Universidad de Deusto

. . . . . .

Impacto de la violencia en las relaciones de pareja en la salud mental de las mujeres víctimas: papel de elementos cognitivos y efecto amortiguador del apoyo social percibido

TESIS DOCTORAL

Programa de Doctorado de Salud y Familia

Sara Buesa Rodríguez

Bilbao, junio de 2009

UNIVERSIDAD DE DEUSTO

TERCER CICLO

PROGRAMA: SALUD Y FAMILIA

Impacto de la violencia en las relaciones de pareja en la salud mental de las mujeres víctimas: papel de elementos cognitivos y efecto amortiguador del apoyo social percibido

Tesis doctoral realizada por Dña. Sara Buesa Rodríguez

Dirigida por la Dra. Dña. Esther Calvete Zumalde

Bilbao, Junio de 2009

Quiero dar las gracias a mi directora de tesis, Esther Calvete, por su disponibilidad y cercanía, su gran ayuda y su valiosa orientación. Asimismo, agradezco la colaboración de las 157 mujeres que han participado en esta investigación, teniendo el coraje de compartir sus vivencias y sentimientos, y la han hecho posible. Mi agradecimiento también para todas las personas que me han ayudado en el camino, hasta llegar a culminar este proyecto, especialmente para Izaskun Orúe, Tamara Vinuesa y Estíbaliz Mateos. Mil gracias de todo corazón a mi familia, que siempre ha creído tanto en mí, por su confianza y apoyo incondicional. Por último, gracias a mi ángel de la guarda, que sigue todos mis pasos, arropándome, dándome fuerzas y animándome a cada instante.

ÍNDICE

	Pág.
PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN……....	1
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA	
CAPÍTULO 1: VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: CONCEPTO, ALCANCE Y ESENCIA……....	5
1.1.INTRODUCCIÓN……..	7
1.2. TERMINOLOGÍA Y DEFINICIÓN…….	8
1.3. PREVALENCIA……...	12
1.4. MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO..	20
1.4.1. Primeros antecedentes……	20
1.4.2. Modelos que analizan la etiología del maltrato……..	21
1.4.2.1. Teoría de la Transmisión Intergeneracional de la Violencia..….	21
1.4.2.2. Modelo Interactivo de la Violencia Doméstica…….	22
1.4.2.3. Modelo de los Mecanismos Psicológicos de la Violencia en el Hogar…….	23
1.4.3. Modelos acerca de los mecanismos psicológicos implicados en las relaciones de maltrato…….	23
1.4.3.1. Teoría del "ciclo de la violencia"……..	24
1.4.3.2. Teoría de la Indefensión Aprendida……..	26
1.4.3.3. Teoría de la Unión Traumática……..	27
1.4.3.4. Teoría de la trampa psicológica…….	28
1.4.4. Modelo explicativo del proceso del maltrato……	28
1.5. TIPOS DE MALTRATO……..	31
CAPÍTULO 2: EL MALTRATO PSICOLÓGICO……	33
2.1. IMPORTANCIA DEL MALTRATO PSICOLÓGICO……	35
2.2. DIFICULTADES EN EL ESTUDIO DEL MALTRATO PSICOLÓGICO…….	38
2.3. EVALUACIÓN DEL MALTRATO PSICOLÓGICO…….	40
2.3.1. Instrumentos pioneros: perspectiva del conflicto……...	41
2.3.2. Perspectiva de la dominancia-control…….	43
2.3.2.1. Estudio del abuso psicológico en términos de su relación con el abuso físico……..	43
2.3.2.2. Estudio del abuso psicológico de manera independiente de la violencia física…….	44
2.3.3. Nueva perspectiva……..	47
CAPÍTULO 3: SECUELAS DEL MALTRATO…….	59
3.1. INTRODUCCIÓN…….	61
3.2. SECUELAS FÍSICAS……...	62
3.3. SECUELAS PSICOLÓGICAS…….	63
3.3.1. Trastornos de Ansiedad……..	64

3.3.1.1. Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT)…….	64
3.3.1.1.1. Prevalencia……	64
3.3.1.1.2. Definición y características……...	66
3.3.1.1.3. Peculiaridades del TEPT en las víctimas de maltrato...	68
3.3.1.1.4. Comorbilidad…….	69
3.3.2. Depresión……	70
3.3.2.1. Prevalencia……...	70
3.3.2.2. Peculiaridades de la depresión en las víctimas de maltrato…….	71
3.3.2.3. Comorbilidad……...	73
3.3.3. Cambios cognitivos……	73
3.3.3.1. Cogniciones postraumáticas……	73
3.4. ABUSO O DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS…….	76
3.5. INADAPTACIÓN GENERAL…….	76
CAPÍTULO 4: PAPEL DE LAS VARIABLES COGNITIVAS……	77
4.1. PRINCIPIOS GENERALES DEL MODELO COGNITIVO……...	79
4.2. MODELOS TEÓRICOS ACERCA DE LOS ESTILOS COGNITIVOS Y EL ESTRÉS…….	82
4.2.1. Modelos explicativos de la depresión…….	85
4.2.2. Modelos explicativos de la ansiedad……..	88
4.3. ROL DE LAS VARIABLES COGNITIVAS EN EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD MENTAL: MEDIACIÓN VS. MODERACIÓN……	89
4.4. VARIABLES COGNITIVAS INFLUYENTES EN LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y PAPEL DE LAS MISMAS…….……	91
4.4.1. Atribuciones: locus de control y culpabilidad……	92
4.4.1.1. Definición……	92
4.4.1.2. Las atribuciones de las víctimas de maltrato y su relación con el estado psicológico y la conducta de las mismas……..	94
4.4.1.2.1. El locus de control en las víctimas de maltrato…….	94
4.4.1.2.2. La culpabilidad en las víctimas de maltrato……..	98
4.4.1.3. Papel de las atribuciones en las relaciones maltrato……	100
4.4.1.3.1. Apoyos a la hipótesis moderadora…….	100
4.4.1.3.2. Apoyos a la hipótesis mediadora……...…	102
4.4.2. Esquemas de imperfección y autosacrificio……...	107
4.4.2.1. Definición……	107
4.4.2.2. Los esquemas de las víctimas de maltrato y su relación con el estado psicológico y la conducta de las mismas……..	109
4.4.2.3. Papel de los esquemas en las relaciones maltrato……	110
4.4.2.3.1. Apoyos a la hipótesis moderadora…….	110
4.4.2.3.2. Apoyos a la hipótesis mediadora……...	110
4.4.3. Autoeficacia……	113
4.4.3.1. Definición……	113
4.4.3.2. La autoeficacia de las víctimas de maltrato y su relación con el estado psicológico y la conducta de las mismas……..	114
4.4.3.3. Papel de la autoeficacia en las relaciones maltrato……..	118
4.4.3.3.1. Apoyos a la hipótesis moderadora…….	118
4.4.3.3.2. Apoyos a la hipótesis mediadora……...…	119

4.4.4. Asertividad en las relaciones íntimas…….	121
4.4.4.1. Definición……...……..	121
4.4.4.2. La asertividad de las víctimas de maltrato y su relación con el estado psicológico y la conducta de las mismas……...	122
4.4.4.3. Papel de la asertividad en las relaciones maltrato…….....	124
4.4.4.3.1. Apoyos a la hipótesis moderadora…….	124
4.4.4.3.2. Apoyos a la hipótesis mediadora……...……	124
CAPÍTULO 5: EL PAPEL AMORTIGUADOR DEL APOYO SOCIAL……...	127
5.1. DEFINICIÓN Y COMPONENTES DEL APOYO SOCIAL……...	129
5.2. TIPOS DE APOYO SOCIAL Y SU IMPORTANCIA PARA LAS MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO……..	129
5.2.1. Apoyo instrumental y emocional…….….....	129
5.2.2. Apoyo formal e informal……	130
5.3. EL PROCESO DE BÚSQUEDA Y OBTENCIÓN DE UN APOYO EFECTIVO..	133
5.3.1. Estructura de la red de apoyo…….	133
5.3.2. Disponibilidad percibida de apoyo…….	134
5.3.3. Conducta de búsqueda de ayuda por parte de la mujer……..	135
5.3.4. Obtención de apoyo……	137
5.3.5. Calidad del apoyo recibido…….	138
5.4. FUNCIONES DEL APOYO SOCIAL……..	140
5.5. PAPEL DEL APOYO SOCIAL EN LAS RELACIONES DE MALTRATO…….	141
5.5.1. El apoyo social como factor amortiguador en el desarrollo de secuelas……...….	143
5.5.2. Papel del apoyo social de cara a favorecer la ruptura de la relación abusiva…….	145
5.5.3. El apoyo social como factor de prevención de futuras victimizaciones…..	147
5.6. CONCLUSIÓN…….	148

ESTUDIO EMPÍRICO	
PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO EMPÍRICO…….	149
CAPÍTULO 6: PRIMER ESTUDIO EMPÍRICO: ADAPTACIÓN Y PRUEBA PILOTO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ABUSO PSICOLÓGICO SUTIL Y ABIERTO A LAS MUJERES (SUBTLE AND OVERT PSYCHOLOGICAL ABUSE OF WOMEN SCALE – SOPAS)……	151
6.1. OBJETIVOS……..	153
6.2. MÉTODO……..	153
6.2.1. Participantes……	153
6.2.2. Medidas……...	154
6.2.2.1. Escala de Abuso Psicológico Sutil y Abierto a las Mujeres (Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale – SOPAS)..	154
6.2.2.2. Escalas de Tácticas de Resolución de Conflictos Revisadas	
(The Revised Conflict Tactics Scales - CTS2)…….……	155
6.2.2.3. Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de pareja (IAP)……...	156

6.2.2.4. Escala de Autoestima de Rosenberg…….	156
6.2.3. Procedimiento…….	157
6.2.4. Estrategia de análisis……...	157
6.3. RESULTADOS……..	158
6.3.1. Estructura factorial y fiabilidad……...	158
6.3.2. Validez……	159
6.4. CONCLUSIONES…….	160
CAPÍTULO 7: SEGUNDO ESTUDIO EMPÍRICO: IMPACTO DE LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES VÍCTIMAS: PAPEL DE ELEMENTOS COGNITIVOS Y EFECTO AMORTIGUADOR DEL APOYO SOCIAL PERCIBIDO……..	163
7.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN…….	165
7.1.1. Objetivos…….	165
7.1.2. Hipótesis……..	166
7.2. MÉTODO……..	168
7.2.1. Participantes……	168
7.2.2. Instrumentos de medida……..	170
7.2.2.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)……..	170
7.2.2.2. Escala de ansiedad del SCL-90-R……	170
7.2.2.3. Subescalas de Agresión Psicológica, Ataque Físico y Coerción Sexual de las Escalas Revisadas de Tácticas en Conflictos (CTS2)……...	171
7.2.2.4. Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja (IAP)……...	171
7.2.2.5. Escala de Abuso Psicológico Sutil y Abierto a las Mujeres (Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale – SOPAS)……..…...	172
7.2.2.6. Escala de culpabilidad……..	172
7.2.2.7. Subescala de Orientación Negativa a los Problemas del Inventario de Solución de Problemas Sociales, forma abreviada (Social Problem- Solving Inventory, SPSI-R Short Form)……....	173
7.2.2.8. Escalas de Autosacrificio e Imperfección del Cuestionario de Esquemas (Schema Questionnaire-Short Form, SQ-SF)……..	173
7.2.2.9. Subescalas de Control Interno de la Relación, Control Externo de la Relación y Asertividad en las Relaciones del Cuestionario Multidimensional de las Relaciones (MRQ)…….	174
7.2.2.10. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS).	175
7.2.2.11. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático……..	175
7.2.3. Procedimiento……..	176
7.3. RESULTADOS…….	178
7.3.1. Tasas de prevalencia encontradas……...	178
7.3.2. Relación entre los diversos tipos de maltrato sufridos y la sintomatología	181
7.3.3. Los estilos cognitivos como moderadores del impacto del maltrato en los síntomas psicológicos…….	184
7.3.3.1. Los estilos cognitivos como moderadores del impacto del maltrato en los síntomas de depresión……..	184

7.3.3.2. Los estilos cognitivos como moderadores del impacto del maltrato en los síntomas de ansiedad……	195
7.3.3.3. Los estilos cognitivos como moderadores del impacto del maltrato en los síntomas de estrés postraumático…….	206
7.3.4. Mediación cognitiva de los distintos tipos de maltrato en los síntomas psicológicos…….	214
7.3.4.1. Test de mediación cognitiva para los síntomas de depresión…...	215
7.3.4.2. Test de mediación cognitiva para los síntomas de ansiedad……	218
7.3.4.3. Test de mediación cognitiva para los síntomas de estrés postraumático……...	223
7.3.5. El apoyo social como moderador del impacto del maltrato en los síntomas psicológicos……..	229
7.3.5.1. El apoyo social como moderador del impacto del maltrato en los síntomas de depresión…….	230
7.3.5.1.1. El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad física en los síntomas de depresión……...	230
7.3.5.1.2. El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad psicológica en los síntomas de depresión….....	232
7.3.5.1.3. El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad sexual en los síntomas de depresión…….....	234
7.3.5.1.4. El apoyo social como moderador del impacto del abuso psicológico (IAP) en los síntomas depresión……...	235
7.3.5.1.5. El apoyo social como moderador del impacto del maltrato psicológico (SOPAS) en los síntomas de depresión……	237
7.3.5.2. El apoyo social como moderador del impacto del maltrato en los síntomas de ansiedad……...	238
7.3.5.2.1. El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad física en los síntomas de ansiedad…….....	239
7.3.5.2.2. El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad psicológica en los síntomas de ansiedad……...	240
7.3.5.2.3. El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad sexual en los síntomas de ansiedad……...	241
7.3.5.2.4. El apoyo social como moderador del impacto del abuso psicológico (IAP) en los síntomas de ansiedad……...	242
7.3.5.2.5. El apoyo social como moderador del impacto del maltrato psicológico (SOPAS) en los síntomas de ansiedad…….	243
7.3.5.3. El apoyo social como moderador del impacto del maltrato en los síntomas de estrés postraumático……	244
7.3.5.3.1. El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad física en los síntomas de estrés postraumático.	244
7.3.5.3.2. El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad psicológica en los síntomas de estrés postraumático……...	245
7.3.5.3.3. El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad sexual en los síntomas de estrés postraumático	247
7.3.5.3.4. El apoyo social como moderador del impacto del abuso psicológico (IAP) en los síntomas de estrés postraumático	248
7.3.5.3.5. El apoyo social como moderador del impacto del maltrato psicológico (SOPAS) en los síntomas de estrés postrauma	249

7.3.6. Relaciones entre el apoyo social percibido y la ruptura de la relación de maltrato……..	250
7.3.7. Relación entre los elementos cognitivos y la ruptura de la relación de maltrato……..	251
7.3.8. Fases del proceso de enganche y recuperación……..	251
7.3.8.1. Relación entre la sintomatología y las fases de la relación…….	252
7.3.8.2. Relación entre los elementos cognitivos y las fases de la relación……..	252
7.3.8.3. Relación entre la ubicación en una u otra fase y la ruptura de la relación……..……	253
7.3.9. Relación entre el abandono o no del tratamiento y la ruptura o no de la relación……	254
7.4. DISCUSIÓN……..	255
7.4.1. Tasas de prevalencia encontradas……..	255
7.4.2. Relación entre los distintos tipos de maltrato sufridos y la sintomatología	257
7.4.3. Asociación entre las variables cognitivas y la sintomatología……	257
7.4.3.1. Relación de la orientación negativa a los problemas con la sintomatología……..	257
7.4.3.2. Relación del esquema de imperfección con la sintomatología….	258
7.4.3.3. Relación de la culpabilidad con la sintomatología……..	259
7.4.3.4. Relación de la asertividad en las relaciones íntimas con la sintomatología……..	259
7.4.3.5. Relación del esquema de autosacrificio con la sintomatología…	259
7.4.3.6. Relación del locus de control con la sintomatología…….	260
7.4.4. Los estilos cognitivos como moderadores del impacto del maltrato en los síntomas psicológicos…….…….……..	260
7.4.4.1. Papel moderador de la orientación negativa a los problemas…...	261
7.4.4.2. Papel moderador de la culpabilidad…….	261
7.4.4.3. Papel moderador del esquema de autosacrificio……..	262
7.4.4.4. Papel moderador del locus de control……..	263
7.4.5. Los estilos cognitivos como mediadores del impacto del maltrato en los síntomas psicológicos……..	266
7.4.5.1. Incidencia del maltrato en las variables cognitivas……..	266
7.4.5.1.1. Incidencia del maltrato en la culpabilidad……	266
7.4.5.1.2. Incidencia del maltrato en el esquema de imperfección…...	269
7.4.5.1.3. Incidencia del maltrato en la asertividad……..	269
7.4.5.1.4. Incidencia del maltrato en los esquemas de autosacrificio...	270
7.4.5.1.5. Incidencia del maltrato en el locus de control……..	270
7.4.5.2. Papel mediador de las variables cognitivas……..	271
7.4.5.2.1. Papel mediador de la orientación negativa a los problemas.	272
7.4.5.2.2. Papel mediador de otras variables cognitivas……..	274
7.4.6. El apoyo social como moderador del impacto del maltrato en los síntomas psicológicos……..	274
7.4.6.1. Influencia del apoyo social en la sintomatología de las víctimas.	274
7.4.6.2. Papel amortiguador del apoyo social percibido……	275
7.4.6.2.1. Papel moderador de los diversos tipos de apoyo informal...	276
7.4.6.2.2. Papel moderador del apoyo formal……..	277
7.4.7. Relaciones entre el apoyo social percibido y la ruptura de la relación de maltrato……	278

7.4.8. Relación entre los elementos cognitivos y la ruptura de la relación de maltrato……	279
7.4.9. Fases del proceso de enganche y recuperación……	279
7.4.9.1. Relación entre la sintomatología y las fases de la relación……..	280
7.4.9.2. Relación entre los elementos cognitivos y las fases de la relación	280
7.4.9.3. Relación entre la ubicación en una u otra fase y la ruptura……	281
7.4.10. Relación entre el abandono o no del tratamiento y la ruptura…….	281
7.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO……	282
7.6. CONCLUSIONES…….	282
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS……..	289
ANEXOS……..	327
1. Batería de pruebas del primer estudio empírico……	329
2. Cuestionario del segundo estudio empírico……..	333

ÍNDICE DE TABLAS	
	Pág.
Capítulo 1: Violencia contra las mujeres: Concepto, alcance y esencia	
Tabla 1: Denuncias por malos tratos de maridos a sus esposas	18
Tabla 2: Denuncias de mujeres victimas de malos tratos a manos de su cónyuge o análogo (pareja de hecho)	18
Tabla 3: Denuncias por maltrato producido por pareja o expareja	19
Tabla 4: Mujeres muertas por violencia de género a manos de su pareja o expareja	20
Capítulo 2: El maltrato psicológico	
Tabla 5: Instrumentos dentro de la perspectiva del conflicto	51
Tabla 6: Instrumentos dentro de la perspectiva de la dominancia-control 1. Abuso psicológico ligado al abuso físico	52
Tabla 7: Instrumentos dentro de la perspectiva de la dominancia-control 1. Abuso psicológico ligado al abuso físico	53
Tabla 8: Instrumentos dentro de la perspectiva de la dominancia-control 2. Abuso psicológico independiente del abuso físico	54
Tabla 9: Instrumentos dentro de la perspectiva de la dominancia-control 2. Abuso psicológico independiente del abuso físico	55
Tabla 10: Instrumentos dentro de la perspectiva de la dominancia-control 2. Abuso psicológico independiente del abuso físico	56
Tabla 11: Instrumentos dentro de la nueva perspectiva	57
Capítulo 6: Adaptación y prueba piloto de validación del SOPAS	
Tabla 12. Estructura factorial del SOPAS. Peso de los ítems en el factor	158
Tabla 13. Correlaciones del SOPAS con los diversos instrumentos	159
Capítulo 7: Impacto de la violencia en las relaciones de pareja en la salud mental de las mujeres víctimas: Papel de elementos cognitivos y efecto amortiguador del apoyo social percibido	

Tabla 14. Tasas de prevalencia de las secuelas presentes en las mujeres del estudio	178
Tabla 15. Tasas de prevalencia del maltrato sufrido por las mujeres del estudio	180
Tabla 16. Tasas de prevalencia de la orientación negativa a los problemas, los esquemas de imperfección y autosacrificio y el apoyo social percibido	181
Tabla 17. Descriptivos de los diversos tipos de apoyo social percibido	181
Tabla 18. Correlaciones entre los tipos de maltrato sufrido y la sintomatología psicológica	183
Tabla 19. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad física (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores de la depresión	185
Tabla 20. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad psicológica (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores de la depresión	186
Tabla 21. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad sexual (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores de la depresión	187
Tabla 22. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el abuso psicológico (IAP) sufrido y los estilos cognitivos como predictores de la depresión	189
Tabla 23. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y estilos cognitivos como predictores de depresión	192
Tabla 24. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad física (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores de la ansiedad	195
Tabla 25. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad psicológica (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores de la ansiedad	197
Tabla 26. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad sexual (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores de la ansiedad	199
Tabla 27. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el abuso psicológico (IAP) sufrido y los estilos cognitivos como predictores de la ansiedad	202
Tabla 28. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y los estilos cognitivos como predictores de la ansiedad	205
Tabla 29. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad física (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores del estrés postraumático	206
Tabla 30. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad psicológica (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores del estrés postraumático	208
Tabla 31. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad sexual (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores del estrés postraumático	209
Tabla 32. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el abuso psicológico (IAP) sufrido y los estilos cognitivos como predictores del estrés postraumático	212
Tabla 33. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y los estilos cognitivos como predictores del estrés postraumático	213
Tabla 34. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad psicológica sufrida (CTS-2) y los síntomas de depresión	215
Tabla 35. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre el abuso psicológico sufrido (IAP) y los síntomas de depresión	217

Tabla 36. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre el maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y los síntomas de depresión	218
Tabla 37. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad física sufrida y los síntomas de ansiedad	219
Tabla 38. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad psicológica sufrida (CTS-2) y los síntomas de ansiedad	220
Tabla 39. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad sexual sufrida (CTS-2) y los síntomas de ansiedad	221
Tabla 40. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre el abuso psicológico sufrido (IAP) y los síntomas de ansiedad	222
Tabla 41. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre el maltrato psicológico sutil sufrido (SOPAS) y los síntomas de ansiedad	223
Tabla 42. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad física sufrida (CTS-2) y los síntomas de estrés postraumático	224
Tabla 43. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad psicológica sufrida (CTS-2) y los síntomas de estrés postraumático	225
Tabla 44. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad sexual sufrida (CTS-2) y los síntomas de estrés postraumático	226
Tabla 45. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre el abuso psicológico sufrido (IAP) y los síntomas de estrés postraumático	227
Tabla 46. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre el maltrato psicológico sutil sufrido (SOPAS) y los síntomas de estrés postraumático	229
Tabla 47. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad física sufrida (CTS-2) y el apoyo social como predictores de los síntomas de depresión	230
Tabla 48. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad psicológica (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores de los síntomas de depresión	233
Tabla 49. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad sexual (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores de los síntomas de depresión	234
Tabla 50. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el abuso psicológico (IAP) sufrido y el apoyo social como predictores de los síntomas de depresión	236
Tabla 51. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y el apoyo social como predictores de los síntomas de depresión	237
Tabla 52. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad física (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores de los síntomas de ansiedad	239
Tabla 53. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad psicológica (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores de los síntomas de ansiedad	240
Tabla 54. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad sexual (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores de los síntomas de ansiedad	241
Tabla 55. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el abuso psicológico (IAP) sufrido y el apoyo social como predictores de los síntomas de ansiedad	242

Tabla 56. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y el apoyo social como predictores de los síntomas de ansiedad	243
Tabla 57. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad física (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores del estrés postraumático	245
Tabla 58. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad psicológica (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores del estrés postraumático	246
Tabla 59. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad sexual (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores del estrés postraumático	247
Tabla 60. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el abuso psicológico (IAP) sufrido y el apoyo social como predictores del estrés postraumático	248
Tabla 61. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y el apoyo social como predictores del estrés postraumático	249
Tabla 62. Análisis de regresión logística para la ruptura utilizando como predictores los distintos tipos de apoyo social	250
Tabla 63. Análisis de regresión logística para la ruptura utilizando como predictores los distintos estilos cognitivos	251
Tabla 64. Diferencias en sintomatología en función de la fase de la relación	252
Tabla 65. Diferencias en estilos cognitivos en función de la fase de la relación	253
Tabla 66. Tabla de contingencia para la fase de la relación en la que se encuentran y la ruptura o permanencia en ella	253
Tabla 67. Tabla de contingencia para el abandono o alta del tratamiento y la permanencia o ruptura de la relación	254

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. La agresividad sexual sufrida y el locus de control interno como predictores de depresión	189
Figura 2. El abuso psicológico sufrido y la orientación negativa a los problemas como predictores de depresión.	191
Figura 3. El abuso psicológico sufrido y la culpabilidad como predictores de la depresión.	191
Figura 4. El abuso psicológico sufrido y el esquema de autosacrificio como predictores de la depresión.	192
Figura 5. Maltrato psicológico sutil y orientación negativa a los problemas como predictores de la depresión.	194
Figura 6. Maltrato psicológico sutil sufrido y el esquema de autosacrificio como predictores de la depresión	194
Figura 7. Agresividad psicológica y orientación negativa a los problemas como predictores de la ansiedad.	198
Figura 8. Agresividad psicológica y locus de control externo como predictores de la ansiedad.	199
Figura 9. Agresividad sexual sufrida y culpabilidad como predictores de la ansiedad	201
Figura 10. Agresividad sexual sufrida y locus de control externo como predictores de la ansiedad.	201

Figura 11. Abuso psicológico sufrido y orientación negativa a los problemas como predictores de ansiedad	203
Figura 12. Abuso psicológico sufrido y culpabilidad como predictores de ansiedad	204
Figura 13. Abuso psicológico sufrido y locus de control externo como predictores de ansiedad	204
Figura 14. La agresividad sexual y el locus de control interno como predictores de los síntomas de TEPT	211
Figura 15. La agresividad sexual y el locus de control externo como predictores de los síntomas de TEPT	211
Figura 16. Agresividad física sufrida y el apoyo de una persona especial como predictores de depresión	232
Figura 17. Agresividad física sufrida y apoyo de las relaciones sociales como predictores de depresión	232
Figura 18. Agresividad sexual sufrida y apoyo formal como predictores de depresión	235
Figura 19. Maltrato psicológico sutil y apoyo familiar como predictores de depresión	238

PRESENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La violencia contra las mujeres es un problema social grave y extenso, que afecta por igual a todas las edades, razas, religiones y niveles sociales, y cuyas consecuencias en la salud física y mental de las mujeres son profundas y de extrema gravedad (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi y Lozano; 2002). A pesar de tratarse de una problemática antigua, su estudio sistemático es relativamente reciente y ha sido en los últimos tiempos cuando se ha empezado a tomar conciencia de su enorme alcance y magnitud (Ingram, 2007). Especialmente en los últimos años, en los que estamos asistiendo a una alarmante escalada de muertes de mujeres víctimas, este tipo de violencia ha pasado a ser un asunto prioritario, de salud pública, en el que se está invirtiendo un gran esfuerzo.

Con este trabajo de investigación se pretende evaluar el impacto que produce el maltrato en la salud mental de las mujeres víctimas. En concreto, se analiza su influencia en el nivel de depresión y ansiedad de las mismas, así como en el desarrollo del trastorno de estrés postraumático. Aunque se tienen en cuenta los diversos tipos de maltrato, buena parte del énfasis del estudio recae especialmente en los efectos del maltrato psicológico, cuyo estudio ha sido abordado en general en menor medida que el de la violencia física. La propia naturaleza del maltrato psicológico ha conducido a minimizar su importancia y su potencial dañino, especialmente en comparación con el maltrato físico, cuyos efectos son más fácilmente observables (O´Leary, 1999). Sin embargo, las investigaciones existentes acerca del maltrato psicológico o emocional muestran que constituye un elemento muy importante en las relaciones de maltrato y que puede ser devastador para la salud mental y el bienestar de las mujeres (Follingstad, Rutledge, Berg, Hause y Polek, 1990; Marshall, 1996; O´Leary, 1999; Sackett y Saunders, 1999; Stets, 1990), asociándose al malestar psicológico y la baja autoestima de las víctimas (Aguilar y Nightingale, 1994; Burks, 2006; Lynch y Graham-Bermann, 2000), así como a trastornos de ansiedad, especialmente al Trastorno de Estrés Postraumático (Vitanza, Vogel y Marshall, 1995), y a una sintomatología depresiva y psicosomática severa (Hoffman, 1984; Marshall, 1994, 1996; Pico-Alfonso y cols., 2006; Tolman y Bhosley, 1991).

Además, en esta investigación se estudia la presencia o ausencia de ciertos elementos cognitivos en las mujeres que han sufrido maltrato, así como su influencia en relación a la severidad de los síntomas que presentan. En concreto, se analizan las expectativas de autoeficacia, los esquemas de autosacrificio e imperfección, pensamientos de autoculpabilización, el locus de control y la asertividad en las relaciones íntimas. Se estudia el

papel de dichos elementos cognitivos en un doble sentido. Por un lado, se analiza su posible influencia como elementos de resistencia o vulnerabilidad de las mujeres que pueden ser determinantes en la severidad de los síntomas que presentan como consecuencia del maltrato. Por otro lado, se estudia su posible deterioro como consecuencia de la vivencia traumática del maltrato y se evalúa en qué medida estos cambios cognitivos contribuyen a su vez al desarrollo de secuelas.

Asimismo, uno de los aspectos más característicos de las relaciones de maltrato es el progresivo aislamiento social al que el maltratador somete a la víctima, restringiendo y controlando el acceso a su red social de apoyo (Dobash y Dobash, 1998; Lynch y Graham-Bermann, 2000; Mitchell y Hodson, 1983). La literatura existente muestra de manera consistente que el aislamiento y la ausencia de una red social de apoyo se asocian con un mayor nivel de estrés emocional en la víctima, con una mayor severidad de las secuelas psicológicas derivadas de la situación de maltrato (Bender, Cook y Kaslow, 2003; Bradley, Schwartz y Kaslow, 2006; Suzuki, 2006) y con una peor recuperación de las mismas (Sepúlveda, Troncoso y Álvarez, 1998). Por ello, en esta investigación se analiza el efecto moderador que puede tener el apoyo social en los casos de malos tratos, de cara a amortiguar las consecuencias psicológicas que se derivan de padecer una relación abusiva. Se contempla tanto el apoyo a nivel familiar, como social e institucional.

Por otro lado, esta investigación parte de una concepción del maltrato como un fenómeno muy complejo, en el que las mujeres víctimas viven un proceso de enganche en la relación abusiva y de recuperación de la misma, pasando por distintas fases antes de poder llegar a romperla (Landenburger, 1989). Desde esta perspectiva, se considera que la situación de las víctimas, su estado psicológico y sus necesidades, varían en gran medida según la fase del proceso en la que se encuentran. Esto implica que tanto las intervenciones como los resultados de los estudios que se llevan a cabo en este ámbito han de valorarse e interpretarse de forma diferenciada en función de las fases en las que estén las mujeres. Por ello, en esta investigación se ha identificado en cuál de las cuatro fases del proceso de enganche y recuperación de una relación de maltrato se sitúan las mujeres víctimas de maltrato que componen la muestra (unión, permanencia, desvinculación o recuperación). Teniendo en cuenta esta diferenciación, se ha evaluado la asociación existente entre la ubicación en una u otra fase y la sintomatología y los elementos cognitivos que presentan las mujeres.

Finalmente, en este estudio se ha recogido información de seguimiento de la evolución de los casos. De este modo, se ha recogido si las mujeres retomaron o no la relación con sus parejas abusivas, estudiando la asociación existente entre diversos factores y dicho retorno a

la relación de maltrato. En concreto, los aspectos que se han contemplado en este análisis son la presencia de los elementos cognitivos estudiados, el apoyo social con el que contaban las mujeres, su ubicación en una u otra fase del proceso del maltrato y la continuidad del tratamiento psicológico hasta el final o el abandono del mismo.

CAPÍTULO 1:

VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: CONCEPTO, ALCANCE Y ESENCIA

1.1. INTRODUCCIÓN

La violencia contra las mujeres es un problema antiguo, que nace de un contexto cultural patriarcal, en el que una serie de normas socioculturales promovían las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres, legitimando el control y sometimiento de la mujer por parte del hombre, así como justificando y tolerando la utilización de la violencia como medio para mantener dicha dominación y control (Ararteko, 2003; Mehta y Gopalakrishnan, 2007). Se trata por lo tanto de una violencia estructural, que tradicionalmente ha sido ignorada por la comunidad, así como ocultada por las víctimas y negada por los agresores (Zubizarreta y cols., 1994). Esta falta de sensibilización que existía respecto a la violencia de género, queda patente, por ejemplo, al analizar el tratamiento judicial que se daba a los casos de maltrato. De esta forma, la ley manejaba el maltrato emocional y físico de un modo muy limitado, menospreciándolo como "asuntos privados" o "riñas familiares", y viéndolo incluso como expresiones naturales de la autoridad masculina cuando ocurrían en el contexto del matrimonio o de una relación íntima (Iovanni y Miller, 2001; Valente, Hart, Zeya y Malefyt 2001). Además, imperaba entonces la creencia extendida de que la familia es un lugar seguro y que cualquier tipo de actos de violencia contra las mujeres sucede a manos de extraños. Sin embargo, en los últimos 40 años, se ha comprobado que el hogar no es ese lugar seguro, sino que más bien puede ser un sitio peligroso para las mujeres. De hecho, está demostrado que las mujeres tienen más probabilidad de ser maltratadas, violadas y asesinadas por sus parejas que por extraños (Bachman y Saltzman, 1995; Finkelhor y Yllo, 1987; Mahoney, Williams y West, 2001; Renzetti, Edleson y Bergen, 2001; Russell, 1990; Tjaden y Thoennes, 1998).

A partir de los años 70, gracias al movimiento feminista, se empezó a dar a conocer el problema de la violencia contra las mujeres (Miller, 2001; Schneider, 2000), se dejó de trivializar (Iovanni y Miller, 2001) y se impulsó un movimiento internacional de denuncia de la misma (Ibáñez, 2003; Jasinski, 2001). Desde entonces, ha habido un interés creciente por esta problemática, pero sólo recientemente se ha empezado a llevar a cabo su estudio sistemático y ha pasado a convertirse en un problema de primer orden social (Ingram, 2007; Noon, 1996). Así, ha sido en los últimos tiempos cuando hemos empezado a tomar conciencia de la existencia y magnitud de este tipo de violencia, de que se trata de un problema social grave y extenso, que afecta por igual a todas las edades, razas, religiones y niveles sociales, y cuyas consecuencias en la salud física y mental de las mujeres son profundas y de extrema gravedad (Krug y cols., 2002). Especialmente en los últimos años, en los que estamos asistiendo a una alarmante escalada de muertes de mujeres víctimas, este tipo de violencia ha

pasado a ser un asunto prioritario en el que se están invirtiendo los mayores esfuerzos, de manera que hoy podemos decir, por fin, que ha dejado de considerarse una problemática propia del ámbito de lo familiar, de lo privado, para concebirse como un problema de salud pública (Burke, Denison, McDonnell y O´Campo, 2004; Ingram, 2007; Krug y cols., 2002; Oosthuizen y Wissing, 2005; Saltzman, Green, Marks y Thacker, 2000; Tjaden, 2005; Zust, 2006), que requiere una gran atención (Brandt, 2006). Más aún, cada vez más se concibe la violencia contra las mujeres, además de una problemática criminal y de salud pública, como un asunto que atañe a los derechos humanos fundamentales (Tjaden, 2005).

1.2. TERMINOLOGÍA Y DEFINICIÓN

Tradicionalmente, han existido dos grandes corrientes dentro del estudio de la violencia doméstica. Por una parte, la Perspectiva de la Violencia de Familia, que se centra en las distintas formas de violencia que pueden darse entre los miembros de una familia, y por otra, la Perspectiva Feminista, cuyo objeto de estudio es la violencia perpetrada contra la mujer por el hombre maltratador (Johnson, 1995). Estas dos perspectivas, ideológicamente muy diferentes (Baloian, 1997; Rioseco, 2003), han dado lugar al uso de terminología diferente y de definiciones muy distintas de este fenómeno (Rincón, 2003).

A nivel terminológico, existe desde hace años un debate acerca del término que se debe utilizar para referirse a este tipo de violencia. Dentro del movimiento feminista se rechaza el término "violencia doméstica" argumentando que este término lleva implícita la consideración del problema de la violencia contra las mujeres por parte de sus parejas como algo que ha de ser resuelto dentro de los hogares, en el ámbito de lo privado, en lugar de considerarlo como una conducta delictiva, que atañe al ámbito de lo social y de lo público (Ibáñez, 2003). Asimismo, para los grupos feministas la violencia en el hogar es una expresión del control que el hombre ejerce sobre la mujer, es decir, una manifestación más de la relación de poder que caracteriza a la sociedad sexista, en la que el hombre domina y la mujer ocupa un papel subordinado. Por eso se rechazan también términos como "violencia familiar" o "violencia conyugal", pues pueden encubrir el hecho de que es la mujer la víctima de tal violencia (Ibáñez, 2003). Por tanto, prefieren términos del tipo "violencia contra la mujer", "violencia de género" o "violencia sexista", basándose en el hecho de que el maltrato afecta a las mujeres por el hecho de serlo (Ararteko, 2003), y no por el papel que ocupan en el ámbito familiar. Así, el concepto de género se utiliza para identificar las diferencias psicológicas, sociales y culturales que existen entre hombres y mujeres fruto de la

construcción social y cultural de la masculinidad y la feminidad, diferenciándose del concepto de sexo, que hace referencia a las diferencias biológicas que existen entre hombres y mujeres (Alberdi y Matas, 2002).

Por otro lado, desde otras perspectivas, hay muchos otros autores que prefieren seguir utilizando el término "violencia doméstica", pues es una violencia que se da en el ámbito familiar y porque es el término más extendido y utilizado para referirse a la violencia que sufren las mujeres por parte de sus parejas, si bien la legislación más actual, como la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, adopta ya el término Violencia de Género. Además, se argumenta que el término "violencia de género" es un concepto mucho más amplio, que alude a cualquier trato desigual hacia las mujeres por el hecho de ser mujeres en cualquier ámbito social.

En esta tesis se emplearán indistintamente los términos "violencia doméstica", "violencia de género", "violencia conyugal", "violencia en las relaciones de pareja" y "violencia contra las mujeres" para hacer referencia, en todos los casos, a la violencia que sufren las mujeres a manos de sus parejas o ex-parejas.

En cuanto a la definición de lo que se considera violencia contra las mujeres, resulta difícil también encontrar un consenso. Por un lado, dentro de la perspectiva de la violencia familiar, se tiende a describir "familias violentas" o "familias en las que ocurre la violencia", entendiendo la violencia contra las mujeres como parte de la violencia familiar o intrafamiliar. Encontramos en esta línea definiciones de la violencia intrafamiliar o doméstica entendida como un conjunto de actitudes o comportamientos abusivos que tienen lugar dentro del ámbito familiar por parte de un miembro de la familia, que pueden comprometer la supervivencia, la seguridad o el bienestar de otro miembro, cuyo objetivo es controlar al otro, de manera que éste actúe de acuerdo con sus deseos y que constituyen un abuso de poder y confianza (Vara, 2006). También en este sentido, otros autores definen la violencia intrafamiliar o doméstica como los actos cometidos dentro de la familia por uno de sus miembros que perjudican gravemente la vida, el cuerpo, la integridad psicológica y/o la libertad de otro de los miembros de la familia (Anthony y Miller, 1986). Para algunos autores estas caracterizaciones oscurecen la naturaleza de género de la violencia conyugal y eximen a los agresores de la responsabilidad de sus actos violentos.

Por otro lado, desde el movimiento feminista se considera que el maltrato a las mujeres es cualitativamente diferente a otras formas de abuso o agresiones. La clave está en las tácticas que se despliegan para oprimir a las mujeres en su vida personal. Se trata de un terrorismo "patriarcal" y "doméstico", donde la violencia se entiende en el contexto general

de mantener el poder y control (Okun, 1986; Stark, 2006). Así, las definiciones dadas desde este enfoque para caracterizar la violencia de género enfatizan su origen en la distinta posición histórica de hombres y mujeres y las distintas posibilidades que de ello se derivan (Ministerio de Justicia y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999), así como en la ideología patriarcal de la masculinidad como ejercicio ilegítimo de poder que está asociada a una concepción que infravalora a las mujeres, ideas o creencias erróneas sobre las mujeres y una socialización sexista (Barragán, 2001).

Un ejemplo de este tipo de definiciones es la dada por la OMS, que define la Violencia de Género como la violencia específica contra las mujeres, utilizada como instrumento para mantener la discriminación, la desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Esta violencia comprende la violencia física, sexual y psicológica, incluidas las amenazas, la coacción o la privación arbitraria de libertad, que ocurre en la vida pública o privada, y cuyo principal factor de riesgo lo constituye el hecho de ser mujer (Krug y cols., 2002). También constituye un ejemplo de estas definiciones la propuesta por la Asamblea General de las Naciones Unidas, en su Declaración de 1993 sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Según este organismo, la violencia contra las mujeres puede definirse como "todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para las mujeres, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada (pp. 3)".

La Violencia de Genero así concebida es un concepto muy amplio, que abarca cualquier trato desigual o acción violenta hacia las mujeres por el hecho de ser mujeres, en cualquier ámbito, tanto a nivel de pareja, como social o institucional (Tjaden, 2005). Sin embargo, la inmensa mayoría de las investigaciones ha centrado su campo de estudio en la parcela del maltrato que se da en el contexto de las relaciones de pareja, tendiendo a referirse a la Violencia de Género solamente como algo que es perpetrado por parte de parejas íntimas (Tjaden, 2005).

Aún así, incluso centrando el ámbito de estudio en la violencia contra las mujeres en las relaciones íntimas, definirlo no es tarea sencilla (Mahoney y cols., 2001). De hecho, hay diversas áreas en las que pueden darse diferencias significativas en la conceptualización y operacionalización de la violencia contra las mujeres por parte de sus parejas (Walby, 2005).

Así, por ejemplo, las definiciones pueden variar según dónde se sitúa el foco de atención, si en los actos de violencia en si mismos, en la intención del agresor, en la experiencia de la víctima o en las lesiones resultantes (Mahoney y cols., 2001).

