuestionario se recogen datos relacionados con la historia de la conducta violenta del GV, entre ellos qué edad tenía la persona evaluada cuando conoció a su pareja agresora, qué edad tenía su pareja cuando se conocieron, tiempo que pasó desde que conoció a su pareja agresora y empezaron los malos tratos, tipo de maltrato recibido, duración del maltrato, frecuencia del maltrato, si su pareja agresora ha sido agresiva con otras personas o si su pareja ha tenido problemas legales.
 - **Percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer.** En este apartado se ha evaluado si alguna vez intentó hacer frente a su pareja agresora, si lo dejó alguna vez o más de una y si opina que el agresor sería capaz de matarla.
 - **Circunstancias agravantes.** En este apartado se ha evaluado factores de riesgo asociados a la perpetración de la violencia, entre ellos si la pareja agresora presenta enfermedades físicas o psíquicas, ingesta de psicofármacos, consumo de alcohol y/o drogas, tenencia de armas o si sufrió malos tratos en su infancia.

Se adjunta un ejemplar del cuestionario de datos sociodemográficos, de salud e historia de maltrato en el Anexo II.

2.4.2. Cuestionario de motivos por los que las mujeres permanecían en la relación de pareja a pesar del maltrato

Se ha utilizado un cuestionario de elaboración propia de 13 ítems en los que se pide a las mujeres que señalen diferentes motivos por los que permanecían en la relación de pareja, entre ellos: por la esperanza de que cambiará, por la dependencia emocional, porque estaba enamorada, por miedo al qué dirán, por el desconocimiento de sus derechos, por sus hijos, por creencias religiosas o por la presión psicológica por parte del agresor.

Se adjunta un ejemplar del cuestionario de motivos por los que las mujeres permanecían en la relación de pareja a pesar del maltrato en el Anexo III.

2.4.3. Cuestionario de Apego Adulto (CAA)

Este cuestionario fue creado por Melero y Cantero (2008). Se trata de un instrumento elaborado y baremado con una muestra española. Está compuesto por 40 ítems de escala tipo Likert de 6 puntos, siendo 1= “Completamente en desacuerdo” y 6= “Completamente de acuerdo”. Ofrece información en cuatro escalas:

- *Escala 1:* baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo.
- *Escala 2:* resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad.
- *Escala 3:* expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones.
- *Escala 4:* autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

Este instrumento permite la clasificación de los sujetos en dos *clusters* (seguros/ inseguros) o en cuatro (temerosos, preocupados, seguros y alejados), según se combinen las cuatro escalas.

La consistencia interna del cuestionario oscila de 0.68 a 0.86 (Melero y Cantero, 2008).

Se adjunta un ejemplar del CAA en el Anexo IV.

2.4.4. Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA)

Creado por Carrasco (1996), evalúa cuatro tipos de estrategias de comunicación que cada miembro de una pareja puede tener para afrontar diversas situaciones problemáticas que se suelen dar de forma habitual en la convivencia (Carrasco, 1996). Consta de 40 preguntas con formato de respuesta tipo Likert de 6 puntos siendo 1= “Casi nunca” y 5= “Casi siempre” y mide 4 estrategias de comunicación: asertiva, agresiva, pasiva o inhibida y pasiva-agresiva. Recoge aspectos representativos de la vida de una pareja en temas generales como relaciones sexuales, manifestaciones de afecto o interés, comunicación, tiempo libre o tareas caseras.

Los comportamientos planteados en las diferentes situaciones son: ser ignorado en demandas o planteamientos respecto a temas concretos, enfrentarse a desacuerdos, demandar realización de tareas cuyo cumplimiento es desagradable o poco grato, ser criticado, ser insultado, menospreciado o ignorado. Estas situaciones se repiten a lo largo del cuestionario, cambiando el modo de enfrentarse a cada una de ellas.

El cuestionario se compone de la parte A, donde la persona se evalúa a sí misma respecto a su forma de comportarse ante situaciones de pareja conflictivas y la parte B, donde la persona tiene que evaluar cómo se comporta el otro miembro de la pareja ante situaciones conflictivas. En el presente estudio únicamente se ha utilizado la forma A. Se adjunta un ejemplar de este en el Anexo V.

La consistencia interna del cuestionario es de 0.89 para la forma A (García, 2016).

Diversos estudios informan de una buena fiabilidad, con valores de consistencia interna comprendidos entre 0,75 y 0,96, y de adecuada validez (Santos-Iglesias et al., 2009).

2.4.5. Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE)

El cuestionario COPE evalúa los estilos de afrontamiento ante los estresores en sus aspectos conductuales y cognitivos. Fue elaborado por Carver y Scheier (1985), consta de 13 escalas conceptualmente diferentes. Este cuestionario surge del planteamiento teórico que considera que el afrontamiento individual es una preferencia estable, más que una adaptación específica de manera que tanto los ítems como las escalas están basados teóricamente en el modelo de estrés de Lazarus y en el modelo de auto-regulación conductual de Carver y Scheier (Carver y Scheier, 1981; Carver y Scheier, 1985; Carver et al., 1989).

La adaptación utilizada en la presente investigación es la realizada por Crespo y Cruzado (1997). Consta de 60 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos siendo 1= “habitualmente no hago esto en absoluto” y 4= “Habitualmente hago esto mucho”. Los sujetos tienen que marcar la contestación que más se ajuste a su respuesta cuando se encuentren en una situación estresante, intentando contestar con la respuesta más generalizada a las situaciones de estrés.

La adaptación española concluyó en la emergencia de 15 factores primarios que en un análisis factorial posterior de segundo orden concluyó en 6 agrupaciones o factores:

- *Afrontamiento conductual centrado en el problema.* Este factor se refiere a la realización de actos directos para solucionar los problemas, tomando medidas adicionales y actuando ordenadamente paso a paso.

- *Afrontamiento cognitivo del problema.* Este factor abarca todos aquellos esfuerzos por ver el lado positivo de las situaciones problemáticas y el aprendizaje a través de esas experiencias difíciles.
- *Escape cognitivo.* Este factor hace referencia a la realización de actividades que distraigan y faciliten el olvido del problema (ver la televisión, soñar despierto, dormir más, volcarse en otras tareas relacionadas con los problemas).
- *Afrontamiento centrado en las emociones.* Este factor se refiere a sentimientos de gran angustia emocional, gran consciencia de las propias emociones, actitud de permanecer centrado en ellas y de expresarlas.
- *Escape conductual.* Este factor hace referencia a todas las conductas que implican la disminución de los esfuerzos por solucionar el problema.
- *Consumo de alcohol o drogas.* Este factor se refiere al consumo de alcohol o drogas con el fin de no pensar en las situaciones problemáticas

La fiabilidad de esta escala oscila entre $\alpha=.42$ y $\alpha=.89$ (Carver et al., 1989).

Se adjunta un ejemplar del Cuestionario COPE en el Anexo VI.

2.4.6. Escala de Experiencias Disociativas (DES)

La escala de experiencias disociativas (DES) fue elaborada por Carlson y Putnam (1993). Se trata de una medida de autoinforme que a través de 28 ítems evalúa sintomatología disociativa. Como sugieren los investigadores en relación con la primera versión (Bernstein y Putnam, 1986), la escala mide “perturbaciones en el sentido de la identidad, en la memoria, en la conciencia y en cogniciones y sentimientos de desrealización y despersonalización o fenómenos relacionados tales como el *deja vu* y la absorción”. A menudo los investigadores trabajan con la puntuación total en el cuestionario. A las personas que cumplimentan el

cuestionario se les solicita que indiquen con cuánta frecuencia han tenido cada una de las experiencias descritas en la escala. Estas calificaciones se registran en una escala de 0%-100%. La puntuación en el cuestionario total sería el promedio de los 28 ítems. Los investigadores sugieren un promedio del 30% como una puntuación de corte para identificar a aquellos individuos que presentan sintomatología disociativa.

Del cuestionario se extraen tres factores (Icarán et al., 1996):

- Factor 1 (Absorción- Desrealización): Este factor recoge las experiencias de la escala de contenido más patológico y es un indicador claro de disociación.
- Factor 2 (Amnesia). Este factor reúne experiencias de atención focalizada ya sea del pasado o del presente.
- Factor 3 (Despersonalización). Este factor reúne ítems en los que la persona experimenta sensaciones y acontecimientos que no encajan con su percepción de la realidad, que podrían encajar en procesos de despersonalización y desrealización.

La fiabilidad de esta escala test-retest oscila entre 0,78-0,93 y la consistencia interna es de 0,93 (Bernstein y Putnam, 1986; Carlson y Putnam, 1993; Icarán et., 1996).

Un ejemplar de la misma se encuentra en el apartado VII del Anexo.

2.4.7. Escala de Impacto del Estresor (EIE-R)

En esta investigación se ha utilizado la revisión presentada por Weiss y Marmar (1997). En la versión original, el instrumento constaba de dos escalas que evaluaban dos de los grupos de síntomas relacionados con el estrés postraumático, en términos de la teoría de Horowitz (1976), concretamente los síntomas intrusivos y de evitación relacionados con el suceso traumático. Posteriormente, el grupo de Weiss y Marmar (Marmar et al., 1996; Weis et al., 1995) añadió una subescala a la EIE para medir el grupo de síntomas de hiperactivación, identificando

el instrumento con las siglas EIE-R que ha sido descrita por Weiss (1996) y Weis y Marmar (1997), y cuya adaptación española es la que utilizaremos en la presente investigación. La traducción y adaptación al castellano de esta escala, ha sido llevada a cabo por Báguena et al. (2001).

El instrumento consta de 22 ítems, en el que a la persona se le pide que seleccione el suceso reciente más estresante de su vida y califique cada uno de los ítems (síntomas) en una escala con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos siendo 1= "Nunca" y 4="A menudo", de acuerdo a la frecuencia con la que le ocurrieron en los últimos 7 días. Evalúa síntomas de TEP: Intrusión, Evitación e Hiperactivación.

Los estudios de fiabilidad iniciales de la EIE-R se realizaron sobre dos muestras (Marmar et al., 1996; Weis et al., 1995). Para ambos estudios, Weiss y Marmar (1997) informan de diversos coeficientes de consistencia interna (Alpha de Cronbach). En el primer estudio para una muestra compuesta por 429 personas en la primera evaluación se alcanzaron unos valores de 0,87, 0,85 y 0,79 para las subescalas de intrusión, evitación e hiperactivación. Los mismos valores el segundo estudio (N= 197 personas) fueron respectivamente de 0,91, 0,84 y 0,90. En este estudio se ha utilizado la versión española de Báguena y et al., (2001) cuyas propiedades psicométricas muestran buenos índices de consistencia interna y fiabilidad test-retest. Estudios realizados con esta adaptación en víctimas de acoso laboral muestran unos indicadores excelentes para las diferentes subescalas: superiores a 0,90 en el caso de los síntomas de intrusión/ experimentación y de hiperactivación y alcanzando casi ese valor (0,88) en los de evitación (Báguena et al., 2006a).

Un ejemplar de esta se encuentra en el apartado VIII del Anexo.

2.4.8. Inventario de Síntomas (SCL-90-R)

Este inventario fue creado por Derogatis et al. (1977). En este trabajo se ha empleado la adaptación española realizada por González de Rivera et al. (2002). El inventario ha sido desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como de diagnóstico clínico. Es aplicable a personas entre 13 y 65 años.

Se trata de una escala autoaplicada que está constituida por 90 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos siendo 0= “Nada” y 4= “Mucho”. Mide malestar psicológico durante el pasado mes en términos de 9 dimensiones de síntomas primarios y de 3 índices globales. Las 9 dimensiones son las siguientes: somatización, obsesivo compulsivo, susceptibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

Respecto a los índices globales, el instrumento permite calcular tres indicadores: el índice de severidad global (que es la puntuación general que se tendrá en cuenta en esta investigación, además de las 9 dimensiones), el índice de malestar subjetivo de síntomas positivos, y el total de síntomas positivos. El primero recoge información, tanto sobre el número de manifestaciones de malestar psicológico que los individuos experimentan, como el nivel de intensidad de este malestar. El segundo representa una medida de intensidad y proporciona información sobre el estilo de malestar de la persona: si de forma habitual exagera el estrés o si, por el contrario, tiende a minimizarlo. El tercero refleja el número de síntomas que la persona tiene en cualquier grado, contribuyendo a la interpretación al dar cuenta de los síntomas que los individuos están experimentando de modo habitual.

El SCL-90-R incluye siete ítems que no se incorporan a las nueve dimensiones ya mencionadas pero que tienen relevancia clínica, dado que constituyen un claro referente de

Depresión Melancólica: 19: Poco apetito; 44: Problemas para dormir; 59: Pensamientos acerca de la muerte o el morir; 60: Comer en exceso; 64: Despertarse muy temprano; 66: Sueño intranquilo y 89: Sentimientos de culpa.

Existen estudios sobre su validez estructural y convergente, así como acerca de su consistencia interna y fiabilidad test-retest. La consistencia interna de las 9 dimensiones calculada, bien por el procedimiento de las dos mitades, bien mediante el alpha de Cronbach, da lugar a valores en la muestra clínica psiquiátrica española que se asemejan mucho a los descritos por Derogatis, con valores entre 0,81 y 0,90. Los coeficientes de consistencia interna indican que la homogeneidad de los ítems que conforman cada dimensión es muy alta, con elevada correlación entre ellos. Los valores de los coeficientes de fiabilidad como estabilidad temporal están entre 0,78 y 0,90 descritos por Derogatis, con un intervalo test-retest de una semana. Sin embargo, no se debe olvidar que, si el intervalo de tiempo es largo, la estabilidad será mucho menor, ya que hay una cierta oscilación natural de la sintomatología.

Un ejemplar de este se encuentra en el Anexo IX.

2.4.9. Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE)

Para medir los trastornos de personalidad de los sujetos, se ha utilizado una adaptación española del cuestionario asociado a la entrevista denominada *International Personality Disorder Examination*, IPDE (Loranger et al., 1997), a su vez, basada en una anterior (Loranger, 1988). Este instrumento fue elaborado con el propósito de identificar rasgos y conductas relevantes para la evaluación de los criterios de trastornos de personalidad, según el sistema de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, OMS, 1992).

El IPDE tiene asociado un cuestionario autoaplicado de screening, cuya utilización debe ser como herramienta previa de selección antes de realizar la entrevista y como instrumento de investigación. La versión utilizada para este estudio ha sido la traducida y elaborada por

Pelechano (De Miguel, 2000), cuyos 59 ítems miden los criterios del total de los 9 trastornos de personalidad en la versión de CIE-10, con un formato de respuesta de tipo dicotómico (verdadero o falso) y donde los sujetos describen su comportamiento durante los últimos 5 años. Si el sujeto cumple tres o más criterios en cada escala del trastorno, indicaría la posible presencia de un trastorno y la necesidad de realizar, en su caso, una entrevista posterior para asegurar el diagnóstico, de acuerdo con la CIE-10. Esta prueba nos proporciona información acerca de los posibles trastornos de personalidad que pueden estar presentes en los sujetos de la muestra.

En esta investigación utilizamos un enfoque dimensional, de acuerdo con la plantilla de corrección del cuestionario, y un enfoque categorial o clínico, si el sujeto cumple tres o más criterios en cada escala del trastorno. A continuación, se describen las áreas que examina cada factor, con el número de ítems que lo conforman y ejemplos de preguntas de cada área, respectivamente (De Miguel, 2000):

- **Paranoide (F0)**, que mide principalmente el área interpersonal, con 7 ítems. Ejemplo de ítems: *“Con frecuencia la gente se ríe de mí a mis espaldas”*, *“La mayoría de las personas son justas y honestas conmigo”*.
- **Esquizoide (F1)**, relacionado con el área del afecto y con las relaciones interpersonales, con ítems: *“Normalmente disfruto y exprimo las diversiones que da la vida”*, *“Prefiero actividades que pueda hacer yo solo/a”*.
- **Disocial (F2)**, mide las áreas de control de impulsos y relaciones interpersonales, con 7 ítems. Ejemplo de ítems: *“Normalmente me siento mal cuando hago daño o trato mal a alguien”*, *“He tenido amigos/as íntimos/as que lo han sido durante mucho tiempo”*.
- **Impulsivo (F3a)**, tienen marcadores de las áreas del afecto, yo y control de impulsos, con 5 ítems. Ejemplo de ítems: *“Suelo estar enfurruñado/a”*, *“Discuto incluso a gritos”*.

cuando los demás intentan impedirme hacer lo que quiero” o “Asumo riesgos y hago cosas temerarias”.

- **Límite (F3b)**, tienen marcadores de las áreas del afecto, yo, control de impulsos y relaciones interpersonales, con 5 ítems. Ejemplo de ítems: *“Llevo las cosas hasta el final para impedir que las personas me dejen”, “Puedo decidir qué tipo de persona quiero ser”, “He amenazado con suicidarme y me he causado lesiones a propósito”, “Me veo envuelto en relaciones muy intensas, pero no duran”.*
- **Histriónico (F4)**, mide las áreas del afecto y del yo, con 6 ítems. Ejemplo de ítems: *“Muestro mis sentimientos y así los ve todo el mundo”, “Prefiero ser el centro de atención de los demás”.*
- **Anancástico (F5)**, evalúa tres áreas: el trabajo, el yo y las relaciones interpersonales, con 8 ítems. Ejemplo de ítems: *“Me preocupo por los pequeños detalles”, “Soy una persona muy cauta” o “Normalmente intento que los demás hagan las cosas a mi manera”.*
- **Ansioso (F6)**, mide principalmente relaciones interpersonales, con 6 ítems. Ejemplo de ítems: *“Me siento torpe o fuera de lugar en las situaciones sociales”, “Me preocupa mucho no caerle bien a la gente”.*
- **Dependiente (F7)**, mide las áreas del afecto y del yo, con 6 ítems. Ejemplo de ítems: *“Normalmente me siento incómodo/a o indefenso/a cuando estoy solo/a”, “A menudo busco consejo o confirmación de las decisiones cotidianas”.*

El cuestionario original, tiene ítems redactados de forma directa. Tomando como referencia el factor de personalidad límite, nos serviría de ejemplo el ítem *“Me veo envuelto en relaciones muy intensas, pero no duran”*, pero también en sentido inverso, como *“Nunca he amenazado con suicidarme y tampoco me he causado lesiones a propósito”*. Por ello, hemos

cambiado algunas de las preguntas con doble negación a una redacción en positivo, para que los sujetos no confundan el sentido de verdadero o falso de sus respuestas. Así pues, el último ítem comentado quedaría *“He amenazado con suicidarme y me he causado lesiones a propósito”*.

Este cuestionario muestra un índice de fiabilidad interjueces alto ($\kappa=.73$), así como la fiabilidad test-retest de 0.87 (Blanchard y Brown, 1998; Segal y Coolidge, 1998). Otro estudio llevado a cabo por Fernández-Montalvo y Echeburúa (2004), determinaron la fiabilidad entre evaluadores obteniendo un índice de fiabilidad alto ($\kappa=.87$). En cuanto a la fiabilidad de las escalas obtenida mediante el α de Cronbach, sus valores oscilan entre $\alpha = .81$ $\alpha = .92$ (Lenzenweger, 1999; citado en Furnham et al., 2014) por lo que se consideran buenas las propiedades psicométricas de este instrumento.

Se puede consultar este cuestionario en el Anexo X.

2.5. Procedimiento seguido

Para llevar a cabo el presente trabajo se realizaron diferentes procedimientos a la hora de recopilar la muestra. En primer lugar, para la recogida de muestra del grupo GV se solicitó la participación de mujeres a través de diversas asociaciones dedicadas a la ayuda y protección de víctimas de VG. Asimismo, se invitó a que participaran mujeres que habían asistido a terapia psicológica y habían manifestado ser víctimas de VG y, por último, se solicitó la colaboración de mujeres que han sido víctimas de VG a través de las redes sociales. Con respecto al grupo GC, se solicitó su colaboración a través de las redes sociales.

La recogida de la muestra se realizó entre los meses de febrero de 2017 y febrero de 2021. Durante los tres primeros años de la recogida, ésta se realizó a través de cuestionarios impresos, lo que supuso gran dificultad para recopilar la muestra debido por una parte a la gran extensión de los cuestionarios y por otra, a la dificultad de acceder a mujeres víctimas de VG,

por lo que se decidió introducir las pruebas en formato online, lo que supuso un gran avance a la hora de finalizar la recopilación de toda la muestra.

Al inicio del pase de pruebas, se informó a todas las participantes del objeto de la investigación y de la confidencialidad con la que se tratarían sus datos. A las mujeres del grupo control no se les pasó la segunda parte de la entrevista específica para víctimas de VG. Todas las mujeres dieron y firmaron su consentimiento para participar en la presente investigación.

Hay que destacar que la recogida de la muestra de las mujeres víctimas de VG fue muy costosa debido a que la mayor parte de los centros y/o asociaciones a las que se les pidió colaboración se mostraron reticentes a la hora de participar alegando diferentes motivos entre ellos porque indicaban que ya realizaban sus propios estudios, porque indicaban que las mujeres se sentirían mal al tener que hacerles recordar de nuevo las situaciones vividas, por la confidencialidad de los datos o por la gran extensión de las pruebas, lo que conllevó a que algunas mujeres no terminaran de cumplimentar toda la batería de pruebas.

2.6. Análisis estadísticos realizados

Para llevar a cabo el presente estudio se ha utilizado el Programa IBM SPSS Statistics 26.0 y se han realizado los siguientes análisis estadísticos en concordancia con el tipo de diseño que se ha utilizado: análisis descriptivos (frecuencias de medias y porcentajes), cálculo de la fiabilidad o de la consistencia interna (Alfa de Cronbach), comparaciones de medias (t de student), prueba d de Cohen, análisis factorial, correlaciones bivariadas de Pearson, análisis discriminante y análisis de regresión.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1. Introducción

En este capítulo se describen los resultados obtenidos en la presente investigación estructurados en tres apartados con la finalidad de dar respuesta a los objetivos y a las hipótesis planteadas en este estudio.

En el primer apartado, se describen los resultados de las entrevistas de ambos grupos (GV y GC) correspondientes a los factores de vulnerabilidad.

En el segundo apartado, se realiza la comparación entre los dos grupos (GV y GC) con respecto a las variables estudiadas en la presente investigación y se exponen todos los resultados derivados de la comparación (análisis de fiabilidad, contraste de las medias, análisis factoriales, análisis correlacionales, análisis discriminantes y análisis de regresión).

Y, por último, en el tercer apartado se exponen los resultados específicos del grupo de mujeres víctimas de VG correspondientes a la historia de la conducta violenta, a la percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer, a las circunstancias agravantes y al cuestionario sobre motivos por los que las mujeres permanecían en la relación de malos tratos. Además, se exponen los resultados tras modular la muestra de mujeres víctimas de VG en función de si han denunciado a su agresor, en función del tipo de violencia que han recibido y en función de la duración de los malos tratos.

3.2. Datos descriptivos correspondientes a los factores de vulnerabilidad en ambos grupos (GV y GC)

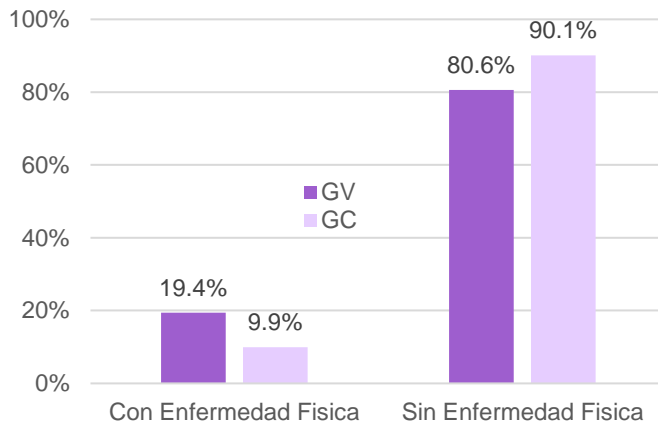
En este apartado se describen los resultados de los factores de vulnerabilidad obtenidos en ambos grupos. Asimismo, se presentan las frecuencias y las diferencias halladas mediante la prueba estadística Chi^2 . Los factores de vulnerabilidad evaluados han sido: la presencia de

enfermedad física, presencia de enfermedad mental, uso de psicofármacos, consumo de alcohol, consumo de drogas, maltrato en su infancia, tipo de maltrato recibido en su infancia, si su madre recibió malos tratos por parte de su padre, si su madre recibió malos tratos por parte de otras parejas, intentos de suicidio y si sus hijos son violentos con ellas.

A continuación, en la Figura 18 se expone la distribución de la muestra en función de si las mujeres de la muestra tienen alguna **enfermedad física**.

Figura 18

Distribución de la Muestra en Función de si Sufren Alguna Enfermedad Física

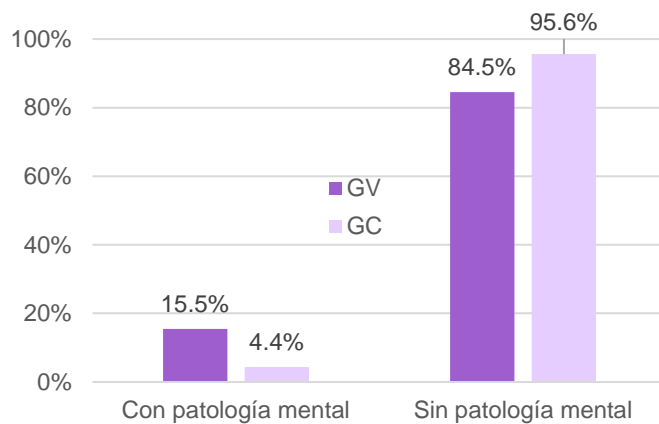


Con respecto a si tienen alguna enfermedad física, las discrepancias entre ambos grupos son significativas ($Chi^2 = 5,02$; $p < ,05$). Se observa un mayor número de mujeres con enfermedad física en el grupo de mujeres víctimas de VG que en el grupo control (19,4% vs 9,9%). En este sentido, un 19,4% de las mujeres del GV señalan que sí tienen enfermedad física y un 80,6% señalan que no. En las GC, un 9,9% indican que sí tienen enfermedad física y un 90,1% señalan que no tienen.

Seguidamente, en la Figura 19 se muestra la distribución de la muestra en función de si las mujeres de la muestra tienen alguna **patología mental**.

Figura 19

Distribución de la Muestra en Función de si Sufren Alguna Patología Mental

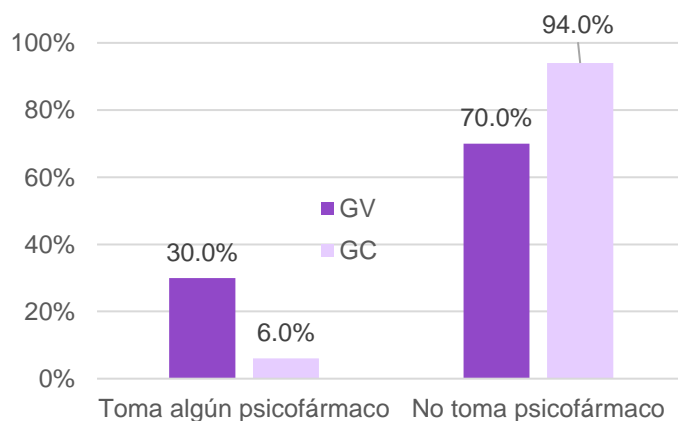


Como se puede observar, las discrepancias entre ambos grupos también son significativas ($Chi^2 = 10,71$; $p < ,01$). En este caso, se observa una mayor proporción de patología mental en las mujeres víctimas GV que en el grupo control (15,5% vs 4,4%). Por lo tanto, se observa un mayor porcentaje de mujeres del GC que no presentan patología mental que en las mujeres del GV (95,6% vs 84,5%).

A continuación, en la Figura 20 se muestra la distribución de la muestra en función de si **consumen psicofármacos**.

Figura 20

Distribución de la Muestra en Función de si Toman Algún Psicofármaco

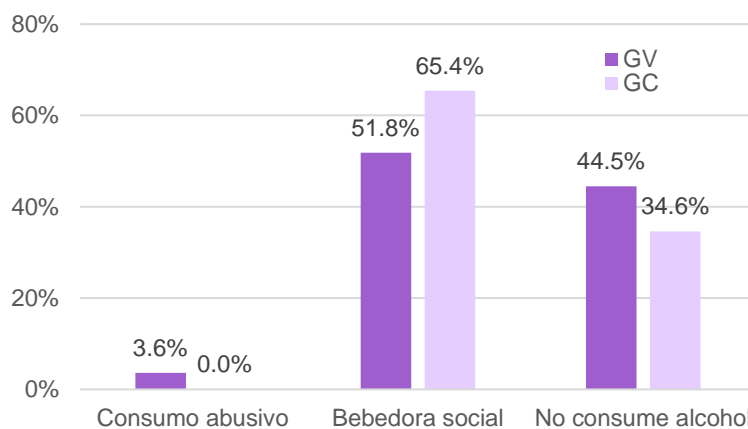


En relación con el consumo de psicofármacos, las discrepancias entre ambos grupos de mujeres también son significativas ($Chi^2 = 30,75$; $p <,001$). En este caso, se observa un mayor consumo de psicofármacos en las mujeres víctimas de VG que en las mujeres del grupo control (30% vs 6%) y una mayor ausencia de consumo de psicofármacos en las mujeres del GC que en las mujeres del GV (94% vs 70%).

A continuación, en la Figura 21, se expone la distribución de la muestra en función de la **ingesta de alcohol** que tienen las mujeres.

Figura 21

Distribución de la Muestra en Relación a la Ingesta de Alcohol

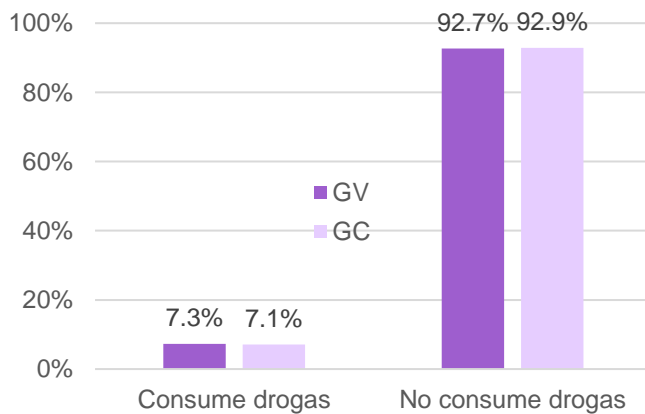


En relación con la ingesta de alcohol, se observa también discrepancias significativas entre ambos grupos ($Chi^2 = 10,47$; $p <,01$). Un 44,5% de las mujeres del GV señalan que no consumen alcohol, un 51,8% indican que son bebedoras sociales y un 3,6% tienen un consumo abusivo. En las GC, un 34,6% no bebe alcohol y un 65,4% son bebedoras sociales. De este modo, se observa un mayor consumo abusivo en las víctimas de VG.

Seguidamente, en la Figura 22, se expone la distribución de la muestra en función de si las mujeres **consumen drogas**.

Figura 22

Distribución de la Muestra en Función de si Toman Algún Tipo de Drogas

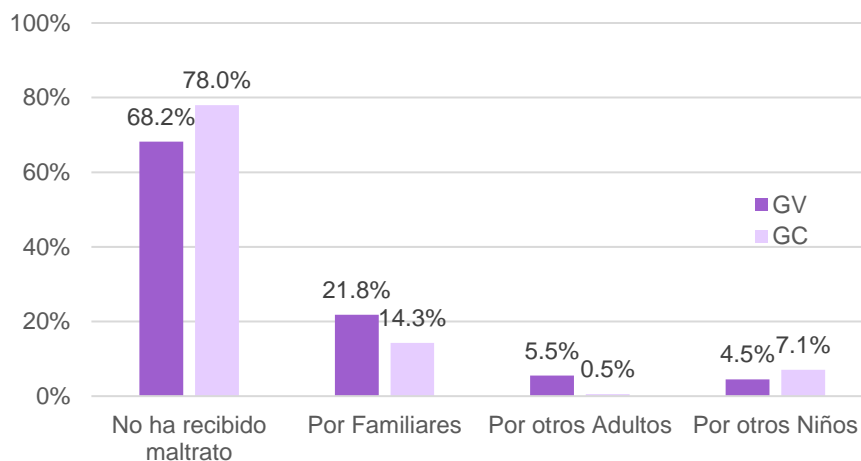


Tal y como se observa, un 7,3% de las GV indican que son consumidoras sociales de drogas y un 92,7% señalan que no consumen. En las GC, un 7,1% son consumidoras sociales y un 92,9% señalan que no consumen. En este caso, las diferencias encontradas no son significativas.

Consecutivamente, en la Figura 23, se indica la distribución de la muestra en función de si las mujeres han sufrido **maltrato en su infancia**.

Figura 23

Distribución de la Muestra Respecto a si Han Sufrido Malos Tratos en la Infancia

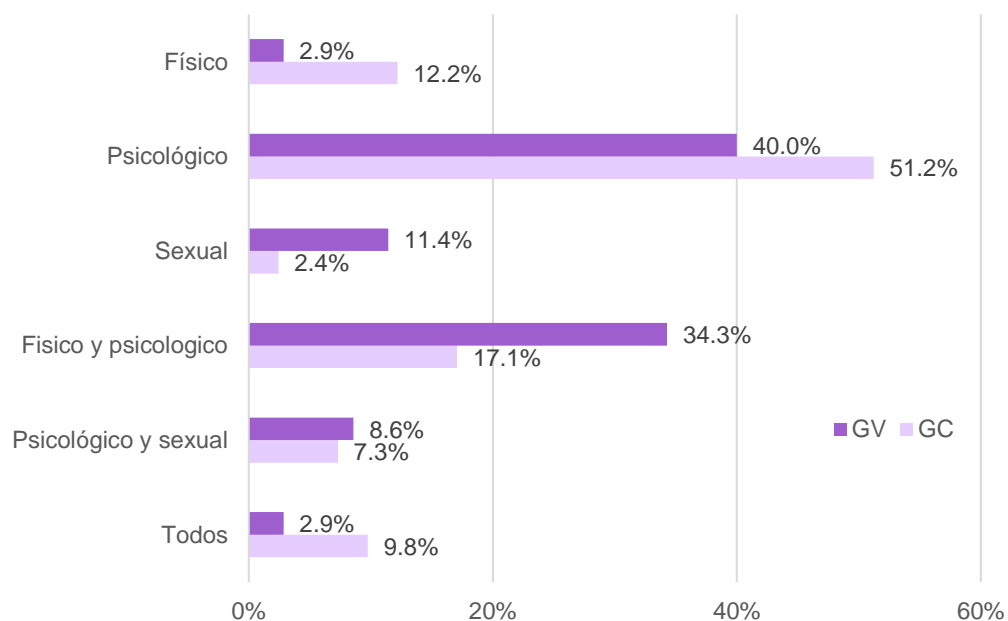


Con respecto a si han sufrido maltrato en su infancia, las discrepancias entre ambos grupos son significativas ($Chi^2 = 10,80; p <,05$). Existe una mayor proporción de mujeres víctimas VG que han sufrido malos tratos en su infancia. Tal y como se observa en la Figura 23, en las mujeres del GV un 21,8% indican que han sufrido malos tratos por parte de familiares, un 5,5% señalan que lo han sufrido por parte de otros adultos, un 4,5% manifiestan que lo han sufrido por parte de otros niños y un 68,2% de las mujeres señalan que nunca han sufrido malos tratos en su infancia. En las GC un 14,3% indican que han sufrido malos tratos por parte de familiares, un 0,5% indican que lo han sufrido por parte de otros adultos, un 7,1% por parte de otros niños y un 78% de las mujeres de este grupo señalan que nunca han recibido malos tratos en su infancia.

A continuación, en la Figura 24 se expone la distribución de la muestra en función del **tipo de maltrato sufrido en su infancia.**

Figura 24

Distribución de la Muestra de las Mujeres que Han Recibido Malos Tratos en la Infancia en Función del Tipo de Maltrato Recibido

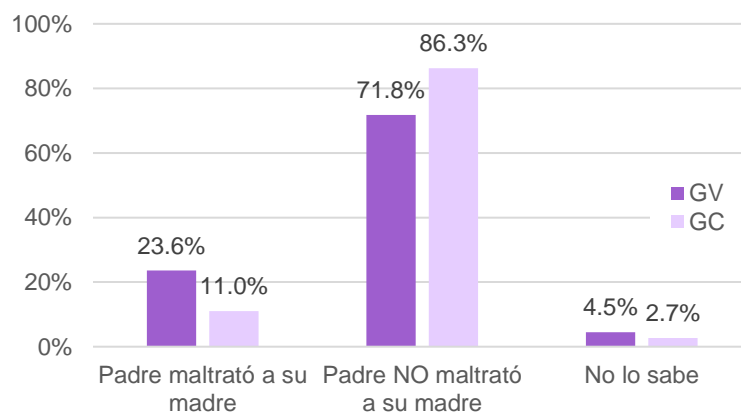


Tal y como se observa, de las mujeres GV que informan haber recibido malos tratos en su infancia un 2,9% ha recibido malos tratos físicos, un 40% ha recibido malos tratos psicológicos, un 11,4% ha recibido malos tratos de tipo sexual, un 34,3% han sufrido malos tratos físicos y psicológicos, un 8,6% han sufrido malos tratos psicológico y sexual y un 2,9% han recibido los tres tipos de maltrato. En las GC, un 12,2% de las mujeres señalan que en su infancia han sufrido malos tratos físicos, un 51,2% señalan malos tratos psicológicos, un 2,4% indica que ha sufrido malos tratos de tipo sexual, un 17,1% señalan que ha sufrido malos tratos de tipo físico y psicológico, un 7,3% indican que ha sufrido malos tratos psicológicos y sexuales, y un 9,8% indican que ha sufrido los tres tipos de maltrato. En este caso, las discrepancias encontradas entre ambos grupos no son significativas

A continuación, en la Figura 25, se expone la distribución de la muestra en función de si **su padre maltrataba a su madre.**

Figura 25

Distribución de la Muestra Respecto a si su Padre Maltrataba a su Madre



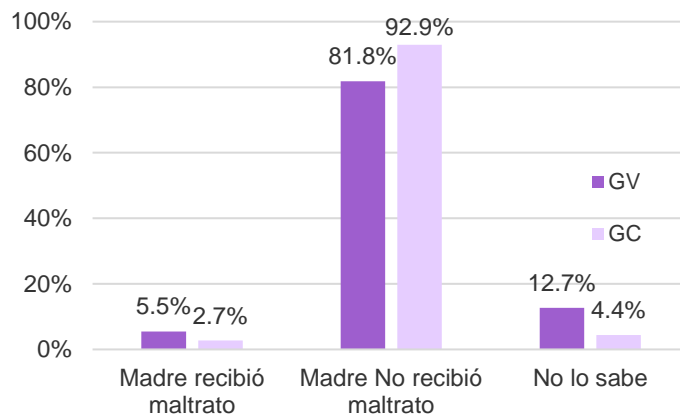
Con respecto a si su padre maltrataba a su madre, las discrepancias entre ambos grupos son significativas ($Chi^2 = 9,38; p <,01$). Tal y como se observa, en las mujeres del GV, un 23,6% refieren que su padre maltrataba a su madre, un 71,8% refieren que no y un 4,5% indican que no lo saben. En las GC, un 11% de las mujeres indican que su padre maltrataba a

su madre, un 86,3% refieren que no y un 2,7% señalan que no lo saben. De este modo, se observa que en el grupo de mujeres víctimas de VG hay un mayor número de mujeres en las que sus madres recibieron maltrato por parte de sus padres.

En la Figura 26 se expone la distribución de la muestra en función de si **su madre recibió maltrato por parte de otras parejas**.

Figura 26

Distribución de la Muestra Respecto a si su Madre Recibió Maltrato por Parte de Otras Parejas

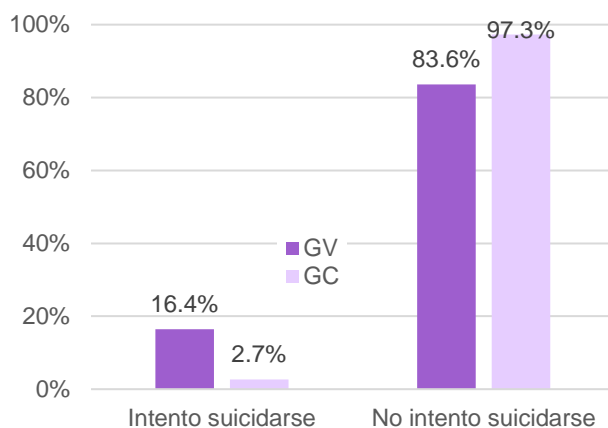


Con relación a si su madre recibió malos tratos por parte de otras parejas distintas a su padre, las discrepancias entre ambos grupos también son significativas ($Chi^2 = 8,59; p <,05$). Observándose que, en las GV existe una mayor proporción de mujeres que sus madres recibieron malos tratos por parte de otras parejas que en el grupo control (5,5% vs 2,7%). De este modo, en las GV, un 5,5% señalan que su madre recibió malos tratos por parte de otras parejas, un 81,8% indican que no y un 12,7% señalan que no lo saben. En las GC, un 2,7% de las mujeres señalan que su madre sí recibió malos tratos por parte de otras parejas, un 92,9% indican que no y un 4,4% señalan que no lo saben.

A continuación, en la Figura 27 se indica la distribución de la muestra en función de si las mujeres han tenido **intentos de suicidio**.

Figura 27

Distribución de la Muestra en Relación a si Tuvo Intentos de Suicidio

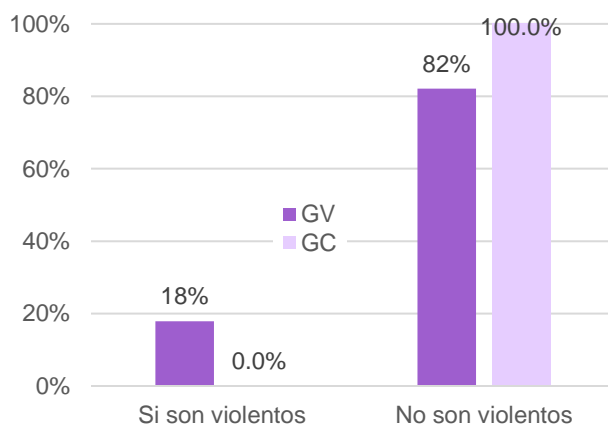


Con respecto a si las mujeres de la muestra han tenido intentos de suicidio, se observan discrepancias significativas entre ambos grupos ($Chi^2 = 17,52; p <,001$). En este caso, tal y como se observa en la Figura 27, existe un mayor porcentaje de mujeres en el grupo GV que han tenido intentos de suicidio (16,4%) cuando se compara con el grupo control (2,7%). Por otro lado, el 83,6% de las GV y el 97,3% de las GC informan que nunca han tenido intentos de suicidio.

En la Figura 28 se indica la distribución de la muestra en función de si **sus hijos son violentos con ellas**.

Figura 28

Distribución de la Muestra Respecto a si sus Hijos son Violentos con Ellas



Con respecto a **si sus hijos son violentos con ellas**, también se observan discrepancias significativas entre ambos grupos ($Chi^2 = 19,41$; $p <,001$). De las mujeres del GV que tienen hijos, un 18% señalan que sus hijos son violentos con ellas y un 82% indican que no. En cambio, en las GC, de las mujeres que tienen hijos ninguna mujer refiere que sus hijos son violentos con ellas (ver Figura 28).

En suma, tras el **análisis de la frecuencia de los Factores de Vulnerabilidad** mediante la prueba estadística Chi-cuadrado los resultados indican que existen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en 9 de los 11 factores, en concreto en la presencia de enfermedad física ($Chi^2 = 5,02$; $p <,05$), enfermedad mental ($Chi^2 = 10,71$; $p <,01$), uso de psicofármacos ($Chi^2 = 30,75$; $p <,001$), consumo abusivo de alcohol ($Chi^2 = 10,47$; $p <,01$), maltrato en su infancia ($Chi^2 = 10,80$; $p <,05$), su madre recibió malos tratos por parte de su padre ($Chi^2 = 9,38$; $p <,01$), su madre recibió malos tratos por parte de otras parejas ($Chi^2 = 8,59$; $p <,05$), intentos de suicidio ($Chi^2 = 17,52$; $p <,001$) y si sus hijos son violentos con ellas ($Chi^2 = 19,41$; $p <,001$). No encontrándose diferencias estadísticamente significativas en cuanto al consumo de drogas y al tipo de maltrato recibido en su infancia. Estos datos revelan que en las mujeres del grupo GV se observa la presencia de más Factores de Vulnerabilidad.

