



**Universitat de les  
Illes Balears**

**TESIS DOCTORAL  
2014**

**PSICOPATOLOGÍA, EMOTIVIDAD NEGATIVA  
Y DESADAPTACIÓN EN VÍCTIMAS DE  
VIOLENCIA DE GÉNERO**

**Marta Santandreu Oliver**



**Universitat de les  
Illes Balears**

**TESIS DOCTORAL  
2014**

**Programa de Doctorado en Psicología**

**PSICOPATOLOGÍA, EMOTIVIDAD NEGATIVA  
Y DESADAPTACIÓN EN VÍCTIMAS DE  
VIOLENCIA DE GÉNERO**

**Marta Santandreu Oliver**

**Directora y Tutora: Victoria A. Ferrer Pérez  
Doctora por la Universidad de las Islas Baleares**

**Dra. Victoria Aurora Ferrer Pérez**, Profesora Titular del departamento de Psicología Social y miembro del equipo de investigación de Estudios de Género de la Universidad de las Islas Baleares

**Certifica:** que la tesis doctoral titulada “*Psicopatología, emotividad negativa y desadaptación en mujeres víctimas de violencia de género*”, ha sido llevada a cabo por **Marta Santandreu Oliver** bajo su propia supervisión, con el fin de alcanzar el grado de Doctora en Psicología.

Victoria A. Ferrer Pérez

Palma de Mallorca, a 17 de Noviembre de 2014

## AGRADECIMIENTOS

*En primer lugar, deseo expresar mi agradecimiento a la Dra. Victoria Ferrer por su gran apoyo y oportunidad facilitada, aportaciones de mejora y confianza, además de su extraordinaria profesionalidad tomada como ejemplo a seguir.*

*A Virginia Ferreiro, por animarme a continuar y proporcionar su ayuda en todo momento. Por su amistad.*

*A las compañeras del grupo de investigación de Estudios de Género de la Universitat de les Illes Balears por seguir la evolución de esta tesis con ilusión y siempre con palabras alentadoras para su continuación.*

*Al Institut Balear de la Dona, por facilitarme el acceso a los datos y apostar por la mejora continua de la salud de las mujeres que padecen violencia de género en las Illes Balears.*

*A mis padres, Magdalena y Vicens, y a mi hermana M<sup>a</sup> Magdalena y a Jaume. A Tino, Pola, Marta, Joan y Xavier. A mis compañeros y compañeras de los cuáles he adquirido un valioso conocimiento: Laura, Rosalía, Marga, Joana, Mariló, Ana, Dani, Elena, Teresa, Lucía, Blanca, Petra, Laura, Marga, Alfonso y Noelia. A Fred Laloux y a Aina Capellà.*

*Muy especialmente a Carlos, por su afecto y apoyo incondicional.*

*A Laia.*

*A todas esas mujeres que, cargadas de dolor, decidieron compartir sus experiencias y luchar por buscar un sentido a la vida, cuando ya nada lo tenía.*

*A todas y a todos, mi mayor reconocimiento y gratitud.*

## INDICIOS DE CALIDAD DE LAS PUBLICACIONES<sup>1</sup>

Programa de doctorado:

Psicología (RD 778/1998)

Área de Ciencias Sociales y Jurídicas

Santandreu, Marta y Ferrer, Victoria A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(2), 239-256.

**(Factor de impacto Social Sciences Citation Index (JCR, 2013): 0.829 (Q3))**

Santandreu, Marta; Torrents, Laura; Roquero, Rosalía e Iborra, Aitana. (2015). Violencia de género y autoestima: efectividad de un tratamiento grupal. *Apuntes de Psicología*, 32(1). Aceptado para su publicación.

**(Factor de Impacto 2011 (In-RECS): 0.077)**

Santandreu, Marta y Ferrer, Victoria A. (2014). Análisis de la emotividad negativa en mujeres víctimas de violencia de pareja: la culpa y la ira. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(2), 129-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13063>

**(Factor de impacto SCOPUS (2013): 0.235)**

Santandreu, Marta y Ferrer, Victoria A. (2013). Duelo complicado por suicidio del maltratador. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 2, 39-55.

**(Publicación de artículos supeditada a la revisión de los Comités de Redacción y Científico)**

---

<sup>1</sup> En este apartado aparecen únicamente los indicios de calidad correspondientes a cada una de las publicaciones. El informe completo se halla en el apartado *Anexo*.

# ÍNDICE

1. Introducción .....	8
2. Los tipos de violencia contra las mujeres .....	12
3. Situación del problema en España y Baleares .....	15
4. Consecuencias físicas y psicopatológicas de la violencia de género.....	19
4.1. El Trastorno de Estrés Postraumático.....	20
4.1.1. Prevalencia .....	21
4.1.2. Diferencias sexuales en el desarrollo del TEPT.....	21
4.1.3. Factores de riesgo.....	21
4.1.4. Comorbilidad.....	22
4.1.5. Curso .....	22
4.1.6. TEPT en mujeres víctimas de violencia de género .....	23
4.2. La Depresión.....	24
4.2.1. Prevalencia .....	24
4.2.2. Diferencias sexuales en el desarrollo de la Depresión .....	25
4.2.3. Factores de riesgo.....	25
4.2.4. Comorbilidad.....	26
4.2.5. Curso .....	26
4.2.6. Depresión en mujeres víctimas de violencia de género .....	26
4.3. Otros problemas asociados .....	27
4.3.1. Autoestima .....	27
4.3.2. Apoyo social.....	28
4.3.3. Abuso de sustancias .....	28
4.3.4. Suicidio e inadaptación .....	28
4.3.5. Consecuencias en sus hijos e hijas .....	29
5. La Emotividad Negativa.....	30
5.1. Definición .....	30
5.2. Afecto y género.....	30
5.3. Principales emociones derivadas en víctimas de violencia de género: la culpa y la ira .....	31
5.4. El modelo tripartito de afectividad, ansiedad y depresión de Clark y Watson (1991) .....	32
6. Objetivos .....	36
7. Metodología .....	38

8. Compendio de publicaciones.....	40
------------------------------------	----

**Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género.**

Marta Santandreu y Victoria A. Ferrer

*Behavioral Psychology (2014) Vol. 22, N° 2, pp.239-256*

**Violencia de género y autoestima: efectividad de un tratamiento grupal.**

Marta Santandreu, Laura Torrents, Rosalía Roquero y Aitana Iborra

*Apuntes de Psicología (Aceptado pendiente de publicación)*

**Análisis de la emotividad negativa en mujeres víctimas de violencia de género: la culpa y la ira.**

Marta Santandreu y Victoria Ferrer

*Revista de Psicopatología y Psicología Clínica (2014), Vol. 19, N°2, 2014, pp.129-140*

DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13063>

**Duelo complicado por suicidio del maltratador.**

Marta Santandreu Oliver y Victoria A. Ferrer Pérez

*Revista de casos clínicos en salud mental (2013), Vol. 1, N°2, 2013, pp.39-55*

9. Discusión y conclusiones.....	110
10. Propuestas de aplicación.....	115
11. Limitaciones y perspectivas de futuro .....	118
12. Referencias .....	120
13. Anexos .....	127

## **Introducción**



En un estudio reciente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que el 35% de las mujeres de la población mundial han sido víctimas de violencia física y/o sexual por parte de su pareja y que hasta un 38% de los homicidios femeninos (también llamados feminicidios) se deben a la violencia conyugal (OMS, 2013).

Aún más recientemente, en febrero de 2014, conocíamos un estudio confeccionado por la FRA (Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea) donde se realizaron 42.000 entrevistas a mujeres de los 28 estados miembros de la Unión Europea. Respecto a la violencia física y sexual, 13 y 3,7 millones de mujeres respectivamente informaron haberla padecido hasta doce meses antes de las entrevistas realizadas. El 43% de ellas, padeció algún tipo de maltrato psicológico por parte de su pareja. (FRA, 2014).

Puede pues decirse que la violencia contra las mujeres constituye un grave problema que causa una evidente alarma social y que compromete seriamente la salud física y psicológica de las mujeres y la de sus hijas e hijos. De hecho, la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en la cuarta conferencia mundial sobre las mujeres del año 1995, ya reconoció que la violencia contra las mujeres supone un obstáculo para conseguir los objetivos en igualdad, desarrollo y paz y dificulta poder gozar de los derechos humanos y libertades fundamentales.

También la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha alertado a los gobiernos de todo el mundo: “La violencia contra las mujeres es un problema global de proporciones epidémicas”. (OMS, 2013). Y en su 67ª asamblea mundial de la salud ha pactado un plan de acción mundial para fortalecer los sistemas de salud en torno a las mujeres y niñas y más concretamente para (OMS, 2014):

- Reforzar la interacción entre los sectores de salud, justicia y educación.
- Promover la difusión de datos estadísticos.
- Evaluar la eficacia de programas para reducir la repetición de la violencia.
- Mejorar las capacidades y formación continuada de profesionales.
- Desarrollar procedimientos de detección.

Por lo que se refiere a sus causas, la desigualdad de género y la falta de derechos de las mujeres son algunas de las causas profundas que subyacen a esta violencia ejercida contra las mujeres y las niñas, y también a la violencia contra ellas en la pareja (OMS, 2013). La violencia de pareja no es un problema relacionado con el ámbito privado. Al contrario, se define ampliamente como una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre mujeres y hombres y se manifiesta como el símbolo más brutal de la desigualdad existente en nuestra sociedad. Se trata de un tipo de violencia dirigida hacia las mujeres por el simple hecho de serlo, definida como *“todo aquel acto de violencia basado en el género que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción o la privación arbitraria de la libertad, tanto en la vida pública como en la privada”* (ONU, 1994).

En definitiva, la violencia contra las mujeres no se produce por la existencia de características singulares y patológicas de una serie de individuos, sino que surge de manera cultural de definir las identidades y las relaciones entre hombres y mujeres. Además, para la mayoría de las mujeres la violencia empieza en el hogar, a manos de sus padres, hermanos o su pareja. Así, y contrariamente a lo que sucede con los hombres, más de las dos terceras partes de los actos violentos, incluidas las violaciones, perpetrados contra las mujeres son cometidos por algún familiar o persona cercana (Krug et al., 2002).

Además, de las causas profundas ya mencionadas y relacionadas con la desigualdad, en la violencia contra las mujeres (como en otras formas de violencia), desempeñan un

papel fundamental ciertos factores de riesgo a ejercerla como, por ejemplo (OMS, 2013): haber sido víctima de malos tratos en la infancia y haber estado sometido a una severa disciplina parental; la falta de vigilancia y supervisión adecuadas durante la infancia; haber sido testigo de violencia; un nivel de instrucción bajo; el consumo de drogas y alcohol; el acceso a armas de fuego y la existencia de normas que promuevan la violencia como modo de resolver conflictos son algunos de los factores de riesgo que comparten la mayoría de formas de violencia interpersonal. Estos y otros factores se incluyen en los diferentes modelos multicausales que se emplean actualmente para el análisis de estas violencias (Castillo y Arankowsky, 2008; Vives et al., 2006).

De hecho, tras el reconocimiento del problema de salud que supone la violencia de género por parte de los organismos internacionales, y los múltiples retos que quedan pendientes por trabajar, han aparecido nuevos modelos explicativos del fenómeno social. Un ejemplo de los múltiples modelos multicausales es el modelo piramidal que propone cinco etapas: *el sustrato patriarcal, la socialización diferencial, las expectativas de control, los factores desencadenantes y los brotes de violencia*. (Bosch y Ferrer, 2013). Si bien estos componentes son importantes, y de ellos se puede deducir su influencia en el proceso de violencia, destaca especialmente un proceso, llamado de *filtraje o toma de conciencia masculina*. Las autoras lo definen como el abandono de muchos varones del camino marcado y por tanto, se rechaza el uso de la violencia. De ello se deriva el concepto de elección, lo que constata que la violencia hacia las mujeres es una opción y nunca una determinación (Bosch y Ferrer, 2013). Sin embargo, el análisis detallado de estos modelos y los factores que incluyen no será abordado en este trabajo, ya que excede los propósitos y objetivos del mismo.

De entre las diferentes formas de violencia contra las mujeres, y tal y como ya se ha adelantado en los párrafos anteriores, la más frecuente es aquella que ocurre en la pareja (FRA, 2014; OMS, 2013).

En general, la Constitución Española incorpora en su artículo nº 15 el derecho de todas las personas a la vida y a la integridad física y moral, sin que en ningún caso puedan ser sometidas a torturas, ni a tratos inhumanos o degradantes. Además, estos derechos vinculan a todos los poderes públicos y no sólo mediante la ley puede regularse su ejercicio.

En lo que se refiere específicamente a la violencia contra las mujeres en la pareja, de acuerdo con la legislación española actual sobre el tema, que tiene su máximo exponente en la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de Diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, esta violencia hace referencia a:

#### Artículo 1. Objeto de la ley

1. La presente ley tiene por objeto actuar contra la violencia que, como manifiesto de las mujeres, se ejerce sobre estas para quien sea o haya sido su pareja o de quien estén ligadas a ellas por relaciones de afectividad, aunque no se haya dado la convivencia.
2. Para esta ley se establecen medidas de protección integral con la finalidad de prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y dar asistencia a las víctimas.
3. La violencia de género referente a la ley comprende todos los actos de violencias físicas y psicológicas, incluidas las agresiones contra la libertad sexual, amenazas, coacciones o a la privación arbitraria de la libertad. (Ley Orgánica, 1/2004, BOE, 313).

Cabe destacar que, de acuerdo con el marco legislativo del Estado Español (y a diferencia de lo que sucede en el marco internacional), el término *violencia de género* es muy restrictivo y hace referencia únicamente al ámbito de la pareja. En este sentido, se utilizará el término en las siguientes páginas.

Por lo que se refiere a las consecuencias de esta violencia sobre las vidas de las mujeres que la padecen, es importante tener en cuenta que sabemos que nadie decide conscientemente cómo reaccionará a una crisis vital o a un trauma. La personalidad, experiencia acumulada y diversos procesos cognitivos determinarán la reacción del individuo (Rubin & Bloch, 1998). Sin embargo, las personas que han sido maltratadas tienen más probabilidades de volverse emocionalmente insensibles a los horrores de la crueldad que aquellos que crecen en ambientes seguros y acogedores (Rojas Marcos, 1995).

De hecho, los daños físicos y emocionales que padecen estas mujeres son más graves cuando el agresor es un pariente o conocido que cuando se trata de un extraño (APA, 2002).

La victimización de la violencia es un factor de riesgo para trastornos mentales y enfermedades no transmisibles y aumenta la vulnerabilidad a padecer problemas a lo largo de la vida. Además, el coste económico directo e indirecto que ocasiona la violencia es considerable. Las consecuencias de todo ello tienen un efecto sumamente negativo en la salud y bienestar de las niñas y las mujeres, en sus familias, comunidades y sociedades (OMS, 2013).

El tratamiento psicológico aplicado en el desarrollo de los artículos publicados en esta tesis doctoral son estandarizados y enmarcados en el contexto del servicio de asistencia psicológica para mujeres víctimas de violencia de género del *Institut Balear de la Dona*.

## 2. Los tipos de violencia contra las mujeres

Desde la propia definición de la ONU (1994), los actos de violencia contra las mujeres se han clasificado básicamente en tres grandes tipos:

### ➤ **Violencia Física**

Se entiende por violencia física cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar al organismo de otra persona de manera que suponga un riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de esta conducta (McAllister, 2000). Se han considerado tanto las conductas “activas”, por ejemplo, bofetadas, empujones, golpes, puñetazos, patadas, estrangulamiento, utilización de objetos, armas o sustancias químicas con el objetivo de causar una lesión, etc..., como conductas “pasivas”, entre ellas, privar de atención médica durante una enfermedad o lesión (incluidas lesiones provocadas por el maltrato), o no avisar en situaciones de riesgo evidente.