Una cuestión fundamental es la amplitud del rango de tipos de violencia que se incluyen (Mahoney y cols., 2001; Walby, 2005). Esto es, las definiciones pueden variar según si consideran sólo la violencia física o si incluyen también la violencia sexual, psicológica o emocional (DeKeseredy y Schwartz, 2001). Tradicionalmente, los investigadores se han centrado más en el abuso físico o en el sexual, tendiendo a definir el problema según el sistema penal, como una serie de comportamientos específicos o episodios discretos de uso de la fuerza que se cometen contra la mujer dirigidos a herirle o dañarle (DeKeseredy y Schwartz, 2001; Mahoney y cols., 2001; Stark, 2006). Sin embargo, cada vez son más los que abogan por una definición amplia del maltrato, que incluya el abuso psicológico, argumentando que la violencia contra las mujeres es de naturaleza multidimensional, y que la vida de las mujeres maltratadas descansa en un "continuo de inseguridad" (Stanko, 1990) o un "continuo de acciones violentas", en el que con frecuencia se experimentan diversos tipos de maltrato (DeKeseredy y Schwartz, 2001; Tjaden, 2005). Esto es corroborado por los relatos que las mujeres maltratadas hacen de su experiencia (Lischick, 1999; Smith, Earp y DeVellis, 1995; Smith, Tessaro y Earp, 1995; Stark, 2006). Además, las definiciones pueden diferir en si incluyen sólo los hechos violentos que han ocurrido o si también se contemplan las amenazas de violencia (DeKeseredy y Schwartz, 2001). La tendencia actual es a recoger también las amenazas.

Por otro lado, está también el rango de perpetradores que se contemplan (Walby, 2005). Esto es, si se especifica el requisito del tipo de relación que tiene que haber entre víctima y agresor para considerarse violencia doméstica (DeKeseredy y Schwartz, 2001). En este sentido, un estudio dirigido a uniformizar definiciones estableció que se consideran violencia de género los comportamientos abusivos que suceden en las relaciones de pareja o expareja de cualquier tipo, haya convivencia o sean relaciones de noviazgo, heterosexuales u homosexuales (Saltzman, Fanslow, McMahon y Shelley, 1999).

Un ejemplo de definición que refleja estas cuestiones es la recogida en la Ley de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, aprobada en nuestro país en el año 2004: "la violencia que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. Violencia que comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad".

Para tener una visión de relativo consenso, podemos acudir a las definiciones propuestas por organismos internacionales (Rincón, 2003). La Unión Europea, en el "Estudio sobre las Medidas Adoptadas por los Estados Miembros de la Unión Europea para la Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres", llevado a cabo en 2002 durante la presidencia española, presenta una definición de violencia doméstica que pretende aglutinar un gran número de definiciones en el área. De este modo, recoge que "se entiende como violencia doméstica aquel tipo de violencia, ya sea física, sexual y/o psicológica, ejercida sobre la/el cónyuge o la persona que está o haya estado ligada al agresor por una relación de afectividad, o sobre aquellos miembros de la familia que forman parte del mismo núcleo de convivencia. En muchos casos, sobre todo en el de violencia doméstica ejercida sobre las mujeres, ésta tiene lugar porque el agresor está en una posición de dominio permanente sobre la mujer" (Díaz-Aguado, Martínez Arias e Instituto de la Mujer, 2002a, p.12).

En este mismo estudio, se señala que los elementos mínimos que debe reunir una conducta para ser caracterizada como violencia doméstica son: 1) Ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica; 2) Perpetrada por la/el cónyuge o ex-cónyuge, pareja de hecho, ex-pareja, novio o ex-novio, o por cualquier otro miembro de la unidad familiar; 3) El agresor está en una situación de dominio permanente, en los casos en que la víctima es la mujer; 4) En el caso de la violencia psicológica se requiere que ésta se presente de forma reiterada o habitual.

Por su parte, el grupo de trabajo en Violencia y Familia de la Asociación Americana de Psicología, recoge la definición de Walker (Walker, 1999a, p. 23), definiendo el maltrato como el "patrón de abuso físico, sexual o psicológico que se da en las relaciones íntimas" y la violencia doméstica como "un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico, sexual y/o psicológico y que es ejercido por una persona en contra de otra, en el contexto de una relación íntima, con el objeto de ganar o mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre ella" (American Psychological Association, 2002, p. 2).

1.3. PREVALENCIA

La carencia de consenso en torno a las diversas formas de abordar el fenómeno de la violencia doméstica, las diversas definiciones de la misma, y la variedad de términos utilizados para referirse a ella han ocasionado falta de precisión y dificultades para realizar estudios en el área (American Psychological Association, 2002; Rincón, 2003; Walker, 1999a).

Resulta especialmente difícil llevar a cabo estadísticas fiables con las que estimar la incidencia de la violencia contra las mujeres, en primer lugar, debido a la dificultad que indicábamos anteriormente para identificar y definir qué debería entenderse por violencia doméstica. Es necesaria una definición operativa, consistente en el tiempo y consensuada para poder tener información exacta y datos fiables de la prevalencia y naturaleza de la violencia contra las mujeres (Gordon, 2000; Krug y cols., 2002; Tjaden, 2005; Walby, 2005), así como para comparar de forma fiable los resultados obtenidos en los diversos estudios y países (DeKeseredy, 2000; DeKeseredy y Schwartz, 2001; Johnson, 2000; Kilpatrick, 2004; Tjaden, 2005; Walby, 2005; Walby y Myhill, 2001). En segundo lugar, la realización de estadísticas fiables se ve obstaculizada por la fuerte tendencia a mantener este tipo de problemáticas dentro del ámbito de lo estrictamente familiar o privado (Rincón, 2003).

En 1995, la IV Conferencia Mundial de Naciones Unidas sobre la Mujer, celebrada en Beijing, pedía a todos los países miembros que informaran acerca de la incidencia y prevalencia de la violencia doméstica. Los resultados de las encuestas realizadas tenían grandes variaciones de unos países a otros, e incluso dentro de un mismo país (Walker, 1999a). Dichas variaciones parecían tener que ver, más que con diferencias importantes en las tasas de prevalencia del problema, con razones de tipo metodológico, principalmente con los sesgos de las muestras utilizadas (Rincón, 2003).

En concreto, los estudios de prevalencia llevados a cabo tanto en EEUU como en otros países varían mucho en cuanto a la muestra de población a la que se aplican, la frecuencia de la recogida de datos, el contexto de los estudios, el tipo de preguntas empleadas para evaluar la violencia y las posibles lesiones y el tipo de datos que se recogen. Además, muchas veces las medidas empleadas son inadecuadas (Tjaden, 2005). Todo esto hace que resulte difícil comparar los resultados de diversos estudios o extraer conclusiones del grado y el tipo de violencia perpetrada contra las mujeres (Tjaden, 2005).

La mayoría de los datos en esta área se obtienen a través de dos tipos de fuentes: encuestas nacionales y registros oficiales (Johnson, 1995).

En cuanto a las encuestas nacionales, hay diversos tipos (Walby y Myhill, 2001). Algunas son encuestas genéricas acerca de acciones criminales en la que se han insertado algunas preguntas o módulos sobre violencia conyugal (Kishor y Kiersten, 2004; Walby y Allen, 2004), mientras que otras están específicamente dedicadas a la violencia contra las mujeres, tales como las llevadas a cabo en 1975 y 1985 en EEUU (Straus y Gelles, 1990) y las de la OMS (Garcia-Moreno, Watts, Jansen, Ellsberg y Heise 2003), entre otros estudios (Beerton y Martin, 1999; Gislason, 1997; Heiskanen y Piispa, 1998; Johnson, 1996; Tjaden y

Thoennes, 2000). Dentro de estas modalidades de encuestas nacionales, existen varios dilemas y retos metodológicos, como la cuestión de si son mejor contexto los estudios genéricos o los específicos, el logro de un marco muestral representativo, el mejor método para distribuir los cuestionarios, y aspectos relativos a la confidencialidad y a la confianza con el entrevistador de cara a facilitar que se revelen acontecimientos delicados (Walby, 2005). En general, estas encuestas tienen la ventaja de que producen datos que son representativos a nivel nacional (Walby, 2005). Sin embargo, se considera que los datos que reflejan están infraestimados (American Psychological Association, 1999, 2002; Walker, 1999a), ya que sólo se basan en muestras aleatorias de personas que se encuentran en sus hogares cuando se realiza la encuesta y que están dispuestas a hablar con los entrevistadores y a informar, aunque sea de manera anónima, acerca de aspectos personales como actos de violencia vividos o perpetrados en sus relaciones de pareja (Browne, 1993; Rincón, 2003). Es muy probable que las mujeres tiendan a minimizar el maltrato que sufren y a no revelarlo en toda su dimensión (Jewkes y Abrahams, 2002; Jewkes, Penn-Kekana, Levin, Ratsaka y Schrieber, 2001; Watts y Zimmerman, 2002), bien por vergüenza, porque no desean hablar mal de sus parejas, o a veces porque ven sus experiencias como normales (Oosthuizen y Wissing, 2005). Se calcula, por tanto, que la violencia contra las mujeres tiene una incidencia en la población mucho mayor de lo que reflejan estas encuestas. Algunos autores argumentan que este tipo de estudios detectan la violencia común en las relaciones de pareja, pero que fracasan en la detección del "terrorismo patriarcal" (Jasinski, 2001; Johnson, 1995).

Un segundo tipo de fuente son los registros oficiales de servicios públicos, tales como refugios de emergencia. Estos registros, por lo general, tienden a mostrar de forma consistente mayores niveles de frecuencia del maltrato que las muestras de los estudios nacionales (Clements, Sabourin y Spiby 2004; Dobash y Dobash 1980; Herman, 1986; Jacobson y Richardson, 1987; Okun, 1986; Straus y Gelles, 1990; Walby, 2005). Con todo, hay que tener en cuenta que sólo recogen datos de las personas que piden ayuda y rompen la relación de maltrato (Riggs, Caufield y Street 2000), de manera que queda fuera de estos registros un gran porcentaje de personas que pueden estar sufriendo violencia (Rincón, 2003). Hay muchas mujeres que nunca manifiestan la situación que sufren a los organismos oficiales (Walby, 2005). De hecho, se calcula que sólo se denuncian alrededor del 10-30% de los casos y que la mayoría de las víctimas no acuden a centros médicos ni psicológicos (Straus y Gelles, 1986).

Diversos organismos, como la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su "Informe Mundial sobre Violencia y Salud" (2002) y la Unión Europea en su "Guía de Buenas Prácticas para Paliar los Efectos de la Violencia Contra las Mujeres y Conseguir su

Erradicación", elaborada también en el año 2002, también se han hecho eco de estas dificultades (Díaz-Aguado, Martínez Arias e Instituto de la Mujer, 2002b; Krug y cols., 2002; Rincón, 2003).

A la luz de estas dificultades, es evidente que las cifras que se manejan acerca de la violencia doméstica no son precisas y que resulta difícil acercarnos a una estimación exacta del problema. No obstante, a pesar de las limitaciones reseñadas, parece conveniente considerar los principales datos que hasta la fecha se tienen al respecto (Rincón, 2003).

A nivel mundial, se calcula que las mujeres tienen 8 veces más probabilidad que los hombres de ser agredidas por una pareja íntima (Greenfield y cols., 1998; Koss, 2000). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia contra las mujeres es uno de los principales factores que contribuyen a una elevada mortalidad entre las mujeres, explicando alrededor del 7% de las muertes de mujeres de entre 15 y 44 años en el mundo (Krug y cols., 2002). Los datos recogidos en una revisión llevada a cabo en diversos países de todo el mundo entre los años 1982 y 1999 por este organismo indican que, entre un 10% y un 69% de las mujeres manifestaban haber sido agredidas físicamente por su pareja en algún momento de sus vidas y entre un 1.3% a un 52% en el último año (Krug y cols., 2002). En esta línea, el Informe sobre Población Mundial elaborado en el año 2000 por Naciones Unidas revela que una de cada tres mujeres en el mundo ha padecido malos tratos o abusos (Heise, Ellsburg y Gottemoeller, 1999; Rincón, 2003; Varela, 2002).

En líneas similares, una revisión de 50 estudios poblacionales realizados en 35 países antes de 1999 indicaba que entre el 10% y el 52% de las mujeres en el mundo manifiestan haber sido físicamente agredidas por sus parejas en algún momento de su vida, y que entre un 10% y un 30% han sufrido en algún momento violencia sexual por parte de sus parejas (García-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise y Watts, 2006; Heise y García-Moreno, 2002). Asimismo, un estudio llevado a cabo en 10 países diferentes mostró que la prevalencia de vida de la violencia doméstica de carácter físico o sexual varía entre un 15% y un 71%, presentando la mayoría de países entre un 30% y un 60% de tasas de prevalencia (García-Moreno y cols., 2006). La variación en la prevalencia encontrada en los distintos países es sorprendente y puede ser explicada, entre otras cosas, por diferencias metodológicas, así como por diferencias culturales entre unos grupos y otros en cuanto a la aceptación de la violencia y de sus diversas formas (García-Moreno y cols., 2006; Oosthuizen y Wissing, 2005).

En EE.UU., los datos obtenidos sugieren que en un 30% de los matrimonios se produce algún tipo de agresión física (Straus y Gelles, 1986). Estudios posteriores confirman porcentajes similares (American Psychological Association, 1996, 1999). La estimaciones

más conservadoras indican que por lo menos un millón de mujeres estadounidenses son víctimas de violencia severa por parte de su pareja cada año (American Psychological Association, 1999), mientras que otras estimaciones indican que afecta aproximadamente a entre dos y cuatro millones de mujeres al año (Browne, 1993; Burke y cols., 2004; Resnick, Acierno, Holmes, Dammeyer y Kilpatrick, 2000; Taylor, Magnussen y Amundson, 2001). Se estima que alrededor de ¼ de todas las mujeres sufren violencia en sus relaciones de pareja en algún momento de sus vidas (Stark y Flitcraft, 1988; Straus y Gelles, 1990; Tjaden y Thoennes, 1998; 2000), de las cuáles un 9% sufre violencia severa (Riggs y cols., 2000).

Otros autores hablan de una prevalencia de vida de violencia doméstica de un 10% a un 43% (McAllister, 2000; Mertin y Mohr, 2000; Oosthuizen y Wissing, 2005; Phelps, 2000; Resnick, Acierno, Holmes, Dammeyer y Kilpatrick, 2000; Watts y Zimmerman; 2002; Wilson, Silberberg, Brown y Yaggy; 2007), y algunos llegan incluso a plantear que un 50% de las mujeres será víctima de violencia doméstica en algún momento de sus vidas (Hughes y Jones, 2000) y que en un 10% de los casos la violencia será tan grave que supondrá una amenaza para la seguridad personal y la vida de las víctimas (Mertin y Mohr, 2000; Rincón, 2003). De hecho, cuando alguna mujer es asesinada en EEUU en alrededor de 1/3 de los casos lo es a manos de su pareja (Bachman y Saltzman, 1995; Greenfield y cols., 1998; Klevens, Baker, Shelley y Ingram, 2008; Mahoney y cols., 2001; Rennison, 2003).

La mayoría de estas estimaciones hacen referencia principalmente al maltrato físico. Sin embargo, se calcula que éste se acompaña a menudo de violencia psicológica. En cuanto al maltrato sexual, las estimaciones de las mujeres que experimentan una agresión sexual por parte de sus parejas oscilan desde un 14% (Demaris y Kaukinen, 2005; Stermac, Du Mont y Dunn, 1998), hasta un 25% (Tjaden y Thoennes, 2000) o incluso entre 1/3 y un 50% (Krug y cols., 2002; Watts y Zimmerman, 2002). Estas variaciones pueden deberse al hecho de que la violencia sexual, a pesar de ser un tipo de maltrato frecuente, mayoritariamente tiende a permanecer oculto (Koss y Cook, 1993; Renzetti y cols., 2001; Tjaden y Thoennes, 1998).

En la Unión Europea, se estima que una de cada cinco mujeres ha sufrido violencia alguna vez en su vida por parte de su pareja. El "Informe Mundial sobre Violencia y Salud" presentado por la OMS, recoge cifras de encuestas llevadas a cabo en algunos países de Europa sobre violencia doméstica que, si bien sólo abordan maltrato físico o sexual, van desde un 6% a un 12% durante el último año, y entre un 14% a un 58% alguna vez en la vida (Krug y cols., 2002).

En España, la prevalencia estimada de este tipo de violencia es también elevada, oscilando entre un 15 y un 30% de las mujeres (Echeburúa, Corral y Amor, 1998; Labrador y

Alonso, 2005/2006). Además, se estima que cada cinco días muere una mujer en este país debido a la violencia doméstica (Varela, 2002). Desde el Instituto de la Mujer, creado en 1985 (Meil, 2005), se han llevado a cabo 3 macroencuestas, en los años 1999, 2002 y 2006. Las tres investigaciones son idénticas, lo cuál permite hacer comparaciones entre ellas y ver la evolución del maltrato contra las mujeres en el ámbito doméstico a lo largo de estos años. A la hora de establecer el alcance de la violencia de género en España, las macroencuestas recogían dos tipos de datos: por un lado, el número de mujeres que podían ser consideradas técnicamente como "maltratadas", que ascendió a un 12.4%, un 11.1% y un 9.6%, en 1999, 2002 y 2006 respectivamente. Por otro lado, se evaluó la cantidad de mujeres que se auto-clasificaban a si mismas como "maltratadas", cifra que se situó en un 4.2% en el año 1999, un 4% en 2002 y un 3.6% en 2006 (Instituto de la Mujer, 2000, 2003, 2006). Estos datos reflejan un descenso estadísticamente significativo en los niveles de maltrato, tanto en el caso del maltrato "técnico" como en el caso del maltrato declarado. Asimismo, en las tres encuestas en la mayoría de los casos los actos violentos se venían dando desde hacía más de 5 años (Instituto de la Mujer, 2000, 2003). No obstante, en la macroencuesta del año 2006 se detecta un ligero descenso en el número de mujeres que llevaban padeciendo los abusos desde hacía más de 5 años respecto a anteriores investigaciones (73.5% en 1999 y 71.5% en 2002, frente a un 66.7% en 2006). Finalmente, esta última encuesta revela que de las mujeres que habían roto una relación de pareja en los últimos 10 años, un 54.6% hacían referencia a algún tipo de maltrato como causa de su separación (Instituto de la Mujer, 2006).

En cuanto a las denuncias por malos tratos interpuestas en nuestro país, se aprecia un incremento sistemático en el número de las mismas a lo largo de los últimos años, según los datos recogidos por el Instituto de la Mujer. Desde este organismo, se han elaborado estadísticas de denuncias desde 1983. Cabe destacar que los datos se agrupan en 3 periodos: 1983-1996, 1997-2001 y 2002-actualidad, que no son comparables entre si debido a que responden a criterios distintos. Así, hasta enero de 2002, se tomaban en cuenta solamente las denuncias de delitos y faltas de "malos tratos en el ámbito familiar" y "lesiones". A partir de 2002, se comenzaron a contabilizar también las denuncias por otro tipo de infracciones penales cometidas en el ámbito de las relaciones de pareja. Además, hasta el año 2001 sólo se tenían en cuenta las denuncias presentadas contra el cónyuge o la pareja de hecho. Desde enero de 2002, sin embargo, se amplió el número de relaciones consideradas entre víctima y agresor, dando cabida a los casos en los que la agresión se producía cuando ya se había roto la convivencia. Aun teniendo todo esto en cuenta a la hora de analizar los datos, se pueden extraer algunas conclusiones:

Entre los años 1983 y 1996, el número de denuncias anuales se mantuvo en frecuencias similares, en torno a las 16.000, tal y como puede observarse en la siguiente tabla:

Tabla 1: Denuncias por malos tratos de maridos a sus esposas

AÑO	**TOTAL DE DENUNCIAS**
1983 (datos a partir de abril)	11.516
1984 (falta agosto)	16.441
1985 (falta junio)	16.810
1986	17.056
1987	15.196
1988	14.461
1989	17.738
1990 (falta julio)	16.089
1991 (falta agosto)	16.946
1992 (falta abril)	16.520
1993	15.908
1994	16.284
1995	16.122
1996	16.378

Entre los años 1997 y 2001, comienza a observarse una tendencia al alza:

Tabla 2: Denuncias de mujeres victimas de malos tratos a manos de su cónyuge o análogo (pareja de hecho)

AÑO	**TOTAL DE DENUNCIAS**
1997	17.488
1998	19.535
1999	21.680
2000	22.397
2001	24.158

En el año 2002 se observa un salto importante, prácticamente duplicándose el número de denuncias de mujeres a sus parejas o ex-parejas por malos tratos (Rincón, 2003). Si bien parte de esta diferencia puede deberse a la ampliación de los criterios que se tenían en cuenta a la hora de contabilizar las denuncias, el aumento es tan significativo que es muy posible que responda a un incremento real del número de denuncias interpuestas. De hecho, del año 2002 en adelante, se aprecia notablemente un crecimiento continuo en el número de denuncias, especialmente entre 2002 y 2004, periodo en el que el total de denuncias anuales pasó de 43.313 a 57.527, es decir, 14.214 más. Esto puede observarse en la tabla siguiente:

Tabla 3: Denuncias por maltrato producido por pareja o expareja

AÑO	TOTAL DE DENUNCIAS
2002	43.313
2003	50.090
2004	57.527
2005	59.758
2006	62.170
2007	63.347

Este aumento constante de denuncias puede estar relacionado con el cambio de actitud y sensibilidad hacia el problema de la violencia de género, que se hizo patente en las respuestas adoptadas por nuestras administraciones con los planes integrales contra la violencia doméstica, 1998-2001 y 2001-2004, así como con las diversas medidas adoptadas desde entonces para luchar contra este tipo de violencia contra las mujeres, entre las cuáles destacan importantes reformas del marco legislativo, tales como las leyes 14/1999 y 38/2002, que modifican el código penal y la ley de enjuiciamiento criminal en materia de protección a las víctimas de malos tratos; la ley 27/2003, de 31 de Julio, reguladora de la orden de protección y, más recientemente, la ley orgánica 1/2004 de medidas de protección integral contra la violencia de género.

La mayor sensibilización y las mejoras en la intervención y en el desarrollo de medidas de protección para las víctimas de malos tratos han provocado un cambio de actitud en las mujeres víctimas, quienes se han ido animando progresivamente a denunciar el maltrato al que están sometidas, así como a romper sus relaciones abusivas.

Pero, sin duda, el aspecto que más ha incidido en la toma de conciencia de la magnitud y gravedad del problema de la violencia de género es el incremento dramático del número de mujeres que mueren a causa de los malos tratos, que se ha disparado en los últimos años.

Según las cifras oficiales presentadas por el Instituto de la Mujer, el número de mujeres asesinadas por sus parejas o ex-parejas se disparó de forma alarmante en los años 2003 y 2004, ascendiendo a 71 y 72 respectivamente. Posteriormente, en el año 2005, este número descendió hasta situarse en parámetros similares a los de años anteriores (1999 a 2002). Aun así, los datos siguen siendo muy preocupantes, considerando además que si se tienen en cuenta los datos ofrecidos al respecto por las asociaciones de mujeres se observan cifras aun mayores de muertes. Además, la tendencia en los últimos años vuelve a ser al alza, con un total de 68 y 71 mujeres asesinadas por sus parejas o exparejas en los años 2006 y 2007 respectivamente y llegando en el año 2008 a la cifra máxima de 75 asesinatos, la cuál supera los peores datos obtenidos con anterioridad. Esto puede observarse en la tabla 4.

Tabla 4: Mujeres muertas por violencia de género a manos de su pareja o expareja

AÑO	TOTAL DE MUERTES
1999	54
2000	63
2001	50
2002	54
2003	71
2004	72
2005	57
2006	68
2007	71
2008	75

Este incremento de muertes puede estar relacionado con el aumento de denuncias y el cambio de actitud en las mujeres que indicábamos anteriormente. Estudios realizados en Estados Unidos, Canadá y Australia indican que el riesgo de sufrir violencia aumenta para las mujeres maltratadas cuando intentan dejar a sus parejas violentas (Riggs y cols., 2000). En este sentido, se ha observado de manera consistente que las amenazas, el acoso, las agresiones y el riesgo letal suelen aumentar cuando la mujer deja al agresor (American Psychological Association, 2002; Echeburúa y Corral, 1998; Walker, 1999a, 1999b). De hecho, el 98% de las mujeres muertas en España por violencia doméstica desde 1997 hasta 2000, fueron asesinadas después de denunciar a su pareja o de haber iniciado trámites de separación (Rincón, 2003; Varela, 2002).

1.4. MODELOS TEÓRICOS EXPLICATIVOS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

El maltrato es un fenómeno complejo y multicausal, en cuyo origen y mantenimiento se ven implicados tanto factores personales, como sociales y culturales (Rincón, 2003).

1.4.1. PRIMEROS ANTECEDENTES

Los primeros modelos teóricos que intentaban dar cuenta de este fenómeno fijaban su atención en factores psicológicos y psiquiátricos. Ejemplos de estas explicaciones iniciales son aquellas que aluden a que la causa de los malos tratos hacia la mujer se encuentra en que las víctimas tienen un carácter masoquista (Orengo, 2002; Snell, Rosenwall y Robey, 1964). Otras teorías aluden a características personales tanto de la víctima como del agresor, como

baja autoestima, roles de género tradicionales, factores de personalidad, trastornos mentales, etc. (Grosman, Mesterman y Adamo, 1992). Este tipo de explicaciones fracasaban a la hora de dar explicación al fenómeno del maltrato, pues no tenían en cuenta su complejidad ni consideraban la multiplicidad de factores que lo causan y lo mantienen (Rincón, 2003).

1.4.2. MODELOS QUE ANALIZAN LA ETIOLOGÍA DEL MALTRATO

Más adelante, han ido surgiendo otro tipo de teorías que también tratan de explicar el origen del maltrato. Dentro de estos modelos, se diferencia entre teorías micro y macro orientadas (Barnett, Miller-Perrin y Perrin, 1997; Jasinski, 2001). Un ejemplo de la micro perspectiva es la teoría del aprendizaje social o de la transmisión intergeneracional de la violencia.

1.4.2.1. Teoría de la Transmisión Intergeneracional de la Violencia

Empleando los conceptos de modelado (Bandura, 1973), condicionamiento clásico y condicionamiento operante (Skinner, 1953), esta teoría postula que la violencia es una conducta aprendida a través de las experiencias vividas en la infancia en la propia familia, que es el principal agente socializador (Kalmuss, 1984; O´Leary, 1988; Straus, Gelles y Steinmetz, 1980). En concreto, las personas que experimentan violencia en su familia de origen, o son testigos de la misma, aprenden que la violencia es una táctica apropiada para conseguir lo que quieren, que es un modo aceptable cuando otras estrategias no funcionan. Además, las personas que experimentan violencia también aprenden que los que les maltratan son los que más le quieren. En otras palabras, la familia se convierte en el terreno que abona la violencia. (Jasinki, 2001).

Las críticas a esta teoría plantean que no explica muchos aspectos del fenómeno de la violencia de género. Además, no todo el mundo que ha sufrido abusos de niño crece siendo violento. Los estudios al respecto no revelan resultados consistentes. Por un lado, algunos autores han encontrado que sólo un porcentaje muy pequeño de los individuos violentos han sido expuestos a la violencia en su niñez (Arias y O´Leary, 1985; O´Leary, 1993). En esta línea, una revisión encontró que la tasa de transmisión intergeneracional de la violencia sólo es de un 30%, lo cuál quiere decir que 2/3 de las personas que sufren maltrato o son testigos del mismo no se convierten en maltratadores (Kaufman y Ziegler, 1987). Por el contrario, otras investigaciones indican que tanto la victimización como el ser testigo de violencia son

de los principales y más consistentes indicadores de riesgo para la violencia en la edad adulta (Hotaling y Sugarman, 1986), lo que sugiere que puede tratarse de un factor de riesgo importante (Jasinski, 2001). De hecho, varias de las tipologías de maltratadores más importantes tienen en cuenta estos antecedentes de violencia como una característica típica de los agresores (Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997; Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994).

Hoy en día, se pone más énfasis en modelos multidimensionales de la violencia de género (Jasinski, 2001), dentro de los cuáles destacan, por ser los más completos, los siguientes:

1.4.2.2. Modelo Interactivo de la Violencia Doméstica (Stith y Rosen, 1992)

Según este modelo, en la violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja están implicados diversos factores.

Por un lado, son fundamentales factores de vulnerabilidad de la familia y el individuo. Éstos son, las experiencias de socialización caracterizadas por la exposición a la violencia; determinadas características individuales que, al interactuar con el estrés, pueden llevar a la persona a reaccionar de manera violenta (comportamientos violentos en general, sentimiento de falta de poder, posesión y celos, baja autoestima, estrategias pobres de afrontamiento, dependencia de sustancias) y características de la familia, tales como la calidad de la relación de pareja.

Asimismo, juegan un papel relevante factores de estrés situacional, tales como estrés de tipo madurativo, producido por cambios a los que se enfrentan las familias en su ciclo de vida (nacimiento de hijos...); estrés impredecible (desempleo, muertes inesperadas) y otros acontecimientos desencadenantes.

Además, son determinantes los recursos existentes para hacer frente a las vulnerabilidades y al estrés: recursos individuales, entre los que se incluyen el bienestar económico, el nivel educativo, la salud y características de personalidad; recursos familiares, tales como cohesión, una buena comunicación y un equilibrio de poder; y recursos sociales, en el sentido de contar con una buena red social de apoyo.

Finalmente, el contexto sociocultural ejerce también su influencia. De este modo, valores y normas culturales, tales como la aceptación de la violencia, o determinados valores respecto a los roles de género y el estatus subordinado de la mujer pueden favorecer la aparición de conductas de violencia hacia las mujeres.

1.4.2.3. Modelo de los Mecanismos Psicológicos de la Violencia en el Hogar (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998)

Este modelo establece que en la conducta violenta intervienen diversos componentes:

En primer lugar, intervienen las actitudes de hostilidad, entendidas como actitudes y sentimientos negativos que se derivan de una evaluación negativa de las conductas de la pareja y que generan un impulso de hacerle daño. Tales actitudes hostiles pueden ser el resultado de estereotipos machistas, de celos patológicos, de la percepción de indefensión de la víctima y de la creencia de que la violencia es una estrategia legítima para afrontar los conflictos.

En segundo lugar, otro factor influyente es el estado emocional de ira, que puede ser facilitado por la hostilidad, por pensamientos activadores relacionados con recuerdos de situaciones negativas vividas con la pareja en el pasado o por estresores ajenos a la pareja, tales como problemas laborales o económicos.

Asimismo, un componente importante es la presencia de un repertorio pobre de conductas y trastornos de personalidad en la persona del agresor. De este modo, un déficit de habilidades de comunicación y de solución de problemas, o alteraciones de la personalidad, como suspicacia, celos o falta de empatía, pueden favorecer el recurso a la violencia.

Además de estos aspectos, en la aparición de comportamientos violentos influyen factores precipitantes, como el consumo de alcohol o drogas, al interactuar con estresores cotidianos.

Por último, otros componentes relevantes son la percepción de la víctima como un ser vulnerable y el reforzamiento de conductas violentas previas que hayan servido en el pasado al agresor para lograr sus objetivos y provocar una conducta sumisa en la víctima.

1.4.3. MODELOS ACERCA DE LOS MECANISMOS PSICOLÓGICOS IMPLICADOS EN LAS RELACIONES DE MALTRATO

Otras teorías tratan de explicar los complejos mecanismos psicológicos que intervienen en el proceso del maltrato y que explican el mantenimiento y la permanencia de las víctimas en las relaciones abusivas. A continuación se exponen algunas de estas teorías que han surgido desde la psicología.

1.4.3.1. Teoría del "ciclo de la violencia" (Walker, 1979, 1989)

Según esta teoría, el maltrato en las relaciones de pareja se da en un ciclo que comprende tres fases:

1. Fase de acumulación de tensión: Esta primera fase es un periodo de aumento de la tensión en la pareja, que se caracteriza por incidentes "menores" de malos tratos (agresiones psicológicas, cambios repentinos e imprevistos en el estado de ánimo, pequeños golpes, empujones...) por parte del agresor hacia la víctima. La tensión normalmente surge de pequeños incidentes o conflictos cotidianos (problemas económicos, educación de los niños, etc.), que causan frustraciones en el agresor. Las cosas empeoran gradualmente, produciéndose una escalada en esos incidentes "menores" de maltrato. Ante esta situación, la víctima vive en un estado de confusión, provocado por el mensaje que recibe del agresor de que ella es la culpable de la tensión existente, lo que le introduce dudas acerca de su propia percepción y conducta. Si acepta las exigencias del agresor, puede que retrase o evite el maltrato, o puede que éste se acelere si le rechaza o se enfrenta a sus demandas.

2. Fase de explosión, agresión o incidente de maltrato agudo: Cuando la tensión acumulada de la fase anterior llega al límite, se produce la descarga de la misma a través de un episodio violento de maltrato psicológico, físico o sexual grave, en el que se pierde el control de la situación. Las agresiones son un castigo a la conducta de la mujer. En esta fase se producen los mayores daños físicos en la víctima, que en casos extremos pueden llegar a causarle la muerte. Es después de este momento cuando es más probable que la mujer busque ayuda (asistencia médica, jurídica, psicológica...), lo que ocurre, según la autora, en menos del 50% de los casos.

3. Fase de arrepentimiento, reconciliación o luna de miel: En esta fase no hay tensión ni agresión, el hombre se arrepiente y pide perdón a la víctima, prometiendo que no volverá a suceder. Se comporta de manera encantadora y amorosa y se compromete a tomar medidas para resolver la situación, tales como ponerse en tratamiento o acudir a una terapia. La mujer le cree e intenta asimilar la situación como una "pérdida de control momentánea" de su pareja que no volverá a repetirse. Ella elige creer que las conductas que en este momento el agresor manifiesta son indicativas de lo que él es en realidad y que los comportamientos de las dos fases previas no representan lo que su pareja es. Lamentablemente, es en este período cuando es más difícil para la mujer tomar la decisión de dejar al agresor y, sin embargo, es también en este momento cuando ella tiene más contacto con personas que pueden ayudarla, ya que tiene más libertad para salir de casa y mantener relaciones sociales.

No parece haber nada que marque el término de esta fase y, bien de forma progresiva, o en algunos casos de forma más abrupta, el ciclo comenzará nuevamente con un nuevo aumento de la tensión. La duración exacta de las fases no ha sido determinada, la fase de arrepentimiento parece ser más larga que la segunda, pero más corta que la primera. No obstante, en algunos casos parece no durar más que un breve momento o ni siquiera se da el arrepentimiento por parte de la pareja y sólo se da un período de no tensión.

El ciclo de la violencia presente una serie de características o particularidades.

En primer lugar, una vez que el ciclo empieza, tiende a perpetuarse. Esto es, una vez que ha sucedido el primer episodio de maltrato la probabilidad de que se produzcan nuevos episodios es mucho mayor (Echeburúa, Corral, Sarasúa y Zubizarreta, 1990; Zubizarreta y cols., 1994).

En segundo lugar, los ciclos son cada vez más cortos y las agresiones suelen producirse con más frecuencia. A medida que pasa el tiempo las fases empiezan a hacerse más cortas, llegando un momento en el que se pasa de una breve fase de acumulación de la tensión a la fase de explosión y así sucesivamente, sin que medie la fase de arrepentimiento que acaba por desaparecer.

En tercer lugar, se produce una escalada de la violencia: los episodios abusivos tienden a ser cada vez más severos. Es frecuente que la intensidad de las conductas violentas se incremente de forma progresiva en una espiral de violencia. Así, lo que generalmente empieza como violencia verbal y psicológica, va transformándose en crecientes conductas de aislamiento, intimidaciones, amenazas, seguidas de violencia contra objetos, etc. hasta desembocar en la violencia física, cuya peligrosidad e intensidad también se agrava con el tiempo (Ibáñez, 2003). Por ello, en la medida en que la situación se cronifique, corre cada vez más peligro la vida de la víctima (Rincón, 2003). Además, cuanto más tiempo permanezca en la relación abusiva, la víctima se encontrará cada vez con menos recursos psicológicos para romper con la misma y la probabilidad de que las secuelas psicológicas se cronifiquen será mayor.

Por último, la alternancia de momentos violentos y momentos felices crea una gran dependencia afectiva. Esto se explica siguiendo el concepto de refuerzo conductual. Esto es, el castigo (violencia repetida e intermitente) se asocia a un refuerzo inmediato (expresión de arrepentimiento y ternura) y a un potencial refuerzo demorado (posibilidad de un cambio en la conducta del agresor) (Zubizarreta y cols., 1994).

Según Walker, las mujeres en esta situación suelen no percibir este ciclo y responden a las conductas violentas y amorosas como eventos que ocurren de manera aleatoria en la relación.

Si bien, algunos autores plantean que la violencia contra las mujeres no siempre sigue este patrón de ciclo y escalada (Dutton, 1993; Johnson, 1995), ambos conceptos son útiles al caracterizarla, permitiendo una mayor comprensión del fenómeno (Rincón, 2003).

1.4.3.2. Teoría de la Indefensión Aprendida

Basada en la teoría de Seligman (1975), esta teoría establece que los acontecimientos agresivos mezclados con periodos de ternura y arrepentimiento actúan como un estímulo aversivo administrado al azar (Zubizarreta y cols., 1994). Esto es, no existe relación entre la conducta de la víctima y los comportamientos violentos del agresor. El patrón de comportamiento impredecible de los agresores, junto con los intentos de las mujeres por controlar a sus parejas abusivas, da como resultado sentimientos de indefensión aprendida (Walker, 1984). De este modo, aunque en un primer momento la mujer percibe una falsa ilusión de control, a largo plazo, al comprobar que nada de lo que ella haga o deje de hacer consigue impedir el maltrato, comprende que los comportamientos abusivos de su pareja escapan a su control. Así, la mujer pierde confianza en su capacidad para predecir la aparición o no de la violencia y desarrolla el sentimiento de que nada de lo que haga alterará el resultado (Ibáñez, 2003). Tal situación de amenaza incontrolable a su seguridad personal provoca en la víctima una ansiedad extrema y respuestas de alerta y sobresalto permanentes, así como un sentimiento de indefensión (Zubizarreta y cols., 1994) y de incapacidad para ayudarse a si mismas (Jasinski, 2001).

Esta indefensión interfiere con la capacidad de las mujeres para romper la relación abusiva (Jasinski, 2001). Así, es frecuente que la mujer que sufre maltrato opte por permanecer en la relación y acomodarse a las demandas de su agresor, en un intento de escapar del estímulo aversivo que es la violencia, como un mecanismo de supervivencia. (Zubizarreta y cols., 1994).

Algunas críticas a esta teoría dicen que no explica por qué tantas mujeres son capaces de romper las relaciones de maltrato, de actuar activamente y buscar ayuda (Bowker, 1993). Esta teoría además ignora las múltiples dimensiones que existen en el proceso de romper las relaciones de maltrato, incluyendo, por ejemplo, la posibilidad de sufrir todavía más violencia

y represalias, así como la vergüenza asociada a admitir la victimización frente a otros (Jasinski, 2001).

1.4.3.3. Teoría de la Unión Traumática (Dutton y Painter, 1981)

Esta teoría se basa en la premisa de que muchas mujeres víctimas de maltrato desarrollan un fuerte enganche emocional con sus agresores, lo cuál les impide cortar con esa situación de maltrato. Este tipo de unión hace que las mujeres que sufren maltrato manifiesten actitudes positivas hacia el maltratador e incluso le justifiquen (Ibáñez, 2003). Entre los factores que pueden influir en el desarrollo del lazo traumático que une a la víctima con el agresor destacan la intermitencia en el tratamiento bueno - malo y el desequilibrio de poder (Dutton y Painter, 1981). A medida que el desequilibrio aumenta, la autoestima de la víctima se deteriora progresivamente y percibe cada vez más su incapacidad de cuidar de si misma y la necesidad de la persona de mayor poder. Este proceso se ve agravado por la naturaleza intermitente del maltrato, en la que los episodios violentos van seguidos de periodos de reconciliación. De esta forma, la dependencia aumenta progresivamente provocando una fuerte unión emocional.

Esta teoría es congruente con la perspectiva de otros autores. Así, va en la línea de la teoría del Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (SAPVD) (Montero, 1999, 2000, 2001), la cuál postula que entre la víctima y su agresor se construye un vínculo interpersonal de protección, en el marco de un ambiente traumático y de aislamiento, a través de la inducción en la víctima de un modelo mental de esquemas y creencias. Otros autores explican también cómo la víctima sometida al maltrato, para proteger su propia integridad psicológica, niega la parte violenta, lo malo, del comportamiento del agresor y se aferra al lado más positivo, ignorando sus propias necesidades y volcándose en las del agresor (Graham y Rawling, 1991). El maltratador, a través de la aplicación sistemática y repetitiva del trauma, destruye el sentido de sí misma de la víctima en relación con los demás, daña su autonomía y promueve un vínculo patológico entre ellos (Herman, 1992).

La teoría de la unión traumática, además de explicar las dificultades de las mujeres que sufren maltrato para cortar la relación, explica también por qué una vez producida la separación, las víctimas vuelven a menudo con sus parejas: en el proceso de separación, una vez que el miedo inicial disminuye o desaparece, inmediatamente se manifiesta la dependencia emocional hacia el agresor. Esto hace a la víctima más vulnerable de cara a

reconsiderar volver a la relación, especialmente si se tiene en cuenta que en ese momento la pareja suele mostrar su faceta más positiva y busca la reconciliación (Ibáñez, 2003).

1.4.3.4. Teoría de la trampa psicológica (Strube, 1988)

Esta teoría trata de explicar el proceso de toma de decisiones de las mujeres que sufren maltrato, postulando que, al principio de la relación, las mujeres ponen mucho esfuerzo y empeño en conseguir que la relación funcione y que posteriormente tenderán a justificar esa inversión. Así, cuanto mayor sea la inversión realizada, más difícil será que se den por vencidas y que abandonen la relación, y más probable que continúen invirtiendo su tiempo y esfuerzo en la misma.

Todas estas teorías pueden considerarse complementarias (Ibáñez, 2003), pues todas ofrecen aspectos importantes que pueden ayudar a clarificar el proceso de inicio de una relación de maltrato, su mantenimiento, y la permanencia de la víctima en la misma. Por ello, se tiende muchas veces a utilizar una combinación de las mismas para explicar este complejo problema (Jasinski, 2001).

1.4.4. MODELO EXPLICATIVO DEL PROCESO DEL MALTRATO

Landenburger (1989) recoge un modelo teórico, basado en la observación clínica de numerosos casos, que explica de forma global el proceso que viven las mujeres que se ven involucradas en relaciones de maltrato, estableciendo las diversas fases por las que pasan, desde el comienzo de la relación hasta el abandono de la misma y la recuperación tras la ruptura. Según esta autora, el maltrato es un fenómeno muy complejo. No son hechos aislados, sino que es un proceso interaccional continuado que se da en el marco de una relación íntima significativa y que se prolonga en el tiempo. Las mujeres víctimas de malos tratos viven un proceso de enganche en la relación de maltrato y de recuperación de la misma, pasando por distintas fases antes de poder llegar a romperla. Esto es, la ruptura con una relación abusiva no es una acción concreta en un momento dado (Ellsberg, Winkvist, Peña y Stenlund, 2001; Kirkwood, 1993), sino que se trata de un proceso, que las propias mujeres maltratadas describen como muy duro y lleno de dificultades (Sabina y Tindale, 2008).