Tras sumar todos los factores significativos de este apartado se ha obtenido un índice que se ha denominado **Índice de Vulnerabilidad (IV)** al maltrato que será utilizado para posteriores análisis.

3.3. Comparación de las variables estudiadas en la presente investigación entre el grupo de mujeres víctimas de VG y el grupo control

3.3.1. Análisis de la consistencia interna de las variables evaluadas

En este apartado presentan los índices de fiabilidad de las variables evaluadas en la presente investigación con la finalidad de observar la consistencia interna de cada una de ellas. La fiabilidad ha sido medida con el coeficiente Alfa de Cronbach.

Los índices de fiabilidad de los tipos de apego evaluados por el **Cuestionario de Apego Adulto (CAA)** se exponen en la Tabla 3.

Tabla 3

Consistencia Interna del Tipo de Apego Evaluados por el CAA: GV (N=110) y GC (N=182)

	Nº Ítems	Muestra Total α	GV α	GC α
CAA				
Baja autoestima	13	.89	.86	.89
Resolución hostil	11	.76	.75	.77
Expresión de sentimientos	9	.75	.74	.77
Autosuficiencia emocional	7	.71	.63	.76

Nota. CAA= Cuestionario de apego adulto; Baja autoestima= Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Resolución hostil= Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Expresión de sentimientos= expresión de sentimientos y comodidad en las relaciones; Autosuficiencia emocional= autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad. Se ha omitido el cero. La coma decimal ha sido sustituida por un punto, α = Alfa de Cronbach.

Como puede apreciarse en la Tabla 3 los índices de consistencia obtenidos en la muestra total en las variables *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo*, *resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad*, *expresión de sentimientos-comodidad en las relaciones*

y *autosuficiencia emocional-incomodad con la intimidad* son aceptables, oscilando entre $\alpha=.71$ y $\alpha=.89$.

Si se compara la fiabilidad obtenida por ambos grupos en cada variable se aprecia que en GV la escala *autosuficiencia emocional-incomodad con la intimidad* tiene un índice de consistencia más bajo ($\alpha=.63$), no alcanzando una adecuada validez.

Seguidamente, en la Tabla 4 se indican los índices de fiabilidad encontrados para los tipos de comunicación evaluados por el **Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA)**.

Tabla 4

Consistencia Interna del Estilo de Comunicación evaluado por el ASPA: GV (N=110) y GC (N=182)

	Nº Ítems	Muestra Total α	GV α	GC α
ASPA				
Asertividad	10	.87	.87	.87
Agresión	10	.85	.86	.85
Sumisión	10	.85	.83	.83
Agresión pasiva	10	.89	.88	.88

Nota. ASPA= Cuestionario de aserción en la pareja. Se ha omitido el cero. La coma decimal ha sido sustituida por un punto, α = Alfa de Cronbach.

La muestra total presenta buenos niveles de fiabilidad en las cuatro subescalas del instrumento (*asertividad, agresión, sumisión y agresión pasiva*), con coeficientes α que oscilan entre $\alpha=.85$ y $\alpha=.89$. Con respecto a los índices de fiabilidad en cada una de las escalas de ASPA para cada grupo son muy similares oscilando entre $\alpha=.83$ y $\alpha=.88$.

A continuación, en la Tabla 5 se exponen los índices de fiabilidad para los distintos factores evaluados por el **Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE)**.

Tabla 5

Consistencia Interna del Tipo de Afrontamiento Evaluado por el COPE: GV (N=110) y GC (N=182)

	Nº Ítems	Muestra Total α	GV α	GC α
COPE				
Afrontamiento conductual centrado en el problema	11	.75	.78	.73
Afrontamiento cognitivo del problema	15	.80	.80	.80
Escape cognitivo	11	.74	.70	.74
Afrontamiento centrado en las emociones	12	.87	.84	.88
Escape conductual	7	.26	.33	.21
Consumo de drogas	4	.92	.94	.90

Nota. COPE= Cuestionario de estilos de afrontamiento. Se ha omitido el cero. La coma decimal ha sido sustituida por un punto, α = Alfa de Cronbach.

Los resultados expuestos en la Tabla 5 indican que para la muestra total la escala COPE presenta buenos niveles de fiabilidad en los diferentes estilos de afrontamiento (*afrontamiento conductual, afrontamiento cognitivo, escape cognitivo, afrontamiento centrado en las emociones y consumo de drogas*), con coeficientes α que oscilan entre $\alpha=.74$ y $\alpha=.92$. En el caso de la subescala consumo de drogas obtiene un nivel de consistencia interna muy alto de $\alpha=.92$. En la subescala de escape conductual se ha obtenido un nivel de fiabilidad muy bajo de $\alpha=.26$, por lo que esta variable ha sido eliminada de los análisis posteriores.

Con respecto a los índices de fiabilidad en cada una de las escalas del COPE para cada grupo son muy similares oscilando en todas las dimensiones entre $\alpha=.73$ y $\alpha=.94$ excepto en la de escape conductual que oscila entre $\alpha=.21$ y $\alpha=.33$.

A continuación, en la Tabla 6 se presentan los índices de fiabilidad para los distintos factores evaluados por la **Escala de Experiencias Disociativas (DES)**.

Tabla 6

Consistencia Interna de los Factores Evaluados por la DES: GV (N=110) y GC (N=182)

	Nº Ítems	Muestra Total α	GV α	GC α
DES				
Factor 1	16	.91	.92	.91
Factor 2	4	.40	.45	.35
Factor 3	6	.77	.76	.78
Puntuación Total	28	.93	.93	.93

Nota. DES= Escala de experiencias disociativas. Variables: Factor 1= Absorción-Desrealización; Factor 2= Amnesia; Factor 3= Despersonalización; Se ha omitido el cero. La coma decimal ha sido sustituida por un punto, α = Alfa de Cronbach.

Como puede observarse, los índices de consistencia de la muestra total son aceptables en el factor 1, en el factor, 3 y en la puntuación total ($\alpha=.77$ y $\alpha=.93$), excepto en el factor 2 ($\alpha=.40$). Si se compara los índices de consistencia interna en los grupos, éstos son muy similares al de la muestra total, siendo aceptable en el factor 1, en el factor 3 y en la puntuación total ($\alpha=.76$ y $\alpha=.93$) y bajo para el factor 2 ($\alpha=.35$ y $\alpha=.45$).

Seguidamente, en la Tabla 7 se presenta la fiabilidad de los síntomas evaluados por la **Escala de Impacto de Estresor (EIE-R)**.

Tabla 7

Consistencia Interna de los Síntomas Evaluados por la EIE-R: GV (N=110) y GC (N=182)

	Nº Ítems	Muestra Total α	GV α	GC α
EIE-R				
Intrusión	7	.91	.92	.90
Evitación	8	.87	.86	.86
Hiperactivación	7	.90	.91	.88
Puntuación Total	22	.96	.96	.95

Nota. EIE-R= escala de impacto del estresor. Se ha omitido el cero. La coma decimal ha sido sustituida por un punto, α = Alfa de Cronbach.

Tal y como se observa, la muestra total presenta buenos niveles de fiabilidad en las subescalas (*intrusión, evitación, hiperactivación*) y en la puntuación total, con coeficientes α que oscilan entre $\alpha=.87$ y $\alpha=.96$.

Con respecto a los índices de fiabilidad en cada una de las escalas de la EIE para cada grupo son muy similares oscilando entre $\alpha=.86$ y $\alpha=.96$, obtenido el GV mejores índices de fiabilidad excepto en la subescala de evitación que obtienen el mismo índice ($\alpha=.86$).

Por último, en la Tabla 8 , en la se muestra los índices de fiabilidad de los síntomas evaluados por el **Inventario SCL-90-R**.

Tabla 8

Consistencia Interna de los Síntomas Evaluados por el SCL-90-R: GV (N=110) y GC (N=182)

	Nº Ítems	Muestra Total α	GV α	GC α
SCL-90-R				
Somatización	12	.91	.92	.88
Obsesión/Compulsión	10	.90	.90	.89
Susceptibilidad	9	.87	.85	.88
Depresión	13	.94	.92	.94
Ansiedad	10	.92	.93	.89
Hostilidad	6	.76	.75	.74
Ansiedad fóbica	7	.85	.88	.77
Ideación paranoide	6	.79	.77	.79
Psicoticismo	10	.81	.80	.79
Depresión melancólica	7	.77	.70	.79
Índice de Gravedad Global IGG	90	.98	.98	.98

Nota. SCL-90-R= Inventario de síntomas. Se ha omitido el cero. La coma decimal ha sido sustituida por un punto, α = Alfa de Cronbach.

Los resultados expuestos indican que para la muestra total, el cuestionario SCL-90-R presenta buenos niveles de fiabilidad en las diferentes variables (*somatización,*

obsesión/compulsión, susceptibilidad, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, depresión melancólica, Índice de Gravedad Global IGG), con coeficientes α que oscilan entre $\alpha=.81$ y $\alpha=.98$. En el caso de la variable IGG obtiene un nivel de consistencia interna muy alta de $\alpha=.98$.

Con respecto a los índices de fiabilidad en cada una de las variables del SCL-90 para cada grupo son muy similares oscilando en todas las dimensiones entre $\alpha=.70$ y $\alpha=.98$, siendo la variable *IGG* con más índice de consistencia en ambos grupos ($\alpha=.98$).

3.3.2. Comparación de medias

En este apartado se exponen los contrastes de las medias de ambos grupos, con el objetivo de observar las diferencias entre el grupo de mujeres que han sido víctimas de malos tratos (GV) y el grupo control (GC) en las variables analizadas en la presente investigación. Para la comparación de los valores promedios se ha utilizado la prueba t-Student para dos muestras independientes. Asimismo, se mide el tamaño de efecto utilizando el estadístico *d* de Cohen.

3.3.2.1. Tipo de apego

Seguidamente, en la Tabla 9 se muestran los contrastes de medias entre ambos grupos en los diferentes tipos de apego evaluados por el cuestionario de apego adulto (CAA).

Tabla 9

Contraste de Medias de los Tipos de Apego Evaluados por el CAA: GV (N=110) y GC (N=182)

	GV (N=110)		GC (N=182)		t	d
	M	DT	M	DT		
CAA						
Baja autoestima	41,65	13,09	36,31	12,00	3,49***	,43
Resolución hostil	26,26	8,55	27,21	7,70	-,95	
Expresión de sentimientos	41,45	7,31	42,76	6,28	-1,56	
Autosuficiencia emocional	18,61	6,11	17,25	5,85	1,88	

Nota. CAA= Cuestionario de apego adulto; Baja autoestima= Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Resolución hostil= Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Expresión de sentimientos= expresión de sentimientos y comodidad en las relaciones; Autosuficiencia emocional= autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d=d de Cohen.

***= $p < ,001$.

Los resultados obtenidos con la t de student, indican diferencias significativas entre los dos grupos en una de las cuatro escalas. El grupo GV ha obtenido estadísticamente puntuaciones más elevadas respecto al GC en la escala *baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo* ($t=3,49$; $p < ,001$), con un tamaño del efecto pequeño ($d=,43$).

No obstante, en el resto de las subescalas no se han obtenido diferencias significativas: *resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad* ($t=-,95$; $p > ,05$), *expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones* ($t=-1,56$; $p > ,05$) y *autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad* ($t=1,88$; $p > ,05$).

Estos resultados indican que el grupo de mujeres víctimas de VG presentan más baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo cuando se las compara con el grupo control, siendo lógico este resultado debido al maltrato padecido.

3.3.2.2. Estilos de comunicación

Los datos que se exponen en la Tabla 10 muestran los contrastes de medias de los diferentes estilos de comunicación evaluados mediante el cuestionario de aserción en la pareja (ASPA) al comparar ambos grupos (GV y GC).

Tabla 10

Contraste de Medias en Estilos de Comunicación Evaluados por el ASPA: GV (N=110) y GC (N=182)

	GV (N=110)		GC (N=182)		t	d
	M	DT	M	DT		
ASPA						
Asertividad	44,46	10,70	46,30	9,14	-1,50	
Agresión	17,19	7,70	16,67	6,49	,59	
Sumisión	25,71	10,41	18,74	7,00	6,22***	,80
Agresión pasiva	24,01	10,91	20,24	8,50	3,10**	,39

Nota. ASPA= Cuestionario de aserción en la pareja; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d= d de Cohen.

** = $p < ,01$, *** = $p < ,001$.

Cuando se lleva a cabo la prueba t de student sólo aparecen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en la escala *sumisión* ($t=6,22$; $p < ,001$), con un tamaño del efecto fuerte ($d=,80$) y en la escala *agresión pasiva* ($t=3,10$; $p < ,01$) con un tamaño del efecto moderadamente pequeño ($d=,39$). Estos resultados indican estadísticamente una mayor utilización de un estilo de comunicación sumiso y pasivo agresivo en las mujeres que han sido víctimas de VG en comparación con las mujeres que nunca han sufrido malos tratos por parte de su pareja o expareja.

3.3.2.3. Estilos de afrontamiento

Seguidamente, los resultados que se indican en la Tabla 11 muestran los contrastes de medias de ambos grupos en las variables de estilos de afrontamiento evaluadas mediante el cuestionario de estilos de afrontamiento (COPE).

Tabla 11

Contraste de Medias en los Estilos de Afrontamiento Evaluados por el COPE: GV (N=110) y GC (N=182)

	GV (N=110)		GC (N=182)		t	d
	M	DT	M	DT		
COPE						
Afrontamiento conductual centrado en el problema	32,18	5,03	32,74	4,37	-,97	
Afrontamiento cognitivo del problema	39,96	6,93	39,23	6,59	,90	
Escape cognitivo	18,97	5,21	16,74	4,61	3,70***	,45
Afrontamiento centrado en las emociones	34,84	7,22	34,97	6,88	-,15	
Consumo de drogas	5,04	2,31	4,90	1,75	,55	

Nota. COPE= Cuestionario de estilos de afrontamiento; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d=d de Cohen.

***=p<,001.

Los resultados que se han obtenido con la t de student, indican diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en una de las seis subescalas del instrumento. El grupo GV puntúa significativamente más alto que el grupo GC en la escala *escape cognitivo* (t=3,70; p<,001), con un tamaño del efecto moderadamente pequeño (d=,45). Mientras que no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre las mujeres que han sido víctimas de VG en comparación con las mujeres que nunca han sido víctimas de VG en el resto de los estilos de afrontamiento.

Estos resultados demuestran un uso más frecuente de estrategias de afrontamiento de escape cognitivo en el grupo de mujeres víctimas de VG en comparación con el grupo de mujeres que nunca han recibido malos tratos por parte de sus parejas o exparejas.

3.3.2.4. Experiencias disociativas

Los datos que se presentan en la Tabla 12 muestran los contrastes de medias entre los dos grupos en los factores de disociación evaluados por la escala de experiencias disociativas (DES).

Tabla 12

Contraste de Medias en los Factores de Disociación Evaluados por la DES: GV (N=110) y GC (N=182)

DES	GV (N=110)		GC (N=182)		t	d
	M	DT	M	DT		
Factor 1	349,99	282,52	250,71	218,33	3,16**	,40
Factor 2	38,36	44,83	30,49	36,86	1,55	
Factor 3	50,73	76,07	29,01	52,62	2,64**	,34
Puntuación Total	448,26	378,92	315,38	295,95	3,14**	,39

Nota. DES= Escala de experiencias disociativas. Variables: Factor 1= Absorción-Desrealización; Factor 2= Amnesia; Factor 3= Despersonalización; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d= d de Cohen.

**= $p < ,01$.

Los resultados que se han obtenido con la t de student indican que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en tres de las cuatro subescalas del instrumento. En este sentido, el grupo GV ha obtenido puntuaciones más elevadas respecto al GC en el *factor 1* ($t=3,16$; $p < ,01$) con un tamaño del efecto moderadamente pequeño ($d=,40$), en el *factor 3* ($t=2,64$; $p < ,01$) con un tamaño del efecto pequeño ($d=,34$) y en la *puntuación total* ($t=3,14$; $p < ,01$) con un tamaño del efecto moderadamente pequeño ($d=,39$). Mientras que, aunque en el factor 2 la media sigue siendo mayor en el GV que en GC, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Estos resultados indican que el grupo de mujeres VG sufren más síntomas de disociación relacionados con la absorción-desrealización y despersonalización que las mujeres de GC.

3.3.2.5. Síntomas de estrés postraumático

Los datos expuestos en la Tabla 13 hacen referencia a los contrastes de medias de los dos grupos en las variables de los síntomas de TEPT evaluados por la escala de impacto del estresor (EIE-R).

Tabla 13

Contraste de Medias de los Síntomas de TEPT Evaluados por la EIE-R: GV (N=110) y GC (N=182)

	GV (N=110)		GC (N=182)		t	d
	M	DT	M	DT		
EIE-R						
Intrusión	2,36	1,62	1,56	1,35	4,32***	,54
Evitación	2,10	1,32	1,27	1,17	5,46***	,67
Hiperactivación	2,26	1,61	1,21	1,20	5,93***	,75
Puntuación Total	2,23	1,40	1,34	1,14	5,64***	,70

Nota. EIE-R= Escala de impacto del estresor; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d= de d Cohen.

***=p<,001.

Los resultados obtenidos con la prueba t de student, indican diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las tres subescalas del instrumento y en la puntuación total. El grupo GV ha obtenido puntuaciones estadísticamente más elevadas respecto al GC en todas las subescalas: en los síntomas *intrusión* (t=4,32; p<,001) con un tamaño del efecto medio (d=,54), en los síntomas de *evitación* (t=5,46; p<,001) con un tamaño del efecto medio (d=,67), en el factor *hiperactivación* (t=5,93; p<,001) con un tamaño del efecto medio (d=,75) y en la puntuación total (t=5,64; p<,001) con un tamaño del efecto medio (d=,70).

Estos resultados indican que el grupo de mujeres víctimas de VG puntúan significativamente más alto que el grupo control GC en todas las variables que miden TEPT

(intrusión, evitación e *hiperactivación*), siendo de esperar dado las situaciones traumáticas a las que han estado expuestas.

3.3.2.6. Síntomas psicológicos

A continuación, los datos que se indican en la Tabla 14 muestran los contrastes de medias entre el grupo GV y GC en los diferentes síntomas psicológicos evaluados por el inventario de síntomas SCL-90-R.

Tabla 14

Contraste de Medias de los Síntomas Psicológicos Evaluados por el Inventario SCL-90-R:
GV(N=110) y GC (N=182)

	GV (N=110)		GC (N=182)		t	d
	M	DT	M	DT		
SCL-90-R						
Somatización	1,31	0,99	0,74	0,69	5,27***	,68
Obsesión/Compulsión	1,41	0,97	0,90	0,82	4,58***	,57
Susceptibilidad	1,09	0,85	0,71	0,74	3,84***	,48
Depresión	1,53	1,00	1,01	0,89	4,57***	,55
Ansiedad	1,20	1,02	0,62	0,66	5,34***	,69
Hostilidad	0,74	0,70	0,50	0,51	3,24**	,40
Ansiedad fóbica	0,70	0,94	0,32	0,52	3,93***	,52
Ideación paranoide	0,97	0,87	0,52	0,62	4,69***	,60
Psicoticismo	0,56	0,60	0,30	0,44	3,89***	,50
Depresión melancólica	1,35	0,84	0,87	0,76	4,87***	,60
Índice de Gravedad Global IGG	1,13	0,77	0,68	0,59	5,31***	,66

Nota. SCL-90-R= Inventario de síntomas; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d=d de Cohen.

** = $p < ,01$, ***= $p < ,001$.

Los datos mostrados en la Tabla 14 que se han obtenido con la t de student, indican diferencias significativas entre los dos grupos en todas las subescalas del instrumento. En este sentido, el grupo GV ha obtenido puntuaciones más elevadas respecto al GC en *somatización* ($t=5,27$; $p < ,001$) con un tamaño del efecto medio ($d=,68$), en el *obsesión/compulsión* ($t=4,58$;

$p < .001$) con un tamaño del efecto medio ($d = .57$), en *susceptibilidad* ($t = 3,84$; $p < .001$) con un tamaño del efecto pequeño ($d = .48$), en *depresión* ($t = 4,57$; $p < .001$) con un tamaño del efecto medio ($d = .55$), en *ansiedad* ($t = 5,34$; $p < .001$) con un tamaño del efecto medio ($d = .69$), en *hostilidad* ($t = 3,24$; $p < .001$) con un tamaño del efecto bajo ($d = .40$), en *ansiedad fóbica* ($t = 3,93$; $p < .001$) con un tamaño del efecto medio ($d = .52$), en *ideación paranoide* ($t = 4,69$; $p < .001$) con un tamaño del efecto moderado ($d = .60$), en *psicoticismo* ($t = 3,89$; $p < .001$) con un tamaño del efecto moderado ($d = .50$), en *depresión melancólica* ($t = 4,87$; $p < .001$), con un tamaño del efecto moderado ($d = .60$) y en IGG ($t = 5,31$; $p < .001$) con un tamaño del efecto moderado ($d = .66$).

Estos resultados indican la presencia de más síntomas en las mujeres víctimas de VG que las mujeres del grupo de comparación, resultados coherentes dado las consecuencias a nivel físico y emocional que provocan los malos tratos.

3.3.2.7. Trastornos de personalidad

Los resultados mostrados en la Tabla 15 muestran los contrastes de medias entre el grupo GV y GC en los diferentes trastornos de personalidad evaluados por el cuestionario de trastornos de personalidad (IPDE).

Tabla 15

Contraste de Medias de Trastornos de Personalidad por el IPDE: GV (N=110) y GC (N=182)

	GV (N=110)		GC (N=182)		t	d
	M	DT	M	DT		
IPDE						
Paranoide	2,92	1,61	2,20	1,26	3,98***	,50
Esquizoide	2,68	1,53	2,11	1,43	3,17**	,39
Disocial	0,67	0,76	0,54	0,78	1,40	
Impulsivo	0,99	1,11	0,80	0,91	1,50	
Límite	1,15	1,22	0,74	0,95	3,08**	,38
Histriónico	2,09	1,32	1,73	1,20	2,34*	,29
Anancástico	3,92	1,77	3,68	1,68	1,13	
Ansioso	2,86	1,53	2,54	1,55	1,72	

Dependiente	2,16	1,27	1,69	1,10	3,22**	,40
-------------	------	------	------	------	--------	-----

Nota. IPDE= Examen internacional de los trastornos de personalidad; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d=d de Cohen.

*=p<,05; ** = p<,01; ***=p<,001.

Los resultados obtenidos con la t de student, indican diferencias significativas entre los dos grupos en cinco de las nueve subescalas del instrumento. El grupo GV ha obtenido puntuaciones más elevadas respecto al GC en el factor *paranoide* (t=3,98; p<,01) con un tamaño del efecto moderado (d=,50), en el factor *esquizoide* (t=3,17; p<,01) con un tamaño del efecto pequeño (d=,39), en el factor *límite* (t=3,08; p<,01) con un tamaño del efecto pequeño (d=,38), en el factor *histriónico* (t=2,34; p<,05) con un tamaño del efecto pequeño (d=,29) y en el factor *dependiente* (t=3,22; p<,01) con un tamaño del efecto pequeño (d=,40).

Estos resultados indican mayores niveles de trastorno de personalidad *paranoide*, *esquizoide*, *límite*, *histriónico* y *dependiente* en mujeres que han sido víctimas de VG en comparación con las mujeres del grupo control que nunca han sido víctimas de malos tratos, mientras que, en el resto de las variables de trastorno de personalidad disocial, impulsivo, anancástico y ansioso no se han encontrado diferencias significativas (p>,05) entre ambos grupos.

3.3.2.7.1. Diferencias de frecuencias de los trastornos de personalidad

En este apartado se quiere responder a qué trastorno es más frecuente en cada grupo y si existen diferencias entre ambos, empleando para su respuesta un análisis de las frecuencias con la prueba Chi-cuadrado. En la Tabla 16 se muestran las frecuencias entre el grupo GV y el grupo GC en los trastornos de personalidad evaluados con el cuestionario IPDE.

Tabla 16

Diferencias de Frecuencias de los Trastornos de Personalidad Evaluados por el IPDE: GV (N=110) y GC (N=182)

	GV (N=110)	GC (N=182)	Chi²
IPDE			
Sin trastornos	3 (2,7%)	23 (12,6%)	8,30**
Paranoide	64 (58,2%)	68 (37,4%)	12,00**
Esquizoide	57 (51,8%)	57 (31,3%)	12,11**
Disocial	3 (2,7%)	4 (2,2%)	,08
Impulsivo	11 (10,0%)	10 (5,5%)	2,09
Límite	11 (10,0%)	14 (7,7%)	,47
Histriónico	39 (35,5%)	40 (22,0%)	6,31*
Anancástico	87 (79,1%)	137 (75,3%)	,56
Ansioso	57 (51,8%)	82 (45,1%)	1,26
Dependiente	37 (33,6%)	37 (20,3%)	6,42*

Nota. IPDE= Examen internacional de los trastornos de personalidad; Chi^2 =Prueba Chi-cuadrado.

*= $p<,05$, ** = $p<,01$, ***= $p<,001$.

El resultado de la prueba Chi-cuadrado muestra que se ha encontrado diferencias significativas entre los dos grupos en 5 de las variables. En la variable *sin trastornos* ($Chi^2 =8,30$; $p<,01$), se han identificado la *ausencia de trastornos* en el 12,6% de los casos del grupo GC frente al 2,7% de los casos de GV. En el trastorno de *personalidad paranoide* ($Chi^2 =12,00$; $p<,01$), se ha identificado la presencia de este trastorno en un 58,2% en el grupo GV frente a un 37,4% en el GC. En el trastorno de *personalidad esquizoide* ($Chi^2 =12,11$; $p<,01$), se han contabilizado un 51,8% de mujeres con un trastorno esquizoide en el grupo GV frente a un 31,3% de mujeres en el GC. En el trastorno de *personalidad histriónico* ($Chi^2 =6,31$; $p<,5$) se ha encontrado en un 35,5% de las mujeres del GV frente a un 22% de las mujeres de GC. Finalmente, en la variable el trastorno de *personalidad dependiente* ($Chi^2 =6,42$; $p<,5$), ha

aparecido identificado en el grupo GV en un 33,6% de los casos frente al 20,3% de los casos del GC.

Se puede ver como los trastornos de *personalidad esquizoide* y *paranoide* alcanzan un 20% más de prevalencia en el grupo GV, mientras que los *trastornos histriónico* y *dependiente* se sitúan en un 13,5% más.

3.3.3. Análisis factorial

Con la finalidad de resumir las correlaciones entre las variables evaluadas, se procedió a la realización de dos análisis factoriales, uno para cada grupo. El método de extracción de factores fue el de componentes principales con rotación Varimax.

A continuación, se presentan los resultados correspondientes al análisis factorial para el grupo GV (ver Tabla 17) mostrándose además la comunalidad para cada uno de los indicadores.

Tabla 17

Análisis Factorial: Grupo Mujeres Víctimas de VG (N=110)

	Matriz de componentes rotadas					Comunalidades
	1	2	3	4	5	h ²
ASPA						
Asertividad	-,263	-,006	,593	,355	,067	,55
Agresión	,100	,798	,021	,294	,143	,75
Sumisión	,442	,392	-,218	-,490	,048	,64
Agresión pasiva	,328	,772	-,123	-,197	,042	,76
COPE						
Afrontamiento conductual centrado en el problema	-,165	-,002	,791	-,083	,110	,67
Afrontamiento cognitivo del problema	,113	-,135	,820	-,143	,185	,76
Escape cognitivo	,288	,442	-,050	-,245	,067	,35
Afrontamiento centrado en las emociones	,153	,072	,689	,289	-,281	,67

Consumo de drogas	,109	,347	,019	,703	-,007	,63
DES						
Puntuación Total	,669	,258	,142	,005	,282	,62
EIE-R						
Intrusión	,873	,129	-,097	,120	-,101	,81
Evitación	,844	,142	-,089	,019	-,002	,74
Hiperactivación	,884	,141	-,054	,054	-,026	,81
SCL-90-R						
Índice de Gravedad Global	,765	,442	-,121	,056	,065	,80
CAA						
Bajo Autoestima	,365	,620	-,172	,065	,020	,55
Resolución hostil	,046	,848	,063	,099	,000	,74
Expresión de sentimientos	-,252	-,222	,572	,221	-,410	,66
Autosuficiencia emocional	-,007	,108	,068	,142	,836	,74
IV						
Vulnerabilidad	,316	-,098	,072	,552	,234	,48
Valor Propio	5,80	2,70	1,82	1,28	1,10	/
% Varianza Total	30,53	14,23	9,56	6,74	5,78	66,84
% Varianza acumulada	30,53	44,76	54,32	61,06	66,84	
% Varianza Rotada	32,50%	25,32%	20,59%	12,33%	9,26%	/

Nota. Variables: ASPA=Cuestionario de aserción en la pareja; COPE=Cuestionario de estilos de afrontamiento; DES=Escala de experiencias disociativas; EIE-R=Escala de impacto de estresor, SCL-90-R=Inventario de síntomas; CAA=Cuestionario de apego adulto; IV= Índice de vulnerabilidad.

Con respecto a las mujeres víctimas de VG (GV), se han obtenido un total de 5 factores que explican el 66,84% de la varianza total. Seguidamente se describen cada uno de los cinco factores.

El *primer factor*, presenta un valor propio de 5,80 y explica el 30,53% de la varianza total y el 32,50% de la extraída por rotación. Es un factor relacionado con la *psicopatología* ya que saturan fuertemente los siguientes rasgos de forma positiva: *experiencias disociativas* del DES,

síntomas de intrusión, síntomas de hiperactivación y síntomas de evitación del EIE-R y el *índice de gravedad global* del SCL-90-R. Se identifica este factor como *psicopatología*. Las saturaciones factoriales oscilan entre unos valores de ,669 (DES) y ,884 (hiperactivación).

El *segundo factor* muestra un valor propio de 1,82 y explica el 9,56 de la varianza total y el 25,32% de la extraída por rotación. Este factor se puede identificar como un factor de *agresividad* ya que satura fuertemente en él las variables: *agresión* (,798) y *agresión-pasiva* (,772) del ASPA, y con *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo* (,620) y *resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad* (,848) del cuestionario de apego CAA. Las 4 variables covarían positiva y fuertemente entre sí.

El *tercer factor* muestra un valor propio de 2,70 y explica el 14,23 de la varianza total y el 20,59% de la extraída por rotación. A este factor se le ha denominado *afrontamiento* ya que saturan de modo alto y positivo las variables *asertividad* (,593) del ASPA, *afrontamiento conductual* (,791), *afrontamiento cognitivo* (,820) y *afrontamiento emocional* (,689) del COPE y *expresión de sentimientos-comodidad con las relaciones* (5,72) del CAA. Este factor estaría caracterizado por un estilo de afrontamiento activo ante los problemas. Las 5 variables muestran una correlación positiva.

El *cuarto factor* tiene un valor propio de 1,28 y explica el 6,74 de la varianza total y el 12,33% de la extraída por rotación. A este factor se le ha llamado *vulnerabilidad al maltrato* ya que se descubre que presentan fuertes cargas factoriales el estilo de afrontamiento *consumo de drogas* (,703) del COPE e *índice de vulnerabilidad* (,552). Estas dos variables muestran una correlación positiva.

Por último, el *quinto factor* presenta un valor propio de 1,10 y explica el 5,78 de la varianza total y el 9,26% de la extraída por rotación. Este factor es llamado *autosuficiencia emocional* ya

que se ha identificado una única variable que satura de modo alto y positivo: la *autosuficiencia emocional-incomodidad con la intimidad* ($,836$) del CAA.

Otro indicador de la bondad de la reducción del número de dimensiones es la cantidad de varianza recogida por los cinco factores extraídos, que recogen el 66,84%, de la varianza de todos los constructos o rasgos en estudio (ver en Tabla 17% varianza acumulada), considerándose una cantidad aceptable.

Seguidamente, en la Tabla 18 se presentan los resultados correspondientes al análisis factorial para el grupo de comparación GC, mostrándose también la comunalidad para cada uno de los indicadores.

Tabla 18

Análisis Factorial del Grupo Control (N=182)

	Matriz de componentes rotadas						Comunalidades
	1	2	3	4	5	6	h ²
ASPA							
Asertividad	,039	-,665	,372	,000	-,015	,085	,59
Agresión	,129	,100	,090	,771	-,127	,141	,67
Sumisión	,205	,760	-,132	,206	-,072	,141	,70
Agresión pasiva	,191	,523	-,055	,633	-,080	,154	,74
COPE							
Afrontamiento conductual centrado en el problema	-,039	-,202	,769	,087	-,208	,003	,68
Afrontamiento cognitivo del problema	,026	,328	,641	-,171	,069	,433	,74
Escape cognitivo	,150	,547	,114	,146	,253	,150	,44
Afrontamiento centrado en las emociones	,090	-,090	,703	,128	,418	-,133	,72
Consumo de drogas	,198	-,010	,067	,058	,178	,719	,60
DES							
Puntuación Total	,509	,476	,066	-,048	,337	,043	,61

EIE-R							
Intrusión	,902	,054	,056	,084	,119	,142	,86
Evitación	,865	,136	-,039	,107	,024	,074	,79
Hiperactivación	,892	,041	-,008	,125	,179	,149	,87
SCL-90-R							
Índice de Gravedad Global	,656	,266	-,072	,146	,460	,167	,77
CAA							
Bajo Autoestima	,355	,325	-,197	,289	,676	,134	,83
Resolución hostil	,075	,040	-,090	,739	,418	,028	,74
Expresión de sentimientos	-,090	-,216	,607	-,237	-,272	-,329	,66
Autosuficiencia emocional	,141	,175	-,176	,225	,075	,727	,67
IV							
Vulnerabilidad	,205	-,031	,005	-,101	,673	,213	,55
Valor Propio	5,80	2,36	1,60	1,23	1,20	1,03	/
% Varianza Total	30,54	12,43	8,39	6,45	6,33	5,42	69,56%
% Varianza acumulada	30,54	42,97	51,36%	57,81%	64,14%	69,56%	
% Varianza Extracción Rotada	25,85 %	17,15%	16,19%	14,52%	14,23%	12,06%	/

Nota. Variables: ASPA=Cuestionario de aserción en la pareja; COPE=Cuestionario de estilos de afrontamiento; DES=Escala de experiencias disociativas; EIE-R=Escala de impacto de estresor, SCL-90-R=Inventario de síntomas; CAA=Cuestionario de apego adulto; IV= Índice de vulnerabilidad.

Con respecto a las mujeres de GC, se han obtenido un total de 6 factores que explican el 69,56% de la varianza total. Seguidamente se describen cada uno de los factores.

El *primer factor*, presenta un valor propio de 5,80 y explica el 30,54% de la varianza total y el 25,85% de la extraída por rotación. Es un factor relacionado con la *psicopatología* que coincide con el encontrado en el grupo de mujeres víctimas de VG, donde saturan de modo fuerte y positivo las siguientes variables: *experiencias disociativas* (,509) del DES, *síntomas de intrusión* (,902), *síntomas de hiperactivación* (,892) y *síntomas de evitación* (,865) del EIE-R y el *índice de gravedad global* de síntomas (,656) del SCL-90-R.

El *segundo factor*, muestra un valor propio de 2,36 y explica el 12,43% de la varianza total y el 17,15% de la extraída por rotación. Se trata de un factor bipolar que se identifica como *estilo de comunicación pasivo-agresivo vs asertividad*, que agrupa en el polo positivo tres variables: *sumisión* (,760) y *agresión pasiva* (,523) del ASPA y *escape cognitivo* (,547) del COPE y en el polo negativo la variable *asertividad* (-,665) del ASPA. Este factor no se ha identificado en el anterior grupo

El *tercer factor*, muestra un valor propio de 1,60 y explica el 8,39% de la varianza total y el 16,19% de la extraída por rotación. A este factor se le nombra *afrentamiento* encontrándose una fuerte correlación de las variables *afrentamiento conductual* (,769), *afrentamiento cognitivo* (,641) y *afrentamiento emocional* (,703) del COPE y *expresión de sentimientos-comodidad con las relaciones* (,607) del CAA. Las 4 variables muestran una correlación positiva, coincidiendo casi con los mismos resultados encontrados en el factor tres del grupo GV llamado también *afrentamiento*, excepto en la variable *asertividad* que en este grupo no acompaña a estas variables.

El *cuarto factor*, muestra un valor propio de 1,23 y explica el 6,45% de la varianza total y el 14,52% de la extraída por rotación. Se trata de un factor que se ha llamado *agresividad* ya que se ha identificado que correlacionan de forma positiva las variables *agresión* (,771) y *agresión-pasivo* (,633) del ASPA y *resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad* (,739) del CAA. Este factor está relacionado con un estilo agresivo y hostil. A diferencia de los resultados obtenidos en el grupo GV en el II factor llamado *agresividad*, en que también se ha incluido la correlación con la *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo*, en el presente grupo GC no se observa la presencia de correlación con esta variable. Además, resaltar su menor importancia ya que aquí aparece en cuarto lugar.

El *quinto factor*, muestra un valor propio de 1,20 y explica el 6,33% de la varianza total y el 14,23% de la extraída por rotación. Este factor se le ha llamado *riesgo o vulnerabilidad*. Se

compone de dos variables que correlacionan de forma positiva: *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo* (,676) del CAA e *Índice de Vulnerabilidad* (,673).

El sexto factor, muestra un valor propio de 1,03 y explica el 5,42% de la varianza total y el 12,06% de la extraída por rotación. Este factor correlaciona fuertemente de forma positiva las variables *consumo de drogas* (,719) del COPE y *autosuficiencia emocional-incomodidad con la intimidad* (,727) del CAA. Este factor también ha sido identificado también en el grupo GV como *autosuficiencia emocional*, aunque no iba acompañado de un mayor estilo de afrontamiento caracterizado por el consumo de drogas.

La bondad de la reducción del número de variables ha sido buena, recogiendo los seis nuevos componentes extraídos un 70% de varianza de las 20 variables originales, mientras que la información aportada por las comunalidades se califica de buena o muy buena superando casi todos los aspectos el valor de 0,60, excepto las característica asertividad (,59), escape cognitivo (,44) y vulnerabilidad (0,55).

En relación con los análisis factoriales de los dos grupos (GV y GC) se destaca las siguientes conclusiones:

- a) El análisis factorial del grupo de mujeres víctimas de VG describe una estructura más sencilla que la del grupo de comparación, es decir de cinco factores de GV frente a los seis del GC, si bien el porcentaje de varianza que explican los factores extraídos en uno y otro caso es bastante parecido (66,14% vs. 69,56%).
- b) El primer factor extraído llamado *psicopatología* coincide en ambos grupos donde saturan fuertemente de forma positiva las variables *experiencias disociativas*, *síntomas de intrusión*, *de hiperactivación* y *de evitación* y el *índice de gravedad global de síntomas*.

-
- c) El segundo factor encontrado en el grupo GV llamado *agresividad* es muy similar al cuarto factor del GC llamado *agresividad*. En estos dos factores saturan de manera positiva *agresión*, *agresión-pasivo* y *resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad*. En el GV además satura de una forma positiva la variable *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo*.
- d) El tercer factor llamado *afrentamiento* es muy similar en ambos grupos, en los que satura de forma positiva las variables *afrentamiento conductual*, *afrentamiento cognitivo*, *afrentamiento emocional* y *expresión de sentimientos-comodidad con las relaciones*. Las 4 variables muestran una correlación positiva. En el grupo GV además de estas variables este factor también satura con la variable *asertividad*.
- e) Por otro lado, la variable *índice de vulnerabilidad* aparece en el grupo GV en el cuarto factor llamado *riesgo o vulnerabilidad al maltrato* junto con la variable *consumo de drogas* y en GC en el quinto factor *riesgo* junto con la variable *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo*.
- f) El quinto factor del GV llamado *autosuficiencia*, se compone de esta única variable *autosuficiencia emocional-incomodidad con la intimidad*. Esta variable también aparece señalada en el grupo GC en su sexto factor junto con el *consumo de drogas*.
- g) En el grupo GC su segundo factor bipolar identificado como *estilo de comunicación pasivo-agresivo vs asertividad*, que agrupa en el polo positivo las variables *sumisión*, *agresión pasiva* y *escape cognitivo* y en el polo negativo la variable *asertividad*, no se ha identificado en el grupo de mujeres víctimas de VG.

3.3.4. Análisis correlacional bivariado

A continuación, en la Tabla 19 y en la Tabla 20 se exponen las correlaciones bivariadas de Pearson para el grupo GV y el grupo GC respectivamente.

Tabla 19

Correlaciones Bivariadas de Pearson del Grupo GV

	ASPA Asertividad	ASPA Agresion	ASPA Sumision	ASPA Agr Pasivo	PCOPE1	PCOPE2	PCOPE3	PCOPE4	PCOPE6	DES	eie r i	eie r e	eie r h	Apego BajoAut	Apego ResHos	Apego ExpSent	Apego AutEmo	SCL IGG	Vulnerabilidad
ASPA Asertividad	/																		
ASPA Agresion	.12	/																	
ASPA Sumision	-.46***	.18	/																
ASPA Agr Pasivo	-.26**	.58***	.63***	/															
PCOPE1	.43***	-.04	-.25**	-.12	/														
PCOPE2	.37***	-.08	-.08	-.12	.55***	/													
PCOPE3	-.26**	.29	.32**	.37***	-.12	.06	/												
PCOPE4	.34***	.07	-.12	-.10	.37***	.39***	-.05	/											
PCOPE6	.13	.43***	-.04	.18	-.02	-.02	.18	.21*	/										
DES	-.06	.31**	.29**	.38***	.01	.11	.29**	.16	.11	/									
eie r i	-.18	.26**	.36***	.41***	-.21*	-.07	.19	.12	.17	.48***	/								
eie r e	-.15	.26**	.41***	.38***	-.22*	.03	.35***	-.01	.18	.51***	.74***	/							
eie r h	-.21*	.24*	.38***	.39***	-.17	-.01	.22*	.09	.16	.53***	.88***	.76***	/						
Apego BajoAut	-.11	.41***	.41***	.49***	-.20*	-.17	.36***	.07	.21*	.38***	.39***	.36***	.35***	/					
Apego ResHos	.04	.65***	.22*	.61***	.05	-.09	.22*	.12	.23*	.26**	.17	.15	.24*	.50***	/				
Apego ExpSent	.33***	-.14	-.36***	-.30**	.31**	.36***	-.25**	.50***	.07	-.26**	-.24*	-.30**	-.25**	-.41***	-.19*	/			
Apego AutEmo	.09	.25**	.06	.09	.04	.11	.02	.00	.13	.16	.01	-.01	.08	.05	.10	-.12	/		
SCL IGG	-.28**	.44***	.45***	.56***	-.19*	-.10	.39***	.07	.25**	.68***	.68***	.65***	.72***	.57***	.40***	-.38***	.08	/	
Vulnerabilidad	-.01	.07	-.06	.01	.05	.15	-.01	.18	.31**	.25**	.20*	.18	.14	.15	.05	.01	.09	.20*	/

Nota. Variables: Aspa Asertividad= Estilo Asertivo; Aspa Agresión= Estilo Agresivo; Aspa Sumisión= Estilo Sumiso; ASPA Agr Pasivo= Estilo Pasivo; PCOPE1= Afrontamiento conductual centrado en el problema; PCOPE2= Afrontamiento cognitivo del problema; PCOPE3= Escape cognitivo; PCOPE4= Afrontamiento centrado en las emociones; PCOPE6= Consumo de drogas; DES= Puntuación total experiencias disociativas; EIE-I= Intrusión; EIE-E=Evitación; EIE-H= Hiperactivación; Apego BajoAut= Baja autoestima; Apego ResHos=Resolución hostil; Apego ExpSent=Expresión de sentimientos; Apego AutEmo= Autosuficiencia emocional; SCL-IGG= Índice de gravedad global del SCL-90-R; Vulnerabilidad= Índice de Vulnerabilidad (IV).