El maltrato físico es el tipo de violencia más evidente y más fácil de identificar, por eso, suele ser al que se da más importancia tanto en el ámbito personal como social. No obstante, suele verse precedido por el maltrato psicológico.

### ➤ **Violencia Psicológica**

Se entiende por maltrato psicológico, cualquier conducta, activa o pasiva, que atente contra la integridad emocional de la víctima, en un intento de producir en ella intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento (McAllister, 2000). Humillaciones, descalificaciones, o ridiculizar, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas de maltrato a ella misma o bien a seres queridos, destrucción del daño o a la propiedad valorada por la víctima (objetos o animales), amenazas repetidas de abandono o divorcio, etc..., son ejemplos de este tipo de maltrato. También lo son la negación de la violencia y la atribución de la responsabilidad absoluta a la víctima de los episodios de maltrato.

### ➤ **Violencia Sexual**

Se entiende por maltrato sexual a cualquier intimidad sexual forzada, ya sea por amenazas, intimidación, coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión. Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no limitándose únicamente a la penetración vaginal o anal (López, 2009; McAllister, 2000).

Aunque esta categoría en realidad es un tipo de maltrato físico, se suele considerar una manera diferenciada ya que tiene connotaciones muy particulares. Por una parte, por la intimidad asumida de este tipo de comportamientos, y por otra, porque todavía muchas personas consideran una “obligación” llevar a cabo conductas sexuales en una relación de pareja. Por tanto, es poco frecuente que las mujeres que padecen violencia consideren que han padecido maltrato sexual, incluso cuando han estado fuertemente agredidas por parte de sus parejas.

Estas tres formas de ejercer la violencia, la física, la psicológica y la sexual, son las más habituales en la violencia de género y, de hecho, es muy habitual que se den de forma combinada. (Ruiz, Blanco y Vives, 2003; Sans y Sellarés, 2010).

## ➤ **Otras formas de violencia**

Según el *informe del grupo de especialistas para combatir la violencia contra las mujeres del Consejo de Europa* (1997) existen, además de los tres ya mencionados, otros tipos de violencia, que aparecen o pueden aparecer como parte de la violencia de género y que son los siguientes:

### **Violencia económica**

Situación de desigualdad en el acceso a los recursos económicos y a las propiedades compartidas. Incluye negarse y/o controlar el acceso a dinero en común, generar dependencia económica, impedir el acceso a un lugar de trabajo, a la educación o a la salud, incluso negarle los derechos de propiedad.

### **Violencia estructural**

Se trata de barreras intangibles e invisibles que impiden el acceso de las mujeres a los derechos básicos. Incluye la negación de la información inherente a los derechos fundamentales y las relaciones de poder que la mantienen subordinada, en los centros educativos, de decisión o de trabajo.

### **Violencia espiritual**

Destrucción de las creencias culturales o religiosas de las mujeres mediante el castigo, la ridiculización o la imposición de un sistema de creencias ajeno al propio. Incluye el sometimiento e invisibilidad de las creencias culturales o religiosas de las mujeres.

### **Violencia política o institucional**

Uso de un doble código por el cual se legitima alguna forma o expresión de violencia mientras se lucha en contra. La omisión de actuaciones en contra de la violencia constituye una forma de violencia. Se manifiesta cuando las instituciones (educativas, legislativas, judiciales...), no desarrollan políticas de igualdad de oportunidades o las desarrollan insuficientemente, cuando no se implementan programas de prevención de la violencia, cuando se permite la violencia y/o no se protege a las mujeres que la padecen.

## **Violencia simbólica**

Hace referencia a los mecanismos socializadores del patriarcado, incluyendo la no visibilidad de las mujeres en los textos, en el cine o la publicidad, o su reproducción desarrollando sólo aquellos roles considerados tradicionalmente propios de ellas.

## **Violencia social**

Atribuir un menor valor a la posición social de las mujeres a través de acciones que menosprecian su imagen y le atribuyen estereotipos de género que condicionan su posición social o que le niegan su identidad o valor personal.

### 3. Situación del problema en España y Baleares

Tras el desarrollo e implantación de la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género en 2004, muchas mujeres han podido garantizar su seguridad solicitando una Orden de Protección para ellas y sus hijos e hijas, obtener ayudas sociales para desarrollar su autonomía o reparar los daños psicológicos padecidos a través de programas sociales gratuitos. A continuación, se recogen algunos datos facilitados por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad que ofrecen tanto información sobre la magnitud del problema como sobre algunas de estas medidas, realizando una comparativa desde el año 2007 hasta la actualidad.

En primer lugar, y por lo que se refiere a la magnitud del problema, un primer indicador al respecto lo constituyen las denuncias (*Figura 1*). En este sentido, sabemos que en 2013 se efectuaron un total de 124.893 denuncias por violencia de género, cuando en todo el año anterior (2012) se realizaron 128.477, y en 2011 un total de 134.002, lo que indica que existe una clara reducción en el número de denuncias, en los últimos tres años.



Figura 1. Denuncias por año

Por comunidades (*Tabla 1*), la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares lideró el incremento en número de denuncias en el año 2012 (4.739), junto con Castilla La Mancha (4.311) y Madrid (20.935). El resto de comunidades autónomas registraron un descenso respecto al año anterior.

<b>DENUNCIAS</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
ANDALUCÍA	27.727	26.194	26.476
ARAGÓN	3.392	3.228	3.074
ASTURIAS	2.656	2.431	2.438
<b>BALEARES</b>	<b>4.417</b>	<b>4.739</b>	<b>4.372</b>
CANARIAS	8.049	7.701	7.111
CANTABRIA	1.168	1.106	1.137
C. LA MANCHA	4.288	4.311	4.359
C. Y LEÓN	5.384	4.132	4.153
CATALUÑA	18.475	17.777	17.149
C.VALENCIANA	18.540	17.830	17.070
EXTREMADURA	1.995	1.967	1.934
GALICIA	5.153	4.788	5.174
MADRID	20.708	20.935	19.506
MURCIA	5.766	4.796	4.656
NAVARRA	1.449	1.333	1.219
PAÍS VASCO	4.125	3.853	3.937
LA RIOJA	710	701	548

Tabla 1. Denuncias por comunidades autónomas (2011-2012-2013)

Por el momento, no existen estudios concluyentes sobre los factores que pueden haber mediado en el decremento en el número de denuncias. Sin embargo, se presume que el hecho de que las mujeres deban asumir un mayor coste económico para decidir su autonomía personal y de sus hijas e hijos podría determinar la toma de decisiones (mayor tasa de desempleo, condiciones precarias de habitabilidad por impago e incremento de las tasas judiciales).

En relación a todo ello las partidas presupuestarias en materia de igualdad para el próximo año 2015 suponen una reducción de 6.634.940 millones de euros en relación a la anterior legislatura en prevención de violencia machista. Y por lo que respecta a programas de atención psicosocial a mujeres, sus hijos e hijas, la aportación se reduce en 1.000.000 de euros respecto al año 2014 (Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, 2014).

Tal y como señala Beteta (2013), la crisis financiera global y la regresión del estado del bienestar han desencadenado unos niveles de desempleo y un claro recorte en políticas sociales que, en nuestro país, han desprotegido claramente a las mujeres ante situaciones de desigualdad y violencia.

Por lo que se refiere al número de muertes, en los años consecutivos 2012 y 2013 se observa como se ha producido una reducción de hasta un 15 y un 25% en el número de muertes respecto los años anteriores. Sin embargo, y según los datos a fecha de 5 de Septiembre de 2014, se han producido ya 41 muertes de mujeres por parte de sus parejas, lo que supone un repunte en relación al año anterior. Según la Organización Mundial de la Salud, la violencia genérica hacia las mujeres sigue considerándose como la primera causa de muerte en el mundo para las mismas, siendo el 38% de homicidios femeninos causados por la violencia conyugal (OMS, 2013).



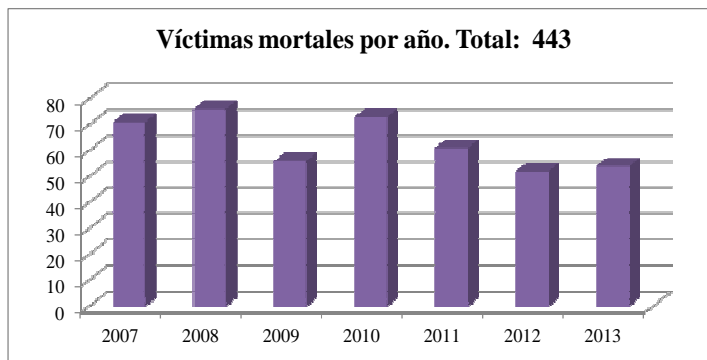


Figura 2. Víctimas mortales por año (2007-2013)

Por lo que respecta a la ayuda económica específica destinada a las mujeres que han padecido violencia de género, y más concretamente, la Renta Activa de Inserción (RAI) se ha incrementado su concesión a lo largo de los últimos siete años. Sin embargo, cabe señalar que, a pesar del aumento, siguen siendo muchas las mujeres que no pueden acceder a esta ayuda. La cantidad total mensual de esta ayuda supone 426 euros mensuales a lo largo de un total de dos años.

La acreditación de la condición de víctima de violencia de género para obtener esta ayuda puede realizarse mediante una certificación de los Servicios Sociales o del centro de acogida, por resolución judicial, orden de protección, o informe del Ministerio Fiscal. Parece ser que la mayor parte de ayudas económicas a estas mujeres pueden haber sido concedidas a partir de la certificación realizada por agentes sociales, aún sin haber efectuado denuncia, lo que explicaría su crecimiento progresivo, proceso inverso al del número de denuncias.

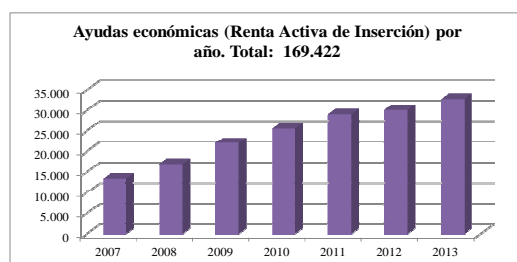


Figura 3. Ayudas económicas a VVG (2007-2013)

Otra de las actuaciones que se incluye en el paquete para la reinserción de mujeres que han padecido violencia de género son las medidas de protección que, al menos han sido iniciadas en su trámite, independientemente que con posterioridad hayan sido retiradas.

Esta actuaciones, únicamente dictadas mediante resolución judicial, incluyen medidas penales para el inculpado (prohibición de aproximación, privación a la tenencia de armas o prisión provisional), además de medidas civiles para la víctima (disfrute de la vivienda familiar, guarda y custodia provisional para hijas e hijos).

Al respecto, observamos un decremento en los últimos años, lo que podría ser congruente con el menor número de denuncias que han sido interpuestas.

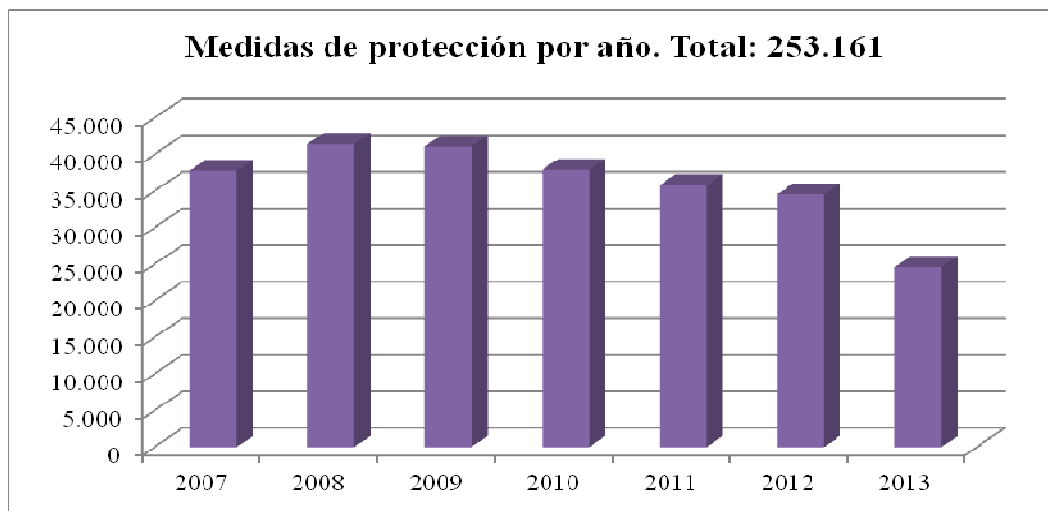


Figura 4. Medidas de protección por año (2007-2013)

Tal y como se ha apuntado en los párrafos anteriores, el estado de la cuestión refleja un problema complejo que compromete al Estado en prácticamente todos sus estamentos. Los datos sugieren que debe ser abordado y analizado a nivel político, económico y judicial. Sin embargo, sabemos que es a un nivel psicosocial donde más cuesta cuantificar el daño que ha sido producido por la violencia en la pareja en toda su globalidad.

## **4. Consecuencias físicas y psicopatológicas de la violencia de género.**

Las consecuencias de la violencia de género son muy amplias e influyen en todos los ámbitos de la vida de las mujeres, en su salud y en la de sus hijas e hijos, y se expanden, además, al conjunto de la sociedad (García Moreno, 1999).

Concretamente, la violencia de género puede tener efectos directos sobre la salud, además de incrementar el riesgo en las mujeres de padecer enfermedades en el futuro (Krug et al., 2002) puesto que, entre otras cosas, esta violencia tiene efectos sobre la capacidad de las mujeres para cuidar de sí mismas y se asocia a conductas autodestructivas como el abuso de drogas o alcohol (García Moreno, 1999).

De hecho, según el reciente estudio de la FRA (Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea) (2014), antes mencionado, hasta trece millones de mujeres entrevistadas en Europa informaron de haber padecido violencia física en el último año. Sin embargo, no son las lesiones físicas las consecuencias más frecuentes en las mujeres que han padecido violencia, sino los trastornos funcionales como el síndrome de colon irritable, la fibromialgia o los trastornos gastrointestinales (García Moreno, 1999; Krug et al., 2002; Gracia y Lila, 2008). Otros estudios indican los siguientes problemas: daño permanente en las articulaciones, pérdida parcial de la visión u oído y disfunciones sexuales (Resnick et al., 2000).

Estas situaciones parecen darse también cuando las mujeres se encuentran en estado de gestación, incluso se ha apuntado que suele incrementarse durante este periodo. En consecuencia, el hecho más grave derivado para los/as hijos/as es el aborto o el bajo peso alcanzado por el bebé cuando nace (García Moreno, 1999; Gracia y Lila, 2008).

Por lo que se refiere a las repercusiones en salud mental, se calcula que el 60% de las mujeres que han padecido violencia de género tienen problemas psicológicos de graves a moderados (Lorente, 2001). Los síntomas más frecuentes son la ansiedad, tristeza, falta de autoestima, labilidad emocional, inapetencia sexual, fatiga permanente e insomnio (Amor, 2000).

Otros estudios señalan que las mujeres que han padecido violencia en el ámbito de la pareja difieren en procesos de atribución, afrontamiento, ideación suicida, identidad personal y psicopatología (especialmente en el TEPT) respecto las que no han padecido este tipo de violencia (Wilson, Drozdek y Turkovic, 2006).

De todas estas repercusiones que se apuntan, son dos las que tienen una presencia más importante: el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y la depresión. Además, los estudios comunitarios han demostrado que existe, en general, una alta comorbilidad entre los síntomas de estrés postraumático y depresión en mujeres que han padecido agresiones, incluyendo las mujeres víctimas de violencia de género (Breslau et al, 2000).