En concreto, las fases del proceso del maltrato según Landenburger son cuatro: unión, permanencia, desvinculación y recuperación. La mujer que sufre maltrato vive dos realidades

conflictivas: los aspectos positivos de la pareja y de la relación frente a los aspectos negativos de la pareja y de la relación. La manera en la que la mujer explica este conflicto y entiende su relación es lo que determina principalmente su situación en una u otra fase. La separación entre las cuatro fases no siempre es muy clara, no se trata de un proceso lineal. El paso de una fase a otra suele propiciarse gracias a los cambios en bs comportamientos, sentimientos y pensamientos de la mujer, que se producen como consecuencia de la experiencia acumulada.

La fase de unión se caracteriza principalmente por el inicio de la relación y el comienzo del maltrato, sobre todo de tipo psicológico. El abuso se percibe en el marco de una relación positiva y las "señales de alarma" se ignoran o minimizan. Así, las conductas abusivas no se reconocen como tales y la mujer no se identifica a sí misma como "maltratada"

En la segunda fase, de permanencia, el maltrato se incrementa y se prolonga en el tiempo, pudiendo comenzar también el maltrato físico. La mujer empieza a sufrir daños psicológicos, tales como pérdida de identidad y de autoestima. Así, su autoconcepto cambia, las creencias y pensamientos que la mujer tenía sobre sí misma son sustituidos por las percepciones que el maltratador le transmite acerca de quién es ella. Respecto al maltrato, la mujer tiende a tolerarlo, racionalizarlo y justificarlo. La fase de permanencia es la más larga dentro del proceso de enganche y recuperación. A medida que pasa el tiempo, llega un momento en el que la mujer se siente atrapada: no se siente bien en la relación pero no se ve con fuerzas para romperla. Puede que empiece a buscar ayuda e incluso pueden darse las primeras denuncias, pero a menudo son retiradas.

Por su parte, en la fase de desvinculación, el maltrato continúa con mucha intensidad. La mujer empieza a interpretar el abuso como algo más representativo de la relación y comienza a tomar conciencia de que no va a cambiar. Aunque psicológicamente se encuentra muy dañada, el autoconcepto de la mujer emerge ligeramente, y da los pasos para abandonar la relación: busca ayuda, interpone una denuncia, inicia los trámites de separación, etc. A partir de este momento el sentimiento que predomina es el miedo, que se refleja en un nivel de ansiedad muy elevado, ya que muchas mujeres que rompen con una relación abusiva sienten que están en peligro mortal (Flinck, Paavilainen y Astedt-Kurki, 2005). Esto es consistente con el hallazgo de que las mujeres maltratadas corren mayor peligro de ser asesinadas (Campbell, 1994; Campbell y Soecken, 1999; Tollerstrup y cols., 1999) en los momentos en que toman la decisión de abandonar la relación, momentos en los que el peligro aumenta para ellas y para sus hijos e hijas (Shalansky, Ericksen y Henderson, 1999).

Finalmente, la fase de recuperación se caracteriza principalmente por el hecho de que la separación definitiva se ha producido. Aún así, el maltrato suele continuar en forma de

acoso, intimidaciones, amenazas, etc. La principal preocupación de la mujer, especialmente al comienzo, es la supervivencia, ya que se enfrenta a la dura tarea de reconstruir una nueva vida, encontrando numerosas dificultades (NiCarthy, 1987; Sabina y Tindale, 2008), debido a que a menudo no tiene recursos sociales suficientes a su alcance y a que sus recursos psicológicos se encuentran muy disminuidos. En concreto, su autoconcepto y autoestima están muy dañados, sus habilidades para la vida cotidiana son pobres y es frecuente la presencia de trastornos ansiosos, depresivos o de otra índole.

La situación de las víctimas, su estado psicológico y sus necesidades, varían mucho en función de la fase en la que se encuentran. Cada momento tiene sus peculiaridades y sus retos. Esto implica que son necesarias intervenciones específicas en función de las fases en las que estén las mujeres, ya que, por ejemplo, una mujer que se encuentre en la fase de unión no tiene las mismas necesidades que una mujer que está en la fase de recuperación (Campbell y Campbell, 1996; Landenburger, 1989). Del mismo modo, no son extrapolables los resultados de estudios con mujeres que ya han dado el paso de buscar ayuda y romper la relación abusiva para el caso de las mujeres que aún no han dado ese paso (Clements y Sawhney, 2000).

Esta teoría resulta interesante, ya que da cuenta de la complejidad del proceso de enganche y recuperación de una relación de maltrato. Además, explica el proceso psicológico que viven las mujeres, estableciendo diferencias según las diversas fases en las que se encuentran. Esta diferenciación, que destaca la necesidad de contextualizar la situación de las víctimas en la fase en la que se encuentran, puede ayudar a comprender, además de su estado psicológico, muchos de los comportamientos de las mujeres maltratadas que se han observado tanto en la práctica clínica como en la investigación, tales como la negación y justificación del maltrato, los largos periodos de tiempo que se prolongan las relaciones abusivas, la retirada frecuente de denuncias o el hecho de tratar de dejar al agresor en repetidas ocasiones antes de abandonar la relación definitivamente (LaViolette y Barnett, 2000; Sabina y Tindale, 2008).

1.5. TIPOS DE MALTRATO

El maltrato contra las mujeres puede ser de diversos tipos, que a menudo se interrelacionan entre si y rara vez se dan de manera aislada (Dutton, 1993; Flinck y cols., 2005; Lewis y cols., 2006; Nishith, Mechanic y Resick, 2000; Rincón, 2003). Así, por ejemplo, el maltrato físico o sexual se acompaña a menudo de maltrato emocional o comportamiento controlador por parte de la pareja (Tjaden y Thoennes, 2000). En el mismo sentido, el maltrato sexual a las mujeres se asocia a las relaciones físicamente violentas

(Basile, 2008; Finkelhor y Yllo, 1985). Además, los diversos tipos de maltrato tienen un efecto acumulativo (Oosthuizen y Wissing, 2005). Dentro del concepto de Violencia de Género generalmente se distinguen tres categorías (Slep y Heyman, 2001): el maltrato físico (Dobash y Dobash, 1997; Flower, 1994), el maltrato sexual (Archer, 1996; Harrower, 1998; Polaschek, Ward y Hudson, 1997) y el maltrato psicológico (Flower, 1994; Renzetti, 1997).

El maltrato físico puede definirse como aquellas conductas no accidentales, intencionadas, que producen o pueden producir daño físico en la persona (Straus, 2000). Deben considerarse dentro de esta categoría tanto conductas "activas", es decir, agresiones tales como puñetazos, golpes, patadas, empujones, heridas con arma blanca, intentos de estrangulamiento, etc., como conductas "pasivas", como la privación de cuidados médicos durante una enfermedad o lesión, o el no aviso intencionado de situaciones de evidente riesgo físico (Rincón, 2003). Como formas extremas de maltrato físico encontramos el homicidio u asesinato (Crowell y Burgess, 1996; Jasinski, 2001; Renzetti y cols., 2001).

El maltrato sexual hace referencia al establecimiento de cualquier intimidad sexual forzada o no consentida, producida contra la voluntad de la víctima y sin su consentimiento (Basile, 2008), mediante amenazas, coacción, intimidación o indefensión. El abuso sexual puede suceder mediante el uso de la fuerza, la violencia y las amenazas, o sin ellas (Basile, 2008). Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual dirigida a la ejecución de actos sexuales que la mujer considera dolorosos o humillantes, no limitándose a la penetración vaginal o anal (Dutton, 1993; López, 2002; McAllister, 2000; Villavicencio y Sebastián, 1999a). El maltrato sexual supone a la vez una agresión física y un ultraje psíquico que atentan fundamentalmente contra la libertad sexual de la persona (Ararteko, 2003). Esta categoría de maltrato tiene connotaciones muy particulares, por la mayor intimidad que implican este tipo de comportamientos y, además, porque muchas personas consideran aún que es un deber y una obligación realizar conductas sexuales en una relación de pareja. De hecho, la investigación revela que en la sociedad prevalecen numerosos mitos respecto a las relaciones sexuales forzadas y a su aceptabilidad. Así, por ejemplo, un estudio llevado a cabo con estudiantes universitarios mostró cómo un 17,5% de los hombres y un 6,3% de las mujeres consideran que es aceptable que un chico fuerce sexualmente a una chica en determinadas situaciones (Sipsma, Carrobles, Montorio y Everaerd, 2000). Parece ser, además, que las dificultades de las mujeres para identificar un abuso sexual se dan especialmente cuando éste se produce por parte de parejas o conocidos, ya que a menudo en estos casos no se cumple el estereotipo de lo que es una agresión sexual, a saber, una agresión por parte de extraños, que emplean la fuerza física, produciendo claras lesiones (Sipsma y

cols., 2000). Esto hace que habitualmente las víctimas no estimen que han padecido maltrato sexual, incluso cuando han sido violentamente coaccionadas por sus parejas (Rincón, 2003).

Por último, el maltrato psicológico puede entenderse como conductas y actitudes coercitivas y hostiles, tanto activas como pasivas, tanto verbales como no verbales, que suceden tanto en público como en privado, se producen de forma sistemática y continuada (Rodríguez-Carballeira y cols., 2005) y están orientadas a desvalorizar a la persona, atentando contra su integridad emocional y produciéndole daño psicológico y sufrimiento. A menudo en estos casos la parte abusadora tiene una capacidad de poder y control sobre la otra parte (Rodríguez-Carballeira y cols., 2005). Dentro de esta categoría se incluyen conductas tales como insultos, vejaciones, descalificaciones o ridiculizaciones, desaprobación continua y humillaciones, amenazas de maltrato a ella o a sus seres queridos, amenazas repetidas de divorcio o abandono, destrucción de objetos de valor económico y/o afectivo, negación de la violencia y atribución exclusiva de la responsabilidad del maltrato a la víctima, etc.

Además, a pesar de que algunos autores los consideran categorías diferenciadas, dentro del maltrato psicológico se incluyen también habitualmente otras formas de abuso. Así, forma parte del abuso psicológico el maltrato económico (Sampselle, 1992), que hace referencia al control de los recursos económicos de la víctima, a la desigualdad en el acceso a los recursos compartidos y a todo tipo de conductas que impliquen un control de la habilidad de la mujer para adquirir, utilizar y mantener recursos económicos, amenazando así su seguridad económica y su potencial para la autosuficiencia (Adams, Sullivan, Bybee y Greeson, 2008). Además, dentro del maltrato psicológico se encuentra el maltrato social, que se refiere al aislamiento y control de la víctima, privándole de sus relaciones familiares y sociales (Dobash y Dobash, 1997; Walker, 1984). Asimismo, se recoge también dentro de esta categoría el maltrato espiritual, que hace referencia a la destrucción de las creencias culturales o religiosas de la víctima o a obligarle a que acepte un sistema de creencias determinado (Instituto de la Mujer, 2000). Finalmente, algunos contemplan también el acoso como una forma de maltrato psicológico (Crowell y Burgess, 1996; Jasinski, 2001; Renzetti y cols., 2001). Tiene sentido considerar estas formas de maltrato como subcategorías dentro del maltrato psicológico, ya que todas ellas apuntan al mantenimiento del poder y el control de la mujer a través de la creación de un fuerte sentimiento de desvalorización e indefensión.

El maltrato psicológico ha recibido gran atención recientemente y su impacto es uno de los principales ejes de estudio de esta investigación. Por ello, se aborda con amplitud en el próximo capítulo.

CAPÍTULO 2:

EL MALTRATO PSICOLÓGICO

2.1. IMPORTANCIA DEL MALTRATO PSICOLÓGICO

El maltrato psicológico o emocional constituye un elemento muy importante en las relaciones de maltrato (Follingstad y cols., 1990). Está muy documentado, a través de numerosos estudios longitudinales de parejas, el hecho de que el maltrato psicológico a menudo precede al maltrato físico a las mujeres (Hilberman y Munson, 1978; Kasian y Painter, 1992; Marshall, 1996, O´Leary, 1999; Stets, 1990; Straus, 1974; Straus y Smith, 1990), y coexiste con el mismo (Martin, 1976; Okun, 1986; Tolman, 1989; Walker, 1979, 1984). Así, casi todas las mujeres que son abusadas físicamente también manifiestan sufrir abusos verbales (83% en Walker, 1984) o psicológicos (99% en Follingstad y cols., 1990; Sackett y Saunders, 1999). El abuso psicológico puede ocurrir sin o con una mínima historia de abuso físico (Stark, 2007), pero la experiencia clínica sugiere que el abuso físico no ocurre sin abuso psicológico (Shepard y Campbell, 1992). De hecho, el maltrato emocional, seguido por la intimidación y el aislamiento, ha resultado ser el tipo de violencia que se experimenta con mayor frecuencia (Oosthuizen y Wissing, 2005). Es más, incluso en los casos de maltrato severo, la gran mayoría de los abusadores mantienen un patrón de abuso emocional que ocurre más frecuentemente que la violencia física (Murphy y Cascardi, 1999; Murphy y Hoover, 1999).

Al ser un precursor del maltrato físico, el abuso psicológico puede ser un predictor importante de la iniciación y la frecuencia de las agresiones físicas. (Follingstad y cols., 1990, 1991; Marshall, 1996; Murphy y O´Leary, 1989). La evidencia muestra que, cuanto más psicológicamente agresivos sean los miembros de una pareja entre si en un momento temprano de la relación, más probable es que sean físicamente agresivos en un momento posterior (Murphy y O´Leary, 1989; O´Leary, 1999; Sackett y Saunders, 1999). Por tanto, el estudio del proceso del abuso psicológico puede ayudar a comprender la etiología del abuso físico, así como a prevenir que éste se produzca en un momento más avanzado de la relación (Sackett y Saunders, 1999).

Además, el maltrato psicológico o emocional produce por sí mismo efectos que pueden ser tanto o más dañinos que los de las agresiones físicas o sexuales (DeKeseredy y Schwartz, 2001; Okun, 1986; Saltzman y cols., 1999). Esto es, es por si mismo suficiente para predecir secuelas en la salud mental de las víctimas (Basile, Arias, Desai y Thompson., 2004; Follingstad y cols., 1990; Marshall, 1996; O´Leary, 1999; Pico-Alfonso y cols., 2006; Sackett y Saunders, 1999; Stark, 2007; Stets, 1990; Street y Arias, 2001). Las formas de abuso psicológico pueden ser devastadoras para la salud mental y el bienestar de las mujeres. De

hecho, en varios estudios, la mayoría de mujeres maltratadas describieron la degradación psicológica, el miedo y la humillación como el abuso más doloroso y estresante que habían experimentado (Follingstad y cols., 1990; Stark, 2007; Walker, 1984) y manifestaron que sus efectos eran más negativos y profundos que los del abuso físico (Follingstad y cols., 1990; Murphy y Hoover, 1999). Además, el maltrato verbal ha sido descrito por varios autores como la técnica coercitiva más poderosa que se experimenta en una relación de maltrato (Okun, 1986; Pipes y LeBov-Keeler, 1997; Walker, 1979, 1984). El abuso emocional a las mujeres ha sido considerado el peor tipo de abuso porque supone atacar la iniciativa, las libertades y la autonomía individual de la persona (Stark, 2007). Además, sucede cuando aquellos en los que se confía para ofrecer cuidado y protección dicen o hacen cosas que hacen que uno se sienta mal consigo mismo (Burks, 2006). Es como una celda invisible (Stark, 2007) y en ella está la clave para comprender las dinámicas de las mujeres que viven situaciones de maltrato. El patrón de intimidación, aislamiento y control que implica el abuso psicológico produce un nivel elevado de miedo y la sensación de estar atrapada, que perduran incluso una vez que la violencia finaliza (Piispa, 2002; Stark, 2006).

Cuando el abuso psicológico ocurre en una atmósfera de abuso físico de carácter moderado, que es la forma de abuso físico más común en los matrimonios y en las relaciones a largo plazo, el abuso psicológico parece tener un efecto adverso mayor y más intenso que el abuso físico (O´Leary, 1999; Rodenburg y Fantuzzo, 1993; Walker, 1979). Incluso en relaciones no violentas las mujeres temen las agresiones verbales de sus parejas (Marshall, 1999; O´Leary y Jouriles, 1994).

Los estudios de los efectos perjudiciales del maltrato psicológico revelan su relación con el malestar psicológico y la baja autoestima de las víctimas (Aguilar y Nightingale, 1994; Burks, 2006; Lynch y Graham-Bermann, 2000). Así, las mujeres maltratadas pueden experimentar una pérdida de identidad directamente relacionada con el aislamiento coercitivo, el abuso emocional y los actos de desvalorización (Sackett y Saunders, 1999). En este sentido, diversos estudios en los que se observa un grado de autoestima escaso en las mujeres víctimas de violencia doméstica, no encuentran diferencias significativas entre las mujeres que han vivido maltrato físico o las que exclusivamente han padecido maltrato psicológico (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasúa y Zubizarreta, 1997a). Otros estudios encuentran incluso que la violencia psicológica, especialmente la conducta controladora, predice de manera significativa el nivel de autoestima de las mujeres que actualmente viven maltrato en mayor medida que la violencia física (Lynch y Graham-Bermann, 2000). Además, los autoinformes de las propias mujeres maltratadas sugieren que los efectos negativos del abuso psicológico en

la autoestima y en la recuperación son más prolongados y emocionalmente debilitantes que el impacto inmediato del abuso físico (Dobash y Dobash, 1981; Kasian y Painter, 1992; Okun, 1986; Walker, 1984).

Asimismo, el abuso psicológico se ha asociado fuertemente con trastornos de ansiedad, especialmente con el Trastorno de Estrés Postraumático (Vitanza, Vogel y Marshall 1995). Algunos autores incluso han observado, por sorprendente que pueda parecer, que es un predictor más fuerte del miedo que la violencia física (O'Leary, 1999) y que es un predictor independiente en el desarrollo del TEPT en la mujer maltratada (Pico-Alfonso y cols., 2006), en mayor medida incluso que la severidad o frecuencia del daño físico soportado (Arroyo, 2002). En efecto, se diagnostica trastorno de estrés postraumático en personas que han sufrido "sólo" maltrato psicológico crónico (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta 1996).

Finalmente, se ha comprobado la relación del maltrato psicológico con una sintomatología depresiva y psicosomática severa (Hoffman, 1984; Marshall, 1994, 1996; Pico-Alfonso y cols., 2006; Tolman y Bhosley, 1991). El abuso psicológico puede provocar en la mujer maltratada dudas de sí misma, confusión, depresión, una sensación de indefensión y una percepción de falta de alternativas, aspectos que dominan su estado psicológico (Hattendorf, Ottens y Lomax, 1999). Todo esto, a su vez, disminuye la capacidad de la mujer para afrontar el abuso y para poner en marcha los recursos necesarios para abandonar la relación (Sackett y Saunders, 1999), contribuyendo al ciclo de la violencia en el que está atrapada (Follingstad y cols., 1990).

La importancia de estudiar a fondo los efectos del maltrato psicológico en las víctimas está, por lo tanto, plenamente justificada, tanto porque es un campo de estudio que está todavía dando sus primeros pasos, como porque los datos que revelan las escasas investigaciones realizadas indican que tiene un enorme potencial dañino, que se tiende a subestimar (Pico-Alfonso y cols., 2006).

Por último, y especialmente a la vista de las devastadoras consecuencias que puede tener el abuso psicológico, se impone también la necesidad de su estudio desde el punto de vista de la intervención y el tratamiento. Diversos autores sugieren que es más probable que se elimine el abuso físico después de una intervención que el abuso psicológico (Edleson y Brygger, 1986; Shepard, 1987; Shepard y Campbell, 1992). Es decir, los maltratadores en tratamiento pueden llegar a disminuir su violencia física, pero aumentan o no modifican su uso de la violencia no física (Adams, 1989; Edleson y Gruszsnski, 1988; Hamberger y Hastings, 1988; Marshall, 1992, 1996; Tolman y Bennett, 1990). De esta forma, aunque el abuso físico pueda cesar, es probable que las mujeres maltratadas continúen enfrentándose al

abuso psicológico que mina su bienestar y su salud (Shepard y Campbell, 1992). Por tanto, una mejor comprensión de las formas de abuso psicológico podría ayudar a poner en marcha intervenciones más adecuadas, tanto con las víctimas como con los agresores, que impidieran que esto sucediera.

2.2. DIFICULTADES EN EL ESTUDIO DEL ABUSO PSICOLÓGICO

Tradicionalmente, las diversas investigaciones desarrolladas en el ámbito de la violencia de género han centrado su interés principalmente en el maltrato físico (Martínez, García-Linares y Picó-Alfonso, 2004; Rodríguez-Carballeira y cols., 2005). El maltrato psicológico, por el contrario, ha sido relativamente ignorado por la comunidad científica (Katz y Arias, 1999; O´Leary, 1999; Pico-Alfonso y cols., 2006). Esto puede explicarse en parte porque la propia conceptualización del maltrato ha ido evolucionando y ampliándose con el tiempo, de manera que sólo recientemente se ha pasado de contemplar exclusivamente las agresiones físicas a incluir también otros comportamientos abusivos, como son el maltrato sexual y el psicológico. Pero, además, el estudio del maltrato psicológico ha sido relegado a un segundo plano por su carácter sutil y subjetivo, el cuál plantea una doble problemática:

En primer lugar, resulta muy difícil la identificación, incluso para las propias víctimas, de los comportamientos psicológicamente abusivos (Burks, 2006). Esto es, se asume que existe un continuo de conciencia del abuso entre las víctimas, siendo algunas de ellas en un extremo inconscientes de estar siendo abusadas, lo cuál hace mucho menos probable que busquen ayuda para cambiar la relación o que decidan romperla. Así, está ampliamente aceptado que muchas personas llegan a tolerar un nivel muy alto de abuso antes de etiquetar lo que están experimentando como tal (Pipes y LeBov-Keeler, 1997).

Esto es especialmente cierto en el caso del abuso psicológico. Así, es probable que las mujeres que sufren abuso físico vean sus relaciones como abusivas, dado que nuestra sociedad ha etiquetado la agresión física como algo claramente abusivo. Sin embargo, el abuso emocional ha sido tradicionalmente más difícil de definir, especialmente el abuso emocional de naturaleza controladora, dado que en nuestra sociedad los hombres han tenido tradicionalmente más poder para determinar el comportamiento de sus parejas. A pesar de que las actitudes han cambiado, puede que aún sea difícil para una mujer reconocer que está siendo víctima de abuso (Aguilar y Nightingale, 1994).

En segundo lugar, en el ámbito de la investigación, la propia naturaleza del abuso psicológico y la dificultad para precisar sus límites plantea una gran dificultad a la hora de

llegar a una definición consensuada del mismo (O´Leary, 1999, Rodríguez-Carballeira y cols., 2005). Ésta es probablemente una de las principales razones del abandono del abuso psicológico y de los escasos intentos de estudiarlo (Follingstad y cols., 1990; O´Leary, 1999).

Los intentos de definir el abuso psicológico empíricamente han sido muy limitados. A modo de ejemplo, algunas de las pocas definiciones que se han dado son las siguientes:

Hoffman (1984) definió el abuso psicológico como "un comportamiento lo suficientemente amenazante para la mujer como para que ésta crea que su capacidad para trabajar, para interactuar con la familia o la sociedad, o para disfrutar de una buena salud física y mental, ha sido o puede ser amenazada (pp. 37)". Esta definición sugiere que se puede diferenciar entre el comportamiento molesto ocasional, cuyo impacto es desagradable y de poca duración, del abuso psicológico, que tiene efectos debilitantes duraderos en la pareja. Lo que escapa a esta definición es la variable de la experiencia subjetiva de sentirse herida o de experimentar una pérdida de autoestima (Pipes y LeBov-Keeler, 1997).

Murphy y O´Leary (1989) definieron el abuso psicológico como "comportamientos coercitivos tanto verbales (ej: insultar a la pareja) como no verbales (ej: destruir objetos o dar portazos (pp. 579)". Para ellos, el término de agresión psicológica hace referencia al tipo de comportamientos realizados, mas que a las consecuencias producidas o intencionadas.

Rodenburg y Fantuzzo (1993) concibieron los comportamientos psicológicamente abusivos como aquellos actos que un marido dirige contra su mujer, que son intencionados, o percibidos como intencionados, con el fin de dañar física o psicológicamente a la mujer, o de coercionarla sin tener en cuenta sus derechos.

Murphy y Cascardi (1999) definieron el abuso psicológico como "actos coercitivos o aversivos que tienen la intención de producir daño emocional o amenaza de daño (pp. 30)". Esta definición, al igual que la anterior, incluye la intención o el objetivo de los comportamientos psicológicamente abusivos. Así, mientras que las conductas físicamente abusivas tienen como objetivo la integridad del cuerpo, los comportamientos psicológicamente abusivos, por el contrario, tienen como objetivo el bienestar emocional o el sentido de uno mismo, produciendo a menudo miedo, aumentando la dependencia o dañando el autoconcepto de quien los recibe. Esta definición abarca además un amplio rango de comportamientos, desde acciones ligeramente coercitivas, que ocurren ocasionalmente en relaciones bien ajustadas, hasta el patrón de dominancia coercitiva y control que aparece en las relaciones de maltrato más extremo (Murphy y Hoover, 1999).

La mayoría de investigadores, a pesar de no haber intentado formular definiciones del abuso psicológico, han tratado de identificar las diversas subcategorías o tipos del mismo. A

modo de ejemplo, Rodríguez-Carballeira y cols. (2005), tras una revisión de estudios e instrumentos de medida del abuso psicológico, diferencian las siguientes estrategias de abuso psicológico en la pareja: aislamiento, control y manipulación de la información, control de la vida personal, abuso emocional, imposición del propio pensamiento e imposición de un rol servil. El análisis de esta y de otras clasificaciones revela que, aunque no hay una definición comúnmente aceptada del abuso psicológico o emocional, hay ciertos elementos clave que aparecen repetidamente. Así, se ha identificado como psicológicamente abusiva la utilización de una comunicación verbal hostil, consistente en comentarios humillantes y degradantes que atacan la autoestima de la mujer y que denigran su personalidad y su habilidad de funcionar en las diversas áreas de la vida cotidiana. También se han recogido los comportamientos de aislamiento hostil, con poca o ninguna ternura, que sugieren que los sentimientos, necesidades o deseos de la mujer no merecen ser tenidos en cuenta (Hoffman, 1984; Kasian y Painter, 1992; Murphy y Cascardi, 1999; Pipes y LeBov-Keeler, 1997; Walker, 1984). Del mismo modo, habitualmente se han considerado psicológicamente abusivos la destrucción de propiedad y las amenazas de usar la violencia o dañar físicamente a la mujer, a sus hijos o su familia (Kasian y Painter, 1992; Murphy y Cascardi, 1999; Walker, 1984). Además, muchos autores incluyen la vigilancia constante y el aislamiento como una de las categorías más importantes del abuso psicológico, que recoge aquellas conductas destinadas a desanimar a las mujeres para que no mantengan relaciones con amigos y familia, así como a aislarlas de los contactos externos y a restringir las actividades que llevan a cabo (Browne, 1987; Hoffman, 1984; Murphy y Cascardi, 1999; Pipes y Le-Bov-Keeler, 1997; Walker, 1979). En esta línea, algunas conceptualizaciones incluyen también la interferencia en el trabajo o en la educación de las mujeres (Riger, Ahrens y Blickenstaff, 2000). Por último, algunos autores incluyen el abuso o la deprivación económica como factores emocionalmente abusivos (Adams y cols., 2008; Hoffman, 1984; Pipes y LeBov-Keeler, 1997; Tolman, 1989; Walker, 1979).

En esta tesis, se emplearán diversos términos para hacer referencia al concepto de maltrato psicológico. De este modo, los términos maltrato o abuso psicológico y maltrato o abuso emocional se usarán de forma equivalente.

2.3. EVALUACIÓN DEL MALTRATO PSICOLÓGICO

La evaluación del abuso psicológico o emocional constituye una de las grandes dificultades (Rodríguez-Caraballeira y cols., 2005), así como una de las prioridades más críticas (Murphy y Hoover, 1999). Para que dicha evaluación sea fiable, es imprescindible que la agresión psicológica sea definida adecuadamente (O´Leary, 1999), a través de definiciones operacionales que permitan evaluar los niveles de abuso en las relaciones independientemente de que la mujer sea o no consciente de ser abusada o de que busque o no ayuda.

La ausencia de una definición consensuada del abuso psicológico plantea importantes problemas a la hora de operacionalizarlo. Es relativamente fácil operacionalizar los actos de control o dominancia abiertos. Esto ha llevado a que, a excepción de unos pocos, la mayoría de los investigadores hayan usado actos abiertos y fácilmente reconocibles como ítems en sus escalas para medir abuso psicológico (Hudson y McIntosh, 1981; Rodenburg y Fantuzzo, 1993; Shephard y Campbell, 1992; Tolman, 1989). Sin embargo, los comportamientos psicológicamente abusivos pueden ser de muchos tipos o niveles (Saunders, 1992).

Así, a pesar de que suponga una enorme dificultad añadida, se hace necesario hacer un esfuerzo por abarcar el amplio espectro del abuso psicológico, la diversidad de los actos abusivos (Rodenburg y Fantuzzo, 1993), incluyendo tanto actos de dominancia y control abiertos, que infligen directamente daño emocional, como actos indirectos o sutiles, que perjudican también a la mujer y limitan su bienestar (Marshall, 1992, 1996).

A lo largo de los años, han ido surgiendo diversas perspectivas o enfoques de estudio del maltrato psicológico, fruto de las cuáles se han desarrollado diversos instrumentos para evaluar este tipo de abuso.

De este modo, existen, en primer lugar, los instrumentos pioneros que, desde la teoría del conflicto, incluyeron por primera vez una medida de abuso psicológico. En segundo lugar, surgieron nuevos instrumentos enmarcados dentro del enfoque de la Dominancia-Control. Éstos, que son la inmensa mayoría de los instrumentos desarrollados, pueden dividirse en dos apartados. Por un lado, aquellos instrumentos que están basados en una concepción del abuso psicológico muy ligado al abuso físico, la cuál se plasma en subescalas destinadas a medir maltrato psicológico dentro de instrumentos más amplios. Por otro lado, los instrumentos que, concibiendo el abuso psicológico de manera independiente del abuso físico, fueron desarrollados exclusivamente para medir maltrato psicológico. Finalmente, existe otra generación de instrumentos, creados dentro de una nueva perspectiva, que rompe con el

enfoque de la Dominancia-Control para postular una concepción del maltrato psicológico mucho más amplia.

2.3.1. Instrumentos Pioneros: Perspectiva del Conflicto

La investigación en el área de la violencia doméstica se centró en un principio en el estudio del maltrato físico. Los primeros antecedentes, a principios de la década de los 70, fueron los estudios llevados a cabo por Straus (1974, 1979). Aunque su foco central era la violencia física, el instrumento que emplearon y desarrollaron en estos estudios incluía una medida de agresión psicológica (O´Leary, 1999).

La perspectiva teórica en la que se enmarca el trabajo de estos autores es la teoría del conflicto, que asume que el conflicto es una parte inevitable del género humano, mientras que la violencia como táctica para resolver conflictos no lo es (Straus, Hamby, McCoy y Sugarman, 1996). Straus se refiere al conflicto como "conflicto de intereses". Cuando habla de "conflicto", se refiere a los medios o tácticas empleadas para resolver dichos conflictos de intereses (Straus, 1979). Basándose en la teoría de la catarsis del control de la violencia, Straus concebía 3 formas principales que se utilizan a la hora de afrontar los conflictos: el Razonamiento, consistente en discusiones racionales, argumentos y razonamientos; la Agresión Verbal, consistente en actos verbales o no verbales que simbólicamente hieren al otro, así como amenazas; y la Violencia o el uso de la fuerza física contra otra persona (Straus, 1979).

Dentro de esta perspectiva surgieron los siguientes instrumentos, cuyas características, fiabilidad y validez se recogen en la tabla 5:

- Escalas de Tácticas de resolución de Conflictos (Conflict Tactics Scales - CTS)
- Escalas de Tácticas de resolución de Conflictos Revisadas (The Revised Conflict Tactics Scales - CTS2)
- Listado Para la Identificación de Casos de "Alto-Riesgo" (Checklist For Identifying "High-Risk" Cases)

Sin duda, la Escala de Tácticas de resolución de Conflictos Revisada (Conflict Tactics Scales - CTS2) es uno de los instrumentos más importantes a los que hay que hacer referencia. Éste es el instrumento más conocido y empleado en la investigación sobre maltrato, posee una buena fiabilidad y su validez ha sido refrendada en numerosos estudios, con todo tipo de muestras y poblaciones. Además, es el instrumento que más se utiliza como referente a la hora de validar nuevas escalas o instrumentos.

Con todo, su subescala de Agresión Psicológica es relativamente corta (consta de 8 ítems) y recoge fundamentalmente comportamientos abusivos de tipo verbal, tales como insultos, gritos, palabrotas y amenazas de violencia. También incluye la destrucción de propiedad, la retirada y los comportamientos para molestar a la otra persona, pero siempre concibiendo estas conductas dentro del marco de las situaciones de conflicto, con lo cuál no contempla muchas dimensiones del abuso psicológico. El rango de evaluación es, por tanto, limitado.

2.3.2. Perspectiva de la Dominancia-Control

La perspectiva feminista, que surgió con fuerza en los años 70 del movimiento de las mujeres maltratadas en centros de acogida, ha influido mucho en la conceptualización de la violencia de género y de los comportamientos a evaluar. Dicha perspectiva postula que los abusadores se sirven de múltiples formas de control coercitivo para dominar a las mujeres, y que ven sus comportamientos mantenidos por una sociedad de naturaleza patriarcal (Riger, Ahrens y Blickenstaff, 2000), que refuerza el estatus subordinado de las mujeres (Dobash y Dobash, 1979; So-Kum Tang, 1997; Yllo, 1993). Este marco teórico ha llevado a conceptualizar el abuso psicológico como actos abiertos de dominancia y control (Browne, 1987; Edleson y Grusznski, 1988; Follingstad, Brennan, Hause, Polek y Rutledge 1991; Graham y cols., 1995; Marshall, 1996; Stets, 1990).

Los instrumentos que han sido desarrollados dentro de esta perspectiva pueden agruparse en dos secciones en función del modo de concebir la relación entre abuso físico y abuso psicológico. Así, en una primera sección se incluyen los instrumentos creados por aquellos autores que entienden que el estudio del abuso psicológico es importante por su estrecha relación con el abuso físico. A continuación, en la segunda sección, se recogen los instrumentos desarrollados por aquellos autores que conciben que el estudio del abuso psicológico es importante en sí mismo, con independencia del abuso físico.

2.3.2.1. Estudio del abuso psicológico en función de su relación con el abuso físico

La investigación sobre el abuso psicológico se ha realizado fundamentalmente en términos de su relación con el abuso físico (Pipes y LeBov-Keeler, 1997), entendiéndolo como un mero complemento a la violencia física (Rodríguez-Carballeira y cols., 2005), ya que tradicionalmente se ha asumido que estaba muy ligado a la misma (Adams, 1989;

Campbell, Campbell, King, Parker y Ryan 1994; Hilberman y Munson, 1978; Marshall, 1996; Walker, 1979). Así, muchas de las escalas desarrolladas incluyen la evaluación del abuso psicológico dentro del estudio del maltrato físico, y lo hacen a través de subescalas formadas por listas de comportamientos psicológicamente abusivos, fundamentalmente de tipo verbal en las primeros instrumentos creados y ampliando a diversos tipos de abuso psicológico en las escalas desarrolladas posteriormente.

Dentro de este enfoque encontramos las siguientes escalas, cuyas características, fiabilidad y validez pueden consultarse en la tabla 6 y tabla 7:

- Índice de Abuso Conyugal (Index of Spouse Abuse - ISA)
- Escalas de Abuso en la Pareja (The Partner Abuse Scales: Physical - PASPH and Non-Physical - PASNP)
- Medida de Violencia en las relaciones de Noviazgo (Measure of Courtship Violence - MCV)
- Inventario de Abuso a la Mujer (Wife Abuse Inventory - WAI)
- Escalas de Agresión y Asertividad Conyugales (Spouse Specific Aggression - SSAgg - and Assertion - SSAss - Scales)
- Inventario de Conducta Abusiva (Abusive Behavior Inventory - ABI)
- Medida de Abuso a la Mujer (Measurement of Wife Abuse - MWA)
- Cuestionario sin nombre que evalúa diversos tipos de experiencias abusivas
- Escala de Abuso Compuesto (Composite Abuse Scale - CAS)
- Medida sin nombre de Abuso Psicológico, Físico, Sexual y Económico
- Escala de Abuso en Relaciones Íntimas (Abuse Within Intimate Relationships Scale - AIRS)

2.3.2.2. Estudio del abuso psicológico independientemente de la violencia física

A pesar de la concepción tradicional del abuso psicológico ligado a la violencia física, cada vez más se reconoce que hay un amplio rango de comportamientos abusivos que pueden ser utilizados para aterrorizar a la víctima sin implicar necesariamente el uso de la fuerza física (Shepard y Campbell, 1992) y que pueden tener consecuencias muy dañinas por sí mismos. De esta forma, hay un cuerpo creciente de literatura que concibe el abuso psicológico de manera independiente del abuso físico (Pipes y LeBov-Keeler, 1997), lo cuál se refleja en la creación de diversos instrumentos destinados exclusivamente a evaluar abuso psicológico

(ver tabla 8, tabla 9 y tabla 10 para consulta de las características, fiabilidad y validez de estos instrumentos)

- Listado Diagnóstico de Abuso Psicológico (Psychological Abuse Diagnostic Checklist - PADC)
- Escala de Abuso Psicológico para Mujeres Casadas (Psychological Abuse Scale for Married Women)
- Inventario de Maltrato Psicológico a las Mujeres (Psychological Maltreatment of Women Inventory - PMWI)
- Inventario de Maltrato Psicológico (Psychological Maltreatment Inventory - PMI)
- Medida sin nombre de abuso emocional en relaciones físicamente abusivas
- Índice de Abuso Psicológico (Index of Psychological Abuse - IPA)
- Escala de Abuso Psicológico (Psychological Abuse Scale - PAS)
- Perfil de Abuso Psicológico (Profile of Psychological Abuse)
- Escala de Abuso Emocional (Emotional Abuse Scale)
- Escala de Abuso Laboral/Educacional (Work/School Abuse Scale - W/SAS)
- La Escala de Dominancia (The Dominance Scale)
- El Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja (IAP)

En cuanto a los instrumentos desarrollados dentro de la perspectiva de la Dominancia-Control, podemos decir en general que cubren, unos más y otros menos, un amplio espectro del maltrato psicológico, midiendo diversas dimensiones del mismo cuyo objetivo es el control y sometimiento de la pareja. Así, además del abuso verbal (gritos, insultos, etc.), la intimidación y las amenazas y la destrucción de propiedad, los instrumentos basados en este marco teórico incluyen la evaluación del aislamiento y el control (control del tiempo, trabajo o educación, relaciones sociales, amistades, finanzas, etc.); la denigración (humillar, degradar, minusvalorar, criticar, no respetar los sentimientos o deseos de la pareja, etc.); la dominancia (demandar obediencia, uso de privilegios masculinos, no colaborar en las tareas domésticas ni en el cuidado de los hijos, etc); y la retirada hostil de afecto, entre otros.

A continuación se mencionará una selección de los mejores instrumentos creados dentro de esta perspectiva, todos los cuáles cuentan con un rango de evaluación de comportamientos psicológicamente abusivos amplio, similar al que ha sido descrito.

Dentro de este grupo, el instrumento más conocido y empleado es el Inventario de Maltrato Psicológico a las Mujeres (Psychological Maltreatment of Women Inventory – PMWI). Es un buen instrumento, formado por 54 ítems, cuya fiabilidad y validez ha quedado

establecida en muchos estudios. Al PMWI se le critica que se creó utilizando una muestra formada por un colectivo muy específico de miembros de un programa de violencia doméstica, por lo que quizás tiende a evaluar abuso emocional severo.

Otros instrumentos que, a pesar de no poseer tanto renombre como el PMWI, tienen una gran solidez son Las Escalas de Abuso en la Pareja, en particular la escala de abuso No Físico (The Partner Abuse Scale Non Physical – PASNP). Esta escala, compuesta de 25 ítems, cuenta con unos datos de fiabilidad excelentes, así como con una buena validez. Se trata de la revisión del Índice de Abuso Conyugal (Index of Spouse Abuse), que también demostró tener una buena fiabilidad y validez. Además, ambos instrumentos fueron creados y validados empleando una muestra de universitarias, mujeres maltratadas y un grupo control.

El Inventario de Conducta Abusiva (Abusive Behavior Inventory – ABI), que incluye una subescala de abuso psicológico de 20 ítems, es otro instrumento a tener en cuenta, dado que tiene una buena fiabilidad y validez, y fue desarrollado con una población de maltrato y con otra de no maltrato, formadas tanto por hombres como por mujeres.

Asimismo, resulta interesante el Índice de Abuso Psicológico (Index of Psychological Abuse – IPA). Este instrumento, de 33 ítems, cuenta con unos buenos coeficientes de fiabilidad y con una validez moderada. Además, fue creado y validado con una muestra de universitarias y mujeres maltratadas.

También cabe mencionar brevemente, aunque ya con un grado menor de importancia, la Escala de Abuso Compuesto (Composite Abuse Scale – CAS). Está formada por ítems extraídos de otros instrumentos, como el ISA, el PMWI, el CTS y el MWA, y tiene una fiabilidad y una validez preliminar buenas. Sin embargo, fue desarrollada y validada en su totalidad con una muestra de enfermeras, lo cuál limita mucho su posible generalización y aplicación en otras poblaciones.

Del mismo modo, caben ser señalados tanto la Medida de Abuso a la Mujer (Measurement of Wife Abuse – MWA) como el Perfil de Abuso Psicológico (Profile of Psychological Abuse). A pesar de que ambos cuentan con una buena fiabilidad, presentan problemas con la validez, o ésta aún no ha sido demostrada, y se basan en muestras formadas exclusivamente por mujeres maltratadas.

Finalmente, el Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja (IAP), es un instrumento relativamente breve y sencillo, a la vez que completo, y cuenta con una buena validez y consistencia interna (Calvete, Corral y Estévez, 2005). Elaborado recientemente, el IAP está basado en las recomendaciones publicadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades de EEUU, que promueve la consistencia en cuanto a terminología

y recogida de datos relacionada con la violencia en las relaciones de pareja. Incluye 17 actos abusivos (ej: controló lo que podía y no podía hacer; me prohibió el acceso al teléfono o al transporte, hizo algo deliberadamente para hacerme sentir mal), considerados por un panel de expertos indicadores de maltrato en el ámbito de las relaciones íntimas de pareja (Saltzman y cols., 1999).

Dentro de los instrumentos desarrollados en el marco de la perspectiva de la Dominancia-Control, vale la pena hacer mención aparte de aquellos que tienen como objetivo evaluar el maltrato psicológico en poblaciones de noviazgo. En concreto, cabría destacar dos de ellos.

El Inventario de Maltrato Psicológico (PMI) es un instrumento adaptado del PMWI. Cuenta con una buena fiabilidad y, aunque no se poseen datos de su validez, en principio cabría esperar que no se encontraran grandes problemas en la misma, dada la solidez de la fuente de la que proceden los ítems.