*=p<,05; ** = p<,01; ***=p<,001.

Tabla 20

Correlaciones Bivariadas de Pearson del Grupo GC

	ASPA Asertividad	ASPA Agresion	ASPA Sumision	ASPA Agr Pasivo	PCOPE1	PCOPE2	PCOPE3	PCOPE4	PCOPE6	DES	eie r i	eie r e	eie r h	Apego BajoAut	Apego ResHos	Apego ExpSent	Apego AutEmo	SCL IGG	Vulnerabilidad
ASPA Asertividad	/																		
ASPA Agresion	-.03	/																	
ASPA Sumision	-.40***	.21**	/																
ASPA Agr Pasivo	-.25**	.47***	.66***	/															
PCOPE1	.37***	.04	-.22**	-.10	/														
PCOPE2	.06	.04	.12	.07	.33***	/													
PCOPE3	-.21**	.19*	.30***	.33***	-.12	.26***	/												
PCOPE4	.23**	.06	-.11	-.04	.39***	.30***	.06	/											
PCOPE6	-.05	.15*	.15*	.15*	-.01	.23**	.21**	.09	/										
DES	-.23**	.18*	.39***	.25**	-.09	.19*	.31***	.10	.21**	/									
eie r i	-.01	.14	.24**	.25**	-.03	.15*	.29***	.19*	.33***	.46***	/								
eie r e	-.09	.18*	.31***	.32***	-.10	.10	.25**	.06	.23**	.44***	.76***	/							
eie r h	-.05	.20**	.23**	.28***	-.09	.11	.26***	.16*	.31***	.48***	.86***	.73***	/						
Apego BajoAut	-.23**	.18*	.40***	.38***	-.30***	.06	.40***	.18*	.25**	.50***	.46***	.41***	.48***	/					
Apego ResHos	-.16*	.38***	.15*	.43***	-.08	-.05	.25**	.12	.21**	.14	.23**	.22**	.26***	.50***	/				
Apego ExpSent	.29***	-.14	-.30***	-.31***	.42***	.10	-.23**	.31***	-.17*	-.19*	-.18*	-.18*	-.22**	-.55***	-.32***	/			
Apego AutEmo	-.13	.25**	.32***	.36***	-.15*	.17*	.21**	-.06	.34***	.23**	.24**	.23**	.29***	.39***	.21**	-.41***	/		
SCL IGG	-.12	.24**	.33***	.31***	-.18*	.16*	.39***	.13	.28***	.63***	.63***	.57***	.72***	.74***	.31***	-.41***	.35***	/	
Vulnerabilidad	.07	-.02	.10	.10	-.15	.12	.11	.16*	.26***	.33***	.24**	.25**	.31***	.40***	.17*	-.11	.18*	.35***	/

Nota. Variables: Aspa Asertividad= Estilo Asertivo; Aspa Agresión= Estilo Agresivo; Aspa Sumisión= Estilo Sumiso; ASPA Agr Pasivo= Estilo Pasivo; PCOPE1= Afrontamiento conductual centrado en el problema; PCOPE2= Afrontamiento cognitivo del problema; PCOPE3= Escape cognitivo; PCOPE4= Afrontamiento centrado en las emociones; PCOPE6= Consumo de drogas; DES= Puntuación total experiencias disociativas; EIE-I= Intrusión; EIE-E=Evitación; EIE-H= Hiperactivación; Apego BajoAut= Baja autoestima; Apego ResHos=Resolución hostil; Apego ExpSent=Expresión de sentimientos; Apego AutEmo= Autosuficiencia emocional; SCL-IGG= Índice de gravedad global del SCL-90-R; Vulnerabilidad= Índice de Vulnerabilidad (IV).

*=p<,05; ** = p<,01; ***=p<,001.

Al centrarnos en el análisis correlacional específico de cada uno de los grupos y, con el fin de poner a prueba alguna de las hipótesis postuladas en esta investigación, se puede resumir los patrones diferenciales entre ambos grupos del siguiente modo:

- La variable *autosuficiencia emocional-incomodad con la intimidad* del CAA es la variable que nos permite apreciar más diferencias de correlaciones significativas entre ambos grupos. En este sentido, las mujeres del GC presentan correlaciones positivas entre la

variable *autosuficiencia emocional-incomodidad con la intimidad* y las variables *sumisión, agresivo pasivo, escape conductual, consumo drogas, disociación, intrusión, evitación e hiperactivación, baja autoestima-resolución hostil-expresión de sentimientos*, a diferencia de las del grupo GV que no muestran coeficientes alto en estas variables.

- La variable *asertividad* del ASPA en las mujeres GV, correlaciona positivamente con *afrentamiento cognitivo centrado en el problema* del COPE y con el IGG a diferencia del GC que no se observan estas correlaciones, mientras que en las mujeres GC la variable *asertividad* correlaciona de forma negativa con *disociación* y con *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo* del CAA a diferencia del GV.
- La variable *afrentamiento cognitivo centrado en el problema* del COPE muestra correlaciones positivas en las mujeres de GC con las variables *escape cognitivo* y *consumo de drogas* a diferencia de GV, mientras que en el grupo GV esta variable presenta correlación positiva con la variable *expresión de sentimientos-comodidad con las relaciones* del CAA, no observándose esta correlación en el GC.
- La variable *escape cognitivo* del COPE en el GC presenta correlaciones positivas con las variables *consumo de drogas* e *intrusión*, a diferencia de GV donde no se observa correlación entre estas variables.
- La variable *consumo de drogas* del COPE en el GC muestra correlaciones positivas en todas las variables de TEPT (*intrusión, evitación e hiperactivación*), a diferencia del GV que no se observan estas correlaciones.
- La variable *vulnerabilidad* en el GC correlaciona de forma positiva con las variables *evitación e hiperactivación* del EIE y *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo* del CAA, a diferencia del GV donde no se observa correlación entre estas variables.

Por otro lado, con el fin de poder contrastar una de las hipótesis del estudio, en relación a la variable *sumisión* del ASPA se puede observar como en ambos grupos correlaciona de forma positiva con síntomas de TEPT (*intrusión, evitación y hiperactivación*), *disociación, IGG* y *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo del CAA, escape cognitivo* y estilo de comunicación *agresivo pasivo* y de forma negativa con *asertividad* y con *expresión de sentimientos-comodidad con las relaciones*.

Asimismo, en ambos grupos la variable *baja autoestima-necesidad de aprobación- miedo al rechazo* del CAA muestra correlaciones positivas con *resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad, IGG, con agresión, sumisión, pasivo-agresivo, escape cognitivo, consumo de drogas, disociación, intrusión, evitación e hiperactivación* y correlaciones negativas con *expresión de sentimientos-comodidad con las relaciones* y con *afrontamiento conductual centrado en el problema*.

Por último, la variable *escape cognitivo* en ambos grupos presenta correlaciones positivas, con *disociación, con evitación, con hiperactivación, con baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo, resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad, IGG, con agresión, con sumisión, agresivo pasivo* y correlaciones negativas con *asertividad* y con *expresión de sentimientos-comodidad con las relaciones*.

3.3.5. Análisis discriminante

Con el propósito de identificar qué factores tienen mayor capacidad para diferenciar a las participantes de los dos grupos de la presente investigación (GV y GC) se han realizado dos análisis discriminantes por separado. El procedimiento seguido ha sido "V" de Rao. El primer análisis incluye el tipo de apego, estilos de comunicación y estilos de afrontamiento. El segundo análisis realizado incluye la psicopatología.

3.3.5.1. Tipos de apego, estilos de comunicación y estilos de afrontamiento.

En el siguiente análisis se han considerado 13 variables que corresponden a los 4 estilos de apego (CAA), 4 estilos de comunicación (ASPA) y 5 estilos de afrontamiento (COPE).

En la Tabla 21 se presentan los resultados del análisis discriminante de ambos grupos. Los resultados se dividen en los siguientes apartados: a) la combinación de las variables con mayor poder discriminante, b) los indicadores estadísticos relativos a la función discriminante canónica encontrada, c) los coeficientes estandarizados, d) los coeficientes de estructura, e) el valor de los centroides y f) los porcentajes de adscripción correcta a los grupos.

Tabla 21

Análisis Discriminante entre el GC (N=182) y el GV (N =110) con las Dimensiones ASPA, COPE y CAA

a. Resumen de pasos

Paso	Variable	Lambda de Wilks	Significación	V de Rao	Cambio en V de Rao	Significación del cambio
1	ASPA Sumisión	,86	,000	46,68	46,68	,000
2	CAA Resolución hostil	,85	,000	51,77	5,09	,024
3	COPE Escape cognitivo	,84	,000	56,97	5,20	,023

b. Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	,20	100,00	,41	,84	51,75	3	.000

c. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica

	Función
ASPA Sumisión	,87
CAA Resolución hostil	,32
COPE Escape cognitivo	-,37

d. Los coeficientes de estructura (ordenados de mayor a menor según grado de correlación con la función discriminante)

	Función
ASPA Sumisión	,91
CAA Resolución hostil	-,13
COPE Escape cognitivo	,51
ASPA Agresión pasiva	,48
ASPA Asertividad	-,42
CAA Baja autoestima	,29
CAA Expresión de sentimientos	-,27
COPE Afrontamiento conductual centrado en el problema	-,24
CAA Autosuficiencia emocional	,15
COPE Afrontamiento centrado en las emociones	-,14
COPE Afrontamiento cognitivo del problema	,10
ASPA Agresión	,06
COPE Consumo de drogas	,02

e. Valor de los Centroides

	Función
No maltratada	-,34

Maltratada	,57
------------	-----

f. Resultados de la Clasificación

Casos	GRUPO	Grupo de pertenencia pronosticado	
		No maltratada	Maltratada
182	No maltratada	139 (76,4%)	43 (23,6%)
110	Maltratada	43 (39,1%)	67 (60,9%)

Clasificados correctamente el 70,5% de los casos agrupados originales.

Nota. ASPA=Cuestionario de aserción en la pareja; COPE=Cuestionario de estilos de afrontamiento; CAA=Cuestionario de apego adulto.

- De las 13 variables introducidas, la combinación de variables que discriminan estadísticamente entre los dos grupos a partir de la prueba Lambda de Wilks son: *sumisión del ASPA, resolución hostil de conflictos-rencor- posesividad del CAA y escape cognitivo del COPE.*
- La correlación canónica posee un valor de $r=,41$, lo que indica cierto solapamiento entre los dos grupos debido a que no está cerca de 1. Su Lambda de Wilks para la función discriminante es de ,84, que a partir de la prueba estadística de Chi cuadrado ($Chi^2 = 51,75$; $p<,000$) permite concluir que los grupos presentan medias estadísticamente diferentes.
- Los coeficientes estandarizados señalan que de las 13 variables que discriminan la que tiene más peso es la de *sumisión (ASPA)* (,87), es decir la variable que mejor permite discriminar entre los dos grupos es *sumisión*
- Los coeficientes de estructura indican que las correlaciones más altas entre las variables seleccionadas y la función discriminante es *sumisión (ASPA)* (,91). Las correlaciones de

escape cognitivo (COPE) (,51), *agresión pasiva* (ASPA) (,48) y *asertividad* (ASPA) (,42) son moderadas. El resto de las correlaciones son bajas o muy bajas.

- e) El valor de los centroides indica que las mujeres del grupo GV puntúan de modo positivo en la función discriminante (,57), no obstante, las mujeres del GC puntúan de forma negativa (-,34).
- f) Por último, con las variables seleccionadas se puede clasificar de forma correcta al 70,5% de las mujeres de la muestra. En relación con la adscripción correcta de éstos a sus respectivos grupos los resultados indican que el porcentaje de clasificación (60,9% en el GV y un 76,4% para las mujeres del GC) es mejor en el GC, un 15% más.

3.3.5.2. Psicopatología

En el siguiente análisis se han considerado 5 variables correspondientes a los instrumentos que evalúan síntomas de estrés postraumático (EIE-R), puntuación total en Disociación (DES) e índice de gravedad global (SCL-90-R).

En la Tabla 22 se presentan los resultados del análisis discriminante de ambos grupos. Los resultados se dividen en los siguientes apartados: a) la combinación de las variables con mayor poder discriminante, b) los indicadores estadísticos relativos a la función discriminante canónica encontrada, c) los coeficientes estandarizados, d) los coeficientes de estructura, e) el valor de los centroides y f) los porcentajes de adscripción correcta a los grupos.

Tabla 22

Análisis Discriminante entre el GV (N=110) y el GC (N=182), Utilizando los Síntomas de Estrés Postraumático (EIE-R), Síntomas de Disociación (DES) e Índice Gravedad Global (SCL-90-R)

a. Resumen de pasos

Paso	Variable	Lambda de Wilks	Significación	V de Rao	Cambio en V de Rao	Significación del cambio
3	EIE Hiperactivación	,88	,000	40,58	40,58	,000

b. Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
1	,14	100,00	,35	,88	37,91	1	,000

c. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica

	Función
EIE Hiperactivación	1,00

d. Los Coeficientes de Estructura (ordenadas de mayor a menor según el grado de correlación con la función discriminante)

	Función
EIE Hiperactivación	1,00
EIE Intrusión	,86
EIE Evitación	,74
SCL-90-R Índice Gravedad Global	,72
DES Puntuación Total	,50

e. El valor de los Centroides

	Función
No maltratada	-,29
Maltratada	,48

f. Resultados de la Clasificación

Casos	GRUPO	Grupo de pertenencia pronosticado	
		No maltratada	Maltratada
182	No maltratada	138 (75,8%)	44 (24,2%)
110	Maltratada	46 (41,8%)	64 (58,2%)

Clasificados correctamente el 69,2% de los casos agrupados originales.

Nota. EIE=Escala de impacto de estresor; DES=Escala de experiencias disociativas; SCL-90-R=Inventario de síntomas.

- a) De las 5 variables introducidas, la única variable que se ha considerado que discrimina estadísticamente entre el GV y GC es *hiperactivación (EIE)*.
- b) La correlación canónica posee un valor de $r=,35$, lo que indica cierto solapamiento entre los dos grupos debido a que no está cerca de 1. Su Lambda de Wilks para la función discriminante es de ,88, que a partir de la prueba estadística de Chi cuadrado ($Chi^2 = 37,91$; $p<,000$) permite concluir que los grupos presentan medias estadísticamente diferentes. Las variables mediante las que se ha construido la función canónica permiten encontrar diferencias estadísticamente significativas, aunque la discriminación entre los dos grupos se considera aceptable dado que se ha encontrado un cierto solapamiento a partir de valor de correlación 0,35.

- c) Los coeficientes estandarizados señalan que de la variable que discrimina hiperactivación (EIE) tiene un valor de 1,00.
- d) Los coeficientes de estructura indican que las correlaciones más altas entre las variables seleccionadas y la función discriminante son *hiperactivación* (EIE) (1), *intrusión* (EIE) (,86), *evitación* (EIE) (,74) e *índice de gravedad total* (SCL-90-R) (,72). La correlación *Puntuación Total* (DES) (,50) es moderada.
- e) El valor de los centroides indica que las mujeres del grupo GV puntúan de modo positivo en la función discriminante (,48), no obstante, las mujeres del GC puntúan de forma negativa (-,29). Es decir, el grupo GV presenta una mayor en hiperactivación que el grupo GC, lo que es de esperar debido a la situación traumática que han vivido.
- f) Por último, con las variables seleccionadas se puede clasificar de forma correcta al 69,2% de las mujeres de la muestra. En relación con la adscripción correcta de éstos a sus respectivos grupos los resultados indican que el porcentaje de clasificación es: 58,2% en el GV, y un 75,8% para las mujeres del GC, siendo las de este último mejor clasificadas.

3.3.6. Regresión lineal múltiple

En el presente apartado se exponen análisis de regresión efectuados con el fin de averiguar qué variables predictoras pueden explicar la presencia de sintomatología en las mujeres de ambos grupos (GV y GC).

En la Tabla 23 muestra los análisis de regresión realizados con las mujeres víctimas de VG. Como variables criterios se han considerado los síntomas de intrusión, evitación e hiperactivación de escala de estrés postraumático (EIE-R), la puntuación total del cuestionario de síntomas disociativos (DES) y el índice de gravedad global de la escala de síntomas (SCL-90-R), mientras que se ha tomado como variables predictoras las variables correspondientes a los estilos de comunicación (ASPA), tipos de apego (CAA) y estilos de afrontamiento (COPE).

Tabla 23*Análisis de Regresión: Grupo de Mujeres Víctimas VG (N=110)*

Mujeres maltratadas (N=110)				
	R ; R2 corregida (Fgl; p)	Error típico	Variables Predictoras	Coefficiente B estandarizado
EIE Intrusión	,462; ,198 F1,107 = 14,479; p< ,001	1,45	ASPA AgrPas CAA BajAut	,280** ,254*
EIE Evitación	,468; ,205 F1,107 = 15,026; p< ,001	1,18	ASPA Sumision COPE 3	,331*** ,241**
EIE Hiperactivación	,430; ,169 F1,107 = 12,115; p< ,001	1,46	ASPA AgrPas CAA BajAut	,285** ,211*
DES	,478; ,207 F1,106 = 10,492; p< ,001	337,40	ASPA AgrPas CAA BajAut COPE 2	,268** ,281** ,189*
IGG SCL-90-R	,658; ,422 F1,107 = 40,796; p< ,001	,58	CAA BajAut ASPA AgrPas	,389*** ,373***

Nota. Variables: EIE= Escala de Impacto de estresor; DES= Puntuación total escala de Disociación; IGG SCL= índice de gravedad global de la escala SCL-90-R; ASPA AgrPas= Estilo de comunicación agresivo-pasivo; Aspa Sumisión= Estilo de comunicación sumiso; CAA BajAut= Apego Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; PCOPE2= Afrontamiento cognitivo del problema; PCOPE3= Escape cognitivo.

* = p<.05, ** = p<.01, *** = p<.001.

De los resultados obtenidos, lo más relevante de la Tabla 23 es lo siguiente:

- a) De las 13 variables que corresponden a los 4 estilos de comunicación (ASPA), 4 estilos de apego (CAA) y 5 estilos de afrontamiento (COPE) las que dan lugar a resultados significativos son: estilo agresivo-pasivo y sumisión del ASPA, baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo del CAA y afrontamiento cognitivo centrado en el problema y escape cognitivo del COPE. Es decir, estas 5

- variables son las que permiten explicar la gravedad de síntomas psicopatológicos en mujeres víctimas de VG.
- b) El estilo *agresivo-pasivo* junto con la *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo*, predicen el **19,8%** de los *síntomas de intrusión*, con unos coeficientes Beta positivos de 0,28 y del 0,25 respectivamente, ambos estadísticamente significativos con un nivel de $p < ,05$. Asimismo, estas dos variables predicen acerca del **17%** de los *síntomas de hiperactivación* con unos coeficientes Beta positivos de 0,28 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,01$) y de 0,21 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,05$) respectivamente. Además, también predicen el **42,2%** del *índice de gravedad global (IGG)* del SCL-90-R, con unos coeficientes Beta positivos de 0,38 y de 0,37 respectivamente, ambos estadísticamente significativos con un nivel de $p < ,001$. En resumen, conjuntamente las variables estilo *agresivo pasivo* y *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo* predicen el 19,8% de los síntomas de intrusión, el 17% de los síntomas de hiperactivación y el 42,2% del índice de gravedad global (IGG).
- c) Por otro lado, el *estilo sumiso* junto con el *escape cognitivo*, predicen el **20,5%** de los *síntomas de evitación*, con unos coeficientes Beta positivos de 0,33 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,001$) y de 0,24 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,01$) respectivamente, lo que es coherente dado que es de esperar que las mujeres víctimas de VG que poseen un estilo de comunicación sumiso junto con un afrontamiento de los problemas no activo que se caracteriza por escapar cognitivamente tiendan a evitar en mayor medida situaciones que les recuerden el acontecimiento traumático vivido y que les genere ansiedad.
- d) Por último, el *estilo agresivo pasivo* junto con la *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo* y un *afrontamiento cognitivo centrado en el problema*

predicen el **20,7%** de la puntuación total del DES, con unos coeficientes Beta positivos de 0,26 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,01$), 0,28 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,01$) y de 0,18 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,05$) respectivamente.

A continuación, en la Tabla 24 muestra los análisis de regresión realizados con las mujeres que nunca han sido víctimas de VG (GC). Al igual que el anterior análisis de regresión expuesto, las variables criterio son síntomas de intrusión, de evitación y de hiperactivación, disociación y el índice de gravedad global de síntomas y las variables predictoras son los estilos de comunicación (ASPA), los tipos de apego (CAA) y los estilos de afrontamiento (COPE).

Tabla 24

Análisis de Regresión Grupo de Mujeres GC (N=182)

Mujeres no maltratadas (N=182)				
	R ; R2 corregida (Fgl; p)	Error típico	Variables Predictoras	Coefficiente B estandarizado
EIE Intrusión	,510; ,251 F1,179 = 31,400; $p < ,001$	1,17	CAA BajAut COPE 6	,404*** ,225**
EIE Evitación	,448; ,192 F1,179 = 22,505; $p < ,001$	1,05	CAA BajAut ASPA AgrPas	,340*** ,190**
EIE Hiperactivación	,516; ,258 F1,179 = 32,503; $p < ,001$	1,03	CAA BajAut COPE 6	,424*** ,206**
DES	,555; ,296 F1,178 = 26,364; $p < ,001$	248,32	CAA BajAut ASPA Sumision COPE 2	,406*** ,205** ,144*
SCL-90-R IGG	,764; ,574 F1,177 = 61,893; $p < ,001$,38	CAA BajAut COPE2 ASPA Agresion CAA ResHos	,772*** ,107* ,141** ,125*

Nota. Variables: EIE= Escala de Impacto de estresor; DES= Puntuación total escala de Disociación; IGG SCL= índice de gravedad global de la escala SCL-90-R; CAA BajAut= Apego

Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; CAA ResHos= Apego Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; PCOPE2= Afrontamiento cognitivo del problema; PCOPE6= Consumo de drogas; ASPA AgrPas= Estilo de comunicación agresivo-pasivo; Aspa Sumisión= Estilo de comunicación sumiso; Aspa Agresión= Estilo de comunicación agresivo.

* = $p < .05$, ** = $p < .01$, *** = $p < .001$.

Lo más relevante de la Tabla 24 es lo siguiente:

- a) En este caso, las variables predictoras que dan lugar a resultados significativos son: *estilo agresivo-pasivo, agresión y sumisión del cuestionario ASPA, baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo y resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad del CAA y afrontamiento cognitivo centrado en el problema y consumo de drogas del cuestionario COPE*. Es decir, estas 7 variables son las que permitirían explicar los síntomas psicopatológicos en mujeres del GC. A diferencia de las GV, en este grupo se han añadido las variables agresión, resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad y consumo de drogas y no aparece como señalada la variable de escape cognitivo.
- b) En este caso, la variable *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo* junto con consumo de drogas predice alrededor del **25%** de los *síntomas de intrusión* con unos coeficientes Beta positivos de 0,40 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,001$) y de 0,22 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,01$) respectivamente. Asimismo, estas dos variables conjuntamente predicen el **25,8%** de los *síntomas de hiperactivación* con unos coeficientes Beta positivos de 0,42 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,001$) y de 0,20 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,01$) respectivamente.
- c) Por otro lado, las variables *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo y agresión pasiva* predicen el **19,2%** de los síntomas de *evitación* con unos coeficientes

Beta positivos de 0,34 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,001$) y de 0,19 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,01$) respectivamente.

- d) Asimismo, las tres variables *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo*, *sumisión* y *afrontamiento cognitivo centrado en el problema* predicen el **29,6%** de la *puntuación total del DES*, con unos coeficientes Beta positivos de 0,40 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,001$), de 0,20 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,01$) y de 0,14 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,05$) respectivamente.
- e) Por último, conjuntamente las cuatro variables de *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo*, *afrontamiento cognitivo centrado en el problema*, *agresión* y *resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad* permiten explicar el **57,4%** del *IGG*, con unos coeficientes Beta positivos de 0,77 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,001$), de 0,10 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,05$), de 0,14 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,01$) y un coeficiente beta negativo de -0,12 (estadísticamente significativo con un nivel de $p < ,05$) respectivamente.

En resumen, en el grupo de mujeres víctimas de VG las variables predictoras *estilo agresivo pasivo* y *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo*, conjuntamente ofrecen los mejores resultados. En este caso, se observa que el estilo pasivo agresivo y la baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo, predicen los síntomas de intrusión, de hiperactivación y un mayor IGG, por lo que fomentar una buena autoestima y un estilo de comunicación asertivo conllevaría a una reducción en el sufrimiento y sintomatología de mujeres víctimas de VG.

En cambio, en el GC las variables predictoras *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo* y *consumo de drogas* conjuntamente son las que ofrecen mejores resultados.

En este caso, baja autoestima y consumo de drogas predicen los síntomas de intrusión y de hiperactivación.

Por otro lado, se observa que la variable *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo* aparece junto con otras, como una variable predictora de todas las variables criterio que se han tenido en cuenta, excepto en el grupo de mujeres víctimas de VG en la variable de evitación, lo que indica que una baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo no estaría relacionada con la aparición de síntomas de evitación en mujeres víctimas de VG.

Por último, se observa que en el GC las variables predictoras *agresividad, resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad y consumo drogas*, junto con las otras variables están relacionadas con la presencia de síntomas psicopatológicos, a diferencia del grupo de mujeres víctimas de VG en las que estas variables no guardan relación con una mayor presencia de sintomatología. En cambio, en las mujeres del GV el estilo *agresivo-pasivo* junto con la *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo* son las que predicen un mayor índice de gravedad global de sintomatología (IGG), así como de síntomas de intrusión y de hiperactivación, por lo que una buena autoestima y un estilo de comunicación asertivo podrían interactuar como factores protectores de sintomatología en mujeres víctimas de VG.

Por otro lado, la variable *escape cognitivo* en el grupo GV (que no aparece como predictora en el GC) junto con un *estilo sumiso* predicen el **20,5%** del padecimiento de los *síntomas de evitación*. En este sentido, se observa como en el GV la presencia de un estilo de comunicación *sumiso* junto con el *escape cognitivo*, influyen en la presencia de *síntomas de evitación*, por lo que sería conveniente trabajar con los estilos de comunicación y estrategias de afrontamiento con el fin de disminuir la sintomatología de evitación de las mujeres GV.

3.4. Análisis de las mujeres víctimas de violencia de género

A continuación, se presentan los resultados específicos de los análisis que se han realizado dentro del grupo de mujeres víctimas de VG con la finalidad de analizar este grupo con una mayor profundidad. Los resultados han sido divididos en cuatro subapartados.

En el primer apartado se muestran los resultados descriptivos obtenidos de la entrevista de las mujeres víctimas de VG y los resultados obtenidos mediante el cuestionario sobre motivos por los que las mujeres se mantenían en la relación de malos tratos.

En el segundo apartado, se exponen los resultados tras modular la muestra de las mujeres víctimas de VG en función de si han interpuesto o no denuncia por malos tratos.

En el tercer apartado, se exponen los resultados tras modular la muestra de las mujeres víctimas de VG en función del tipo del maltrato.

Por último, en el cuarto apartado, se exponen los resultados tras modular la muestra de las mujeres víctimas de VG en función la duración de los malos tratos.

3.4.1. Análisis descriptivos de las mujeres víctimas de violencia de género

A continuación, se describen los resultados obtenidos en la entrevista las mujeres víctimas de VG correspondientes a la historia de la conducta violenta, a la percepción de riesgo por parte de la mujer y a las circunstancias agravantes, así como los resultados del cuestionario de motivos por los que las mujeres permanecían en la relación de malos tratos mediante los cuestionarios elaborados ad hoc para la presente investigación.

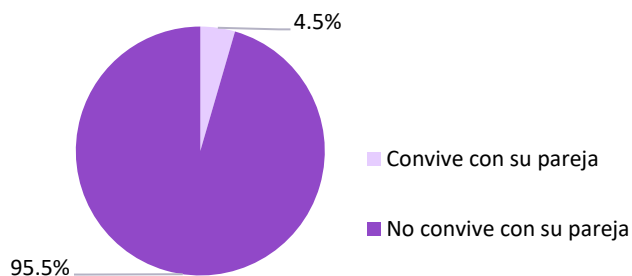
3.4.1.1. Historia de la conducta violenta

En este apartado se recoge información sobre la historia de la conducta violenta de las mujeres del GV.

A continuación, en la Figura 29 se indica la distribución de las mujeres del GV en función de si **conviven con su pareja agresora**.

Figura 29

Distribución del Grupo GV en Relación a si Conviven con su Pareja Agresora

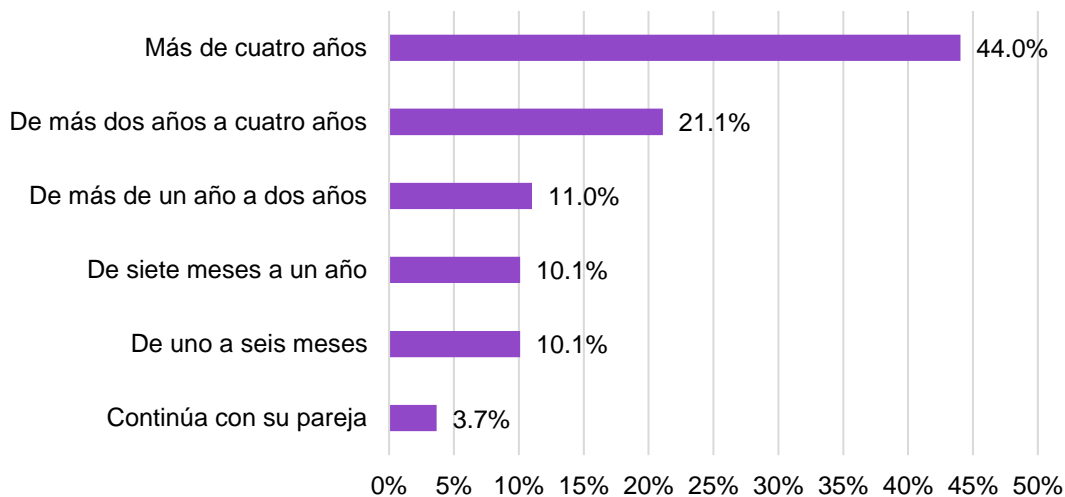


Tal y como se observa en la Figura 29, un 4,5% señalan que conviven con su pareja agresora y un 95,5% refieren que no lo hacen.

Seguidamente, en la Figura 30 se indica la distribución de las GV en función del **tiempo que hace que se terminó la relación con su pareja agresora**.

Figura 30

Distribución del Grupo GV Respecto al Tiempo que Hace que se Terminó la Relación con su Pareja Agresora

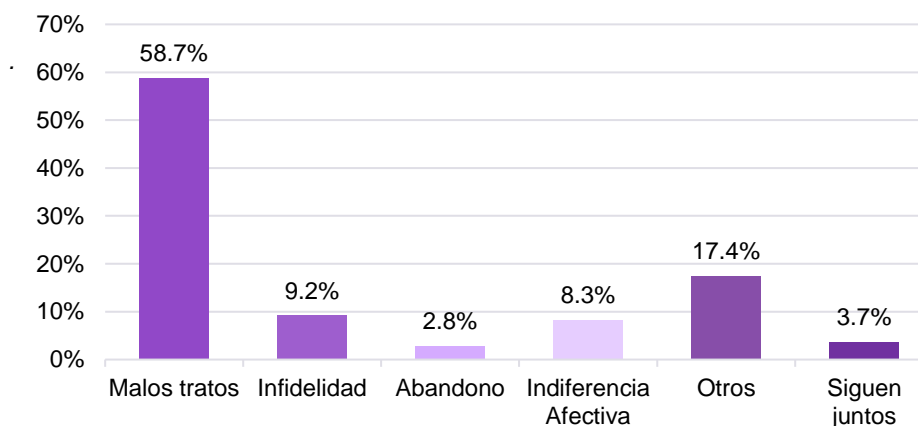


En cuanto al tiempo que hace que se terminó la relación con la pareja agresora, un 3,7% de las mujeres del GV indica que continúan con su pareja agresora, un 10,1% refieren que la relación se terminó entre uno a seis meses, un 10,1% manifiestan entre siete meses a un año, un 11% entre más de un año a dos años, un 21% indican entre más de dos años a cuatro años y un 44% de las mujeres refiere que hace más de 4 años.

Seguidamente, en la Figura 31, se indica la distribución de las GV en función del **motivo de la ruptura** con la pareja agresora.

Figura 31

Distribución del Grupo GV en Relación al Motivo de la Ruptura con su Pareja Agresora

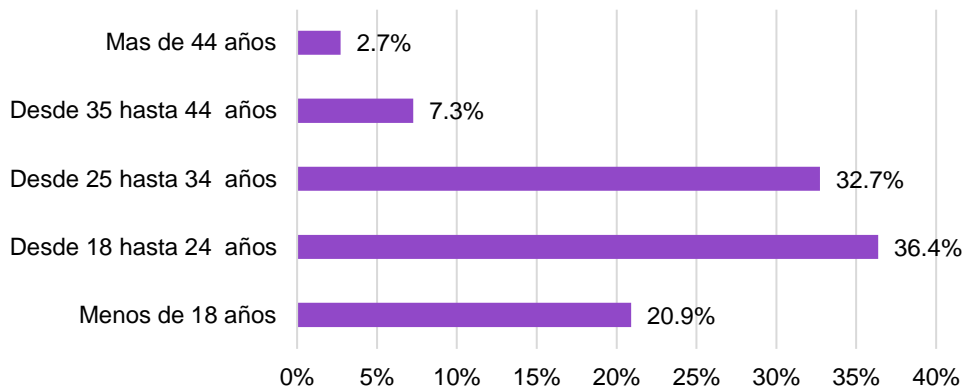


En relación con el motivo de la ruptura con su pareja agresora, un 58,7% de las mujeres del GV refiere que el motivo fue a consecuencia de los malos tratos, un 9,2% indica que su pareja le fue infiel, un 2,8% indican que las abandonaron, un 8,3% refieren indiferencia afectiva, un 17,4% señalan otros motivos y un 3,7% indican que todavía siguen juntos.

A continuación, en la Figura 32 se expone la distribución de las mujeres del GV en función de **la edad que tenían cuando conocieron a su pareja agresora**.

Figura 32

Distribución del Grupo GV Respecto a la Edad que Tenían Cuando Conoció a su Pareja Agresora en Años

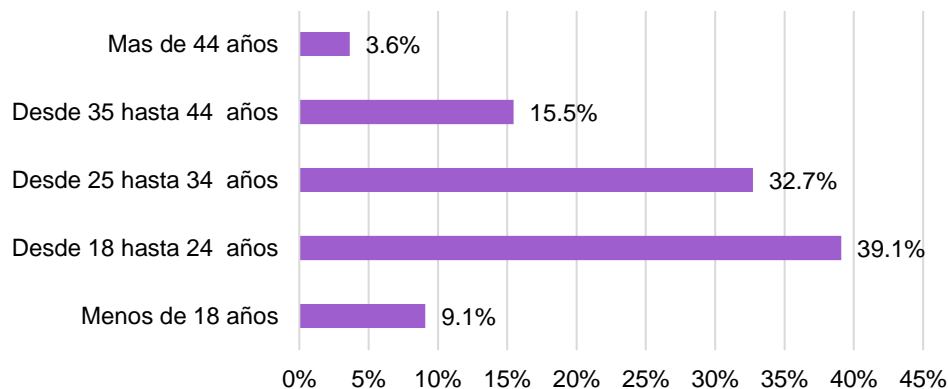


En cuanto a la edad que tenían cuando se conocieron a su pareja agresora, tal y como se puede observar en la Figura 32, un 20,9% tenían menos de 18 años cuando conoció a su pareja agresora, un 36,4% tenían entre 18 y 24 años, un 32,7% tenían entre 25 hasta 34 años, un 7,3% tenían entre 35 y 44 años y un 2,7% tenían más de 44 años.

Seguidamente, en la Figura 33, se expone la distribución de las GV en función de **la edad que tenía su pareja agresora cuando se conocieron.**

Figura 33

Distribución del Grupo GV Respecto a la Edad que Tenía su Pareja Agresora Cuando lo Conoció

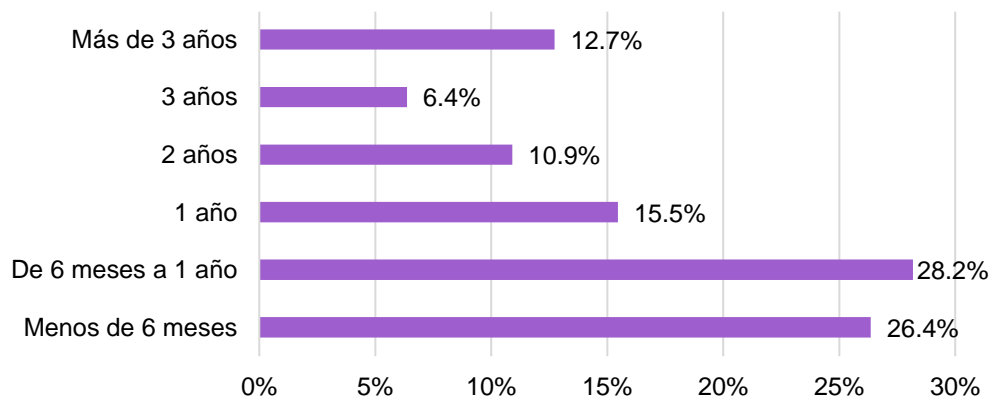


En cuanto a la edad que tenía su pareja agresora cuando se conocieron, un 9,1% de las GV señala que su pareja tenía menos de 18 años, un 39,1% indican que su pareja tenía entre 18 y 24 años, un 32,7% señalan que tenía entre 25 y 34 años, un 15,5% refieren que tenían entre 35 y 44 años y un 3,6% manifiestan que tenía más de 44 años.

Seguidamente, en la Figura 34 se expone la distribución de las GV en función del **tiempo que pasó desde que conoció a su pareja agresora y empezó el maltrato.**

Figura 34

Distribución del Grupo GV Respecto al Tiempo Transcurrido hasta el Inicio del Maltrato

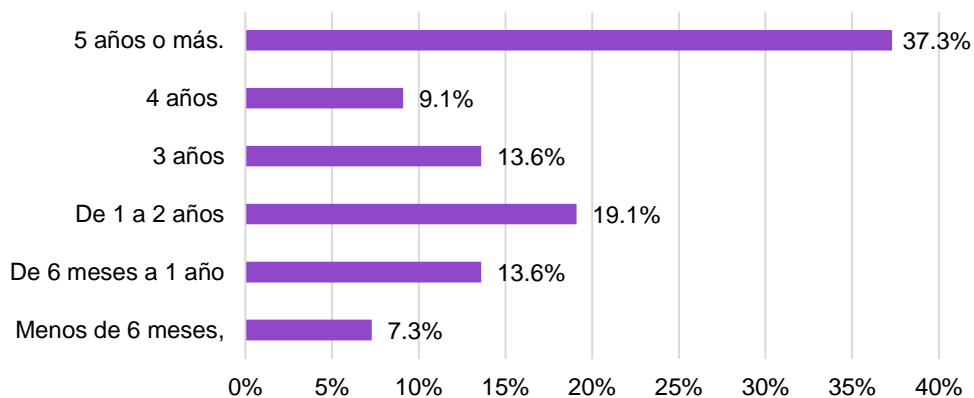


Con respecto al tiempo transcurrido desde que conoce a su pareja y el inicio de los malos tratos, un 26,4% de las mujeres del GV indican que transcurrieron menos de seis meses, un 28,2% refieren que transcurrió de seis meses a un año, un 15,5% señalan que transcurrió un año, un 10,9% indican que dos años, un 6,4% señalan 3 años y un 12,7% refieren que más de tres años, por lo que en más de la mitad de la muestra el maltrato comenzó antes del año de relación.

A continuación, en la Figura 35 se expone la distribución de las GV en función de la **duración de los malos tratos.**

Figura 35

Distribución del Grupo GV Respecto a la Duración del Maltrato

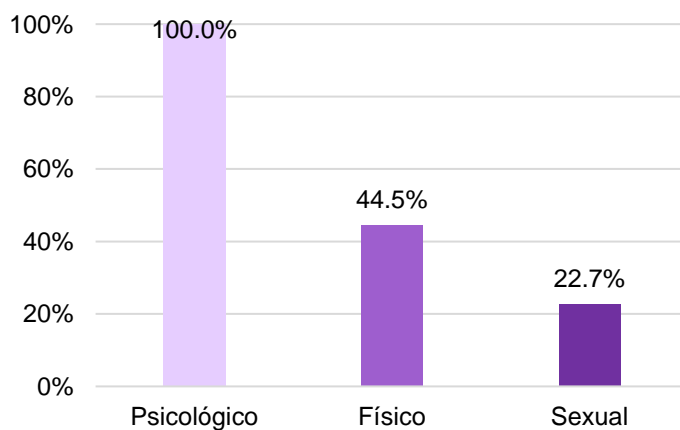


En cuanto al tiempo que duraron los malos tratos recibidos, un 7,3% de las mujeres del GV indican que duró menos de seis meses, un 13,6% señalan que duró de seis meses a un año, un 19,1% indican que duró de uno a dos años, un 13,6% de las mujeres señala que duró tres años, un 9,1% indica que duró cuatro años y un 37,3% señala que cinco años o más.

A continuación, en la Figura 36 se expone la distribución de las GV en función del **tipo de maltrato recibido**.

Figura 36

Distribución del Grupo GV en Relación al Tipo de Maltrato Recibido

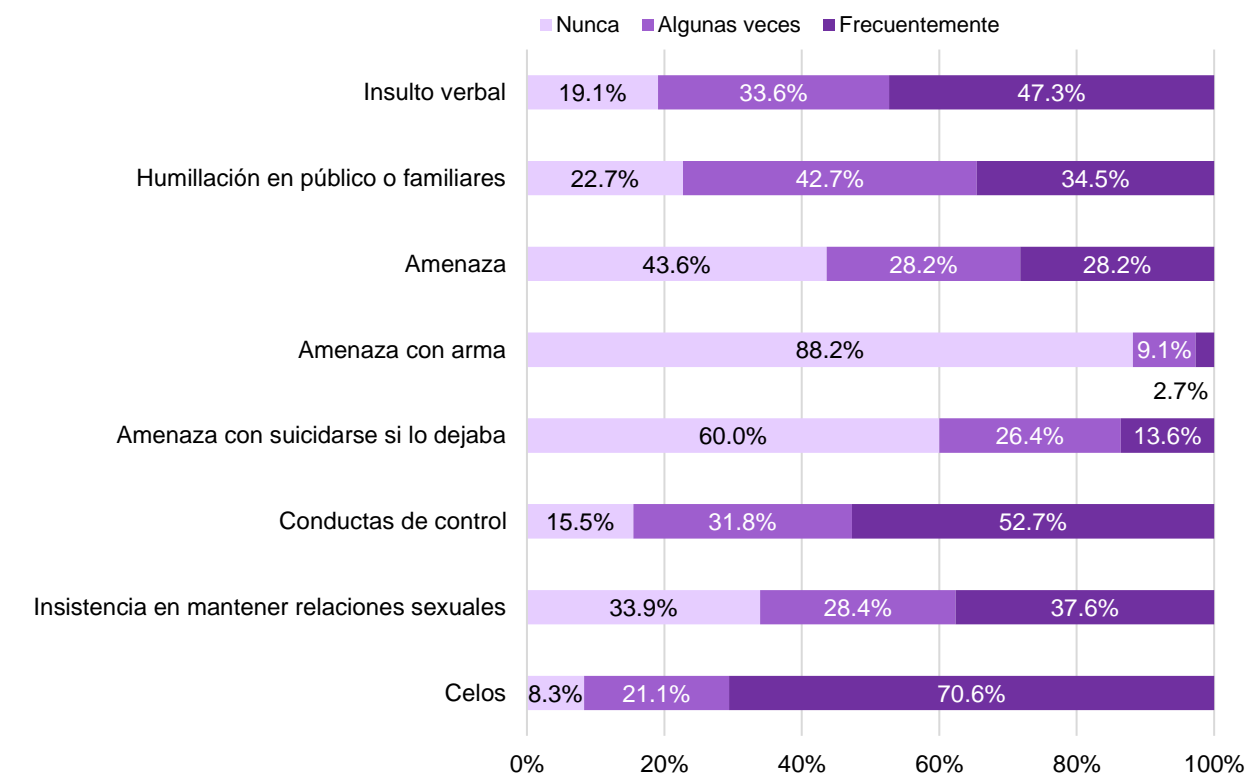


Tal y como se puede observar en la Figura 36, el total de la muestra, es decir un 100% del GV refieren que han sufrido malos tratos psicológicos, un 44,5% refieren que también han sufrido también maltrato físico y un 22,7% indican que también han sufrido malos tratos de tipo sexual.