## 4.1. Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

El trastorno de estrés postraumático (TEPT) describe un patrón de síntomas que se puede desarrollar en individuos que hayan estado expuestos a estímulos estresantes de tipo traumático. Este diagnóstico aparece por primera vez en el año 1980, donde la mayor parte de artículos científicos sobre el tema se centraban en las manifestaciones psicopatológicas que mostraban los ex combatientes de la guerra de Vietnam.

Finalmente, se observó que la sintomatología era similar en cualquier persona que había vivido un suceso que entrañara un peligro para su supervivencia.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión revisada (DSM-IV-TR) (APA, 2002), utilizado para desarrollar los estudios que forman parte y constituyen esta tesis doctoral, el TEPT aparece cuando la persona haya padecido, haya sido testigo o haya sabido a través de personas cercanas de la existencia de acontecimientos de agresión física o que supongan una amenaza para su vida, su integridad o la de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, desesperanza y horror. Además, se indica que para su diagnóstico, es necesario que exista al menos un síntoma de **reexperimentación**: imágenes, pesadillas o flashbacks.

Precisamente, las cogniciones postraumáticas suponen uno de los síntomas más característicos de las mujeres víctimas de agresiones. Son habituales las intrusiones en forma de imágenes, flashbacks, pesadillas, distrés y reacciones fisiológicas cuando se deben afrontar los estímulos evocadores (APA, 2002).

Los/as teóricos/as asumen que los síntomas de reexperimentación se deben a la manera como las memorias traumáticas fueron codificadas, organizadas en la memoria y recuperadas (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996, Ehlers y Clark, 2000; Foa y Meadows, 1997).

Otro criterio a considerar, según el DSM-IV-TR, hace referencia a la presencia de, al menos, tres síntomas de **evitación**. Las personas que padecen este problema, tienden a evitar o escapar de situaciones asociadas al hecho traumático o bien conversaciones relacionadas. Cabe incluir la evitación cognitiva, donde la persona realiza esfuerzos para no pensar, no recordar o distraerse ante la intrusión de pensamiento.

Por último, se expone que para que el diagnóstico exista es necesario que se cumpla el criterio de **activación fisiológica**, entre cuyas manifestaciones encontramos la taquicardia, la irritabilidad o la respuesta de alarma exagerada.

La presencia de estos síntomas se debe prolongar durante al menos un mes desde el acontecimiento traumático y provocar malestar clínico o deterioro en áreas importantes de la actividad de la persona, en el trabajo, vida social, etc...

Se debe especificar si se trata de un TEPT agudo o crónico, esto es, si los síntomas duran menos de tres meses, o tres meses o más, respectivamente. Por último, cabe especificar si el inicio de síntomas es demorado (si entre el acontecimiento traumático y el inicio de síntomas han pasado como mínimo seis meses) (APA, 2002).

### **4.1.1. Prevalencia**

El porcentaje de prevalencia total que se estima para el TEPT es del 3,6%, con un 5,2% en mujeres y un 1,8% en los hombres (Kessler y Wang, 2008).

Estos datos generales, recogidos por la NCS (National Comorbidity Survey) llevada a cabo por Kessler durante el año 2008 en población norteamericana sobre el TEPT nos indican, además, que la prevalencia de vida es de un 6,8% y que se observará más frecuentemente en mujeres (9,7% frente un 3,6% en hombres). También indican que la cohorte donde la encontraremos más fácilmente es la de los 45 a los 59 años.

### **4.1.2. Diferencias sexuales en el desarrollo del TEPT**

Así pues, las tasas de incidencia y prevalencia del TEPT muestran que al menos es dos veces más alta en mujeres y chicas adolescentes que en los hombres y chicos adolescentes (Breslau y Anthony, 2007). Las razones no parecen del todo claras. Son muchos los factores que parecen estar implicados, incluidas diferencias de tipo neurobiológico.

Así, por ejemplo, el estrógeno parece afectar la función del eje hipotalámico-adrenal de manera diferencial en hombres y mujeres, así como también el sistema serotoninérgico, lo que podría explicar al menos una parte de estas diferencias.

Por lo que se refiere a otro tipo de factores, los metaanálisis realizados a partir de los diferentes estudios sobre el tema muestran también un riesgo potencial de exposición a los acontecimientos traumáticos y, consecuentemente, de padecer TEPT superior entre las mujeres; además, el tipo de acontecimientos traumáticos también varía de modo que las mujeres estaban expuestas a experimentar más agresiones sexuales, abuso en la infancia, pero, menos accidentes, desastres o situaciones de combate (Tolin y Foa, 2006).

Otro de los factores a considerar como base de las diferencia de género serían las variables cognitivas. Así, Tolin y Foa (2006) han descrito un modelo cognitivo de procesamiento del trauma. Según apuntan, hombres y mujeres tendrían tendencia a exponerse a diferentes tipos de trauma, y eso podría producir diferencias en la codificación de las memorias traumáticas. Además, y según este mismo modelo, cuando un suceso traumático ya ha sucedido, las mujeres parecen culpabilizarse con mayor facilidad, realizan más atribuciones negativas sobre sí mismas y perciben el mundo como un lugar más peligroso que los hombres que también padecen sintomatología postraumática.

### **4.1.3. Factores de riesgo**

La intensidad, duración y proximidad de la exposición al acontecimiento traumático constituyen los factores más importantes que determinan la probabilidad de presentar un diagnóstico de TEPT. La falta de apoyo social contribuye a la cronificación del trastorno. Este factor, además se ha visto asociado a peores resultados terapéuticos (APA, 2002).

Los antecedentes familiares, experiencias vividas en la etapa infantil, características de personalidad y trastornos mentales preexistentes pueden también influir en la aparición del trastorno (APA, 2002; Labrador et al., 2004).

Por otra parte, los estilos de afrontamiento basados en la evitación podrían estar asociados con mayores esfuerzos personales para tratar de suprimir los pensamientos intrusivos, lo que parece contribuir a la severidad del trastorno e incrementa nuevamente la aparición de las intrusiones (APA, 2002).

#### **4.1.4. Comorbilidad**

La comorbilidad del TEPT es muy alta, tanto si se estudia desde investigaciones epidemiológicas como si se trabaja en muestras clínicas de centros de tratamiento (APA, 2002). Esta alta comorbilidad se podría explicar por la imprecisión que existe en su diferenciación respecto de otras categorías diagnósticas. La asociación frecuente entre depresión y TEPT se explica por la presencia de algunos síntomas característicos compartidos: la pérdida de interés o de participación en actividades significativas, sensación de que el futuro se acorta, evitación de personas o alteraciones del sueño (Schnurr, Friedman y Bernardy, 2002).

Además, es frecuente que exista un solapamiento de los síntomas postraumáticos y de ansiedad: la hiperactivación suele coincidir con síntomas de ansiedad generalizada, la evitación de personas con la fobia social y las memorias traumáticas, recurrentes, pensamientos intrusivos y flashbacks con el trastorno obsesivo compulsivo. De igual manera, existe un mayor riesgo de padecer trastorno de angustia, agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo, fobia social, fobia específica, trastorno depresivo mayor, trastorno bipolar, trastorno de ansiedad generalizada y abuso de sustancias (APA, 2002).

#### **4.1.5. Curso**

Tal y como hemos señalado anteriormente y según el DSM-IV-TR, el TEPT podría iniciarse a cualquier edad y puede tener un curso variable. Existen tres modalidades de estrés postraumático: *estrés agudo* (no dura más de tres meses), *estrés crónico* (dura más de tres meses) y de *inicio demorado* (aparece seis meses o más después del trauma).

Según algunos autores el trastorno no remitirá en un tercio de personas que lo haya padecido, incluso después de muchos años, tanto si han recibido tratamiento psicológico como si no (Kessler y Wang, 2008). De hecho, el TEPT crónico suele ser la forma más común del trastorno. Contrasta con el TEPT de inicio demorado, el cuál aparece en muy pocas ocasiones (Schnurr, Friedman y Bernardy, 2002).

#### 4.1.6. TEPT en mujeres víctimas de violencia de género

El trastorno de estrés agudo en mujeres que han padecido violencia de género se manifiesta entre el 70% y el 94% de las mujeres, hasta un 45-50% de ellas desarrollan síntomas de estrés postraumático y las tasas de prevalencia del TEPT agudo (un mes después) se sitúan entre el 48% y 64%, y las de TEPT crónico (tres meses después) entre el 22% y el 47% (Echeburúa y Corral, 1998; Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007). Todo ello lleva a pensar que estas variaciones se podrían atribuir a características individuales o de especial vulnerabilidad para el TEPT (Foa, Keane, Friedman y Cohen, 2009).

Algunos factores que podrían predecir la aparición del TEPT en el caso de las mujeres que han padecido violencia de género serían: una larga duración del abuso, las lesiones, amenazas hacia su vida y la de sus hijos e hijas, las graves consecuencias del trauma, el bajo apoyo social y los problemas económicos (Echeburúa y Corral, 1998).

En este sentido, en un estudio español con 148 mujeres víctimas las tasas de prevalencia del TEPT fueron más altas para el grupo de mujeres más jóvenes (42%) que para el grupo de mayor edad (27%) (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y De Corral, 2007). La mayor gravedad del TEPT en las mujeres más jóvenes estaba relacionada con la presencia de relaciones sexuales forzadas.

En otro estudio realizado con 70 mujeres (Rincón et al., 2004) se observaron tasas de estrés postraumático del 67,1%. El síntoma postraumático más frecuente fue la reexperimentación, especialmente el malestar psicológico intenso como ítem descrito en la escala de gravedad del TEPT de Echeburúa. Más del 50% manifestaba síntomas de hiperactivación (arousal) y un 67% de evitación.

Otros estudios sitúan la prevalencia del TEPT en mujeres que informan de experiencias de violencia de género en un 60%, aunque prácticamente el 100% de ellas manifestaría algún tipo de sintomatología postraumática (Aguirre et al., 2010).

Cabe decir que existe cierta variabilidad en los índices de prevalencia, puesto que se ha definido un subsíndrome TEPT que, sin llegar a cumplir con los criterios diagnósticos, ampliaría notablemente el índice de prevalencia total de TEPT. En un estudio con mujeres en situaciones de violencia, se encontró una prevalencia total de un 66,7% donde hasta un 26,2% de ese porcentaje correspondía a ese subsíndrome (Aguirre et al., 2010). Existe evidencia, por tanto, de una clara expresión de sintomatología ansioso-depresiva en las mujeres que han padecido violencia en el ámbito de la pareja, definida posteriormente según varias categorías diagnósticas que ya conocemos.

Más recientemente, un estudio con población femenina Libanesa, que informó de haber padecido violencia de género situó el índice de prevalencia de TEPT en un 97%, relacionado especialmente con la violencia física (Khadra et al., 2014).

## 4.2. La Depresión

La depresión clínica, tal y como es considerada en el ámbito de la salud mental, supone un variado conjunto de síntomas, que habitualmente pueden manifestarse como consecuencia de la aparición de estresores psicosociales. Son muchas las teorías explicativas de su desarrollo, desde las más biologicistas, que postulan una causa endógena para la aparición de los síntomas, hasta las que defienden que se da un sesgo en el procesamiento de la información, o bien aquellas que consideran que se ha dado una pérdida de reforzadores.

Según el DSM-IV-TR (APA, 2002), un episodio depresivo mayor se define por la presencia simultánea de una serie de síntomas que se dan durante un periodo continuado de dos semanas. Se requiere además, que, al menos, uno de esos síntomas sea necesariamente o bien un **estado de ánimo triste** o bien una **pérdida de placer (anhedonia)** con las cosas con las que esa persona solía disfrutar. Todo ello, debe suponer una marcada interferencia con la vida cotidiana.

Los síntomas depresivos habitualmente explorados para un episodio depresivo mayor son: estado de ánimo deprimido, disminución del placer o interés en cualquier actividad, aumento o disminución de peso/apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o entecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos excesivos de inutilidad o culpa, problemas de concentración o toma de decisiones e ideas recurrentes de muerte o suicidio (APA, 2002).

Estos síntomas deben excluir condiciones médicas que las expliquen o la pérdida de un ser querido ocurrida en menos de dos meses. Debe especificarse la *gravedad* y si es un episodio *único o recurrente* (APA, 2002).

### 4.2.1. Prevalencia

El DSM-IV-TR indica un amplio intervalo de valores para la proporción de la población adulta que padece el trastorno. El riesgo para el trastorno depresivo mayor a lo largo de la vida en las muestras de población general ha variado entre el 10 y el 25% para las mujeres y entre el 5 y el 12% para los hombres. Por lo que se refiere a la prevalencia puntual en adultos, se marcan porcentajes entre el 5 y 9% en mujeres y entre el 2 y el 3% para los hombres. Las tasas de prevalencia para el trastorno depresivo mayor parecen no estar relacionadas con la raza, el nivel de estudios o de ingresos económicos, ni con el estado civil (APA, 2002).

En un estudio reciente, el porcentaje de prevalencia anual para el episodio depresivo mayor en nuestro país es del 4% y la prevalencia vital del 10,6% (Gabilondo, 2011). Este estudio, llevado a cabo con una muestra de 5.473 participantes de población general española adulta, reveló que las mujeres, las personas entre 50 y 64 años, separadas, viudas o divorciadas, amas de casa o desempleadas mostraban un mayor riesgo para desarrollar el trastorno.

Las principales conclusiones de este trabajo señalaron que es un trastorno muy prevalente, comórbido y con una repercusión relevante en el funcionamiento de las personas, el cuál recibe habitualmente una consideración terapéutica insuficiente. (Gabilondo, 2011).



## 4.2.2. Diferencias sexuales en el desarrollo de la Depresión

Vázquez y Sanz (1999) señalaron que la mayor predisposición femenina a padecer depresión no es resultado de ningún artefacto estadístico ni se debe a que las mujeres puedan quejarse más o buscar más ayuda que los hombres, dado que dichos tópicos no son reales (Amenson y Lewinsohn, 1981). Como causas posibles para estas diferencias se ha apuntado que existan factores genéticos contribuyentes a la manifestación fenotípica de esta alteración (Andreasen et al., 1988), o bien que éstas diferencias puedan reflejar la existencia de tempranas diferencias educativas entre los niños y las niñas (Nolen-Hoeksema, 1987, Zarragoitia, 2013). También los factores cognitivos pueden desempeñar un papel en este sentido. Así, por ejemplo, ante un suceso estresante, las mujeres tienden más a “rumiar” y hacer preguntas sobre la causa de su estado, mientras que los hombres parecen tener una tendencia mayor a dedicarse a actividades que les distraigan y les hagan olvidar el estado de tristeza (Simon y Nath, 2004).

Zarragoitia (2013) insiste en que el factor biológico sólo explica una parte de dicha variabilidad entre hombres y mujeres. Plantea que, desde una perspectiva de género, deben tenerse en cuenta las experiencias e *historicidad* de las mujeres para entender la aparición de las manifestaciones depresivas y sólo así debe ser abordado su tratamiento psicológico.

Cabe señalar que algunos estudios apuntan que las diferencias en la prevalencia de depresión entre hombres y mujeres se van acortando en las generaciones más jóvenes, aunque ello sea debido más a un crecimiento de la depresión masculina que a una disminución de la femenina (Klerman y Weissman, 1989; Smith y Weissman, 1991).

## 4.2.3. Factores de riesgo

Además de las diferencias entre hombres y mujeres ya comentadas, se han barajado otros posibles factores de riesgo para el padecimiento de depresión.

Así, por ejemplo, sabemos que los acontecimientos estresantes vividos como graves y muy amenazantes, y las situaciones de pérdida familiar constituyen importantes predisponentes para la depresión (Brown, 1989). Aunque no queda claro que la relación entre sucesos estresantes y depresión sea causal, parece difícil que el estrés por sí solo cause trastornos depresivos, si bien en combinación con otros factores, como por ejemplo ideas negativas depresivas, una falta de apoyo social y afectivo, pérdida de alguno de los padres en la infancia o una historia previa de depresión, este tipo de sucesos pueden incrementar el riesgo de depresión y, especialmente, el riesgo de recaídas (Paykel, 1985; Roy, 1987).