Asimismo, la Escala de Abuso Emocional (Emotional Abuse Scale) es otro instrumento a tener en cuenta, ya que tiene unos coeficientes de fiabilidad buenos y ha demostrado tener una buena validez de constructo.

2.3.3. Nueva Perspectiva

Aunque algunos autores han reconocido implícita o explícitamente que el abuso psicológico puede existir independientemente de la violencia física, hasta muy recientemente no se ha cuestionado la perspectiva de la dominancia-control.

Marshall introdujo una nueva perspectiva del abuso psicológico, con influencia social, basada en estudios y teorías con muestras “normales”, no violentas, según la cuál el abuso psicológico surge de procesos intrapersonales e interpersonales normales que ocurren en las interacciones cotidianas. Otras perspectivas pasan por alto mucha información, ya que no contemplan muchas acciones que pueden producir daño psicológico y emocional (Marshall, 1999). La autora mantiene, por tanto, una concepción del abuso psicológico mucho más amplia que la tradicional. La mayoría de los investigadores han concebido el abuso psicológico o emocional desde una perspectiva de la violencia, dentro del contexto de la presencia de actos violentos. Sin embargo, Marshall considera que es probable que el abuso psicológico tenga una prevalencia mucho mayor y que sea el que proporcione el contexto para la violencia y la agresión sexual. Entiende, por tanto, que el abuso psicológico puede darse sin

que haya violencia o agresiones sexuales y que es probable que los diversos tipos de abuso psicológico medien los efectos de aquéllas (Marshall, 1996).

Además, para Marshall, el abuso psicológico tiene, por sí mismo, el potencial de dañar muy negativamente a la mujer: puede incidir en percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos, teniendo el potencial de afectar profundamente al sentido de si misma de la mujer en todas las áreas de su vida. Así, esta perspectiva puede verse como un abordaje de cambio de actitudes. Esto es, una mujer es minada gradualmente a través de la repetición o combinación de mensajes que provocan cambios en sus actitudes sobre sí misma (su autoconcepto), su pareja, su relación, sus amigos, etc. (Marshall, 1996, 1999).

El abuso está en los resultados de los procesos interpersonales, en el efecto de los actos. En las interacciones cotidianas, algunos hombres pueden producir daño a las mujeres sin tener necesariamente la intención de hacerlo (Marshall, 1999), y es que no es necesario que haya intención para que los mensajes comunicativos se envíen y sean interpretados. La intención por tanto es irrelevante a la hora de que los mensajes produzcan el efecto de minar y cambiar a la mujer. Del mismo modo, la mujer puede no ser consciente de los actos y mensajes precisos o de sus efectos dañinos, pero eso no impide que tales consecuencias se produzcan igualmente (Marshall, 1996, 1999).

Los mensajes dañinos pueden transmitirse de forma abierta, pero también de forma muy sutil, tanto a través de palabras específicas, como a través del tono de voz, expresiones faciales, gestos, etc., de manera que puede o puede que no sea reconocido como abusivo por un observador o por la propia persona a la que va destinado el mensaje. El conocimiento íntimo de una persona, de sus debilidades y de las áreas en las que es vulnerable, implica que no es necesario emplearlo de manera abiertamente controladora o dominante, sino que puede usarse para producir daño en un contexto amoroso (ej: “cariño, tu asertividad no hace más que causarte problemas. A la gente no le gustas porque les das miedo”) (Marshall, 1996), o en broma con el fin de divertirse. En todos los casos pueden causar el mismo efecto dañino. En este sentido, diversos estudios anteriores demuestran que incluso los actos de abuso psicológico con un componente claro de dominación, como inducir debilidad física, se llevan a cabo tanto de forma amenazante y seria como de manera cariñosa o en broma. Por tanto, es muy importante que el contexto de los comportamientos abusivos no se reduzca a situaciones de conflicto. Es más, siguiendo la teoría de la atribución, es más probable que se cause un daño mayor a la autoestima cuando dichos comportamientos tienen lugar en situaciones de calma (Marshall, 1999).

Los instrumentos desarrollados por Marshall, en los que se puede apreciar su evolución dentro de esta línea de pensamiento, son los siguientes (ver tabla11 para consulta de las características, fiabilidad y validez de estos instrumentos):

- Escalas de Severidad de la Violencia Contra las Mujeres (Severity of Violence Against Women Scales - SVAWS)
- Evaluación de diversos tipos de Abuso Psicológico
- Medida del Abuso y Daño Psicológico por parte de los Hombres en las Relaciones: Escala Abierta y Escala Sutil (Men´s Psychological Harm and Abuse in Relationships Measure: Overt scale and Subtle scale - MP-HARM-O y MP-HARM-S)
- Escala de Abuso Psicológico Sutil y Abierto a las Mujeres (Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale - SOPAS)

En lo que se refiere a los instrumentos desarrollados en el marco de la nueva perspectiva introducida por Marshall, puede decirse que, al estar basados en una concepción del maltrato psicológico mucho más amplia que la tradicional, abarcan un dominio mayor del mismo. De este modo, a la evaluación del maltrato psicológico abierto, que incluye todos los tipos de maltrato psicológico recogidos en los instrumentos descritos anteriormente, añaden la evaluación de una nueva dimensión, que puede ser tanto o más dañina que las anteriores: el maltrato psicológico sutil. Así, estos instrumentos recogen mejor que ninguno la enorme complejidad del abuso psicológico.

El último instrumento fruto de esta perspectiva es la Escala de Abuso Psicológico Sutil y Abierto a las Mujeres (Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale – SOPAS). Se trata de un instrumento que evalúa 35 tipos diferentes de abuso psicológico. A pesar del atractivo y el interés del SOPAS, no se poseen datos acerca de su fiabilidad y validez, lo cuál es una carencia importante, que sería importante solventar en futuros estudios.

TABLA 5: INSTRUMENTOS DENTRO DE LA PERSPECTIVA DEL CONFLICTO

INSTRUMENTO, AUTOR, FECHA	**MUESTRA**	**SUBESCALAS, ÍTEMS Y ESCALA RESPUESTA**	**ANÁLISIS FACTORIAL**	**FIABILIDAD**	**VALIDEZ**
Conflict Tactics Scales (CTS) – (Straus, 1979)	- Universitarios - Parejas casadas (estudios nacionales)	Subescala de Agresión verbal (6 ítems). Simetría ítems. Escala Respuesta tipo Likert.	Confirmatorios: 3 factores Exploratorios: cuarto factor de violencia severa	Agresión Verbal (datos de marido a mujer): Alphas = .73, .80, .77 y .82	V.Concurrente moderada. V.Constructo: mucha evidencia
CTS2 - (Straus, Hamby, Mccoy y Sugarman, 1996)	- Universitarios.	Subescala de Agresión Psicológica (menor y severa) (8 ítems). Simetría ítems. Respuesta tipo Likert.	Confirmatorios: mejor solución: 7 factores (agresión psicológica menor y severa factores independientes).	Agresión Psicológica: Alpha = .79	V.Constructo buena. V.Discriminant buena.
Checklist For Identifying "High-Risk" Cases (Straus, 1996)	Basado en estudios con muestras de violencia extrema.	Criterio A: Cronicidad. Criterio B: 16 comportamientos entre los que se incluyen actos psicológicamente agresivos.		No hay datos.	No hay datos.

TABLA 6: INSTRUMENTOS DENTRO DE LA PERSPECTIVA DE LA DOMINANCIA-CONTROL
1. ABUSO PSICOLÓGICO LIGADO AL ABUSO FÍSICO

INSTRUMENTO, AUTOR, FECHA	MUESTRA	SUBESCALAS, ÍTEMS Y ESCALA RESPUESTA	ANÁLISIS FACTORIAL	FIABILIDAD	VALIDEZ
Index of Spouse Abuse (ISA) (Hudson y McIntosh, 1981)	- Universitarias. - Mujeres maltratadas y grupo control.	Subescala de Abuso No-Físico (15 ítems). Escala de Respuesta tipo Likert de 5 puntos.	Componentes Principales: confirmó las dimensiones previas. Problema: correlación elevada entre las 2 subescalas.	Abuso No-Físico: Alpha = .91, .97 y .95. Error de medida = 3.30. Versión reducida: Alpha=.92.	V.Constructo buena. V.Criterio buena.
Partner Abuse Scales (PASPH and PASNP) *(*Hudson, 1990)	- Mujeres maltratadas y grupo control.	Escala de Abuso No Físico (PASNP): 25 ítems. Escala Respuesta tipo Likert de 7 puntos.		PASNP: Alphas = .95 y .98.	V.Concurrente buena. V.Discriminant buena.
Measure of Courtship Violence (MCV) (Makepeace, 1981)	- Universitarios (NOVIAZGO).	Ítems incluyen violencia amenazada.		No hay datos.	No hay datos.
Spouse Specific Aggression and Assertion Scales (O´Leary y Curley, 1986)	Parejas: Abusivas; en discordia pero no abusivas; satisfechas y no abusivas.	Escala de Agresión psicológica (SSAgg): 12 ítems. Escala de Respuesta tipo Likert de 6 puntos.	Análisis Exploratorio: confirmó los 2 factores.	SSAgg: Alphas = .82 y .81.	V. Criterio buena. V. Constructo buena.
Wife Abuse Inventory (WAI) (Lewis, 1983, 1987)	- Mujeres maltratadas y grupo control.	Incluye escala de 28 ítems, algunos relacionados con el abuso psicológico.		Alpha = .90	V. Constructo buena.
Abusive Behavior Inventory (ABI) (Shepard y Campbell, 1992)	- Maltratadores y sus mujeres. - Abusadores/no abusadores/abusadas/no abusadas.	Subescala de Abuso Psicológico de 20 ítems. Escala de Respuesta tipo Likert de 5 puntos.	Correlaciones Ítems-Total. Reestructuración de algunos ítems en función de su peso en los factores.	Alpha entre .70 y .92. Error estándar de medida entre .04 y .12. Tras modificaciones: Alphas entre .76 y .91.	V. Criterio buena. V. Constructo buena.

TABLA 7: INSTRUMENTOS DENTRO DE LA PERSPECTIVA DE LA DOMINANCIA-CONTROL
1. ABUSO PSICOLÓGICO LIGADO AL ABUSO FÍSICO

INSTRUMENTO, AUTOR, FECHA	MUESTRA	SUBESCALAS, ÍTEMS Y ESCALA RESPUESTA	ANÁLISIS FACTORIAL	FIABILIDAD	VALIDEZ
Measurement of Wife Abuse (MWA) (Rodenburg y Fantuzzo, 1993)	- Mujeres maltratadas.	Subescala de Abuso Psicológico de 15 ítems.	Análisis Confirmatorios: corroboraron los 4 factores hipotetizados.	Alphas entre .73 y .94.	Sólo datos de validez concurrente: sugieren problemas.
Sin Nombre (Aguilar y Nightingale, 1994)	Grupo de mujeres maltratadas y grupo control universitario.	Abuso emocional/controlador y sexual/controlador: 10 ítems. Escala Respuesta Dicotómica.	Análisis de componentes principales: confirmó, pero surgió un cuarto factor misceláneo.	No hay datos.	No hay datos.
Composite Abuse Scale (CAS) (Hegarty, Sheehan y Schonfeld, 1999)	- Enfermeras/os.	43 ítems. Subescala de Abuso Emocional: 9 ítems. Escala de Respuesta tipo Likert de 5 puntos.	Análisis componentes principales: 4 factores: Abuso Combinado Severo,Abuso Emocional, Abuso Físico y Acoso.	Alphas > .90. Alpha de subescala de Abuso Emocional = .92. Correlaciones ítems-total > .6.	V. Criterio buena. V. Constructo preliminar.
Sin Nombre (Haj-Yahia, 1999)	Estudios nacionales con mujeres casadas palestinas.	Subescala de Abuso Psicológico de 16 ítems. Escala de Respuesta tipo Likert de 3 puntos.	Distribución de los ítems en factores en función de las correlaciones Ítems-Total.	Subescala de Abuso Psicológico: Alphas = .92 y .91.	No hay datos.
Abuse Within Intimate Relationships Scale (AIRS) (Borjesson, Aarons y Dunn, 2003)	Estudiantes universitarios.	Subescala de Abuso Psicológico de 16 ítems. Escala Respuesta tipo Likert de 8 puntos.	Análisis Exploratorios y Confirmatorios: 2 factores de 2º orden y 5 subfact. Factor Abuso Psicológico: Emocional, Verbal y Conductas Engañosas.	Abuso Emocional, Engaño y Abuso Verbal: Alphas = .87, .80, .73.	No hay datos.

TABLA 8: INSTRUMENTOS DENTRO DE LAPERSPECTIVA DE LA DOMINANCIA-CONTROL
2. ABUSO PSICOLÓGICO INDEPENDIENTE DEL ABUSO FÍSICO

INSTRUMENTO, AUTOR, FECHA	MUESTRA	SUBESCALAS, ÍTEMS Y ESCALA RESPUESTA	ANÁLISIS FACTORIAL	FIABILIDAD	VALIDEZ
Psychological Abuse Diagnostic Checklist (PADC) (Hoffman, 1984)	25 mujeres víctimas de abuso psicológico.	70 ítems, agrupados en 22 áreas, 19 relacionadas con la pareja y 3 referentes a la mujer.		No hay datos.	No hay datos.
Psychological Abuse Scale for Married Women (Raymond, Gillman y Donner, 1978)	- Mujeres casadas. - Universitarias (adaptación para NOVIAZGO)	35 ítems. Escala de Respuesta tipo Likert de 5 puntos.	¿Stein, 1982?	¿Stein, 1982?	¿Stein, 1982?
Psychological Maltreatment of Women Inventory (PMWI) (Tolman, 1989)	Mujeres maltrat. y hombres abusivos. Mujeres abusadas, no abusadas y no satisfechas, no abusad. satisfechas	58 ítems. Escala de Respuesta tipo Likert de 5 puntos. Versión Reducida: 14 ítems.	Análisis: 2 subescalas: Dominancia/Aislamiento (28 ítems) y Emocional / Verbal (20 ítems). Análisis versión reducida: confirmó factores.	Dominancia/Aislamiento: Alpha = .91 y .94. Emocional/Verbal: Alpha = .93 y .92. Versión Reducida: Alphas = .88 y .92.	V. Constructo buena. V. Criterio: problemas?
Psychological Maltreatment Inventory (PMI) (Kasian y Painter, 1992)	- Universitarios (NOVIAZGO).	Modificación del PMWI. 60 ítems, 40 negativos y 20 positivos. Escala de Respuesta tipo Likert de 6 puntos	Exploratorio: 6 factores: Ítems Positivos, Control Emocional y Aislamiento, Autoestima, Celos, Abuso Verbal y Retirada.	Alphas = .89, .83, .82, .82, .82 y .72.	No hay datos.
Sin Nombre (Follingstad y cols., 1990)	- Mujeres voluntarias con historia de abuso físico.	6 tipos de Abuso Emocional: Ataques Verbales, Aislamiento, Celos/Posesividad, Amenazas de abuso, Amenazas de divorcio Daño o destrucción propiedad.		No hay datos.	No hay datos.

TABLA 9: INSTRUMENTOS DENTRO DE LAPERSPECTIVA DE LA DOMINANCIA-CONTROL

2. ABUSO PSICOLÓGICO INDEPENDIENTE DEL ABUSO FÍSICO

INSTRUMENTO, AUTOR, FECHA	MUESTRA	SUBESCALAS, ÍTEMS Y ESCALA RESPUESTA	ANÁLISIS FACTORIAL	FIABILIDAD	VALIDEZ
Index of Psychological Abuse (IPA) (Sullivan, Parisian y Davidson, 1992)	- Estudiantes universitarias. - Mujeres maltratadas.	33 ítems. Escala de Respuesta tipo Likert de 4 puntos.	Solución de 6 factores: Críticas y ridiculización, Aislamiento social y control, Amenazas y violencia, Abandono Emocional, Manipulación, Insensibilidad emocional.	Alphas de la escala = .97 y .89 Alphas de las subescalas = entre .68 y .93.	V. Convergente y Discriminante moderadas.
Psychological Abuse Scale (PAS) (Pipes y LeBov-Keeler, 1997)	- Estudiantes universitarios (NOVIAZGO).	15 ítems. Escala de Respuesta tipo Likert de 7 puntos.		Alpha de la escala = .89.	No hay datos. V. Constructo parece buena.
Profile of Psychological Abuse (Sackett y Saunders, 1999)	- Mujeres abusadas.	21 ítems. Escala de Respuesta tipo Likert de 7 puntos.	Solución de 4 factores: ridiculización de rasgos (5 ítems), crítica de comportamientos (3 ítems), ignorar (5 ítems), celos/control (8 ítems).	Alphas de las subescalas: .79, .75, .80 y .85.	No hay datos.
Emotional Abuse Scale (Murphy y Hoover, 1999)	- Estudiantes universitarios (NOVIAZGO)	54 ítems. 4subescalas: Dominancia/Intimidación (15), Aislamiento Restrictivo (7), Denigración (17), Retirada Hostil (9). Respuesta tipo Likert 7 puntos.	Análisis de componentes principales: corroboró parcialmente la estructura establecida.	Alphas = .84 y .85, .88 y .91, .89 y .92, .83 y .91, para aislamiento restrictivo, retirada hostil, denigración y dominancia/intimidac.	V. Constructo buena.

TABLA 10: INSTRUMENTOS DENTRO DE LAPERSPECTIVA DE LA DOMINANCIA-CONTROL

2. ABUSO PSICOLÓGICO INDEPENDIENTE DEL ABUSO FÍSICO

INSTRUMENTO, AUTOR, FECHA	MUESTRA	SUBESCALAS, ÍTEMS Y ESCALA RESPUESTA	ANÁLISIS FACTORIAL	FIABILIDAD	VALIDEZ
Work/School Abuse Scale (W/SAS) (Riger, Ahrens y Blickenstaff, 2000)	- Mujeres maltratadas en centros de acogida.	12 ítems para evaluar interferencia en el empleo y educación. Subescalas: Tácticas Restrictivas (6) y Tácticas de Interferencia (6). Escala Respuesta Dicotómica.	Muestra demasiado pequeña para permitir análisis factoriales.	Alphas de las subescalas = .73 y .77 Alpha escala = .82	V. Convergente buena.
The Dominance Scale (Hamby, 1996)	- Estudiantes universitarios.	37 ítems: Autoridad (14), Restricción (12) y Denigración (11). Respuesta: tipo Likert de 4 puntos.	Muestra demasiado pequeña. Análisis de factores principales para cada subescala apoyaron soluciones de un factor.	Alphas de las subescalas = .80, .73 y .82. Y entre .92 y .95.	V. Convergente buena.
Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja (IAP) (Calvete, Corral y Estévez, 2005)		17 ítems acerca de diversos comportamientos abusivos, indicadores de maltrato psicológico, según panel de expertos. Respuesta: tipo Likert (= que CTS-2)		Alpha de la escala = .94	Buena

TABLA 11: INSTRUMENTOS DENTRO DE LA NUEVA PERSPECTIVA

INSTRUMENTO, AUTOR, FECHA	MUESTRA	SUBESCALAS, ÍTEMS Y ESCALA RESPUESTA	ANÁLISIS FACTORIAL	FIABILIDAD	VALIDEZ
Severity of Violence Against Women Scales (SVAWS) (Marshall, 1992)	- Estudiantes universitarias. - Mujeres de la comunidad.	46 ítems. Distintas versiones: SVAWS, SWAMS, SVAW-S Escalas de respuesta tipo Likert de 4 puntos.	Exploratorios: 9 fact. (80.6%): amenazas viol. leve, moderada y seria; viol. leve, menor, moderada y seria; viol. simbólica; y viol. sexual. Fact. 2º orden: amenazas y violencia en sí. Media correlaciones ítems-dimensión: .73, .788	Alphas de las dimensiones = entre .92 y .96.	No hay datos.
Sin Nombre (Marshall, 1996)	- Mujeres voluntarias en "relaciones malas o estresantes"	51 ítems. Escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos.	Agrupación por frecuencia (Baja, moderada o alta) y tipos de abuso: 6 grupos.	No hay datos.	No hay datos.
Men´s Psychological-Harm and Abuse in Relationships Measure – Overt and Subtle scales (Marshall, 1999)	- Mujeres con ingresos bajos.	MP-HARM-O (conductas abusivas abiertas): 35 ítems. MP-HARM-S (conductas abusivas sutiles): 33 ítems Escalas de respuesta tipo Likert de 10 puntos.	Análisis: MP-HARM-O: 4 factores: dominancia, indiferencia, descrédito y control/monitorización. MP-HARM-S: 3 factores: aislamiento, minusvaloración y humillación.	No hay datos.	No hay datos.
Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale (SOPAS) (Marshall, 2000)	- Mujeres con ingresos bajos.	35 ítems. Escalas de Respuesta tipo Likert (de 12, 6 o 10 puntos según la muestra)	1 sólo factor, que explica entre el 60.4% y el 64.1% de la varianza. Correlaciones entre puntuaciones del SOPAS en diferentes momentos: entre .49 y .68.	No hay datos.	No hay datos.

CAPÍTULO 3:

SECUELAS DEL MALTRATO

3.1. INTRODUCCIÓN

La vivencia de malos tratos tiene repercusiones muy negativas en la salud de las personas afectadas, tanto a nivel físico como a nivel de salud mental (Bonomi, Thompson, Anderson y cols., 2006; Campbell, 2002; Coker y cols., 2002; Frye, 2007; García-Moreno y cols., 2006; Kernic, Wolf y Holt, 2000; Klevens y cols., 2008; Oosthuizen y Wissing, 2005; Ratner, 1998; Stark, 2006; Umberson, Anderson, Glick y Shapiro, 1998; Walton-Moss, Manganello, Frye y Campbell, 2005; Wilson y cols., 2007; Zust, 2006).

La gravedad de las secuelas va a depender de la frecuencia, la severidad y la prolongación en el tiempo de los comportamientos abusivos: cuanto más a menudo se den los abusos y cuanto mayor sea su severidad, mayores serán las secuelas que presente la víctima (Bonomi y cols., 2006; Follingstad y cols., 1991; Krug y cols., 2002; Oosthuizen y Wissing, 2005) y menores serán sus fortalezas y sus recursos psicológicos, en lo que puede entenderse como una espiral descendente de problemas de salud física y mental (Oosthuizen y Wissing, 2005). Del mismo modo, cuanto mayor sea el tiempo de permanencia en una relación de maltrato, más devastadoras serán las consecuencias psicológicas. De hecho, este tipo de relaciones suelen prolongarse mucho en el tiempo, de manera que los síntomas psicológicos que aparecen en la víctima tienden a cronificarse. Además, el impacto en el tiempo de diferentes tipos de maltrato y de múltiples episodios de violencia parece ser acumulativo (Oosthuizen y Wissing, 2005) y las consecuencias pueden persistir incluso cuando el maltrato ha desaparecido (Campbell y cols., 2002; Krug y cols., 2002; Woods, 2000).

Las secuelas pueden darse tanto a corto como a largo plazo (Campbell, 2002; Holmes y cols., 2007; Martínez y cols., 2004; Pico-Alfonso y cols., 2006; Plichta, 2004). Asimismo, no se dan de forma aislada, sino que suelen aparecer asociadas y relacionadas entre sí.

3.2. SECUELAS FÍSICAS

La violencia contra las mujeres impacta en la salud física tanto de forma directa como indirecta. La repercusión directa se observa en las múltiples lesiones o secuelas físicas que las mujeres víctimas presentan como consecuencia inmediata de las agresiones violentas. Según el Informe Mundial de Violencia y Salud de la OMS, entre el 40% y el 72% de las mujeres que han experimentado violencia física por parte de sus parejas, resulta lesionada en algún momento de su vida. Es más, la violencia de género supone la causa más común de lesiones en las mujeres, por encima de los accidentes, robos o violaciones (Stark y Fitcraft, 1988).

Incluso en algunos casos, llega a producirse la consecuencia más extrema de este problema, es decir, la muerte de las víctimas (Pershad, 2003). Estudios de Australia, Canadá, Israel, Sudáfrica y Estados Unidos, indican que entre un 40% y un 70% de las mujeres asesinadas fue víctima de su marido o novio, frecuentemente en el contexto de relaciones abusivas (Krug y cols., 2002). Estudios llevados a cabo en la Unión Europea muestran que las mujeres de entre 15 y 44 años tienen más probabilidades de morir o quedar gravemente heridas a causa de la violencia doméstica que por el cáncer, los accidentes de tráfico y la malaria juntos. En España se estima que entre un 20% y un 40% de las mujeres que cometen suicidio cada año ha sufrido malos tratos por parte de su pareja (Lorente, 2001). Además, según datos recogidos por el Instituto de la Mujer en la última década, una media de 62 mujeres ha sido asesinadas cada año por sus parejas o ex-parejas, oscilando esta cifra entre un mínimo de 50, en el año 2001, y un máximo de 75, en el año 2008.

Asimismo, más allá de las lesiones producidas por las agresiones, el maltrato tiene también un impacto indirecto en la salud física de las víctimas de malos tratos. Esto se refleja en el hecho contrastado de que las mujeres maltratadas presentan un peor nivel de salud general (Lesserman y cols., 1997; Walker, Gelfand, Gelfand, Koss y Katon, 1995; Wilson y cols., 2007), caracterizado por una amplia gama de problemas médicos (Stark, 2006) y enfermedades crónicas (Cocker y cols., 2002; DeMaris y Kaukinen, 2005; Kessler y Magee, 1994; Marshall, 1996; Mazza, Dennerstein y Ryan, 1996; Tower, 2007; Zust, 2006). En este sentido, se ha demostrado que la violencia contra las mujeres también incrementa el riesgo en las víctimas de padecer enfermedades en el futuro (Krug y cols., 2002).

Las enfermedades o problemas médicos que suelen presentar las mujeres maltratadas a menudo son psicosomáticos, es decir, derivados de su estado psicológico, debido a la situación de estrés crónico y de vulnerabilidad psicológica que padecen. De hecho, la consecuencia más común de la violencia doméstica en la salud física no son las lesiones, sino los llamados trastornos funcionales (Labrador y Alonso, 2005/2006). Existe, por ejemplo, evidencia de que el estrés producido por la vivencia de un maltrato puede ser un factor mediador en la aparición de diversas problemáticas crónicas, como la hipertensión o problemas del sistema inmunológico (Koss, Koss y Woodruff, 1991; Resnick y Acierno, 1997; Tomasulo y McNamara, 2007). Además, está comprobado que el maltrato se asocia a una mayor probabilidad de tener disfunciones sexuales, trastornos ginecológicos o enfermedades de transmisión sexual (Browne, 1993; El-Bassel, Gilbert, Krishnan y cols., 1998; Parker y Lee, 2002; Resnick y cols., 2000; Wu, El-Bassel, Witte, Gilbert y Chang, 2003), problemas gastrointestinales, trastornos del sueño y de la alimentación, fibromialgia y

dolor crónico (Campbell, 2002; Golding, 1999; Kendall-Tackett, Marshall y Ness, 2003; Krug y cols., 2002; Lown y Vega, 2001; Sutherland, Bybee y Sullivan, 2002; Zlotnick, Johnson y Kohn, 2006). Las problemáticas crónicas pueden, por un lado, venir determinadas por el maltrato. Por otro lado, es posible que el maltrato intensifique problemas crónicos ya existentes (Wilson y cols., 2007)

3.3. SECUELAS PSICOLÓGICAS

La violencia doméstica es extremadamente debilitante (Murphy, 2000) y produce serias consecuencias en la salud mental de sus víctimas. Se calcula que el 60% de las mujeres maltratadas tiene problemas psicológicos moderados o graves (Lorente, 2001). Existe una evidencia clínica sustancial de que las víctimas de violencia de género, especialmente las que lo han sido con una mayor severidad y frecuencia, tienen más probabilidad de experimentar distrés psicológico severo (Holmes y cols., 2007) y crónico (Keeler y Magee, 1994), así como de tener un nivel menor de bienestar psicológico y una menor calidad de vida en diversos aspectos de su vida (Oosthuizen y Wissing, 2005).

Los cuadros clínicos asociados con más frecuencia a la violencia familiar son los trastornos de ansiedad, especialmente el trastorno por estrés postraumático, la depresión, incluyendo la ideación suicida, así como el abuso y dependencia de alcohol y de otras sustancias (Aguilar y Nightingale, 1994; Burke y cols., 2004; Campbell, 2002; Cascardi y O´Leary, 1992; Coker y cols., 2002; Dutton, 1992; Follingstad y cols., 1991; Golding, 1999; Goodman, Koss y Russo, 1993; Herman, 1992; Holmes y cols., 2007; Humphreys, Parker y Campbell, 2001; Hurtado, Ciscar y Rubio, 2004; Klevens y cols., 2008; Labrador y Alonso, 2005/2006; Lewis y cols., 2006; Lynch y Graham-Bermann, 2000; Murphy, 2000; Pico-Alfonso y cols., 2006; Waldrop y Resick, 2004; Zlotnick y cols., 2006; Zust, 2006).

Además, destacan por su importancia y frecuencia los cambios cognitivos que este tipo de violencia provoca en el sistema de creencias de las víctimas. En particular, las creencias relativas a la autoestima de las mujeres resultan especialmente dañadas (Aguilar y Nightingale, 1994; Campbell, 2002; Cascardi y O´Leary, 1992; Herman, 1992; Coker y cols., 2002; DeMaris y Swinford, 1996; Fischbach y Herbert, 1997; Follingstad y cols., 1991; Lewis y cols., 2006; Lynch y Graham-Bermann, 2000; Oosthuizen y Wissing, 2005; Ramos, Carlson y McNut, 2004; Vitanza y cols., 1995; Waldrop y Resick, 2004).

3.3.1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

La exposición a la violencia repetida, intermitente e incontrolable coloca a la víctima de malos tratos en una situación de temor continuo ante la amenaza constante a la propia integridad y seguridad. La incertidumbre y la anticipación de episodios violentos provoca en la víctima una ansiedad elevadísima que se manifiesta en una respuesta de alerta y sobresalto permanentes. Por todo esto, las víctimas de malos tratos sufren a menudo trastornos de ansiedad (Oosthuizen y Wissing, 2005; Pershad, 2003). En concreto, los estudios revelan que las mujeres que sufren maltrato tienen muchas más probabilidades de padecer fobia específica, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de estrés postraumático (Gleason, 1993).

3.3.1.1 TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (TEPT)

3.3.1.1.1. Prevalencia

El TEPT es un trastorno que tiene una alta prevalencia de vida en la población general. Y es que la experiencia de un suceso traumático es algo muy común en la población y más bien es poco habitual el que alguien no experimente un evento de esas características a lo largo de su vida. Se calcula que el 60.7% de los hombres y el 51.2% de las mujeres experimenta al menos un suceso traumático a lo largo de su vida (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes y Nelson 1995).

En estudios llevados a cabo en EEUU, se calcula que la prevalencia de vida del TEPT oscila entre un 8% (Kessler y cols., 1995) y un 12% (Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders y Best, 1993), siendo la prevalencia en mujeres mayor que en hombres. Así, por ejemplo, Kessler y cols. (1995) encontraron que la prevalencia de vida del TEPT era de 10% en mujeres frente a un 5% en hombres. Esto es, las mujeres tienen aproximadamente el doble de probabilidad de desarrollar TEPT que los hombres (Norris, Foster y Weisshaar, 2002), pero la causa de esta mayor propensión no está clara. Hay teorías que argumentan la existencia de una vulnerabilidad femenina intrínseca a las mujeres (Breslau, Chilcoat, Kessler y Davis, 1999; Breslau, Chilcoat, Kessler, Peterson y Lucia, 1999). Sin embargo, otros autores unen el mayor riesgo de desarrollo de TEPT a la mayor probabilidad de verse expuestas a situaciones traumáticas, especialmente de violencia sexual (Cusack, Falsetti y de Arellano, 2002; Pimlott-

Kubiak y Cortina, 2003; Saxe y Wolfe, 1999; Wolfe y Kimerling, 1997), que a menudo es por parte de sus parejas (Cortina y Kubiak, 2006).

Otras estimaciones calculan que, de todas las víctimas de sucesos traumáticos, aproximadamente un 25% experimentan trastorno de estrés postraumático (Echeburúa y Corral, 1997; Hidalgo y Davidson, 2000). Este porcentaje se eleva hasta situarse entre un tercio y más de la mitad de las personas que han vivido un acontecimiento traumático provocado por otras personas, tales como violaciones, guerras, cautividad, internamientos por causas étnicas o políticas y genocidio, lo que avala la idea de que el TEPT puede llegar a ser especialmente grave o duradero cuando el agente estresante es obra de otros seres humanos (American Psychiatric Association, 2000).

El maltrato en la pareja pertenece a dicha categoría de estresores traumáticos provocados por otras personas, lo cuál puede explicar el alto porcentaje de víctimas de violencia por parte de sus parejas que cumplen criterios para el diagnóstico de TEPT (Clements y cols., 2004; Noon, 1996). Y es que se ha hallado de forma consistente que, en el caso de las mujeres maltratadas, la prevalencia del TEPT es mucho mayor que en la población general (Kubany, Haynes y cols., 2000; Kubany, Leisen, Kaplan y Nelly, 2000; Kubany y Watson, 2002). Cabe reseñar, sin embargo, que algunos estudios no aprecian mayores niveles de TEPT en víctimas de violencia doméstica. Esto quizás puede explicarse por el hecho de que algunas mujeres pueden ver la violencia como "parte de su vida" (Milhalic y Elliot, 1997). Esta "normalización de la violencia" de hecho ha sido mencionada por algunas mujeres (Oosthuizen y Wissing, 2005).

Con todo, numerosos autores reflejan cómo las mujeres maltratadas sufren síntomas tales como hipervigilancia y alerta permanente, problemas para conciliar el sueño, memoria fragmentada, dificultades para recordar algunos aspectos y problemas de concentración (Campbell, 2002; Campbell y Socken, 1999; Flinck y cols., 2005; Frost, 1999; Graham-Bermann y Levendosky, 1998; Heiskanen y Piispa, 1998; Langford, 1998). En concreto, las tasas de prevalencia encontradas en los diversos estudios oscilan entre el 33% y el 84% aproximadamente (Arias y Pape, 1999; Astin, Lawrence y Foy, 1993; Calvete, Estévez y Corral, 2007b; Cascardi, O'Leary, Lawrence y Schlee, 1995; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997b; Echeburúa, Corral y Amor, 2002; Jones, Hughes, y Unterstaller, 2001; Kubany, Bauer, Pangilinan y Muraoka, 1995; Kubany y cols., 2004; Mertin y Mohr, 2000; Villavicencio, Sebastián y Ruiz, 1994). Además, algunos autores plantean que, aunque no todas cumplan todos los criterios para su diagnóstico, más del 70% de las mujeres maltratadas presentan síntomas de TEPT (Riggs y cols., 2000).

Ante esta gran incidencia, se ha llegado incluso a proponer la creación de una tipología específica dentro de este trastorno para explicar las secuelas propias del maltrato.

Dentro de los distintos tipos de maltrato, los datos obtenidos en diversas investigaciones muestran que el TEPT se asocia principalmente con el maltrato de tipo sexual (Bennice, Resick, Mechanic y Astin 2003; Goodman y cols., 1993), seguido del maltrato físico (Calvete, Estévez y Corral, 2007b; Jones y cols., 2001; Kemp, Green, Hovanitz y Rawlings, 1995). En esta misma línea apuntan los datos obtenidos con población estadounidense, que indican que los sucesos traumáticos que se asocian con más frecuencia al desarrollo del TEPT son la violación y los delitos de índole sexual, lo cuál se observa en un 45.9% de las mujeres víctimas de tales delitos (Kessler y cols., 1995). No obstante, también se ha encontrado una mayor incidencia de síntomas de ansiedad y de estrés postraumático en las mujeres que sufren maltrato psicológico (Pico-Alfonso y cols., 2006).

3.3.1.1.2. Definición y Características

Se trata de un conjunto de síntomas que pueden surgir como consecuencia de la exposición a un acontecimiento estresante y traumático, en el que la persona se ve envuelta en hechos que suponen un peligro o amenaza real para su vida o su integridad. Se trata de una respuesta normal que sucede a personas normales cuando pasan por circunstancias estresantes anormales, que sobrepasan sus recursos de afrontamiento.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta versión revisada (DSM-IV-TR, American Psychatric Association, 2002), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido, ha sido testigo o ha sabido por personas cercanas, de la existencia de acontecimientos de agresión física o que representan una amenaza para su vida, su integridad física o la de otra persona, y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de temor, desesperanza u horror. Este es el primer criterio para su diagnóstico, catalogado como criterio A, que pone énfasis en la amenaza física así como en la presencia de una clara percepción de amenaza grave.

Los síntomas más característicos de este trastorno se agrupan en tres categorías, reflejadas en el DSM como criterios B, C y D.

La primera de ellas, o criterio B, se refiere a los síntomas de reexperimentación de la experiencia traumática sufrida, en forma de recuerdos, pesadillas o pensamientos recurrentes y estresantes sobre las agresiones, experimentando un malestar psicológico y reacciones fisiológicas intensas ante la presencia de estímulos asociados al suceso y pudiendo tener la

sensación de revivir de repente la agresión, como si estuviera ocurriendo de nuevo. Este grupo de síntomas parece ser el más importante debido a que es el que más claramente diferencia el TEPT de otros trastornos (Creamer, 2000).

La segunda categoría, o criterio C, alude a la presencia de síntomas de evitación: Las víctimas tienen que hacer esfuerzos persistentes para evitar pensamientos y sensaciones asociados al hecho traumático, así como actividades, lugares y personas relacionados con el mismo, en un intento de conseguir un distanciamiento psicológico y emocional del trauma, debido a lo desagradable que les resulta la reexperimentación del suceso traumático. Asimismo, dentro de esta categoría se incluyen los síntomas de embotamiento afectivo. Estos son, dificultad para recordar algún aspecto de las agresiones; aislamiento o distanciamiento social, con pérdida de interés por las actividades de ocio; dificultad para experimentar emociones de todo tipo, bloqueo emocional y rango de afecto restringido, así como desesperanza hacia el futuro. Si bien esta es la agrupación de síntomas más difundida y utilizada, cabe decir que existe cierta controversia entre los investigadores en el área respecto a esta distribución. En concreto, algunos autores plantean que quizás podría ser más adecuado separar en dos categorías diferentes el embotamiento afectivo y los síntomas de evitación (Asmundson y cols., 2000; King, Leskin, King y Weathers, 1998).

Finalmente, el tercer grupo de síntomas, o criterio D, hace referencia al aumento en la activación fisiológica, que se manifiesta principalmente en un estado de hipervigilancia y alerta permanentes y en una respuesta de alarma exagerada y continua, además de en otros síntomas de ansiedad, tales como dificultades de concentración, irritabilidad y problemas para conciliar el sueño, entre otros (American Psychiatric Association, 2000).

Para poder diagnosticar este trastorno, la víctima tiene que padecer por lo menos un síntoma de reexperimentación de las agresiones, tres síntomas de evitación y dos síntomas de aumento de la activación. No obstante, algunos investigadores plantean una variante del TEPT, llamado Estrés Postraumático Parcial, Estrés Postraumático Subclínico o Subsíndrome de Estrés Postraumático, en la que los individuos cumplirían el criterio B establecido en el DSM-IV, es decir, tendrían por lo menos un síntoma de reexperimentación, y el Criterio C (síntomas de evitación) o el D (síntomas de hiperactivación), pero no ambos (Blanchard y cols., 1995; Blanchard, Jones-Alexander, Buckley y Forneris, 1996; Hickling y Blanchard, 1992; Schnurr, Friedman y Bernardy, 2002). Sin embargo, a la fecha, no hay acuerdo respecto a la utilización y definición de este subsíndrome (McMillen, North y Smith, 2000).

Además, los síntomas tienen que perdurar al menos durante un mes. Inmediatamente después de una agresión, o en los días posteriores, es muy probable que la víctima presente

síntomas similares a éstos. Tales síntomas se consideran en principio como propios de un cuadro de estrés agudo, que podrá remitir con el tiempo y desaparecer, o, por el contrario, perdurar y desembocar en un Trastorno de Estrés Postraumático. También debe apreciarse un deterioro en áreas importantes de la actividad de la persona, como el trabajo, vida social, etc.

El Trastorno de Estrés Postraumático puede ser agudo, si los síntomas duran menos de 3 meses, o crónico, cuando la duración de los síntomas es igual o superior a 3 meses. Asimismo, el TEPT puede ser de inicio demorado, si entre el acontecimiento traumático y el comienzo de los síntomas ha pasado un mínimo seis meses (American Psychatric Association, 2000). El TEPT crónico parece ser el más común de sus subtipos, estimándose que más de 1/3 de las personas diagnosticadas todavía lo presentan 5 años después (Kessler y cols., 1995). Un ejemplo lo constituyen las víctimas de agresiones sexuales, en las que tan sólo el 20% no muestra ningún síntoma de TEPT un año después de la agresión (Echeburúa y Corral, 1995). En contraste, el TEPT de inicio demorado se da en contadas ocasiones (Schnurr y cols., 2002).

3.3.1.1.3. Peculiaridades del TEPT en víctimas de maltrato

La categoría diagnóstica del TEPT incluye realidades muy dispares y el TEPT como consecuencia del maltrato doméstico, sin duda, presenta características específicas que exigen un abordaje asimismo específico (Labrador y Alonso, 2005/2006).

En primer lugar, el origen del trastorno en los casos de maltrato es doble: por un lado, los traumas de las diversas agresiones vividas y por otro el temor a sufrir nuevos episodios de violencia. Una peculiaridad importante de este origen es que no se trata de un hecho traumático aislado, sino que son acontecimientos traumáticos que se han producido de manera repetida. Además, el peligro no se acaba con las experiencias traumáticas vividas, sino que el riesgo de nuevas victimizaciones persiste. Ni siquiera abandonar al agresor es una solución clara para la situación de violencia, pues en muchos casos esta decisión da paso a una situación de mayor amenaza e incluso de riesgo para la propia vida. Las mujeres continúan expuestas a repetidos encuentros con los agresores, bien inesperados y propiciados por ellos o bien por motivos judiciales o cuestiones relacionadas con los hijos, en los que pueden suceder nuevos episodios de malos tratos. Esta situación de vulnerabilidad a nuevos episodios violentos supone una fuente importante de inseguridad y probablemente una grave interferencia en su recuperación, que explicaría las dificultades que se encuentran en el tratamiento de este trastorno y por qué las víctimas de maltrato a menudo padecen el TEPT

de forma crónica. No es suficiente con no estar ya en el lugar de peligro, sino que además es importante que la mujer perciba que tiene seguridad, que los malos tratos no van a volver a repetirse, que tiene la posibilidad de experimentar una existencia sin violencia. (Labrador y Alonso, 2005/2006). En segundo lugar, el maltrato implica la ruptura del marco de seguridad que supone el hogar como el lugar presumiblemente más tranquilo para la víctima, lo que conlleva un estado permanente de hiperactivación e hipervigilancia.