Seguidamente, en la Figura 37 se expone la distribución de las mujeres del GV en función del tipo de amenazas y abusos graves contra la mujer y su frecuencia:

Figura 37

Distribución del Grupo GV en Relación al Tipo de Amenazas y Abusos Graves y su Frecuencia



Tal y como muestran los datos, en relación si su pareja agresora la **insultaba verbalmente**, un 47,3% de las mujeres del GV refieren que lo hacía frecuentemente, un 33,6% indican que lo hacía algunas veces y un 19,1% señalan que nunca.

Con respecto, a si era **humillada o ridiculizada en público o delante de algún conocido/familiar**, un 34,5% indican que su pareja lo hacía frecuentemente, un 42,7% señalan que algunas veces y un 22,7% indican que no lo hacían.

Con respecto a si su pareja le **amenazaba con destruir/hacer daño a alguna cosa o persona que apreciara**, un 28,2% de las mujeres indican su pareja lo hacía frecuentemente, un 28,2% señalan que algunas veces y un 43,6% indican que no.

En relación, a si fue **amenazada alguna vez con un arma**, un 2,7% indican que frecuentemente, un 9,1% informan de que algunas veces y un 88,2% manifiestan que no.

Con respecto a si su pareja le **amenazó con suicidarse si lo dejaban**, un 13,6% indican que frecuentemente, un 26,4% refieren que algunas veces y un 60% indican que no.

En relación, a si su pareja **le controlaba sus cosas (su móvil, sus cajones, sus conversaciones con amigos/familiares, sus gastos)**, un 52,7% de las mujeres indican frecuentemente, un 31,8% señalan algunas veces y un 15,5% manifiestan que no lo hacían.

En relación, a si su pareja le **demandaba con insistencia mantener relaciones sexuales**, un 37,6% señalan que frecuentemente, un 28,4% de las víctimas señalan que algunas veces y un 33,9% señalan que no.

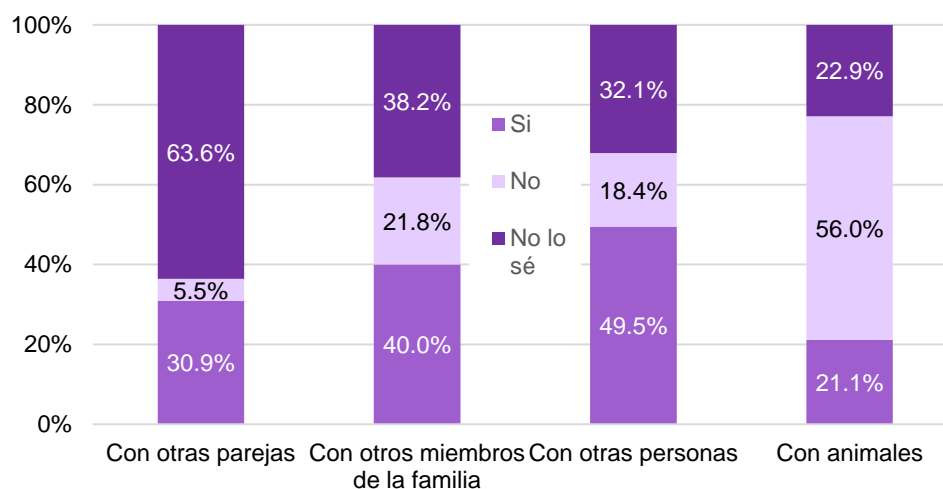
Con respecto a si **su pareja se comportaba de manera celosa con sus compañeros de trabajo/amigos/familiares o sentía celos de ellas**, un 70,6% de las mujeres indican que frecuentemente, un 21,1% indican que algunas veces y un 8,3% refieren que no.

Las conductas que los agresores realizan con más frecuencia y que son manifestadas por más de la mitad de las mujeres, son comportarse de manera celosa y las conductas de control.

A continuación, en la Figura 38 se expone la distribución de las GV en función **de si pareja agresora ha sido agresiva con otras parejas, con miembros de la familia o con animales.**

Figura 38

Distribución del Grupo GV Respecto a si la Pareja Ha Sido Agresiva con Otras Parejas, con Miembros de la Familia, Otras Personas o Animales

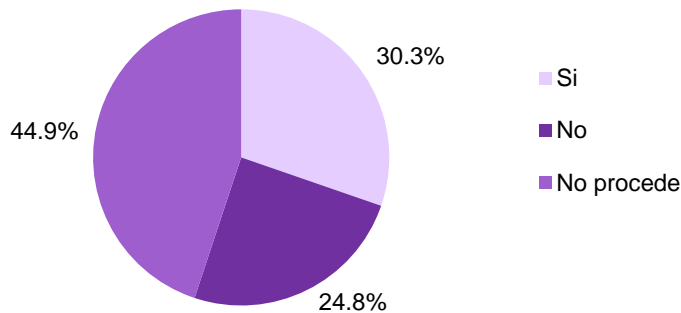


Tal y como se observa en la Figura 38, con respecto a *si su pareja ha sido agresiva con otras parejas*, un 30,9% de las mujeres del GV indican que sí, un 5,5% indican que no y un 63,6% indican que no lo saben. Con respecto a *si su pareja agresora ha sido agresiva con otros miembros de la familia*, un 40% indican que sí, un 21,8% señalan que no y un 38,2% refieren que no lo sé. En relación con *si su pareja agresora es agresiva con otras personas*, un 49,5% indican que sí, un 18,4% indican que no, y un 32,1% indican que no lo saben. Con respecto a *si su pareja agresora muestra comportamientos violentos con animales*, un 21,1% indican que sí, un 56% refieren que no y un 22,9% indican que no lo saben.

Seguidamente, en la Figura 39 en la se expone la distribución de las GV en función **de si su pareja agresora ha sido agresiva con sus hijos.**

Figura 39

Distribución del Grupo GV Respecto a si su Pareja Agresora Ha Sido Agresiva con sus Hijos

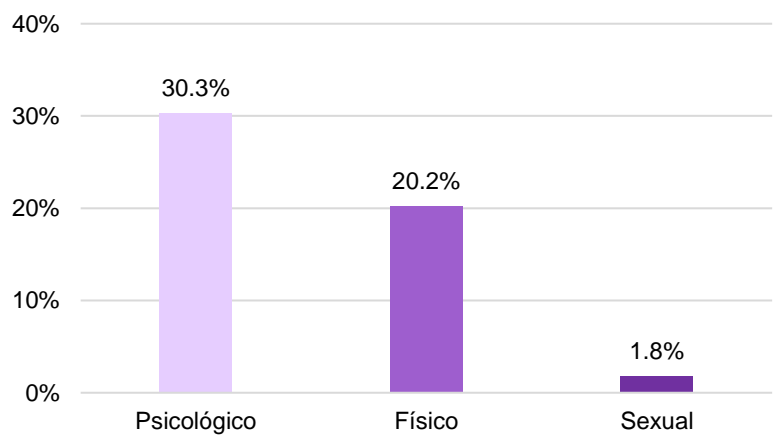


Tal y como muestran los datos, un 30,3% de las GV señalan que su pareja ha sido agresiva con sus hijos, un 24,8% refieren que no y un 44,9% indican que no procede (Ver Figura 39).

En la Figura 40, se expone la distribución de la muestra en relación, al ***tipo de maltrato que han recibido sus hijos.***

Figura 40

Distribución del Grupo GV en Relación con el Tipo de Maltrato que Han Recibido sus Hijos

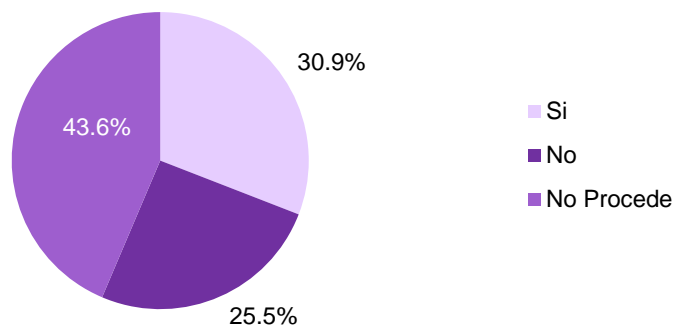


En relación, al tipo de maltrato que han recibido sus hijos, un 20,2% refieren que sus hijos han recibido maltrato físico, un 30,3% indican que han recibido maltrato de tipo psicológico y un 1,8% indican que han recibido maltrato de tipo sexual.

En la Figura 41, se observa la distribución de la muestra en función de **si su pareja agresora la maltrató durante el embarazo.**

Figura 41

Distribución del Grupo GV Respecto a si su Pareja Agresora la Maltrató durante el Embarazo

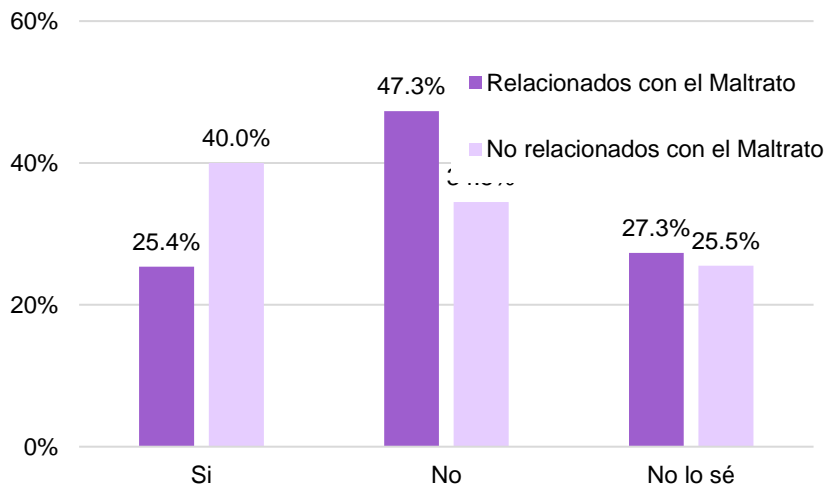


En cuanto a si su pareja agresora la maltrató durante el embarazo, un 30,9% de las mujeres del GV indican que sí, un 25,5% refieren que no, y un 43,6% señalan que no procede.

A continuación, en la Figura 42, se observa la distribución de la muestra en función de si **su pareja agresora ha tenido problemas legales.**

Figura 42

Distribución del Grupo GV Respecto a si su Pareja Agresora Ha Tenido Problemas Legales

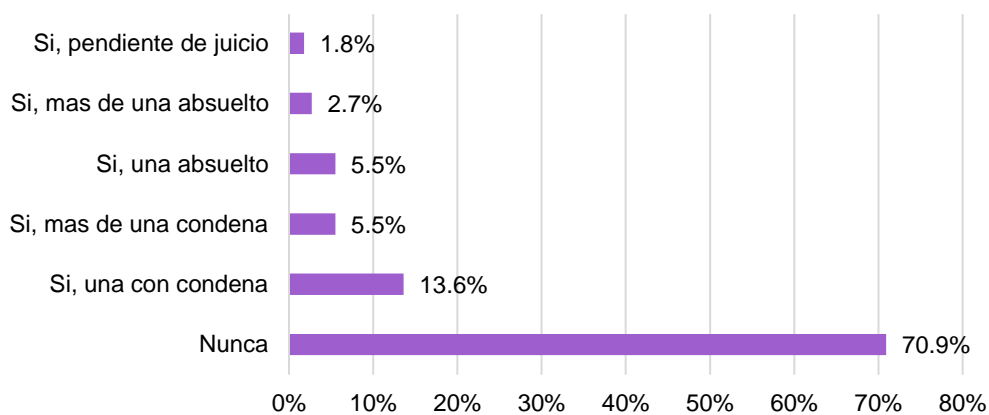


Los resultados revelan que un 25,5% de las mujeres del GV refieren que su pareja ha tenido *problemas legales relacionados con el maltrato*, un 47,3% señalan que no, y un 27,3% indican que no lo saben. Con relación a si su *pareja agresora ha tenido problemas legales no relacionados con el maltrato*, un 40% refieren que sí, un 34,5% indican que no, y un 25,5% indican que no lo saben.

En la Figura 43, podemos ver la distribución de la muestra en función de si han interpuesto alguna **denuncia por malos tratos hacia su agresor**.

Figura 43

Distribución del Grupo GV Respecto a la Existencia de Denuncias

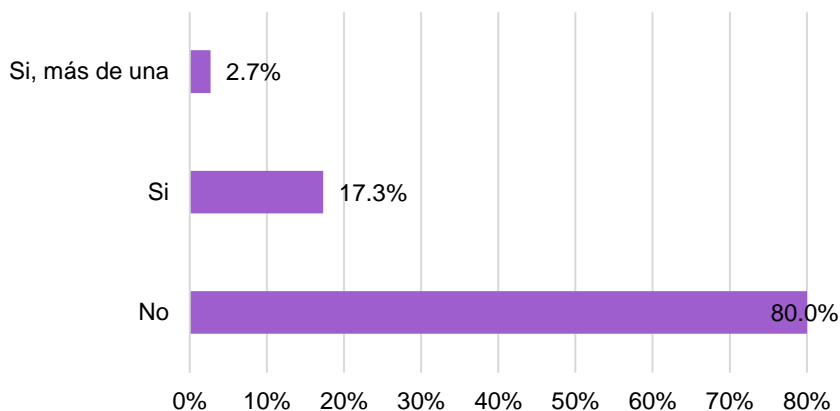


Con respecto a la existencia de denuncias, un 70,9% de las mujeres del GV refieren que nunca han denunciado, un 13,6% refiere que sí han denunciado y ha habido una condena, un 5,5% de las mujeres indican que han denunciado y ha habido más de una condena, un 5,5% refieren que han denunciado una vez pero no ha habido condena, un 2,7% indican que ha habido más de una denuncia con absolución y un 1,8% refieren que ha habido denuncia pero que está pendiente de juicio.

Seguidamente, en la Figura 44, se puede observar la distribución de la muestra en función de la existencia de **orden de alejamiento**.

Figura 44

Distribución del Grupo GV Respecto a si Ha Habido Orden de Alejamiento

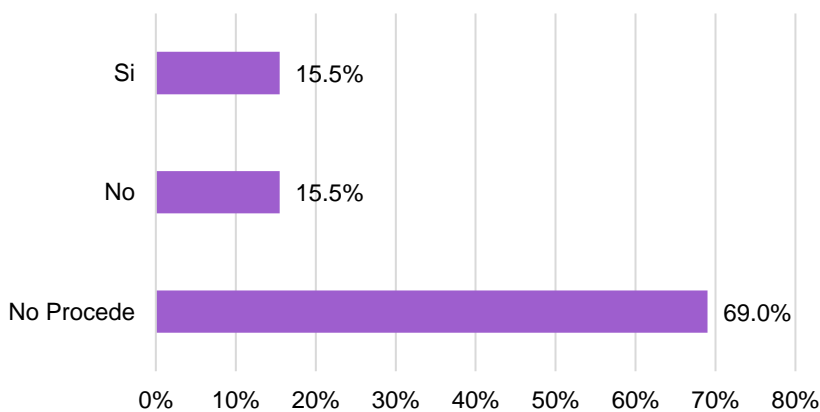


Los datos muestran que un 17,3% de las mujeres señalan indican que si han tenido una orden de alejamiento, un 2,7% señalan que más de una y un 80% indican que no.

A continuación, en la Figura 45, se expone la distribución de la muestra en función de si ha habido **quebrantamiento de la orden de alejamiento o medida de protección por parte del agresor.**

Figura 45

Distribución del Grupo GV en Relación con el Quebrantado la Orden de Alejamiento o Medida de Protección por Parte de su Pareja

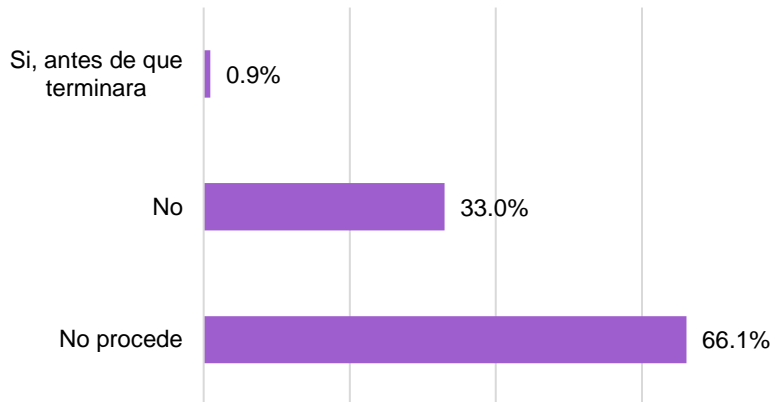


Con relación a si ha habido quebrantamiento de la orden de alejamiento o medida de protección por parte de los agresores, un 15,5% de las víctimas señalan que sí, un 15,5% indican que no, y un 69,1% indican que no procede.

En la Figura 46, se expone la distribución de la muestra con relación a **si volvió con su pareja agresora después de la orden de alejamiento**.

Figura 46

Distribución del Grupo GV Respecto a si Volvió con su Pareja Agresora Después de la Orden de Alejamiento

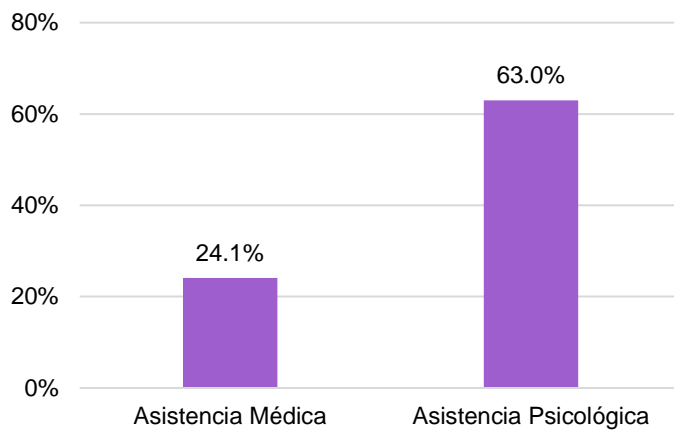


Con respecto a si volvió con su pareja agresora en alguna ocasión después de la orden de alejamiento, el 0,9% refirió que antes de que se terminara, el 33% refirió que nunca y el 66,1% refiere que no procede.

Seguidamente en la Figura 47, se expone la distribución de la muestra en función de si recibió **asistencia médica y psicológica a consecuencia del maltrato**.

Figura 47

Distribución del Grupo GV Respecto al Tipo de Asistencia Recibida

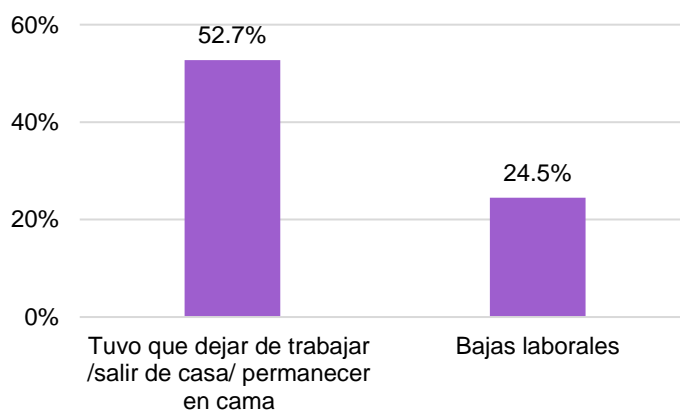


En cuanto a la asistencia médica, un 24,1% de las mujeres del GV refieren que sí la recibieron y un 75,9% manifiestan que no. Con respecto a asistencia psicológica a consecuencia de los malos tratos recibidos, un 63% refieren que sí la recibieron y un 37% señalan que no.

En Figura 48, se indica la distribución de la muestra con respecto a si **tuvo que dejar de trabajar, y/o salir de casa y/o permanecer en la cama a consecuencia de los malos tratos** y la distribución de la muestra en relación con si ha **tenido alguna baja laboral a consecuencia de los malos tratos**.

Figura 48

Distribución del Grupo GV Respecto a Consecuencias del Maltrato

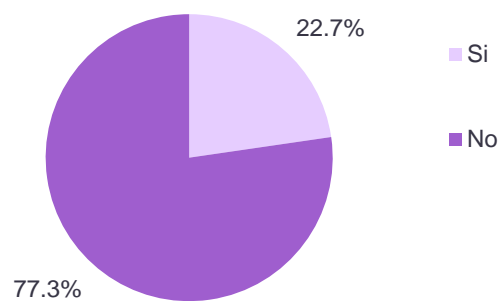


Los datos revelan que un 52,7% refieren que sí si tuvieron que dejar de trabajar y/o de salir de casa y/o o permanecer en cama como consecuencia de los malos tratos y un 47,3% refieren que no. Con respecto a si han tenido bajas laborales a consecuencia de los malos tratos, el 24,5% refieren que sí y un 75,5% refieren que no.

Seguidamente, en la Figura 49, se puede observar la distribución de la muestra en función de si ha **recibido maltrato de anteriores parejas**.

Figura 49

Distribución del Grupo GV Respecto a si Ha Recibido Maltrato de Anteriores Parejas

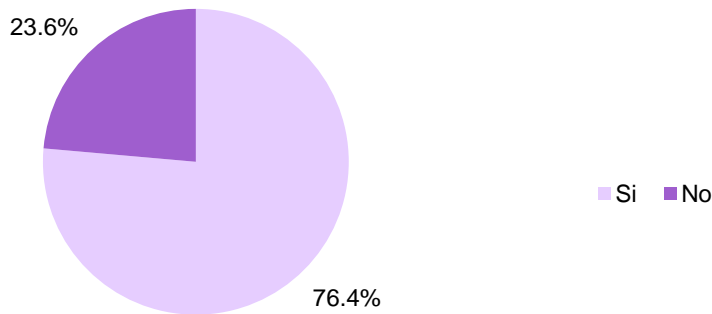


Los datos obtenidos señalan que un 22,7% de las mujeres refieren haber recibido maltrato por parte de anteriores parejas y un 77,3% expresan que no.

En la Figura 50, se observa la distribución de la muestra en función de si ha **mantenido oculto el maltrato recibido por su pareja**.

Figura 50

Distribución del Grupo GV Respecto a si Ha Mantenido Oculto el Maltrato Recibido por su Pareja

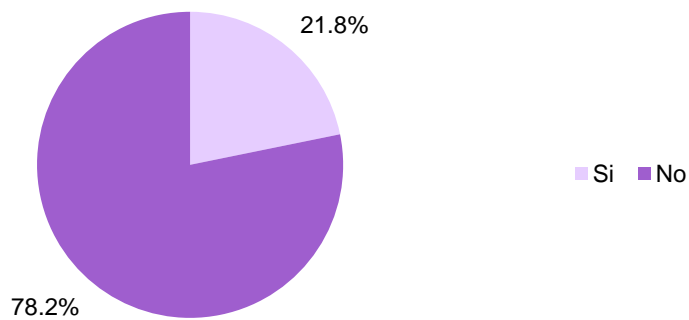


Tal y como se puede observar, un 76,4% de las víctimas indican que han mantenido oculto el maltrato y un 23,6% refieren que no lo han ocultado.

Seguidamente en la Figura 51 se observa la distribución de la muestra en función de si **dependía económicamente de su pareja agresora.**

Figura 51

Distribución del Grupo GV en Relación a si Dependía Económicamente de su Pareja Agresora

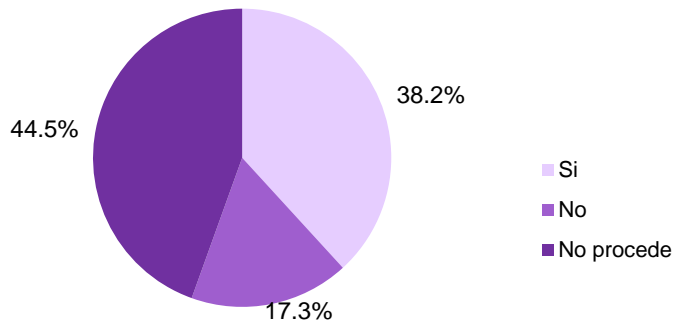


Los datos revelan que un 21,8% de las mujeres refieren que sí que dependían económicamente de su pareja agresora y un 78,2% señalan que no.

En la Figura 52, se observa la distribución de la muestra en función de **si sus hijos han presenciado en alguna ocasión el maltrato.**

Figura 52

Distribución del Grupo GV Respecto a si sus Hijos Han Presenciado en Alguna Ocasión el Maltrato

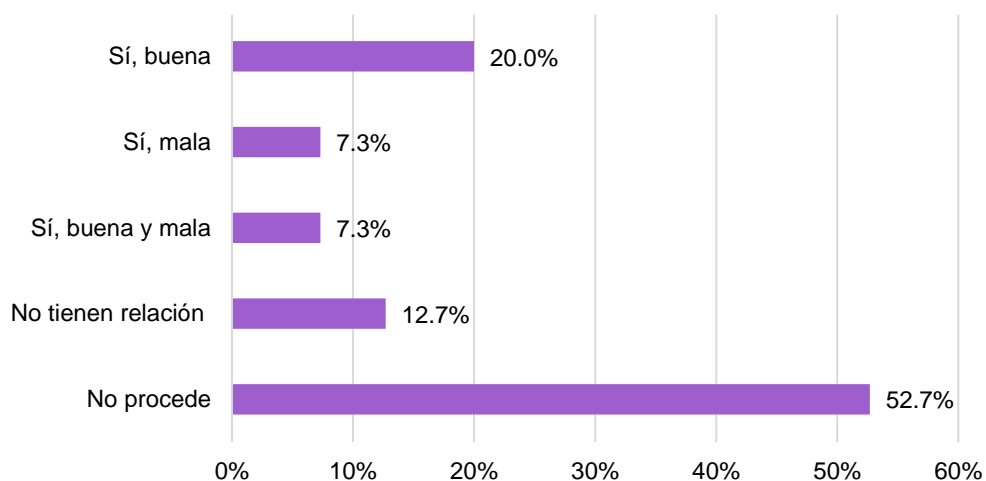


Tal y como se puede observar, un 38,2% de las víctimas refieren que sus hijos han presenciado en alguna ocasión el maltrato, un 17,3% refieren que no y un 44,5% refieren que no procede.

En la Figura 53, se expone la distribución de la muestra en función de si **sus hijos tienen relación con su padre.**

Figura 53

Distribución del Grupo GV Respecto a si sus Hijos Tienen Relación con su Padre y el Tipo de Relación



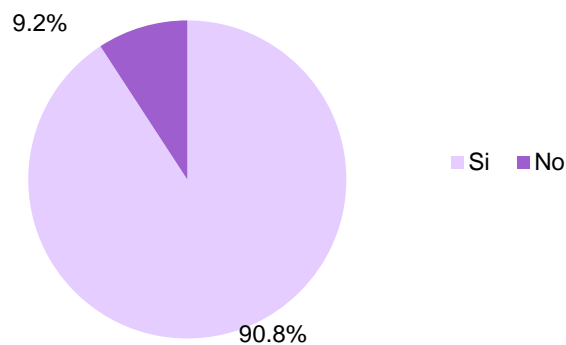
Los resultados obtenidos revelan que el 20% de las víctimas manifiestan que sus hijos tienen buena relación con su padre, el 7,3% refieren que tienen una mala relación, el 7,3% refieren que tienen una relación buena y mala, el 12,7% refieren que no tienen relación y el 52,7% no procede.

3.4.1.2. Percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer

En este apartado se describen los resultados obtenidos en la entrevista sobre la percepción de la situación de riesgo por parte de las mujeres del grupo VG. A continuación, en la Figura 54 se observa la distribución de la muestra en relación con si la mujer **alguna vez intentó hacer frente a su pareja agresora**.

Figura 54

Distribución del Grupo GV Respecto a si Alguna Vez Intentó Hacer Frente a su Pareja

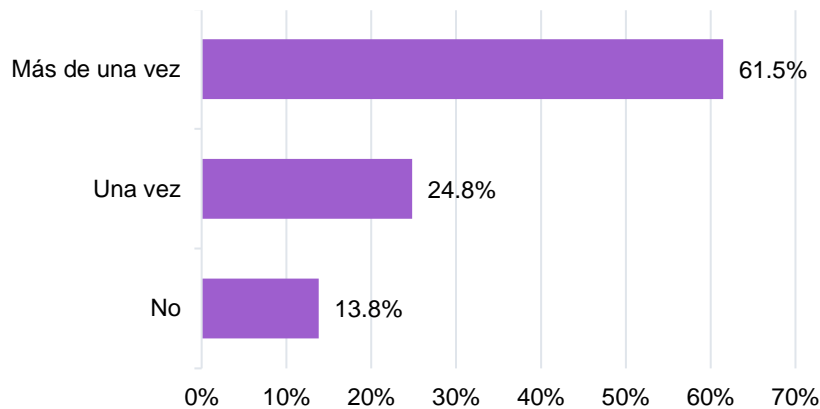


Los datos señalan que un 90,8% de las mujeres alguna vez intentaron hacer frente a su pareja agresora y un 9,2% señalan que no.

En la Figura 55, se indica la distribución de la muestra respecto a si **dejó a su pareja agresora alguna vez**.

Figura 55

Distribución del Grupo GV Respecto a si Dejó a su Pareja Alguna Vez

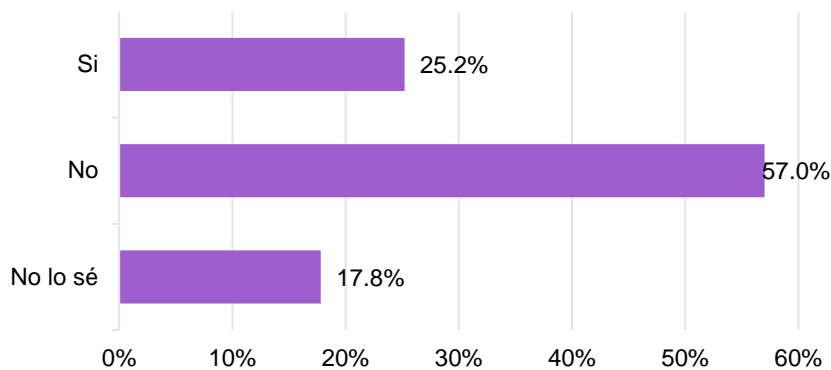


Un 61,5% de las víctimas indican que dejaron a su pareja en más de una ocasión, un 24,8% señalan que en una ocasión y un 13,8% indican que no.

Seguidamente en la Figura 56, se observa la distribución de muestra con relación a si **opina que el agresor sería capaz de matarla.**

Figura 56

Distribución del Grupo GV Respecto a si Opinan que el Agresor Sería Capaz de Matarla



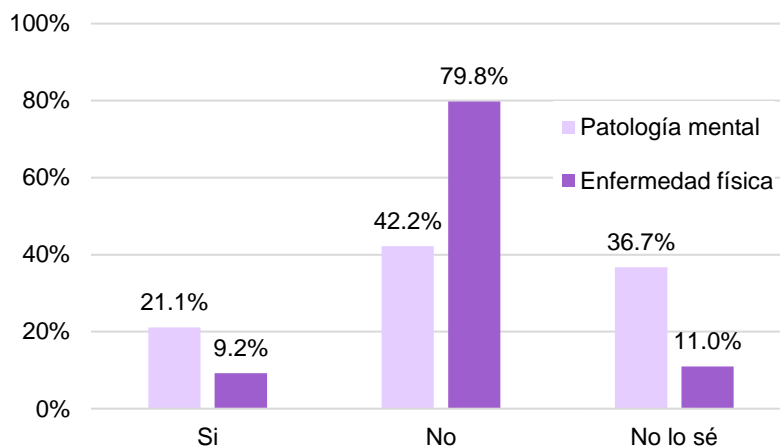
Tal y como se puede observar un 25,2% de las víctimas indican que el agresor sería capaz de matarla, un 57,0% refieren que no y un 17,8% señalan que no lo sé.

3.4.1.3. Circunstancias agravantes

En este apartado se ofrece la información que las mujeres del GV refieren sobre su pareja agresora. Seguidamente en la Figura 57, se observa la distribución de la muestra en función de si su pareja agresora tiene alguna enfermedad física y/o mental.

Figura 57

Distribución del Grupo GV Respecto a si su Pareja Agresora Tiene Alguna Patología Mental o Enfermedad Física



Con relación a si su pareja agresora tiene alguna enfermedad física, un 9,2% de las víctimas refieren que sí, un 79,8% refieren que no y un 11% indican que no lo sé. Con relación a si su pareja agresora tiene alguna patología mental, un 21,1% de las mujeres refieren que sí, un 42,2% refieren que no y un 36,7% refieren que no lo sé.

Seguidamente, en la Figura 58, se observa la distribución de la muestra respecto a la **ingesta de psicofármacos por parte de su pareja agresora**, en la Figura 59 se expone la distribución en cuanto la **ingesta de bebidas alcohólicas de su pareja agresora** y en la Figura 60 se observa la distribución de la muestra con respecto al **consumo de drogas por parte de su pareja agresora**.

Figura 58

Distribución del Grupo GV Respecto a la Ingesta de Psicofármacos por Parte de su Pareja Agresora

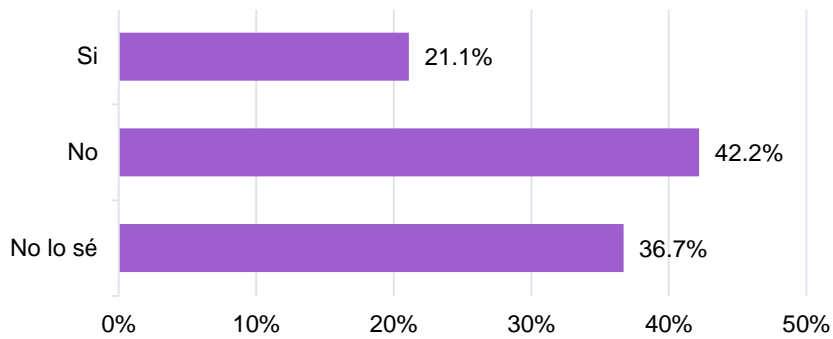


Figura 59

Distribución del Grupo GV Respecto a la Ingesta de Bebidas Alcohólicas por Parte de su Pareja Agresora

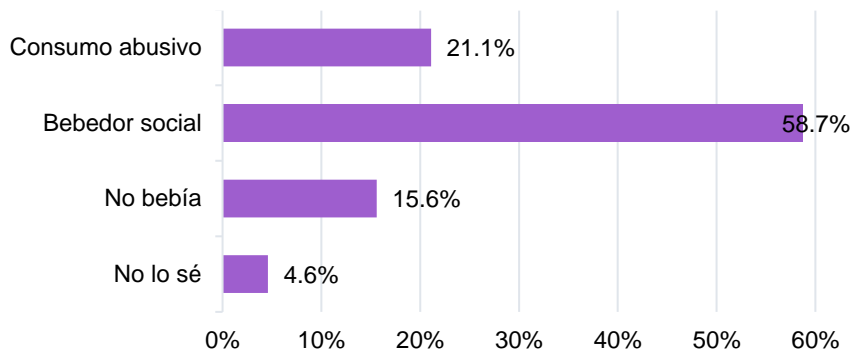
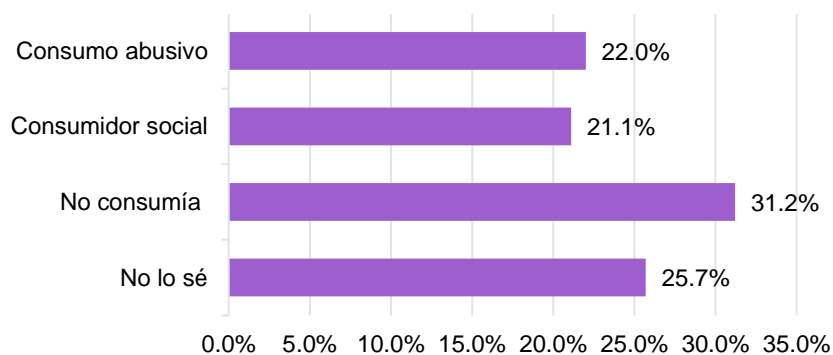


Figura 60

Distribución del Grupo GV Respecto al Consumo de Drogas por Parte de su Pareja Agresora



Con respecto a la **ingesta de psicofármacos** por parte de su pareja agresora, un 16,5% de las mujeres del GV refieren que sí los consumen, un 54,1% refieren que no y un 29,4% indican que no lo saben.

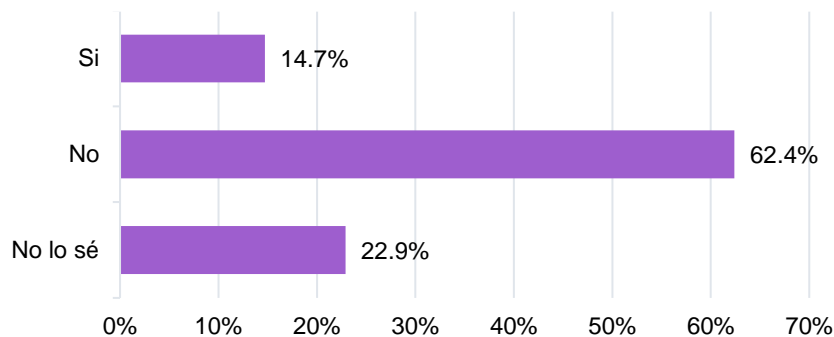
En relación con la **ingesta de bebidas alcohólicas** de su pareja agresora, un 21,1% de las mujeres del GV refieren un consumo abusivo, un 58,7% refieren que son bebedores sociales, un 15,6% indican un no consumo y un 4,6% de las mujeres señalan que lo desconocen.

Con respecto al **consumo de drogas** por parte de su pareja agresora, un 21,1% de las mujeres refiere un consumo social, un 22% un consumo abusivo, un 31,2% refiere que no consumían y un 25,7% refieren que no lo saben.

Seguidamente en la Figura 61 se expone la distribución de la muestra en función de si la pareja agresora posee **Armas**.

Figura 61

Distribución del Grupo GV en Relación a la Posesión de Armas por parte de su Pareja Agresora



En relación con la **posesión de armas** por parte de su pareja agresora, un 14,7% indican que sí poseen, un 62,4% refieren que no y un 22,9% refieren que no lo saben.

Seguidamente en la Figura 62 se observa la distribución de la muestra en función de si su **pareja agresora ha sufrido maltrato en su infancia** y en la Figura 63 se expone la

distribución en función del **tipo de malos tratos que ha recibido su pareja agresora** en su infancia.

Figura 62

Distribución del Grupo GV Respecto a si su Pareja Agresora Ha Sufrido Maltrato en su Infancia

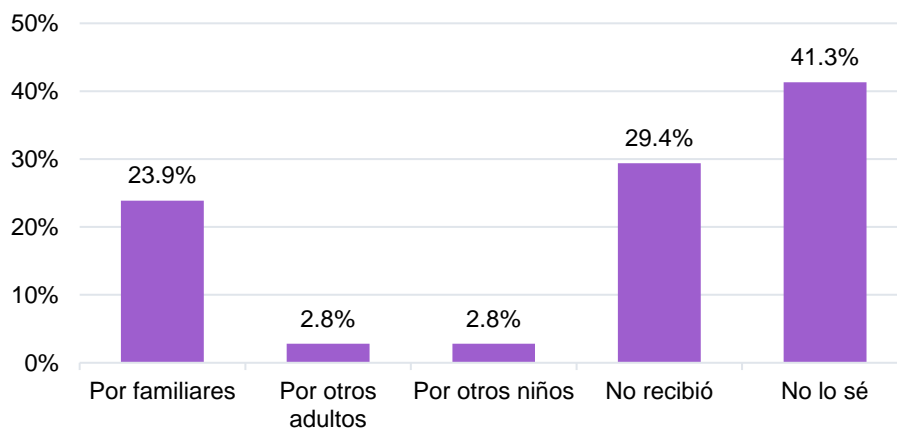
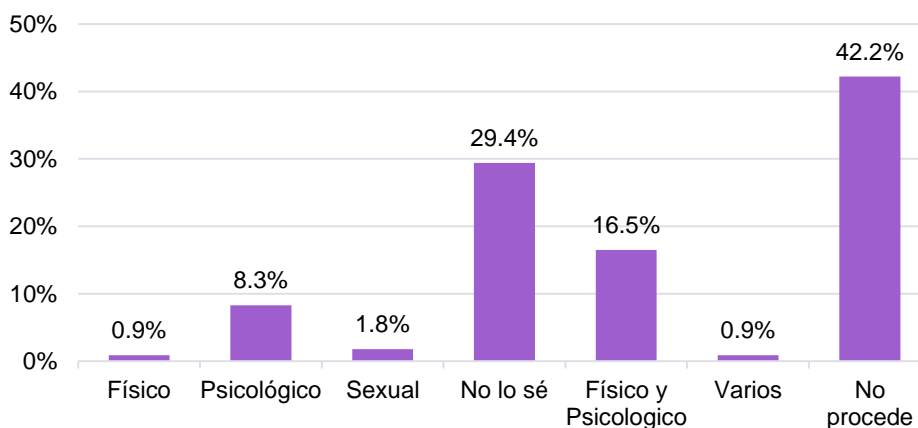


Figura 63

Distribución del Grupo GV en Relación al Tipo de Malos Tratos que Ha Recibido su Pareja Agresora en su Infancia



Con respecto a si su pareja agresora ha sufrido malos tratos en su infancia, un 23,9% de las víctimas refieren que lo ha recibido por parte de familiares, un 2,8% indica que lo ha sufrido

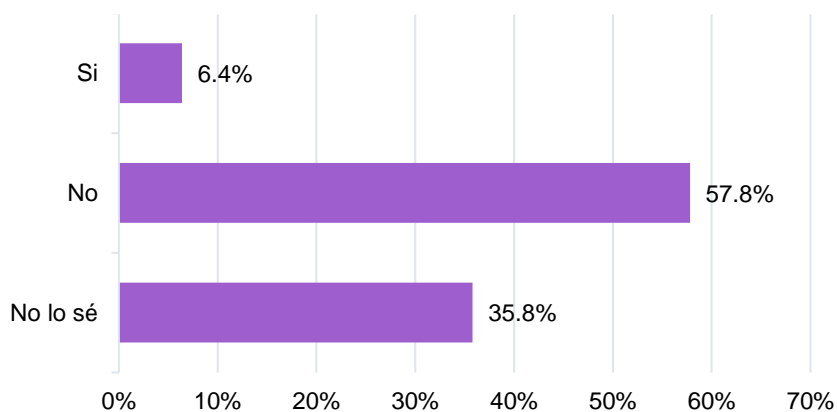
por parte de adultos, un 2,8% por parte de otros niños, un 29,4% indican que no recibieron y un 41,3% refieren que no saben si sus parejas agresoras recibieron malos tratos en su infancia.

Con relación al tipo de malos tratos que ha recibido su pareja agresora en su infancia, un 0,9% refieren que el tipo de maltrato fue físico, un 8,3% refieren que fue psicológico, un 1,8% indican que fue de tipo sexual, un 16,5% refieren que fue de tipo físico y psicológico, un 0,9% refiere que fueron de varios tipos, un 29,4% refieren que no saben qué tipo de malos tratos recibió su pareja en su infancia y un 42,2% refieren que no procede.