#### **4.2.4. Comorbilidad**

En un estudio realizado en diez centros de atención primaria con un total de 306 pacientes entrevistados se concluyó que la depresión clínica era comórbida con otros trastornos psiquiátricos hasta en el 73,8% de los casos (Aragónés, Piñol y Labad, 2009). El trastorno más comórbido fue la ansiedad generalizada, seguida del trastorno de pánico, la distimia y la somatización.

Sabemos también que el riesgo de suicidio es especialmente alto para las personas que tienen síntomas psicóticos, han hecho tentativas previas de autolisis, tienen una historia familiar de suicidio consumado o un consumo concomitante de sustancias (APA, 2002). Los episodios depresivos mayores a veces van precedidos de algún estrés psicosocial.

#### **4.2.5. Curso**

Los síntomas de un episodio depresivo mayor pueden desarrollarse a lo largo de días o semanas, aunque la duración suele ser variable. En una proporción considerable de casos (en torno al 20 – 30%), algunos síntomas depresivos que son insuficientes para cumplir totalmente los criterios para un episodio depresivo mayor persisten durante meses o incluso años y se asocian a incapacidad o malestar (APA, 2002). En algunas personas (5-10%) se siguen cumpliendo los criterios para un episodio depresivo mayor durante dos o más años (APA, 2002).

#### **4.2.6. Depresión en mujeres víctimas de violencia de género.**

Durante aproximadamente dos décadas, la coexistencia entre agresión continuada y síntomas depresivos ha sido analizada. Por ejemplo, en un estudio con 50 mujeres que habían padecido violencia de género, el 38% cumplía criterios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor, con tasas significativamente más altas para aquellas mujeres que padecieron un maltrato psicológico respecto las que vivieron una situación de maltrato físico (O'Leary, 1999).

Otros investigadores afirman que más del 50% de mujeres que han padecido violencia por parte de sus parejas cumplen criterios para la depresión clínica, con tasas que llegan al 80% (Riggs, Caulfield y Street, 2000).

Más concretamente en España, en un estudio con 126 mujeres que padecieron maltrato físico o sexual, un 64% superaron el punto de corte establecido para el diagnóstico de depresión en el inventario de depresión de Beck, sin que hubiera diferencias entre los tipos de agresión padecida (Echeburúa et al., 1997).

En otro estudio realizado en España, con una muestra de 270 mujeres participantes, se observó que las mujeres que habían vivido una situación de violencia de género mostraban un mayor número de síntomas depresivos que aquellas que no pasaron por dicha experiencia (Matud, 2004).

Por otra parte, Rincón et al. (2004) encontraron en la muestra de mujeres de su estudio una tasa de depresión del 85,7%.

La mayor parte de estudios clínicos señalan una prevalencia de la depresión clínica de entre un 38% y un 47,6% en mujeres víctimas de violencia (Golding, 1999; O'Leary, 1999). Sin embargo, en estudios más actuales, los porcentajes se incrementan hasta niveles del 71% y el 87,2% (Infante, Francisco, Castaño y García, 2005; Patró, Corbalán y Limiñana, 2007). Según Golding (1999), dicha variabilidad en los datos viene explicada por la utilización de diferentes instrumentos de medida y la diversidad de las muestras utilizadas.

Según el último estudio publicado por el FRA (Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, 2014) hasta un 55% de las encuestadas, víctimas de violencia de género, mostraban síntomas depresivos desde la edad de 15 años.

En definitiva, tal y como ya comentamos en los apartados previos, existen una gran cantidad de estudios que analizan la presencia de depresión clínica y estrés postraumático en las mujeres que padecen violencia de género y que, aunque muestran importantes niveles de variabilidad, señalan también la importante prevalencia de estos trastornos entre ellas.

### **4.3. Otros problemas asociados**

#### **4.3.1. Autoestima**

Algunos estudios indican que el nivel de autoestima de las mujeres que han padecido violencia de género es menor que el de la población general, sin que haya diferencias en función del tipo de maltrato padecido (Echeburúa et al., 1997).

Una de las explicaciones que se han dado a la pérdida de autoestima en este grupo de mujeres sería la facilidad de autoinculpación respecto a los hechos, lo que da lugar a que muestren una menor confianza en sí mismas (Dutton et al., 1994). Además, sabemos que algunas formas de violencia, como el maltrato psicológico, se dirigen especialmente a la víctima para generar un estado de indefensión y baja autoestima en ella (Alonso et al., 2010).

En el conjunto de mujeres que llevan a cabo un noviazgo, donde existe un conflicto violento hacia ellas, la baja autoestima constituye una importante consecuencia negativa, juntamente con el bajo rendimiento académico, el abandono de los estudios, abuso de sustancias, intento de suicidio, enfermedades de transmisión sexual y sentimientos de culpa o ira (Martínez y Rey, 2014).

### **4.3.2. Apoyo social**

El nivel de apoyo social viene definido por dos componentes esenciales: el social (estructural) y el de apoyo (el proceso). En el primero se incluyen las relaciones con la comunidad y las relaciones íntimas y en el segundo, dos tipos más: el recibido y el percibido, y aquel que es habitual en momentos de crisis (Matud et al., 2003).

Respecto a la importancia del apoyo social, en un estudio donde se compara a un grupo de mujeres que padecieron violencia de género con un grupo control, parece que toma especial relevancia y se relaciona con un buen nivel de salud mental en las mujeres. Así, se observa una mejoría en la sintomatología somática, de ansiedad, insomnio y depresión grave, así como en el funcionamiento social de las mujeres que no han sido víctimas de violencia de género y en aquellas que, aunque lo hayan padecido, ya viven de manera autónoma (Matud et al., 2003).

Recientemente, se evaluó el papel de diversos tipos de apoyo social percibido (formal, familiar, red social y de una persona significativa) en los síntomas de depresión y estrés postraumático en un grupo de mujeres que padecieron violencia de género (Buesa y Calvete, 2013). Los resultados revelaron que solamente el apoyo percibido por parte de una persona de confianza se asociaba a menos síntomas de depresión y estrés postraumático. La máxima satisfacción la obtuvieron con apoyo formal, que sí se relacionó con la ruptura de la relación abusiva, aunque no con los síntomas psicológicos.

### **4.3.3. Abuso de sustancias**

Respecto al consumo de sustancias en mujeres víctimas de violencia de género, un meta-análisis que analizaba diez investigaciones sobre el tema (Golding, 1999), mostró que el abuso o dependencia de alcohol va del 6,6% al 44%.

En el caso de otras sustancias se encuentran tasas de prevalencia menores, las cuales van del 7% al 25% (Golding, 1999).

En un estudio que comparaba conductas de salud en mujeres que habían padecido violencia con aquellas que no informaron de dicha experiencia (control), se encontró que había diferencias en el número de enfermedades autoinformado, el consumo de medicamentos, la conducta de fumar y el consumo de bebidas alcohólicas (Matud, 2004).

### **4.3.4. Ideación suicida e inadaptación**

La inadaptación que muestran muchas de las mujeres que han padecido violencia por parte de sus parejas se ha atribuido a los mismos síntomas que están padeciendo (Echeburúa et al., 1997). Según Vázquez (1999), algunos factores como el aislamiento social provocado por el agresor, la inadaptación emocional producida por cuadros clínicos, alteraciones de las relaciones familiares y un absentismo laboral importante

podrían explicar en gran medida la dificultad que presentan estas mujeres a la hora de recuperarse.

Además, varios estudios han demostrado de manera repetida que el aislamiento social es un factor de riesgo para la ideación suicida (Blaauw et al., 2005). Así, por ejemplo,

Golding (1999), en el metaanálisis antes mencionado indica que las tasas de prevalencia de ideación suicida oscilan entre un 46% y un 77% para mujeres que habían sido víctimas de violencia de género.

En un estudio realizado con población femenina urbana frente a semiurbana en un contexto de atención primaria, encontraron que la ideación suicida era más prevalente en la zona urbana (18,2%) frente al 1,7%, encontrándose así diferencias significativas entre ambos grupos (Ortiz et al., 2004).

Por otra parte, un conjunto de mujeres que mostraban diagnóstico de depresión, el 67% de ellas informó de haber sido maltratada en algún momento de su vida. El 25,6% de ellas explicaba que habían desarrollado una planificación suicida, frente a un 32,5% que la mantenían aún de un modo pasivo; el 41,9 restante no informaron de ideas autolíticas. (Vásquez, 2007).

#### **4.3.5. Consecuencias de la violencia de género para los/as hijos e hijas**

La violencia de género no solo supone un impacto sobre la salud física y psicológica de las mujeres sino también tiene consecuencias para sus hijos e hijas, tanto si han sido testigos directos o víctimas directas o indirectas de la violencia.

Son frecuentes los problemas de conducta y relación con los iguales. Exponer a las niñas y niños a la violencia ejercida por sus padres hacia sus madres los predispone a convertirse en adultos violentos, especialmente en el caso de los niños, mientras las niñas tienen más posibilidades de convertirse en víctimas de relaciones violentas (García Moreno, 1999), si bien no es un factor determinante.

Además, los niños y niñas que han experimentado alguna forma de rechazo parental o maltrato tienden a presentar sesgos atribucionales hostiles y aprenden a anticipar y a evitar las conductas de rechazo, generalizándolas a contextos interpersonales (Patró y Limiñana, 2005). Crecer en un hogar violento favorece la interiorización de un conjunto de creencias y valores negativos sobre las relaciones familiares, y sobretodo, la permisividad del uso de la violencia como forma de resolución de conflictos (Patró y Limiñana, 2005).

## 5. La emotividad negativa

### 5.1. Definición

La emotividad negativa refleja un estado emocional que se describe en los niveles altos como “*una variedad de estados de ánimo, que incluyen la ira, la culpa, el temor y el nerviosismo, mientras que el bajo afecto negativo es un estado de calma y serenidad*” (Watson, Clark y Tellegen, 1988). El individuo constantemente busca estímulos negativos, interpreta de modo pesimista los sucesos neutros, estrecha la atención, frecuentemente la vuelve sobre si mismo/a, recuerda con gran precisión los hechos negativos, lanza sin parar a la conciencia pensamientos intrusivos, tiende a la rumiación y ansiedad disfórica, que está presente en muchos trastornos afectivos. La predisposición biológica a la emotividad negativa es parte del temperamento, una matriz que va concretándose mediante los hábitos aprendidos, es decir, se va convirtiendo en carácter. Por tanto, el rasgo de afecto negativo es una dimensión de distress subjetivo que representa una predisposición a experimentar estados de ánimo aversivos, incluyendo hostilidad, malestar, nerviosismo, culpa y miedo (Marina, 2006).

Las personas con alto afecto negativo suelen experimentar desinterés, aburrimiento, tristeza, culpa, angustia, vergüenza y envidia. Se relaciona con la sensibilidad temperamental ante estímulos negativos, labilidad vegetativa, estresores y ambientes desfavorables (Clark y Watson, 1991).

### 5.2. Afecto y género.

Son conocidas las diferencias en cuanto a afecto en función del género. Parece ser que las diferencias se marcan a favor de las mujeres en la expresividad emocional (Brody y Hall, 2000; Fabes y Martín, 1991). Cabe destacar la influencia cultural existente sobre dicha expresividad. En esa dirección, ya se han pronunciado ciertas teorías sociológicas, en especial, la teoría normativa de Hoshchild (1975) que distingue reglas culturales referidas a la experiencia interna, y otras referidas a la expresión de dichas emociones.

Las diferencias en la canalización de dichas emociones parece ser también conocida. Por ejemplo, en situaciones que provocaban ira, las mujeres tenían tendencia a hablar con otras personas de esta emoción; por el contrario, los hombres utilizaban estrategias como el consumo de alcohol u otras sustancias (Simon y Nath, 2004).

Según la literatura científica, y según la aplicación que realizamos en este compendio de publicaciones, la *teoría bidimensional de afecto positivo y negativo* sugiere que ambos factores no representan dimensiones de alta correlación negativa entre sí, sino que se basan en dos dimensiones diferentes del afecto y no correlacionadas. De hecho, han sido definidas como “*descriptivamente bipolares pero afectivamente unipolares*”. Así, el afecto positivo constituye el punto entusiasta enérgico y participante de un individuo, mientras que el afecto negativo supone un patrón general de distrés y participación desagradable (Watson, Clark y Tellegen, 1988a).

Trataremos de exponer a continuación otros aspectos definitorios del afecto negativo (culpa y rabia) que pueden presentarse en las mujeres que han padecido violencia de género.

### **5.3. Principales emociones negativas derivadas en víctimas de violencia de género: la culpa y la ira.**

La culpa es una emoción que se origina cuando el individuo considera que algo es moralmente reprobable. Ante esto se produce una tensión y remordimiento que le motiva a realizar una acción reparativa como pedir disculpas o confesar lo sucedido (Lewis y Haviland, 1993).

Es frecuente que las personas que sienten esta emoción piensen habitualmente en “poder haberlo hecho mejor”. Aquella culpa que se refiere a la forma de ser (intrínseca “*soy una inútil*”) tiene diferentes repercusiones psicopatológicas que aquella que está relacionada con un comportamiento específico (“*no tendría que haberle contestado mal*”) (Echeburúa, Corral y Amor, 2001). Según los autores anteriores, es más grave cuando atribuimos personalmente el hecho en sí a nuestra manera de ser. Cabe tener en cuenta que el sentimiento de culpa excesivo suele estar vinculado a un episodio depresivo o a características de personalidad como el perfeccionismo y la alta exigencia personal y también que la culpa es una característica del mandato de género femenino tradicional (Bosch y Ferrer, 2013). Al mismo tiempo, se debe considerar el vínculo que existe entre el sentimiento de culpa y la norma social, por lo que, en casos de mujeres que han padecido violencia en el ámbito de la pareja, la normalización de lo sucedido por parte de la sociedad, en este caso, supondría un agravamiento de este afecto (Echeburúa, Corral y Amor, 2001). Además, dicho sentimiento de culpa se relaciona con la anticipación del fracaso, una baja autoeficacia y baja autonomía personal (López, 2009).

Es frecuente el solapamiento de la culpa y la vergüenza en mujeres que han padecido violencia en el ámbito de la pareja. Al igual que la culpa, la vergüenza es una emoción que implica complejos procesos cognitivos relacionados con uno mismo (Lewis y Haviland, 1993). Sin embargo, podemos distinguirlas porque tal y como hemos comentado, en la culpa suele existir una atribución interna que puede experimentarse al margen que los demás conozcan la transgresión de la norma. En la vergüenza, la persona se siente humillada ya que suele suponer la transgresión más o menos pública de la norma. (Reidl Martínez, 2005). Se apunta además, que es más frecuente la vergüenza en los episodios depresivos (Echeburúa, Corral y Amor, 2001).

Por su parte, la ira puede ser considerada como una de las emociones con una mayor funcionalidad adaptativa. Sin embargo, su expresividad puede ser considerada y sobretodo, gestionada, como una emoción negativa. Sabemos, además, que varía en intensidad desde la irritación leve o el enfado moderado hasta la rabia o la furia, y que, como proceso psicobiológico, se asocia a una elevada activación psicofisiológica en relación a la autodefensa y el control. La ira aparece cuando el individuo se ve sometido a situaciones que le producen frustración o le resultan desagradables y actúa como defensa ante las situaciones que comprometen la integridad física o la autoimagen y la autoestima (Lerner y Dodge, 1993). Sin embargo, suele regularse por procesos de socialización, ya que en cada cultura existen reglas respecto a su expresión y control.