Asimismo, el TEPT suele producir una desorganización del funcionamiento de las mujeres en todas las áreas de su vida: abandono del hogar, de los amigos, a veces del trabajo, de los lugares habituales y de referencia, lo que provoca una grave inadaptación a nivel social y la pérdida de importantes redes de apoyo. Parece lógico pensar que una persona afectada por un problema de esta intensidad, que interfiere de forma tan significativa en el desempeño de las actividades de su vida cotidiana, tenga muchas dificultades para poder "normalizar" su vida y poder hacer frente a los problemas o retos cotidianos con una mínima eficacia (Labrador y Alonso, 2005/2006).

3.3.1.1.4. Comorbilidad

El TEPT presenta una gran comorbilidad con otros trastornos (Kubany y cols., 2000), especialmente con depresión, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias (American Psychiatric Association, 2000; Jiménez y cols., 2000; Schnurr y cols., 2002), lo cuál, cuando sucede, aumenta la severidad de la sintomatología (Nixon, Resick y Nishith, 2004; Pico-Alfonso y cols., 2006).

Los autores explican estas elevadas cifras de comorbilidad aludiendo a que muchos síntomas del TEPT se solapan con síntomas de otros trastornos, como es el caso de algunos síntomas del criterio C y D, por ejemplo, disminución del interés en actividades significativas, dificultad para dormir, problemas de concentración, que también corresponden a síntomas de depresión, u otros síntomas del criterio C, como irritabilidad y respuesta de alarma exagerada, que son también síntomas del trastorno de ansiedad generalizada (Kessler y cols., 1995).

Sin embargo, algunos autores postulan que los síntomas típicos del TEPT son los que mejor caracterizan las consecuencias negativas psicológicas que sufren las mujeres maltratadas (Labrador y Alonso, 2005/2006). En este sentido, los datos de diversos estudios sugieren que al menos algunos trastornos comórbidos pueden estar directamente asociados a la presencia del trastorno de estrés postraumático. Así, algunos autores interpretan que la depresión detectada en algunos estudios puede representar síntomas de TEPT (Golding,

1999). Lo mismo sucedería con los síntomas de ansiedad y, asimismo, el abuso de sustancias en sujetos que han sido víctimas de un trauma, podría ser una forma de evitación o falta de sensibilidad.

De ser así, esto implicaría que el tratamiento del trastorno de estrés postraumático estaría unido a la desaparición de los trastornos comórbidos (Astin y Resick, 1997; Schnurr y cols., 2002). En esta línea, algunos estudios han revelado que el tratamiento del TEPT se ha mostrado eficaz para reducir también la sintomatología concomitante al mismo, esto es, depresión, baja autoestima, inadaptación a la vida cotidiana y cogniciones postraumáticas (Labrador y Alonso, 2005/2006).

A la vista de estos resultados, algunos autores plantean que, dado su carácter altamente invalidante, el TEPT es el problema central que afecta a las mujeres víctimas de maltrato, y subrayan que, en caso de ser detectado, es conveniente abordarlo desde el principio y de forma específica, centrando los esfuerzos terapéuticos en su tratamiento, de forma prioritaria y posponiendo otros objetivos terapéuticos (Calvete, Estévez y Corral, 2007b; Jones y cols., 2001), ya que sólo superado el TEPT la persona tendrá la capacidad y los recursos para poder hacer frente a los retos de la vida cotidiana y desarrollar una nueva adaptación a su medio. Así, una vez superado el trastorno, se produciría un cambio drástico en la forma de las víctimas de enfrentar las demandas, facilitando en consecuencia una mejora significativa en el resto de las áreas (Labrador y Alonso, 2005/2006).

3.3.2. DEPRESIÓN

3.3.2.1. Prevalencia

Las víctimas de malos tratos tienen un riesgo elevado de experimentar cuadros depresivos, tal y como se ha visto reflejado en numerosos estudios realizados a lo largo de las últimas décadas (Barnett, 2001; Dienemann y cols., 2000; Follingstad y cols., 1991; Golding, 1999; Plichta y Falik, 2001; Sackett y Sanders, 1999; Woods y Campbell, 1993). De hecho, la depresión es la mayor respuesta a nivel de salud mental a la violencia de género (Dienemann y cols., 2000) La prevalencia de este cuadro clínico encontrada en los diversos estudios con víctimas de maltrato oscila entre un 15% y un 83%, con una media ponderada de 47.6% (Golding, 1999). Así, por ejemplo, Campbell, Kub, Belknap y Templin (1997) y O´Leary (1999) encontraron respectivamente que el 28% y el 38% de las víctimas de maltrato físico o psicológico severo cumplían criterios para el diagnóstico de depresión mayor. Otros

investigadores afirman que más del 50% de las mujeres maltratadas cumplen criterios para depresión mayor (Stein y Kennedy, 2001), con tasas que alcanzan hasta el 80% (Riggs y cols., 2000). Más aún, algunos estudios incluso sitúan la incidencia de la depresión en el maltrato entre un 75% (Prescott y Letko, 1977) y un 80% (Rounsaville y Lifton, 1983). Del mismo modo, los porcentajes encontrados en España también son elevados, superiores al 60% (Echeburúa y cols., 1997a). Junto con los niveles clínicamente significativos de depresión se encuentran a menudo en los casos de mujeres maltratadas ideas e intentos de suicidio (Bergman y Brismar, 1991; Cascardi y O´Leary, 1992; Clements y Sawhney, 2000; Clements y cols., 2004; Pagelow, 1984; Sato y Heiby, 1992).

La vivencia de maltrato sexual marca una diferencia respecto a los demás tipos de maltrato, en el sentido de una mayor severidad de síntomas depresivos y una mayor presencia de intentos de suicidio en las mujeres que también son física y psicológicamente maltratadas (Pico-Alfonso y cols., 2006).

3.3.2.2. Peculiaridades de la depresión en víctimas de maltrato

La depresión asociada a la violencia doméstica, al implicar la combinación de un estado de ánimo deprimido con violencia y agresiones, es de una naturaleza más virulenta que la depresión relacionada con otro tipo de pérdidas (Daniels, 2005; Surtees y Miller, 1994; Zust, 2006). En este sentido, diversos autores han hallado que cuanto más severo es el maltrato, mayor es también la severidad de la depresión (Cascardi y O´Leary, 1992; Dienemann y cols., 2000; Holmes y cols., 2007). Y es que en las relaciones de maltrato se producen una serie de características o peculiaridades que se asocian con la aparición de trastornos depresivos en las víctimas (Gleason, 1993; Housekamp y Foy, 1991; Scott-Gliba, Minne y Mezey, 1995; Staats y Heiby, 1985).

En primer lugar, el propio comportamiento abusivo del agresor es clave, pues con sus conductas abusivas condiciona en gran medida los comportamientos de la víctima, fomentando su aislamiento, pasividad y sumisión. Por un lado, castiga cualquier respuesta adaptativa de la víctima, como la asertividad en la expresión de sus emociones, el razonamiento, la comunicación y los comportamientos de defensa o búsqueda de ayuda: cuando la mujer cuestiona algo, lleva la contraria, argumenta, se queja o muestra iniciativa, el agresor responde con actitudes y conductas abusivas y violentas (Dobash y Dobash, 1884). De esta forma, la mujer aprende rápido que la mejor manera de evitar agresiones es callarse y adoptar una postura sumisa, pasiva y de evitación de conflictos. Las conductas depresivas de

la víctima traen como consecuencia la reducción de los malos tratos, lo cuál es en sí mismo un reforzador muy fuerte de las mismas. Además, por otro lado, el agresor suele reforzar de manera positiva o premiar a la víctima, a través de muestras de afecto o de otra forma, cuando lleva a cabo conductas dependientes, sumisas, pasivas y conciliadoras (Maccoby, 1990; Rohrbaugh, 1979).

Asimismo, las atribuciones que las víctimas hacen acerca de las conductas abusivas están también muy relacionadas con la aparición de la depresión (Cascardi y O´Leary, 1992). Esto es, las víctimas de malos tratos se cuestionan muy a menudo el por qué del maltrato y la manera en la que responden a esa pregunta determina en gran medida sus sentimientos, algunos de los cuáles, tales como la culpabilidad o la indefensión, son cruciales de cara a producir un estado depresivo.

Finalmente, el hecho de ser la relación de la víctima con el agresor una relación íntima es también un factor clave de cara a agudizar la sintomatología depresiva (DeMaris y Kaukinen, 2005). De este modo, las víctimas de maltrato tienen a menudo la vivencia de grave fracaso personal, al verse afectadas las áreas de la relación de pareja y la familia, lo que suele producir en ellas sentimientos de culpa y pérdida de autoestima.

La depresión es un trastorno que puede ser altamente invalidante para las mujeres víctimas de maltrato, sumiéndolas en una espiral emocional descendente que les bloquea, impidiéndoles tomar decisiones necesarias y hacer frente al maltrato. Así, niveles elevados de depresión se han relacionado con la perpetuación de las relaciones abusivas (Cascardi y O´Leary, 1992; Clements y cols, 2004; Walker, 1984, 1989). En este sentido, la investigación muestra que la presencia de sintomatología depresiva juega un papel significativo en el mantenimiento de las relaciones abusivas (Follingstad y cols, 1991; Gelles y Harrop, 1989). Parece ser que las mujeres que experimentan depresión como consecuencia de una vivencia de malos tratos pueden ser menos propensas a buscar soluciones alternativas al abuso o el tratamiento psicológico necesario. La depresión también pueden provocar que estén menos alertas a las señales de daño físico a si mismas o a sus hijos (Clements y Sawhney, 2000; Sato y Heiby, 1992). La literatura general sobre afrontamiento apoya esta visión, sugiriendo que una mayor depresión se asocia con estrategias de afrontamiento evitativas (Billings y Moos, 1981), siendo probable que una mayor cantidad de síntomas depresivos lleven a un aumento del afrontamiento evitativo (Waldrop y Resick, 2004).

3.3.2.3. Comorbilidad

Tal y como se ha comentado anteriormente, los estudios han demostrado que existe una relación muy estrecha entre el TEPT y la depresión en las víctimas de sucesos traumáticos (Breslau y cols., 1999; O´Donnell, 2004; Snalev, Freedman y Ben, 1998) y en las víctimas de maltrato en particular (Cascardi, O´Leary y Schlee, 1999; Pico-Alfonso y cols., 2006). Algunos estudios muestran que, aunque parece que el TEPT casi siempre aparece junto con síntomas depresivos (Pico-Alfonso y cols.., 2006; O´Donnell, 2004), la depresión es independiente y puede aparecer bien sóla bien de forma comórbida con el TEPT (Pico-Alfonso y cols., 2006). Esto indica que la depresión es un trastorno que tiene la entidad suficiente como para ser considerada y tratada de forma diferenciada del TEPT.

3.3.3. CAMBIOS COGNITIVOS

3.3.3.1. Cogniciones postraumáticas

La exposición a cualquier trauma remueve frecuentemente todo el sistema de valores y creencias de las víctimas, pudiendo cambiar la forma en la que perciben e interpretan el mundo, a los demás y a sí mismas. Las principales creencias y percepciones que se ven modificadas producto de una experiencia traumática, recogidas en la literatura científica, son: la percepción de seguridad o de la propia vulnerabilidad, las expectativas de repetición del trauma en el futuro o de aumento en la severidad del mismo, la autopunición por lo sucedido, la percepción de incontrolabilidad con relación al suceso traumático, la percepción de falta de alternativas disponibles para salir de la situación aversiva, el incremento de la tolerancia a la violencia, los cambios en las creencias acerca de los demás, en el sentido de una mayor desconfianza y miedo, la percepción de falta de significado (Dutton, 1993), la creencia de que el mundo es un lugar justo, significativo y comprensible (Janoff-Bulman y Frieze, 1983) y la creencia de que somos personas competentes y de valor (DeMaris y Kaukinen, 2005).

La vivencia de un maltrato a manos de la pareja es, sin duda, una experiencia traumática que a menudo tiene estos efectos (Dutton, 1993; Dutton, Burghardt, Perrin, Chestman y Halle, 1994). Así, las mujeres víctimas de maltrato sufren frecuentemente cambios importantes en sus creencias (Walker, 1989), entre los que se encuentran los sentimientos de ineficacia, las dudas sobre sí mismas y sobre su propia capacidad, la

autoinculpación y los pensamientos distorsionados sobre sí mismas y sobre el mundo (Taylor y cols., 2001; Labrador y Alonso, 2005/2006).

Además, la violencia conyugal se diferencia de otro tipo de sucesos traumáticos por darse en el lugar que se supone fuente de seguridad y protección, el hogar, por lo que la visión del mundo como un lugar seguro y organizado se desestructura especialmente en este tipo de víctimas (Cascardi, Mueser, DeGirolomo y Murrin, 1996; DeMaris y Kaukinen, 2005). Asimismo, la relación entre la víctima y el agresor es un componente importante que determina la severidad de las consecuencias del maltrato. Esto es, al tratarse de una relación íntima en la que se deposita confianza, el maltrato puede resultar especialmente traumático, produciendo cambios importantes en las creencias de las mujeres acerca de las relaciones de pareja (Cascardi y cols., 1996; DeMaris y Kaukinen, 2005)

Pero, por encima de todo esto, cabe destacar especialmente la profunda incidencia del maltrato en las creencias de la víctima acerca de sí misma, esto es, en su autoestima (Aguilar y Nightingale, 1994; McCauley, Kern y Kolodner, 1995), modificándolas de manera negativa, fomentando una percepción irracional y distorsionada de sí mismas, lo cuál dificulta su adaptación y la superación de su situación de victimización. En esta línea, se estima que las mujeres que sufren violencia conyugal tienen niveles entre moderados y severos de baja autoestima (Clements y cols, 2004; Sackett y Saunders, 1999, Tuel y Russell, 1998).

El deterioro del autoconcepto y autoestima de las mujeres víctimas de violencia conyugal se explican, en primer lugar, por el sometimiento a humillaciones, descalificaciones y desvalorizaciones continuas por parte del agresor, que van minando progresivamente el sentido de autovalía de las mujeres. Además, la tendencia de las víctimas de violencia doméstica a culparse por lo sucedido y la incapacidad que experimentan para hacer frente a los diversos problemas cotidianos también provoca una pérdida de la confianza en sí mismas (Dutton y cols., 1994). Siguiendo a Campbell (1990), podemos definir la autoestima como "una actitud autorreflexiva global acerca de cómo se siente uno respecto a su si mismo como si lo viera como un objeto de evaluación". Lo que sucede con las víctimas de malos tratos es que, en ese ejercicio de reflexión sobre sí mismas, abandonan poco a poco las creencias y la visión que tenían sobre sí mismas, sustituyéndolas por las creencias y percepciones que el maltratador les transmite acerca de quiénes son ellas. La pérdida de identidad y de autoestima es mucho más severa cuanto más aislada esté la víctima del resto del mundo, pues no cuenta con otras fuentes de refuerzo con las que contrastar y contrarrestar los mensajes que el agresor le dice o transmite (Lynch y Graham-Bermann, 2000).

La habituación a las faltas de respeto continuas que recibe del agresor provocan incluso que la propia víctima pierda el autorrespeto y la perspectiva de los derechos que, como ser humano, tiene y merece. Así, es muy común encontrar en este tipo de víctimas mitos o creencias distorsionadas, tales como "yo tengo algún defecto, provoco o merezco el abuso; la conducta de abuso es en cierto modo normal y/o aceptable, el maltratador tiene otras cualidades que compensan el maltrato; la mujer tiene la responsabilidad de mantener a la familia junta y de una forma sana; las necesidades de los demás son más importantes que las mías propias; el amor y el vínculo del matrimonio está por encima de todo, incluso del maltrato" (Maertz, 1989). La pérdida del respeto hacia si misma hace que la víctima tolere también en gran medida las faltas de respeto por parte de otras personas.

Asimismo, las mujeres que han sufrido malos tratos suelen tener creencias de autoeficacia muy bajas, es decir, se perciben incapaces de afrontar con éxito diversas situaciones. Este deterioro de sus expectativas y creencias de autoeficacia determina sus patrones de pensamiento, en el sentido de tener más pensamientos negativos y autodestructivos, del tipo "no puedo", "soy una inútil", "no valgo para nada"; su estado de ánimo, hacia niveles mayores de ansiedad y depresión; y su motivación, dificultando el establecimiento de metas y objetivos y provocando un menor esfuerzo y menor persistencia en el afrontamiento de situaciones estresantes. La mayoría de las veces, las creencias bajas de autoeficacia no se corresponden con las capacidades reales de la víctima, sino que la percepción de las mismas está distorsionada de forma negativa, valorando sus cualidades en términos de todo o nada y de siempre o nunca, magnificando sus errores e imperfecciones y minimizando sus cualidades, fijándose exclusivamente en los aspectos negativos de las situaciones, etc.

La pérdida progresiva de autoestima, del propio autorrespeto y de la autoeficacia percibida, unida a las secuelas a nivel de trastornos ansiosos y depresivos que presentan, impiden a las víctimas ejercer respuestas racionales adecuadas para hacer frente a su situación y a los problemas de la vida cotidiana, lo que deriva en un déficit de asertividad, de habilidades de solución de problemas, así como de habilidades parentales, sociales y de relación, entre otras. Estos déficits a menudo son más percibidos que reales. Sin embargo, en algunos casos, debido a la creciente pasividad e inactividad en las que a menudo se sumen las víctimas de malos tratos, es posible que se produzca un deterioro real de sus habilidades.

3.4. ABUSO O DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS

El abuso de alcohol, fármacos u otras sustancias puede surgir como una estrategia de afrontamiento inadecuada (Labrador y Alonso, 2005/2006), cuando la víctima no sabe cómo controlar el problema ni cómo enfrentarse a él, no ve una salida y no tiene esperanzas de cara al futuro. Los estudios encuentran una prevalencia de abuso o dependencia del alcohol de entre un 6.6% y un 44%, porcentaje que disminuye a medida que el tamaño muestral de las investigaciones aumenta, con una media ponderada de 18.5%. En relación al abuso o dependencia de otras drogas, los estudios que lo relacionan con la violencia doméstica revelan tasas de prevalencia que van desde un 7% a un 25%, con una media ponderada de 8.9% (Golding, 1999).

3.5. INADAPTACIÓN GENERAL

Tras su paso por una relación de maltrato, las víctimas presentan a menudo un deterioro de su funcionamiento cotidiano (Brokaw y cols., 2002; Cocker y cols., 2002), que se manifiesta en un elevado nivel de Inadaptación General (Echeburúa y cols., 1997a). Así, todas las áreas de la vida de la víctima, familiar, de pareja, laboral, social, etc. suelen sufrir un deterioro importante. De este modo, todos los síntomas y secuelas psicológicas que han sido descritos conllevan una inadaptación emocional. Además, el aislamiento social, propiciado por el maltratador y aceptado en ocasiones por la víctima, que se avergüenza, conduce a una inadaptación social. Asimismo, la alteración de las relaciones familiares, tanto con los hijos como con la familia extensa, provoca una inadaptación familiar. Finalmente, el bajo rendimiento laboral, el absentismo laboral y el aislamiento de los compañeros de trabajo o incluso la pérdida del trabajo, conducen a una inadaptación laboral (Vázquez, 1999).

CAPÍTULO 4:

PAPEL DE LAS VARIABLES COGNITIVAS

4.1. PRINCIPIOS GENERALES DEL MODELO COGNITIVO

Según los modelos cognitivos, las cogniciones son un componente de un modelo circular, que postula que existen tres sistemas psicológicos: las cogniciones, las emociones y la conducta, que están interconectados entre sí y que influyen los unos en los otros (Beck, 1979; Ellis, 1990; Kelly, 1966; Meichenbaum, 1989), siendo el componente cognitivo el principal de los tres. De este modo, los modelos cognitivos se basan en la premisa de que las variables cognitivas actúan entre los acontecimientos y las consecuencias de los mismos, determinando los estados de ánimo y la manera de actuar de las personas (Beck, 1967, 1976). Esto es, la interpretación que la persona hace de un acontecimiento y el significado específico que le da son los que determinan cómo se siente y cómo se comporta ante el mismo, y no el acontecimiento en sí (Leahy, 2003). Cada uno crea su propia realidad basándose en su propia percepción del mundo, en sus creencias y suposiciones individuales, y esa realidad se refleja en sus pensamientos, ideas, deseos y creencias, que pueden o no corresponderse con la realidad. Así, los modelos cognitivos conciben al ser humano no como un mero reactor a los estímulos ambientales, sino como un constructor activo de su experiencia, un "procesador activo de la información" (Neisser, 1967; Ruiz y Cano, 2002).

Una de las mayores dificultades en el estudio de las cogniciones es su complejidad, en cuanto a sus contenidos y a su organización jerárquica. Beck propuso un modelo jerárquico para el funcionamiento cognitivo estableciendo niveles diferentes de profundidad, generalización y acceso a la conciencia: En un nivel superficial, los pensamientos automáticos; en niveles más profundos, las estructuras cognitivas subyacentes: los supuestos y las creencias fundamentales o esquemas cognitivos (Beck, 1976, 1991). Según Beck, si los pensamientos automáticos son las ramas del árbol, los supuestos son el tronco y los esquemas o creencias centrales son las raíces del árbol (Wills y Sanders, 1997). Más adelante, diversos autores (Ingram y Kendall, 1986) subdividieron las variables cognitivas en productos cognitivos, procesos cognitivos y estructuras cognitivas.

Así, tendríamos en primer lugar, en el nivel más superficial del funcionamiento cognitivo, los productos cognitivos, que se expresan a través de los pensamientos automáticos. Tales pensamientos o ideas automáticas están en el nivel más inmediato y accesible a la conciencia, surgen rápida y espontáneamente, de manera casi refleja, ante los acontecimientos y estímulos. Los pensamientos automáticos adoptan la forma de diálogo interno o autodiálogo (Ellis, 1962), que tiene lugar de modo privado y es constante en nuestra experiencia diaria. El autodiálogo incluye autoevaluaciones, creencias sobre uno mismo,

sobre el mundo y los demás, atribuciones, expectativas, inferencias y recuerdos (Beck, 1991). Los pensamientos que constituyen nuestro autodiálogo pueden ser irracionales o ilógicos, a menudo no están basados en evidencia suficiente y contienen distorsiones o sesgos específicos. No obstante, tienden a parecernos perfectamente plausibles y tendemos a darlos por ciertos. No suelen estar sujetos a la voluntad o el control consciente y actúan como filtro en la percepción de la información y en la valoración de los eventos, produciendo una *visión de túnel* (Leahy, 2003), haciendo que interpretemos los hechos de una u otra manera y que experimentemos unos sentimientos y emociones u otros. El estudio del autodiálogo en psicología es muy relevante debido a la evidencia de que el pensamiento cognitivo disfuncional está asociado con diversas formas de patología (Kendall, 1993; Kendall y Hollon, 1981; Meyers y Craighead, 1984; Wilkes, Belsher, Rush y Frank, 1994). El autodiálogo suele ser una manifestación inmediata de los niveles cognitivos más profundos (Calvete, Estévez y Corral, 2007a; Ingram y Kendall, 1986; Segal, 1988) que se exponen a continuación.

En segundo lugar, en un nivel de profundidad intermedio, se sitúan los supuestos o reglas subyacentes. Estas asunciones subyacentes son creencias que existen de manera latente o inactiva y son activadas por las diversas situaciones o acontecimientos externos. Están a la raíz de los pensamientos automáticos y se reflejan a través de ellos, determinando la evaluación y el procesamiento que se hace de la información filtrada a través de los mismos. El significado que se da a las situaciones a menudo está conectado con recuerdos relevantes a la formación de tales creencias. El sistema de creencias se forma desde la infancia, como consecuencia de las diversas experiencias vitales de éxito o fracaso, aceptación o rechazo, etc. y se enmarca en estructuras más profundas, que son los esquemas cognitivos (Beck, 1991).

De este modo, en el nivel más profundo y menos accesible a la conciencia se encuentran los esquemas cognitivos (Beck, 1979) o creencias centrales (Ellis, 1989, 1990) acerca de uno mismo, del mundo y de las relaciones con los demás. Con estos términos nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los cuáles conceptualizamos de forma ideosincrática nuestra experiencia. Los esquemas pueden definirse como elementos cognitivos tácitos y organizados, generalmente rígidos, compuestos de abstracciones (emociones y pensamientos) hechas sobre los atributos de un estímulo, persona, interacción u objeto. Los esquemas como componentes de la memoria son generalizaciones o conclusiones prototípicas derivadas de experiencias específicas que hayamos tenido, que tienen o tuvieron en su momento funciones adaptativas. Se trata de reglas o postulados básicos que crean una atención y memoria selectivas, guiando

la toma de la información y la organización de la misma y determinan también la evaluación, la interpretación y el recuerdo de la información, así como el contenido procesado. Pueden entenderse, por tanto, como un marco de referencia o conjunto de reglas que determinan nuestra forma de ser en el mundo, la forma en que interpretamos las situaciones, a los demás y a nosotros mismos (Beck, 1976). Los esquemas a menudo se expresan en términos absolutos. Además, tienden a conservarse a sí mismos incluso ante datos o evidencia contradictoria. De esta forma, los esquemas crean estilos de pensamiento que dirigen la atención a eventos que los refuercen y confirmen, pasando por alto la información que los contradiga. Este modelo es consistente con la bibliografía existente acerca de los procesos esquemáticos que subyacen a la atención y la memoria (Leahy, 2003). Los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales reciben el nombre de distorsiones cognitivas (Beck, 1967, 1979). Los esquemas cognitivos habitualmente producen distorsiones que facilitan la adaptación mediante conductas saludables. Sin embargo, distorsiones cognitivas derivadas de esquemas disfuncionales pueden impedir la adaptación reforzando el esquema del cual derivan. Desde el modelo de Terapia Racional Emotiva los esquemas o estructuras inadaptados han sido etiquetados como creencias irracionales, caracterizándose por los siguientes aspectos (Bernard y Joyce, 1984):

1. *Son falsas*: No se concluyen de la realidad. Pueden iniciarse a partir de una premisa inadecuada y/o conducir a deducciones imprecisas que no son apoyadas por la evidencia y, a menudo, representan una sobregeneralización.
2. *Son órdenes o mandatos*: Se expresan como demandas, deberes y necesidades.
3. *Conducen a emociones inadecuadas* como ansiedad, depresión, etc.
4. *No ayudan a lograr los objetivos*: Cuando la persona está dominada por creencias absolutas no está en la mejor posición para llevar a cabo las tareas y potenciar los aspectos positivos de su vida.

Desde esta perspectiva, se entiende la psicopatología como resultante de una disfunción de las estructuras de significado y la psicoterapia como una labor encaminada a desarrollar estructuras de significados funcionales.

En esta línea de pensamiento, los modelos de intervención cognitiva proponen que el pensamiento distorsionado o disfuncional influye en el estado de ánimo y la conducta de las personas. Esta idea se encuentra ampliamente recogida y desarrollada en el modelo ABC de la Terapia Racional Emotiva de Ellis (Ellis, 1962; Ellis y Grieger, 1990).

En este modelo, Ellis expone que ante los acontecimientos (A), las personas hacen una valoración de lo sucedido aplicando su sistema de creencias (B), y que esa interpretación del

acontecimiento es la que determina la aparición de las consecuencias emocionales y conductuales (C) en la persona. Siguiendo este modelo, se distinguen varios focos y niveles de cambio terapéutico (Ellis, 1981, 1989, 1990): los aspectos situacionales o ambientales implicados en el trastorno emocional (sería un cambio en el punto A del modelo A-B-C), las consecuencias emocionales, conductuales y cognitivas o sintomáticas del trastorno emocional (sería un cambio en el punto C del modelo A-B-C) y las evaluaciones cognitivas del sujeto implicadas en el trastorno emocional: las distorsiones cognitivas o inferencias anti-empíricas y las creencias irracionales (serían cambios en el punto B del modelo A-B-C).

Para Ellis (1981, 1989, 1990) los tres focos pueden producir modificaciones emocionales, cognitivas y conductuales y es importante trabajarlos todos conjuntamente. Sin embargo, sin lugar a dudas, el foco más relevante para el cambio está en el punto B del modelo A-B-C, es decir, en la modificación de las creencias irracionales. Así, los principales componentes de la salud y de los trastornos psicológicos se encuentran a nivel del pensamiento, a nivel cognitivo. De este modo, el trastorno psicológico deriva de las creencias irracionales, que se caracterizan por perseguir una meta personal de modo exigente, absolutista y no flexible, mientras que la salud psicológica, por su parte, estaría ligada a las creencias racionales.

4.2. MODELOS TEÓRICOS ACERCA DE LOS ESTILOS COGNITIVOS Y EL ESTRÉS

En los años setenta, Beck estableció las bases del modelo original de terapia cognitiva a través de dos publicaciones de gran influencia posterior: *Cognitive Therapy and the Emotional Disorders* (Beck, 1976) y *Cognitive Therapy of Depression* (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979). El modelo de Beck incluía, además de una propuesta de terapia cognitiva, una teoría acerca de la forma en la que las personas pueden desarrollar trastornos emocionales y de cómo aliviar, eliminar y prevenir dichos trastornos.

Siguiendo esa teoría, existen diversos factores que, combinados entre sí, determinan la predisposición individual de las personas a padecer distrés psicológico o a desarrollar enfermedades o trastornos. Entre estos factores se encuentran la predisposición biológica o genética, la historia de aprendizaje y las influencias sociales, además de factores de personalidad, como son los esquemas, estructuras cognitivas y los supuestos adquiridos (Beck, 1991). Dentro de estos factores, son precisamente estos últimos, las cogniciones y

patrones de pensamiento disfuncionales, los que más destacan como factores que imprimen vulnerabilidad a la génesis y desarrollo de trastornos psicológicos.

Los esquemas disfuncionales pueden permanecer inactivos a lo largo del tiempo. Se activan ante acontecimientos precipitantes y actúan a través de situaciones concretas. De este modo, al producirse un estresor vital externo, la emoción que produce el acontecimiento negativo puede activar un esquema negativo preexistente, que determinará la manera en la que la persona responderá al acontecimiento y que reforzará a su vez los patrones de pensamiento negativos (Kovacs y Beck, 1978; Beck, 1979). Esto es, la confluencia entre un acontecimiento estresante y un tipo de personalidad que imprime vulnerabilidad psicológica puede dar lugar a la aparición de trastornos (Beck, 1991). En este sentido, la hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva postula que los individuos cuya personalidad se caracteriza por estilos cognitivos negativos, supuestos o reglas subyacentes rígidas y creencias poco adaptativas son más vulnerables a desarrollar, ante acontecimientos vitales negativos, trastornos tales como depresión y ansiedad.

En suma, según este modelo, el origen de los diversos trastornos es fruto de la interacción entre cogniciones disfuncionales y acontecimientos vitales negativos. Las cogniciones juegan un papel moderador, constituyendo un factor de vulnerabilidad previa de las personas que actúa como diatesis ante situaciones de estrés, conduciendo a la aparición de trastornos psicológicos.

En cuanto a la formación de las creencias y esquemas disfuncionales, el modelo cognitivo de Beck muestra como las experiencias tempranas de la persona, así como otros factores culturales, biológicos y ambientales, son determinantes. A lo largo del desarrollo y a partir de precondiciones biológicas y de aprendizaje, la persona desarrolla estructuras cognitivas que canalizan su experiencia del mundo y de si mismas: "las estructuras de significado". Los supuestos personales son aprendidos, y pueden derivarse de experiencias infantiles, reglas familiares o actitudes de los padres o los compañeros (Beck, 1976).

Diversas investigaciones han dado apoyo a esta perspectiva. Así, se ha mostrado que las creencias disfuncionales se instalan en una edad temprana con el pensamiento cognitivo interiorizado, y que las vivencias de la infancia tienen un correlación fuerte con la vulnerabilidad o no a la depresión (Epkins, 2000). En este sentido, se ha encontrado que las actitudes disfuncionales en la infancia, bajo condiciones de estrés, son un factor de riesgo para padecer trastorno depresivo en la adolescencia (Lewinsohn, Joiner y Rohde, 2001). Algunos autores (Bowlby, 1973; Guidano y Liotti, 1983; Titze, 1979) han abordado con cierta extensión este tema, dándole una dimensión evolutiva. También se ha estudiado la mayor

propensión de las mujeres a padecer depresión, en comparación con los hombres. Al parecer los hombres son capaces de afrontar mejor los sentimientos depresivos porque desarrollan creencias más saludables y menos pensamientos negativos acerca de si mismos, dado que la estructura social les refuerza correctamente por tener pensamientos positivos, lo cuál les previene contra la depresión. Por el contrario, la estructura social de las mujeres adolescentes es muy diferente, y en consecuencia son más propensas a desarrollar creencias irracionales y disfuncionales (Calvete y Cardeñoso, 2005; Reed, 1994).

Algunos autores sitúan la hipótesis de la vulnerabilidad cognitiva en un contexto interpersonal, subrayando la contribución del maltrato en su desarrollo, particularmente del maltrato emocional. Así, los estilos cognitivos negativos pueden ser, al menos en parte, una representación interna de las relaciones de maltrato sufrido en las relaciones tempranas. El feedback negativo de los padres a los hijos puede constituir la base de la vulnerabilidad cognitiva a la depresión (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989). Este enfoque se sitúa dentro de los modelos cognitivo-interpersonales, según los cuáles los esquemas interpersonales, que son representaciones generalizadas de las relaciones de uno mismo con los demás (Gonca y Savasir, 2001), se basan inicialmente en interacciones con las figuras de apego, tales como los padres. Este enfoque formula la ocurrencia de la psicopatología en términos de un ciclo cognitivo-interpersonal disfuncional (Gonca y Savasir, 2001). De acuerdo con esto, la gente desarrolla esquemas interpersonales que son adaptativos en un contexto de desarrollo (por ejemplo, en un contexto de maltrato), porque permiten predecir las interacciones con figuras de apego. Desafortunadamente, estos esquemas interpersonales a menudo no se adaptan a circunstancias y contextos nuevos, en los que se convierten en disfuncionales.

Por su parte, Weinstein (1983) introduce el factor de la experiencia previa del individuo con el acontecimiento negativo. Así, propone que la vulnerabilidad percibida al daño o las experiencias negativas se relacionan con una historia de vivencias similares de la persona. Sugiere que las personas que no tienen una historia de acontecimientos negativos tienden a tener una perspectiva más optimista a la hora de evaluar los acontecimientos vitales negativos. Por otro lado, las personas que ya se han visto expuestas a acontecimientos negativos tienden a reaccionar del mismo modo que reaccionaron con anterioridad.

Finalmente, Ellis (1989) también enfatiza el papel de la historia de aprendizaje en la adquisición de las creencias irracionales estableciendo que los seres humanos, sobre todo en la época de socialización infantil, pueden aprender de su experiencia directa o de modelos socio-familiares determinadas creencias irracionales. Además, este autor expone también factores que pueden explicar el mantenimiento o la permanencia de las creencias irracionales

una vez adquiridas, destacando la baja tolerancia a la frustración, los mecanismos de defensa psicológicos y la presencia de síntomas secundarios.

El modelo cognitivo ha tratado de aportar una comprensión diferenciada de las diversas formas de psicopatología. Con este fin, Beck estableció la hipótesis de la especificidad del contenido cognitivo, según la cuál cada trastorno o grupo diagnóstico tiene su propia conceptualización y perfil cognitivo específico y exclusivo (Beck, 1976). Siguiendo este principio, numerosos estudios e investigaciones han permitido establecer, por ejemplo, una serie de procesos de pensamiento irracionales, de sesgos y distorsiones cognitivas, que se dan habitualmente en el caso de la depresión y la ansiedad (Beck, 1991). Así, la depresión se caracteriza por un predominio de cogniciones negativas relacionadas con contenidos de pérdida, deprivación, fracaso e inadecuación personal. En el caso de la ansiedad, el contenido de las cogniciones es de daños probables desde una perspectiva muchos más contextualizada y anticipatoria (Beck, Brown, Steer, Eidelson, y Riskind, 1987; Clark, Beck, y Brown, 1989).

Más allá de las conceptualizaciones específicas para cada trastorno, el modelo cognitivo reconoce también, en una aproximación más general a la psicopatología, la existencia de un conjunto de similitudes en cuanto a los sesgos y distorsiones cognitivas que se dan en las diversas categorías diagnósticas (Ellis, 1962; Leahy, 2003).

La teoría de la especificidad se ha centrado en la diferenciación entre depresión y ansiedad, y un número importante de estudios han logrado evidencias que apoyan la idea de que las cogniciones de personas ansiosas y depresivas son diferentes (Beck y cols., 1987; Clark, Beck, y Steward, 1990; Ingram, Kendall, Smith, Donnell, y Ronan, 1987; Sanz, 1995). Estos estudios se ha visto obstaculizados por el solapamiento existente entre depresión y ansiedad (Safren, Heimberg, Lerner, Warman, y Kendall, 2000), ya que ambos trastornos correlacionan altamente entre si (Clark, Steer y Beck, 1994).

A continuación se detallarán los principales modelos que explican estos dos trastornos.

4.2.1. Modelos explicativos de la depresión

La teoría cognitiva de la depresión de Beck enfatiza la predisposición cognitiva que tienen algunas personas a padecer este desorden. La manera en la que las personas explican normalmente los acontecimientos que suceden en sus vidas, esto es, sus estilos cognitivos, determinan en gran medida su vulnerabilidad a la depresión. En este sentido, estudios recientes sugieren que los estilos cognitivos negativos imprimen de hecho vulnerabilidad a la

depresión clínica y al suicidio. Por el contrario, los estilos cognitivos positivos protegen en el desarrollo de depresión y suicidio (Abramson y cols., 1989).

Beck (1987) estableció que los patrones de pensamiento negativos que determinan la aparición de depresiones se agrupan en pensamientos negativos acerca de uno mismo, de la experiencia o el mundo y del futuro, a los que llamó triada o set cognitivo negativo. De este modo, los individuos que tienen una vulnerabilidad a la depresión poseen creencias negativas sobre si mismos, viéndose como personas carentes de valor, poco dignas de afecto y deficitarias. Además, tienen una visión negativa de su entorno, viéndolo como abrumador, lleno de obstáculos y fracasos. Finalmente, tienen una visión negativa del futuro, percibiendo que es desesperanzador (Gonca y Savasir, 2001). Estos patrones de pensamiento constituyen un estilo cognitivo depresogénico que otorga un riesgo mayor de experimentar depresión. La llamada triada cognitiva aparece y se refuerza cuando un esquema disfuncional es activado por una emoción negativa. Cuando esto sucede, la manera negativa de pensar guía las propias percepciones, las interpretaciones y la memoria de experiencias personalmente relevantes, resultando en una visión negativa del mundo y conduciendo a la aparición de la depresión (Beck, 1987; Gonca y Savasir, 2001; Kovacs y cols, 1978).

Además de Beck, dentro del modelo cognitivo otros autores y estudios han identificado otras diátesis y factores que, combinados con acontecimientos vitales estresantes, contribuyen a la aparición de depresiones, y a su mantenimiento una vez desencadenadas.

Una de las más importantes es la teoría de desesperanza (Abramson y cols., 1989). La desesperanza es resultado de los estilos cognitivos negativos de las personas tendentes a la depresión y actúa como una diátesis que, combinada con acontecimientos negativos, aumenta la vulnerabilidad a sufrir un episodio depresivo. Este modelo se basa en el trabajo de Seligman sobre la indefensión aprendida y los estilos atribucionales. A la hora de enfrentarse a un acontecimiento negativo, los individuos que son vulnerables a la depresión tienden a hacer inferencias negativas acerca de la causa y de las consecuencias negativas que se derivarán del acontecimiento negativo, así como de las implicaciones de la ocurrencia del mismo para la propia persona: inseguridad, bajas expectativas de autoeficacia, interpretaciones de que uno carece de valor o es un fracasado (McGinn, 2000). Asi, el sentimiento de desesperanza viene provocado en gran medida por el estilo atribucional de las personas. En este sentido, Beck (1987) ya estableció que los individuos deprimidos tendían a tener un estilo atribucional pesimista, atribuyendo sus fracasos a causas internas, estables y globales. Además de determinar la génesis de la depresión, la interacción entre un estilo atribucional global y estable y acontecimientos negativos contribuye a aumentar la severidad

de la depresión y los niveles de indefensión. Esto es, la desesperanza es importante también a la hora de mantener un estado de ánimo depresivo (Needles y Abramson, 1990). Además, ha demostrado ser un mediador entre la vulnerabilidad cognitiva y los pensamientos y la conducta suicida (Abramson y cols., 1998).

Las teorías interpersonales aportan a su vez otros factores que pueden contribuir también a la génesis de la depresión. En concreto, sostienen que los individuos con un estilo de comunicación interpersonal tendente a la búsqueda de aprobación tendrán más dificultades interpersonales y, por lo tanto, más probabilidades de presentar síntomas depresivos (Coyne, 1976). Estas teorías, además de centrarse en la etiología de la depresión, aportan algunos factores explicativos del mantenimiento de la misma. Así, tendríamos la hipótesis de generación del estrés, que explica la relación entre el estrés y la depresión de manera diferente al modelo de diátesis – estrés. Esta hipótesis sostiene que los déficits interpersonales que surgen como consecuencia de los comportamientos y las emociones depresivas generan nuevas fuentes de estrés, que a su vez aumentarán la depresión (Hammen, 1991).

En la línea de estas teorías, la teoría del procesamiento de la información sugiere que una persona deprimida, como consecuencia de su estado de ánimo, accede con mayor facilidad a cogniciones negativas a la hora de interpretar las situaciones. De este modo, las situaciones que evocan una emoción negativa tienden a desencadenar pensamientos negativos previamente asociados con esa emoción y aumentan la posibilidad de que un individuo pueda caer en una depresión cuando tiene que afrontar nuevos estresores (Teasdale, 1983).

Otra teoría que explica el mantenimiento de la depresión es la teoría de la rumiación (Nolen-Hoeksema, 1991), que propone que los individuos que afrontan las situaciones centrándose en sus emociones negativas en vez de distrayéndose tienen una probabilidad mayor de experimentar depresiones severas y duraderas, independientemente de los acontecimientos estresantes que vivan y del apoyo social con el que cuenten. La rumiación se ha asociado a la falta de flexibilidad cognitiva que contribuye a la persistencia de emociones negativas (Davis y Nolen-Hoeksema, 2000). Además, la rumiación podría ser también un factor de riesgo o vulnerabilidad que contribuya al origen de estados depresivos.

Finalmente, una teoría que combina y completa varios de los modelos explicativos de la depresión existentes de una manera cohesionada es el modelo transacional de vulnerabilidad cognitiva-estrés (Hankin y Abramson, 2001). Se trata de un modelo que parte de la premisa de que el afecto negativo causado por acontecimientos vitales estresantes sólo persiste en los casos en los que existen vulnerabilidades anteriores. Basándose en esto, esta teoría coge el modelo de diátesis – estrés (Kovacs y cols., 1978) y le añade el afecto negativo

como un factor mediador entre el estresor y la cognición. Además, incluye otros factores que pueden interactuar con el afecto negativo para aumentar los síntomas depresivos: el estilo de respuesta rumiante (Nolen-Hoeksema, 1991) y otras vulnerabilidades cognitivas no relacionadas específicamente con la depresión. También incluye aspectos de las teorías interpersonales (Coyne, 1976; Hammen, 1991), admitiendo la posibilidad de que los individuos deprimidos pueden crear situaciones interpersonales estresantes que incrementen su condición. Este modelo aplicado a la depresión propone, por ejemplo, que el estilo cognitivo puede explicar las diferencias de género respecto a la depresión, ya que las respuestas de las chicas ante acontecimientos negativos se caracterizan por la rumiación y por un estilo inferencial negativo (Hankin y Abramson, 2001).