Por último, en la Figura 64, se observa la distribución de la muestra en función de si su pareja agresora ha tenido **intentos de suicidio**.

Figura 64

Distribución del Grupo GV Respecto a si su Pareja Agresora Ha Tenido Intentos de Suicidio



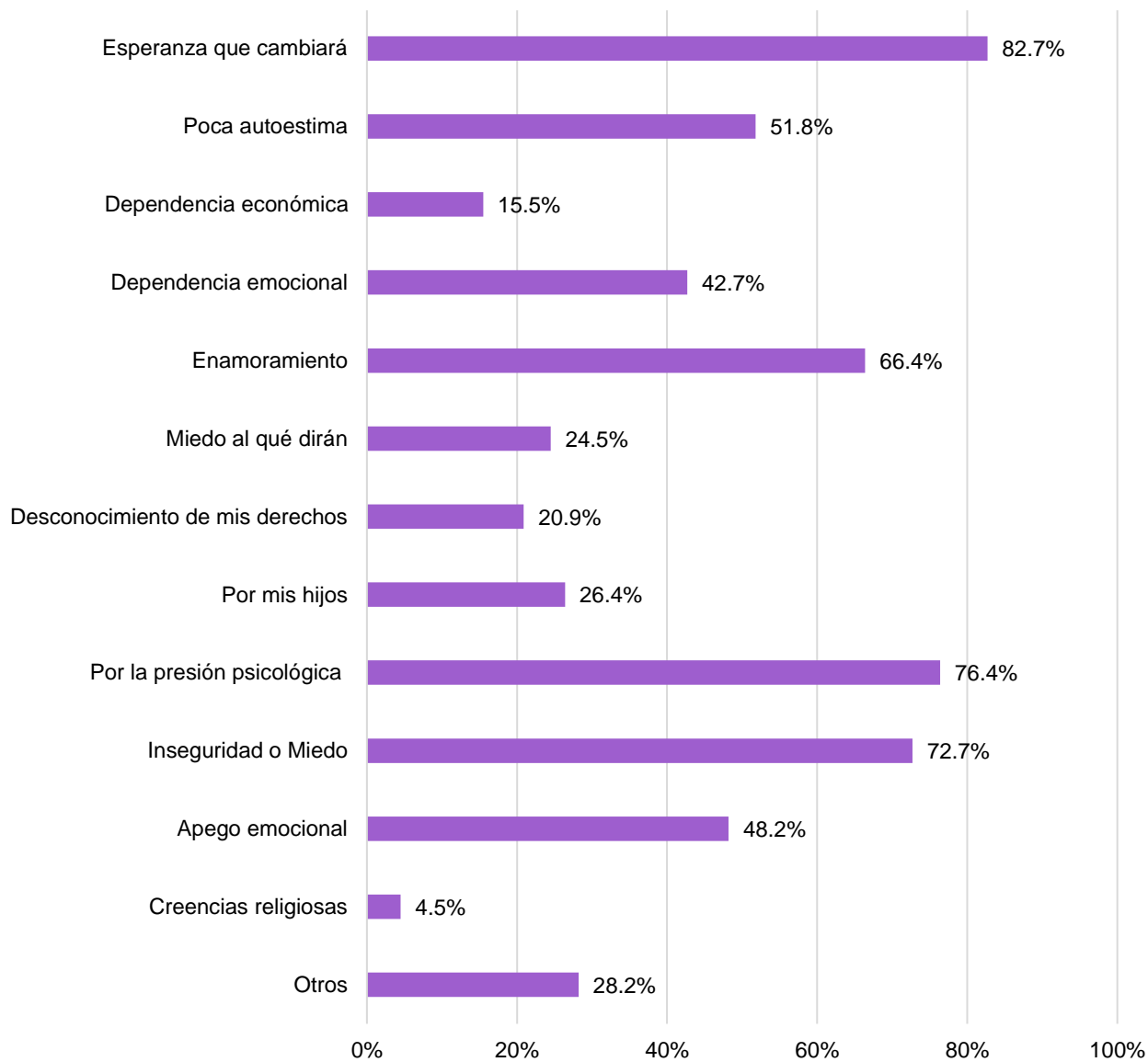
Tal y como se puede observar, un 6,4% de las mujeres del GV indican que su pareja agresora ha tenido intentos de suicidio, un 57,8% refieren que no y un 35,8% indican que no lo saben.

3.4.1.4. Cuestionario sobre motivos por los que las mujeres se mantenían en la relación de malos tratos.

A continuación, en la Figura 65, se indican los motivos señalados por las mujeres del GV por los que permanecían en la relación de pareja a pesar de los malos tratos recibidos.

Figura 65

Distribución del Grupo GV Respecto a los Motivos por los que las Mujeres Permanecían en la Relación de Malos Tratos



Los principales motivos por los que las mujeres del GV permanecían en la relación de pareja a pesar de los malos tratos recibidos son: la **esperanza de que cambiará** señalado por el 82,7% de las mujeres, por la **presión psicológica del agresor** referido por el 76,4%, por **inseguridad o miedo** indicado por el 72,7%, porque **estaba enamorada** referido por el 66,4% y por la **poca autoestima** señalado por el 51,8% de las mujeres del GV. A estos motivos le siguen: por el **apego emocional** indicado por el 48,2% de las mujeres, por la **dependencia emocional** señalado por el 42,7%, por sus **hijos** destacado por el 26,4% de las mujeres y por el **miedo a qué dirán** que es indicado por el 24,5% de las mujeres. Los motivos por los que las mujeres permanecían con sus parejas señalados en menor medida son: por el **desconocimiento de mis derechos** señalado por el 20,9%, por la **dependencia económica** indicado por el 15,5% y por **creencias religiosas** señalado por el 4,5% de las mujeres. Finalmente, el 28,2% de las mujeres señalaron por **otros motivos**.

En resumen, la *esperanza de que cambiará* es el motivo más señalado por la mayoría de las mujeres, seguido por la *presión psicológica*, por la *inseguridad o el miedo*, por el enamoramiento y por la *poca autoestima*, que son señalados por más de la mitad de las GV.

3.4.2. Análisis comparativos entre las mujeres víctimas en función de si han denunciado a su agresor: Denuncia y No Denuncia

A continuación, se exponen los resultados de contraste de medias entre las mujeres víctimas de VG que han interpuesto alguna denuncia por VG a su pareja o expareja y las mujeres víctimas de VG que nunca han denunciado en los tipos de apego (CAA), estilos de comunicación (ASPA), estilos de afrontamiento (COPE), experiencias disociativas (DES), síntomas de TEPT (EIE-R), síntomas psicológicos (SCL-90-R) e índice de vulnerabilidad (IV). Para la comparación de los valores promedios se ha utilizado la prueba t-Student.

A continuación, en la Tabla 25 se muestran los contrastes de medias entre el grupo de mujeres que han denunciado y el grupo de mujeres que no han denunciado en el **tipo de apego**.

Tabla 25

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en el Tipo de Apego

	No denuncia (N=78)		Denuncia (N=32)		t	d
	M	DT	M	DT		
CAA						
Baja autoestima	42,15	12,38	40,44	14,82	,58	
Resolución hostil	26,18	7,79	26,47	10,31	-,14	
Expresión de sentimientos	42,67	6,24	38,50	8,86	2,43*	,55
Autosuficiencia emocional	18,06	5,42	19,94	7,45	-1,29	

Nota. CAA= Cuestionario de Apego adulto; Baja autoestima= Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Resolución hostil= Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Expresión de sentimientos= expresión de sentimientos y comodidad en las relaciones; Autosuficiencia emocional= autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d= d de Cohen.

*=p<,05.

Los resultados que se han obtenido con la t de student, indican diferencias significativas entre los dos subgrupos únicamente en una de las cuatro escalas. El subgrupo de mujeres víctimas de VG que nunca ha denunciado ha obtenido puntuaciones más elevadas (respecto al subgrupo de mujeres víctimas de VG que ha denunciado) en la escala *expresión de sentimientos-comodidad con las relaciones* (t=2,43; p<,05), con un tamaño del efecto medio (d=,55).

Los resultados que se indican en la Tabla 26 muestran los estadísticos descriptivos, medias y desviación típicas, así como el resultado de la prueba t de student y el tamaño del efecto medido mediante la d de Cohen entre la muestra de mujeres que han denunciado y las mujeres que nunca han denunciado en los **estilos de comunicación**.

Tabla 26

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en los Estilos de Comunicación

	No denuncia (N=78)		Denuncia (N=32)		t	d
	M	DT	M	DT		
ASPA						
Asertividad	45,74	10,05	41,34	11,74	1,86	
Agresión	17,26	7,57	17,03	8,14	,13	
Sumisión	23,65	9,58	30,72	10,79	-3,22**	-,69
Agresión pasiva	23,23	10,23	25,91	12,40	-1,08	

Nota. ASPA= Cuestionario de aserción en la pareja; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d= d de Cohen.

**= $p < ,01$.

Los resultados que se han obtenido con la t de student, indican que el grupo con denuncia ha obtenido puntuaciones estadísticamente más elevadas respecto al grupo sin denuncia en la escala *sumisión* ($t = -3,22$; $p < ,01$), con un tamaño del efecto alto ($d = -,69$), mientras que no se han encontrado diferencias significativas en asertividad, agresión y agresión-pasiva.

Seguidamente, los resultados que se indican en la Tabla 27 muestran el contraste de medias entre el grupo de mujeres que han denunciado y en el grupo de mujeres que nunca han denunciado en los **estilos de afrontamiento** evaluados por la escala COPE.

Tabla 27

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en los Estilos de Afrontamiento

	No denuncia (N=78)		Denuncia (N=32)		t	d
	M	DT	M	DT		
COPE						
Afrontamiento conductual centrado en el problema	32,19	4,59	32,16	6,06	,03	

Afrontamiento cognitivo del problema	39,90	6,60	40,13	7,79	- ,15	
Escape cognitivo	18,68	4,97	19,69	5,78	- ,87	
Afrontamiento centrado en las emociones	35,45	6,61	33,34	8,45	1,26	
Consumo de drogas	5,31	2,51	4,38	1,56	2,35*	,46

Nota. COPE= Cuestionario de estilos de afrontamiento; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d= d de Cohen.

*=p<,05.

Los resultados que se han obtenido con la t de student, indican diferencias significativas entre los dos grupos en solo una de las subescalas del instrumento. El grupo de mujeres que no ha denunciado ha obtenido puntuaciones estadísticamente más elevadas (respecto al grupo de mujeres que ha interpuesto denuncia) en la escala de afrontamiento de *consumo de drogas* (t=2,35; p<,05), con un tamaño del efecto moderado (d=,46).

A continuación, en la Tabla 28 se exponen los resultados que indican los contrastes de medias entre el grupo de mujeres víctimas de VG que han denunciado y el grupo de mujeres que no han denunciado en los síntomas de **experiencias disociativas**.

Tabla 28

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en los Factores de Disociación

DES	No denuncia (N=78)		Denuncia (N=32)		t	d
	M	DT	M	DT		
Factor 1	342,82	282,21	367,47	287,03	- ,41	
Factor 2	35,51	38,73	45,31	57,19	- ,89	
Factor 3	50,00	78,95	52,50	69,70	- ,16	
Puntuación Total	435,38	377,73	479,66	386,03	- ,55	

Nota. DES= Escala de experiencias disociativas; Variables: Factor 1= Absorción-Desrealización; Factor 2= Amnesia; Factor 3= Despersonalización; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d= d de Cohen.

Los resultados que se han obtenido a partir de la prueba t de student, indican que no hay diferencias significativas entre los dos grupos en ninguna subescala de experiencias disociativas.

Seguidamente, en la Tabla 29 se muestran los contrastes de medias entre grupo de mujeres que han denunciado y el grupo de mujeres que no han denunciado en los síntomas de **TEPT**.

Tabla 29

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en los Síntomas de TEPT

	No denuncia (N=78)		Denuncia (N=32)		t	d
	M	DT	M	DT		
EIE-R						
Intrusión	2,23	1,56	2,58	1,76	-,86	
Evitación	2,04	1,27	2,27	1,44	-,80	
Hiperactivación	2,17	1,52	2,47	1,80	-,83	
Puntuación Total	2,15	1,32	2,43	1,57	-,88	

Nota. EIE-R= Escala de Impacto de estresor; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d= d de Cohen.

Los resultados que se han obtenido con la t de student, indican que no existen diferencias significativas entre los dos grupos en las cuatro subescalas del instrumento en cuanto a la presencia de síntomas de TEPT.

Seguidamente, los resultados que se indican en la Tabla 30 muestran los contrastes de medias entre el grupo de mujeres maltratadas que han denunciado y el grupo de las mujeres que no han denunciado en los **síntomas psicológicos**

Tabla 30

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en los Síntomas Psicológicos

	No denuncia (N=78)		Denuncia (N=32)		t	d
	M	DT	M	DT		
SCL-90-R						
Somatización	1,25	0,93	1,46	1,11	-,96	
Obsesión/Compulsión	1,34	0,90	1,56	1,13	-,95	
Susceptibilidad	1,08	0,85	1,13	0,88	-,26	
Depresión	1,50	0,94	1,62	1,14	-,55	
Ansiedad	1,06	0,89	1,54	1,23	-2,01*	-,45
Hostilidad	0,74	0,75	0,75	0,56	-,07	
Ansiedad fóbica	0,58	0,81	1,00	1,15	-1,88	
Ideación paranoide	0,93	0,89	1,06	0,84	-,74	
Psicoticismo	0,56	0,64	0,57	0,49	-,05	
Depresión melancólica	1,25	0,81	1,58	0,88	-1,85	
Índice de Gravedad Global IGG	1,07	0,73	1,27	0,85	-1,16	

Nota. SCL-90-R= Escala de síntomas; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d= d de Cohen.

*=p<,05.

Los resultados indican que las mujeres que han denunciado presentan puntuaciones más altas que el grupo de mujeres que no ha denunciado en la subescala de *ansiedad* cuando se realiza la prueba t de student ($t=-2,01$; $p<,1$), con un tamaño del efecto moderado ($d=-,45$).

Por último, los resultados que se indican en la Tabla 31 muestran los contrastes de medias entre el grupo de mujeres que han denunciado a su agresor y el grupo de las mujeres que no han denunciado en el **Índice de Vulnerabilidad**.

Tabla 31

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=32) y el Grupo de Mujeres que no Han Denunciado (N=78) en el Índice de Vulnerabilidad

	No denuncia (N=78)		Denuncia (N=32)		t	d
	M	DT	M	DT		
Índice de Vulnerabilidad	10,16	4,19	7,68	3,54	3,10**	,64

Nota. M= Media, DT= Desviación Típica; t= t de student; d= d de Cohen.

**=p<,01.

Los resultados que se han obtenido con la t de student, indican diferencias significativas entre los dos grupos en el *Índice de Vulnerabilidad*. El grupo de mujeres que no ha denunciado ha obtenido puntuaciones más altas (t=3,10; p<,01), con un tamaño del efecto alto (d=,64). Estos resultados indican una mayor vulnerabilidad en las mujeres víctimas de VG que nunca han denunciado en comparación con las mujeres víctimas de VG que han denunciado.

Como conclusión, se puede decir que las mujeres que han denunciado presentan una puntuación significativamente más alta en la variable *ansiedad* y muestran un estilo de comunicación más *sumiso* cuando se las compara con las mujeres víctimas que no han denunciado. En cambio, se observa un mayor *consumo de drogas* como *estrategia de afrontamiento*, *mayor expresión de sentimientos* y un mayor *índice de vulnerabilidad* al maltrato en mujeres que no han denunciado.

En este sentido, el padecimiento de una mayor ansiedad y un estilo de comunicación sumiso pueden estar influyendo en que las mujeres pidan ayuda externa en mayor medida. Por el contra, el consumo de drogas, la facilidad para expresar los sentimientos y la mayor vulnerabilidad de las mujeres puede repercutir en la decisión de estas de no interponer una denuncia.

Por otro lado, con la finalidad de identificar qué factores tienen una mayor capacidad para diferenciar al subgrupo de mujeres víctimas de VG que han denunciado y al subgrupo de mujeres víctimas de VG que nunca han denunciado se ha realizado un análisis discriminante. El procedimiento seguido ha sido “V” de Rao. En el análisis se han considerado 19 variables que corresponden a 4 tipos de apego (CAA), los 4 estilos de comunicación (ASPA), 5 estilos de afrontamiento (COPE), Índice de Gravedad Global (SCL-90), 3 síntomas TEPT (EIE), Puntuación Total Disociación (DES) y el Factor de Vulnerabilidad.

A continuación, en la Tabla 32 se presentan los resultados del análisis discriminante para el grupo de mujeres víctimas de VG que han denunciado y para el grupo de mujeres víctimas de VG que no han denunciado. Los resultados se dividen en los siguientes apartados: a) la combinación de las variables con mayor poder discriminante, b) los indicadores estadísticos relativos a la función discriminante canónica encontrada, c) los coeficientes estandarizados, d) los coeficientes de estructura, e) el valor de los centroides y f) los porcentajes de adscripción correcta a los dos subgrupos.

Tabla 32

Análisis Discriminante entre el Grupo de Mujeres que Han Denunciado (N=33) y el Grupo de Mujeres que No Han Denunciado (N=78)

a. Resumen de pasos

Paso	Variable	Lambda de Wilks	Significación	V de Rao	Cambio en V de Rao	Significación del cambio
1	ASPA Sumisión	,90	,001	11,46	11,46	,001
2	Vulnerabilidad	,86	,000	17,85	6,39	,011

b. Función discriminante

Función	Valor propio	Porcentaje de varianza	Correlación	Lambda de Wilks	Chi-cuadrado	Grados de libertad	Significación
---------	--------------	------------------------	-------------	-----------------	--------------	--------------------	---------------

1	,17	100,00	,38	,86	16,36	2	,000
---	-----	--------	-----	-----	-------	---	------

c. Coeficientes estandarizados de la función discriminante canónica

	Función
ASPA Sumisión	,81
Vulnerabilidad	-,60

d. Los coeficientes de estructura

	Función
ASPA Sumisión	,81
Vulnerabilidad	-,59
ASPA Agresión pasiva	,48
ASPA Asertividad	-,32
CAA Baja Autoestima	,28
COPE Escape cognitivo	,25
COPE Afrontamiento conductual centrado en el problema	-,24
CAA Expresión de sentimientos	-,21
SCL Índice de Gravedad Global	,21
EIE Evitación	,21
EIE Hiperactivación	,20
COPE Afrontamiento centrado en las emociones	-,16
EIE Intrusión	,16
COPE Consumo de drogas	-,16
COPE Afrontamiento cognitivo del problema	-,16
CAA Resolución hostil	,15
ASPA Agresión	,12
DES Puntuación Total	,08

CAA Autosuficiencia emocional	-,06
-------------------------------	------

e. El valor de los centroides

	Función
Sin Denuncia	-,26
Denuncia	,63

f. Resultados de la clasificación

Casos	GRUPO	Grupo de pertenencia pronosticado	
		Sin Denuncia	Denuncia
78	Sin Denuncia	52 (66,7%)	26 (33,3%)
32	Denuncia	11 (34,4%)	21 (65,6%)

Clasificados correctamente el 66,4% de los casos agrupados originales.

Nota. Variables: ASPA=Cuestionario de aserción en la pareja; Vulnerabilidad= índice de vulnerabilidad; CAA=Cuestionario de apego adulto; COPE=Cuestionario de estilos de afrontamiento; SCL-90-R= Escala de síntomas; EIE= Escala de Impacto del estresor; DES=Escala de experiencias disociativas.

- a) De las 19 variables introducidas, la combinación de variables que discrimina con más claridad entre el grupo de las mujeres VG que han denunciado y el grupo de las mujeres VG que nunca han denunciado a partir de la Lambda de Wilks son: *sumisión* del ASPA y *el índice de vulnerabilidad*.
- b) La correlación canónica posee un valor de $r=,38$, lo que indica cierto solapamiento entre los dos subgrupos dado que no está cerca del valor 1. Su Lambda de Wilks para la función discriminante es de .86, que a partir de la prueba estadística de Chi cuadrado $Chi^2 = 16,36$; $p<,000$) permite concluir que los subgrupos presentan medias estadísticamente diferentes con respecto a las variables seleccionadas.

- c) Los coeficientes estandarizados señalan que de las 19 variables que discriminan, la que tiene más peso es la de *sumisión* (ASPA) ($,81$) y la del Índice de Vulnerabilidad ($-,60$).
- d) Los coeficientes de estructura indican que la correlación más alta entre las variables seleccionadas y la función discriminante es *sumisión* (ASPA) ($,81$). Las correlaciones del *Índice de Vulnerabilidad* (COPE) ($-,59$), del estilo de comunicación *agresión pasiva* ($,48$) y *asertividad* ($-,32$) (ASPA) son moderadas. El resto de las correlaciones son bajas o muy bajas.
- e) El valor de los centroides indica que las mujeres del grupo GV que han denunciado puntúan de modo positivo en la función discriminante ($,63$) y las mujeres GV que no han denunciado puntúan de forma negativa ($-,26$).
- f) Por último, con las variables seleccionadas se puede clasificar de forma correcta al 66,4% de las mujeres de la muestra. En relación con la adscripción correcta de estos a sus respectivos grupos los resultados indican que el porcentaje de clasificación se aproxima un: 65,6% en el subgrupo de mujeres GV que han denunciado, y un 66,7% para el subgrupo de las mujeres víctimas de VG que no han denunciado, siendo las de este último subgrupo apenas ligeramente mejor clasificadas.

Como conclusión, se puede decir que las variables que mejor permiten discriminar entre los dos grupos es el estilo sumiso y el índice de vulnerabilidad. En este sentido, el grupo GV que ha denunciado tendría un estilo de comunicación más sumiso y el grupo de mujeres que no lo hecho tendría un mayor índice de vulnerabilidad al maltrato.

3.4.3. Análisis comparativos entre las mujeres víctimas en función del tipo de maltrato que han recibido

En este apartado se exponen los contrastes de las medias de las mujeres víctimas de VG que han recibido únicamente malos tratos psicológicos (N=49) en comparación con el grupo de

mujeres víctimas de VG que han recibido maltrato psicológico más maltrato físico y/o sexual (N=61), con el objetivo de observar las diferencias entre ambos grupos en las variables de tipos de apego (CAA), estilos de comunicación (ASPA), estilos de afrontamiento (COPE), síntomas de disociación (DES), síntomas de estrés postraumáticos (EIE-R), síntomas psicológicos (SCL-90-R) y el Índice de Vulnerabilidad. Para la comparación de los valores promedios se ha utilizado la prueba t-Student.

Seguidamente, los resultados que se indican en la Tabla 33 muestran los contrastes de medias entre el grupo de mujeres que han recibido únicamente malos tratos psicológicos y el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido más de un tipo de maltrato en el **tipo de apego**.

Tabla 33

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en el Tipo de Apego

	Psicológico (N=49)		Más de un tipo de maltrato (N=61)		t	d
	M	DT	M	DT		
CAA						
Baja autoestima	41,41	12,56	41,85	13,60	-,18	
Resolución hostil	25,47	8,04	26,90	8,96	-,88	
Expresión de sentimientos	42,02	6,89	41,00	7,66	,73	
Autosuficiencia emocional	18,33	5,61	18,84	6,52	-,44	

Nota. CAA= Cuestionario de Apego adulto; Baja autoestima= Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo; Resolución hostil= Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad; Expresión de sentimientos= expresión de sentimientos y comodidad en las relaciones; Autosuficiencia emocional= autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t-Student; d= d de Cohen.

Después de testar estas diferencias mediante la prueba t de student, se observa que no existen diferencias significativas en cuanto al tipo de apego cuando se comparan el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido únicamente maltrato psicológico y el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido más de un tipo de maltrato.

Los resultados que se indican en la Tabla 34 muestran los contrastes de medias entre el grupo de mujeres que han recibido únicamente malos tratos psicológicos y el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido maltrato psicológico más maltrato físico y/o sexual en **estilos de comunicación**.

Tabla 34

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en los Estilos de Comunicación

	Psicológico (N=49)		Más de un tipo de maltrato (N=61)		t	d
	M	DT	M	DT		
ASPA						
Aserividad	44,33	11,03	44,57	10,52	-,12	
Agresión	16,55	6,36	17,70	8,65	-,81	
Sumisión	23,78	8,63	27,26	11,48	-1,82	
Agresión pasiva	23,41	10,19	24,49	11,53	-,52	

Nota. ASPA= Cuestionario de aserción en la pareja; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t-Student; d= d de Cohen.

Los resultados arrojados permiten concluir después de llevar a cabo la prueba t de student que no existen diferencias significativas entre el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido únicamente maltrato psicológico con el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido maltrato psicológico más maltrato físico y/o sexual en cuanto a su estilo de comunicación.

A continuación, se indican en la Tabla 35 los **estilos de afrontamientos** evaluados con el cuestionario COPE cuando se comparan el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido únicamente maltrato psicológico y el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido maltrato psicológico más maltrato físico y/o sexual.

Tabla 35

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en los Estilos de Afrontamiento

	Psicológico (N=49)		Más de un tipo de maltrato (N=61)		t	d
	M	DT	M	DT		
COPE						
Afrontamiento conductual centrado en el problema	31,90	4,89	32,41	5,17	-,53	
Afrontamiento cognitivo del problema	38,78	6,46	40,92	7,20	-1,64	
Escape cognitivo	18,20	4,88	19,59	5,42	-1,41	
Afrontamiento centrado en las emociones	33,49	6,79	35,92	7,42	-1,79	
Consumo de drogas	4,86	1,63	5,18	2,74	-,77	

Nota. COPE= Cuestionario de estilos de afrontamiento; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t-Student; d= d de Cohen.

De los resultados mostrados se observa que de nuevo la prueba t de student vuelve a arrojar que no existen diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a estrategias de afrontamiento de las mujeres cuando se comparan el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido únicamente maltrato psicológico y el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido diferentes tipos de maltrato.

A continuación, se indican en la Tabla 36 los contrastes de medias cuando se comparan el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido únicamente maltrato psicológico y el grupo

de mujeres víctimas de VG que han recibido maltrato psicológico más maltrato físico y/o sexual en los **síntomas de disociación** evaluados con la escala DES.

Tabla 36

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en los Síntomas de Disociación

	Psicológico (N=49)		Más de un tipo de maltrato (N=61)		t	d
	M	DT	M	DT		
DES						
Factor 1	329,80	262,28	366,21	298,95	-,68	
Factor 2	40,41	42,13	36,72	47,18	,43	
Factor 3	36,73	64,79	61,97	82,86	-1,79	
Puntuación Total	414,90	351,01	475,07	400,79	-,84	

Nota. DES= Escala de experiencias disociativas; Variables: Factor 1= Absorción-Desrealización; Factor 2= Amnesia; Factor 3= Despersonalización; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d= d de Cohen.

De los resultados mostrados de nuevo la prueba t de student vuelve a indicar que no existen diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto síntomas de disociación en las mujeres de ambos grupos.

A continuación, en la Tabla 37 se muestran los contrastes de medias de los síntomas de **TEPT** evaluados con la escala EIE-R cuando se compara el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido únicamente maltrato psicológico y el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido más de un tipo de maltrato.

Tabla 37

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en los Síntomas de Estrés Postraumático

	Psicológico (N=49)		Más de un tipo de maltrato (N=61)		t	d
	M	DT	M	DT		
EIE-R						
Intrusión	2,24	1,52	2,46	1,70	-,72	
Evitación	1,86	1,22	2,30	1,37	-1,79	
Hiperactivación	2,12	1,53	2,37	1,67	-,81	
Puntuación Total	2,06	1,30	2,37	1,47	-1,17	

Nota. EIE-R= Escala de impacto de estresor; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t-Student; d= d de Cohen.

Los resultados mostrados tras realizar la prueba t de student señalan que no existen diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a síntomas de TEPT cuando se comparan el grupo de mujeres que han recibido solo maltrato psicológico con el grupo de mujeres que ha recibido más de un tipo de maltrato.

A continuación, los resultados que se indican en la Tabla 38 muestran los contrastes de medias entre el grupo de mujeres que han recibido únicamente malos tratos psicológicos y el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido más de un tipo de maltrato en **síntomas psicológicos**.

Tabla 38

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en los Síntomas Psicológicos

	Psicológico (N=49)		Más de un tipo de maltrato (N=61)		t	d
	M	DT	M	DT		
SCL-90-R						
Somatización	1,31	0,99	1,31	0,99	,02	
Obsesión/Compulsión	1,40	0,90	1,41	1,04	-,07	
Susceptibilidad	1,02	0,84	1,15	0,86	-,75	
Depresión	1,42	0,92	1,62	1,05	-1,07	
Ansiedad	1,03	0,90	1,34	1,10	-1,62	
Hostilidad	0,73	0,76	0,75	0,65	-,17	

Ansiedad fóbica	0,45	0,58	0,89	1,11	-2,67**	-,52
Ideación paranoide	0,87	0,89	1,04	0,86	-1,01	
Psicoticismo	0,53	0,62	0,58	0,59	-,42	
Depresión melancólica	1,24	0,82	1,43	0,85	-1,21	
Índice de Gravedad Global IGG	1,05	0,73	1,19	0,80	-,99	

Nota. SCL-90-R= Inventario de síntomas; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d= d de Cohen.

** = $p < ,01$.

La diferencia más fuerte encontrada reside en ansiedad fóbica, siendo la única variable en la que se ha encontrado después de realizar la prueba t de student una diferencia estadística ($t = -2,67$ $p < ,001$), con un tamaño del efecto moderado ($d = -,52$), siendo mayor en el grupo de mujeres que ha recibido más de un tipo de maltrato.

Por último, los resultados que se indican en la Tabla 39 muestran los contrastes de medias en el **índice de vulnerabilidad** entre el grupo de mujeres que han recibido únicamente malos tratos psicológicos y el grupo de mujeres víctimas de VG que han recibido maltrato psicológico más maltrato físico y/o sexual.

Tabla 39

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres que Han Recibido Únicamente Maltrato Psicológico (N=49) y el Grupo de Mujeres que Han Recibido Más de un Tipo de Maltrato (N=61) en el Índice de Vulnerabilidad

	Psicológico (N=49)		Más de un tipo de maltrato (N=61)		t	d
	M	DT	M	DT		
Índice de Vulnerabilidad	9,40	3,43	9,46	4,71	-,08	

Nota. M= Media, DT= Desviación Típica, t= t de student, d= d de Cohen.

La prueba t de student indica que no existen diferencias significativas entre los dos grupos en el Índice de Vulnerabilidad.

Como conclusión a este apartado, se puede destacar que, de forma general no existen diferencias significativas con respecto a la sintomatología que padecen las mujeres que han sufrido únicamente malos tratos psicológicos y las que han sufrido malos tratos de tipo psicológico junto con malos tratos físicos y/o sexuales, excepto en la variable de *ansiedad fóbica* del SCL-90, en la que el grupo de mujeres que ha recibido más de un tipo de maltrato puntúa significativamente de forma más elevada.

En este sentido, al no encontrar más que una variable con potencia para diferenciar a ambos grupos en el análisis bivariado, no procede presentar el análisis discriminante, ya que éste no va a permitir establecer más claramente de las posibles variables encontradas las más relevantes.

3.4.4. Análisis comparativos entre las mujeres víctimas en función de la duración del maltrato recibido

En este apartado se exponen los contrastes de las medias del grupo de mujeres víctimas de VG cuya duración del maltrato es menor o igual a un año (N=23) en comparación con las mujeres GV que han recibido maltrato durante más de un año (N=87), con el objetivo de observar las diferencias entre ambos grupos en las variables de tipos de apego (CAA), estilos de comunicación (ASPA), estilos de afrontamiento (COPE), experiencias disociativas (DES), síntomas de TEPT (EIE-R), síntomas psicopatológicos (SCL-90-R) e Índice de Vulnerabilidad. Para la comparación de los valores promedios se ha utilizado la prueba t-Student.

A continuación, los resultados que se indican en la Tabla 40 muestran el contraste de medias en el **tipo de apego** entre el grupo de mujeres que han recibido malos tratos durante un año o menos y el grupo de mujeres que han recibido maltrato durante más de un año.

Tabla 40

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en el Tipo de Apego

	Duración 0-1 año (N=23)		Duración >1 año (N=87)		t	d
	M	DT	M	DT		
CAA						
Baja autoestima	40,96	12,85	41,84	13,22	-,29	
Resolución hostil	25,26	8,35	26,53	8,63	-,64	
Expresión de sentimientos	42,83	6,44	41,09	7,52	1,11	
Autosuficiencia emocional	19,74	5,31	18,31	6,29	1,10	

Nota. CAA: Cuestionario de apego adulto; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t-Student; d=d de Cohen.

Después de llevar a cabo la prueba t de student, los resultados indican que no hay diferencias significativas entre los dos grupos en las subescalas del cuestionario de Apego.

Los resultados que se indican en la Tabla 41 muestran las diferencias de medias en los **estilos de comunicación** entre grupo de mujeres que han recibido malos tratos durante un año o menos y el grupo de mujeres que han recibido maltrato durante más de un año.

Tabla 41

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en los Estilos de Comunicación

	Duración =<1 año (N=23)		Duración >1 año (N=87)		t	d
	M	DT	M	DT		
ASPA						
Asertividad	47,48	10,22	43,67	10,74	1,57	

Agresión	16,61	8,80	17,34	7,43	-,37	
Sumisión	20,04	8,38	27,21	10,42	-3,45***	-.76
Agresión pasiva	20,22	10,42	25,01	10,88	-1,94	

Nota. ASPA= Cuestionario de aserción en la pareja; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t - Student, d= d de Cohen.

***= $p < .001$.

La única variable que después de realizar la prueba t de student ha dado lugar a diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos es la variable de *sumisión* ($t = -3,45$; $p < ,001$), con un tamaño del efecto moderado ($d = -,76$). En este sentido, los resultados indican la utilización más frecuente de un estilo de comunicación sumiso en las mujeres víctimas de VG cuya duración del maltrato ha sido más de un año en comparación con las mujeres cuya duración de los malos tratos ha sido de un año o menos de un año.

Seguidamente, los resultados que se indican en la Tabla 42 muestran los contrastes de medias entre grupo de mujeres GV cuya duración del maltrato es menor o igual a un año en comparación con las mujeres GV que han recibido maltrato durante más de un año en los **estilos de afrontamiento**.

Tabla 42

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en los Estilos de Afrontamiento

	Duración =<1 año (N=23)		Duración >1 año (N=87)		t	d
	M	DT	M	DT		
COPE						
Afrontamiento conductual centrado en el problema	32,87	4,03	32,00	5,27	,86	
Afrontamiento cognitivo del problema	40,00	6,55	39,95	7,07	,03	
Escape cognitivo	17,57	5,19	19,34	5,18	-1,46	

Afrontamiento centrado en las emociones	36,04	7,71	34,52	7,09	,86
Consumo de drogas	5,78	2,86	4,84	2,12	1,48

Nota. COPE= Cuestionario de estilos de afrontamiento; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t-Student; d= d de Cohen.

Cuando se tienen en cuenta los resultados obtenidos con la t de student, se observa que no hay diferencias significativas entre los dos grupos en las subescalas del instrumento COPE, lo que indica que no hay diferencias en cuanto al estilo de afrontamiento cuando se comparan las mujeres víctimas de VG cuya duración del maltrato ha sido más de un año con las mujeres cuya duración de los malos tratos ha sido de un año o menos.

A continuación, los resultados que se indican en la Tabla 43 muestra el contraste de medias en los **síntomas de disociación** entre las mujeres que han recibido malos tratos durante un año o menos de un año y las mujeres que han recibido maltrato durante más de un año.

Tabla 43

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en los Síntomas de Disociación

	Duración =<1 año (N=23)		Duración >1 año (N=87)		t	d
	M	DT	M	DT		
DES						
Factor 1	310,43	261,58	360,45	288,33	-,80	
Factor 2	40,00	46,22	37,93	44,72	,19	
Factor 3	42,17	74,65	52,99	76,71	-,61	
Puntuación Total	398,26	368,65	461,48	382,58	-,73	

Nota. DES= Escala de experiencias disociativas; Variables: Factor 1= Absorción-Desrealización; Factor 2= Amnesia; Factor 3= Despersonalización; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t de student; d= d de Cohen.

La prueba t de student revela que no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto al padecimiento de síntomas de disociación cuando se comparan las mujeres víctimas de VG cuya duración del maltrato ha sido más de un año con las mujeres cuya duración de los malos tratos ha sido de un año o menos.

Seguidamente, los resultados que se indican en la Tabla 44 muestran los contrastes de medias en los síntomas de **TEPT** entre el grupo de mujeres que han recibido malos tratos durante un año o menos y el grupo de mujeres que han recibido maltrato durante más de un año.

Tabla 44

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en los Síntomas de TEPT

	Duración =<1 año (N=23)		Duración >1 año (N=87)		t	d
	M	DT	M	DT		
EIE-R						
Intrusión	2,52	1,33	2,32	1,69	,62	
Evitación	2,24	1,14	2,07	1,37	,61	
Hiperactivación	2,48	1,54	2,20	1,63	,78	
Puntuación Total	2,41	1,19	2,19	1,45	,75	

Nota. EIE-R= Escala de impacto de estresor; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t- Student; d=d de Cohen.

La prueba t de student confirma que no hay diferencias significativas entre los dos grupos en las subescalas del instrumento EIE-R.

Seguidamente, los resultados que se indican en la Tabla 45 muestran el contraste de medias de los **síntomas psicopatológicos** entre el grupo de mujeres que han recibido malos tratos durante un año o menos de un año y el grupo de mujeres que han recibido maltrato durante más de un año.

Tabla 45

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en los Síntomas Psicopatológicos

	Duración 0-1 año (N=23)		Duración >1 año (N=87)		t	d
	M	DT	M	DT		
SCL-90-R						
Somatización	1,18	0,88	1,34	1,02	-,78	
Obsesión/Compulsión	1,47	0,87	1,39	1,00	,39	
Susceptibilidad	1,01	0,63	1,11	0,90	-,60	
Depresión	1,47	0,81	1,55	1,04	-,41	
Ansiedad	1,08	0,81	1,23	1,07	-,77	
Hostilidad	0,70	0,69	0,75	0,70	-,32	
Ansiedad fóbica	0,61	0,73	0,72	0,99	-,62	
Ideación paranoide	0,79	0,77	1,02	0,90	-1,21	
Psicoticismo	0,58	0,52	0,56	0,62	-,21	
Depresión melancólica	1,34	0,72	1,35	0,87	-,04	
Índice de Gravedad Global IGG	1,07	0,64	1,15	0,80	-,49	

Nota. SCL-90-R= Inventario de síntomas; M= Media; DT= Desviación Típica; t= t-Student; d=d de Cohen.

Los resultados obtenidos con la prueba t de student vuelven a indicar que no existen diferencias significativas entre los dos grupos cuando se comparan los síntomas psicopatológicos de las mujeres víctimas de VG cuya duración del maltrato ha sido más de un año con las mujeres cuya duración de los malos tratos ha sido de un año o menos.

Por último, los resultados que se indican en la Tabla 46 muestran el contraste de medias en el **índice de vulnerabilidad** entre el grupo de mujeres que han recibido malos tratos durante un año o menos de un año y el grupo de mujeres que han recibido maltrato durante más de un año.

Tabla 46

Contraste de Medias entre el Grupo de Mujeres Víctimas cuya Duración de los Malos Tratos Ha Sido Menor o Igual a Un Año (N=23) y el Grupo de Mujeres Víctimas que Han Sufrido Malos Tratos Durante Más de Un Año (N=87) en el Índice de Vulnerabilidad

	Duración 0-1 año (N=23)		Duración >1 año (N=87)		t	d
	M	DT	M	DT		
Índice de Vulnerabilidad	5,70	3,46	4,38	3,09	1,66	

Nota. M= Media, DT= Desviación Típica, t= t-Student, d=d de Cohen.

Los resultados obtenidos con la prueba t de student indican que no existen diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto al índice de vulnerabilidad.

Como conclusión se puede decir que, cuando se tiene en cuenta el tiempo en el que las mujeres del GV han permanecido en la relación de malos tratos, se observa que las mujeres cuya duración del maltrato ha sido de más de un año presentan un estilo de comunicación más sumiso que el grupo cuya duración de los malos tratos ha sido menor o igual a un año, por lo que este estilo de comunicación sumiso podría explicar el mantenimiento de la mujer en la relación y la dificultad de expresarse.

Del mismo modo, al no encontrar más que una variable con potencia para diferenciar a ambos grupos en el análisis bivariado, no procede presentar el análisis discriminante, ya que éste no va a permitir establecer más claramente de las posibles variables encontradas las más relevantes.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Introducción

La presente investigación se ha centrado en estudiar los aspectos psicosociales y características psicológicas de las víctimas de VG que pueden estar influyendo en la dificultad de las mujeres en poner fin a la relación de malos tratos y en la psicopatología que desarrollan.

En el presente capítulo se expone, en primer lugar, un resumen de los resultados descriptivos relativos a las variables demográficas. En segundo lugar, se presenta la discusión en la que se relacionan las hipótesis de la investigación con los resultados obtenidos. En tercer lugar, se recogen las principales conclusiones del estudio. En cuarto lugar, se exponen los posibles ámbitos de aplicación de la investigación y, por último, en quinto lugar, se indican las limitaciones encontradas en el estudio y la propuesta de futuras líneas de investigación.

4.2. Características sociodemográficas de los dos grupos de estudio

A continuación, se exponen las principales **características sociodemográficas** de las mujeres que han participado en el estudio:

Respecto a la **edad** media de las mujeres de la muestra total es de 35,92 años. En cuanto a la **nacionalidad** no se observan diferencias significativas entre ambos grupos, siendo la mayoría de las mujeres españolas. Esto difiere de lo encontrado por algunos estudios donde se destaca como factor de riesgo a sufrir VG ser extranjera (Vives-Cases et al., 2009).

Con respecto al **nivel de ingresos**, la mayoría de las mujeres se encuentran dentro de un nivel medio, no observándose diferencias significativas entre ambos grupos. Estos resultados coinciden con estudios que no encuentran diferencias significativas en las características socioeconómicas de las mujeres víctimas de VG (Grisurapong, 2016). Si bien, se contradice con lo observado en otras investigaciones y literatura donde se indica que un nivel de ingresos bajo

aumenta el riesgo de ser víctima de VG (Puente-Martínez et al., 2016; Taskale y Soygüt, 2017, Vives-Cases et al., 2009).

Con respecto al **nivel de estudios** de las mujeres, se observan diferencias significativas entre los dos grupos, apareciendo un menor nivel de formación en las GV, congruente con lo observado en otros estudios que señalan que las mujeres con estudios primarios tienen mayores tasas de prevalencia de la violencia (DGVG, 2020) y que señalan que el nivel formativo podría actuar como un factor protector ante la VG (Rodríguez et al., 2006). En relación con la **situación laboral** no existen diferencias significativas entre los dos grupos.

4.3. Discusión

Los resultados hallados en la presente investigación demuestran diferencias entre el grupo de mujeres víctimas de VG (GV) y el grupo control (GC). A continuación, se muestran los principales resultados obtenidos en relación con los objetivos e hipótesis de la investigación.