Puede entenderse como un estado o como un rasgo. La ira como rasgo (ira rasgo) se concibe como la tendencia o disposición general y estable a experimentar estados de ira con mayor frecuencia o intensidad, así como ante un rango más amplio de situaciones y a lo largo de más tiempo (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger 2001; Fernández-Abascal y Palmero, 1999). Mientras que la ira como estado (ira estado) se refiere a la experiencia temporal de sentimientos subjetivos de tensión, enfado, irritación o furia en respuesta a una serie de eventos y suele ir acompañada de un incremento en la activación fisiológica (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger 2001).

Sabemos que la forma en que un individuo utilice tanto el control interno como externo de la ira pueden ser determinantes para el estado de ánimo. Las personas que gastan grandes energías en prevenir la experiencia y expresión externa de la ira y en calmar y reducirla suelen manifestar una conducta pasiva, indefensa y tendente a la depresión (Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 2001).

En el ámbito de la violencia de pareja, la ira ha sido una emoción ampliamente estudiada en hombres agresores (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 2009; Echeburúa, Sarasúa, Zubizarreta y Corral, 2009; Norlander y Erckhardt, 2005). Sin embargo, no hemos podido hallar trabajos dirigidos el estudio de esta emoción en las mujeres que son víctimas de violencia en nuestro país.

#### **5.4. El modelo tripartito de afectividad, ansiedad y depresión de Clark y Watson (1991)**

El modelo tripartito Clark y Watson (1991) surge como un intento de dar explicación teórica y apoyo a la validez de los principales sistemas clasificatorios en las áreas psicopatológicas de la ansiedad y la depresión. Los autores, propusieron además una nueva categoría diagnóstica denominada *ansiedad-depresión mixta*, recogida en la CIE-10 de la OMS, pero no incluida en el manual DSM-IV. Esta categoría fue propuesta como futuro diagnóstico, pero el trastorno mixto ansioso depresivo ha sido descartado por el grupo de expertos del Manual Diagnóstico en su quinta edición, lo que reduce considerablemente el número de personas incluidas en el diagnóstico de trastornos depresivos, y por tanto, los datos epidemiológicos en salud mental.

El modelo parte del supuesto bifactorial (Tellegen, 1985) en el que se postulaban dos factores diferenciales e independientes entre sí (afecto positivo y negativo), con un patrón diferenciado respecto a ansiedad y depresión. Concretamente, Tellegen postulaba que el afecto negativo sería un factor común en los dos diagnósticos (depresión y ansiedad), mientras que el bajo afecto positivo solamente lo encontraríamos en la depresión.

En el modelo que nos ocupa, Clark y Watson (1991) proponen un total de tres elementos: (1) afecto negativo (o distress afectivo general, no específico), (2) hiperactivación fisiológica y (3) anhedonia (disminución del afecto positivo). El primer componente es común en la ansiedad y en la depresión; el segundo (hiperactivación) es específico de la ansiedad; finalmente, el bajo afecto positivo o anhedonia (apatía, pérdida de entusiasmo, pérdida de interés, etc.) sería específico de la depresión. Clark y



Watson sugieren que la presencia de niveles elevados de afecto negativo es un indicador común de los trastornos de ansiedad y depresivos.

De acuerdo con esta propuesta, los/as pacientes cuyos síntomas predominantes son no específicos (distress, irritabilidad, pérdida de apetito, alteraciones del sueño, quejas somáticas vagas, etc.) y muestran niveles moderados en ambos factores específicos (bajo afecto positivo e hiperactivación fisiológica) deberían recibir un diagnóstico de *trastorno mixto de ansiedad-depresión, moderado* (categoría semejante a la registrada en la CIE-10). Cuando los/as pacientes refieren niveles muy elevados, no sólo en afecto negativo, sino también en anhedonia e hiperactivación psicofisiológica, entonces deberían recibir un diagnóstico de *trastorno mixto de ansiedad-depresión, severo* (Clark y Watson, 1991). A juicio de estos autores, este último diagnóstico podría reservarse para los/as pacientes que cumplieran los criterios tanto de un trastorno de ansiedad como de un trastorno depresivo.

La importancia de este modelo no se reduce a su capacidad para delimitar el síndrome mixto ansioso-depresivo. Además, permite explicar el solapamiento de síntomas entre ansiedad y depresión y refleja la importancia de distinguir entre los niveles de síntomas y el diagnóstico (Clark y Watson, 1991).

El modelo sobre el afecto postulado por estos autores explicaría que lo que caracteriza y diferencia a los/as pacientes depresivos de los/as pacientes con ansiedad sería precisamente el bajo afecto positivo (Clark y Watson, 1991; Tellegen, 1985).

El alto afecto negativo, aunque sabemos que es un elemento común en ansiedad y depresión, tiende a ser algo más característico de la ansiedad. La indefensión, aunque se trata también de un componente común, tiende a ser más propia de la depresión. El diagnóstico de un trastorno de ansiedad vendría caracterizado por una predominancia de factores de “hiperactivación fisiológica” e “incertidumbre”. El diagnóstico de un trastorno depresivo, en cambio, estaría dominado por factores de “bajo afecto positivo” y “desesperanza”.

En la *Figura 5*, observamos cómo se desarrollaría el modelo según los aspectos comunes y específicos de ambos tipos de síntomas. Si recordamos las características psicopatológicas en mujeres que han vivido situaciones de violencia de género, anteriormente expuestas, parecen existir elementos para aplicar el modelo, pues se dan situaciones de desesperanza en estas mujeres, desarrolladas a partir de sentimientos de tristeza, dificultad para disfrutar de las actividades (anhedonia), inhibición y sentimientos de inutilidad provocados por el mismo maltrato, esto es **bajo afecto positivo**, lo que parece corresponder como señala el modelo a la sintomatología depresiva.

Por otra parte, sabemos que las situaciones más extremas de violencia o bien la percepción de daño o vulnerabilidad pueden hacer que la víctima desarrolle síntomas de ansiedad aguda como: miedo, pánico, evitación, hipervigilancia y tensión muscular, creando una situación de incertidumbre prolongada en el tiempo que parece corresponder a una situación de **hiperactivación fisiológica**, propia de los estados más agudos de ansiedad como el trastorno por estrés postraumático.

Ahora bien, tanto la desesperanza, como la incertidumbre provocadas por ambos estados pueden dar lugar casi invariablemente a un estado de indefensión, algo realmente definitorio del síndrome depresivo. Sabemos que este elemento se encuentra presente en la práctica totalidad de situaciones de violencia de género como percepción de no control en la víctima, lo que la imposibilita para tomar decisiones y reduce su

capacidad para solucionar problemas. Así pues, dicha indefensión vendría definida por el **alto afecto negativo** y desarrollado con síntomas como irritabilidad, baja concentración, fatiga, culpa o baja autoestima, aspecto común de los dos tipos de sintomatología según el modelo planteado.

Así pues, se propone aplicar este modelo y el diagnóstico que de él se deriva a la problemática que plantean el grupo de mujeres que han padecido violencia de género. Se trata de una nueva hipótesis con la que elaborar una propuesta teórica donde explicar los mecanismos de disfuncionalidad psicológica en este grupo de mujeres siguiendo una aplicación de diátesis-estrés.

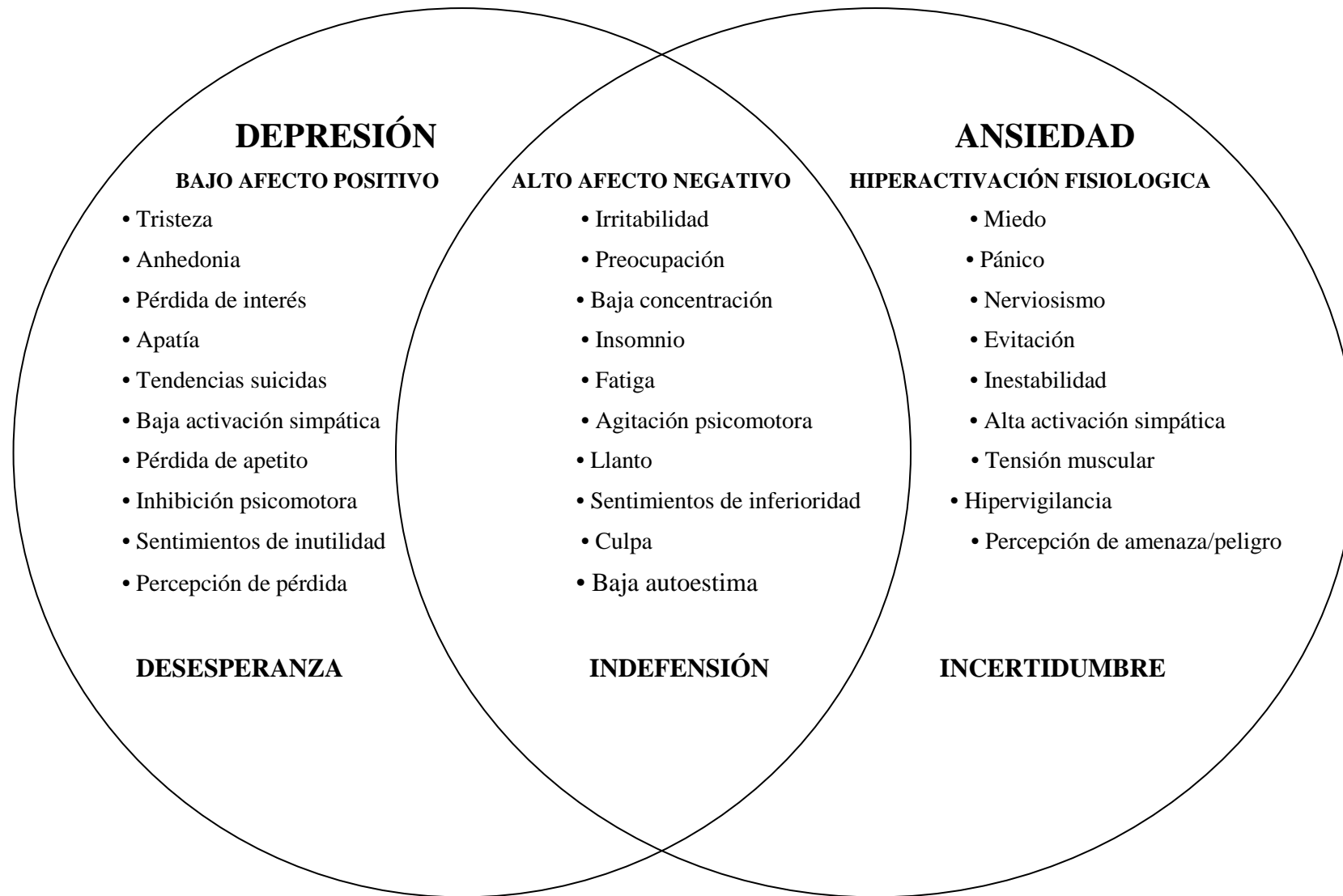


Figura 5. Aspectos comunes y específicos sobre la ansiedad y la depresión en el modelo de Clark y Watson (1991). Elaborado por Sandín y Chorot (1995).

## **Objetivos**

La violencia contra las mujeres en la pareja o violencia de género no es ya hoy en día un problema social en emergencia, puesto que se encuentra más que reconocido en la sociedad actual. Pero, sin embargo, sigue habiendo dificultades para su identificación y control.

En este contexto, han proliferado las investigaciones y los trabajos científicos realizados desde una perspectiva de género que tratan diversos aspectos de esta violencia, incluyendo, entre otros, el desarrollo de nuevos modelos explicativos en el ámbito de la violencia en la pareja, o el abordaje de sus consecuencias.

El objetivo general de esta tesis doctoral es conocer los fenómenos psicológicos que explican las causas y consecuencias de la psicopatología asociada que padecen las mujeres víctimas de la violencia de género. Al mismo tiempo, se pretende ampliar dicho conocimiento aplicando un nuevo modelo explicativo que se focalice en los elementos predisponentes y precipitantes de dicha psicopatología

La consecución de este objetivo se aborda en el contexto de la práctica profesional, llevada a cabo desde una doble vertiente: la de la psicología clínica y la de la psicología social comunitaria.

Este objetivo general se concreta en los siguientes objetivos específicos, cada uno de los cuáles ha sido trabajado y desarrollado en uno de los artículos que conforman este trabajo cuyo formato es el de tesis por compendio de publicaciones:

1.- Evaluar la eficacia (en relación a una estructura terapéutica con técnicas que ya han sido probadas empíricamente) de un programa de tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en mujeres que han padecido violencia de género, analizando, al mismo tiempo, si esa eficacia se halla relacionada con características demográficas de las mujeres que han padecido la violencia o con el tipo de maltrato recibido.

Este objetivo se aborda en el artículo titulado “Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno de estrés postraumático en víctimas de violencia de género”.

2.- Evaluar la efectividad (en relación a una condición de contexto clínico) de un programa de tratamiento grupal centrado en intervenir sobre la autoestima en mujeres que han padecido violencia de género, analizando, al mismo tiempo, si esa efectividad se halla relacionada con características sociodemográficas.

Este objetivo se aborda en el artículo titulado “Violencia de género y autoestima: efectividad de un tratamiento grupal”.

3.- Conocer el papel que la emotividad negativa (y, específicamente, la culpa y la ira) desempeñan en la respuesta (inadaptada) de las mujeres víctimas a la violencia de género que padecen.

Este objetivo se aborda en el artículo titulado “Análisis de la emotividad negativa en mujeres víctimas de violencia de género: la culpa y la ira.

4.- Estudiar desde un caso único la aplicación de la terapia individual y grupal definidas en el primer y segundo artículo, así como el abordaje del afecto negativo estudiado en el tercero.

Este objetivo se aborda en el artículo titulado “Duelo complicado por suicidio del maltratador”.

## **Metodología**

La descripción de la metodología específica empleada en cada uno de los cuatro trabajos que componen esta tesis se halla detalladamente descrita en cada uno de ellos.

Igualmente, como puntos en común cabe destacar:

- Todas las mujeres participantes en los artículos presentados y publicados habían vivido situaciones de violencia de género. No todas ellas habían efectuado denuncia, aunque sí refirieron malestar psicológico a uno de los/as técnicos/as que la atendieron por lo que fueron derivadas al servicio de asistencia psicológica del Institut Balear de la Dona.
- Los y las técnicos/as derivantes al servicio eran especialmente trabajadoras sociales y abogadas del Institut Balear de la Dona.
- Al mismo tiempo, desde el servicio de salud de la Conselleria del Govern Balear, por parte de facultativos y psicólogos/as eran remitidas para iniciar valoración, y en su caso, tratamiento psicológico.
- Aquellas mujeres que no mostraban los criterios de inclusión en el global de la investigación, no eran incluidas en el análisis de datos aunque sí continuaban con su tratamiento individual o grupal hasta su finalización.
- La evaluación y tratamiento psicológico siempre era iniciado en cada una de las participantes con una hoja de consentimiento informado y de protección de datos. Al mismo tiempo, se las informaba de la utilización anónima (esto es diferida) y estadística de los datos para encuestas poblacionales o bien estudios de divulgación científica.
- El servicio de asistencia psicológica donde fueron atendidas las participantes cuenta con un equipo de cuatro psicólogas, una educadora social y un psicólogo infantil. El circuito de tratamiento se basa en los tratamientos planteados y descritos en esta tesis doctoral: tratamiento individual y grupal para las mujeres y terapia individual para sus hijos e hijas. Actualmente el servicio está gestionado por la Fundación IReS en contratación con el Institut Balear de la Dona, perteneciente a la Conselleria de Salut i Consum.