4.2.2. Modelos explicativos de la ansiedad

Dentro de las teorías cognitivas que explican el desarrollo de los trastornos de ansiedad cabe destacar el modelo de la vulnerabilidad de amenaza potencial -"looming vulnerability"- (Riskind y Williams, 1999). Esta teoria, al igual que los modelos cognitivos explicativos de la depresión, postula que los factores de vulnerabilidad a la ansiedad operan en un marco de diátesis-estrés, de manera que pueden permanecer latentes o durmientes hasta que son activados por un desencadenante o acontecimiento vital relevante. Una vez activados, estos factores pueden influir en el procesamiento de la información relacionada con la amenaza, el uso de estilos y estrategias de afrontamiento, el condicionamiento al estímulo amenazante y/o el enganche de la persona con su red social de apoyo. En concreto, el estilo cognitivo de amenaza potencial es un patrón cognitivo amplio e insidioso que detecta el daño y evalúa a través de las situaciones el peligro potencial, sesgando sistemáticamente la forma en la que los individuos representan mentalmente la progresión temporal y espacial de posible amenaza futura. Esto es, hace que las personas interpreten que el peligro aumenta rápidamente y que la situación empeora progresivamente, o acelera y crece rápidamente (Riskind, 1997; Riskind, Williams, Gessner, Chrosniak y Cortina, 2000; Williams, Riskind y Long, 2000). De este modo, las personas que desarrollan este estilo cognitivo son propensas a tener dificultades para habituarse a amenazas potenciales, demuestran más vigilancia y ansiedad, perciben la urgencia del tiempo y la necesidad imperativa de acción, y utilizan en exceso estrategias de evitación cognitivas y conductuales (Riskind y Williams, 1999).

De acuerdo con la hipótesis de la especificidad del contenido cognitivo, se ha encontrado que este estilo cognitivo representa un factor de riesgo para padecer diversos

trastornos de ansiedad, pero no para la depresión (Riskind y Williams, 1999; Williams y cols., 2000), salvando el solapamiento que, tal y como se mencionaba anteriormente, se ha hallado en numerosas ocasiones entre ambos trastornos.

Un modelo que ofrece una explicación para dicho solapamiento es el modelo tripartito de depresión y ansiedad (Clark y Watson, 1991). Según esta teoría ambas medidas (depresión y ansiedad) realmente evalúan un factor de desajuste psicológico mayor, común e inespecífico, llamado afecto negativo. Este factor se define como la medida en que una persona dice sentirse estresada, ansiosa, hostil, deprimida o nerviosa. El modelo tripartito también establece la existencia de otras dos dimensiones, conocidas como afecto positivo y activación fisiológica. El afecto positivo se refiere a una implicación positiva con el ambiente y a sentimientos de energía, bienestar, afiliación y aventura (Clark y Watson, 1991). Según este modelo, la puntuación baja en medidas de afecto positivo sería específica de la depresión mientras que la activación fisiológica sería propia de la ansiedad. Esta teoría ha encontrado apoyo en algunos estudios (Calvete y Connor-Smith, 2005; Jolly, Wiesner, Wherry, Jolly y Dykman, 1994).

4.3. ROL DE LAS VARIABLES COGNITIVAS EN EL IMPACTO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LA SALUD MENTAL: MEDIACIÓN VS. MODERACIÓN

Cada vez más estudios ponen de relevancia la importancia de las variables cognitivas en relación a la violencia de género en general (Ferrer Pérez, Bosch Fiol, Ramis Palmer, Torres Espinosa y Navarro Guzmán, 2006) y, más en particular, como factor que contribuye al mantenimiento de trastornos tales como el TEPT y la depresión (Calvete, Estévez y Corral, 2007a, b; Kubany, Hill y Owens, 2003; Miguel-Tobal, González Ordi, y López Ortega, 2000). A modo de ejemplo, en relación al TEPT, se ha encontrado que el empeoramiento o la mejoría del mismo van en función de la interpretación o el significado que se da al acontecimiento (Brewin, Dalgleish y Joseph, 1996; Ehlers y Clark, 2000; Foa y Jaycox, 1999; Keane y Barlow, 2002; Resick, 2001; Resick y cols., 2008).

El estudio de la unión entre los riesgos o estresores y las consecuencias que se derivan de los mismos revela que pueden existir dos tipos de mecanismos de enlace en esa relación: moderadores, mecanismos que aumentan, disminuyen o cambian la dirección de la relación entre el riesgo y su consecuencia, y mediadores, procesos que crean vínculos no observables entre los riesgos y sus consecuencias (Cowan, Cowan y Schultz, 1996). Los moderadores son

similares a efectos de interacción y predicen cuándo se mantendrán determinados efectos. En un modelo mediacional, por su parte, el predictor tiene un efecto indirecto a través de una variable mediadora, la cuál explica cómo o por qué sucede un efecto (Baron y Kenny, 1986).

Dentro de los moderadores se encuentran, a su vez, los factores de riesgo, que aumentan la probabilidad de que se den consecuencias negativas al producirse situaciones estresantes, y los factores protectores, que disminuyen la probabilidad de que suceda una consecuencia negativa en presencia de una situación de riesgo (Dankoski y cols., 2006). La resiliencia explora los factores protectores que contribuyen a un funcionamiento adaptativo de aquellos que han experimentado un trauma (Suzuki, 2006), indicando un resultado positivo a pesar de la adversidad o de las condiciones de riesgo (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000). A la inversa, la presencia de un riesgo predispone a la persona a tener unas consecuencias negativas específicas (Cowan y cols., 1996).

Los modelos anteriormente explicados postulan que las variables cognitivas juegan un papel moderador en el desarrollo de los trastornos. Esto es, los estilos cognitivos serían factores estables de las personas que moderan el impacto de los acontecimientos estresantes negativos. En el caso de ser positivos, estos estilos cognitivos constituirían factores de protección, que harían a la persona resistente a la hora de hacer frente al estrés (Egeland, Carlson y Sroufe, 1993; Rutter, 1987). Por el contrario, en el caso de ser negativos, los estilos cognitivos serían factores de riesgo, que imprimirían una vulnerabilidad a desarrollar trastornos diversos al suceder los estresores. Esta idea trasladada al ámbito de la violencia de género implicaría que existen ciertos elementos cognitivos que conforman los esquemas de funcionamiento y la personalidad de algunas mujeres que pueden hacerles más vulnerables o, en su contrapunto, más resistentes (DeMaris y Kaukinen, 2005). Esta vulnerabilidad o resiliencia se expresa no tanto en el sentido de ser víctimas potenciales de malos tratos, como en el sentido de tener más o menos dificultades a la hora de identificar en un momento temprano de la relación los comportamientos abusivos, así como a la hora de afrontarlos y ser capaces de romper con la relación de maltrato. Asimismo, las mujeres cognitivamente vulnerables tienen más probabilidades de presentar mayores problemas de salud mental y de desarrollar diversos trastornos como consecuencia de la vivencia de malos tratos.

La mayoría de los estudios realizados en el área de la violencia contra las mujeres apoyan el papel moderador de las cogniciones, postulando que el impacto de los sucesos traumáticos en la salud de las víctimas puede ser bien amortiguado, bien exacerbado, por las experiencias previas de la mujer o por sus atributos personales (Clements y cols., 2004; Kessler y Magee, 1994; Macmillan, 2001; Macmillan, Nierobisz y Welsh, 2000; O´Keefe,

1998; Testa y Livingston, 2000; Tyler, Hoyt y Whitbeck, 2000). Así, se ha encontrado, por ejemplo, que las mujeres difieren en la severidad de sus respuestas emocionales al maltrato, de forma que algunas mujeres son capaces de ser resistentes a pesar de estar expuestas a un nivel extremo de estrés (Calvete, Estévez y Corral, 2007a; O'Neill y Kerig, 2000).

Sin embargo, muchas teorías sobre el trauma proponen que los acontecimientos traumáticos podrían afectar al sistema de esquemas profundos de las víctimas (Epstein, 1991; Janoff-Bulman y Frieze, 1983), a pesar de que éstos se consideran profundos, incondicionales y relativamente duraderos. Por ejemplo, McCann y Pearlman (1990) describieron como las experiencias traumáticas puede ocasionar esquemas negativos y disfuncionales que fraccionan la identidad personal y dañan las esferas emocional e interpersonal más allá del ámbito del trauma. De ser esto así, las variables cognitivas no jugarían el papel moderador explicado. Esto es, no constituirían un factor de vulnerabilidad previo a los estresores, aumentando la probabilidad de las personas de desarrollar trastornos psicológicos varios, sino que sucedería a la inversa: un estresor negativo podría modificar las estructuras cognitivas de las personas y tales cambios determinarían la aparición de determinados problemas de salud mental como consecuencia del estresor. Estaríamos hablando en este caso de una hipótesis de mediación.

En apoyo a esta hipótesis, en el campo de la violencia conyugal, diversos estudios han revelado que las experiencias de maltrato y de violencia podrían afectar a las cogniciones de la víctima (Arias y Pape, 1999; Calvete, Estévez y Corral, 2007a; Dutton, 1992; Lerner y Kennedy, 2000). Así, la exposición al maltrato se relacionaría positiva y significativamente con la adopción de una perspectiva psicológica negativa, lo cuál a su vez establecería una correlación negativa con la salud física y mental (Tomasulo y McNamara, 2007).

En el presente estudio se probarán ambas hipótesis, mediadora y moderadora, analizando el rol que juegan algunos elementos cognitivos en el impacto del maltrato en la salud mental de las mujeres víctimas.

4.4. VARIABLES COGNITIVAS INFLUYENTES EN LAS SITUACIONES DE VIOLENCIA DE GÉNERO Y PAPEL DE LAS MISMAS

Para este estudio, se han seleccionado, por su especial relevancia en las situaciones de violencia contra las mujeres, las siguientes variables cognitivas: el locus de control, las creencias de culpabilidad, los esquemas de autosacrificio e imperfección, las expectativas de autoeficacia y la asertividad en las relaciones íntimas. A continuación se explicarán cada una de estas variables, detallando el estado de las investigaciones en relación a la influencia de

cada una de ellas en las mujeres víctimas de maltrato y analizando el sentido de los hallazgos encontrados a favor de las hipótesis mediadora o moderadora.

4.4.1. ATRIBUCIONES: LOCUS DE CONTROL Y CULPABILIDAD

4.4.1.1. Definición

Las atribuciones son percepciones y comprensiones del entorno que determinan la construcción causal que las personas hacen de los acontecimientos (Fincham, 2001; Heider, 1958), ayudando a dar significado a lo que sucede a nuestro alrededor y a dar así sentido al mundo de una forma sistemática (Norgaard, 2005).

En el ámbito de las relaciones íntimas, los miembros de la pareja codifican las diversas interacciones para establecer sus expectativas acerca del comportamiento de su pareja y, a través de la observación de patrones consistentes, elaboran sus atribuciones sobre el comportamiento y las actitudes de su pareja hacia la relación (Sorrentino, Holmes, Hanna y Sharp, 1995).

Tradicionalmente se han distinguido, según la literatura, tres tipos de atribuciones: causales, de responsabilidad y de culpa. De hecho existe un modelo de enlace que presupone que las atribuciones de culpa implican un juicio de responsabilidad, el cuál, a su vez, descansa en la determinación de la causalidad. (Fincham, 2001; Lussier, Sabourin y Wright, 1993).

Sin embargo, la culpabilidad es un concepto que está muy ligado a las atribuciones de responsabilidad (Byrne, Arias y Lyons, 1993; Fincham, 2001; Fincham y Jaspars, 1980; Shaver, 1985) y los estudios han revelado que las parejas no distinguen claramente entre responsabilidad y culpa (Fincham, 2001; Fincham y Bradbury, 1992). Por ello, los investigadores que estudian las atribuciones en el matrimonio han tendido a diferenciar sólamente entre las atribuciones causales y las atribuciones de responsabilidad, incluyendo la culpa como una dimensión dentro de estas últimas (Fincham y Bradbury, 1992). Las atribuciones de causa y de responsabilidad también correlacionan entre si de forma elevada, pero la investigación confirma que un modelo de dos factores se ajusta mejor que un modelo de un solo factor (Davey, Fincham, Beach y Brody, 1999; Fincham, 2001).

Las atribuciones causales hacen referencia a las explicaciones que hacen los esposos de las razones por las que ocurren los acontecimientos en el matrimonio y los comportamientos de la pareja (Byrne y Arias, 1997; Byrne y cols., 1993). Estas atribuciones se componen de 3 dimensiones: locus de control, globalidad y estabilidad de las causas

(Fincham, 2001; Karney y Bradbury, 2000). El locus de control implica hasta qué punto uno cree que la causa de la conducta es interna (factores propios de uno mismo) o externa (factores propios de la pareja u otros). La estabilidad se refiere a hasta qué punto es probable que las causas de un suceso cambien o se mantengan. Finalmente, la globalidad hace referencia a si las causas del acontecimiento afectan a otras áreas del matrimonio o no (Fincham, Bradbury, Arias, Byrne y Karney, 1997).

Por su parte, las atribuciones de responsabilidad se refieren a la evaluación de a quién se le puede achacar la ocurrencia del suceso una vez que la causa se conoce, es decir, al grado de responsabilidad o de respuesta atribuible a la pareja o a uno mismo por un acontecimiento (Byrne y Arias, 1997; Byrne y cols., 1993). Estas atribuciones implican tres dimensiones: intención, motivación y culpa. Esto es, el grado en el que el se considera que la pareja o uno mismo ha actuado con intención negativa, con motivación egoísta y merece ser culpado por un comportamiento negativo (Fincham y cols., 1997; Karney y Bradbury, 2000).

Para esta investigación se han seleccionado dos dimensiones, por el importante papel que pueden jugar en las relaciones de maltrato: dentro de las atribuciones causales, el locus de control; dentro de las atribuciones de responsabilidad, la culpabilidad.

El locus de control marital ha sido definido como la percepción global que tiene un miembro de la pareja acerca de su habilidad para introducir cambios significativos en el matrimonio, cambiando algo de sí mismo (McNeal, 1999). El locus de control en las relaciones íntimas hace referencia a la percepción del miembro de la pareja de las causas de los acontecimientos que suceden en su matrimonio. Las personas con un locus de control interno tienden a atribuir las causas de tales acontecimientos a factores que están bajo su control, mientras que las personas con un locus de control externo tienden a atribuir lo que les acontece a causas externas, ajenas a su control (Kikuchi y Snell, 2002).

Así, el locus de control interno es el grado en el que las personas piensan que ejercen una influencia en sus relaciones íntimas y que pueden determinar su naturaleza y calidad (Snell, Schicke y Arbeiter, 1990). Esto es, el grado en el que piensan que los sucesos que tienen lugar en el matrimonio, tanto positivos como negativos, y las consecuencias de los conflictos maritales, sean buenas a malas, son resultado de sus propios esfuerzos y habilidades (Miller, Lefcourt, Halmes, Ware y Saleh, 1986). Por el contrario, el locus de control externo es el grado en el que las personas piensan que sus relaciones íntimas están controladas por factores ajenos a sí mismas, que no pueden ni anticipar ni controlar (Snell y cols., 1990).

Por su parte, la culpabilidad es un afecto desagradable y doloroso que surge de la sensación de haber transgredido las normas éticas personales o sociales, sobre todo cuando de

la propia conducta se ha derivado un daño a otra persona, y que se acompaña de la creencia de que uno debería haber pensado, sentido o actuado de diferente manera (Echeburúa, Corral y Amor, 2001; Kubany y Watson, 2003). La culpa puede compararse de forma muy directa con la ira, que puede definirse como un sentimiento desagradable acompañado de pensamientos de que *otra persona* debería haber pensado, sentido o actuado de forma diferente (Kubany y Watson, 2003). La diferencia es que la culpa se dirige al interior de uno mismo, mientras que la ira se dirige hacia fuera (Kubany y cols., 2004; Weiner, Graham y Chandler, 1982).

El rol de las cogniciones o el significado personal que se da al trauma se ha estudiado bajo diversas etiquetas que se solapan con las cogniciones de culpa, entre las cuáles están las atribuciones internas o externas de culpa y la autoinculpación (Kubany, 1997; Kubany y cols., 2004). El constructo cognitivo más cercano a la culpa es la autoinculpación (Kubany y cols., 1996), que incluye atribuciones de responsabilidad, con connotaciones de una mala actuación (Morris, 1982) y un afecto negativo. Por su parte, los conceptos de culpa comportamental y culpa caracteriológica (Janoff-Bulman, 1985) son similares a los conceptos de culpa y autodesprecio, respectivamente (Tangney, Wagner y Gramzow, 1992).

4.4.1.2. Las atribuciones de las víctimas de maltrato y su relación con el estado psicológico y la conducta de las mismas.

4.4.1.2.1. El locus de control en las víctimas de maltrato

Así como en el caso de los hombres agresores existe un consenso en la idea de que tienden a atribuir sus comportamientos violentos a causas externas, en el caso de las mujeres víctimas los estudios han encontrado resultados diversos. De este modo, muchos estudios indican que las mujeres maltratadas tienden a presentar un locus de control externo (Launius y Lindquist, 1988; McClennan y Lewis, 1994; Pershad, 2003), atribuyendo el maltrato a sus parejas o a factores situacionales relacionados con su pareja (“es porque estaba bebido”) (Harris y Cook, 1994; Overholse, 1990) y citando factores más allá de su control, tales como la suerte o el paso del tiempo, como las soluciones a los problemas (Clements y cols., 2004; Clements y Sawhney, 2000; Finn, 1985). Al mismo tiempo, otros investigadores encuentran que las víctimas de maltrato atribuyen el maltrato a factores de ellas mismas. Por ejemplo, se ha sugerido que las víctimas, al igual que la mayoría de las mujeres (Snell y cols., 1990), tienden a tener un locus de control interno en sus relaciones.

El locus de control se ha relacionado con la satisfacción marital (Doherty, 1983; Doherty y Ryder, 1979; Miller y cols., 1986). En esta línea, algunos autores establecen que el locus de control tiene un impacto indirecto en la satisfacción marital a través de los estilos de resolución de conflictos y a través de las consecuencias de estos estilos en cuanto a su efectividad a la hora de traer resultados mutuamente deseados (Doherty, 1983; Miller y cols., 1986). En concreto, el locus de control interno es el que se ha asociado a una mayor satisfacción, indicando que el grado en el que las personas perciben que sus esfuerzos son efectivos de cara a producir el efecto deseado influye directamente en sus percepciones sobre sí mismas, sobre sus pareja y sobre el matrimonio. Por el contrario, las personas que creen que sus esfuerzos son ineficaces es menos probable que se sientan satisfechas con su matrimonio (McNeal, 1999). Sin embargo, la realidad de las relaciones de maltrato es muy compleja y estos resultados pueden ser diferentes en ese contexto, tal y como se expone a continuación.

Los estudios realizados en el ámbito de relaciones de pareja normalizadas revelan, en efecto, que los niveles de control percibido influyen directamente en los comportamientos de resolución de conflictos que llevan a cabo los esposos para hacer frente a los problemas que surgen en la relación, así como en la relación de tales comportamientos con el bienestar y la estabilidad de los matrimonios (Doherty, 1983; Lefcourt, 1982; McNeal, 1999). Las personas con bajos niveles de control percibido tienden a emplear estrategias más agresivas, indirectas y pasivas en la resolución de sus conflictos (McNeal, 1999). Por el contrario, los individuos con un alto nivel de control percibido tienden a usar en mayor medida conductas asertivas y directas en la resolución de los problemas, se implican de manera más activa y directa que los externos en la resolución de problemas, expresando claramente sus opiniones, porque al creer que tienen más control sobre los resultados trabajarán más duro para tener éxito. Además, los internos se comunican de manera más efectiva y consiguen en mayor medida sus metas (Miller y cols., 1986). Este estilo de afrontar los conflictos, cuando se da en el marco de relaciones íntimas normales y positivas, resulta apropiado, pues favorece una comunicación más efectiva, una mejor resolución de los conflictos y una mayor satisfacción marital (Doherty, 1983; Kikuchi y Snell, 2002; Miller y cols., 1986).

Sin embargo, esta asociación positiva entre el nivel de implicación en los asuntos y la efectividad en la resolución de los conflictos encontrada en el contexto de una relación de pareja constructiva y positiva (Miller y cols., 1986) no es extrapolable a las relaciones de maltrato. Así lo revelan algunas investigaciones realizadas en el marco de relaciones de pareja negativas, en las que predominan las interacciones maritales destructivas, caracterizadas por la expresión verbal y no verbal de actitudes y sentimientos negativos hacia la pareja, la

hostilidad y las críticas. En estos casos, la relación entre una implicación activa en la resolución de los conflictos y la obtención de un resultado positivo y satisfactorio disminuye. Esto es, en estos casos una estrategia de afrontamiento activa puede no resultar efectiva (Miller y cols., 1986). De hecho, las estrategias de afrontamiento pueden ser más o menos efectivas según si es posible o no que el individuo controle las consecuencias (Clements y cols., 2004; Clements y Sawhney, 2000; Forsythe y Compas, 1987; Strentz y Auerbach, 1988; Valentiner, Holahan y Moos, 1994; Vitaliano, DeWolfe, Maiuro, Russo y Katon, 1990; Vitaliano, Russo, Weber y Celum, 1993; Winkel y Vrij, 1993). Además, en las relaciones abusivas, el sentimiento de responsabilidad y control sobre las consecuencias de los conflictos maritales puede ser muy poco útil, e incluso perjudicial si conduce a que uno de los miembros de la pareja ignore las necesidades del otro y ejerza el control con motivaciones egoístas (Miller y cols., 1986). Esta idea, aplicada a las relaciones de maltrato, indica que tener un locus de control interno puede resultar negativo para las mujeres víctimas, ya que les puede llevar a tener una falsa "ilusión de control". La creencia de que de algún modo pueden controlar tales comportamientos e impedir que se produzcan les puede conducir a implicarse activamente y a persistir en la búsqueda de una solución a los conflictos que surgen en su relación, sin que esa implicación tenga efectividad, lo cuál puede ser muy frustrante para ellas y les puede llevar a desarrollar sentimientos depresivos y de indefensión. Además, al internalizar las causas de los conflictos es probable que estas mujeres se sientan responsables de los mismos, puesto que asumir el control sobre los comportamientos negativos de la pareja implica creer que se podría y debería haber controlado esos comportamientos (Holtzworth-Munroe y Jacobson, 1985). Este aspecto puede ser utilizado y reforzado por sus parejas agresoras para imponerse sobre ellas, favoreciendo la justificación del maltrato.

Este debate acerca de si un locus de control interno puede ser positivo o negativo en la relaciones de maltrato se ve reflejado también en los resultados de las investigaciones.

Por un lado, diversos estudios asocian un locus de control interno a un mejor estado psicológico. Así, se ha hallado que la relación entre el locus de control y el estrés es estrecha (Anderson, 1977; Judge, Erez, Bono y Thoresen, 2002), mostrando numerosos estudios que el locus de control se asocia negativamente con la ansiedad y el estrés, de manera que cuanto menos control percibido se tiene sobre una situación estresante mayor es el nivel de ansiedad (Joe, 1971; Ray y Katahn, 1968). Además, el locus de control también se ha visto asociado al trastorno de estrés postraumático, hallando una correlación positiva entre un locus de control externo y una mayor severidad de los síntomas del TEPT (Noon, 1996).

Por otro lado, en otras áreas, la relación entre un locus de control interno y las consecuencias psicológicas no está tan clara. Así, muchos estudios han mostrado que el grado de control percibido sobre el abuso es una variable importante de cara a determinar si una mujer desarrolla síntomas depresivos después de un abuso (Cantos, Neidig y O´Leary, 1993; Clements y cols., 2004; Miller y Porter, 1983; Overholser y Moll, 1990). Sin embargo, las investigaciones arrojan datos contradictorios, acerca de si es el locus de control externo (Alloy y Clements, 1992; Clements y Sawhney, 2000; Finkelhor, 1987; Mannarino y Cohen, 1996; Overholser y Moll, 1990; Umberson y cols., 1998; Wingfield, 1997) o, por el contrario, el locus de control interno (Clements y cols., 2004; Sackett y Saunders, 1999) el que se asocia a un nivel mayor de depresión.

El estudio realizado por Clements y cols. (2004) con mujeres residentes en centros de acogida puede ofrecer una explicación a estos resultados aparentemente contradictorios. Los resultados de dicho estudio muestran que la expectativa de poder controlar episodios abusivos futuros se relaciona con niveles menores de disforia, mientras que un elevado control percibido sobre el abuso presente se relaciona con una mayor disforia. Esto puede explicarse atendiendo a que las mujeres que tienen un alto control percibido del abuso que sufren en el momento presente pueden hacer intentos de ejercer dicho control sobre situaciones abusivas que objetivamente son incontrolables, lo cuál resulta poco adaptativo y conduce a una mayor depresión (Clements y cols., 2004; Peterson, Maier y Seligman, 1993). Sin embargo, un locus de control interno acerca de un posible maltrato futuro, que si puede ser controlable por la mujer, puede aportarle beneficios psicológicos, en el sentido de padecer menos síntomas depresivos (Clements y Sawhney, 2000; Clements y cols., 2004).

Sin embargo, la percepción de control proyectada al abuso futuro también puede tener consecuencias negativas. Un fenómeno muy común en los casos de maltrato es que las mujeres maltratadas suelen regresar con sus agresores, a veces en repetidas ocasiones (Rhodes y McKenzie, 1998). El locus de control interno ha demostrado ser un predictor de este regreso a las relaciones abusivas (Frazier, 1997). Esto significa que las mujeres que sienten que tienen control sobre la relación abusiva y sobre su pareja tienen más probabilidades de retomar la relación. Puede suceder que las mujeres que esperan poder controlar la ocurrencia de episodios abusivos futuros tiendan a creer que pueden modificar el resultado de los abusos (Holtzworth-Munroe, 1988; Painter y Dutton, 1985). Estas elevadas expectativas de control sobre el abuso futuro pueden conducir más fácilmente a las mujeres a pensar que sus relaciones pueden salvarse y a tomar la decisión de volver con el abusador (Clements y cols., 2004; Doran, 1980; Ferraro, 1983). Al parecer el locus de control interno podría funcionar

entonces como una negación de la situación de victimización, que podría perpetuar la violencia contra las mujeres (Frazier, 1997).

4.4.1.2.2. La culpabilidad en las víctimas de maltrato

En general, existe un relativo consenso entre los diversos investigadores en el hecho de que la autoinculpación es una reacción común en las víctimas de maltrato (Andrews y Brewin, 1990; Clements, 2000; Clements y Sawhney, 2000; Jansen y Myers-Abell, 1981; Kubany y Watson, 2002; Norgaard, 2005; Petretic-Jackson, Sandberg y Jackson, 1994). Así, los estudios en general muestran una alta prevalencia de autoculpabilización en las mujeres maltratadas (Barnett, Martínez y Keyson, 1996; O´Leary, Curley, Rosembaum y Clarke, 1985). Por ejemplo, un estudio realizado con mujeres maltratadas que acudían a grupos de apoyo encontró que un 49% presentaba un nivel moderado o elevado de culpabilidad en relación al abuso sufrido (Kubany y cols., 1996). Otros estudios muestran que entre un 50% y un 70% de las víctimas se atribuyen a sí mismas la culpa, al menos parcialmente, de lo que les ocurre, pensando que quizás ellas se lo han buscado, que no adoptaron las medidas necesarias para prevenir o hacer frente al problema, que podrían haber hecho más por parar el abuso o que podían haberlo revelado antes (Porter, Blick y Sgroi, 1982). En el caso de las mujeres víctimas de maltrato se han encontrado además algunas creencias de autoinculpación específicas, como las relacionadas con un matrimonio fracasado, con el efecto de la violencia en los hijos y con las decisiones sobre permanecer en la relación o abandonarla (Belknap, 1999; Kubany y cols., 2004). En el caso de mujeres física o sexualmente abusadas, este porcentaje se eleva hasta un 75% (Kubany, Owens, Kaplan, Leisen y Ramelli, 2003; Kubany y cols., 2004).

Sin embargo, otros estudios aportan resultados contrarios a esta perspectiva general (Hendricks-Matthews, 1982; Walker, 1984), al encontrar porcentajes inferiores de culpa en muestras de mujeres maltratadas (Barnett y cols., 1996; Holtzworth-Munroe, 1988; Overholser y Moll, 1990), así como resultados que indican que las mujeres maltratadas distribuyen la mayor parte de la culpabilidad del maltrato al agresor (Rogers, 1998). Por ejemplo, un estudio realizado con una muestra de víctimas que recibía apoyo terapéutico, encontró que tan sólo el 12% de las mujeres se culpaban a si mismas por causar la violencia (Cascardi y O´Leary, 1992). Cabe destacar, no obstante, que los estudios que obtienen estos resultados emplean muestras de mujeres que ya han abandonado la relación de maltrato y que incluso reciben apoyo terapéutico, por lo que es posible que su atribución de la culpa haya

cambiado, orientándose a un punto de vista más realista y racional, a raíz de haber cortado con la situación abusiva y de mantenerse alejadas de ella. En este sentido, algunos autores han encontrado que el 53% de las mujeres maltratadas que aún permanecen en la relación abusiva se culpan a si mismas por causar la violencia, mientras que sólo un 35% de las mujeres que ya han roto la relación abusiva se autoinculpan (Andrews y Brewin, 1990). Otros autores encuentran que las mujeres maltratadas tienden a culparse a si mismas por el abuso mientras la duración de la violencia aumenta, pero que se inclinan más a culpar a la pareja a medida que aumenta la severidad de la violencia (Clements y Sawhney, 2000; Miller y Porter, 1983). Otra explicación alternativa a la baja prevalencia de culpabilidad encontrada en algunos estudios puede ser que algunas mujeres que dicen no tener o tener muy poca culpa en relación al abuso, no entienden el significado de la culpa como un sentimiento con creencias asociadas de que uno debería haber pensado, sentido o actuado de forma diferente (Kubany y Watson, 2003). Así, cuando se pregunta a las mujeres que dicen no sentir culpa si piensan que tendrían que haber hecho algo de forma distinta, a menudo responden de manera afirmativa ("si, tenía que haberle dejado mucho antes") (Kubany y cols., 2004).

En cuanto a la relación de la autoinculpación con el estado psicológico de las víctimas de maltrato, la evidencia empírica indica que la autoinculpación coloca a las mujeres víctimas de maltrato en una situación de elevado riesgo de presentar un ajuste emocional pobre como consecuencia del abuso (Dutton y cols., 1994; Frazier y Schauben, 1994; Kubany y cols., 2004; O´Neill y Kerig, 2000).

Asimismo, la autoinculpación de estas mujeres correlaciona también de forma positiva con una baja autoestima (Clements, 2000, 2004; Westbrook, 1999), así como con trastornos depresivos (Andrews y Brewin, 1990; Barnett y cols., 1996; Clements, 2000; Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa y cols., 2001; Kubany y cols., 2003; Miller y Porter, 1983; Westbrook, 1999), llegándose a encontrar que, controlando los efectos de la severidad del abuso y la baja autoestima, la autoinculpación es el único contribuyente al nivel de disforia. Además, la culpabilidad se asocia a un elevado nivel de depresión tras abandonar la relación abusiva (Andrews y Brewin, 1990), lo cuál indica que la recuperación total de la sintomatología depresiva puede no suceder hasta que se reduzca la autoinculpación (Clements y cols., 2004).

Finalmente, la autoculpabilización se ha relacionado también con una mayor duración de la relación abusiva (Westbrook, 1999) y con dificultades para la recuperación de la misma (Mynatt, 1999; Painter y Dutton, 1985; Serra, 1993; Zust, 2006). De hecho, los sentimientos de culpa constituyen una barrera para que se de el comportamiento de búsqueda de ayuda

(Fugate, Landis, Riordan, Naureckas y Engel, 2005). Asimismo, se ha encontrado en algunos estudios que la decisión de algunas mujeres de retomar la relación con sus agresores está determinada por el hecho de atribuir la responsabilidad de la violencia a sus propios defectos personales (Prange, 1985). Al parecer, creían que si ellas eran culpables del abuso, podrían o deberían eliminarlo cambiando su propio comportamiento (Barnett y cols., 1996; Landenburger, 1989; Miller y cols., 1986; Prange, 1985).

4.4.1.3. Papel de las atribuciones en las relaciones maltrato

4.4.1.3.1. Apoyos a la hipótesis moderadora

En la mayoría de la investigación en el campo de las atribuciones se ha presumido implícitamente que el objeto de estudio es un rasgo de personalidad (Fincham, 2001), producto de esquemas cognitivos desarrollados como resultado de la experiencia y de la socialización. (Howard, 1984a; Jones y cols., 1972; Norgaard, 2005). Según este punto de vista, los miembros de la pareja tienen unos estilos atribucionales que aplican "en las diferentes situaciones y a lo largo del tiempo" (Metalsky y Abramson, 1981), de manera que las atribuciones que hacen de los comportamientos de sus parejas son una tendencia o un rasgo estable en el tiempo. Desde esta perspectiva, un estilo atribucional negativo determinado, que incluye la tendencia estable a juzgar que los acontecimientos negativos están controlados por factores externos o internos a uno mismo así como a hacer unas determinadas atribuciones de culpabilidad, puede constituir un factor de resistencia o vulnerabilidad (O'Neill y Kerig, 2000) que aporte fortaleza a la mujer o, por el contrario, le predisponga a padecer consecuencias negativas al hacer frente al maltrato.

Esta hipótesis moderadora ha encontrado diversos apoyos. En concreto, se ha hallado que las atribuciones se asocian al estrés marital, jugando un papel en su mantenimiento y constituyendo un predictor del mismo (Davey, Fincham, Beach y Brody, 2001; Fincham, Harold y Gano-Philips, 2000; Karney y Bradbury, 2000). En este sentido, se ha encontrado que las atribuciones de responsabilidad moderan la aparición de estrés marital, de forma que las las personas que perciben que los comportamientos negativos de su pareja tienen una intencionalidad negativa y una motivación egoísta y son, por tanto, culpa de su pareja, tienen una mayor probabilidad de presentar síntomas de estrés (Bradbury y Fincham, 1990; Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993). Además, existe una gran evidencia de que los estilos atribucionales son un factor causal en la evolución del matrimonio a lo largo del

tiempo (Baucom y Epstein, 1990; Karney y Bradbury, 2000), prediciendo la satisfacción de los miembros de la pareja (Bradbury y Fincham, 1990; Fincham, 1994; Fincham y cols., 1997; Horneffer y Fincham, 1996).

Asimismo, en el caso de los hombres agresores, se ha encontrado que los procesos atribucionales moderan la relación entre satisfacción marital y violencia marital. En concreto, los hombres que realizan atribuciones de responsabilidad más desadaptativas ante el comportamiento de sus mujeres tienen más probabilidad de desarrollar comportamientos violentos contra ellas que los hombres que hacen atribuciones de responsabilidad menos desadaptativas. Así, parece que es más probable que los maridos actúen de forma violenta cuando atribuyen intenciones hostiles a las conductas de sus mujeres y cuando perciben que ellas son las culpables de sus comportamientos negativos y las causantes de los mismos (Byrne y cols., 1993), ya que ese tipo de interpretaciones ("ella estaba intentando hacerme daño") puede aumentar la probabilidad de que el marido elija una respuesta violenta para hacer frente a la situación ("mi violencia está justificada") (Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993). Algunos estudios corroboran que altos niveles de culpabilización al otro correlacionan con niveles más elevados de abuso en la pareja, asociándose con la coerción, intimidación, abuso emocional y aislamiento (Dutton, Bodnarchuk, Kropp, Hart y Ogloff, 1997).

En cuanto al locus de control, algunos autores establecen que el locus de control interno contribuye a la resiliencia de las mujeres que han sido expuestos a violencia de género (Suzuki, 2006). En concreto, en lo que respecto al ajuste psicológico a las situaciones de maltrato se ha hallado que el control percibido es un factor especialmente influyente (Cantos y cols., 1993; Clements y Sawhney, 2000; Follingstad y cols., 1991; Gelles y Harrop, 1989; Miller y Porter, 1983; Overholser y Moll, 1990; Sato y Heiby, 1992), moderando la relación entre la violencia sufrida y el ajuste personal de las mujeres (O´Neill y Kerig, 2000), de manera que un bajo control percibido aumenta la relación entre la violencia física y el desajuste psicológico, mientras que un mayor control percibido se asocia a la presencia de menos sintomatología y a un mejor ajuste. En este sentido, otros estudios han encontrado también que una elevada autoinculpación de las víctimas aumenta la relación entre la violencia física y el desajuste psicológico de las mujeres (Calvete, Estévez y Corral, 2007a; O´Neill y Kerig, 2000).

4.4.1.3.2. Apoyos a la hipótesis mediadora

Esta hipótesis encuentra apoyo en las perspectivas teóricas que postulan que las atribuciones en las relaciones de pareja cambian reflejando la evolución y el desarrollo del matrimonio, siendo reacciones de la persona al estado de la relación, más que expresiones de sus propios estilos cognitivos (Karney y Bradbury, 2000). En concreto, existen diversos modelos teóricos alternativos acerca de las cogniciones en las relaciones, que ofrecen visiones distintas a la de la consistencia de las atribuciones maritales a lo largo de las situaciones y del tiempo (Cutrona, Russell y Jones, 1984). Por ejemplo, el modelo factorial de las atribuciones de Kelley (1967), describía las atribuciones como respuestas aprendidas a los patrones que se observan en el entorno social. Según esta perspectiva, las atribuciones que las personas hacen de acontecimientos específicos que suceden dentro de su matrimonio están basadas en la experiencia previa en la relación. Del mismo modo, la idea de "la influencia/generalización del sentimiento" (Weiss, 1980) establece que los miembros de la pareja no responden de forma contingente al comportamiento de su pareja o a las cuestiones del matrimonio, sino que, por el contrario, responden en términos del sentimiento dominante acerca de su matrimonio (Bradbury y Fincham, 1990; Fincham, 2001; Weiss y Herman, 1990). En esta línea, se ha hallado que las parejas producen atribuciones causales consistentes con el afecto predominante hacia la pareja y hacia la relación (Fincham y O´Leary, 1983; Jacobson, McDonald, Follette y Berley, 1985). Siguiendo esta teoría, las mujeres maltratadas podrían tener una fuerte motivación por mantener sus sentimientos positivos iniciales sobre el matrimonio (Karney y Bradbury, 2000; Weiss, 1980), lo cuál les llevaría a realizar atribuciones positivas de sus parejas, que les podrían permitir mantener su satisfacción global incluso al afrontar acontecimientos negativos (Karney y Bradbury, 2000), como incidentes abusivos. Diversos estudios corroboran esta perspectiva, al encontrar que las atribuciones van cambiando, asociándose fuertemente a la satisfacción marital de la persona (Holtzworth-Munroe y Jacobson, 1985). Otros estudios han encontrado que las atribuciones también se modifican a medida que aumenta la duración del matrimonio (Karney y Bradbury, 2000).

En cuanto a la investigación acerca del locus de control, se ha encontrado que el estrés implica cambios en las atribuciones causales al estrés (Koss, 2000). Otro apoyo a la hipótesis mediadora lo encontramos en los estudios realizados en el marco de la teoría de la indefensión aprendida. Según esta teoría, las personas expuestas a acontecimientos estresantes incontrolables, como es el maltrato, llegan a creer que los acontecimientos negativos suceden independientemente de las respuestas individuales. Esto es, desarrollan una expectativa de

indefensión (Peterson y Seligman, 1983), que consta de dos factores: la creencia de que es probable que sucedan consecuencias negativas y la creencia de que uno estará indefenso y no podrá prevenir tales consecuencias negativas (Abramson y cols., 1989), dado que éstas escapan al propio control. A su vez, la investigación ha establecido relación entre la indefensión aprendida en situaciones abusivas y los síntomas depresivos, tales como tristeza, pasividad y un funcionamiento cognitivo deteriorado (Lanius y Jensen, 1987; Sato y Heiby, 1992; Walker, 1991). En esta misma línea, los estudios con poblaciones clínicas encuentran que niveles elevados de indefensión co-ocurren con un nivel más severo de disforia (Beck, Steer y Garbin, 1988; Beck, Weissman y Kovacs, 1976; Clements y cols., 2004).

Además, hay alguna evidencia que muestra que las percepciones de control de las mujeres maltratadas pueden cambiar como consecuencia del maltrato, e incluso sufrir diversas modificaciones en función del tiempo de permanencia en la relación, así como de los cambios en el maltrato sufrido. Además, algunos autores apuntan que la acumulación de experiencias abusivas puede producir cambios en las atribuciones causales que realiza la víctima (Fincham, 2001). De este modo, dentro de la progresión en el proceso de la relación, las mujeres pasan por distintas fases en las que las explicaciones que dan al maltrato van cambiando.

Es muy habitual que en un primer momento las mujeres víctimas tiendan a atribuir el maltrato a causas internas, controlables e inestables. Esto es, lo atribuyen a factores de ellas mismas, que ellas pueden controlar y que son relativamente fáciles de cambiar: comportamientos que ellas hacen o dejan de hacer, como por ejemplo no tener preparada la comida a tiempo, contestar mal, quedar con una amiga a tomar un café, no llamarle por teléfono para decirle a dónde van cada vez que salen de casa, etc. Esta atribución produce una ilusión de control, porque piensan que cambiando sus comportamientos pueden controlar y evitar el maltrato. Posteriormente, en una segunda fase, la víctima, después de probar todo tipo de mecanismos y comprobar que nada de lo que haga o deje de hacer "funciona", que no consigue evitar los malos tratos, puede pasar a interpretar que éstos se producen a causa de factores internos, incontrolables y estables. Es decir, continúa creyendo que algo falla en ella, en su manera de ser, que es ella la que lo provoca, pero que no sabe cómo cambiar, que por mucho que se esfuerce le resulta imposible y no lo puede controlar. Esta atribución hace que empiecen a surgir en ella sentimientos de indefensión, apatía, impotencia y desesperanza, porque considera que no puede hacer nada para controlar los comportamientos abusivos y conseguir que finalicen (Campbell, Kub y Rose, 1996; Clements y Sawhney, 2000). Este es uno de los momentos más críticos de cara al desarrollo de trastornos depresivos. Además, la indefensión provoca que muchas de las víctimas permanezcan estancadas en esta fase durante

mucho tiempo. Finalmente, con el paso del tiempo, las víctimas de maltrato pueden llegan a evolucionar hasta darse cuenta de que el agresor es el responsable de los comportamientos abusivos, y pasan, por tanto, a atribuir el maltrato a causas externas, a factores del agresor en lugar de a factores de sí mismas. Eventualmente las mujeres maltratadas hacen una atribución de las conductas abusivas de su pareja a factores externos y estables, es decir, a aspectos del agresor cuyo cambio es difícil, y se deciden a romper con la relación.