4.3.1. Diferencias en los factores de vulnerabilidad entre los dos grupos (GV y GC)

El primer **objetivo específico 1.1** planteaba *explorar e identificar las diferencias en los factores de vulnerabilidad que se observan entre mujeres que han sido víctimas de VG con las mujeres que no lo han sido.*

De este primer objetivo se señalaba la **hipótesis 1** que apuntaba a que *las mujeres víctimas mostrarán una mayor presencia de enfermedad física y de enfermedad mental, un mayor uso de psicofármacos, un mayor consumo abusivo de alcohol y de drogas, habrán sido en mayor medida víctimas y habrán presenciado violencia en su infancia, tendrán un mayor índice de intentos de suicidio y tendrán más probabilidad de que sus hijos sean violentos con ellas.*

Las investigaciones y la literatura sobre VG sostienen que este tipo de violencia aumenta el riesgo en las mujeres de sufrir una mala salud física y psicológica (DGVG, 2020; García y Matud, 2015; OMS, 2013). De hecho, se ha calculado que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves (Lorente, 2009). Por otro lado, algunas investigaciones han sugerido la existencia de una bidireccionalidad entre la VG y salud mental de la mujer (Devries et al., 2013; Machisa et al., 2017). En el presente estudio realizado mediante la comparación de frecuencias con la prueba Chi^2 , se han registrado diferencias significativas en la mayoría de los factores de vulnerabilidad evaluados, observándose junto con otros factores, una mayor frecuencia en el grupo GV de presencia de enfermedad física ($Chi^2 = 5,02$; $p < ,05$) y de enfermedad mental ($Chi^2 = 10,71$; $p < ,01$), confirmándose de este modo lo aportado por la literatura científica.

Por otro lado, se ha observado en las investigaciones sobre las consecuencias de la VG una alta dependencia de sustancias en mujeres víctimas de VG (Beydoun et al., 2017; Campbell et al., 2002; Labrador et al., 2004; McCauley et al., 1995) así como una alta incidencia de abuso de alcohol (Beydoun et al., 2017; Sparrow et al., 2017), lo que ha sido corroborado parcialmente en el presente estudio, ya que en el grupo de las mujeres víctimas se ha constatado un mayor uso de psicofármacos ($Chi^2 = 30,75$; $p < ,001$) y un mayor consumo abusivo de alcohol ($Chi^2 = 10,47$; $p < ,01$), si bien no se ha observado diferencias en este grupo en cuanto al consumo de drogas.

Otro aspecto encontrado en las investigaciones es la existencia de algunos factores que se han asociado con un mayor riesgo de sufrir VG, como el hecho de haber sido víctima de agresión, presenciar agresión o la exposición de la violencia en la infancia (Jewkes et al., 2017; Puente-Martínez et al., 2016; Young-Ran y Hye., 2021). Estos datos también han sido corroborados en la presente investigación donde se observa una mayor frecuencia de mujeres

víctimas que han sufrido maltrato en su infancia ($Chi^2 = 10,80$; $p < ,05$), que sus madres recibieron malos tratos por parte de sus padres ($Chi^2 = 9,38$; $p < ,01$) y que sus madres recibieron malos tratos por parte de otras parejas ($Chi^2 = 8,59$; $p < ,05$).

Con respecto a la ideación suicida, también son frecuentes los estudios que han encontrado asociaciones entre ideación suicida y VG (Brignone, et al., 2018; Dillon et al., 2013; Labrador et al., 2010; McCauley et al., 1995; OMS, 2013; Park et al., 2017; Pico-Alfonso et al., 2006). Estas conclusiones han sido corroboradas de nuevo en el presente estudio, observándose una mayor frecuencia de intentos de suicidio en las mujeres del grupo VG ($Chi^2 = 17,52$; $p < ,001$).

Por último, algunos autores apuntan a que este tipo de violencia conlleva el riesgo de ser aprendida por los hijos que han sido testigos de las agresiones (Amor et al., 2002; Sarasua y Zubizarreta, 2000). En este sentido, los resultados obtenidos apuntan a que existe una mayor frecuencia de mujeres víctimas que sus hijos son violentos con ellas ($Chi^2 = 19,41$; $p < ,001$) que en las no víctimas, lo que podría darse como consecuencia de haber aprendido estas conductas por modelado.

En suma, se confirma casi en su totalidad la hipótesis planteada ya que los resultados del análisis mediante la comparación de frecuencias (Chi^2) confirman que las mujeres víctimas de VG se caracterizan por mostrar una mayor presencia de enfermedad física, de enfermedad mental, un mayor uso de psicofármacos, un mayor consumo abusivo de alcohol, han sido en mayor medida víctimas de maltrato en su infancia y han presenciado violencia en su infancia, teniendo un mayor índice de intentos de suicidio y siendo más probable que sus hijos sean violentos con ellas que las mujeres que no han recibido malos tratos por parte de sus parejas. No obstante, no se ha observado en el presente estudio un mayor consumo de drogas.

4.3.2. Diferencias en variables psicológicas entre los dos grupos (GV y CC)

El segundo **objetivo específico 1.2** ha sido *explorar y comparar entre los dos grupos (víctimas de VG y no víctimas) en variables psicológicas tales como el tipo de apego, estilos de comunicación y estilos de afrontamiento.*

A continuación, se exponen las hipótesis 2, 3 y 4 correspondientes a este objetivo:

La **hipótesis 2**, hace referencia al tipo de apego, donde se espera que *las mujeres víctimas de VG presentarán un mayor estilo de apego preocupado que el grupo control.* En este sentido, las investigaciones y la literatura al respecto apuntan a la presencia de un estilo de apego preocupado en las mujeres víctimas de VG (Bélanger et al., 2015; Cobos, 2016; Díaz-Benjumea, 2011; Guzmán et al., 2016; Loubat et al., 2007; Perez-Testor et al., 2007; Romero, 2016; Romero y Placencia, 2015). No obstante, en los resultados de la presente investigación no se han podido confirmar estos datos. Si bien, los resultados obtenidos en la escala CAA indican que grupo GV ha obtenido puntuaciones significativas más elevadas respecto que el GC en la escala *baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo* ($t=3,49$; $p<,001$), no se han obtenido diferencias significativas en el resto de las subescalas del instrumento, por lo que no se confirmaría la hipótesis. En este caso, los resultados obtenidos indican que el grupo de mujeres víctimas de VG presentan más baja autoestima, más necesidad de aprobación y mayor miedo al rechazo que el Grupo Control.

Con respecto a la **hipótesis 3** se plantea que *las mujeres víctimas de VG tendrán más déficits en las habilidades de comunicación que el grupo control, presentando más déficits de asertividad, en concreto un estilo de comunicación sumiso.*

Las investigaciones y literatura apuntan a la presencia de déficits de comunicación en las mujeres víctimas de VG, en concreto déficits de asertividad (Ramírez y Núñez, 2010; Ramírez et al., 2021) y un estilo de comunicación sumiso (Blázquez et al., 2009; Quintana et al., 2016). En

este estudio los estilos de comunicación se han evaluado mediante el cuestionario ASPA. Tras el análisis de medias se obtiene una mayor puntuación en las mujeres del GV en la escala *sumisión* ($t=6,22$; $p<,001$) y en la escala *agresión pasiva* ($t=3,10$; $p<,01$), indicando los resultados una mayor utilización de un estilo de comunicación sumiso y pasivo agresivo en las mujeres que han sido víctimas de VG en comparación con las mujeres que nunca han sufrido malos tratos por parte de su pareja o expareja, no observándose diferencias significativas en el resto de las escalas, por lo que se confirmaría la hipótesis.

Por último, en la **hipótesis 4** se hace referencia al estilo de afrontamiento, apuntando a que *las mujeres víctimas de VG presentarán más dificultades para resolver problemas que el grupo de mujeres no víctimas, por lo tanto, presentarán un afrontamiento pasivo en la solución de problemas en el que adoptarán un afrontamiento centrado en la emoción, utilizando más estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales de evitación.*

La investigación y literatura científica al respecto señalan que las víctimas de VG tienden a presentar dificultades para resolver problemas, adoptando un afrontamiento pasivo (Labrador et al., 2004). Además, los estudios señalan que estas mujeres adoptan un afrontamiento centrado en la emoción, utilizando más estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales de evitación (Aiquipa y Canción, 2020). Callejas et al. (2013) encuentran en su estudio que las mujeres víctimas de VG tienden a utilizar estrategias no efectivas centradas en el problema y en la emoción, favoreciendo una actitud pasiva y de espera de un cambio de la actitud de su agresor, así como la evitación a expresar emociones negativas. Asimismo, Adán et al. (2015) encuentran que en las mujeres víctimas de VG predomina un pensamiento desiderativo, consistente en evadir la realidad sin buscar soluciones adoptando un comportamiento pasivo, en el que se desea otra realidad.

En la presente investigación, al comparar las diferentes estrategias de afrontamiento utilizadas por las mujeres de ambos grupos medidas por el COPE, se obtiene que el GV se

caracteriza por un mayor escape cognitivo ($t=3,70$; $p<,001$) en comparación con el GC. Estos resultados corroboran parcialmente la hipótesis ya que, si bien se confirma el mayor empleo por parte de las GV de estrategias de escape cognitivo, no se han hallado diferencias entre los dos grupos en afrontamiento centrado en las emociones ni con respecto a estrategias de escape conductual.

En suma, los resultados obtenidos indican diferencias entre el GV y GC en relación con algunas de las variables evaluadas en la presente investigación. En este sentido, las mujeres víctimas de este tipo de violencia se caracterizan por mostrar una menor autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo, y un mayor estilo de comunicación sumiso y pasivo agresivo, así como por mostrar un mayor empleo de estrategias de escape cognitivo.

Asimismo, en los análisis discriminantes con respecto a los tipos de apego, estilos de comunicación y estilos de afrontamiento, las variables que se han mostrado más potentes a la hora de diferenciar ambos grupos son el estilo de comunicación *sumisión*, *la escala resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad* y la estrategia de afrontamiento *escape cognitivo*. Encontrándose mayores puntuaciones de estas variables en el grupo GV en *sumisión* y *escape cognitivo* y menores puntuaciones en *resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad* que en el GC.

4.3.3. Diferencias en sintomatología psicológica entre los dos grupos (GV y GC)

Por lo que se refiere al **objetivo específico 1.3** consistente en *evaluar y comparar los posibles síntomas psicopatológicos (o psicopatología) entre las mujeres víctimas de VG y el GC con el fin de determinar el impacto de la VG en la salud mental de la mujer*.

En este caso, los estudios sobre VG informan sobre las consecuencias negativas que tiene este fenómeno sobre la salud mental de la mujer. En la **hipótesis 5** se planteaba que *las*

mujeres víctimas de VG presentarán más síntomas de depresión y ansiedad que el grupo de las no víctimas y más síntomas de TEPT.

Son numerosas las investigaciones que coinciden en la sintomatología que desarrollan las víctimas de VG, en concreto se ha observado la presencia de ansiedad y depresión (Amor et al., 2002; DGVG, 2020; García et al., 2020; Golding, 1999; Krug et al., 2002; Matud, 2004; McCauley et al., 1995; Pico-Alfonso et al., 2006; Labrador et al., 2010; Lagdon et al., 2014; OMS, 2013; Rincón et al., 2004) y la presencia de síntomas de TEPT en las víctimas (Amor et al., 2001; Amor et al., 2002; Arroyo, 2002; Báguena et al., 2002; Báguena et al., 2006b, 2006c; Bermúdez et al., 2009, Campbell et al., 2002; Echeburúa et al., 1998; Machisa et al., 2017; Matud et al., 2014; Pico-Alfonso et al., 2006; Sarasua et al., 2007; Saquinaula-Salgado et al., 2020).

En este sentido, los resultados obtenidos con el análisis de medias en el inventario SCL-90-R revelan diferencias significativas entre los dos grupos en todos los síntomas. De modo que, el grupo GV ha obtenido puntuaciones más elevadas respecto al GC en *somatización* ($t=5,27$; $p<,001$), en *obsesión/compulsión* ($t=4,58$; $p<,001$), en *susceptibilidad* ($t=3,84$; $p<,001$), en *depresión* ($t=4,57$; $p<,001$), en *ansiedad* ($t=5,34$; $p<,001$), en *hostilidad* ($t=3,24$; $p<,001$), en *ansiedad fóbica* ($t=3,93$; $p<,001$), en *ideación paranoide* ($t=4,69$; $p<,001$), en *psicoticismo* ($t=3,89$; $p<,001$), en *depresión melancólica* ($t=4,87$; $p<,001$) y en el *índice de gravedad global* ($t=5,31$; $p<,001$). Estos resultados indican la presencia de más síntomas psicológicos en las mujeres víctimas de VG que las mujeres del grupo de comparación, resultados esperables dado las consecuencias a nivel físico y emocional que provocan los malos tratos.

Por otro lado, los resultados obtenidos en la escala EIE-R, tras el análisis de medias, muestran diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en las tres subescalas del instrumento y en la puntuación total. El grupo GV ha obtenido puntuaciones estadísticamente más elevadas respecto al GC en todas las subescalas: en los síntomas *intrusión* ($t=4,32$; $p<,001$),

evitación ($t=5,46$; $p<,001$), *hiperactivación* ($t=5,93$; $p<,001$) y en la *puntuación total* ($t=5,64$; $p<,001$), lo que coincide con lo encontrado en numerosos estudios.

Asimismo, en los análisis discriminantes con respecto a los *síntomas de TEPT*, *puntuación total en disociación* y el *IGG*, la única variable que se ha considerado que discrimina estadísticamente entre el GV y GC es *hiperactivación*.

Por lo que los resultados obtenidos en el presente estudio con respecto a los síntomas psicológicos indican que el grupo GV se caracteriza por mostrar más síntomas de ansiedad, depresión y TEPT, tal y como señalan las investigaciones al respecto por lo que en este caso se confirma la hipótesis.

En la **hipótesis 6** se planteaba que *en las mujeres víctimas de VG se apreciarán mayor cantidad de síntomas disociativos y más trastornos de la personalidad esquizoide, límite, paranoide, histriónico y dependiente que en el GC*.

Las investigaciones científicas señalan al respecto la presencia de *síntomas disociativos* en las víctimas de malos tratos (Alexander, 2009; Snyder, 2018; Webermann et al., 2014). En este sentido, en el presente estudio los resultados obtenidos en la escala DES tras el análisis de medias, señalan la presencia de más síntomas de DES en el grupo de mujeres víctimas, hallándose resultados significativos en tres de las cuatro subescalas del instrumento. En este caso, el grupo GV ha obtenido puntuaciones más elevadas respecto al GC en el *factor 1 (absorción-desrealización)* ($t=3,16$; $p<,01$), en el *factor 3 (despersonalización)* ($t=2,64$; $p<,01$) y en la *puntuación total* ($t=3,14$; $p<,01$). Mientras que, aunque en el *factor 2 (amnesia)* la media sigue siendo mayor en el GV que en GC, las diferencias no son estadísticamente significativas.

Estos resultados indican que el grupo de mujeres VG sufren más síntomas de disociación relacionados con la absorción y despersonalización que las mujeres de GC.

Con respecto a los *trastornos personalidad* las investigaciones sobre VG señalan la presencia de trastornos de personalidad en mujeres víctimas (Ballester y Ventura, 2010; Ballester y Villanueva, 2014; Khan et al., 1993; Perez-Testor et al., 2007; Pico-Alfonso et al., 2008). Perez-Testor et al. (2007) obtienen en su estudio un predominio de un patrón de personalidad esquizoide en las víctimas. Asimismo, Pico-Alfonso et al. (2008) observan en las mujeres víctimas de VG puntuaciones más elevadas en las escalas de personalidad esquizoide, evitativa y autodestructiva y en las tres escalas de personalidad patológica esquizotípica, límite y paranoide. Por su parte, Ballester y Ventura (2010) destacaron en su estudio el predominio de una personalidad compulsiva, seguida de una personalidad dependiente e histriónica.

En este caso, los resultados obtenidos en relación a los trastornos de personalidad evaluados por el IPDE, arrojan diferencias significativas de medias en los *trastornos paranoide* ($t=3,98$; $p<,001$), *esquizoide* ($t=3,17$; $p<,01$), *límite* ($t=3,08$; $p<,01$), *histriónico* ($t=2,34$; $p<,05$) y *dependiente* ($t=3,22$; $p<,01$) obteniéndose mayores puntuaciones en el grupo de mujeres víctimas, en congruencia con lo hallado en anteriores estudios.

Asimismo, cuando se tiene en cuenta la frecuencia de los trastornos en cada grupo empleando un análisis de las frecuencias con la prueba Chi-cuadrado, se puede ver como los trastornos de *personalidad esquizoide* y *paranoide* alcanzan un 20% más de prevalencia en el grupo GV, mientras que los *trastornos histriónico* y *dependiente* se sitúan en un 13,5% más. Asimismo, se puede observar como en GC hay una mayor presencia de mujeres sin trastornos.

En suma, estos resultados confirman la hipótesis planteada, de modo que las GV se caracterizan por obtener puntuaciones más elevadas en síntomas de disociación y mayor presencia de trastornos de personalidad esquizoide, límite, paranoide, histriónico y dependiente.

4.3.4. Relación de las variables evaluadas en la psicopatología de las mujeres

En relación con el **objetivo específico 1.4** *analizar la relación de las variables psicológicas evaluadas con la psicopatología que desarrollan las mujeres*, se ha planteado la **hipótesis 7**, en la que se apuntaba a que un tipo de apego inseguro, el estilo de afrontamiento de evitación y el estilo de comunicación sumiso tienen un papel predictor en la psicopatología que desarrollan las mujeres víctimas de VG.

Las investigaciones científicas al respecto señalan la influencia del estilo de apego inseguro en el impacto psicológico de la VG en la mujer, en concreto sobre los síntomas de TEPT (Costa y Botelho, 2021). En esta línea, otros estudios demuestran que los tipos de apego, la VG y el TEPT están interrelacionados (Standberg et al., 2010). Por otro lado, Báguena et al. (2002) en su estudio encuentran que las mujeres maltratadas que han desarrollado síntomas postraumáticos, frente a las que no los han desarrollado, obtienen puntuaciones significativamente más altas en el uso de estrategias de afrontamiento emocionales. Del mismo modo, Arriaga y Cappelletti (2005) encuentran que el afrontamiento centrado en las emociones tiene más probabilidades de mostrar síntomas de TEPT que cuando el estilo de afrontamiento se centra en cambiar la situación. Asimismo, se ha observado como el uso de estrategias pasivas puede conllevar a un mayor riesgo de aparición de otros problemas como la disociación y el aumento de síntomas de TEPT (Alexander, 2009; Fortier et al., 2009; Iverson et al., 2013).

En los resultados obtenidos tanto en el análisis de regresión múltiple como en el análisis discriminante y el análisis correlacional bivariado parecen confirmar parcialmente esta hipótesis. En las correlaciones bivariadas se observa que tanto las variables *sumisión* como *escape cognitivo* correlacionan positivamente con los síntomas de TEPT (intrusión, evitación e hiperactivación), IGG y disociación. Aunque el estilo de apego no se ha podido analizar en su totalidad, si podemos observar que la variable *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo*

al rechazo, uno de los factores de estilo de apego inseguro, también correlaciona positivamente con síntomas de TEPT, IGG y disociación.

Si bien ambos grupos tienen unas correlaciones bivariadas similares, existen diferencias entre ellos, tal y como indica el análisis discriminante donde *sumisión* del ASPA, *resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad* del CAA y *escape cognitivo* del COPE son las variables más potentes para diferenciar ambos grupos con respecto a las variables psicológicas estudiadas, encontrándose en las mujeres víctimas una mayor puntuación en *sumisión* y *escape cognitivo* y una menor puntuación en *resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad*. Mientras que *hiperactivación* de la EIE-R la única variable que se ha considerado que mejor discrimina estadísticamente entre el GV y GC respecto a los síntomas psicológicos, encontrándose una mayor puntuación en las GV.

Con el análisis de regresión múltiple tampoco se ha permitido testear la hipótesis, ya que no se ha confirmado la presencia de un apego inseguro en las mujeres del presente estudio. No obstante, la escala *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo* del CAA sí ha demostrado tener un papel predictor para el grupo GV para diversos síntomas como intrusión, hiperactivación y mayor IGG cuando se junta con la variable *agresivo-pasivo*, y disociación cuando, además, se junta con *afrontamiento cognitivo del problema*. Para el grupo GC la variable *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo* del CAA, también, desarrolla un papel predictor en todas las variables intrusión, hiperactivación (junto el estilo de afrontamiento *consumo de drogas*), síntomas de evitación de la EIE-R (junto la variable *agresivo-pasivo*), disociación (junto con la variable *sumisión* y *afrontamiento cognitivo del problema*) y el IGG (junto con *afrontamiento cognitivo del problema*, *estilo de comunicación agresivo* y la escala *resolución hostil de conflictos-rencor-posesividad* del CAA).

Se ha observado que para el grupo GV tanto un *estilo de comunicación sumiso* como un estilo de afrontamiento basado en la evitación cognitiva (*escape cognitivo*), tienen un papel

predictor en la aparición de sintomatología de evitación de TEPT. En cambio, en el grupo GC las variables predictivas de dichas psicopatologías son el factor *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo* y el *estilo de comunicación agresivo-pasivo*.

4.3.5. Resultados del grupo de mujeres víctimas de violencia de género

El **objetivo específico 2.1** ha sido *analizar la historia de la conducta violenta, la percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer, las circunstancias agravantes y analizar los principales motivos por los que las mujeres víctimas de VG permanecen en la relación de pareja*.

En la **hipótesis 8** se ha planteado que *las víctimas de VG sufren más de un tipo de maltrato a la vez y el maltrato psicológico es el que se da con más frecuencia. Además, las víctimas permanecen en la relación durante un largo periodo de tiempo y las mujeres han intentado dejar a su pareja agresora más de una vez. Asimismo, la mayoría de las mujeres han mantenido oculto el maltrato y solo una minoría ha denunciado a su agresor. Con respecto al agresor, éste reincide en el maltrato más de una vez y existe una relación entre consumo excesivo de alcohol en los agresores y aumento de la violencia*.

La evidencia científica concluye al respecto que las víctimas de VG suelen sufrir más de un tipo de maltrato a la vez (Fernández-González et al., 2017; OMS, 2013; Patró et al., 2007), siendo el maltrato psicológico el tipo de maltrato que se da con más frecuencia (Asensi, 2008; DGVG, 2020; Fernández-González et al., 2017; FRA, 2014; Hidalgo y Valdés 2014). De hecho, diversas investigaciones señalan la presencia de maltrato psicológico en todas las víctimas (Amor et al., 2001; Lara-Caba, 2019; Pico-Alfonso et al., 2008). Asimismo, la investigación científica encuentra prevalencia de violencia sexual en mujeres víctimas de VG (Amor et al., 2002; DGVG, 2020; FRA, 2014; Rivas-Rivero y Bonilla-Algovia, 2020). Tras el análisis, los resultados de la presente investigación muestran con respecto al *tipo de maltrato recibido* que el

100% de las víctimas han sufrido malos tratos psicológicos, un 44,5% además han sufrido maltrato físico y un 22,7% también ha sufrido malos tratos de tipo sexual, corroborando de este modo lo encontrado en otros estudios.

En cuanto a la *reincidencia* de los malos tratos, las investigaciones señalan que las agresiones no se dan de forma aislada, sino que el agresor reincide en el maltrato más de una vez (DGVG, 2020). En la presente investigación encontramos al respecto que en un 7,3% de las mujeres el maltrato duró menos de seis meses, en un 13,6% duró de seis meses a un año, en un 19,1% duró de uno a dos años, en un 13,6% duró tres años, en un 9,1% duró cuatro años y en un 37,3% duró cinco años o más, observándose que el maltrato suele ser de larga duración en la mayoría de las mujeres, lo que coincide con investigaciones al respecto, que señalan que la mujer suele permanecer en las relaciones de maltrato durante años, encontrándose medias superiores de más de 5 años (Amor et al., 2002; Fernández-González, et al., 2017).

Asimismo, los resultados obtenidos muestran la elevada frecuencia de conductas amenazantes y abusivas hacia las mujeres por parte de sus parejas. En este sentido un 47,3% de las mujeres informan que su pareja agresora la *insultaba verbalmente* de forma frecuente y un 33,6% lo hacían algunas veces. Un 34,5% de las mujeres eran *humilladas o ridiculizadas en público o delante de algún conocido/familiar* de forma frecuente y un 42,7% algunas veces. En cuanto a si su pareja le *amenazaba con destruir/hacer daño a alguna cosa o persona que apreciara*, un 28,2% lo hacía frecuentemente y un 28,2% algunas veces. Con respecto a si fue *amenazada alguna vez con un arma*, un 2,7% informan que lo hacía frecuentemente y un 9,1% algunas veces. En relación, a si su pareja le *amenazó con suicidarse si lo dejaban*, un 13,6% lo hacía frecuentemente y un 26,4% algunas veces. En cuanto a si su pareja *le controlaba sus cosas (su móvil, sus cajones, sus conversaciones con amigos/familiares, sus gastos)* un 52,7% lo hacía frecuentemente y un 31,8% algunas veces. En relación, a si su pareja le *demandaba con insistencia mantener relaciones sexuales*, un 37,6% lo hacía frecuentemente y un 28,4%

algunas veces y con respecto a si *su pareja se comportaba de manera celosa con sus compañeros de trabajo/amigos/familiares o sentía celos de ellas*, un 70,6% lo hacía frecuentemente y un 21,1% algunas veces. Por lo que se puede constatar que los agresores reinciden en el maltrato. En este sentido, las conductas sufridas por más de la mitad de las mujeres por parte de sus parejas, son comportarse de manera celosa y las conductas de control.

Por otro lado, las investigaciones apuntan a que la mayoría de las víctimas no interponen denuncias (DGVG, 2020). Esto, también, ha sido corroborado en la presente investigación donde un 70,9% de las mujeres afirman que nunca han denunciado. Además, las investigaciones señalan que entre el 20% y 70% de las mujeres víctimas de malos tratos nunca mencionan el maltrato a otras personas hasta que son entrevistadas para un determinado estudio (Krug et al., 2002). En este caso, los resultados que se han obtenido en el presente estudio van en la misma línea, encontrándose que un 76,4% de las mujeres ha mantenido oculto el maltrato.

Además, las investigaciones señalan que las mujeres que han sufrido malos tratos por parte de su pareja han intentado dejar a su pareja agresora en varias ocasiones (Krug et al., 2002). En este caso, los resultados obtenidos muestran que un 24,8% de las mujeres dejaron a su pareja agresora en alguna ocasión y 61,5% más de una vez, corroborándose en este caso, también, lo encontrado en otros estudios.

Con respecto al consumo de alcohol por parte de los agresores, algunas investigaciones señalan la presencia de una relación entre consumo excesivo de alcohol en los agresores y aumento de la violencia (FRA,2014). En el presente estudio se ha encontrado en un 21,1% un *consumo abusivo de alcohol*.

En suma, los resultados del presente estudio revelan, en congruencia con las investigaciones sobre VG, que las mujeres víctimas sufren más de un tipo de maltrato a la vez y el tipo de maltrato que se da con más frecuencia es el psicológico. Asimismo, se observa que el

maltrato se da con elevada frecuencia y las mujeres permanecen en la relación durante un largo periodo de tiempo. Asimismo, la mayoría de las víctimas han dejado a su agresor en más de una ocasión, han mantenido oculto el maltrato y solo una minoría ha denunciado a su agresor. En cuanto al consumo abusivo de alcohol por parte de los agresores encontramos que solo un 21,1% lo presenta, por lo que se puede confirmar prácticamente la totalidad la hipótesis planteada, excepto el consumo de alcohol por parte de los agresores.

La **hipótesis 9** planteaba que *existen motivos comunes que hacen permanecer a una mujer en una relación de malos tratos, entre los cuales están la dependencia emocional, el sistema de creencias irracionales, el miedo, la falta de apoyo económico, las preocupaciones por los hijos y el deseo de que la personas cambie. Así como el enamoramiento y algunas creencias religiosas.*

De acuerdo con la evidencia empírica entre los motivos comunes que hacen permanecer a una mujer en una relación violenta están la dependencia emocional, el sistema de creencias irracionales, el miedo, la falta de apoyo económico, las preocupaciones por los hijos y el deseo de que la personas cambie (Aiquipa y Canción, 2020; Heise et al.,1999). En suma, diversos estudios realizados con mujeres maltratadas en EE.UU, África, América Latina, Asia y Europa indican que entre los factores que pueden determinar la permanencia de las mujeres en una relación de malos tratos destacan el miedo al castigo, la ausencia de apoyo económico, la preocupación por los hijos, falta de apoyo familiar y social y la esperanza de que el hombre pueda llegar a cambiar (Krug et al., 2002). También, otros estudios señalan que entre otras causas, el enamoramiento y algunas creencias religiosas influyen en la dificultad que tienen las mujeres de abandonar a su agresor (Amor et al., 2006).

Asimismo, Lafuente y Cantero (2010) refieren varias circunstancias por las cuales las víctimas de VG suelen perdonar a sus agresores, ocultan el maltrato o llegan a abandonar las

terapias cuando se les intentan ayudar a abandonar a su agresor, entre las que están la culpabilidad, la influencia del vínculo de apego o por la indefensión aprendida.

En la presente investigación los motivos más frecuentes que señalan las mujeres por los que permanecían en la relación de pareja a pesar de los malos tratos recibidos son: en un 82,7% la *esperanza de que cambiará*, en un 76,4% por la *presión psicológica del agresor*, en un 72,7% por *inseguridad o miedo*, en un 66,4% porque *estaba enamorada*, en un 51,8% por la *poca autoestima*, en un 48,2% por el *apego emocional*, en un 42,7% por la *dependencia emocional*, en un 26,4% *por sus hijos* y en un 24,5% por el *miedo a qué dirán*. Los motivos manifiestos en menor medida son: por el *desconocimiento de mis derechos* señalado por el 20,9%, en un 15,5% por la *dependencia económica* y en un 4,5% por *creencias religiosas*. El 28,2% señalan por *otros motivos*.

En este caso, la *esperanza de que cambiará* es el motivo más señalado por la mayoría de las mujeres, seguido de por la *presión psicológica*, por la *inseguridad o el miedo*, por el *enamoramiento* y por la *poca autoestima*, que son señalados por más de la mitad de las GV.

Por lo que se confirma la hipótesis planteada con el respecto a los motivos por los que las mujeres permanecen en la relación de malos tratos.

El **objetivo específico 2.2** está dirigido a *estudiar la influencia de las variables psicológicas evaluadas en la interposición de denuncias por VG*.

En este caso, en la **hipótesis 10** se ha planteado que *las mujeres víctimas que denuncian a su agresor presentarán una mayor incidencia de síntomas psicológicos*.

Tal y como se ha indicado en el presente marco teórico un gran porcentaje de víctimas de VG nunca llega a denunciar. Sierra et al. (2014) encuentran que las mujeres víctimas de VG tienden a denunciar cuando el abuso es más intenso y crónico.

Tras el análisis de medias, se puede concluir que las mujeres que han denunciado presentan puntuaciones más altas que el grupo de mujeres que no ha denunciado en la variable *ansiedad* ($t=-2,01$; $p<,1$) y estilo de comunicación *sumiso* ($t=-3,22$; $p<,01$), por lo que se confirmaría en este caso la hipótesis. En cambio, las mujeres que no han denunciado presentan una *mayor expresión de sentimientos-comodidad en las relaciones* en el CAA ($t=2,43$; $p<,05$), un *mayor consumo de drogas como estrategia de afrontamiento* ($t=2,35$; $p<,05$) y un *mayor índice de vulnerabilidad al maltrato* ($t=3,10$; $p<,01$). En este sentido, el padecimiento de una mayor ansiedad y un estilo de comunicación sumiso pueden estar influyendo en que las mujeres pidan ayuda externa en mayor o menor medida. Por el contra, el consumo de drogas, la facilidad para expresar los sentimientos y comodidad en las relaciones, y la mayor vulnerabilidad de las mujeres puede repercutir en la decisión de estas de no interponer una denuncia.

Asimismo, tras el análisis discriminante se puede decir, que las variables que mejor permiten discriminar entre los dos grupos es el estilo sumiso ($,81$) y el índice de vulnerabilidad ($-,60$). En este sentido, el grupo GV que ha denunciado tendría un estilo de comunicación más sumiso, mientras que el grupo de mujeres que no han denunciado tendría un mayor índice de vulnerabilidad al maltrato.

El objetivo **específico 2.3** plantea *estudiar la influencia de las variables psicológicas evaluadas en el tipo de maltrato recibido*.

La literatura científica refiere que tanto el maltrato físico como el maltrato psicológico provocan secuelas en la salud de la mujer, no hallándose diferencias en las consecuencias psicológicas que deja un tipo u otro de maltrato (Amor et al., 2001; Daugherty et al., 2019; Echeburúa et al., 1997; García et al., 2020). Por lo que se ha planteado al respecto la **hipótesis 11** *no se observa diferencia en cuanto a las secuelas psicológicas que deja un tipo u otro de maltrato*.

Tras los resultados obtenidos con el análisis de medias se puede destacar que, de forma general no existen diferencias significativas con respecto a la sintomatología y variables psicológicas que padecen las mujeres que han sufrido únicamente malos tratos psicológicos y las que han sufrido malos tratos de tipo psicológico junto con malos tratos físicos y/o sexuales, excepto en la variable de *ansiedad fóbica* del SCL-90-R ($t=-2,67$; $p<,001$), en la que el grupo de mujeres que ha recibido únicamente maltrato psicológico puntúa significativamente de forma más baja, por lo que se puede confirmar parcialmente la hipótesis.

Por último, el **objetivo específico 2.4.** se ha centrado en *estudiar la influencia de las variables psicológicas evaluadas en la duración de los malos tratos.*

Para este objetivo ha sido planteada la **hipótesis 12** que apuntaba a que *a mayor duración de malos tratos más repercusiones psicológicas, así como más apego inseguro, mayor comunicación sumisa y más estilo de afrontamiento evitativo.*

Las investigaciones científicas han estudiado la influencia que tiene una mayor duración de los malos tratos sufridos en la salud mental de la mujer, encontrándose una mayor repercusión psicológica cuanto mayor es la duración de los malos sufridos (Dillon et al., 2013; Ruiz-Pérez y Plazaola-Castaño, 2005). Por otro lado, a pesar de no encontrar evidencias científicas al respecto, se ha planteado la posibilidad de que las mujeres que permanecen en las relaciones de maltrato durante un tiempo más prolongado puedan tener así un tipo de apego inseguro, una mayor comunicación sumisa y más estilo de afrontamiento evitativo, debido al continuo padecimiento en el que las mujeres se ven envueltas.

En este sentido, los resultados hallados en la presente investigación tras el análisis de medias revelan que no existen diferencias significativas en cuanto a las repercusiones psicológicas que deja los malos tratos, ni en el tipo de apego y estilo de afrontamiento cuando se tiene en cuenta el tiempo en el que las mujeres del GV han permanecido en la relación de malos

tratos. No obstante, las diferencias encontradas se encuentran únicamente en el estilo de comunicación, observándose un estilo de comunicación más sumiso ($t=-3,45$; $p<,001$) en las mujeres cuya duración del maltrato ha sido de más de un año frente al grupo cuya duración de los malos tratos ha sido menor o igual a un año, por lo que este estilo de comunicación sumiso podría explicar el mantenimiento de la mujer en la relación y la dificultad de expresarse, por lo que se confirmaría parcialmente la hipótesis.

4.4. Conclusiones

En este apartado se expone una síntesis de las principales conclusiones halladas en la presente investigación.

- **Factores de vulnerabilidad**

Las mujeres víctimas de VG tienen una mayor incidencia de padecer enfermedades físicas y psicológicas y de consumir psicofármacos y alcohol. Asimismo, haber sido víctima de malos tratos en la infancia y el hecho de tener una madre que ha sufrido VG aumenta el riesgo de ser víctima de este tipo de violencia. Además, las mujeres víctimas tienen un mayor riesgo de intentos de suicidio y de que sus hijos sean violentos con ellas.

- **Variables y síntomas psicológicos**

En relación con las variables psicológicas, las mujeres víctimas de VG se caracterizan por mostrar una menor *autoestima*, *necesidad de aprobación* y *miedo al rechazo*, un estilo de comunicación *sumiso* y *pasivo agresivo*, y mostrar un mayor empleo de estrategias de *escape cognitivo* que el grupo de las no víctimas.

Con respecto a los síntomas psicológicos, las mujeres víctimas de VG sufren más *síntomas de disociación* relacionados con la *absorción* y *despersonalización* y puntúan significativamente más alto en todas las variables que miden *TEPT* (*intrusión*, *evitación* e

hiperactivación). Del mismo modo, muestran más sintomatología en concreto en *somatización, obsesión/compulsión, susceptibilidad, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, depresión melancólica* y en el IGG que las no víctimas.

Asimismo, se observa en las mujeres víctimas una mayor frecuencia en *trastorno paranoide, trastorno esquizoide, trastorno límite, trastorno histriónico y trastorno dependiente*.

En el grupo de mujeres víctimas de VG las variables predictoras *estilo agresivo pasivo* y la escala *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo*, conjuntamente ofrecen los mejores resultados. En este caso, se observa que a mayor estilo *pasivo-agresivo* y más *baja autoestima-necesidad de aprobación-miedo al rechazo*, mayores son los *síntomas de intrusión, de hiperactivación* y un mayor IGG. Además, en el GV la presencia de un estilo de comunicación *sumiso* junto con el *escape cognitivo*, influyen en la presencia de *síntomas de evitación*. Por lo que una buena autoestima, estrategias de afrontamiento adecuadas y un estilo de comunicación asertivo podrían interactuar como factores protectores de una menor sintomatología en mujeres víctimas de VG.

- **La historia de la conducta violenta y motivos por los que las mujeres permanecen en la relación de malos tratos**

Los resultados del presente estudio revelan, en congruencia con las investigaciones sobre VG, que las mujeres víctimas sufren más de un tipo de maltrato a la vez y que el tipo de maltrato que se da con más frecuencia es el psicológico. Las conductas disfuncionales que ocurren con más frecuencia, señaladas por más de la mitad de las mujeres, son comportarse de manera celosa y las conductas de control. Asimismo, se observa que el maltrato se da con una elevada frecuencia y la mayoría de las mujeres permanecen en la relación durante un largo periodo de tiempo. Además, la mayoría de las víctimas han dejado a su agresor en más de una

ocasión y han mantenido oculto el maltrato, mientras que solo una minoría han denunciado a su agresor.

Con respecto a los motivos más señalados por la mayoría de las mujeres por los que permanecían en la relación de malos tratos, están la *esperanza de que cambiará*, seguido de por la *presión psicológica*, por la *inseguridad o el miedo*, por el *enamoramiento* y por la *poca autoestima*.

- **Conclusiones sobre las comparaciones entre las GV en función de si han interpuesto denuncia, de la duración y de la tipología de los malos tratos**

Las mujeres que han denunciado a su agresor presentan puntuaciones más altas en las variables *ansiedad* y estilo de comunicación *sumiso*. En cambio, las mujeres que no han denunciado presentan una *mayor expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones*, un *mayor consumo de drogas como estrategia de afrontamiento* y un mayor *Índice de Vulnerabilidad* al maltrato. En este sentido, el padecimiento de ansiedad y un estilo de comunicación sumiso pueden estar influyendo en que las mujeres víctimas pidan ayuda externa. Por contra, consumir drogas, la facilidad para expresar los sentimientos y comodidad con las relaciones, y una mayor vulnerabilidad de las mujeres puede repercutir en la decisión de estas de no interponer una denuncia.

Por otro lado, las variables que se han mostrado más potentes a la hora de diferenciar entre las mujeres que han interpuesto denuncia y las que no, son *sumisión* e *Índice de Vulnerabilidad* al maltrato. En este sentido, el grupo GV que ha denunciado tendría un estilo de comunicación más sumiso y el grupo de mujeres que no han denunciado por VG tendría un mayor Índice de Vulnerabilidad al maltrato.

Con respecto a la sintomatología y variables psicológicas que padecen las mujeres que han sufrido únicamente malos tratos psicológicos y las que han sufrido más de un tipo de

maltrato, se puede destacar que de forma general no existen diferencias significativas, excepto en la variable de *ansiedad fóbica*, en la que el grupo de mujeres que ha recibido más de un tipo de maltrato puntúa significativamente de forma más elevada.

Cuando se tiene en cuenta el tiempo en el que las mujeres del GV han permanecido en la relación de malos tratos, se observa que las mujeres cuya duración del maltrato ha sido de más de un año presentan un estilo de comunicación más sumiso que el grupo cuya duración de los malos tratos ha sido menor o igual a un año, por lo que el estilo de comunicación sumiso puede estar interfiriendo en una mayor permanencia de las mujeres en la relación.

4.5. Ámbito de aplicación de la investigación

La presente investigación constituye una aproximación a las características psicosociales de las mujeres víctimas de VG, en concreto a los factores de vulnerabilidad, historia de la conducta violenta, tipo de apego, estilos de comunicación, estilos de afrontamiento y psicopatología que desarrollan las mujeres a consecuencia de los malos tratos, así como determinar los motivos por los que las mujeres permanecen en la relación violenta a pesar del calvario en el que se ven envueltas. Todo ello, con el propósito de contribuir a la investigación científica sobre VG, de modo que la información obtenida permita elaborar planes de prevención e intervención terapéutica más eficaces que se adecuen a las necesidades de las víctimas y ser de utilidad para las evaluaciones psicológicas forenses, dado que se ha constatado a nivel mundial que este tipo de violencia provoca nefastas consecuencias en las mujeres tanto a nivel físico como psicológico, tal y como se ha señalado en el capítulo I del presente estudio. Por ello, es importante dar visibilidad a esta problemática a través de investigaciones sobre los motivos por los que las mujeres permanecen en las relaciones de malos tratos, sobre las consecuencias psicopatológicas que provoca este tipo de violencia y sobre las variables que pueden estar interviniendo en la dificultad de las mujeres de poner fin a la relación de malos tratos.

A continuación, se profundiza en las diferentes aplicaciones en el ámbito clínico y forense derivadas de la presente investigación, que facilitarán una intervención terapéutica más eficaz en mujeres víctimas, proporcionarán herramientas para realizar planes de prevención contra la VG y ayudar a fundamentar las conclusiones obtenidas en periciales psicológicas forenses sobre el tema que nos ocupa.

Una aplicación importante es la que se refiere al tipo de apego. A pesar de no haber encontrado diferencias significativas en la presente investigación con respecto al tipo de apego, la diferencia encontrada en el factor baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo, en el cual las mujeres víctimas han obtenido una mayor puntuación, confirma la importancia de trabajar en el fomento y desarrollo de una buena autoestima en estas mujeres, dado que un buen autoconcepto previene y reduce problemas emocionales.

Otra de las aportaciones es el resultado obtenido en los estilos de comunicación de las VG caracterizado por una mayor comunicación sumisa y agresivo-pasiva, por lo que no se debe obviar en las intervenciones con mujeres víctimas el entrenamiento en estrategias de comunicación asertivas que permitan a las mujeres defender sus derechos y tener un manejo de los conflictos más adecuado, aprendiendo a manifestar sus deseos de forma asertiva, sin miedo y sin sentirse culpables por expresar lo que sienten.

Por otro lado, conocer el tipo de afrontamiento de las mujeres víctimas de VG es de utilidad, ya que utilizar estrategias inadecuadas a la hora de resolver problemas puede contribuir a que se genere una mayor sintomatología psicológica. Los resultados obtenidos en la presente investigación muestran un mayor estilo de afrontamiento basado en el escape cognitivo en las mujeres víctimas, lo que dificulta que las mujeres adopten conductas eficaces a la hora de buscar soluciones. Por lo que es importante realizar una intervención psicológica centrada en el problema y en la emoción que les ayuden a poner fin a la relación de los malos tratos, a la prevención de recaídas y a la disminución de la sintomatología.

Por otro lado, los resultados indicativos de una mayor frecuencia de síntomas psicológicos, de síntomas disociativos y de TEPT en mujeres víctimas de VG corroboran la necesidad de disminuir el sufrimiento de las mujeres, utilizando técnicas psicológicas adecuadas al tipo de síntomas que éstas presentan.

En suma, los resultados obtenidos en el presente estudio corroboran la necesidad de trabajar en los planes de intervención con mujeres maltratadas en el fomento de una buena autoestima, en el entrenamiento de técnicas de asertividad y de resolución de conflictos con la finalidad de empoderar a las mujeres y de ayudar a reducir su sintomatología. Asimismo, es importante trabajar con técnicas psicológicas que reduzcan los síntomas psicológicos característicos de este fenómeno como la ansiedad, depresión, TEPT y síntomas disociativos.