## **Compendio de publicaciones**



## **Discusión y conclusiones**

Tal como se ha apuntado anteriormente, la comunidad autónoma de las Islas Baleares lideró el incremento en número de denuncias por violencia de género en el año 2012, siendo éste de hasta un 6,8% mayor respecto al año anterior. Con el conocimiento de dichos datos estadísticos y una masiva demanda de asistencia psicológica por parte de mujeres en los servicios de atención social de la administración pública en las Islas Baleares, el objetivo de la primera investigación realizada fue conocer la eficacia del tratamiento psicológico de tipo cognitivo conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) que se ofrecía a las mujeres que manifestaban dicha sintomatología.

Sabemos que no sólo el TEPT constituye el cuadro sintomático más frecuente en el grupo de mujeres que han padecido violencia de género, sino también que la depresión muestra un alto índice de prevalencia, siendo éstos del 63,8% y el 47,6% respectivamente (Golding, 1999). Por lo que respecta a nuestro estudio, hasta un 76% de mujeres manifestaron síntomas de estrés postraumático, mostrándose diferencias respecto al tipo de maltrato que se había padecido. Parece que haber recibido maltrato físico puede ser determinante para padecer con mayor probabilidad la sintomatología postraumática *per se*, siendo el maltrato psicológico sin daño físico, causante de otro tipo de psicopatología en las mujeres.

Con referencia a los resultados del tratamiento aplicado para las mujeres que padecían estrés postraumático, en un 85% de éstas habían remitido síntomas de manera parcial, es decir, a los tres meses de haber finalizado el tratamiento. Sabemos por la literatura científica consultada que los porcentajes de reducción de síntomas oscilan entre el 40%, los más modestos, y el 100% de la muestra (Labrador et al., 2004; Rauch y Cahill, 2003).

En cuanto a los síntomas depresivos, observamos que la prevalencia era más alta que en el TEPT, siendo de un 84% para el total de la muestra, con diferencias de nuevo marcadas para el grupo de mujeres que habían padecido violencia psicológica a manos de sus parejas. De las mujeres que recibieron tratamiento y mostraban síntomas depresivos, entre un 55 y 75% mostraron una reducción parcial de síntomas a los tres meses, siendo pues el tratamiento aplicado menos efectivo para este grupo de síntomas.

A este respecto, cabe considerar que la estructura de la terapia empleada contiene un mayor porcentaje de sesiones con técnicas indicadas para paliar la sintomatología postraumática. Se entiende pues, que este tratamiento conseguiría paliar los síntomas depresivos comórbidos y no tanto un trastorno depresivo como diagnóstico primario.

Siendo el nuestro un estudio sobre la eficacia del tratamiento nos interesamos por las tasas de abandono y si el tipo de maltrato padecido podría determinar no acabarlo. La tasa de abandono recogida en la muestra fue del 24% de la muestra total con diferencias para el grupo que había padecido maltrato psicológico, ya que todas ellas lo abandonaron. Sin embargo, cabe ser prudentes con la interpretación al respecto, puesto que se trataba de un número muy reducido de participantes ( $n= 4$ ), y podría tratarse de circunstancias azarosas.

La literatura sobre el tema indicaba que ambos grupos de síntomas (ansiosos y depresivos) aparecían asociados de manera habitual en estas mujeres (Breslau, Davis, Peterson, y Schultz, 2000). En nuestro estudio pudimos confirmar su presencia conjunta para todos los grupos de mujeres que padecieron daño físico, además de psicológico, así como para el conjunto total de la muestra. En nuestro análisis de variables hemos observado también que la psicopatología que muestran habitualmente las mujeres que han padecido violencia de género no tiene ninguna asociación con el nivel de ingresos

económicos o la formación de que dispongan, aunque sí parece estar relacionado con el estado civil.

Parece claro que los resultados obtenidos en este primer estudio señalaban la necesidad de ir más allá en el conocimiento de la psicopatología en aquellas mujeres que habían padecido exclusivamente maltrato psicológico. La manipulación, el engaño, la omisión de trato o el menosprecio son conductas sutiles de maltrato psicológico a las que pueden añadirse otras más evidentes como la prohibición o los celos.

Por este motivo, nos dispusimos a trabajar con una nueva muestra de mujeres que había padecido varios tipos de maltrato por parte de sus parejas y desarrollamos una intervención socioeducativa específica para la reconstrucción de la autoestima. Nuestro objetivo era el de evaluar la efectividad de un tratamiento socioeducativo desde una perspectiva socioestructural y de género. Las diez sesiones de tratamiento en formato grupal se basaban en una intervención esencialmente de tipo cognitivo.

Nuevamente, y al igual que en la primera investigación planteada, no pudimos relacionar las variables demográficas (ingresos económicos, formación o estado civil) con el tipo de maltrato que habían padecido las mujeres de nuestra muestra. Tampoco se relacionó con la historia previa de maltrato, que fue referida por casi la mitad de las mujeres (43%). Por tanto, observamos como es frecuente exponerse a situaciones de violencia si previamente ya las hemos vivido, aunque esto no parece estar relacionado con el tipo de violencia que se va a experimentar en la nueva relación.

Podemos constatar además, que no existen diferencias en autoestima según el tipo de maltrato padecido, como ya apuntan varios estudios anteriores (Campbell, Miller, Cardwell y Belkamp, 1994). Los niveles de autoestima de las mujeres con las que trabajamos también son similares a lo esperado según investigaciones previas (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2001; Ayats, Cirici, y Soldevilla, 2008; Labrador y Alonso, 2005; Rincón, Labrador, Arinero, Crespo, 2004).

Los resultados obtenidos en este segundo trabajo nos permiten afirmar que la intervención aplicada constituye un nuevo recurso terapéutico que es complementario a otros tratamientos específicos (individual o grupal) si se requiere según la gravedad clínica del cuadro, aunque exclusivamente centrado en la autoestima desde la perspectiva de género. Parece resultar efectivo para el grupo de mujeres con las que trabajamos, incrementándose en al menos tres puntos el nivel de autoestima en todos los grupos de estudio.

Tras observar cómo era habitual sobrediagnosticar a las mujeres que padecían violencia de género y cómo otro tipo de intervención más allá era posible, en términos de autoconcepto con perspectiva de género, nos planteamos el objetivo de la tercera investigación, que pretende conocer qué otro tipo de sintomatología deberían tratar los clínicos cuando no se encuentran con un cuadro psicopatológico habitual (estrés postraumático y depresión) en este conjunto de pacientes. A partir de ahí, se aborda el papel que juega la emotividad negativa (exacerbación de la respuesta de culpa, reacción de ira inhibida o vergüenza) como estrategia de afrontamiento desadaptada y la relación que pudiera tener con la depresión. En esta ocasión, comparamos dos grupos de mujeres: las que habían padecido violencia y otro grupo que refirió no haber padecido esta experiencia.

Tal y como preveíamos, depresión y culpa están relacionadas en el grupo de mujeres víctimas de violencia de género, así como también con la dimensión de afecto negativo. Por el contrario, existe una relación inversa con el afecto positivo. Este análisis de

resultados, nos permite asentar nuestra propuesta y trabajar desde el modelo Tripartito de afecto negativo y positivo de Clark y Watson (1991).

Encontramos que hasta un 86% de mujeres que informó haber padecido violencia de género mostraba síntomas depresivos, porcentaje muy similar a la primera investigación (85%) y que se confirma también en estudios anteriores (Infante, Francisco, Castaño y García, 2005; Patró, Corbalán y Limiñana, 2007).

Partiendo del Modelo Tripartito de afecto positivo y negativo cabe tener en cuenta que lo verdaderamente constitutivo de la presencia del trastorno depresivo es el “alto afecto negativo”, definido como un distress afectivo general presente en la ansiedad y la depresión (Clark y Watson, 1991).

En relación al sentimiento de culpa, los datos obtenidos muestran que un 62% de las mujeres que padecieron violencia manifestó sentir esta emoción. Hasta un 76% de ellas había experimentado violencia en relaciones más allá de los veinte años de duración, por lo que interpretamos que podría ser considerado un hábito asociado a la conducta violenta y no tanto al repertorio habitual de respuestas previo de la víctima. En cualquier caso, creemos que se trata de factores predisponentes que deben ser ampliamente analizados.

En referencia a otro elemento esencial dentro de la afectividad negativa, la ira, hemos encontrado que existen diferencias significativas entre los grupos en la ira como el rasgo de personalidad para las que han padecido maltrato físico. Un dato especialmente llamativo es cómo expresan la ira las mujeres que han padecido violencia, pues, hemos observado que la expresión interna, esto es, la supresión de este afecto es mayor en el grupo de mujeres que han padecido violencia física que en el resto de la muestra de estudio.

En este caso, entendemos que este resultado apunta que existe un hábito mantenido a partir del castigo positivo (maltrato) y que ciertamente pudiera modular el repertorio previo de las mujeres que son víctimas.

Finalmente, se analizó desde un caso único la aplicación de la terapia individual y grupal definidas en los dos primeros artículos. Concretamente, se estudió el caso de una mujer que padeció violencia de género durante treinta y cuatro años por parte de su pareja. Se observó sintomatología postraumática, depresiva y baja autoestima por lo que se inició una intervención individual basada en la estructura de tratamiento planteada en la primera investigación.

En la segunda sesión, se plantean nuevos objetivos de tratamiento tras la comunicación del suicidio consumado por parte del maltratador. Se observa una modificación en la psicopatología previa observada en la víctima: disminuyen ligeramente los síntomas depresivos y la baja autoestima (aunque siguen siendo graves y requieren intervención), y se reduce más notoriamente la sintomatología postraumática. Entendemos que la evaluación en fase post suicidio puede recoger todavía una percepción de incredulidad en la víctima respecto a la muerte del agresor. Sí resulta significativo el decremento en sintomatología postraumática, la cual consideramos que puede estar asociada a la reducción de la alerta puesto que, en términos conductuales, el estímulo aversivo ha desaparecido y ya no entraña ningún tipo de peligro. Planteamos realizar una primera intervención acerca del duelo, un proceso distintivo y peculiar por el tipo de relación vincular existente entre víctima y fallecido. Observamos que, se incrementa notoriamente el sentimiento de culpa tal y como sucede en supervivientes de personas que consuman actos suicidas (Worden, 2010) y se exacerbaban las distorsiones cognitivas previas respecto a la relación de violencia. Los resultados obtenidos tras una

intervención psicológica individual de doce sesiones muestran una remisión total de síntomas depresivos y postraumáticos. La autoestima se incrementa ligeramente tras la intervención, aunque el programa no sea específico para ello.

En resumen, y como principales conclusiones comunes del periodo de investigación con mujeres víctimas de violencia de género:

- El trastorno de estrés postraumático (TEPT) y el trastorno depresivo podrían estar sobrediagnosticados en el contexto clínico y de investigación. La variabilidad que existe en las cifras de prevalencia podrían demostrar que otro tipo de sintomatología subsindrómica debería ser tratada y por tanto, contar con tratamientos específicos que incluyan aspectos preventivos.
- Los tratamientos clínicos que incluyen las técnicas de exposición al evento traumático en caso de TEPT siguen demostrando su efectividad para la eliminación de la conducta problema y siguen recomendándose como técnicas de primera elección por las principales guías clínicas (APA y NICE).
- La sintomatología depresiva debe ser valorada como tal: bien como trastorno depresivo (presencia de alto afecto negativo según el Modelo Tripartito de afecto positivo y negativo, Clark y Watson (1991)), bien como sintomatología residual que acompaña a un trastorno primario, probablemente de tipo ansioso. De ello depende el diseño de los objetivos de tratamiento.
- El maltrato psicológico resulta complejo en su comprensión y estudio de consecuencias psicológicas. Si bien se observa una problemática común: indefensión, baja autoestima, tristeza generalizada, etc...resulta esencial conocer qué factores facilitan la aparición del miedo y la vigilancia propios del TEPT. Dichos factores predisponentes deben ser expuestos en un modelo explicativo donde las estrategias de afrontamiento de las mujeres víctimas expliquen su desadaptación *a posteriori*.
- La culpa, y por tanto, la *personalización*, es una de las distorsiones cognitivas más frecuentes a trabajar por parte del clínico/a en los casos de mujeres que han padecido violencia de género. La intervención cognitiva, su debate y discusión, así como el desmontaje de los mitos sobre la asunción de culpa ligados al modelo tradicional de feminidad, los cuáles resultan esenciales en el contexto terapéutico.
- La ira es regulada de manera adaptada en las mujeres víctimas de violencia, mejor en su control que en su expresión. En este último caso, optan mayoritariamente por su inhibición, eso es, la *supresión* del afecto. Nuevamente, debemos conocer qué mecanismos bloquean la respuesta de defensa o huida: la gravedad del maltrato (situación de castigo positivo), los aprendizajes durante el proceso de socialización o bien elementos relacionados con la personalidad de la víctima.
- La autoestima debe ser abordada desde una perspectiva de género. Se trata de un constructo amplio y global, un cajón *desastre* de los problemas de salud mental. Así pues, conocer el autoconcepto y trabajar la autoimagen desde una perspectiva socioestructural basada en el género resulta fundamental para su recuperación.

## **Propuestas de aplicación**

Durante la intervención terapéutica realizada con mujeres que han padecido violencia de género hemos observado que resulta fundamental trabajar la motivación al cambio por parte de su terapeuta. Consideramos un aspecto prioritario y fundamental: la *preparación para la acción* de la paciente con la que debemos trabajar, sabiendo que trabajar desde la *precontemplación* puede resultar muy complejo para ambos, tanto las mujeres como el/la terapeuta. Entendemos por *precontemplación*, según Prochaska y Diclemente en su Modelo Transteórico de los cambios de conducta (1984), como *el estado en el cuál la gente no tiene intención de cambiar. Pueden permanecer en este estado por estar desinformados sobre las consecuencias de su conducta o porque han intentado cambiarla varias veces y no han sido capaces.*

Así pues, resulta fundamental trabajar ese aspecto ofreciendo a las mujeres información y trabajando con ellas en su *empoderamiento*, reforzando las conductas más básicas para iniciar posteriormente los objetivos terapéuticos. La o el terapeuta no deberá trasladar su celeridad y necesidad de resolver el caso, sino respetar el proceso y hacer un adecuado acompañamiento. De lo contrario, precipitaríamos el abandono del tratamiento, por lo que entrar nuevamente en el circuito puede resultar difícil y complejo. La motivación al cambio y la relación terapeuta-paciente deben ser esenciales, prioritarias y comunes a todos los procesos terapéuticos con mujeres víctimas de violencia de género.

Queremos destacar la necesidad de focalizar el tratamiento, sea cual sea su formato, desde una *perspectiva de género*. Si la violencia contra las mujeres nace históricamente desde la expresión y dominio de los hombres sobre las mujeres, sólo haciendo conscientes estos hechos podemos deshilar el entramado de conductas automáticas que ponemos en marcha diariamente y que constituyen verdaderamente las raíces de la expresión final de la violencia.

La prevención secundaria desarrollada en los talleres socioeducativos o incluso en terapia individual resultan esenciales. Debe ser un objetivo prioritario la *visibilización de la violencia*. Según Romero (2010), un gran número de mujeres padecen violencia sin saberlo.

Resulta esencial, además, tener en cuenta si con las decisiones que se tomen al inicio de la terapia se han garantizado las medidas de seguridad o bien se ha incrementado el riesgo de nuevas conductas de violencia. Por ello, recomendamos postergar cualquier decisión que comprometa la seguridad de las mujeres que son víctimas o la de sus hijos e hijas.

Una vez incluidos estos aspectos, proponemos que el tratamiento psicológico individual estructurado en doce sesiones sea utilizado en aquellos casos donde predomine principalmente la sintomatología postraumática. Así pues, en aquellos casos que tengan un cuadro depresivo como diagnóstico primario serán utilizadas otras técnicas terapéuticas definidas en los manuales internacionales de evidencia empírica (APA y NICE).