Asimismo, se ha encontrado que las atribuciones median en la relación entre la severidad y la frecuencia de la violencia y las intenciones de las mujeres de abandonar de forma permanente las relaciones abusivas (Pape y Arias, 2000). Así, el incremento percibido de la frecuencia y severidad de la violencia a lo largo del tiempo se asocia de manera significativa a las atribuciones que las mujeres hacen de la violencia, influyendo en el grado en el que las mujeres explican o atribuyen las causas de la violencia a la pareja, considerando tales causas como estables y globales, y atribuyendo además a la pareja una intención maliciosa, culpabilidad y motivaciones egoístas para el uso de la violencia. Estas atribuciones a su vez determinan la severidad del nerviosismo manifestado después de un episodio violento y la intención de abandonar definitivamente la relación abusiva (Pape y Arias, 2000).

Por su parte, los estudios de la culpa ligada a las vivencias traumáticas apoyan esta perspectiva, según la cuál el sentimiento de culpabilidad es una secuela que aparece con frecuencia en las víctimas de diversos tipos de acontecimientos traumáticos, entre los que se incluye la violencia de género (Cascardy y O´Leary, 1992; Dutton, 1992; Kubany y cols., 1996; Kubany y Watson, 2003). Se trata de una culpabilidad anómala y paradójica que surge en víctimas inocentes de delitos. Tales sentimientos de culpa excesivos e inapropiados que tienden a presentar las víctimas se asocian a la presencia de distorsiones y creencias irracionales (Mannarino y Cohen, 1996), es decir, aparecen como fruto de una distorsión por parte de las víctimas de la realidad de la situación que viven. En este sentido, muchos investigadores han señalado que las víctimas de situaciones traumáticas a menudo presentan errores de pensamiento, distorsionan o exageran la importancia de sus roles en los acontecimientos, lo que les lleva a sentir una culpa que no tiene una base racional (Jehu, 1989; Kubany, 1994; Kubany y Manke, 1995; Kubany y Watson, 2003; Kubany y cols., 2004; Price, 1990). En el ámbito concreto de la violencia contra las mujeres, varios autores postulan que la autoculpabilización que se encuentra habitualmente en muestras clínicas de mujeres maltratadas (Barnett y cols., 1996) surge muy probablemente como consecuencia de experiencias crónicas de victimización (Lewis y cols., 2006).

Otro apoyo a la hipótesis mediadora está en el hallazgo de que las atribuciones de las mujeres están determinadas por la frecuencia y por la severidad de la violencia que sufren. Cuanto más frecuente sea el maltrato, más probable es que la mujer comience a experimentar culpabilidad (Barnett y cols., 1996; Miller y cols., 1986; Overholser y Moll, 1990). Por su parte, se ha encontrado la relación contraria entre la severidad del maltrato y la autoinculpación de las mujeres. Esto es, en los episodios de agresiones más severas las mujeres tienden en mayor medida a atribuir la responsabilidad a sus maridos y a su personalidad, más que a ellas mismas y a su propia personalidad (Senchak y Leonard, 1994).

Otros estudios avalan esta idea de que las mujeres víctimas sitúan progresivamente en mayor medida la culpa de las conductas abusivas en sus maridos, culpándose cada vez menos a si mismas, a medida que la severidad de la violencia aumenta (Miller y Porter, 1983). De este modo, en un principio es más probable que las mujeres se sientan responsables de provocar el maltrato, lo cuál les produce sentimientos de culpabilidad, que son especialmente profundos y devastadores si achacan los problemas a su propia personalidad. Sin embargo, con el tiempo y con la acumulación de experiencias abusivas, es más probable que las mujeres empiecen a atribuir la responsabilidad del maltrato a sus parejas abusivas.

Así, los cambios en la severidad del abuso se relacionan con cambios en la percepción de las mujeres y tales cambios se asocian, a su vez, con las diversas estrategias de afrontamiento que despliegan para hacer frente a la violencia (Waldrop y Resick, 2004). En esta línea, otro estudio con mujeres en centros de acogida mostró que los abusadores por lo general no dejan de justificar sus comportamientos violentos, pero que las mujeres progresivamente tienden a dar menos crédito a las justificaciones (Wolf-Smith y LaRossa, 1992). Con todo, a pesar de que el sentimiento de culpabilidad profunda de las fases anteriores va disminuyendo al modificarse la atribución de responsabilidad, a menudo permanece muy interiorizado. Además, comienzan los remordimientos por mentir y encubrir al agresor, por no haber protegido lo suficiente a sus hijos, no haberlos educado correctamente o incluso haberlos introducido en el conflicto, etc. Asimismo, la culpabilidad suele persistir incluso después de romper con la relación abusiva, en forma de reproches por haber consentido el maltrato y por haber aguantado demasiado.

La mayoría de estudios que aportan evidencia a la hipótesis mediadora de las cogniciones de culpa entre el abuso y las consecuencias en la salud mental de las víctimas provienen del campo de estudio relacionado con el abuso sexual. Así, por ejemplo, tanto en niños como en chicas sexualmente abusadas se ha observado una mayor tendencia a autoculpabilizarse por los acontecimientos sufridos (Mannarino, Cohen y Berman 1994),

conduciendo esto a su vez al desarrollo de un mayor número de síntomas y de consecuencias por el abuso sexual (Mannarino y Cohen, 1996; Spaccarelli, 1994). En concreto, se ha encontrado que las autoevaluaciones negativas y la culpa median claramente en el desarrollo de sintomatología de depresión y ansiedad en chicas adolescentes sexualmente abusadas (Mannarino y Cohen, 1996). Además, la autoinculpación se ha visto asociada de forma consistente con la presencia de un mayor estrés en víctimas de violación (Frazier, 2003; Porter y cols., 1982). De ese modo, las atribuciones y percepciones relacionadas con el abuso son muy importantes de cara a la aparición de síntomas, siendo factores que pueden mejorar o por el contrario exacerbar la aparición de síntomas (Mannarino y Cohen, 1996; Porter y cols., 1982).

Resultados similares se han encontrado tras la vivencia de una situación de violencia física repetida (Andrews y Brewin, 1990) o de maltrato sexual por parte de la pareja (Finkelhor y Yllo, 1985). En concreto, los pensamientos negativos con contenido de autoevaluación negativa, fracaso y culpabilidad han demostrado mediar en la depresión de las mujeres víctimas (Calvete, 2005). Además, existe una considerable evidencia de que las cogniciones acerca del propio rol en el trauma, lo cuál tiene mucho que ver con la culpabilidad y la autoinculpación (Kubany, 1998), juegan un papel fundamental en el mantenimiento y cronicidad del Trastorno de Estrés Postraumático (Brewin y cols., 1996; Ehlers y Clark, 2000; Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999; Kubany y cols., 1996; Kubany y Watson, 2002, 2003). La cupabilidad es una emoción que implica volver hacia atrás al momento del trauma, recordándolo una y otra vez y cuestionando la propia responsabilidad en el mismo (Dalgleish, 2004; Resick y cols., 2008). Así, las creencias y los repertorios de lenguaje asociados a la culpa contribuyen de forma importante a la persistencia o la cronicidad del estrés relacionado con el trauma y de la depresión (Kubany y Watson, 2002, 2003). Por ejemplo, una explicación de por qué los recuerdos del trauma no pierden su capacidad de evocar dolor emocional con el paso del tiempo puede hallarse en el condicionamiento lingüístico de segundo orden (Kubany y Watson, 2002): las evaluaciones asociadas a la culpabilidad adquieren la habilidad de evocar un afecto negativo, funcionando como estímulos lingüísticos condicionados asociados a imágenes o pensamientos sobre el trauma (Staats, 1972, 1996), y contribuyendo a bloquear el proceso de extinción emocional (Kubany y cols., 2003). En apoyo a esta perspectiva se ha encontrado que un 75% de las mujeres diagnosticadas con TEPT manifiestan tener un nivel moderado o elevado de culpa en relación al abuso (Kubany, 2000), y que la severidad de la culpa respecto al maltrato se

relaciona con la severidad del TEPT, habiéndose encontrado correlaciones entre ambos de .51 (Kubany y cols., 1995) y .55 (Kubany y cols., 1996).

Los pensamientos negativos que sustentan las cogniciones de culpa también han demostrado mediar en el mantenimiento de la mujer en la relación de maltrato. A través del autodiálogo la mujer restringe el foco de sus pensamientos a lo que cree que es culpa suya en la relación, en lugar de adoptar un punto de vista más equilibrado (Wingfield, 1997), lo cuál influye en una mayor permanencia en la relación abusiva. Varios estudios corroboran esta relación, hallando que la autoculpabilización contribuye a una mayor indecisión acerca de romper o no la relación de maltrato (Arias, 2000; Norgaard, 2005; Trimpey, 1989), y que cuanto mayor es el nivel de culpa, más tiempo permanece la mujer en la relación abusiva. (Barnett y cols., 1996; Miller y cols., 1986). En este sentido, se ha encontrado que la relación entre el aumento percibido de la violencia a lo largo del tiempo y la intención de abandonar la relación abusiva definitivamente está mediada por el grado en el que las mujeres atribuyen a la pareja la responsabilidad del maltrato (Pape y Arias, 2000).

4.4.2. ESQUEMAS DE IMPERFECCIÓN Y AUTOSACRIFICIO

4.4.2.1. Definición

Los esquemas cognitivos pueden describirse como elementos organizados a partir de conductas y experiencias pasadas que forman un cuerpo de conocimiento relativamente cohesionado y duradero, que guía posteriores percepciones y evaluaciones (Segal, 1988).

Los esquemas analizados en este estudio se basan en el modelo de Terapia centrada en los Esquemas de Jeffrey Young. En él se describen con detalle una serie de esquemas cognitivos que pueden estar en el origen de numerosos trastornos psicológicos. Young los denomina Esquemas Inadaptados Tempranos e integra en este concepto tanto las creencias profundas como los supuestos propuestos por Beck. Para Young, los esquemas se desarrollan durante la infancia, a partir de las experiencias tempranas con los padres, hermanos y otros, y se elaboran en el transcurso de la vida, constituyendo el núcleo central del autoconcepto de las personas y determinando su visión del mundo (Calvete, Estévez y Corral, 2007a, b). Dentro de los esquemas recogidos en el modelo de Young (1994, 1999), para esta investigación se han seleccionado dos de los que han demostrado ser más poderosos en los casos de violencia de género y cuya relevancia se ha identificado a menudo en la intervención con las víctimas (Dutton, 1992; Maertz, 1990). Estos son, los esquemas de imperfección y de autosacrificio.

El esquema de Imperfección /Culpa, según la clasificación de Young (1999), se incluye en el dominio de *Desconexión y Rechazo*, que implica la expectativa de que las necesidades propias de seguridad, aceptación y respeto no van a ser cubiertas por los demás. Los esquemas de este dominio surgen habitualmente como resultado de experiencias tempranas de separación y rechazo o de ambientes familiares fríos, impredecibles o abusadores (McGinn y Young, 1996). También pueden ser activados cuando las mujeres son víctimas de violencia extrema, tal y como se ha encontrado en niños abusados (Bernstein, 2002). Al tener interiorizado el esquema de Imperfección y funcionar con él, las mujeres víctimas de malos tratos tienden a tener la percepción distorsionada de que son personas internamente defectuosas, malas o poco válidas en algunos aspectos importantes de la vida y de que los demás no le querrán a causa de ello ("nadie que yo desee querría estar cerca de mí si me conociese realmente") (Calvete, Estévez y Corral, 2007a).

El esquema de Imperfección implica, por lo tanto, una visión negativa de uno mismo y se relaciona con la baja autoestima y el sentido profundo de falta de valía (Petersen, Moracco, Goldstein y Clark, 2003, 2004; Wilson y cols., 2007). También incluye contenidos muy cercanos al concepto de autodesprecio, sentimiento desagradable que a menudo muestran las víctimas de maltrato (Kubany y Watson, 2002), al que se le suma una evaluación negativa de todo el yo, la personalidad, la inteligencia o el carácter ("soy inadecuada") (Foa y cols., 1999; Kubany y Watson, 2003). Asimismo, el esquema de Imperfección se encuentra muy relacionado a los sentimientos de vergüenza y culpa habitualmente encontrados entre las víctimas de maltrato (Dutton, 1992; Kubany y cols., 2003, 2004; Kubany y Watson, 2003), diferenciándose de la culpa en que el autodesprecio se asocia a cogniciones negativas sobre el yo como conjunto, mientras que la culpa se asocia a la evaluación negativa de acciones específicas en situaciones específicas (Kubany y cols., 2004).

El esquema de Autosacrificio se incluye en el dominio denominado de *Orientación a los Demás*, que implica un énfasis excesivo en los deseos y sentimientos de los demás. El origen de estos esquemas hay que encontrarlo en familias que se basan en la aceptación condicionada. En ellas, el niño o la niña debe suprimir aspectos importantes de si mismo a fin de obtener atención, cariño y aprobación por parte de sus padres, o de lo contrario puede ser castigado (McGinn y Young, 1996). El Autosacrificio consiste en la creencia de que las necesidades de los demás son más importantes y están por encima de las necesidades propias. Este esquema conduce al pensamiento de que lo correcto es anteponer la satisfacción de los demás y sacrificar los propios deseos y satisfacciones, lo cuál lleva a centrarse

exageradamente en satisfacer voluntariamente las necesidades de otros en las situaciones cotidianas, a expensas de la gratificación de las propias necesidades.

4.4.2.2. Los esquemas de las víctimas de maltrato y su relación con el estado psicológico y la conducta de las mismas.

Las víctimas de malos tratos presentan una elevada incidencia de pensamientos negativos y esquemas inadaptados. De este modo, diversos estudios muestran que las mujeres que sufren maltrato presentan diferencias significativas con mujeres que no sufren dicho trato vejatorio en sus patrones de pensamiento acerca de sí mismas, de los demás y del mundo, tendiendo a funcionar en su vida cotidiana con esquemas cognitivos más disfuncionales, que influyen de manera negativa en ellas y les llevan a realizar conductas inadaptadas.

La influencia de tales esquemas negativos en las relaciones de maltrato resulta clave, pues juegan un papel como limitadores personales que afectan a la elección del afrontamiento (Calvete, Estévez y Corral, 2007a) y pueden conducir a las mujeres víctimas a tolerar y justificar en mayor medida situaciones de victimización.

Además, los resultados de algunos estudios han evidenciado numerosas correlaciones positivas estadísticamente significativas entre los esquemas cognitivos del modelo de Young y los problemas psicológicos evaluados por el SCL-90-R, confirmando de esta manera la naturaleza inadaptada de dichos esquemas (Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005). En concreto, el esquema de imperfección es uno de los esquemas cognitivos que se han visto relacionados con la depresión, mostrando ser un predictor de la misma (Calvete y cols., 2005; Petrocelli, Glaser, Calhoun y Campbell, 2001; Schmidt, Joiner, Young y Telch, 1995; Stopa, Thorne, Waters y Preston, 2001).

Asimismo, tanto el esquema de imperfección como el de autosacrificio se relacionan con la mayor o menor permanencia en las relaciones de maltrato. Así, se ha encontrado que la percepción negativa que las mujeres víctimas tienen de si mismas es uno de los factores claves que influyen en dicha permanencia (Hilbert, Kolia y VanLeeuwen, 1997). Del mismo modo, parece que la preocupación por la pareja y la conexión a la relación son otros factores que influyen en la decisión de dejar la relación o de continuar en ella (Busch, 2001).

4.4.2.3. Papel de los esquemas en las relaciones maltrato

4.4.2.3.1. Apoyos a la hipótesis moderadora

Diversos autores apoyan esta perspectiva (Dutton y cols., 1994; Ponce, Williams y Allen, 2004). Así, las mujeres que presentan esquemas inadaptados pueden elaborar el significado de una experiencia de violencia conyugal de forma más negativa que las mujeres que no tienen tales esquemas disfuncionales. Por ejemplo, las víctimas que presentan esquemas del dominio de Desconexión y Rechazo podrían evaluar con más facilidad que ellas son la causa del maltrato y que el abuso es inevitable (Calvete, Estévez y Corral, 2007a).

Asimismo, la percepción positiva de uno mismo, que puede entenderse como opuesta al esquema de imperfección, es una de las variables individuales que ha demostrado contribuir a la resiliencia de individuos que han sido expuestos a violencia de género (Suzuki, 2006). En esta misma línea, se ha encontrado que la autoestima modera el impacto del maltrato en la salud mental de las mujeres víctimas (Carlson, McNutt, Choi y Rose 2002).

Del mismo modo, en lo referente a moderación en síntomas depresivos, diversos estudios han encontrado evidencia de la relación entre creencias irracionales y depresión (Chang y Zurilla, 1996; Marcotte, 1996), así como entre esquemas cognitivos y depresión.

4.4.2.3.2. Apoyos a la hipótesis mediadora

En principio, los esquemas cognitivos se consideran estructuras relativamente profundas, rígidas y persistentes a lo largo de los años, que tienen su origen en la infancia (Segal, 1988; Young, 1994), lo cuál podría parecer contradictorio con una posible hipótesis de mediación (Calvete y cols., 2007a). Sin embargo, la abundante literatura existente acerca del trauma revela que la vivencia de sucesos traumáticos puede producir cambios en el sistema de esquemas y creencias fundamentales de la víctima, especialmente en las relacionadas con la vulnerabilidad personal, la autovalía y las relaciones con los demás (Pyevich, Newman y Daleiden, 2003; Solomon, Iancu y Tyano, 1997).

En esta línea, se ha demostrado que el estrés se asocia a unos efectos en la salud que implican cambios cognitivos, incluyendo la alteración de los esquemas (Koss, 2000). Son muchas las teorías sobre el trauma que proponen que los acontecimientos traumáticos afectarían al sistema de esquemas de las víctimas (Epstein, 1991; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman y Frieze, 1983). Por ejemplo, McCann y Pearlman (1990) describieron cómo las

experiencias traumáticas pueden ocasionar esquemas negativos y disfuncionales que fraccionan la identidad personal y dañan las esferas emocional e interpersonal más allá del ámbito del trauma. Por su parte, Janoff-Bullman (1992) estableció que el trauma produce una "transformación de significado" en la forma en que las víctimas se ven a sí mismas y al mundo, afectando a esquemas relacionados con la benevolencia del mundo, la significación del mundo y el valor del sí mismo/a (Janoff-Bulman, 1989; Janoff-Bulman y Frieze, 1983). Según esta autora, este cambio sucede a través de un proceso de desconfirmación masiva de las expectativas de la víctima, ya que sus supuestos y creencias previas no pueden dar cuenta de la experiencia traumática y se presentan como inadecuadas para entender su nueva realidad postrauma (Janoff-Bullman, 2004). Además, Foa y Rothbaum (1998) sugirieron el desarrollo de dos repertorios de esquemas en torno al trauma, que interactuarían entre sí. El primero centrado en una concepción del mundo como completamente peligroso y el segundo centrado en una visión de una misma como completamente inepta (Calvete, Estévez y Corral, 2007b).

Más concretamente, en relación con la violencia por parte de la pareja, algunos autores sostienen la hipótesis de que las auto-representaciones se crean a través de las interacciones con los demás, de manera que, con el tiempo, cuando otro íntimo se comporta continuamente de forma verbal y físicamente agresiva, los propios esquemas se vuelven negativos (Lynch y Graham-Bermann, 2000; McCann, Sakheim, y Abrahamson, 1988). Existe abundante evidencia en la práctica clínica e investigadora que revela que las experiencias de maltrato y de violencia podrían afectar a los esquemas de la víctima, produciendo cambios profundos en los mismos (Arias y Pape, 1999; Dutton, 1992; Dutton y cols., 1994; Lerner y Kennedy, 2000). La acumulación de experiencias abusivas dinamita la comprensión de la vida como comprensible, manejable, significativa y satisfactoria (Oosthuizen y Wissing, 2005). El maltratador, infligiendo un trauma psicológico sistemático y repetitivo en la mujer víctima, destruye su sentido de si misma (Herman, 1992).

En particular, la experiencia de violencia por parte de la pareja puede ser especialmente dañina para los esquemas relacionados con la autovalía (McCann y cols., 1988; Zust, 2006), como es el esquema de imperfección. Esto se ha visto reflejado en muchos estudios, que han encontrado una relación negativa entre el maltrato y la autoestima (Aguilar y Nightingale, 1994; Barnett, 2001; Cascardi y O'Leary, 1992), así como la evidencia de que la autoestima de las mujeres aumenta una vez que rompen con la relación abusiva (Walker, 1984). Además, la baja autoestima se ha relacionado positiva y significativamente con la frecuencia y severidad del abuso (Clements y cols, 2004; Westbrook, 1999). Un estudio con víctimas de maltrato que recibían tratamiento terapéutico comprobó que a medida que la

frecuencia, severidad y consecuencias de los actos físicamente agresivos aumentaba o empeoraba, disminuía la autoestima. (Cascardi y O´Leary, 1992).

Otra posible explicación alternativa para la hipótesis mediadora es la idea de que la vivencia de un trauma, como el maltrato, podría activar determinados esquemas inadaptados que existían con anterioridad en la persona pero que permanecían latentes (Calvete, Estévez y Corral, 2007b). Esto sería congruente con las teorías cognitivas de los esquemas que establecen que éstos a menudo permanecen latentes hasta que son activados cuando suceden acontecimientos relevantes para esos esquemas particulares (Beck y cols., 1979; Young, 1999). Este proceso ha sido descrito como la hipótesis de "la cerradura y la llave", que establece que las circunstancias tempranas adversas producen "cerraduras" de vulnerabilidad (esquemas inadaptados), que pueden ser abiertas posteriormente, cuando la persona se enfrenta a experiencias similares ("llaves") en la edad adulta (Gladstone y Parker, 2001).

La idea de que los cambios que el maltrato produce en los esquemas de las víctimas a su vez influyen en el estado psicológico de las mismas, mediando entre el abuso y su repercusión en las mujeres, también ha recibido apoyo en diversos estudios. Así, se ha hallado que la vivencia del maltrato se asocia al desarrollo de una perspectiva psicológica que afecta negativamente a la percepción que la mujer tiene de si misma y de su funcionamiento cotidiano (McNamara y Broker, 2000; Tomasulo y McNamara, 2007), y que esta perspectiva disfuncional, a su vez, se asocia con la presencia de una mayor sintomatología tanto física como psíquica, con la depresión y con un peor funcionamiento y una menor implicación en comportamientos saludables (McNamara y Fields, 2000a, b; Tomasulo y McNamara, 2007). Mucha de la evidencia en este sentido procede de estudios realizados en el campo del abuso sexual, en los que se ha encontrado que los esquemas inadaptados acerca de una misma y de los demás median en el impacto de las violaciones en la salud mental (Koss y Figueredo, 2004, 2005; Koss, Figueredo y Prince, 2002).

En el ámbito de la violencia de género, se ha encontrado que el esquema de autosacrificio media la relación entre el maltrato psicológico en la infancia y la victimización en la edad adulta a manos de la pareja. (Crawford y Wright, 2007). Además, se ha encontrado que varios esquemas disfuncionales actúan como mediadores entre la violencia física, psicológica y sexual por parte de la pareja y la depresión, siendo los esquemas pertenecientes al dominio de Desconexión y Rechazo, entre los que se encuentra el esquema de imperfección, los mayores contribuyentes a esta mediación (Calvete, Estévez y Corral, 2007a). En esta misma línea, otros estudios indican que los daños que el maltrato produce en la autoestima de las víctimas aumentan el riesgo de aparición de depresión (Aguilar y

Nightingale, 1994; Barnett, 2001; Cascardi y O'Leary, 1992; Clements y cols., 2004; Lynch y Graham-Bermann, 2000; Sackett y Saunders, 1999), así como de ansiedad y otros síntomas negativos (McCann y cols., 1988; Zuckerman, 1989).

Asimismo, existe una considerable evidencia de que las cogniciones juegan un papel importante en el mantenimiento y cronicidad del trastorno por estrés postraumático (Calvete, Estévez y Corral, 2007b). Así, por ejemplo, se ha encontrado que el esquema de imperfección, aunque en menor medida que en el caso de la depresión, es un factor mediador en el desarrollo de dicho trastorno. Sin embargo, también se ha encontrado un efecto mediador de los síntomas del TEPT en la asociación entre violencia y esquemas cognitivos como el de imperfección (Calvete, Estévez y Corral, 2007b). Por lo tanto, tal vez la existencia del TEPT podría explicar las cogniciones negativas que se han encontrado en las víctimas de violencia en varios estudios (Arias y Pape, 1999; Dutton y cols., 1994). Por ejemplo, las evaluaciones evocadoras de afecto relacionadas con recuerdos del trauma propias del TEPT podrían conducir a evaluaciones relacionadas con el autodesprecio, tales como "hay algo malo en mi", "soy estúpida" o "soy una mala madre". Por el momento, se han realizado relativamente pocos estudios con el fin de evaluar esto (Kubany y cols., 2004), de manera que no está claro si los síntomas del TEPT pueden mediar entre la violencia y los esquemas cognitivos o si, alternativamente, los esquemas cognitivos pueden ser previos al desarrollo del TEPT (Calvete, Estévez y Corral, 2007b).

4.4.3. AUTOEFICACIA

4.4.3.1. Definición

El concepto de autoeficacia proviene de Bandura (1982) y hace referencia a la percepción de las propias capacidades (Bandura, 1997), a la creencia de "poder hacer" (Schwarzer y Scholz, 2000). Es la percepción de autoconfianza de las personas acerca de su competencia y habilidades para producir un cambio de comportamiento (Burke y cols., 2004; DiClemente, Prochaska y Gilbertini, 1985), para lograr metas o para afrontar con éxito una gran variedad de situaciones o de estresores vitales (Bandura, 1997; Jerusalem y Schwarzer, 1992; Luszczynska, Gutiérrez-Doña y Schwarzer, 2004; Schwarzer, 1996; Schwarzer y Born, 1997; Schwarzer y Scholtz, 2000; Smith, 1989; Weitlauf, Smith y Cervone, 2000).

Así, una persona con una elevada autoeficacia percibida tiene un sentido optimista de su propia competencia (Scholz, Gutiérrez-Doña, Sud y Schwarzer, 2002; Schwarzer y Born,

1997), cree que es capaz de controlar las demandas y los retos del entorno de manera adaptativa, de actuar de manera activa y autodeterminada y de obtener resultados exitosos (Schwarzer y Scholz, 2000). Por el contrario, las personas que tienen una baja autoeficacia presentan preocupaciones acerca de sus propias habilidades de afrontamiento específicas (Schwarzer, 1996), así como abundantes dudas acerca de si mismas, esto es, creencias pesimistas específicas que hacen referencia a su propia competencia o sus recursos personales y que reflejan una ineficacia percibida en el nivel de funcionamiento (Schwarzer, 1996).

El concepto de autoeficacia es muy cercano al de los esquemas inadaptados que, según la clasificación de Young (1999), pertenecen al dominio de la Autonomía Deteriorada (Calvete, Estévez y Corral, 2007a). Dichos esquemas se caracterizan por una visión negativa de uno mismo y del entorno en cuanto a la capacidad para separarse, sobrevivir, tener éxito o para funcionar independientemente de las demás personas.

4.4.3.2. La autoeficacia de las víctimas de maltrato y su relación con el estado psicológico y la conducta de las mismas.

La autoeficacia ha sido muy estudiada en ámbitos muy diversos por ser un fenómeno explicativo clave y tener una gran influencia en los procesos motivacionales (Bandura, 1997; Scholz y cols., 2002). Y es que las dudas sobre la propia autoeficacia pueden interferir en las diferentes fases de dichos procesos, desde el establecimiento de metas, hasta la planificación, la iniciación de la acción y el mantenimiento de la misma (Schwarzer, 1996). La teoría de Schwarzer (1996) acerca del ciclo de la autorregulación es aplicable a todo tipo de procesos motivacionales. En el caso de la violencia de género, resulta sin duda relevante, ya que puede ofrecer una comprensión del proceso necesario para que las víctimas de maltrato decidan romper la relación abusiva, lleven a cabo dicha ruptura y se mantengan en su decisión, así como del papel que juega la autoeficacia percibida en cada uno de los momentos de tal proceso. Lo anterior es especialmente relevante si tenemos en cuenta que, según la teoría y la investigación existente, las víctimas de malos tratos suelen tener unas expectativas de autoeficacia muy bajas.

Siguiendo la teoría del ciclo de autorregulación la adopción, iniciación y mantenimiento de comportamientos es un proceso que sucede en 4 etapas (Schwarzer, 1996):

1 Etapa de la motivación o establecimiento de metas

La primera condición que ha de darse para llevar a cabo una determinada acción que se desea es marcarse una meta, siendo la motivación el proceso implicado. La base de la

motivación son cogniciones específicas que surgen cuando se contemplan los pros y los contras de una acción. En concreto, en el establecimiento de metas entran en juego 3 tipos de expectativas: las expectativas de situación-consecuencia (creencias sobre si la situación puede cambiar o no sin una intervención), las de acción-consecuencia (percepciones de contingencia entre los comportamientos dirigidos a la meta y su consecuencia) y, finalmente, las creencias acerca de los propios recursos personales o autoeficacia percibida, que se refieren a la propia habilidad para llevar a cabo los comportamientos que conducen a una consecuencia deseada. Estas creencias de autoeficacia entran en juego para hacer una evaluación general de la situación como reto o amenaza, evaluación que implica una valoración de la demanda (qué es lo que está en juego) y una correspondiente valoración de recursos. La decisión de invertir esfuerzo, tiempo y otros recursos se apoya en gran medida en la confianza que se tenga en la propia habilidad para desarrollar la acción crítica con éxito (Schwarzer, 1996).

Cabe destacar que los pensamientos de autoineficacia no son equivalentes a la percepción de carecer de una habilidad, sino que más bien se refieren a la falta de confianza en una misma para desarrollar una acción que estaría dentro del rango de las propias habilidades. Conocer verdaderamente los propios límites es diferente de carecer de confianza en algo que es posible, y tiene diversas implicaciones motivacionales: lo primero conduce a marcarse metas realistas, mientras que lo segundo lleva a marcarse metas excesivamente bajas, minando la motivación y fomentando la rumiación. Las personas que tienen una autoeficacia baja postergan las decisiones difíciles, fracasan en el desarrollo de intenciones que supongan retos y se quedan bloqueadas en un proceso poco efectivo de contemplación. Puede que tengan las expectativas de acción-consecuencia necesarias, esto es, que conozcan los caminos adecuados, pero que carezcan de un sentido profundo de capacidad (Schwarzer, 1996; Skinner, Chapman y Baltes, 1988; Smith y Wallston, 1992; Snyder y cols., 1991).

Si aplicamos esto a las mujeres víctimas de maltrato, unas expectativas de autoeficacia bajas podrían provocar que evaluaran la posibilidad de romper con la situación de abuso como una amenaza y como algo inalcanzable, incluso llegado al punto de darse cuenta de que su situación no va a mejorar y conociendo los pasos necesarios para conseguir romper la relación de maltrato, pues su creencia de ineficacia les llevaría a no confiar en su propia capacidad para desarrollar esos pasos.

2. Etapa de la planificación

Como se suele decir, una buena intención no es garantía suficiente para una acción exitosa. Así, una vez que se ha formado una meta o intención, llega el momento de diseñar diversos cursos de acción para seleccionar la estrategia de afrontamiento más adecuada.

En esta etapa entran en juego las cogniciones post-intencionales. Dirigir la atención hacia una misma y las propias limitaciones en los recursos de afrontamiento inhibe a la mujer para continuar avanzando. En concreto, la rumiación y la preocupación excesiva sobre la propia habilidad para llevar a cabo el comportamiento crítico puede absorber excesivamente a la persona, impidiéndole concentrarse y distrayéndole de los intentos constructivos de encontrar la mejor estrategia de afrontamiento posible. La falta de un esfuerzo y atención dirigida hacia los posibles cursos de acción conduce a la desmotivación, a la postergación e incluso al abandono de la intención. Lo que se necesita es, por tanto, autoeficacia para superar los obstáculos que hacen que la acción sobre la que se tiene la intención parezca tan difícil. Las personas autoeficaces imaginan escenarios de éxitos donde sus intentos son fructíferos y les conducen a consecuencias positivas. Son además más creativas, porque, al confiar en sus capacidades, ven más opciones e inventan más estrategias. En esta etapa, estas creencias se denominan "autoeficacia de acción" (Schwarzer, 1996).

En el caso de las mujeres víctimas de maltrato, una baja autoeficacia de acción podría conducirles a una preocupación excesiva sobre la dificultad de la acción y sobre su capacidad, imaginando escenarios de fracasos, postergando la acción y, finalmente, perdiendo la motivación y abandonando la intención inicial de romper con su situación. Diversos autores apoyan esta visión de que la sensación de ineficacia impide a las mujeres abandonar la relación abusiva cuando surge la oportunidad (Dunn y Powell-Williams, 2007; Walker, 1979).

3. Etapa de iniciación de la acción

En este momento entra en juego la "autoeficacia de afrontamiento", que se refiere a la propia competencia para realizar una tarea difícil, así como a la confianza para afrontar las fases críticas que puedan surgir durante el proceso de la acción cuando surjan las dificultades y ocurran las decepciones. La percepción de no disponer de estrategias de afrontamiento postsuceso constituye un déficit de autoeficacia que puede conducir al abandono prematuro de la acción. Por el contrario, creer en la propia capacidad para evitar un acontecimiento ambiguo o para reducir su impacto negativo puede ser suficiente para reducir su valor amenazante y también la cantidad de tiempo dedicado a preocuparse (Schwarzer, 1996).

Tomar la decisión de romper una relación de maltrato no es en absoluto sencillo ya que de la ruptura habitualmente se derivan numerosas consecuencias o situaciones negativas, tales como el posible acoso y el riesgo para la integridad de la mujer y de sus hijos, la apertura de procedimientos judiciales, o los problemas económicos y a nivel de vivienda, entre otros. Ante esta perspectiva, es muy posible que las mujeres víctimas que carecen de "autoeficacia de afrontamiento" se replanteen su intención y continúen con la relación abusiva.

4. Etapa del mantenimiento de la acción.

En esta etapa, la intención inicial debe mantenerse una vez iniciada la acción a través de apoyos como cogniciones optimistas, evitación de situaciones de riesgo y afrontamiento de obstáculos. Las dudas sobre una misma son el peor enemigo y deben ser sustituidas por pensamientos de autoeficacia sobre los logros positivos. Las decepciones y las dificultades son inevitables. Lo importante es la creencia de que uno es capaz de superarlas y de volver a empezar, la llamada "autoeficacia de recuperación". Si no existen este tipo de creencias, cualquier mínima recaída o dificultad se convertiría en un gran retroceso (Schwarzer, 1996).

Dado que el proceso de desvincularse de una relación abusiva y de recuperarse de la misma es largo y complejo, y que el hecho de que las víctimas sufran momentos bajos de malestar, dudas y dificultades es consustancial al mismo, la "autoeficacia de recuperación" parece imprescindible en estos casos. Lamentablemente, muchas víctimas suelen carecer de ella, lo cuál podría ofrecer una explicación a las frecuentes "recaídas" en las que las mujeres retoman las relaciones con sus parejas abusivas.

Diversos estudios acerca del papel de la autoeficacia en mujeres maltratadas corroboran esta teoría, así como los hallazgos de la investigación sobre autoeficacia en otros ámbitos, según los cuáles las personas que tienen creencias de autoeficacia fuertes es más probable que intenten afrontar tareas difíciles y que persistan ante obstáculos abrumadores (Bandura, 1997, 1999; Caprara y Cervone, 2000; Cervone y Scott, 1995; Stajkovic y Luthans, 1998). Así, se ha comprobado que la autoeficacia es uno de los principales factores que influyen en el proceso de finalizar con una relación de maltrato (Burke y cols., 2004), jugando un papel importantísimo para el avance de las víctimas a través de las diferentes fases dentro del proceso de cambio necesario para tomar la decisión de romper con la misma (Burke y cols., 2004; Prochaska y Velicer, 1997). De este modo, la autoeficacia es central para que la mujer rompa con la relación de maltrato y, lo más importante, para que lo haga pronto, antes de que el abuso tenga todavía un impacto mayor en ella y en sus hijos/as (Brandt, 2006).

Más aún, además de contribuir a la finalización de la relación de abuso, la autoeficacia ha mostrado asociarse al mantenimiento posterior del comportamiento una vez rota la relación, así como a la capacidad de las mujeres para mantenerse libre de abusos y alejadas de la relación de maltrato (Burke y cols., 2004). Además, una buena autoeficacia ha demostrado ser un factor determinante en la buena recuperación de las mujeres víctimas tras su paso por una relación de maltrato (Brown, 1997), mientras que una baja autoeficacia se asocia con una peor recuperación (Schwarzer y Scholtz, 2000).

De hecho, la autoeficacia se relaciona con un peor estado psicológico, asociándose, por ejemplo, a la aparición de síntomas de estrés postraumático en las víctimas de maltrato, si bien es muy probable que la relación entre ambas variables, autoeficacia y estrés postraumático, sea recíproca. Por ejemplo, una baja autoeficacia puede provocar una disminución del uso de estrategias activas de afrontamiento ("nada de lo que haga ayudará a solucionar estos problemas"), lo cuál a su vez puede aumentar los síntomas del estrés postraumático. Alternativamente, un aumento en los síntomas de estrés postraumático puede dañar las creencias acerca de uno mismo y conducir a una autoeficacia disminuida. Esto es, es probable que la presencia de fuertes respuestas emocionales condicionadas negativamente bloqueen las respuestas racionales en las mujeres maltratadas (Claerhout, Elder y Janes, 1982), lo cuál puede ser interpretado por ellas como una falta de habilidad para manejar de forma efectiva las propias emociones ("si fuera una persona más fuerte, no tendría estos síntomas") (Benight y Bandura, 2004; Bradley y cols., 2006).

Finalmente, la autoeficacia se relaciona con el riesgo de sufrir nuevas victimizaciones (Goodman, Dutton, Vankos y Weinfurt, 2005; Oosthuizen y Wissing, 2005). Al parecer, una autoeficacia elevada guía a las mujeres hacia la puesta en marcha de estrategias de autoprotección tanto fuera como dentro de la relación abusiva (Campbell, Rose, Kub y Nedd, 1998; Patzel, 2001). De ahí que los investigadores enfaticen también cada vez más la importancia de empoderar a las mujeres que deciden permanecer en las relaciones abusivas (Dunn y Powell-Williams, 2007; Peled, Eisikovits, Enosh y Winstok, 2000).

4.4.3.3. Papel de la autoeficacia en las relaciones maltrato

4.4.3.3.1. Apoyos a la hipótesis moderadora

Varios autores apoyan la hipótesis de que una baja autoeficacia es un factor de vulnerabilidad cognitiva (Schwarzer, 1996), que hace a la persona más propensa a tener problemas en situaciones de estrés, mientras que las expectativas de autoeficacia elevadas constituyen un recurso positivo de resistencia (Jerusalem y Schwarzer, 1992; Schwarzer, 1994), que ayuda a la hora de persistir ante obstáculos abrumadores, así como a la hora de afrontar acontecimientos vitales amenazantes y de adaptarse a los mismos con éxito.

Desde esta perspectiva, la autoeficacia puede constituir un factor de resiliencia que protege a las mujeres que viven una historia de maltrato del desarrollo de secuelas negativas, tales como estrés postraumático o depresión (Bradley y cols., 2006; Stein, Burden y

Nyamathi, 2002; Thompson, Kaslow, Short y Wickoff, 2002). Por el contrario, una baja autoeficacia puede hacer a las mujeres que viven una historia de maltrato más vulnerables al desarrollo de secuelas negativas. Esta hipótesis es la que ha sido puesta a prueba en la mayoría de investigaciones acerca de la autoeficacia que se han llevado a cabo en los distintos ámbitos, encontrando numerosos apoyos.

Así, una baja autoeficacia percibida se ha visto asociada a una mayor presencia de ansiedad (Bandura, 1997; Schwarzer, 1994, 1996), mientras que las creencias de autoeficacia fuertes han demostrado reducir los sentimientos de estrés (Weitlauf y cols., 2000) y la ansiedad que experimentan las personas cuando tienen que afrontar amenazas (Bandura, 1997, 1999; Caprara y Cervone, 2000; Cervone y Scott, 1995; Jerusalem y Schwarzer, 1992; Luszczynska y cols., 2004; Stajkovic y Luthans, 1998).

Asimismo, las creencias de autoeficacia bajas se han relacionado con la depresión y la indefensión (Bandura, 1997; Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005; Luszczynska y cols., 2004). En esta misma línea, se ha encontrado que los esquemas del dominio de la autonomía deteriorada moderan la asociación entre el maltrato físico y psicológico y la depresión (Calvete, Estévez y Corral, 2007a). También se ha hallado que la autoeficacia es uno de los factores protectores contra los intentos de suicidio en mujeres maltratadas (Meadows, 2004; Meadows, Kaslow, Thompson y Jurkovic, 2005)

Además, la autoeficacia, la seguridad personal de que uno es realmente bueno, competente y/o que mantiene un control sobre sus relaciones con los demás, también ha demostrado ser un amortiguador del impacto de la violencia en la autoestima de las mujeres (Lynch y Graham-Bermann, 2000; Steele, 1988).

4.4.3.3.2. <u>Apoyos a la hipótesis mediadora</u>

Un apoyo a esta perspectiva se encuentra en las teorías que postulan que las experiencias sociales cambian las creencias de autoeficacia. De esta forma, la experiencia directa fomenta la percepción de eficacia de las personas para afrontar retos (Bandura, 1997; Williams y Cervone, 1998), y esta percepción puede además generalizarse de una actividad a otra. A su vez, la experiencia directa ha demostrado poder aumentar la autoestima y alterar medidas de algunas características de personalidad, como el locus de control y la asertividad. (Weitlauf y cols., 2000). Siguiendo estos resultados, se podría suponer que lo mismo ocurriría al contrario: cuando una persona no tiene la experiencia de dominio sino todo lo contrario, como sucede en los casos de maltrato, es de esperar que la autoeficacia disminuya, y también

que esta baja expectativa pueda influir en la presencia de una baja autoestima, así como generalizarse a otras áreas de la vida de la mujer.

Además, algunos investigadores, desde un modelo de aprendizaje, explican cómo las consecuencias de estrategias de afrontamiento empleadas con anterioridad afectan a los esfuerzos de afrontamiento futuros. Según esto, las mujeres que llevan a cabo sin éxito intentos de acabar con la violencia en sus relaciones, eventualmente pueden desarrollar indefensión aprendida y dejar de emplear estrategias que intentaban con anterioridad (Walker, 1979). Del mismo modo, las estrategias frustradas de afrontamiento que llevan a cabo las mujeres para buscar ayuda, como por ejemplo llamar a la policía, pueden determinar que la mujer aprenda que no son estrategias válidas o útiles y que, por tanto, deje de utilizarlas en futuras ocasiones (Dutton, 1993; Waldrop y Resick, 2004). En suma, los intentos fallidos o inadecuados de las mujeres de afrontar una situación amenazante o temida son muy importantes, pues pueden hacer que la mujer pierda su propio sentido de autoeficacia a la hora de afrontar su situación (Waldrop y Resick, 2004). Esto resulta especialmente importante si se tiene en cuenta que es muy común en los casos de violencia doméstica que la mujer realice diversos intentos de romper la relación abusiva antes de conseguirlo definitivamente.