Otra de las contribuciones del presente estudio es la que se refiere a los trastornos de la personalidad, variable explorada con menos frecuencia en el ámbito de la VG. Los resultados de la presente investigación arrojan que las mujeres víctimas de malos tratos muestran con una mayor frecuencia los trastornos paranoide, esquizoide, límite, histriónico y dependiente. El conocimiento de estos tipos de personalidad facilitará una mejor intervención psicológica y comprensión de las víctimas. Asimismo, tener en cuenta estos resultados a la hora de realizar periciales psicológicas, evitará que se catalogue a la mujer como paranoica o con trastorno de la personalidad y se le reste credibilidad a lo manifestado.

En este sentido, conocer las características de las mujeres víctimas, los síntomas psicológicos que padecen y los trastornos de personalidad más frecuentes aportarán información que ayudarán a las peritaciones psicológicas forenses en sus evaluaciones sobre daño psicológico y sobre la credibilidad de sus testimonios.

La última contribución importante ha sido investigar los motivos por los que las mujeres permanecen en la relación de malos tratos con el fin de facilitar una mayor comprensión de las

víctimas y entender la dificultad que tienen de poner fin a relación de malos tratos. Tal y como se ha indicado en el marco teórico del presente estudio, muchas veces resulta incompresible el por qué las mujeres permanecen y vuelven con sus agresores a pesar de los malos tratos. Conocer que la permanencia en la relación y el retorno con el agresor forma parte del ciclo de la violencia, evitará una victimización secundaria en la que muchas veces se ven envueltas. Por otro lado, entender el por qué las mujeres continúan en las relaciones de malos tratos a pesar de estar siendo violentadas por sus parejas puede ayudar a los profesionales a empatizar con las mujeres y a realizar evaluaciones forenses e intervenciones más eficaces.

En este caso, los motivos más señalados han sido la esperanza de que cambiará, la presión psicológica, la inseguridad o el miedo, el enamoramiento y la poca autoestima, por lo que es importante que en las intervenciones con las víctimas de VG se trabaje la toma de conciencia de que una vez se iniciado una relación de malos tratos es muy improbable que la conducta de los agresores cambie. Asimismo, es fundamental desarrollar en las mujeres una buena autoestima y dotarles de estrategias para hacer frente al miedo y a la presión emocional a la que están sometidas, así como generarles conciencia del entrampamiento emocional en el que están envueltas debido al refuerzo intermitente que les genera las reconciliaciones y que puede llegar a ser confundido con el enamoramiento.

De este modo, además se plantea que las instituciones adopten medidas dirigidas en el ámbito social y de la educación a través de jornadas, talleres o charlas con el fin que se conozca más sobre las características y el mantenimiento de este fenómeno para poder detener y prevenir este tipo de situaciones. Un mayor conocimiento a nivel social de este fenómeno también previene la revictimización que sufren muchas de las mujeres cuando son cuestionadas por los diferentes sectores de la población o incluso por el sistema judicial por permanecer con sus parejas agresoras tras un episodio violento o incluso cuando en ocasiones llegan a retirar las denuncias interpuestas.

Como conclusión, la VG constituye actualmente un gran problema social, por lo que la exploración de las variables estudiadas en la presente investigación aporta información de relevancia a la hora de realizar planes de prevención y de intervención más eficaces en mujeres víctimas de VG, así como aportan información a tener en cuenta a la hora de fundamentar las evaluaciones forenses en el tema que nos ocupa.

4.6. Limitaciones encontradas en el presente trabajo y futuras líneas de investigación

La primera limitación que se ha encontrado es que el número de participantes no ha podido ser más extenso dado la gran dificultad para conseguir la muestra de mujeres víctimas de VG, ya que en un primer momento se optó por pasar la batería de pruebas de forma personalizada. Tras pedir colaboración a diversas asociaciones dentro de todo el territorio nacional, la mayoría de estas mostraron su reticencia a que las mujeres participaran en la investigación ya que en algunas ocasiones informaban de que ya realizaban sus propios estudios y, en otros casos, se mostraban renuentes debido a la confidencialidad de los datos. Por lo que finalmente se optó por pasar la batería de las pruebas a formato online, lo que supuso un gran avance en la recogida de la muestra y la posibilidad de finalizar la presente investigación debido a que tuvo una difusión masiva a través de las redes sociales.

Otra de las limitaciones halladas ha sido la gran extensión de la batería de pruebas lo que ha provocado que muchas de las mujeres no completaran la evaluación, por lo que en futuras investigaciones se tendrá en cuenta este aspecto.

Como futuras líneas de investigación se plantea evaluar el tipo de creencias irracionales sobre las relaciones de pareja que pueden estar interfiriendo en que las mujeres pongan fin a este tipo de relaciones. Así como evaluar el efecto que tiene el apoyo social de las mujeres en la decisión de dejar a sus parejas y en su papel amortiguador en la sintomatología.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adán, E.D., Timaure, Y.C., Guerrero, J.M. y Ortiz, G.J. (2015). Estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia de género que denuncian: un estudio exploratorio. *Poiésis*, 1(29). <https://doi.org/10.21501/16920945.1613>

Agencia de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (FRA) (2014). *Violence against women: An EU-wide survey. Main results. Publications Office of the European Union.* https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf

Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso, P. y Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 48(2), 114-122. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272010000300004>

Aiquipa, J.J. y Canción, N.M. (2020). Mujeres supervivientes de violencia de pareja: factores y procesos psicológicos implicados en la decisión de permanecer o abandonar la relación. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 38(1), 189-202. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/apl/a.7139>

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Walters, E. y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment. A psychological study of the Strange Situation.* Lawrence Erlbaum Associates.

Alencar-Rodrigues, R. y Cantera, L. (2012). Violencia de género en la pareja, una revisión teórica. *Psico*. 43(1), 116-126.

Alexander, P.C. (2009). Trauma, apego y abuso infantil por parte de múltiples parejas. *Trauma psicológico: teoría, investigación, práctica y política*, 1(1), 78–88. <https://doi.org/10.1037/a0015254>

Ali, T.S., Asad, N., Mogren, I. y Krantz, G. (2011). Intimate partner violence in urban Pakistan: Prevalence, frequency, and risk factors. *International Journal of Women's Health*, 3, 105-115. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S17016>

American Psychiatric Association (2013). DSM-5. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Amor, P., Bohórquez, I.A. y Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué ya qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción psicológica*, 4(2), 129-154.

Amor, P.J. y Echeburúa, E. (2010). Claves psicosociales para la permanencia de la víctima en una relación de maltrato. *Clínica Contemporánea*, 1(2), 97-104. <https://doi.org/10.5093/cc2010v1n2a3>

Amor, P.J., Echeburúa, E., de Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 6(3), 167-178. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.6.num.3.2001.3913>

Amor, P.J., Echeburúa, E., de Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2(2), 227-246.

Aragón, R.S. y Loving, R.D. (2003). Patrones y estilos de comunicación de la pareja: Diseño de un inventario. *Anales de psicología*, 19(2), 257-277. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27741>

Arcas, M. (2014). Vulnerabilidad en mujeres maltratadas. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 19 (1), 52-55.

Arriaga, X.B. y Capezza, N.M. (2005). Targets of partner violence: The importance of understanding coping trajectories. *Journal of interpersonal violence*, 20(1), 89-99. <https://doi.org/10.1177/0886260504268600>

Arroyo, A. (2002). Mujer maltratada y trastorno de estrés postraumático. *Revista de psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29(2), 77-82.

Asensi, L.F. (2008). La prueba pericial psicológica en asuntos de género. *Revista Internauta de Práctica Jurídica*, 21, pp. 15-29.

Báguena, M.J., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C. y Villarroya, E. (2002). Estructura y dinámica de personalidad en el estrés postraumático en mujeres maltratadas. Investigación subvencionada por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (Instituto de la Mujer) Investigación no publicada.

Báguena, M.J., Beleña, A., Díaz, A., Roldán, C y Toldos. (2006a). Un estudio exploratorio de la violencia psicológica en el contexto laboral. [Informe de investigación no publicado, Universidad de Valencia].

Báguena, M.J., Beleña, A., Roldán, C., Díaz, A. y Villarroya, E. (2006b). Mujeres maltratadas con y sin estrés post-traumático: análisis diferencial. En Costa, P.J., Lopes, C.M., Veloso, J. y Lopes, C.T. *Stresse Pós-traumático: Modelos Abordagens & Práticas* (ppalencar.71-79). Portugal: Diferença.

Báguena, M.J., Díaz, A., Beleña, A., Roldán, C. y Villarroya, E. (2006c). Personality and post-traumatic symptomatology in battered women. En Österman K. y Björkqvist. *Contemporary Research on Aggression* (pp.204-211). Finland: Abo University.

Báguena, M.J., Villarroya, A., Beleña, E., Díaz, A., Roldán, C. y Reig, R. (2001). Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala Revisada de Impacto del Estresor (EIE-R). *Análisis y Modificación de la Conducta*, 27, 581-604.

Ballester, A. y Ventura, M. (2010). Evaluación mediante el Inventario MCMI-III de mujeres víctimas de maltrato psicológico por parte de su anterior pareja. *Revista Española de Medicina Legal*, 36, 68-76. [https://doi.org/10.1016/S0377-4732\(10\)70047-X](https://doi.org/10.1016/S0377-4732(10)70047-X)

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*, 24(1), 9-18. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apj.2014.06.001>

Bartholomew, K. y Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61 (2), 226-24. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.226>

Bélanger, C., Mathieu, C., Dugal, C. y Courchesne, C. (2015). The impact of attachment on intimate partner violence perpetrated by women. *The American Journal of Family Therapy*, 43(5), 441-453. <https://doi.org/10.1080/01926187.2015.1080130>

Bermúdez, M.P., Matud, M.P. y Buela-Casal, G. (2009). Salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja en el Salvador. *Revista Mexicana de Psicología*, 26(1), 51-59.

Bernstein, E. y Putnam F. (1986). Development reliability and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735. <http://doi.org/10.1097/00005053-198612000-00004>

Beydoun, H.A., Williams, M., Beydoun, M.A., Eid, S.M. y Zonderman, A.B. (2017). Relationship of physical intimate partner violence with mental health diagnoses in the Nationwide

Emergency Department Sample. *Journal of Womens Health*, 26(2), 141-151.
<http://doi.org/10.1089/jwh.2016.5840>

Blanchard, J.J. y Brown, S.B. (1998). Structured diagnostic interview schedules. En C.R. Reynolds (Ed.), *Comprehensive Clinical Psychology. Assessment* (A.S. Bellack y M. Hersen ed., Vol 4, pp. 97-130). Elsevier Science.

Blázquez, M., Moreno, J.M. y García-Baamonde, M.E. (2009). Inteligencia emocional como alternativa para la prevención del maltrato psicológico en la pareja. *Anales de Psicología*, 25(2), 250–260. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/87541>

Boon, S., Steele, K. y Van Der Hart, O. (2015). *Vivir con disociación traumática: Entrenamiento de habilidades para pacientes y terapeutas*. Desclée de Brouwer.

Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.

Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of age. *The American journal of psychiatry*, 145(1), 1-10. <https://doi.org/10.1176/ajp.145.1.1>

Bowlby, J (1989). *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.

Brignone, E., Sorrentino, A.E., Roberts, C.B. y Dichter, M.E. (2018). Suicidal ideation and behaviors among women veterans with recent exposure to intimate partner violence. *General hospital psychiatry*, 55, 60-64. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2018.10.006>

Callejas, G.R., López, G.B. y Álvarez, G. (2013). Afrontamiento y alexitimia en una muestra de mujeres víctimas de violencia familiar en San Luis, Argentina. *Alternativas en Psicología*, 17(29), 32-43.

Camacho, J. y Olmeda, M.S (2019). Trastornos disociativos. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(84), 4938-4946.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.07.004>

Campbell, J., Jones, AS., Dieneman, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., Carlson Gielen, A. y Wynne, C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch Intern Med*, 162, 1157-1163. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.10.1157>

Carlson, E.B. y Putnam, F.W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation*, 6(1), 16-27.

Carrasco, M.J. (2013). *Cuestionario de aserción en la pareja*. TEA.

Carver, C.S., Scheier, M.F. y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>

Castelló, J. (2005). *Dependencia Emocional: características y tratamiento*. Alianza Editorial.

Castillo, E., Bernardo, J. y Medina, M. (2018). Violencia de género y autoestima de mujeres del centro poblado Huanja - Huaraz 2017. *Horizonte Médico*, 18(2),47-52.
<http://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2018.v18n2.08>

Castillo-Manzano, R.M. y Arankowsky-Sandoval, G. (2008). Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para trastorno depresivo mayor en mujeres: Estudio de casos y controles. *Rev. Biomed*, 19(3), 128-136.

Chamorro, H.M. (2008). *Manual de protección a víctimas de violencia de género*. Club Universitario.

Cobos, E. (2016). Apego, resiliencia y afrontamiento: un estudio con víctimas de violencia de género [Tesis de doctorado, Universidad Complutense de Madrid]. E-Prints Complutense. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/38848/>

Cogan, R. y Porcerelli, J.H. (1996). Object relations in abusive partner relationships: An empirical investigation. *Journal of Personality Assessment*, 66, 106-115. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_8

Coid, J., Petruckevitch, A., Feder, G., Chung, W.S., Richardson, J. y Moorey, S. (2001). Relation between childhood sexual and physical abuse and risk of revictimization in women: a cross-sectional survey. *Lancet*, 358, 450454. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)05622-7](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)05622-7)

Costa, E.C.V. y Botelho, A.A.L.P. (2021). The impact of intimate partner violence on psychological well-being: Predictors of posttraumatic stress disorder and the mediating role of insecure attachment styles. *European Journal of Trauma & Dissociation. Revue Européenne Du Trauma Et De La Dissociation*, 5(1), 100151. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2020.100151>

Crespo, M. y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(92), 797-830.

Daugherty, J.C., Marañón-Murcia, M., Hidalgo-Ruzzante, N., Bueso, N., Jiménez-González, P., Gómez-Medialdea, P. y Pérez-García, M. (2019). Severity of neurocognitive impairment in women who have experienced intimate partner violence in Spain. *The Journal of Forensic Psychiatry y Psychology*, 30(2), 322-340. <https://doi.org/10.1080/14789949.2018.1546886>

Davins-Pujols, M., Pérez-Testor, C., Salamero-Baro, M. y Aramburu, I. (2010). Eficacia de la psicoterapia individual en mujeres maltratadas por su pareja: valoración de una

experiencia. *Aloma*, 2010 (27), 279-300 <http://www.raco.cat/index.php/Aloma/article/view/216946>

DeJonghe, E., Bogat, G., Levendosky, A. y Eye, A. (2008). Women survivors of intimate partner violence and post-traumatic stress disorder: Prediction and prevention. *Journal of Postgraduate Medicine*, 54(4), 294-300. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.41435>

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG). (2020). *Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019*. Ministerio de Igualdad. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (DGVG). (25 de enero de 2022). *Mujeres víctimas mortales por violencia de género en España a manos de sus parejas o exparejas. Datos provisionales*. Ministerio de Igualdad. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/pdf/VMortales_25012022_Act2021.pdf

DeMaris, A., Benson, M. L., Fox, G. L., Hill, T. y Van Wyk, J. (2003). Distal and proximal factors in domestic violence: A test of an integrated model. *Journal Marriage and Family*, 65(3), 652-667. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2003.00652.x>.

De Miguel, A. (2000): Estructura de personalidad y trastornos de personalidad: Correlatos de personalidad de los trastornos de personalidad definidos por clasificaciones de consenso. *Psicologemas*, 14 (27-28), 3-214.

Derogatis, L.R. (1977). *S.C.L.-90-R. Administration Scoring and Procedures. Manual I* Baltimore: Clinical Psychometric Research.

Desai, S., Arias, I., 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 Victim*, 17(6). <https://doi.org/10.1891/vivi.17.6.639.33725>

Devries K.M., Mak J.Y., Bacchus L.J., Child J.C., Falder G., Petzold M., Astbury, J. y Watts, C.H. (2013) Intimate Partner Violence and Incident Depressive Symptoms and Suicide Attempts: A Systematic Review of Longitudinal Studies. *PLoS Med* 10(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001439>

Deza, S. (2019). ¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia? *Avances en psicología*, 20(1), 45-55. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2012.v20n1.1942>

Díaz-Benjumea, L.J. (2011). Mecanismos psíquicos implicados en la tolerancia de las mujeres al maltrato. Un enfoque de subtipos de mujeres maltratadas. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de psicoanálisis*, 37(3). <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=696>

Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D. y Rahman, S. (2013). Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International journal of family medicine (vol. 2013)*. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>

Domínguez, M., Martínez I.M., Vázquez-Portomeñe, F. y Rodríguez, M.S. (2017). Características y consecuencias de la violencia de género: estudio de casos confirmados por sentencia judicial. *Revista Española de Medicina Legal*, 43(3), 115-122. <https://doi.org/10.1016/J.REML.2017.05.001>

Dutton, M.A. (1993). Understanding Women's Responses to Domestic Violence: A Redefinition of Battered Woman Syndrome. *Hofstra Law Review*, 21(4), 1191-1242.

Echeburúa, E. (2007). Treatment guidelines for victims of terrorism: A comprehensive approach. En S. Begeç (dir.) *The integration and management of traumatized people after terrorist attacks* (pp. 108-118). IOS Press (Nato Science Series).

Echeburúa, E., Amor, P.J. y Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica*, 1, 135-150.

Echeburúa, E., Amor, P.J., Muñoz, J. M., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2017). Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático según el DSM-5: versión forense (EGS-F). *Anuario de psicología jurídica*, 27(1), 67-77. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2017.02.005>

Echeburúa, E. y Corral P. (1998). *Manual de Violencia Familiar*. Siglo XXI.

Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Intervención en crisis en víctimas de sucesos traumáticos: ¿Cuándo, cómo y para qué? *Psicología conductual*, 15(3), 373-387.

Echeburúa, E., 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). 527-550.

Echeburúa, E., Corral, P. Amor, P.J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.1.1997.3830>

Echeburúa, E. y Muñoz, J.M., (2017). Boundaries between psychological intimate partner violence and dysfunctional relationships: psychological and forensic implications. *Anales de Psicología*, 33(1), 18-25. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.33.1.238141>

Ertl, A., Sheats, K.J., Petrosky, E., Betz, C.J., Yuan, K. y Fowler, K.A. (2019). Surveillance for violent deaths — national violent death reporting system, 32 states, 2016. *MMWR. Surveillance Summaries*, 68(9). <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/68/ss/ss6809a1.htm>.

Eurostat - European Statistics. (8 de diciembre de 2021). *Intentional homicide victims by victim-offender relationship and sex - number and rate for the relevant sex group*. https://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=crim_hom_vrel&lang=en

Fernández, R.I. (2020). Violencia de género en tiempos del Covid-19. *Cuadernos de atención primaria*, 26(2), 26-27. <https://revista.agamfec.com/volume-26-2-especial-coronavirus/>

Fernández-González, L., Calvete, E. y Orue, I. (2017). Mujeres víctimas de violencia de género en centros de acogida: características sociodemográficas y del maltrato. *Psychosocial Intervention*, 26(1), 9-17. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2016.10.001>

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (2004). Juego patológico y trastornos de la personalidad: un estudio exploratorio con el IPDE. *Revista de trastornos de la personalidad*, 18(5), 500-505.

Fortier, M. A., DiLillo, D., Messman-Moore, T. L., Peugh, J., DeNardi, K. A. y Gaffey, K. J. (2009). Severity of child sexual abuse and revictimization: The mediating role of coping and trauma symptoms. *Psychology of Women Quarterly*, 33(3), 308-320. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2009.01503.x>

Furnham, A., Milner, R., Akhtar, R. y De Fruyt, F. (2014). A Review of the Measures Designed to Assess DSM-5 Personality Disorders. *Psychology*, 5, 1646-1686. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.514175>

García, C.E. (2016). Propiedades Psicométricas del cuestionario de Aserción en la Pareja, en padres de familia del distrito de Trujillo [Tesis para grado de psicología, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio de la Universidad Cesar Vallejo. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/265>

García, C., Gordillo, F. y Pérez, M.A. (2020) Análisis de las consecuencias cognitivas y afectivas de la violencia de género en relación con el tipo de maltrato. *Ansiedad y estrés*, 26, 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.01.003>

García, M.J. y Matud, M.P. (2015). Salud mental en mujeres maltratadas por su pareja. Un estudio con muestras de México y España. *Salud mental*, 38(5), 321-327. <https://doi.org/10.17711/SM.0185-3325.2015.044>

Gezen, M. y Oral, E.T. (2013). Kadın sığınma evinde yasayan kadınlar ile siddet gördüğü evde yaşamaya devam eden kadınların bağlanma biçimlerinin ve ruhsal belirti düzeylerinin İncelenmesi/Attachment styles and degree of the psychological symptoms in women staying in a shelter for battered women or in their home where they were exposed to violence. *Dusunen Adam the Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 26(1), 65-71. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2013260107>

Golding, J. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132. <http://dx.doi.org/10.1023/A:1022079418229>

González de Rivera, J.L. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 síntomas. Adaptación española*. Madrid: TEA.

González-Lozano, M.P., Muñoz-Rivas, M.J. y Graña, J.L. (2003). Violencia en las relaciones de pareja en adolescentes y jóvenes: Una revisión. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 3(3), 23-39.

Grisurapong, S. (2016). Risk factors of intimate partner violence (IPV) of thai women. *Injury Prevention*, 22. <http://dx.doi.org/10.1136/injuryprev-2016-042156.391>

Guzmán, M., Contreras, V., Martínez, A. y Rojo, C. (2016). Asociación entre los estilos de apego y violencia física recibida en relaciones de noviazgo en estudiantes universitarios. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 25(1), 177-185.

Guzmán-Rodríguez, C., Cupul-Uicab, L.A., Guimaraes, G.L., Salazar-Martínez, E., Salmerón, J. y Reynales-Shigematsu, L.M. (2021). Violencia de pareja y depresión en mujeres que trabajan en una institución de salud de México. *Gac Sanit*, 35(2), 161-167. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.09.005>.

Hazan, C. y Shaver, P. (1987). El amor romántico conceptualizado como un proceso de apego. *Revista de personalidad y psicología social*, 52 (3), 511-524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>

Hegarty, K., Gunn, J., Chondros P. y Small R. (2004). Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross-sectional survey. *Br Med J* 328, 621-4. <https://doi.org/10.1136/bmj.328.7440.621>

Heise, L. (1998). Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*, 4(3), P. 262-290. <https://doi.org/10.1177/1077801298004003002>

Heise, L., Ellsberg, M. y Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. *Population reports*, 27(4), 1.

Hidalgo, L. y Valdés, D.C. (2014). Violencia contra la mujer adulta en las relaciones de pareja. *MEDISAN*, 18(2), 181-187.

Hirigoyen M.F. (2006). *Mujeres maltratadas: Los mecanismos de la violencia en la pareja*. Paidós

Horowitz, M.J. (1976). *Stress response syndromes*. Jason Aronson.

Huerta, R., Bulnes, M., Ponce, C., Sotil, A. y Campos E. (2014). Depresión y ansiedad en mujeres en situación de maltrato en la relación de pareja según tipo de convivencia, en zonas urbanomarginales de la ciudad de Lima. *Theorēma (Lima, Segunda época, En línea)*, 1(1), 123-136. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11945>

Icarán, E., Colom, R. y Orengo-Garcia, F. (1996). Experiencias disociativas: una escala de medida. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, (10), 69-84.

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. <https://doi.org/10.1002/jts.21781>

Jewkes, R., Fulu, E., Naved, R.T., Chirwa, E., Dunkle, K., Haardörfer, R. y García-Moreno, C. (2017). Women's and men's reports of past-year prevalence of intimate partner violence and rape and women's risk factors for intimate partner violence: A multicountry cross-sectional study in Asia and the Pacific. *PLoS Medicine*, 14(9). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1002381>

Karakoç, B., Gülseren, L., Çam, B., Gülseren, S., Tenekeçy, N. y Mete, L. (2015). Prevalence of intimate partner violence and associated factors. *Noro-Psikiyatri Arsivi*, 52(4), 324-330. <http://dx.doi.org/10.5152/npa.2015.7535>

Khan, F.I., Welch, T.L. y Zillmer, E.A. (1993). MMPI-2 profiles of battered women in transition. *Journal of Personality Assessment*, 60 (1), 100-111. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6001_7

Krause, E.D., Kaltman, S., Goodman, L.A. y Dutton, M.A. (2008). Avoidant coping and PTSD symptoms related to domestic violence exposure: A longitudinal study. *Journal of traumatic stress*, 21(1), 83-90. <https://doi.org/10.1002/jts.20288>

Krause-Utz, A., Dierick, T., Tobias, J., Chatzaki, E., Willem, A., Boom, J.H. y Elzinga, B. (2021). Linking experiences of child sexual abuse to adult sexual intimate partner violence: The role of borderline personality features, maladaptive cognitive emotion regulation, and dissociation. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8, 1-12. <http://dx.doi.org/10.1186/s40479-021-00150-0>

Krug, E.G., Dahlberg, L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. y Lozano, R. (2002). *World report on violence and health*. World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf

La Moncloa (16 de abril de 2020a). *Las llamadas al 016 aumentan un 47,3% en la primera quincena de abril en comparación con el mismo periodo de 2019*. <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/igualdad/Paginas/2020/160420-violenciagenero.aspx>

La Moncloa (19 de mayo de 2020b). *Las peticiones de asistencia a víctimas de violencia de género durante el confinamiento se elevan a 18.700, un 61,56% más que el año anterior*. <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/notasprensa/igualdad/Paginas/2020/190520-viogen.aspx>

Labra, P. (2014). La salud mental de mujeres supervivientes de violencia de género: una realidad chilena. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. E-Prints Complutense. <https://eprints.ucm.es/id/eprint/28942/>

Labrador, F.J., Fernández-Velasco, M.R. y Rincón, P. (2010). Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicothema*, 22(1), 99-105. <https://www.psicothema.com/pi?pii=3702>

Labrador, F.J., Rincón, P., De Luis, P. y Fernández- Velasco F. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica*. Pirámide.

Lafuente, M.J. y Cantero, M.J. (2010). *Vinculaciones afectivas. Apego, amistad y amor*. Ediciones Pirámide.

Lagdon, S., Armour, C. y Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 24794. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794>

Lara, E.Z., Aranda, C., Zapata, R., Bretones, C. y Alarcón, R. (2019). Depresión y ansiedad en mujeres víctimas de violencia en la relación de pareja. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 11(1), 1-8. <https://doi.org/10.32348/1852.4206.v11.n1.21864>

Lara-Caba, E. (2019). Autoestima en las mujeres víctimas de violencia por la pareja íntima. *Revista AULA Revista de Humanidades y Ciencias Sociales*, 65(2), 9-16. <https://doi.org/10.33413/aulahcs.2019.65i2.116>

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos* (2da ed.). Martínez Roca.

Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín oficial del Estado*, 313, de 29 de diciembre de 2004. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2004-21760>

Liebschutz, J.M. y Rothman, E.F. (2012). Intimate-partner violence — what physicians can do. *The New England Journal of Medicine*, 367(22), 2071-2073. <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMp1204278>

Liranzo, P. y Moreno, L. (2017). Asertividad e ideología de género en mujeres víctimas de abuso psicológico. *Ciencia y sociedad*, 42(1), 59-76. <https://doi.org/10.22206/cys.2017.v42i1.pp61-78>

Llosa, S. y Canetti, A. (2019). Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Psicología, conocimiento y sociedad*, 9(1), 178-204. <http://dx.doi.org/10.26864/pcs.v9.n1.1>.

López, M. S., Rivera, S., García, M. y Reidl, L. (2013). Estilos de comunicación como predictores del manejo de conflicto en el noviazgo. *Psicología Iberoamericana*, 21 (1), 24-31. <https://doi.org/10.48102/pi.v21i1.161>

Loranger, A.W. (1988). Personality Disorder Examination (IPDE) Manual. Yonkers, NY: DV Communications.

Loranger A.W., Janca A. y Sartorius N. (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: the ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Cambridge University Press.

Lorente, M. (2009). *Mi Marido me Pega lo Normal. Agresión a la mujer: realidades y mitos*. Edición actualizada y ampliada. Editorial Planeta.

Lorente-Acosta, M. (2020). Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Revista Española de Medicina Legal*, 46(3), 139-145. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.005>

Loubat M., Ponce, P. y Salas P. (2007). Estilo de Apego en Mujeres y su Relación con el Fenómeno del Maltrato Conyugal. *Terapia psicológica*, 25(2), 113-122. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082007000200002>

Machisa, M.T., Christofides, N. y Jewkes, R. (2017). Mental ill health in structural pathways to women's experiences of intimate partner violence. *PLoS One*, 12(4) <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0175240>

Madan, N. (2017). Shame, dissociation, and coping in intimate partner violence. [Tesis doctoral, Long Island University, The Brooklyn Center].

Maguele, M.S., Tlou, B., Taylor, M. y Khuzwayo, N. (2020). Risk factors associated with high prevalence of intimate partner violence amongst school-going young women (aged 15–24 years) in Maputo, Mozambique. *PLoS One*, 15(12) <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0243304>

Matud, M.P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401. <http://www.psicothema.com/pi?pii=3009>

Matud, P., Fortes, D. y Medina, L. (2014). Eficacia de un programa de tratamiento psicológico individual para mujeres maltratadas por su pareja. *Psychosocial Intervention*, 23, 199-207. <http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2014.06.001>

Marmar, Ch.R., Weiss, D.S., Metzler, T., Ronfeldt, H.M. y Foreman, C. (1996). Stress responses of emergency services personnel to the Loma Prieta Earthquake Interstate 880 freeway collapse and control traumatic incidents. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 63-85.

Marshall, L. (1999). Effects of men's subtle and overt psychological abuse on lowincome women. *Violence and Victims*, 14 (1), pp.69-88. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.14.1.69>

McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H.K., Ryden, J., Bass, E.B. y Derogatis, L.R. (1995). The "battering syndrome": Prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine* 123,737-46. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00001>

Melero, R. y Cantero, M.J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: Un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, 19, 83-100.

Menéndez, S., Pérez, J. y Lorence, B. (2013). La violencia de pareja contra la mujer en España: cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional. *Psychological Intervention*, 22, 41-53. <https://dx.doi.org/10.5093/in2013a6>

Miramontes, M.M. y Mañas, I. (2018). Vinculación afectiva al agresor en la mujer joven víctima de violencia de género tras la separación. *Revista de psicología*, 27(1),1-12. <https://dx.doi.org/10.5354/0719-0581.2018.50741>

Momeñe, J., Jáuregui, P. y Estévez, A. (2017). El papel predictor del abuso psicológico y la regulación emocional en la dependencia emocional. *Psicología conductual*, 25(1), 65-78. <https://www.behavioralpsycho.com/producto/el-papel-predictor-del-abuso-psicologico-y-la-regulacion-emocional-en-la-dependencia-emocional/>

Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12(1), 371-397.

Mora, V. (2015). Cuando llueve sobre mojado: consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de género traumatizadas en la infancia. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (2), 33-38. <https://revistas.uam.es/revIUEM/article/view/2225>

Moreira, P.A.S., Pinto, M., Cloninger, C.R., Rodríguez, D. y Fernández da Silva, C. (2019). Understanding the experience of psychopathology after intimate partner violence: The role of personality. *PeerJ*, <https://dx.doi.org/10.7717/peerj.6647>

Morgan, R.E., y Oudekerk, B.A. (2019). *Criminal victimization, 2018*. Bureau of Justice Statistics. <https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/cv18.pdf>.

Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género (2021). *Informe sobre víctimas mortales de la violencia de género y doméstica en el ámbito de la pareja y expareja año 2020*. <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Violencia-domestica-y-de-genero/Actividad-del->

Observatorio/Informes-de-violencia-domestica-y-de-genero/Informe-sobre-victimas-mortales-de-la-violencia-de-genero-y-domestica-en-el-ambito-de-la-pareja-o-expareja-en-2020

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (2019). *Global study on homicide. Gender-related Killing of women and girls*. https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/gsh/Booklet_5.pdf

Organización Mundial de la Salud (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y la violencia doméstica: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43390>

Organización Mundial de la Salud (2013). *Estimaciones mundiales y regionales de la violencia contra la mujer: prevalencia y efectos en la salud de la violencia de pareja íntima y la violencia sexual fuera de la pareja*. Ginebra, Suiza: Autor. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564625>

Organización Mundial de la Salud (2021). *Violencia contra las mujeres: estimaciones para el 2018. Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres: resumen ejecutivo*. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681>

Organización de Naciones Unidas (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Naciones Unidas.

Organización de Naciones Unidas Mujeres (6 de abril de 2020a). *Violencia contra las mujeres: la pandemia en la sombra*. <https://www.unwomen.org/es/news/stories>

/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic?gclid=EAlalQobChMI3_GlnZrE6wIVBo-GCh0LkQoAEEAYyAAEgLESPD_BwE

Organización de Naciones Unidas Mujeres (2020b). *Víctimas de la violencia doméstica atrapadas durante la pandemia*. Recuperado el 15 de enero de 2022 de <https://www.un.org/es/coronavirus/articulos/un-supporting-trapped-domestic-violence-victims-during-covid-19-pandemic>

Ortiz, M.J., Gómez, J. y Apodaca, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. *Psicothema*, 14(2), 469-475. <http://www.psicothema.com/pi?pii=750>

Park, G.R., Park, E.J., Jun, J. y Kim, N.S. (2017). Association between intimate partner violence and mental health among Korean married women. *Public Health*, 152, 86-94. <https://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.023>

Patró, R., Corbalán, F.J. y Limiñana, 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. <https://revistas.um.es/analesps/article/view/23121>

Pérez-Testor, C., Castillo, J.A., Davins, M., Salamero, M. y San-Martino, M. (2007). Personality profiles in a group of battered women: Clinical and care implications. *Journal of Family Violence*, 22(2), 73–80. <https://doi.org/10.1007/s10896-006-9057-8>

Pick, S., Leenen, L., Givaudan, M. y Prado, A. (2010). “Yo quiero, yo puedo...prevenir la violencia”: Programa breve de sensibilización sobre violencia en el noviazgo. *Salud Mental*, 33(2), 153-160.

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. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-008-9180-9>

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

Pinzón, B.K. y Pérez, M.A. (2014). Estilos de apego: mujeres que sufren violencia conyugal. *Psicología y salud*, 24(1), 65-75. <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/721/1271>

Plaza, E. (2010). Maltrato y psicopatología en mujeres. Un estudio con grupos criterios [Trabajo de investigación de DEA no publicado, Universidad de Valencia].

Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I. y Montero-Piñar, M. I. (2008). Apoyo social como factor protector frente a la violencia contra la mujer en la pareja. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 527-533. <https://scielo.isciii.es/pdf/gsv22n6/original3.pdf>

Poder Judicial. (15 de marzo de 2021). *La crisis sanitaria y el confinamiento causaron en 2020 un descenso del 10 por ciento en el número de denuncias y de víctimas de violencia de género*. <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/En-Portada/La-crisis-sanitaria-y-el-confinamiento-causaron-en-2020-un-descenso-del-10-por-ciento-en-el-numero-de-denuncias-y-de-victimas-de-violencia-de-genero>

Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E. y Páez-Rovira, D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de psicología*, 32(1), 295-306. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.1.189161>

Quintana, A., Malaver, C., Montgomery, W., Medina, N., Ruiz, G., Lúcar, F., Pineda, D., Barboza, M. y Domínguez, S. (2015). Estilos atributivos y estrategias de comunicación en mujeres con y sin experiencia de abuso psicológico. *PsiqueMag*, 4(1), 127–149.

Ramírez, E., Mayorga, M.A. y Salinas, P. (2021). Asertividad una forma de prevención de riesgo de violencia en la Parroquia de Santa Rosa de la Provincia de Tungurahua. *Revista Científica Centros*, 9(2), 93-110. <https://doi.org/10.48204/j.centros.v9n2a6>

Ramírez, C.A. y Núñez, D.A. (2010). Violencia en la relación de noviazgo en jóvenes universitarios: un estudio exploratorio. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 15(2), 273-283.

Rincón, P., Labrador F.J. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79902210>

Rivas-Diez- R. y Sánchez-López, M.P. (2012). Impacto psicológico y repercusiones en la salud del maltrato a la mujer por parte de su pareja. *Avances en psicología Clínica Latinoamericana*, 823-826.

Rivas-Rivero, E. y Bonilla-Algovia, E. (2020). Salud mental y miedo a la separación en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 11(1). <https://doi.org/10.23923/j.rips.2020.01.035>

Rodríguez, V., Alonso, D. y Sánchez, C. (2006). Creencias de adolescentes y jóvenes en torno a la violencia de género y las relaciones de pareja. *Portularia*, 6(2), 189-204.

Romero, I. (2010). Intervención en violencia de género: consideraciones en torno al tratamiento. *Psychosocial intervention*, 19(2), 191-199. <https://doi.org/10.5093/in2010v19n2a10>

Romero, H. (2016). El estilo de apego en la mujer violentada. *Revista Científica Y Tecnológica UPSE*, 3(3), 19-26. <https://doi.org/10.26423/rctu.v3i3.194>

Romero-López, M.J. (2016). Una revisión de los trastornos disociativos; de la personalidad múltiple al estrés postraumático. *Anales De Psicología*, 32(2), 448-456. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.32.2.218301>

Romero, H. y Placencia, M. (2015). El estilo de apego en la violencia contra la mujer, en la provincia de Santa Elena, Ecuador. *Revista Científica y Tecnológica UPSE*, 2(3). <https://doi.org/10.26423/rctu.v2i3.60>

Rubio-Garay, F., Carrasco, M.Á., Amor, P.J. y López-González, M.A. (2015). Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de psicología jurídica*, 25(1), 47-56. <https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.01.001>

Ruiz-Pérez, I. y Pastor-Moreno, G. (2021). Medidas de contención de la violencia de género durante la pandemia de COVID-19. *Gaceta sanitaria*, 35(4), 389-394. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.04.005>

Ruiz-Pérez I. y Plazaola-Castaño J. (2005) Intimate partner violence and mental health consequences in women attending family practice in Spain. *Psychosom Med* 67, 791-7. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000181269.11979.cd>

Saquinaula-Salgado, M., Castillo-Saavedra, E.F. y Rosales,C. (2020). Violencia de género y trastorno de estrés postraumático en mujeres peruanas. *Duazary*, 17(4), 23-31. <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.3596>

Sandberg, D.A., Suess, E.A. y Heaton, J.L. (2010). Attachment Anxiety as a Mediator of the Relationship Between Interpersonal Trauma and Posttraumatic Symptomatology Among College Women. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(1), 33–49. <https://doi.org/10.1177/0886260508329126>

Sanmartín, J., Iborra, I., García, Y. y Martínez, P. (2010). III Informe internacional. Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja. Estadísticas y legislación. Centro Reina Sofía. <http://servicios.lasprovincias.es/documentos/reinasofia.pdf>

Santos, C. (2017). Relaciones interpersonales violentas en las parejas jóvenes: estilos de comunicación, estilos de amor y personalidad [Tesis de doctorado, Universidad de Valencia].

Santos-Iglesias, P., Vallejo-Medina, P. y Sierra, J.C. (2009). Propiedades psicométricas de una versión breve de la Escala de Ajuste Diádico en muestras españolas. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9(3), 501-517. <https://www.redalyc.org/pdf/337/33712038009.pdf>

Sar, V. y Ozturk, E. (2012). Trastorno de identidad disociativo: diagnóstico, comorbilidad, diagnóstico diferencial y tratamiento. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 3(2), 1-21.

Sarasua, B., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Phicothema*, 19(3), 459-466.

Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Aljibe.

Segal, D.L. y Coolidge, F.L. (1998). Personality disorders (pp. 267-289). En B. Edelstein (ed.): *Clinical Geropsychology* (A.S. Bellack y M. Hersen). *Comprehensive Clinical Psychology*, 7. Elsevier Science.

Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. Freeman.

Sierra, J.C., Monge, F.S., Bermúdez, M. P., Buela-Casal, G. y Salinas, J.M. (2014). Variables asociadas a la experiencia de abuso en la pareja y su denuncia en una muestra de mujeres. *Universitas Psychologica*, 13(1), 37-46.

Simonelli, A., Pasquali, C.E., y Palo, F.D. (2014). Intimate partner violence and drug-addicted women: From explicative models to gender-oriented treatments. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.24496>

Smith, S.G., Zhang, X., Basile, K.C., Merrick, M.T., Wang, J., Kresnow, M. y Chen, J. (2018). The national intimate partner and sexual violence survey: 2015 data brief - updated release. Atlanta: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/2015data-brief508.pdf>

Snyder, B. L. (2018). Women with dissociative identity disorder who experience intimate partner violence. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(5), 26-32. <http://dx.doi.org/10.3928/02793695-20180212-06>

Sparrow, K., Kwan, J., Howard, L. y MacManus, D. (2017). Systematic review of mental health disorders and intimate partner violence victimization among military populations. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(9), 1059-1080. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1423-8>

Taft, C.T., Resick, P.A., Panuzio, J., Vogt, D.S. y Mechanic, M.B. (2007). Coping among victims of relationship abuse: A longitudinal examination. *Violence and victims*, 22(4), 408-418. <https://doi.org/10.1891/088667007781553946>

Taskale, N. y Soygüt, G. (2017). Risk factors for women's intimate partner violence victimization: An examination from the perspective of the schema therapy model. *Journal of Family Violence*, 32(1), 3-12. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-016-9855-6>

Taub, A. (2020) (30 de agosto de 2021). A new Covid-19 crisis: Domestic abuse rises worldwide. *The New York Times*. <https://chescocf.org/wp-content/uploads/2020/04/Domestic-Abuse-Rises-Worldwide-New-York-Times.pdf>

Torres, A., Garcia-Esteve, L., Navarro, P., Tarragona, M. J., Imaz, M. L., Ascaso, C., Gelabert, E., Plaza, A., Subira, S., Valdés, M. y Martín, R. (2013). Relationship between intimate partner violence, depressive symptomatology, and personality traits. *Journal of Family Violence*, 28(4), 369-379. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-013-9502-4>

Tsai, A.C., Tomlinson, M., Comulada, W.S., y Rotheram-Borus, M.J. (2016). Intimate partner violence and depression symptom severity among South African women during pregnancy and postpartum: population-based prospective cohort study. *PLoS medicine*, 13(1). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001943>

Umubyeyi, A., Mogren, O., Ntaganira, J. y Krantz, G. (2014). Intimate partner violence and its contribution to mental disorders in men and women in the post genocide Rwanda: findings from a population based study. *BMC Psychiatry*, 14, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0315-7>

Van-der Hofstadt, C.J. (2005). *El libro de las habilidades de comunicación*. Ediciones Díaz de Santos.

Vetere, G. (2019). Estrategias de Afrontamiento en mujeres víctimas de violencia de género con Trastorno por estrés Postraumático y Depresión. *Cognición y comportamiento*, 3, 37-41. https://www.alamoc-web.org/ALAMOC_Revista_3_Oct2019.pdf

Vetere, G., Sánchez, M. E. y Medina, V.S. (2016). Asociación entre depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento en mujeres víctimas de violencia de género. In *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

Villavicencio, P. (1993). Mujeres maltratadas: Conceptualización y evaluación. *Clínica y Salud*, 4(3), 215-228.

Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). *Violencia doméstica: su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.

Virgo, Y., Athota, V.S., Sihotang, M.Y.M. y Dewi, P.N.A (2018). Adult attachment Stability–Instability before and after marriage between intimate partner violence (IPV) and Non-IPV women separated from partners during military duty in Indonesia. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 39(1), 103-116. <https://doi.org/10.1002/anzf.1281>

Vives-Cases, C. (2011). Un modelo ecológico integrado para comprender la violencia contra las mujeres. *Feminismo/s*, 18, 291-299. <http://dx.doi.org/10.14198/fem.2011.18.16>

Vives-Cases, C., Álvarez-Dardet, C., Gil-González, D., Torrubiano-Domínguez, J, Rohlf, I. y Escribà-Agüir, V. (2009). *Perfil sociodemográfico de las mujeres afectadas por violencia del compañero íntimo en España*. *Gaceta Sanitaria*, 23(5), 410-414. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2009.02.007>

Walker, L. (1979). *The battered women*. Harper and Row.