Creemos fundamental trabajar en terapia desde el aspecto cognitivo. Inicialmente, la *discusión* y el *debate socrático*, junto con las *pruebas de realidad* pueden resultar técnicas eficaces para mitigar los principales pensamientos irracionales desde un punto de vista individual, tal y como hemos observado en el caso clínico presentado.

Conocedoras de que el tratamiento grupal es muy efectivo en los casos de mujeres que hayan padecido violencia de género (Matud, 2004), se propone optar por este formato siempre que las características psicológicas y de la paciente lo permitan.

En relación a ello, y más concretamente para abordar el problema de la baja autoestima hemos presentado un tratamiento grupal desde una *perspectiva de género* y la importancia que supone en su contenido abordar las diferencias de género que llevan a entender la fragilidad de la autoestima femenina *a priori*, que es presionada diariamente por convencionalismos y normas sociales claramente androcentristas. El objetivo prioritario a conseguir en el taller de autoestima debe ser mejorar el bienestar psicológico de las mujeres impulsando su *empoderamiento*. Deben tomar conciencia de lo que implica ser mujer a nivel histórico, social, familiar y profesional, y trabajar el autoconcepto femenino. El fin último es, entonces, tomar conciencia del potencial individual y recuperación de la dignidad tras una situación de maltrato.

Por supuesto, resultará complejo, confuso y muy contradictorio trabajar en una dirección si no existe un firme posicionamiento contra la violencia, al menos, de los máximos órganos responsables a través de distintas políticas de igualdad. Al mismo tiempo, y según Romero (2010), debe existir ese posicionamiento por parte del o la terapeuta. En sus palabras: “*hay que saber que hay quien ejerce violencia y quien la padece*”.



## **Limitaciones y perspectivas de futuro**

En cuanto a posibles limitaciones de este trabajo, al estudiar la efectividad de tratamiento para el Trastorno de Estrés Postraumático no hemos contado con un grupo control, en este caso, lista de espera o que no recibieran terapia psicológica para realizar una adecuada comparación entre grupos. Obviamente y por motivos éticos y profesionales no se pudo aplicar esta metodología.

Desearíamos haber contado con la variable “apoyo social percibido”, conocida por mediar en la toma de decisiones y éxito terapéutico en los casos de mujeres que han sido víctimas de violencia de género (Matud, Aguilera, Marrero, Moraza y Carballeira, 2003), si bien la medida no fue recogida en todas las participantes para poder ser incluida en el análisis de datos.

En términos generales, hemos contado con un amplio grupo de participantes. Sin embargo, trabajando con algunas submuestras, el tamaño de las mismas ha resultado insuficiente para poder realizar determinados análisis estadísticos. Ello nos ha llevado a ser prudentes en las conclusiones que se han obtenido posteriormente.

Por lo que se refiere a posibles líneas futuras de actuación, pretendemos que existan herramientas estandarizadas de tratamiento cada vez más aplicables a un amplio rango de mujeres víctimas de violencia de género, sin que variables como el estilo del terapeuta, las variables sociodemográficas o características de personalidad interfieran en su efectividad.

Sabemos que el estilo del/la terapeuta puede mediar en la efectividad del tratamiento, lo que podría precipitar elegir el tipo de terapia según la comodidad de quien realice la intervención. Sin embargo, se hace necesaria la utilización de terapias que hasta el momento se han mostrado más efectivas en la psicopatología victimaria de género según indican los organismos internacionales de salud (APA y NICE).

Un aspecto fundamental a incluir en cualquier tratamiento (tanto individual como grupal) con esta población es el abordaje de la prevención secundaria o educación en igualdad. Ello supone que las mujeres identifiquen y tomen conciencia de los vínculos inadecuados que desarrolla con sus parejas, que son hombres. Modificar en las mujeres esta conducta puede significar llegar a sus hijos e hijas, de cuya educación siguen siendo responsables, como modelo primario de conducta en igualdad.

En relación a la prevención primaria, insistimos en la urgente necesidad de incluir materias en igualdad en colegios o instituciones educativas que promuevan las bases de igualdad en oportunidades en mujeres y hombres, dejando de lado que dependa de que sea el niño, niña o su familia, quien decidan acercarse a dicha perspectiva.

En relación a ello y con el objetivo de prevenir la violencia desde el sistema educativo Núñez Cubero (2008) señala lo siguiente: resulta fundamental actuar sobre *factores culturales* para que el programa sea realmente efectivo. Por otro lado, destaca el *clima socioemocional* del centro, es decir, la relación existente entre profesorado y alumnos/as. Por último apunta los *recursos personales* de los alumnos. Esto es, potenciar estrategias de afrontamiento y estilos afectivos de tipo adaptativo.

La desigualdad de género supone la base de lo que tiempo después constituirá la violencia explícita contra las mujeres, sus hijos e hijas.

La línea de investigación futura a seguir propone trabajar desde un modelo integrador y holístico que defina y explique los factores precipitantes y predisponentes de la psicopatología en mujeres que han padecido violencia por parte de sus parejas.

## Referencias<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> En este apartado aparecen únicamente las citas bibliográficas correspondientes al cuerpo teórico y conclusiones de la tesis. No se han incluido las referencias empleadas exclusivamente en los artículos de investigación y que ya se hallan incluidas en los mismos para no redundar información.

- Aguirre, P., Cova, F., Domarchi, M. P., Garrido, C., Mundaca, I., Rincón, P., Troncoso P. y Vidal, P. (2010). Estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia de género. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 48(2), 114-122.
- Alonso, M.B., Manso, J.M.M y Sánchez, M.E.G.B. (2010). Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal. *Psicología y Salud*, 20, 1, 65-75.
- Aragónés, E, Piñol, J.L. y Labad, A. (2009). Comorbilidad de la depresión mayor con otros trastornos mentales comunes en pacientes de atención primaria. *Atención Primaria*, 41, 10, 545-551.
- Amenson, C.S. y Lewinsohn, P.M. (1981) An investigation into the observed sex difference in prevalence of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 1-13.
- Amor, P. (2000). Perfil psicopatológico de las mujeres maltratadas. Comunicación del seminario de la universidad internacional Menéndez Pelayo. *Violencia contra las mujeres: Psicopatología y Tratamiento*. Valencia, 5-9 de Junio.
- Amor P., Echeburúa E., Corral P., Sarasúa B. y Zubizarreta I., (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, págs. 227-246.
- Andreasen, N.C., Grove, W.M., Coryell, W.H., Endicott, J. y Clayton, P.J. (1988). Bipolar versus unipolar and primary versus secondary affective disorder: which diagnosis takes precedence? *Journal of Affective Disorders*. 15: 69-80.
- APA (American Psychiatric Association) (2002). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Ayats, M., Cirici, R. y Soldevilla, J.M. (2008). Grupos de terapia para mujeres víctimas de violencia de género. *Psiquiatría Biológica*. Vol.15, nº 2, pp.29-34.
- Barberá, E. y Cala, M.J. (2008). Perspectiva de género en la Psicología académica española. *Psicothema*, 20, 2,236-242.
- Barberá, E. y Cala, M.J. (2008). Desarrollo histórico en la investigación psicológica del enfoque de género. *Revista de historia de la psicología*, 29, 3-4, 25-33.
- Beteta, Y. (2013). La feminización de la crisis financiero global. La regresión del estado de bienestar en España y su impacto en las políticas de igualdad y erradicación de la violencia contra las mujeres. Nuevos retos. *Asparkía*, 24, 36-52.
- Blaauw, E., Kerkhof, J.F.M y Hayes, L.M. (2005). Demographic, Criminal and Psychiatric Factors related to Inmate Suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35, 1, 63-75.
- Bosch, E. y Ferrer, V. (2013). Nuevo modelo explicativo para la violencia contra las mujeres en la pareja: el modelo piramidal y el proceso de filtraje. *Asparkía*, 24, 54-67.
- Breslau, N., Davis, G. C., Peterson, E. L. y Schultz, L. R. (2000). A second look at comorbidity in victims of trauma. The posttraumatic stress disorder-major depression connection. *Biological Psychiatry*, 48, 902-909.
- Breslau, N. y Anthony, J.C. (2007). Gender differences in the sensitivity to posttraumatic stress disorder: An epidemiological study of urban young adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 116, 3, 607-611.
- Brewin, C., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory for posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 4, 670-686.
- Brody, L.R. y Hall, J.A. (2000). Gender, emotion and expression. En M. Lewis y J.M. Haviland-Jones (eds.): *Handbook of emotions* (pp. 338-349). New York: Guilford Press.

- Brown, G.W. (1989). "Life events and Measurement". En *Life Events and Illness* (pp 3-48), editado por G.W. Brown y T.O. Harris. New York and London: The Guildford Press.
- Buesa, S. y Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13, 1, 13-45.
- Campbell, J.C., Miller, P., Cardwell, M. y Belknap, R. (1994). Relationship status of battered women over time. *Journal of Family Violence*, 9, 99-111.
- Castillo, R.M. y Arankowsky, G. (2008). Violencia intrafamiliar como factor de riesgo para el trastorno depresivo mayor en mujeres: estudio de casos y controles. *Revista Biomédica*; 19: 128-136.
- Clark, L.A. y Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: Psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 316-336.
- Consejo de Europa (1997): *Informe del grupo de especialistas para combatir la violencia contra las mujeres*. Estrasburgo.
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healing the battered woman*. Nueva York: Springer.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa E. y Corral P. (dirs.) (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P.J. (2001). Estrategias de afrontamiento ante los sentimientos de culpa. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 116, 905-929.
- Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (2009). Evaluación de un programa de tratamiento en prisión de hombres condenados por violencia grave contra la pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 5-20.
- Echeburúa, E., Sarasua, B., Zubizarreta, I. y Corral, P. (2009). Evaluación de la eficacia de un tratamiento cognitivo-conductual para hombres violentos contra la pareja en un marco comunitario: una experiencia de 10 años (1997-2007). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 9, 199-217.
- Ehlers, A. y Clark, D. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behavior Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Fabes, R. y Martín, C. (1991). Gender and age stereotypes of emotionality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 17, 532-540.
- Fernández-Abascal, E.G., y Palmero, F. (1999). Ira y hostilidad: aspectos básicos y de intervención. En F. Palmero y E.G. Fernández-Abascal (Eds.), *Emociones y salud* (pp. 185-208). Barcelona: Ariel.
- Foa, E.B. y Meadows, E.A. (1997). Psychological treatments for posttraumatic stress disorder. A critical review. *Annual Review of Psychology*, 48, 449-480.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. y Cohen, J. A. (2009). *Effective treatments for posttraumatic stress disorder: practice guidelines from the international society for traumatic stress disorder* (2ª ed.). Nueva York: Guilford Publications.
- FRA (Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea) (2014). Violence against women: an EU-wide survey.
- Gabilondo, A. (2011). Epidemiología del episodio depresivo mayor en España. Estudio descriptivo y análisis de resultados en el contexto europeo. Proyecto Eseméd-España.

- García Moreno, C. (1999). Violence against women, gender and health equity. *Harvard Center for Population and Development Studies Working Paper series*, 99, 1-8.
- Goldberg, D.P. y Huxley, P.J. (1992). *Common Mental Disorders: A bio-social model*. London. Tavistock/Routledge.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Gracia, E., Lila, M. (2008). Los profesionales de la salud y la prevención de la violencia doméstica contra la mujer. *Revista Médica de Chile*, 136, 394-400.
- Hochschild, A.R. (1975). The Sociology of feeling and emotion: selected possibilities. En Millman, M. y Kantor, R.M. (eds.): *Another voice: feminist perspectives on social life and social science*. New York: Anchor Books.
- Infante, L.C., Francisco, M.C., Castaño, R.E. y García, Y.A. (2005). Depresión en mujeres víctimas de violencia de género: violencia doméstica en Santo Domingo. *Revista Médica Dominicana*, 66, 1, 22-28.
- Kahdra, C., Wehbe, N., Fiola, J.L., Skaff, W. y Nehmé, M. (2014). Symptoms of Post-Traumatic Stress Disorder among battered women in Lebanon. An exploratory study. *Journal of Interpersonal Violence*. DOI: 10.1177/0886260514534774.
- Kessler R. y Wang P. S. (2008). The descriptive epidemiology of commonly occurring mental disorders in the US. *Annual Review of Public Health*, 29, 115-129.
- Klerman, G.K. y Weissman, M.M. (1989). Increasing rates of depression. *Journal of the American Medical Association*, 261, 2229-2235.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy J. A., Zwi, A. B. y Lozano, R. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: Organización Mundial de la Salud.
- Labrador, F. J., Rincón, P. P., De Luis, P., y Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid. Pirámide.
- Labrador F.J. y Alonso E. (2005). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadernos de Medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*, nº 76/77 - págs. 47-65.
- Lemerise, E.A. y Dodge, K.A. (1993). The development of anger and hostile interactions. En M. Lewis y J.M. Haviland (Eds), *Handbook of emotions* (pp. 537-546). New York: Guilford Press.
- Lewis, M. y Haviland J.M. (Eds.) (1993). *Handbook of emotions*. New York: Guildford Press.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE 313.
- López, L.M. (2009). Guía metodológica para la asistencia a mujeres víctimas de violencia. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 7, 5, 62-83.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Marina, J.A. (2006). *Anatomía del miedo. Un tratado sobre la valentía*. Editorial Anagrama. Barcelona.
- Martínez, J.A. y Rey, C.A. (2014). Prevención de violencia en el noviazgo: una revisión de programas publicados entre 1990 y 2012. *Pensamiento psicológico*, 12, 1, 117-132.

- Matud, M.P., Aguilera, A., Marrero, R., Moraza, O. y Carballeira, M. (2003). El apoyo social a la mujer maltratada por su pareja. *Revista Internacional de Psicología Clínica y Salud*, 3, 3, 439-459.
- Matud, M.P., Ibáñez, I., Marrero, R., y Carballeira, M. (2003). Diferencias en autoestima en función del género. *Análisis y modificación de Conducta*, 29, 51-78.
- Matud, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.
- Megías, J. L., & Montañés, P. (2012). Perception of battered women on power asymmetry in their couples and its relation to violence: A preliminary study. *Anales de Psicología*, 28(2), 405-416.
- Miguel-Tobal, J.J., Casado, M.I., Cano-Vindel, A. y Spielberger, C.D. (2001). Manual de corrección e interpretación del Inventario de Manifestación de la Ira Rasgo-Estado versión española (State-Trait Anger Expression Inventory; STAXI-2).
- Secretaría de Estado de Presupuestos y Gastos. (2014). *Presupuestos Generales del Estado 2015*. (Recuperado el 8 de Octubre de 2014) Ministerio de Hacienda y administraciones públicas desde [www.minhap.gob.es](http://www.minhap.gob.es).
- McAllister, M. (2000). Domestic Violence: A lifespan approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice*, 4, 2, 174-189.
- Nolen-Hoeksema, S. (1987). Sex differences in unipolar depression: evidence and theory. *Psychological Bulletin*, 101, 2, 259-282.
- Norlander, B. y Eckhardt, C. (2005). Anger, hostility, and male perpetrators of intimate partner violence: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 2, 119-152.
- Núñez Cubero, L. (2008). "La educación emocional como modelo de intervención para prevenir la violencia de género". En Aznar Minguet, P., Cánovas Leonhardt, P.; eds. *Educación, Género y Políticas de Igualdad*. Universidad de Valencia. pp-174-179.
- Observatorio de Violencia. (2014). *Información estadística de violencia de género. Comunidades Autónomas*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Gobierno de España. (Recuperado el 17 de Septiembre de 2014, desde [www.msps.es](http://www.msps.es))
- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14, 1-21.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2013). Violence against Women: Global Picture Health Response.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2014). 67ª Asamblea Mundial de la Salud. Fortalecimiento de la función del sistema de salud en la lucha contra la violencia, (en particular) la ejercida contra las mujeres y las niñas.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (2013). 134ª reunión del Consejo Ejecutivo. Afrontar el problema mundial de la violencia, en particular contra las mujeres y las niñas.
- ONU (Organización de las Naciones Unidas ) (1994). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres. (Res. AG/48/104)*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Ortiz, M.D, Muñoz, F., Martín, M.L. y Río, J. (2004). Detección de violencia doméstica en atención primaria: ¿Qué sabemos de las víctimas?, *Medicina de Familia*, 5, 2, 70-77.
- Patrón, R. y Limiñana, R. (2005). Víctimas de violencia familiar: consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de Psicología*, 21, 1, 11-17.