Walker, L. (2004). El perfil de la mujer víctima de violencia. En J. Sanmartín (Coord). *El laberinto de la violencia. Causas, tipos y efectos* (pp. 205-227). Ariel.

Wang, T., Liu, Y., Li, Z., Liu, K., Xu, Y., Shi, W. y Chen, L. (2017). Prevalence of intimate partner violence (IPV) during pregnancy in china: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 12(10). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0175108>

Webermann, A.R., Brand, B.L. y Chasson, G.S. (2014). Childhood maltreatment and intimate partner violence in dissociative disorder patients. *European Journal of Psychotraumatology*, 5. <http://dx.doi.org/10.3402/ejpt.v5.24568>

Weiss, D.S. (1996). Impact of Events Scale-Revised. En Stamm, H. (ed). Measurement of stress, trauma and adaptation, pp. 186-188. Lutherville, Maryland. The Sidran Press

Weiss, D. S. y Marmar, Ch. (1997). The Impact of Event Scale-Revised. En J.P. Wilson y T.M. Keane (eds.). Assessing psychological trauma and PTSD, pp. 339-411. The Guilford Press

Weiss, D.S., Marmar, Ch., Metzler, T. y Ronfeldt, H.M. (1995). Predicting symptomatic distress in emergency services personnel. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 361-368.

Yakubovich, A.R., Stöckl, H., Murray, J., Melendez-Torres, G., Steinert, J.I., Glavin, C. E. y Humphreys, D.K. (2018). Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analyses of Prospective–Longitudinal studies. *American Journal of Public Health*, 108(7), e1-e11. <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2018.304428>

Young-Ran, H. y Hye, Y.C. (2021). Risk factors affecting intimate partner violence occurrence in south Korea: Findings from the 2016 domestic violence survey. *PLoS One*, 16(3). <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0247916>

Yugeros, A.J. (2015). Intervención con mujeres víctimas de violencia de género: Educar e informar para prevenir. *Revista historia de la educación latinoamericana*, 17(24), 191-216. <https://doi.org/10.19053/01227238.3306>

Zubiaur, L. I. (2008). La superación de la incapacidad de gestionar el propio patrimonio por parte de la mujer casada. En *Mujeres y Derecho, pasado y presente: I Congreso multidisciplinar de Centro-Sección de Bizkaia de la Facultad de Derecho* (pp. 69-82). Universidad del País Vasco.

ANEXOS

ANEXO I. Consentimiento informado para participantes de la investigación

Acepto participar voluntariamente en esta investigación que lleva por título “Violencia de género: Aspectos psicosociales y psicopatológicos”, que forma parte de la tesis doctoral dirigida por las profesoras Ángela Beleña y M^a José Báguena y realizada por la psicóloga Elvira María Plaza Bernabeu.

He sido informado/a del objetivo del estudio. Doy mi permiso para que los resultados de los test que he cumplimentado sean utilizados en dicha investigación. Estoy informado/a de que mis datos serán tratados de forma confidencial y con fines exclusivamente estadísticos y científicos.

Valencia a ___ de _____ de 20__

ANEXO II. Entrevista sobre datos sociodemográficos, de salud e historia del maltrato

ENTREVISTA SOBRE DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y DE SALUD

1. **Nacionalidad:** _____
2. **Edad:** _____
3. **Centro/ Asociación:** No (), Sí (), No procede ()
4. **Estado Civil:** Soltera (), Casada (), Pareja hecho (), Divorciada (), Separada (), Viuda ()
5. **Nivel de ingresos:** Bajo (), Medio (), Alto ()
6. **Nivel de estudios:** Sin estudios (), Primarios (), FP- Bachillerato (), Universitarios ()
7. **Profesión:** En activo (), En paro /sin trabajo, (), Jubilada ()
8. **Tienes en la actualidad pareja:** No (), Sí ()
9. **Convives con tu pareja:** No (), Sí ()
10. **¿Tienes hijos?:** No (), Sí ()

Factores de vulnerabilidad de la mujer

1. **¿Tienes alguna enfermedad física?:** No (), Sí ()
2. **¿Tienes alguna enfermedad mental?:** No (), Sí ()
3. **¿Toma algún psicofármaco?:** No (), Sí ()
4. **¿Consumes alcohol?:** No (), Bebedora social (), Consumo abusivo ()
5. **¿Consumes drogas?:** No (), Consumo social (), Consumo abusivo ()
6. **¿Has sufrido maltrato en su infancia?:** No (), Por familiares (), Otros adultos () Otros niños ()
7. **Tipo de maltrato recibido en infancia:** Físico (), Psicológico (), Sexual ()
8. **¿Tu padre maltrataba a su madre?:** No (), Sí (), No lo sé ()
9. **¿Tu madre recibió maltrato por parte de otras parejas?:** No (), Sí (), No lo sé ()
10. **¿Has tenido intentos suicidio?:** No (), Sí ()
11. **¿Tus hijos son violentos contigo?:** No (), Sí (), No tengo hijos ()

ENTREVISTA VÍCTIMAS DE VIOLENCIA GÉNERO

INFORMACIÓN SOBRE LA PAREJA- EXPAREJA AGRESORA

Nivel de estudios maltratador:

Sin estudios (), Primarios () FP- Bachillerato () Estudios Universitarios ()

Profesión:

En activo (), En paro /sin trabajo (), Jubilado ()

Historia de la conducta violenta

1. **¿Convives con la pareja maltratadora?:** No (), Sí ()
2. **Tiempo que hace que se terminó la relación de pareja (con el maltratador):**

3. **¿Qué motivó que se terminara la relación?:** Malos tratos (), Infidelidad (), Me abandonó (), Indiferencia afectiva (), Otros (), Sigo con él ()
4. **Edad que tenías cuando conoció a su pareja agresora:** _____
5. **Edad que tenía tu pareja agresora cuando lo conociste:** _____
6. **Tiempo que pasó desde que conociste a tu pareja agresora y empezó el maltrato:** Menos de 6 meses () De 6 meses- 1 año () 1 año () 2 años () 3 años () Mas de 3 ()
7. **Tipo de maltrato recibido:** Físico (), Psicológico (), Sexual ()
8. **Duración del maltrato:** Menos de 6 meses (), De 6 meses - 1 año (), De 1 a 2 años, (), 3 años (), 4 (), 5 o más ()
9. **¿Te insultaba verbalmente?:**
No (), Algunas veces (), Frecuentemente ()
10. **¿Te humillaba o ridiculizaba en público o delante de algún conocido/familiar?:**
No (), Algunas veces (), Frecuentemente ()
11. **¿Te amenazaba con destruir/hacer daño a alguna cosa o persona que apreciabas?:**
No (), Algunas veces (), Frecuentemente ()
12. **¿Te amenazó alguna vez con un arma (pistola, escopeta o cuchillo?:**
No (), Algunas veces (), Frecuentemente ()
13. **¿Te amenazó con suicidarse si lo dejabas?:**
No (), Algunas veces (), Frecuentemente ()
14. **¿Te controlaba tus cosas (su móvil, sus cajones, sus conversaciones con amigos/familiares, sus gastos, etc.) ?:**
No (), Algunas veces (), Frecuentemente ()
15. **¿Te demandaba con insistencia mantener relaciones sexuales?:**
No (), Algunas veces (), Frecuentemente ()
16. **¿Se comportaba de manera celosa en relación con tus compañeros de trabajo/amigos/familiares o sentía celos de ti?:**
No (), Algunas veces (), Frecuentemente ()
17. **¿Tu pareja agresora ha sido agresivo con otras parejas?:** No (), Si (), No lo sé (),
18. **¿Tu pareja agresora ha sido agresivo con tus hijos?:** No (), Sí (), No procede ()
19. **Tipo de maltrato que han recibido tus hijos:** Físico (), Psicológico (), Sexual (), No procede ()
20. **¿Tu pareja agresora ha sido agresivo con otros miembros de la familia?:** No (), Sí (), No lo sé ()
21. **¿Tu pareja agresora es agresivo con otras personas?:** No (), Sí (), No lo sé ()
22. **¿Tu pareja agresora muestra comportamientos violentos con animales?:** No (), Sí (), No lo sé ()
23. **¿Tu pareja agresora te maltrató durante el embarazo?:** No (), Sí ()
24. **¿Su pareja agresora ha tenido problemas legales relacionados con el maltrato?:** No (), Sí (), No lo sé ()
25. **¿Tu pareja agresora ha tenido problemas legales no relacionados con el maltrato?:**
No (), Sí (), No lo sé ()
26. **¿Lo denunciaste alguna vez?:** No denuncia () sí, una con condena () sí, más de 1 con condena () sí, una absuelto () sí, más de una absuelto ()
27. **¿Ha habido Orden de Alejamiento?:** No (), Sí (), Más de una ()

28. En el caso de que haya orden de alejamiento, ¿Tu pareja agresora ha quebrantado la orden de alejamiento o medida de protección?: No (), Sí (), No procede ()
29. ¿Volviste alguna vez con su pareja después de la orden de alejamiento?: No (), Sí, antes de que se terminara () Sí, después de que se terminara
30. ¿Recibiste alguna vez asistencia médica por causa del maltrato?: No (), Sí ()
31. ¿Recibiste alguna vez asistencia psicológica por causa del maltrato?: No (), Sí ()
32. ¿Tuviste que dejar de trabajar /salir de casa/ permanecer en cama/ a causa del maltrato?: No (), Sí ()
33. ¿Has tenido bajas laborales a consecuencia de los malos tratos ? : No (), Sí ()
34. ¿Has recibido maltrato de anteriores parejas?: No () Sí ()
35. ¿Has mantenido oculto el maltrato recibido por su pareja?: No () ,Sí ()
36. ¿Dependías económicamente de tu pareja agresora?: No (), Sí ()
37. ¿Tus hijos han presenciado en alguna ocasión durante el maltrato?: No (), Sí ()
38. ¿Tus hijos tienen relación con su padre?: No () Sí, buena () Sí, mala ()

Percepción de la situación de riesgo por parte de la mujer

39. ¿Alguna vez intentaste hacer frente a tu pareja agresora?: No (), Sí ()
40. ¿Lo dejaste alguna vez?: No (), Una vez (), Más de una vez ()
41. Crees que el presunto agresor sería capaz de matarte: No (), Sí ()

Circunstancias agravantes

Con respecto a su pareja agresora:

1. ¿Tiene alguna enfermedad física?: No (), Sí () ,No lo sé ()
2. ¿Tiene alguna enfermedad mental?: No (), Sí (), No lo sé ()
3. ¿Toma algún psicofármaco?: No (), Sí (), No lo sé ()
4. ¿Consume bebidas alcohólicas?: No (), Bebedor social (), Consumo abusivo (), No lo sé ()
5. ¿Consume drogas? No (), Consumo abusivo (), Consumo social (), No lo sé ()
6. ¿Tiene armas (pistola, escopeta, cuchillo)? : No (), Sí (), No lo sé ()
7. ¿Ha sufrido maltrato en su infancia?: NO (), Por familiares (), Otros adultos (), Otros niños (), No lo sé ()
8. Tipo de maltrato recibido en la infancia de su pareja agresora: Físico (), Psicológico (), Sexual (), No lo sé ()
9. ¿Ha intentado suicidarse?: No (), Sí (), No lo sé ()

ANEXO III. Cuestionario de motivos por los que las mujeres permanecían en la relación de pareja a pesar del maltrato

Señale los principales motivos en su caso que le hacían permanecer en su relación de pareja a pesar del maltrato:

- La esperanza de que cambiará ()
- Poca autoestima. Pensar que no se es capaz de salir adelante sola ()
- La dependencia económica ()
- Dependencia emocional. “No podré encontrar a otro al que quiera tanto como a él” ()
- Porque estaba enamorada ()
- El miedo al qué dirán ()
- Desconocimiento de mis derechos ()
- Por mis hijos ()
- Por la presión psicológica ¿El agresor se victimizaba ante ti? ()
- Inseguridad o miedo ()
- Apego emocional. “Creencia de que no voy a encontrar a nadie mejor” ()
- Por creencias religiosas ()
- Otros (Indique cual)_____ ()

ANEXO IV. Cuestionario de Apego Adulto (CAA)**CAA**

(Melero, R. y Cantero, M.J., 2005)

A continuación, encontrarás una serie de afirmaciones, rodea el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe tus sentimientos o tu forma de comportarte en tus relaciones.

	1	2	3	4	5	6
	COMPLETAMENTE EN DESACUERDO	BASTANTE EN DESACUERDO	ALGO EN DESACUERDO	ALGO DE ACUERDO	BASTANTE DE ACUERDO	COMPLETAMENTE DE ACUERDO
1	Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones					1 2 3 4 5 6
2	No admito discusiones si creo que tengo razón					1 2 3 4 5 6
3	Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falta de cariño					1 2 3 4 5 6
4	Soy partidario del “ojo por ojo y diente por diente”					1 2 3 4 5 6
5	Necesito compartir mis sentimientos					1 2 3 4 5 6
6	Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones					1 2 3 4 5 6
7	Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad					1 2 3 4 5 6
8	No suelo estar a la altura delos demás					1 2 3 4 5 6
9	Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos					1 2 3 4 5 6
10	Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella					1 2 3 4 5 6
11	Tengo problemas para hacer preguntas personales					1 2 3 4 5 6
12	Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello					1 2 3 4 5 6
13	Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones					1 2 3 4 5 6
14	Tengo sentimientos de inferioridad					1 2 3 4 5 6
15	Valoro mi independecia por encima de todo					1 2 3 4 5 6
16	Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales					1 2 3 4 5 6
17	Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable					1 2 3 4 5 6
18	Soy muy sensible a las críticas de los demás					1 2 3 4 5 6
19	Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme					1 2 3 4 5 6

20	Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista	1	2	3	4	5	6
21	Tengo confianza en mí mismo	1	2	3	4	5	6
22	No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía	1	2	3	4	5	6
23	Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás	1	2	3	4	5	6
24	Soy rencoroso	1	2	3	4	5	6
25	Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas	1	2	3	4	5	6
26	Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí	1	2	3	4	5	6
27	Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo	1	2	3	4	5	6
28	Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia	1	2	3	4	5	6
29	Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse	1	2	3	4	5	6
30	Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo	1	2	3	4	5	6
31	Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho	1	2	3	4	5	6
32	Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza	1	2	3	4	5	6
33	Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a	1	2	3	4	5	6
34	Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas	1	2	3	4	5	6
35	Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales	1	2	3	4	5	6
36	Las amenazas son una forma eficaz de solucionar los problemas	1	2	3	4	5	6
37	Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo	1	2	3	4	5	6
38	Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer	1	2	3	4	5	6
39	Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente	1	2	3	4	5	6
40	Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones	1	2	3	4	5	6

ANEXO V. Cuestionario de Aserción en la Pareja (ASPA)

ASPA

(Carrasco,1996)

INSTRUCCIONES

A continuación, se describen una serie de situaciones que pueden plantearse en la convivencia de una pareja. Indique, por favor, con qué frecuencia tiende a comportarse de manera similar a la que se describe. Aunque puede que no se comporte **de forma exacta** a la descrita, imagínese comportándose de **forma parecida** y señale **con qué frecuencia tiende a comportarse de esa manera**. Por favor, conteste a todas las situaciones planteadas

RECUERDE:

	1	2	3	4	5	6
	CASI NUNCA	RARAMENTE	OCASIONALMENTE	CON FRECUENCIA	GENERALMENTE	CASI SIEMPRE
1					1	2 3 4 5 6
2					1	2 3 4 5 6
3					1	2 3 4 5 6
4					1	2 3 4 5 6
5					1	2 3 4 5 6
6					1	2 3 4 5 6
7					1	2 3 4 5 6
8					1	2 3 4 5 6
9					1	2 3 4 5 6
10					1	2 3 4 5 6

11	Cuando quiero que mi pareja se responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, no digo nada pero espero que se dé cuenta de la situación	1	2	3	4	5	6
12	Si mi pareja no hace algo que me prometió, lo dejo pasar pero busco la ocasión para, sutilmente, echarle en cara que no cumple sus promesas	1	2	3	4	5	6
13	Cuando mi pareja y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, acabo dándole gritos y «poniéndole verde»	1	2	3	4	5	6
14	Cuando intento dar apoyo o ayuda a mi pareja y no parece darse cuenta o apreciarlo, me rindo e intento esconder mis sentimientos por su rechazo	1	2	3	4	5	6
15	Cuando mi pareja dice algo que me hiera, no le contesto, pero durante un tiempo estoy «en silencio» enfadado/a	1	2	3	4	5	6
16	Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi pareja de otra, cedo para evitar una pelea	1	2	3	4	5	6
17	Cuando mi pareja se porta injustamente conmigo, le digo qué es exactamente lo que me parece injusto	1	2	3	4	5	6
18	Cuando mi pareja me dice algo que me parece «humillante», intento no hacer caso y olvidarlo	1	2	3	4	5	6
19	Cuando le pregunto algo a mi pareja y no me responde, me siento herido/a, dejo de hablarle y pongo «cara de enfado»	1	2	3	4	5	6
20	Cuando intento hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero mi pareja le quita importancia a la cuestión y cambia de tema, lo dejo pasar pero decido no tener relaciones sexuales cuando él/ella las desee	1	2	3	4	5	6
21	Cuando quiero que mi pareja se responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, le digo que comprendo que a ninguno de los dos nos gusta hacer estas cosas y sugiero que dividamos las tareas	1	2	3	4	5	6
22	Si mi pareja no hace algo que me prometió, le recuerdo que quiero que lo haga.	1	2	3	4	5	6
23	Cuando mi pareja y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, me callo y pongo «cara de enfado»	1	2	3	4	5	6
24	Cuando intento dar apoyo o ayuda a mi pareja y no parece darse cuenta o apreciarlo, le digo que estoy intentado ayudarlo y que me siento mal cuando no reconoce mi esfuerzo	1	2	3	4	5	6
25	Cuando mi pareja dice algo que me hiera, le ataco verbalmente y «desahogo» así mis sentimientos	1	2	3	4	5	6
26	Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi pareja de otra, le sugiero que lo hablemos y busquemos un acuerdo	1	2	3	4	5	6
27	Cuando mi pareja se porta injustamente conmigo, me siento herido/a pero intento que no se dé cuenta	1	2	3	4	5	6

28	Cuando mi pareja me dice algo que me parece «humillante», le hago saber mis sentimientos y que eso que me dice me «duele»	1	2	3	4	5	6
29	Cuando le pregunto algo a mi pareja y no me responde, le grito por no prestarme atención.	1	2	3	4	5	6
30	Cuando intento hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero mi pareja le quita importancia a la cuestión y cambia de tema, me enfado y comienzo a atacarle por ser un reprimido/a o no importarle el tema	1	2	3	4	5	6
31	Cuando quiero que mi pareja se responsabilice más de aquellas tareas de la casa que a ambos nos desagradan, acabo gritándole y le llamo todo tipo de cosas de las que luego me arrepiento	1	2	3	4	5	6
32	Si mi pareja no hace algo que me prometió, lo dejo pasar antes que armar lío..	1	2	3	4	5	6
33	Cuando mi pareja y yo discutimos sobre algo en lo que no nos ponemos de acuerdo, yo, con calma, le repito, las veces que sea necesario, cuáles son mis ideas	1	2	3	4	5	6
34	Cuando intento dar apoyo o ayuda a mi pareja y no parece darse cuenta o apreciarlo, le digo que está tan pendiente de sí mismo que ni siquiera se da cuenta de lo que los demás hacen por él/ella	1	2	3	4	5	6
35	Cuando mi pareja dice algo que me hiera, le expongo mis sentimientos y que no me gusta lo que me ha dicho	1	2	3	4	5	6
36	Cuando quiero pasar las vacaciones de una manera y mi pareja de otra, cedo y muestro mi disgusto quejándome	1	2	3	4	5	6
37	Cuando mi pareja se porta injustamente conmigo, le ataco verbalmente y luego me arrepiento de las cosas que le he dicho	1	2	3	4	5	6
38	Cuando mi pareja me dice algo que me parece «humillante», intento humillarle también para recuperar el respeto por mí mismo/a	1	2	3	4	5	6
39	Cuando le pregunto algo a mi pareja y no me responde, se lo pregunto de nuevo.	1	2	3	4	5	6
40	Cuando intento hablar claramente de nuestras preferencias sexuales, pero mi pareja le quita importancia a la cuestión y cambia de tema, le digo que me parece mal que se niegue a hablar de ello	1	2	3	4	5	6

ANEXO VI. Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (COPE)**COPE**

(Carver y Scheier, 1985, adaptada por Crespo y Cruzado, 1997)

Estamos interesados en cómo las personas responden cuando se enfrentan a acontecimientos difíciles o estresantes en sus vidas. Hay muchas maneras de intentar hacer frente al estrés. Este cuestionario le pide que indique **lo que usted habitualmente hace o siente cuando experimenta sucesos estresantes.** Evidentemente acontecimientos diferentes provocan respuestas algo distintas, pero piense en lo que usted hace habitualmente cuando se encuentra bajo estrés. Responda a cada uno de los ítems siguientes rodeando con un círculo el número que corresponda a su respuesta para cada uno de ellos, teniendo en cuenta las alternativas de respuesta que a continuación se indican. Por favor, intente responder a cada ítem separándolo mentalmente de los otros ítems. Elija sus respuestas concienzudamente y haga que las respuestas sean tan exactas para usted como pueda. Por favor, responda a todos los ítems. No existen respuestas “buenas” o “malas”, por lo tanto, elija aquella respuesta que es más adecuada para usted, no la que usted crea que la mayoría de las personas diría o haría. **Indique, lo que usted habitualmente hace cuando experimenta un acontecimiento estresante.**

1 Habitualmente no hago esto en absoluto	2 Habitualmente hago esto un poco	3 Habitualmente hago esto bastante	4 Habitualmente hago esto mucho
------------------------------------------	-----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------

1. Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.	1	2	3	4
2. Me vuelco en el trabajo y en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente.	1	2	3	4
3. Me altero y dejo que mis emociones afloren.	1	2	3	4
4. Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.	1	2	3	4
5. Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre ello.	1	2	3	4
6. Me digo a mí mismo “esto no es real”.	1	2	3	4
7. Confío en Dios.	1	2	3	4
8. Me río de la situación.	1	2	3	4
9. Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo.	1	2	3	4
10. Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente.	1	2	3	4
11. Hablo de mis sentimientos con alguien.	1	2	3	4
12. Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor.	1	2	3	4

13. Me acostumbro a la idea de lo que pasó.	1	2	3	4
14. Hablo con alguien para averiguar más acerca de la situación.	1	2	3	4
15. Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.	1	2	3	4
16. Sueño despierto con cosas diferentes de ésta.	1	2	3	4
17. Me altero y soy realmente consciente de ello.	1	2	3	4
18. Busco la ayuda de Dios.	1	2	3	4
19. Elaboro un plan de acción.	1	2	3	4
20. Hago bromas sobre ello.	1	2	3	4
21. Acepto que esto ha pasado y que se puede cambiar.	1	2	3	4
22. Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita.	1	2	3	4
23. Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.	1	2	3	4
24. Simplemente dejo de intentar alcanzar mi objetivo.	1	2	3	4
25. Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema.	1	2	3	4
26. Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumiendo drogas.	1	2	3	4
27. Me niego a creer que ha sucedido.	1	2	3	4
28. Dejo aflorar mis sentimientos.	1	2	3	4
29. Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo.	1	2	3	4
30. Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema.	1	2	3	4
31. Duermo más de lo habitual.	1	2	3	4
32. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	1	2	3	4
33. Me centro en hacer frente a este problema, y si es necesario dejo otras cosas un poco de lado.	1	2	3	4
34. Consigo el apoyo y comprensión de alguien.	1	2	3	4
35. Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.	1	2	3	4
36. Bromeo sobre ello.	1	2	3	4
37. Renuncio a conseguir lo que quiero.	1	2	3	4

38. Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	1	2	3	4
39. Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.	1	2	3	4
40. Finjo que no ha sucedido.	1	2	3	4
41. Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.	1	2	3	4
42. Intento firmemente evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto.	1	2	3	4
43. Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.	1	2	3	4
44. Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.	1	2	3	4
45. Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.	1	2	3	4
46. Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.	1	2	3	4
47. Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.	1	2	3	4
48. Intento encontrar alivio en mi religión.	1	2	3	4
49. Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.	1	2	3	4
50. Hago bromas de la situación.	1	2	3	4
51. Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema	1	2	3	4
52. Hablo con alguien de cómo me siento.	1	2	3	4
53. Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.	1	2	3	4
54. Aprendo a vivir con ello.	1	2	3	4
55. Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto.	1	2	3	4
56. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar.	1	2	3	4
57. Actúo como si nunca hubiese sucedido.	1	2	3	4
58. Hago lo que ha de hacerse paso a paso.	1	2	3	4
59. Aprendo algo de la experiencia.	1	2	3	4
60. Rezo más de lo habitual.	1	2	3	4

ANEXO VII. Escala de Experiencias Disociativas (DES)**DES**

Carlson y Putnam (1993)

En este cuestionario hay 28 preguntas sobre experiencias que pueden pasarle en la vida diaria. Estamos interesados en saber cuán a menudo usted tiene estas experiencias. Es importante, sin embargo, que con sus respuestas nos deje saber la frecuencia con que tiene estas experiencias cuando no está bajo el efecto del alcohol o las drogas. Para contestar las preguntas por favor determine en qué medida la experiencia descrita en la pregunta le ocurre a usted, marque el porcentaje apropiado, como muestra el siguiente ejemplo.

Por ejemplo:0% 10% 20% 30% ~~40%~~ 50% 60% 70% 80% 90% 100%

1. Algunas personas tienen la experiencia de estar conduciendo un automóvil y de repente se dan cuenta de que no recuerdan lo que ha sucedido durante todo o parte del viaje. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

2. Algunas personas encuentran que hay veces que escuchan a alguien hablar y de repente se dan cuenta de que no escucharon parte o nada de lo que se dijo, o que no oyeron la conversación completa. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

3. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse en un lugar y no tener idea alguna de cómo llegaron hasta allí. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

4. Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse vestidas con ropa que no recuerdan haberse puesto. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

5. Algunas personas tienen la experiencia de encontrar objetos nuevos entre sus pertenencias que no recuerdan haber comprado. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

6. Algunas personas tienen la experiencia de que se les acercan personas que no conocen y que los llaman por otro nombre o insisten en conocerlos anteriormente. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

7. Algunas personas tienen la experiencia de sentir como si se encontraran al lado de ellas mismas o como si se miraran a ellas mismas, del mismo modo que otra persona las estuviera mirando. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

8. A algunas personas se les dice que a veces no reconocen a sus amigos o familiares. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

9. Algunas personas se dan cuenta de que no recuerdan algunos sucesos importantes en su vida (por ejemplo, su boda, graduación o nacimiento del primer bebé). **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

10. Algunas personas tienen la experiencia de haber sido acusadas de mentir cuando están convencidas de que no han mentido. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

11. Algunas personas tienen la experiencia de mirarse al espejo y no poder reconocerse. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

12. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que las personas, los objetos y el mundo que las rodea no son reales. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

13. Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su propio cuerpo no les pertenece. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

14. Algunas personas tienen la experiencia de recordar un suceso pasado tan intensa y vívidamente que sienten como si lo estuvieran viviendo otra vez. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

15. Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguras si cosas que recuerdan haberles pasado les sucedieron en realidad o si tal vez solamente las soñaron. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

16. Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar conocido y sin embargo encuentran el lugar como extraño y desconocido. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

17. Algunas personas tienen la experiencia de que cuando están viendo la televisión o una película en el cine, se absorben tanto en la historia que no se dan cuenta de otras cosas que pasan a su alrededor. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

18. Algunas personas encuentran que se pueden embeber tanto en una fantasía o en un soñar despierto que sienten como si lo que se imaginan les estuviera sucediendo en realidad. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

19. Algunas personas se dan cuenta de que hay veces que pueden ignorar el dolor físico. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

20. Algunas personas se dan cuenta de que hay veces que se encuentran sentadas contemplando el vacío, pensando en nada, y sin darse cuenta del tiempo que pasa. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

21. Algunas personas en ocasiones se dan cuenta que cuando se encuentran solas, se hablan a sí mismas en voz alta. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

22. Algunas personas se dan cuenta de que en ciertas situaciones actúan de una manera tan distinta a como actúan en otras situaciones que se sienten casi como si fueran dos personas distintas. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

23. Algunas personas a veces se dan cuenta de que en ciertas situaciones pueden hacer cosas con sorprendente facilidad y naturalidad, cosas que en condiciones normales les serían difíciles de realizar (por ejemplo, en el deporte, en el trabajo, en situaciones sociales). **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

24. Algunas personas a veces se percatan de que no recuerdan si han hecho algo o si simplemente pensaron en hacerlo (por ejemplo, no saben si enviaron una carta o simplemente pensaron en mandarla). **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

25. Algunas personas encuentran evidencia de que hicieron cosas que no recuerdan haber hecho. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

26. Algunas personas a veces encuentran escritos, dibujos o notas dentro de sus pertenencias que hicieron ellas mismas pero no recuerdan haberlas hecho. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

27. Algunas personas a veces se percatan de que escuchan voces dentro de su cabeza que les dicen que hagan cosas o comentan sobre lo que la persona está haciendo. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

28. Algunas personas a veces se sienten como si estuvieran mirando al mundo a través de una neblina, de tal manera que las personas y los objetos parecen lejanos o poco claros. **Marque el porcentaje de veces que esto le pasa a usted.**

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

ANEXO VIII. Escala de Impacto del Estresor (EIE-R)

EIE-R

(Weiss y Marmar, 1997)

A continuación se presenta una lista de afirmaciones que las personas mencionan después de una situación estresante. Piense en situaciones estresantes de su vida, recientes o remotas, e indique la frecuencia con que esas afirmaciones han sido verdaderas en su caso **DURANTE SEMANA**. Si no han ocurrido durante la semana pasada, por favor ponga una cruz en la columna "nunca".

	0 Nunca	1 Rara vez	3 A veces	5 A menudo
1. Cualquier recuerdo me hacía volver a sentir lo que sentí antes.	0	1	3	5
2. Tenía problemas para permanecer dormido.	0	1	3	5
3. Otras cosas me hacían pensar en el suceso.	0	1	3	5
4. Me sentía irritable y enojado.	0	1	3	5
5. Procuraba no alterarme cuando pensaba o recordaba lo sucedido.	0	1	3	5
6. Pensaba en ello aun cuando no quería.	0	1	3	5
7. Sentía como si no hubiese sucedido o no fuese real.	0	1	3	5
8. Me mantenía lejos de cualquier cosa que me recordara lo sucedido.	0	1	3	5
9. Imágenes del suceso asaltaban mi mente.	0	1	3	5
10. Me sobresaltaba y asustaba fácilmente.	0	1	3	5
11. Intentaba no pensar en el suceso.	0	1	3	5
12. Me daba cuenta de que quedaban muchos sentimientos sin resolver pero no me enfrentaba a ellos.	0	1	3	5
13. Mis sentimientos sobre el suceso estaban como adormecidos.	0	1	3	5
14. Me encontraba como si estuviese funcionando o sintiendo como durante el suceso.	0	1	3	5
15. Tenía problemas para conciliar el sueño.	0	1	3	5
16. Me invadían oleadas de fuertes sentimientos sobre lo sucedido.	0	1	3	5
17. Intentaba apartarlo de mi memoria.	0	1	3	5

18. Tenía problemas de concentración.	0	1	3	5
19. Cosas que me recordaban lo sucedido me causaban reacciones físicas tales como sudoración, problemas para respirar, náusea o latidos cardíacos.	0	1	3	5
20. Soñaba con lo sucedido.	0	1	3	5
21. Me sentía vigilante y en guardia.	0	1	3	5
22. Intentaba no hablar de ello.	0	1	3	5

ANEXO IX. Inventario de Síntomas (SCL-90-R)**SCL-90-R**

(Derogatis, 1983, adaptada por González de Rivera et al., 2002).

A continuación se presenta una lista de problemas y quejas que las personas tenemos algunas veces. Utilizando la escala que se presenta más abajo, rodee por favor con un círculo el número de la derecha que mejor describa cuanto malestar experimentó **durante el PASADO MES**, incluyendo hoy. Marque únicamente un número para cada problema y no se deje, por favor, ningún ítem sin contestar.

0	1	2	3	4
NADA	UN POCO	MODERADAMENTE	BASTANTE	MUCHO

1.	Dolores de cabeza	0	1	2	3	4
2.	Nerviosismo o agitación interior	0	1	2	3	4
3.	Pensamientos desagradables repetitivos que no puede quitarse de la cabeza	0	1	2	3	4
4.	Desmayos o mareos	0	1	2	3	4
5.	Pérdida de interés o placer sexual	0	1	2	3	4
6.	Sentirse crítico/a hacia los demás	0	1	2	3	4
7.	La idea de que alguien pueda controlar sus pensamientos	0	1	2	3	4
8.	Creer que los demás son culpables de muchos de sus problemas	0	1	2	3	4
9.	Dificultad para recordar cosas	0	1	2	3	4
10.	Preocupación por el desorden y la dejadez	0	1	2	3	4
11.	Sentirse fácilmente enfadado/a o irritado/a	0	1	2	3	4
12.	Molestias en el corazón o en el pecho	0	1	2	3	4
13.	Sensación de miedo en los espacios abiertos o en la calle	0	1	2	3	4
14.	Sentirse con pocas energías o decaído/a	0	1	2	3	4
15.	Pensamientos de poner fin a su vida	0	1	2	3	4
16.	Oír voces que los demás no oyen	0	1	2	3	4
17.	Temblores	0	1	2	3	4
18.	Creer que no se puede confiar en la mayor parte de la gente	0	1	2	3	4
19.	Poco apetito	0	1	2	3	4
20.	Llorar con facilidad	0	1	2	3	4
21.	Sentirse tímido/a incómodo/a con el otro sexo	0	1	2	3	4
22.	Sentimientos de estar atrapado/a	0	1	2	3	4
23.	Asustarse súbitamente sin razón	0	1	2	3	4
24.	Explosiones de mal genio que no puede controlar	0	1	2	3	4
25.	Miedo de salir solo/a de su casa	0	1	2	3	4

26.	Culparse a sí mismo/a de cosas	0	1	2	3	4
27.	Dolores en la parte baja de la espalda	0	1	2	3	4
28.	Sentirse bloqueado/a para hacer cosas	0	1	2	3	4
29.	Sentirse solo/a	0	1	2	3	4
30.	Sentirse triste	0	1	2	3	4
31.	Preocuparse demasiado o dar vueltas continuamente sobre las cosas	0	1	2	3	4
32.	Desinterés por las cosas	0	1	2	3	4
33.	Sentirse temeroso	0	1	2	3	4
34.	El hecho que sus sentimientos son heridos fácilmente	0	1	2	3	4
35.	Pensar que otras personas conocen sus pensamientos íntimos	0	1	2	3	4
36.	Sentir que los demás no le entienden o son poco comprensivos con usted	0	1	2	3	4
37.	Encontrar que la gente es poco amistosa o que usted les desagrada	0	1	2	3	4
38.	Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas	0	1	2	3	4
39.	Palpitaciones o aceleración del ritmo cardiaco	0	1	2	3	4
40.	Náuseas o trastornos estomacales	0	1	2	3	4
41.	Sentirse inferior a los demás	0	1	2	3	4
42.	Dolores musculares	0	1	2	3	4
43.	Sentir que está observado/a o que hablan de usted	0	1	2	3	4
44.	Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	3	4
45.	Tener que comprobar y volver a comprobar lo que hace	0	1	2	3	4
46.	Dificultad para tomar decisiones	0	1	2	3	4
47.	Sentir miedo de viajar en autobús, metro o tren	0	1	2	3	4
48.	Dificultad para respirar	0	1	2	3	4
49.	Rachas o momentos de frío o calor	0	1	2	3	4
50.	Tener que evitar ciertas cosas, lugares o actividades porque lo asustan	0	1	2	3	4
51.	Quedarse con la mente en blanco	0	1	2	3	4
52.	Sensaciones de adormecimiento u hormigueo en algunas partes de su cuerpo	0	1	2	3	4
53.	Sentir un nudo en la garganta	0	1	2	3	4
54.	Sentirse desesperanzado/a sobre el futuro	0	1	2	3	4
55.	Dificultad para concentrarse	0	1	2	3	4
56.	Debilidad en algunas partes de su cuerpo	0	1	2	3	4
57.	Sentirse tenso/a y con los nervios de punta	0	1	2	3	4
58.	Sensación de pesadez en brazos o piernas	0	1	2	3	4
59.	Pensamientos sobre la muerte o de morir	0	1	2	3	4
60.	Comer en exceso	0	1	2	3	4
61.	Sentirse incómodo/a cuando la gente le mira o habla de usted	0	1	2	3	4
62.	Tener pensamientos que no son suyos	0	1	2	3	4
63.	Tener fuertes deseos de pegar, herir o dañar a alguien	0	1	2	3	4
64.	Despertarse muy temprano por la mañana	0	1	2	3	4
65.	Tener que repetir las mismas acciones, por ejemplo, tocar, contar, lavarse	0	1	2	3	4
66.	Dormir de manera inquieta o desvelarse fácilmente	0	1	2	3	4

67.	Tener fuertes deseos de romper o de destrozarse cosas	0	1	2	3	4
68.	Tener pensamientos o creencias que otros no comparten	0	1	2	3	4
69.	Sentirse muy tímido/a con los demás	0	1	2	3	4
70.	Sentirse incomodo/a cuando hay mucha gente, como por ejemplo en las tiendas o en el cine	0	1	2	3	4
71.	Sentir que todo le representa un esfuerzo	0	1	2	3	4
72.	Momentos de terror o pánico	0	1	2	3	4
73.	Sentirse incomodo/a al comer o beber en público	0	1	2	3	4
74.	Involucrarse frecuentemente en discusiones	0	1	2	3	4
75.	Sentirse nervioso/a cuando le dejan solo/a	0	1	2	3	4
76.	Pensar que los demás no valoran sus logros	0	1	2	3	4
77.	Sentirse sólo/a, incluso cuando está con gente	0	1	2	3	4
78.	Sentirse tan intranquilo/a que no puede estar quieto/a	0	1	2	3	4
79.	Sentimientos de inutilidad	0	1	2	3	4
80.	La sensación que algo malo le va a ocurrir	0	1	2	3	4
81.	Gritar o tirar cosas	0	1	2	3	4
82.	Sentir miedo de desmayarse en público	0	1	2	3	4
83.	Pensar que la gente se aprovechará de usted si les deja	0	1	2	3	4
84.	Tener pensamientos sexuales que le preocupan mucho	0	1	2	3	4
85.	La idea de que debería ser castigado/a por sus pecados	0	1	2	3	4
86.	Pensamientos e imágenes de naturaleza amenazadora	0	1	2	3	4
87.	La idea de que algo grave pasa en su cuerpo	0	1	2	3	4
88.	No sentirse nunca cercano/a compenetrado/a con otra persona	0	1	2	3	4
89.	Sentimientos de culpa	0	1	2	3	4
90.	La idea de que algo funciona mal en su mente	0	1	2	3	4

ANEXO X. Examen Internacional de los Trastornos de Personalidad (IPDE)

IPDE

(Loranger et al., 1997)

En las páginas que siguen se encuentran unas afirmaciones que se refieren a su manera de ser y comportarse, así como a la manera que tiene de pensar sobre ciertas cuestiones. El objetivo que persigue este cuestionario es conocer qué tipo de persona ha sido usted en los **últimos cinco años**.

Por favor, no deje ningún ítem sin contestar. Si no está seguro de una respuesta, seleccione la opción V (verdadero) o F (falso) **que más se acerque** a la respuesta que usted considera que es correcta. Si la respuesta a un ítem considera que es verdadera, rodee con un círculo la letra V; si considera que es falsa, rodee con un círculo la letra F. Sea sincero, por favor, en sus respuestas.

1. Normalmente disfruto y exprimo las diversiones que da la vida.	V	F
2. Reacciono bien cuando alguien me ofende.	V	F
3. Me preocupo por los pequeños detalles	V	F
4. Puedo decidir qué tipo de persona quiero ser.	V	F
5. Muestro mis sentimientos y así los ve todo el mundo.	V	F
6. Dejo que otros tomen por mí las decisiones más importantes.	V	F
7. Normalmente me siento tenso o nervioso.	V	F
8. Casi nunca me enfado.	V	F
9. Llevo las cosas hasta el final para impedir que las personas me dejen	V	F
10. Soy una persona muy cauta	V	F
11. Me han detenido	V	F
12. Los demás piensan que soy una persona fría y distante	V	F
13. Me veo envuelto en relaciones muy intensas, pero no duran.	V	F
14. La mayoría de las personas son justas y honestas conmigo	V	F
15. Encuentro difícil mostrar mi desacuerdo con las personas de las que dependo	V	F
16. Me siento torpe o fuera de lugar en las situaciones sociales	V	F
17. Me dejo llevar demasiado por lo que pasa a mi alrededor	V	F
18. Normalmente me siento mal cuando hago daño o trato mal a alguien	V	F
19. Discuto incluso a gritos cuando los demás intentan impedirme hacer lo que quiero	V	F
20. A veces he rechazado quedarme en un trabajo aún cuando se esperaba que lo hiciera	V	F
21. Muestro a los demás mi reacción cuando soy alabado o criticado	V	F
22. He tenido rencores que han durado años	V	F
23. Paso demasiado tiempo intentando hacer las cosas de forma perfecta	V	F
24. Con frecuencia la gente se ríe de mí a mis espaldas	V	F

25. He amenazado con suicidarme y me he causado lesiones a propósito	V	F
26. Mis sentimientos son como el tiempo que hace; siempre están cambiando	V	F
27. Batallo por mis derechos, incluso cuando hacerlo moleste a los demás	V	F
28. Me gusta vestirme de modo que llame la atención de la gente	V	F
29. Mentiré o estafaré a alguien si eso sirve para lograr mis propósitos	V	F
30. Mantengo un plan aunque no obtenga resultados de forma inmediata	V	F
31. Tengo pocos deseos, o ninguno, de practicar el sexo con nadie	V	F
32. Los demás piensan que soy demasiado estricto con las reglas y normas	V	F
33. Normalmente me siento incómodo o indefenso cuando estoy solo	V	F
34. No me comprometo con las personas hasta que estoy seguro de que les gusto	V	F
35. Prefiero ser el centro de atención de los demás	V	F
36. Creo que mi pareja podría serme infiel	V	F
37. Algunas veces me enfado tanto que rompo o tiro cosas al suelo	V	F
38. He tenido amigos/as íntimos/as que lo han sido durante mucho tiempo	V	F
39. Me preocupa mucho no caerle bien a la gente	V	F
40. Con frecuencia me siento "vacío/a" por dentro	V	F
41. Trabajo tanto que no tengo tiempo para nada más	V	F
42. Me preocupa quedarme solo/a y tener que cuidar de mí mismo/a	V	F
43. Muchas cosas que no le preocupan a casi nadie, a mí me parecen peligrosas	V	F
44. Tengo fama de ser un/a ligón/a	V	F
45. Pido favores a personas de las que dependo mucho	V	F
46. Prefiero actividades que pueda hacer yo solo/a	V	F
47. Me enfado y me veo envuelto en peleas	V	F
48. Los demás piensan que soy demasiado "tenso/a" o formal	V	F
49. A menudo busco consejo o confirmación de las decisiones cotidianas	V	F
50. Prefiero estar solo/a que mal acompañado/a	V	F
51. Me resulta muy fácil meterme en problemas	V	F
52. Estoy convencido de que hay una conspiración detrás de muchas de las cosas que pasan en el mundo	V	F
53. Suelo estar enfurruñado/a	V	F
54. Me es difícil acostumbrarme a hacer las cosas de siempre de otro modo.	V	F
55. La mayoría de la gente piensa que soy una persona rara	V	F
56. Asumo riesgos y hago cosas temerarias	V	F
57. Todo el mundo necesita uno o dos amigos/as para ser feliz	V	F
58. Me interesan más mis propios pensamientos que lo que pasa a mi alrededor	V	F
59. Normalmente intento que los demás hagan las cosas a mi manera.	V	F