- Patró, R., Corbalán, F.J. y Limiñana, R. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y de la situación de violencia. *Anales de psicología*, 23, 118-124.
- Paykel, E.S. (1985). The clinical interview for depression: Development reliability and validity. *Journal of Affective Disorders* 35, 57-62.
- Prochaska, J.O. y DiClemente, C.C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing the traditional boundaries of therapy*. Homewood. Illinois: Dorsey Press.
- Rauch, S. y Cahill, S. (2003). Treatment and prevention of posttraumatic stress disorder. *Primary Psychiatry*, 10, 60-65.
- Reidl Martínez, L.M. (2005). Celos y Envidia: Emociones humanas. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Resnick, H., Acierno, R., Holmes, M., Dammeyer, M. y Kilpatrick, D. (2000). Emergency evaluation and intervention with female victims of rape and other violence. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 10, 1317-1333.
- Riggs, D., Caulfield, M. y Street, A. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology*, 56, 1289-1316.
- Rincón, P. P., Labrador, F. J., Arinero, M. y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.
- Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Espasa-Calpe.
- Romero, I. (2010). Intervención en violencia de género. Consideraciones en torno al tratamiento. *Intervención Psicosocial*, 19, 2, 191-199.
- Roy, A. (1987). Five risk factors for depression. *British Journal of Psychiatry*, 150, 536-541.
- Rubin, B., Bloch, E. (1998). *Intervención en crisis y respuesta al trauma. Teoría y práctica*. Editorial Desclée De Brouwer.
- Ruíz, I., Blanco, P. y Vives, C. (2004). Violencia contra la mujer en la pareja: determinantes y respuestas sociosanitarias. *Gaceta Sanitaria*, 18, 2, 4-12.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1995). Concepto y categorización de los trastornos de ansiedad. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.). *Manual de psicopatología (vol.2)*. McGraw-Hill. pp 53-80.
- Sans, M. y Sellarés, J. (2010). Detección de la violencia de género en atención primaria. *Revista Española de Medicina Legal*, 36, 3, 104-109.
- Sarasúa, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E. y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19, 459-466.
- Schnurr, P., Friedman, M. y Bernardy, N. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology and assessment. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 877-889.
- Simon, R.W. y Nath, L.E. (2004). Gender and emotion in the United States: do men and women differ in self-reports of feelings and expressive behavior? *The American Journal of Sociology*, 109, 5, 1137, 1177.
- Smith, A.L. y Weissman, M.M. (1991). The epidemiology of depressive disorders: national and international perspectives. In: Feighner J.P, Boyer W.F., editors. *The diagnosis of depression*. Chichester: Wiley pp. 17-30.
- Tellegen, A. (1985). Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety, with an emphasis on self-report. En *Anxiety and the Anxiety Disorders* (Editado por Tuma A.H. y Mason J.), pp. 681-706. Erlbaum, Hillsdale, N.J.



- Tolin, F.D. y Foa, E.B. (2006). Sex differences in trauma and Posttraumatic Stress Disorder: A quantitative review of 25 years of research. *Psychological Bulletin*, 132, 6, 959-992.
- Vásquez, A. (2007). Relación entre violencia y depresión en mujeres. *Revista de Neuropsiquiatría*, 70, 1, 88-95.
- Vázquez, B. (1999). El perfil psicológico de la mujer maltratada. Ministerio de Justicia. Madrid.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1999). Fiabilidad y validez de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978 en pacientes con trastornos psicológicos. *Clínica y Salud*, 10, 1, 59-81.
- Vives, C., Álvarez, C., Gil, D., Torrubiano, J., Rohlf, I., Escibà, V. (2006). Perfil sociodemográfico de la mujer afectada por violencia del compañero íntimo en España. *Gaceta Sanitaria*, 23, 5, 410-414.
- Watson, D., Clark, L.A., y Tellegen, A. (1988a). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Wilson, J.P., Drozdek, B. y Turkovic, S. (2006). Posttraumatic shame and guilt. *Trauma violence abuse*, 7, 122-41.
- Worden, J.W. (2010). *El tratamiento del duelo. Asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós. 2ª ed. revisada.
- Zarragoitia, I. (2013). Las diferencias de sexo y género en la depresión: proclividad en la mujer. *Medwave*, 13, 3: e5651 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5651.

## **ANEXO**

## Abreviaturas y acrónimos

**AN** Afectividad negativa.

**ANOVA** Análisis de varianza (del inglés Analysis of variance).

**AP** Afectividad positiva.

**APA** American Psychiatric Association.

**BDI** Beck Depression Inventory.

**BOE** Boletín Oficial del Estado.

**CES-D** Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.

**CIE-10** Clasificación Internacional de Enfermedades (10ª Edición).

**DSM-IV-TR** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4ª edición. Texto revisado).

**FRA** Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea.

**NCS** National Comorbidity Survey.

**NICE** National Institute for Health and Care Excellence.

**OMS** Organización Mundial de la Salud.

**ONU** Organización de Naciones Unidas.

**PANAS** Positive and Negative Affect Schedule.

**RAI** Renta Activa de Inserción.

**SC-35** Escala de Culpabilidad.

**STAXI** State-Trait Anger Expression Inventory.

**TEPT** Trastorno de Estrés Postraumático.

# **Informe sobre el factor de impacto de las publicaciones que figuran en la tesis de la Doctoranda Marta Santandreu Oliver:**

Programa de doctorado:  
Psicología (RD 778/1998)  
Área de Ciencias Sociales y Jurídicas.

Normativa del Consell de Departament de Psicologia (de 7 de febrero de 2002) para la presentación de tesis por compendio de publicaciones: **el número mínimo de trabajos que configuran la tesis es de 4, de los cuáles deben haberse publicado un mínimo de 2**, mientras que los otros deben tener la conformidad para su publicación aunque estén pendientes.

En el momento en que se haga el depósito de la tesis, el/la directora/a ha de facilitar al Consell de Departament un informe sobre el Factor de Impacto de las publicaciones que configuran la tesis. En el caso de que las publicaciones se hayan hecho en revistas sin factor de impacto, se ha de justificar por escrito su relevancia en el ámbito científico (valoración del comité editorial, ejemplos de trabajos publicaciones, uso de revisores/as, etc.).

Normativa sobre la edición de la Tesis (monografía o por compendio de artículos). EDUIB, 5 de septiembre de 2014.

Número mínimo de artículos en el área de Ciencias Sociales y Jurídicas: 3 artículos publicados o aceptados para su publicación en revistas científicas del “grupo A” o “grupo de excelencia” según la clasificación del CIRC, o en revistas del JCR, SCOPUS, IN - RECS, ERIH o en el catálogo Latindex.

► Santandreu, Marta y Ferrer, Victoria A. (2014). Eficacia de un tratamiento cognitivo conductual para el trastorno por estrés postraumático en víctimas de violencia de género. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 22(2), 239-256.

### **Behavioral Psychology/Psicología Conductual**

<http://www.psicologiaconductual.com/>

ISSN 1132-9483

#### **Características de la revista:**

Revista editada por la Fundación VECA para el Avance de la Psicología Clínica Conductual

#### **Indicios de calidad:**

**Factor de impacto Social Sciences Citation Index (JCR, 2013): 0.829 (Q3)**

**Factor de impacto SCOPUS (2013): 0.42**

Clinical Psychology: Q2

Experimental and Cognitive Psychology: Q3

**Evaluación FECYT 2013:** Excelente

**Factor de Impacto 2011 (In-RECS): 0.589**

**Factor de impacto 2005-2009 (RESH): 0.59**

**Criterios de calidad cumplidos (según RESH):**

**CNEAI: 15**

**ANECA: 18**

**LATINDEX: 32**

Editor: Fundación VECA para el Avance de la Psicología Clínica Conductual

**Indexada en:** Social Sciences Citation Index, Current Contents - Social and Behavioral Sciences, PsycLIT, PsycINFO, Psychological Abstracts, SCOPUS, EMBASE/Excerpta Medica, PSICODOC, Anuario de Psicología Clínica en español, Índice Bibliográfico Español de Ciencias de la Salud (IBECS), PSEDISOC, Índice Español de Ciencias Sociales, Serie A: Psicología y CC. de la Educación, Publindex, Latindex.

**Clasificación Integrada de Revistas Científicas (CIRC) 2012: A**

► Santandreu, M., Torrents, L., Roquero, R. e Iborra, A. (2015). Violencia de género y autoestima: efectividad de una intervención grupal. *Apuntes de Psicología*, 32(1). Aceptado para su publicación.

### **Apuntes de Psicología**

<http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista>

ISSN 0213-3334

ISSN online 1989-6441

### **Características de la revista:**

Revista de psicología general cuatrimestral que publica trabajos teóricos y empíricos de todas las áreas de dicha ciencia, editada por el Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental.

### **Indicios de calidad:**

**Factor de Impacto 2011 (In-RECS): 0.077**

**Factor de impacto 2005-2009 (RESH): 1.69 (en 2009: 1.33).**

### **Criterios de calidad cumplidos (según RESH):**

**CNEAI: 12**

**ANECA: 15**

**LATINDEX: 32**

**Indexada en:** COMPLUDOC, CSIC (BDDOC, CINDOC, DICE, ISOC, RESH), DIALNET, IBECS, IN-RECS, LATINDEX, NLM CATALOG, PSICODOC, PSYCINFO, PSYCLINE y ULRICH'S INTERNATIONAL PERIODICALS DIRECTORY

**Clasificación Integrada de Revistas Científicas (CIRC) 2012: B**

► Santandreu, Marta y Ferrer, Victoria A. (2014). Análisis de la emotividad negativa en mujeres víctimas de violencia de pareja: la culpa y la ira. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 19(2), 129-140. DOI: <http://dx.doi.org/10.5944/rppc.vol.19.num.2.2014.13063>

**Revista de Psicopatología y Psicología Clínica**

<http://www.aeppc.net/rppc.php?id=63&lang=es>

ISSN 1136-5420/14

### **Características de la revista:**

Revista de investigación multidisciplinar. Publica artículos relacionados con el estudio científico de los diferentes fenómenos psicopatológicos en sus diversas facetas (biológica, emocional, cognitiva y comportamental), incluidas las manifestaciones y procesos psicósomáticos y, en general, los aspectos psicológicos relacionados con la salud.

Así mismo, incluye publicaciones en las que se abordan aspectos relevantes de la psicología clínica, tales como los relacionados con la evaluación, la terapia y la prevención, así como también los fenómenos vinculados a la promoción de la salud.

Mediante la incorporación de diferentes tipos de colaboraciones, como los artículos originales de investigación, las revisiones, las comunicaciones breves y los estudios de caso, la revista trata de reflejar los avances de la investigación teórica y aplicada, procedente tanto de los laboratorios y estudios de campo como de los contextos clínicos y normativos.

La revista es editada conjuntamente por la Asociación Española de Psicología Clínica y Psicopatología y por la Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED).

### **Indicios de calidad:**

**Factor de impacto SCOPUS (2013): 0.235**

Human Factors and Ergonomics: Q4

Psychiatry and mental health: Q3

**Factor de Impacto 2011 (In-RECS): 1.311**

**Factor de impacto 2005-2009 (RESH): 2.46**

**Mejor revista RESH en psicología 2009** (<http://epuc.cchs.csic.es/resh/indicadores>)

**Criterios de calidad cumplidos (según RESH):**

**CNEAI: 16**

**ANECA: 19**

**LATINDEX: 33**

**Indexada en:** SCOPUS, in-RECS, RESH, Academic Search Premier (EBSCO), Academic Search Complete (EBSCO), PsycINFO, PSICODOC, a360grados, ISOC

(CSIC), DICE, Dialnet, Latindex, e-Spacio, MIAR, FEAP, DULCINEA, Sumaris  
CBUC, Psyke, ULRICH'S, RCS, COPAC, ZDB, PubPsych

**Categoría ANEP: A+**

**Clasificación Integrada de Revistas Científicas (CIRC) 2012: B**



► Santandreu, Marta y Ferrer, Victoria A. (2013). Duelo complicado por suicidio del maltratador. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 2, 39-55.

### Revista de Casos Clínicos en Salud Mental

<http://www.casosclnicosensaludmental.es/>

ISSN 2255-5609.

#### Características de la revista:

Revista electrónica semestral editada por la Unidad de Gestión Clínica en Salud Mental del Campo de Gibraltar y en colaboración con el Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNED desde el año 2013.

Pretende llegar a todos los países de habla hispana, para conformar un espacio de comunicación e intercambio de conocimientos de profesionales en Salud Mental, orientado a recoger, difundir y compartir buenas prácticas profesionales que favorezcan la accesibilidad, mejora y el uso adecuado de los servicios de Salud Mental y de los programas o proyectos destinados a la promoción, prevención y protección de la salud.

#### Indicios de calidad:

Revisión de los artículos publicados:

#### NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista Casos Clínicos en Salud Mental, certifica los trabajos en ellas publicados, y concede validez para sus autores/as a los efectos profesionales que puedan serles oportunos (carrera profesional, acreditación de competencias profesionales, baremos de méritos, etc.).

Los/as autores que remitan trabajos para su publicación tendrán acuse de recibo del mismo, sin que esto suponga el compromiso de su publicación, **la cual quedará supeditado a la revisión de los Comités de Redacción y Científico.**

Consejo editorial de la revista:

#### Directores de la Revista

Dr. Miguel Ángel Díaz-Sibaja. FEA Psicología Clínica. Unidad de Salud Mental Comunitaria de Algeciras. España

Dra. María Isabel Comeche Moreno. Profesora titular del departamento de personalidad, evaluación y tratamientos psicológicos. Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). España

#### Comité Editorial

Miguel Costa Cabanillas. Ayto. Madrid. España

Miguel Ángel Vallejo Pareja. UNED. España

Marta Isabel Díaz García. UNED. España

Blanca Mas Hesse. UNED. España

Héctor González Ordi. Universidad Complutense de Madrid. España

Francisco J. Labrador Encinas. Universidad Complutense de Madrid. España

José Pedro Espada Sánchez. Universidad Miguel Hernández. España

José Olivares. Universidad Murcia. España

Inmaculada Moreno. Universidad Sevilla. España

Mateu Servera. Universitat de les Illes Balears. España

Arturo Bados López. Universidad de Barcelona. España

## Aceptación para publicación del artículo:

**Santandreu, Marta; Torrents, Laura; Roquero, Rosalía e Iborra, Aitana. (2015). Violencia de género y autoestima: efectividad de un tratamiento grupal. *Apuntes de Psicología*, 32(1). Aceptado para su publicación.**

*31 de Octubre de 2014*

*Srta. Marta Santandreu Oliver:*

*Hemos tomado una decisión sobre su presentación a APUNTES DE PSICOLOGÍA, "Violencia de género y autoestima: efectividad de una intervención grupal".*

*Nuestra decisión es: el artículo ha sido aceptado para su publicación y aparecerá en el próximo volumen 32 (1), que será publicado a finales de enero de 2015.*

*Alfonso LUQUE LOZANO  
Universidad de Sevilla  
aluque@us.es*

---

*Apuntes de Psicología  
<http://www.apuntesdepsicologia.es>*