Otro apoyo a la hipótesis mediadora es la constatación de que la autoeficacia varía en función de si las mujeres han abandonado o no la relación y del tiempo transcurrido desde dicho abandono, aumentando a medida que transcurre más tiempo (Lerner y Kennedy, 2000). En este sentido, algunos estudios muestran que dar pasos para cortar con la relación abusiva aumenta las expectativas de autoeficacia. Por ejemplo, el hecho de solicitar una orden de protección es un acto empoderador, asociándose con la autoeficacia percibida (Plummer, 2008). En la misma línea, se ha comprobado que, cuando las mujeres recaban información acerca de lo que pueden hacer por si mismas o de qué recursos pueden ser más eficaces, se limitan sus sentimientos de incapacidad e indefensión respecto a la violencia en sus vidas, adquiriendo más posibilidades de autodeterminación y autonomía (Goodman y cols., 2005).

Asimismo, diversos estudios apoyan la idea de que la baja autoeficacia es un factor mediador entre el maltrato y diversos síntomas y secuelas. Así, se ha encontrado que la baja autoeficacia que aparece en las víctimas como consecuencia del maltrato sufrido influye negativamente en su manera de pensar, sentir y actuar, asociándose con indefensión y depresión (Schwarzer y Scholtz, 2000). En este sentido, un estudio reciente demostró que los esquemas del dominio de la autonomía deteriorada actúan como mediadores entre la violencia por parte de la pareja y la depresión (Calvete, Estévez, y Corral, 2007a). Además, tanto la baja autoeficacia como los esquemas del dominio de la autonomía deteriorada de las víctimas de

maltrato median también en la aparición de síntomas de ansiedad (Schwarzer y Scholtz, 2000) y pensamientos ansiosos (Calvete, Estévez, y Corral, 2007b).

La autoeficacia juega también un papel mediador en las actitudes de las mujeres ante la relación abusiva y en la decisión de romper con dicha relación (Calvete, Estévez y Corral, 2007a; Lerner y Kennedy, 2000; Raghavan, Swan, Show y Mazure, 2005). Así, si las mujeres creen en su propia vulnerabilidad se reduce su probabilidad de resistir la violencia (Hollander, 2005), mientras que el sentido de si misma de la mujer es un factor clave de cara a la supervivencia y a la finalización de la relación abusiva (Landenburger, 1989; Patzel, 2001). En este sentido, la baja autoeficacia que desarrollan las mujeres víctimas de maltrato ha demostrado influir en sus habilidades de solución de problemas (Claerhout y cols., 1982). En concreto, se ha encontrado que las mujeres maltratadas generan significativamente menos alternativas de solución que las no maltratadas, y éstas generan más alternativas efectivas que las mujeres maltratadas. Del mismo modo, las mujeres maltratadas producen significativamente más alternativas evitativas y dependientes que las no maltratadas y tienen menos probabilidades de escoger una alternativa efectiva para solucionar sus problemas que las no maltratadas (Claerhout y cols., 1982; Launius y Jensen, 1987).

4.4.4. ASERTIVIDAD EN LAS RELACIONES INTIMAS

4.4.4.1. Definición

Podemos conceptualizar la asertividad, siguiendo a Alberti y Emmons (1986), Christoff y Kelly (1986) o Lange y Jakubowski (1976), como la defensa de los propios derechos, pensamientos, sentimientos o creencias de forma directa y apropiada, sin violar los derechos de los demás. La asertividad en las relaciones íntimas puede definirse entonces como la habilidad que permite tener confianza en uno mismo e iniciativa a la hora de expresar sentimientos, deseos, opiniones y pensamientos acerca de la propia relación íntima, en el momento oportuno y de la forma adecuada, teniendo en cuenta tanto los propios derechos como los del cónyuge.

Por su parte, el déficit de asertividad implica una autoexpresión poco efectiva de los propios pensamientos, sentimientos y creencias, permitiendo a los demás la violación de los propios intereses personales (Ramanaiah, Heerboth y Jinkerson, 1985; Yestmont y Hofstra, 1992). En el caso de las relaciones íntimas, un déficit de asertividad supone la no expresión de los sentimientos, deseos, opiniones y pensamientos acerca de la propia relación, lo cuál lleva a

aceptar o permitir que el cónyuge haga prevalecer los suyos y, en ocasiones, que vulnere los propios derechos e intereses.

4.4.4.2. La asertividad de las víctimas de maltrato y su relación con el estado psicológico y la conducta de las mismas.

Diversos estudios han analizado a personas asertivas y no asertivas, encontrado diferencias significativas en cuanto a su estructura de personalidad. En concreto, la personalidad asertiva se asocia a otras cualidades positivas que pueden favorecer las relaciones, como es el ser más gregario, adaptable, sensible y racional, así como a una mejor autoestima, mayor seguridad, sensibilidad social y mayor habilidad para desarrollar relaciones íntimas con otras personas (Ramanaiah y cols., 1985). Por el contrario, la personalidad poco asertiva se asocia a cualidades negativas que pueden dificultar las relaciones, tales como ser más servil, defensivo y tender más a proyectarse y a buscar la aprobación. Además, las personas asertivas tienen un elevado autocontrol y una buena autoestima, son independientes, seguras de si mismas y con iniciativa, mientras que las personas no asertivas tienden a inhibirse y a ser conformistas, sumisas y autodespreciativas (Ramanaiah y cols., 1985).

En el ámbito de la violencia de género, el déficit de asertividad se ha estudiado principalmente en relación al perfil de los hombres agresores (Dutton, 1988), ya que un déficit de asertividad, además de asociarse a comportamientos pasivos y sumisos, puede conducir alternativamente al empleo de la agresividad para hacer valer la propia perspectiva, aspecto que se ha encontrado en el caso de los maltratadores. En cuanto a las mujeres víctimas de la violencia conyugal, la experiencia clínica nos muestra de forma consistente que suelen presentar déficits importantes de asertividad, especialmente a la hora de expresar sus sentimientos, establecer límites y defender sus derechos. De este modo, estas mujeres tienden a adoptar frecuentemente una actitud pasiva frente al maltrato continuado y con frecuencia tienen dificultades para hacer frente a las situaciones abusivas (Alloy, Kelly, Mineka y Clements, 1990; Barnett y cols., 1996; Clements y Sawhney, 2000; McCubbin, Larsen y Olson, 1982; Miller y cols., 1986).

Esta visión de las mujeres víctimas de maltrato como sumisas y poco asertivas ha constituido la tónica general. Sin embargo, cabe mencionar una corriente investigadora importante, basada en las teorías de la supervivencia adaptativa (Walker, 1989) o de la iniciativa frustrada (McClelland, 1989), que rompe con el estereotipo de que las mujeres maltratadas son indefensas y pasivas y que postula que, por el contrario, son supervivientes

(Gondolf, 1988), poseen fortaleza, asertividad y capacidad para tomar decisiones estratégicas y responder al maltrato (Dunn, 2005; Dutton, 1992; Ellsberg y cols., 2001; Ferraro, 2003; Flinck y cols., 2005; Gelles, 1976; Gondolf y Fisher, 1988; Hollander, 2005; Horton y Johnson, 1993; Hutchison y Hirschel, 1998; Jasinski, 2001; Merrit-Gray y Wuest, 1995; Mills, 2005; Oosthuizen y Wissing, 2005; Pearson, 1998; Sabina y Tindale, 2008; Simmons, 2003; Sontag, 2002; Waldrop y Resick, 2004; West, Kaufman, Kantor y Jasinski, 1998; Wurtzel, 1999).

Siguiendo esta corriente de pensamiento, incluso las mujeres maltratadas que permanecen en las relaciones abusivas experimentando niveles elevados de violencia, o las que vuelven a ellas, ejercen una resistencia activa a la violencia dentro de sus relaciones (Baker, 1997; Barry, 1979; Bowker, 1983; Davies y Lyon, 1998; Dunn, 2005; Dunn y Powell-Williams, 2007; Goodkind, Sullivan y Bybee, 2004; Jenkins, 1996; Kirkwood, 1993; Lempert, 1996; Lund y Green, 2003; Rothenberg, 2002). La exposición de algunos autores resulta muy ejemplificadora de esta perspectiva: cada incidente de violencia implica la resistencia de las mujeres, porque la violencia no es deseada. Este sentido del "no", incluso si no se verbaliza, es un indicador de resistencia. La resistencia es más obvia cuando es física, o con gritos, patadas o corriendo. Pero también puede ser cognitiva (como, por ejemplo, cuando las mujeres piensan alternativas y estrategias para estar seguras) o emocional (como cuando las mujeres protegen su yo, incluso si eligen subyugarse a un ataque para protegerse de sufrir más lesiones). De algún modo, no importa lo invisible que puede ser para el observador, la mujer víctima se resiste a verse envuelta en una situación violenta. Por tanto, es un error caracterizar a las mujeres víctimas como pasivas o débiles (Hollander, 2005).

Desde esta perspectiva, se plantea que las mujeres víctimas de violencia conyugal no tienen menos habilidades asertivas (Campbell y cols., 1998; Cook, Woolard y McCollum, 2004; Gondolf, 1988; Hollander, 2005; Jones, 1994). Si adoptan actitudes pasivas para afrontar su situación de violencia en determinados momentos es porque resulta más adaptativo para ellas. Por ejemplo, algunos autores exponen que la confrontación directa con el agresor aumenta el riesgo de ser revictimizada, mientras que las acciones que implican crear distancia con el agresor no lo hacen (Goodman y cols., 2005; Maltese y Cook, 2003). Esto tiene sentido ya que muchos hombres utilizan la violencia como un medio para mantener el control sobre sus parejas (Lloyd y Emery, 2000; Sagrestano, Heavey y Christensen, 1999), por lo que cuando las mujeres tratan de revertir ese control directamente, los hombres redoblan sus esfuerzos para mantener el control y utilizan más violencia. Por tanto, este tipo de conductas, lejos de mejorar las cosas, puede ponerlas peor (Goodman y cols., 2005).

De este modo, una relación de maltrato crea unas circunstancias especiales bajo las cuáles una mujer decide cómo reaccionar (Waldrop y Resick, 2004). Esto implica que una mujer, aunque normalmente sea asertiva en diversos ámbitos de su vida, puede elegir comportarse de forma evitativa y sumisa para afrontar situaciones de violencia severa con su marido en un intento de reducir las consecuencias negativas de las mismas, y éstas pueden resultar adaptativas en sus circunstancias específicas (Lewis y cols., 2006). De hecho, un contexto de maltrato, con sus dinámicas estructurales de violencia y poder, restringe el rango de respuestas viables disponibles para las supervivientes de la violencia doméstica (Goodman, Dutton, Weinfurt y Cook, 2003). Por ejemplo, divergir respecto a las creencias de género y culturales del maltratador puede ser especialmente peligroso bajo el espejo magnificador de una pareja agresiva hipervigilante (Lewis y cols., 2006). En este sentido, algunos investigadores postulan que la pasividad puede cumplir una función de supervivencia para las mujeres maltratadas (Lewis y cols., 2006; Peterson y cols., 1993; Walker, 1989), y que es posible que pueda ayudar a conservar la energía hasta que llegue el momento en el que las respuestas de la mujer puedan ser realmente efectivas (Clements y cols., 2004).

4.4.4.3. Papel de la asertividad en las relaciones maltrato

4.4.4.3.1. Apoyos a la hipótesis moderadora

Algunos autores establecen que un déficit de asertividad produce una vulnerabilidad personal en las víctimas de maltrato, moderando la relación entre el abuso y sus consecuencias en el bienestar psicológico de las mismas (Yestmont y Hofstra, 1992). En este sentido, la carencia de una asertividad apropiada en situaciones estresantes se ha visto asociada a aspectos negativos, tales como un afrontamiento inadecuado y pensamientos irracionales (Alden y Safran, 1978; Heimberg y Becker, 1981; Mizes, 1989; Ramanaiah y cols., 1985; Yestmont y Hofstra, 1992). No obstante, el papel de la asertividad como variable moderadora en las situaciones de maltrato no ha sido evaluado en profundidad.

4.4.4.3.2. Apoyos a la hipótesis mediadora

Diversos estudios apoyan la perspectiva de que la vivencia del maltrato provoca en las mujeres víctimas un déficit de asertividad, que a su vez favorece la aparición de secuelas en las mismas. De este modo, la investigación sobre el maltrato ha encontrado de forma

consistente que, ante un abuso frecuente y continuado, es muy común la pasividad de las mujeres víctimas (Clements y cols., 2004). Así, por ejemplo, se ha observado que la frecuencia del maltrato, especialmente de las agresiones psicológicas, es un fuerte predictor positivo de la utilización de un afrontamiento menos asertivo y más pasivo, de "desenganche" por parte de las mujeres víctimas (Taft, Resick, Panuzio, Vogt y Mechanic, 2007). En la misma línea, otros estudios han encontrado que las mujeres maltratadas se comportan de forma más evitativa y pasiva a medida que aumenta la frecuencia de la violencia física que sufren (Lewis y cols., 2006; Mitchell y Hodson, 1983). Sin embargo, otros hallazgos sugieren que algunas conductas asertivas son más probables cuando el nivel de severidad de la violencia es elevado o cuando aumenta la frecuencia del maltrato (Bowker, 1993; Gondolf, 1988; Gondolf y Fisher, 1988; Goodman y cols., 2003). Esta aparente contradicción puede tener una explicación lógica si tenemos en cuenta que los primeros estudios hacen referencia a la asertividad de las mujeres cuando permanecen dentro de la relación abusiva, mientras que los últimos datos se obtuvieron con mujeres que toman la decisión de romper la relación. Es decir, mientras una mujer permanece dentro de la relación abusiva, la frecuencia del maltrato se asocia a un menor empleo de conductas asertivas y activas. Según algunos estudios, un cierto grado de desenganche o distanciamiento bajo niveles extremos de violencia física puede amortiguar el impacto psicológico de las agresiones (Lewis y cols., 2006). Al mismo tiempo, la frecuencia del maltrato puede ayudar a clarificar la necesidad de dejar la relación abusiva y relacionarse, por tanto, con comportamientos asertivos empleados para anfrentarse a su situación, ponerle límites y escapar de ella (Waldrop y Resick, 2004).

En cuanto al desarrollo de síntomas, las dificultades que encuentran las mujeres en las relaciones abusivas para desplegar comportamientos asertivos están muy asociadas a un estado de ánimo depresivo, así como a niveles elevados de ansiedad y a una baja autoestima (Ararteko, 2003; Staats y Heiby, 1985; Vázquez Mezquita, 1999).

Asimismo, la práctica clínica y algunos estudios muestran que las mujeres que han sufrido malos tratos pueden tener dificultades para manejar de forma asertiva situaciones que se dan con sus ex-parejas agresoras en su vida cotidiana, que frecuentemente continúa estando ligada a ellos, ya que son los padres de sus hijos/as, resultando los contactos continuados una fuente de estrés importante para ellas (Kubany y cols., 2004). Del mismo modo, se ha encontrado que la asertividad media entre la vivencia de una agresión sexual y la revictimización sexual (Livingston, Testa y VanZile, 2007; Renzetti, 2007). En este sentido, se ha observado que muchas mujeres que han sufrido maltrato corren un gran riesgo de volver a ser victimizadas por parejas futuras, siendo la asertividad un factor clave de cara a

identificar relaciones potencialmente abusivas y a prevenir las victimizaciones (Kubany y cols., 2004).

Además, se ha encontrado que las mujeres maltratadas son más pasivas con sus parejas que las mujeres que no sufren maltrato, pero que no se diferencian en el nivel de pasividad general (Launius y Lindquist, 1988). El hecho de que el déficit de asertividad se circunscriba a la relación íntima abusiva sugiere que las mujeres probablemente no tienen una carencia de asertividad a nivel de su personalidad, sino que quizás el déficit encontrado sea más bien consecuencia de la relación de maltrato.

CAPÍTULO 5:

EL PAPEL AMORTIGUADOR DEL APOYO SOCIAL

5.1. DEFINICIÓN Y COMPONENTES DEL APOYO SOCIAL

El apoyo social se ha definido como un fenómeno a través del cuál las personas reciben información que les permite creer que son parte de una red recíproca en la que se sienten valorados, amados y cuidados (Cobb, 1976). Se trata de una herramienta que permite a las personas adaptarse por medio de la ayuda en el dominio de las emociones, la orientación y el feedback (Caplan, 1974; Hadeed y El-Bassel, 2006).

Se ha demostrado que el apoyo social es un constructo multidimensional (Cohen y Wills, 1985; Kocot y Goodman, 2003; Winemuller, Mitchell, Sutliff y Cline, 1993). Los investigadores han identificado diversos componentes del apoyo social, que incluyen los tipos de apoyo (Barrera, 1981; Caplan, 1984; Cobb, 1976; House, 1981), la disponibilidad y la cantidad del apoyo accesible a la persona (Barrera, 1981; Sarason y Sarason, 1982), el uso que se da de hecho a los distintos tipos de apoyo (Cohen y Sokolovsky, 1978; Tolsdorf, 1976), la calidad o satisfacción con el apoyo disponible o al que se accede (Stokes, 1983; Vaux y Ahanassopulou, 1987), y el intercambio mutuo de apoyo (Cohen y Sokolovsky, 1978; McFarlane, Neale, Norman, Roy y Streiner, 1981; Miller, Ingham y Davidson, 1976). Además, se diferencia también entre el apoyo positivo y negativo (Hadeed y El-Bassel, 2006; Schilling, 1987).

Todos estos componentes deben ser tenidos en cuenta, pues todos son importantes para conseguir que el acceso y uso del apoyo social sea efectivo y positivo. Esto es especialmente así en el caso de las mujeres víctimas de maltrato, en los que es muy importante tener en cuenta los contextos en los que se produce la búsqueda de ayuda, a quién recurren en busca de ese apoyo, cómo funcionan esas redes, el uso que las mujeres hacen de ellas y la satisfacción que tienen con las mismas (Hadeed y El-Bassel, 2006).

5.2. TIPOS DE APOYO SOCIAL Y SU IMPORTANCIA PARA LAS MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO

5.2.1. Apoyo Instrumental y Emocional

En cuanto al tipo, considerando la función que cumple, el apoyo social puede ser tangible, instrumental, informativo, de interpretación o evaluativo y emocional (Agoff, Herrera y Castro, 2007; Barrera, 1986; Moos, 1995; Sabina y Tindale, 2008). Todos estos tipos de apoyo son necesarios e importantes para las mujeres víctimas de maltrato. A nivel

material, por ejemplo, proporcionar un lugar donde estar, ayudar con el cuidado de los hijos o el transporte para acceder a otros recursos pueden ser apoyos muy útiles. Por su parte, el apoyo emocional es también obviamente crítico para las mujeres maltratadas de cara a potenciar sus habilidades para avanzar a través del arduo proceso de terminar la relación, buscar ayuda o simplemente implementar un plan de seguridad (Goodman y cols., 2005; Kocot y Goodman, 2003).

5.2.2. Apoyo Formal e Informal

Si se atiende a la fuente de procedencia, el apoyo social puede ser formal e informal. En lo que se refiere al apoyo formal, las fuentes más utilizadas por las víctimas de maltrato son los servicios sociales, el asesoramiento legal y la policía (Bowker, 1983). Dentro del apoyo informal las fuentes más utilizadas son las amistades y los miembros de la familia (Bowker, 1983; Waldrop y Resick, 2004). Así, las mujeres que sufren malos tratos tienden en su mayoría a recurrir a personas cercanas de su red familiar para solicitar ayuda y hablar sobre el tema (Anderson, 1997; Flinck y cols., 2005; Fontaine, 1995; Frost, 1999; Ingram, 2007; Johnson y Ferraro, 2000; Waalen, Goodwin, Peterson y Saltzman, 2000; West y cols., 1998), incluyendo muchas veces también a la familia del agresor. Las mujeres son más propensas a revelar el maltrato que sufren a personas ajenas a su familia cuando sufren niveles bajos de abuso, probablemente porque un nivel de maltrato más severo se asocia a una mayor estigmatización, ya que se tiende a percibir a la mujer como más victimizada en estos casos. Esto es congruente con las experiencias observadas en otros ámbitos, que muestran que el hecho de ser víctima acarrea un estigma adicional al del problema en si (Davis, 1984; Yoshioka, Gilbert, El-Bassel y Baig-Amin, 2003).

Analizando comparativamente los dos tipos de apoyo, parece que las mujeres víctimas de violencia conyugal recurren con mayor frecuencia a su red de apoyo informal (Bowker, 1983; Gondolf y Fisher, 1988; Horton y Johnson, 1993). Esto refleja que las mujeres maltratadas pueden sentirse más cómodas hablando con alguien del maltrato que sufren antes de dar el paso de buscar una ayuda más formal, que pueden acarrear consecuencias inesperadas o no deseadas (Ferraro, 1989; Sabina y Tindale, 2008). De hecho, existe una probada tendencia a desarrollar respuestas informales ante la violencia contra las mujeres a nivel de la comunidad o vecindario, tales como ofrecer cobijo, apoyo e información a las mujeres víctimas e incluso intervenciones con los hombres agresores (Frye, 2007; Nabi, Meehan-Stark y Sunderland, 2000; Sabol, Coulton y Korbin, 2004; Sorenson y Taylor, 2003).

Hay estudios que muestran que el recurso a uno u otro tipo de apoyo se relaciona en gran medida con la severidad y estabilidad del maltrato. Así, en general las mujeres suelen recurrir en mayor medida al apoyo formal cuando el maltrato continúa (Bowker, 1983) y su situación se agrava, por ejemplo, cuando hay un contexto de amenaza a la integridad física (Hadeed y El-Bassel, 2006). En este sentido, algunos autores han encontrado que cuando se produce un cambio en el abuso y éste se vuelve más severo, como reacción a la violencia creciente, las mujeres adoptan estrategias de afrontamiento activas, tales como dejar la relación o acudir a servicios a pedir ayuda. Este cambio parece suceder cuando las mujeres toman conciencia repentina del potencial letal del abuso (Ferraro y Johnson, 1983). Por otro lado, otros comportamientos activos de búsqueda de ayuda, como hablar con amistades o buscar apoyo psicológico o terapéutico, parece que tienden a ocurrir más en los casos en los que las mujeres experimentan niveles estables de abuso (Follingstad y cols., 1991). Puede que estos comportamientos parezcan menos útiles en situaciones de maltrato en las que se percibe un peligro creciente e inminente (Waldrop y Resick, 2004).

Asimismo, algunos autores sugieren que el mayor recurso a fuentes informales de apoyo podría estar relacionado con que a menudo las mujeres no logran obtener la ayuda que necesitan por parte de las instituciones y servicios públicos (Dobash, Dobash y Cavanaugh, 1985; Epstein, 1999; Hadeed y El-Bassel, 2006, Stark y Flitcraft, 1996; Sullivan y Bybee, 1999). De hecho, un número considerable de estudios muestra que las experiencias de las mujeres con dichos recursos tienden a ser claramente negativas (Gerbert, Abercrombie, Caspers, Love y Bronstone, 1999; Humphreys y Thiara, 2003; Mezey, 2001; Schroeder y Weber, 1998; Waalen y cols., 2000). Así, las mujeres describen a menudo a los profesionales a los que acuden como poco interesados y con respuestas inadecuadas, bien porque ignoraban su situación o porque les ofrecían consejos poco útiles, e incluso a veces porque dudaban abiertamente de sus experiencias (Bacchus, Mezey y Bewley, 2003; Chang, D´Zurilla y Sanna, 2004; Yoshihama, 2002). Asimismo, cuando las mujeres acuden a solicitar ayuda a servicios sanitarios o sociales (Humphreys y Thiara, 2002), con frecuencia se les etiqueta con el diagnóstico de diversos trastornos, lo cuál puede conducir al estigma, la culpabilización y el aislamiento (Taft, 2003; Warshaw, 1993). Y es que la elaboración de diagnósticos centrándose únicamente en los síntomas de la mujer, sin tener en cuenta las circunstancias en las que se dan tales síntomas lleva a considerar a la mujer como el problema, y refuerza sus sentimientos de indefensión y aislamiento (Philips y Henderson, 1999; Tower, 2007; Warshaw, 1993). Todo esto, puede traer como consecuencia que las mujeres eviten o

rechacen los recursos existentes para ayudarlas en los momentos en los que quizás más lo necesiten (Taft, 2003).

A pesar de que esta última interpretación puede resultar sin duda preocupante, el dato positivo es que el apoyo social de amigos, familiares, religiosos y miembros de la comunidad puede ser instrumental y útil para ayudar a las mujeres a recuperarse de una situación de violencia (Jasinski, 2001; Tan, Basta, Sullivan y Davidson, 1995). De hecho se ha demostrado que la influencia de las redes de apoyo informal es muy elevada. Así, las mujeres que tienen redes de apoyo informales fuertes y disponibles tienen menos probabilidad de experimentar depresiones que las mujeres que carecen de tales redes o que no reciben ayuda de las mismas (Hadeed y El-Bassel, 2006; Mitchell y Hodson, 1983). Esto es, el apoyo social no tiene por qué ser institucional o muy estructurado para ser efectivo. Las redes de apoyo informales e incluso las expresiones espontáneas de apoyo y ánimo en las relaciones personales pueden resultar también muy efectivas (Coker y cols, 2002).

Con todo, hay un espacio en el que el apoyo informal no puede suplir al institucional: la generación de recursos en la comunidad, que son muy necesarios para afrontar una situación de maltrato y para reducir el riesgo futuro de violencia, así como la información sobre su existencia y el acceso a los mismos (Sullivan y Bybee, 1999). En este sentido, en los últimos años se han llevado a cabo importantes políticas dirigidas a crear medidas de protección y apoyo a las víctimas y a endurecer las penas a los agresores, lo cuál ha servido, además de para mejorar la red de apoyo formal existente, para producir cambios en las actitudes generales hacia la violencia doméstica (Salazar, Baker, Price y Carlin, 2003), lo que puede a su vez aumentar la probabilidad de que se de un apoyo social informal. Esto se refleja en respuestas como por ejemplo, avisar a la policía por parte de terceros (Frye, 2007).

Dado que la escasez de recursos no parece constituir el mayor problema, quizás los esfuerzos para llegar a las mujeres víctimas de maltrato deban centrarse en facilitar el acceso a los mismos. En este sentido, por ejemplo, una intervención paraprofesional de asesoramiento intensivo en la comunidad, ayudando a generar y a acceder a los recursos de la comunidad demostró ser muy útil, repercutiendo en una mejor calidad de vida, un mayor apoyo social, menos dificultades para acceder a los recursos de la comunidad, así como menos síntomas depresivos en las mujeres que se sometieron al programa. Más aún, este programa demostró ser muy eficaz en la prevención de futuras victimizaciones. En concreto, las situaciones de violencia que vivieron dichas mujeres a lo largo de los siguientes dos años después de la intervención, tanto a manos de sus agresores como de nuevas parejas, se redujeron a la mitad (Sullivan y Bybee, 1999).

Quizás la conveniencia y utilidad de los apoyos formales o informales pueda analizarse en función de las circunstancias, del tipo y la severidad del maltrato que sufren las mujeres. Así, las mujeres que experimentan actos ocasionales de maltrato y agresiones, tal vez no necesiten intervenciones formales a nivel médico o de salud mental, y tal vez puedan beneficiarse más de respuestas informales dentro de sus familias o de la comunidad (compañeros de trabajo, amigos, vecinos…), que pueden servir para impedir que se de la violencia a la vez que para fortalecer los lazos sociales y proteger a las mujeres y a sus familias (Mills, 2003). Sin embargo, las mujeres que experimentan los tipos más severos de violencia, tales como agresiones, acoso o violaciones, es más probable que necesiten apoyo formal (Miller, 2006).

5.3. EL PROCESO DE BÚSQUEDA Y OBTENCIÓN DE UN APOYO EFECTIVO

La búsqueda y obtención de un apoyo efectivo es un proceso complejo, en el que existen distintas fases. Esto es, hay diversos pasos o condiciones necesarias que han de darse para que las mujeres víctimas de violencia doméstica logren obtener apoyo de forma exitosa.

5.3.1. Estructura de la red de apoyo

El aspecto estructural hace referencia a la composición de la red de apoyo, en cuanto al número de personas con las que se tienen lazos o a los recursos disponibles (Agoff y cols., 2007; Barrera, 1986).

El aislamiento social es un fenómeno muy común en las mujeres que se hallan inmersas en relaciones de maltrato. Y es que una de las formas mediante las que el maltratador mantiene la dominancia y control sobre la vida de la mujer es mantenerla aislada y dependiente de él (Dobash y Dobash, 1998; Hadeed y El-Bassel, 2006). De este modo, el maltratador tiende a aislar a la víctima y a restringir y controlar el acceso de la misma a su red social de apoyo, tanto a familiares como a amistades u otros (Gelles y Cornell, 1985; Lynch y Graham-Bermann, 2000; Yoshioka y cols., 2003), que podrían serle de mucha ayuda para afrontar la violencia (Waldrop y Resick, 2004). Especialmente en los casos de violencia continuada y frecuente, se produce una mayor carencia en la red de apoyo social de las mujeres (Oosthuizen y Wissing, 2005). Dado que el maltrato suele ser crónico, las mujeres

que lo sufren tienden con el paso del tiempo a aislarse progresivamente y a perder los recursos emocionales y materiales que les ofrece su red de apoyo (Coker y cols, 2002).

Una gran cantidad de estudios han mostrado lo aisladas que pueden llegar a estar las mujeres maltratadas (Mills, 1985; Mitchell y Hodson, 1983). Y probablemente se tiende incluso a subestimar el aislamiento que experimentan las mujeres víctimas de maltrato y la enorme influencia que pueden tener las familias extensas en su bienestar (Eisikovits, Guttmann, Sela-Amit y Edleson, 1993; Straus y cols., 1980). Está ampliamente contrastado que las mujeres maltratadas por sus parejas que viven con sus agresores tienen un menor apoyo social percibido y estructural, comparando con mujeres que han sido maltratadas y ya no conviven con sus agresores y con mujeres que no son maltratadas (Barnett y cols., 1996; Matud, Aguilera, Marrero, Moraza y Carballeira, 2003).

Sin embargo, hay estudios que han encontrado que, a pesar de la dominancia y control de sus parejas, las mujeres se las arreglan para mantener algún contacto con amigos y familia y para hacer nuevas relaciones y amistades (Hadeed y El-Bassel, 2006). De hecho, algunos autores han hallado niveles similares de apoyo en mujeres maltratadas que en mujeres que no lo son, exceptuando el área del apoyo de la pareja, según manifestaciones de las propias mujeres (Carlson y cols., 2002; Zlotnick, Kohn, Peterson y Pearlstein, 1998). Esto sugiere que quizás las mujeres maltratadas no están más aisladas en términos de la disponibilidad de recursos (Lynch y Graham-Bermann, 2000; Warren y Lanning, 1992).

5.3.2. Disponibilidad percibida de apoyo

La clave para explicar estos resultados aparentemente contradictorios radica en otra dimensión fundamental del apoyo social: la disponibilidad percibida. Y es que el apoyo social es de hecho apoyo sólo en la medida en la que las personas consideran que está disponible (McDonnell, Gielen, O´Campo y Burke, 2005; Vaux, Phillips y Holly, 1986). Así, una persona puede de hecho tener recursos y personas disponibles a su alrededor pero éstos no serán eficaces y no se traducirán en un apoyo real mientras ella no perciba que en efecto existen y puede acceder a ellos.

La mayoría de los estudios han hallado que las mujeres que sufren malos tratos tienden a tener niveles bajos de apoyo social percibido (Barnett y cols., 1996; Carlson y cols., 2002; Mitchell y Hodson, 1983; Nurius, Furrey y Berliner, 1992; Thompson, Kaslow y Kingree, 2000). Parece ser que, aunque muchas de ellas tienen gente a la que recurrir, a menudo el problema está en que no están satisfechas con ese apoyo o no perciben que está disponible

(Hadeed y El-Bassel, 2006). Es decir, el apoyo percibido muchas veces no se corresponde con la estructura real de la red.

La percepción de tener una red de apoyo emocional y tangible disponible es una de las dimensiones del apoyo social que más se relacionan con los esfuerzos de afrontamiento que pueden hacer las mujeres. Así, las mujeres que se sienten apoyadas por otros tienen más recursos para realizar esfuerzos de afrontamiento activo. Por ejemplo, se ha encontrado que las mujeres maltratadas que manifiestan tener mayores niveles de apoyo social colaboran en mayor medida con las acciones penales contra sus parejas abusivas (Goodman, Bennett y Dutton, 1999). Por el contrario, muchas mujeres no se separan por miedo a la reacción negativa de su familia y amistades (Goelman, Lehrman y Valente, 1996; Valente y cols., 2001). Las víctimas de maltrato pueden actuar con éxito para afrontar la situación de violencia que sufren, pero no pueden hacerlo sin percibir que cuentan con apoyos efectivos (Kocot y Goodman, 2003).

5.3.3. Conducta de búsqueda de ayuda por parte de la mujer

Además de tener una red de personas y recursos con los que contar y de percibir que efectivamente eso es así, para que el proceso de apoyo social pueda producirse, es necesario que las mujeres hagan uso de esa red, es decir, que pongan en marcha conductas de búsqueda de ayuda. Varios estudios han comprobado que este tipo de conductas aumenta la probabilidad de las mujeres de acabar con el abuso (Ellsberg y cols., 2001).

Existe una creencia extendida de que las mujeres maltratadas son personas muy dependientes. Sin embargo, tal y como se ha mencionado en apartados anteriores de esta tesis, hay una amplia evidencia que demuestra que estas mujeres son buscadoras activas de ayuda, y que luchan por la supervivencia afrontando muchos obstáculos (Sullivan y Bybee, 1999). Tanto si la búsqueda de ayuda es para que cese la violencia permaneciendo en la relación, como si es porque se ha tomado la decisión de dejar la relación como medio para finalizar con el abuso, es muy probable que las mujeres busquen ayuda y recurran a una gran cantidad de servicios y recursos formales e informales (Caralis y Musialowski, 1997; Hadeed y El-Bassel, 2006; Kaukinen, 2004; Sullivan, 1997). En concreto, los estudios encuentran que alrededor de un 75%-80% de las mujeres víctimas le cuentan a alguien su problema o buscan ayuda de algún amigo, familiar, personal médico, policía o consejero (Johnson, 1996; Sabina y Tindale, 2008). Este porcentaje ha llegado incluso a elevarse en algunas investigaciones hasta un 98.7% (Hutchison y Hirschel, 1998).

Esto es, las mujeres tienen habilidad para acceder a la ayuda de su familia, amigos y otras fuentes de apoyo informal, así como para utilizarla (El-Bassel, 2001; Hadeed y El-Bassel, 2006). Diversos estudios confirman que estas mujeres son personas adultas competentes capaces de tomar la iniciativa y de decidir de forma autónoma por si mismas (Sullivan y Bybee, 1999).

Realmente, la habilidad de las mujeres para revelar los abusos que están sufriendo, y poder recibir así el apoyo emocional e instrumental que necesitan, es clave para su supervivencia. La investigación ha mostrado que existen diversos factores que pueden influir en el comportamiento de búsqueda de ayuda de las mujeres víctimas de violencia doméstica (Yoshioka y cols., 2003).

De este modo, las mujeres maltratadas se enfrentan a varias barreras para desarrollar los comportamientos de búsqueda de ayuda que les permiten acceder a los recursos de apoyo social formales e informales (Hadeed y El-Bassel, 2006; Loseke, 2000). Entre ellas encontramos la severidad y frecuencia del maltrato (Fugate y cols., 2005; Yoshioka y cols., 2003). Los resultados hallados en cuanto a la asociación entre severidad y búsqueda de ayuda han sido contradictorios. Por un lado, algunos estudios establecen que puede haber una barrera en el maltrato, un nivel de severidad más allá del cuál o bien las lesiones son demasiado serias o la situación provoca demasiado miedo (por ejemplo, a la amenaza de daño a los niños), de manera que se bloquea la búsqueda de una intervención formal (Fugate y cols., 2005). Por otro lado, una mayoría de estudios encuentran la relación inversa: parece que las mujeres que sufren malos tratos a manos de sus parejas suelen utilizar más estrategias evitativas cuando todavía se encuentran en la relación abusiva e intentan afrontar la violencia continuada. Sin embargo, cuando más severo se vuelve el maltrato más probable es que desplieguen estrategias activas y den pasos para abandonar la relación (Gondolf y Fischer, 1988; Sabina y Tindale, 2008; Waldrop y Resick, 2004). A medida que incrementa la frecuencia y la severidad del abuso y que aumenta el comportamiento de acoso, la cantidad de búsqueda de ayuda también aumenta (Sabina y Tindale, 2008). Además, la sensibilidad de los sistemas de apoyo formales pueden influir también en la voluntad de la mujer de revelar el abuso a otros (Gelles y Harrop, 1989; Rhodes y McKenzie, 1998; Yoshioka y cols., 2003).

Asimismo, otros factores internos a las mujeres pueden actuar como frenos en la búsqueda de ayuda. En primer lugar, estas mujeres muchas veces pueden no denunciar el abuso o buscar apoyo por temor a sentirse estigmatizadas en caso de que otros conozcan lo sucedido (Coker y cols, 2002; Hadeed y El-Bassel, 2006). A menudo perciben que la violencia en el hogar es un asunto privado y les preocupa mantener el secreto y preservar su

intimidad y confidencialidad (Hadeed y El-Bassel, 2006). Muchas veces también tienen miedo a las represalias por parte de sus parejas en caso de revelar el maltrato (Coker y cols, 2002; Dunn y Powell-Williams, 2007). Finalmente, los sentimientos de vergüenza o de no querer preocupar o meter en problemas a los seres queridos son muy frecuentes y pueden impedir que se de la búsqueda de ayuda (García-Moreno y cols., 2006; Hadeed y El-Bassel, 2006).

5.3.4. Obtención de apoyo

Incluso en el caso de que las mujeres que sufren maltrato busquen apoyo social, pueden no recibir la ayuda que necesitan (Coker y cols, 2002). De esta forma, puede suceder que los familiares y amigos no hagan efectiva la ayuda por miedo a sufrir consecuencias violentas (Hadeed y El-Bassel, 2006). Asimismo, los miembros de la red de apoyo potencial pueden culpar a la víctima, lo cuál condiciona la respuesta de ayuda (Kubrin y Weitzer, 2003). En este sentido, varios estudios han mostrado que los testigos son menos propensos a intervenir en una agresión a una mujer cuando perciben que el agresor es su marido o su pareja (Frye, 2007; Laner, Benin y Ventrone, 2001; Shotland y Straw, 1976). Además, las personas cercanas a la víctima pueden sentirse incómodos hablando de un tema tan delicado (Coker y cols, 2002; Fry y Barker, 2001; Graham-Bermann, DeVoe, Mattis, Lynch y Thomas, 2006; Kocot y Goodman, 2003). A menudo los familiares o amigos no aciertan a comprender las dinámicas que mantienen a una mujer en una relación abusiva, y su frustración puede llevarles a abandonar el apoyo, especialmente cuando los consejos de dejar la relación se ignoran (Hadeed y El-Bassel, 2006). Lógicamente, las personas cercanas a la víctima serán más propensas a desplegar conductas de ayuda si perciben que con ellas son capaces de ayudar en efecto a la mujer (Frye, 2007).

No está muy claro si los estilos de afrontamiento de las mujeres influyen en sus redes sociales y en la respuesta que obtienen de sus amistades o si la relación es al contrario. Esto es, es posible que si las amistades de una mujer víctima de maltrato la ven realizando esfuerzos activos de afrontamiento, se sientan más inclinados a responder apoyándola, mientras que si las amistades ven a la mujer afrontar su situación de forma evitativa quizás se distancien de ella, dejándola con menos apoyos, ya que pueden sentir que la mujer no está intentando poner fin a su situación. También puede suceder en estas situaciones que las propias mujeres con un estilo de afrontamiento evitativo tiendan a distanciarse de sus apoyos. Si, por el contrario, el apoyo social aumenta el afrontamiento activo, entonces las mujeres

cuyas amistades conversan con ellas acerca del maltrato pueden sentirse impulsadas para afrontar de manera más activa su situación de violencia. También es posible que tanto la respuesta de las amistades como las estrategias de afrontamiento de las mujeres estén determinadas por otras variables, tales como la severidad del maltrato o el nivel de control ejercido por el agresor. De hecho, algunos autores han encontrado que las mujeres que sufren un maltrato más severo tienen menos probabilidad de recibir apoyo social de sus amistades cuando tratan de hablar del abuso (Mitchell y Hodson, 1983, 1986). En concreto, tanto el número de miembros de la red de apoyo de estas mujeres como el número de contactos sociales que llevan a cabo disminuyen (Waldrop y Resick, 2004).

5.3.5. Calidad del apoyo recibido

Dando un paso más, suponiendo que la mujer víctima de maltrato cuente con una red de apoyo que ella perciba disponible, que recurra a ella solicitando ayuda y que en efecto la obtenga, todavía existe un factor más que va a determinar que el proceso de búsqueda y obtención de apoyo culmine con éxito: la calidad positiva o negativa del apoyo recibido. Y es que uno puede tener una red de apoyo disponible o personas a las que recurrir y que responden a las demandas pero, sin embargo, recibir un apoyo negativo o contraproducente. Por ejemplo, la persona a la que la mujer recurre debe conectar emocionalmente con la víctima para que el contacto tenga un impacto positivo en la salud mental (Coker y cols, 2002).

La naturaleza del apoyo social recibido es una de las dimensiones menos estudiadas e investigadas (Kocot y Goodman, 2003). Normalmente existe la tendencia a dar por hecho que la interacción social es algo positivo, que genera unas dinámicas de reciprocidad, solidaridad y reconocimiento mutuo. Sin embargo, existen otros aspectos igualmente constitutivos de las relaciones interpersonales que pueden ser estresantes y negativos (Tardy, 1985; Thoits, 1995). Por ello, no se debe limitar la atención a la presencia o ausencia de una red social a la hora de valorar si existe un apoyo, ya que es necesario considerar también la naturaleza y la calidad de las relaciones que tiene la mujer (Agoff y cols., 2007). De hecho, se ha observado que las respuestas de las fuentes de apoyo, formales e informales, a la petición de ayuda de una mujer, son a veces problemáticas. Así, la investigación aporta ejemplos de reacciones negativas y explicaciones tendentes a tolerar y justificar el maltrato que en ocasiones dan los familiares de las mujeres ante el fenómeno de la violencia (Agoff y cols., 2007). En diversos casos se ha observado que las mujeres manifiestan que sus propias familias y amistades se

niegan a ayudarlas ante situaciones de violencia (Ferraro y Johnson, 1983; Waldrop y Resick, 2004), o que les orientan a "comportarse" y a reconciliarse con sus parejas. En cuanto a las instituciones formales, especialmente la policía o el juzgado, a menudo no ofrecen respuestas apropiadas y adecuadas (Dutton, 1993; Hadeed y El-Bassel, 2006; Rawlins, 2000). Por tanto, los lazos sociales que tiene una mujer en su entorno social no pueden a priori calificarse ni como positivos ni como negativos. De hecho, pueden, en determinadas circunstancias, producir situaciones o contextos de vulnerabilidad (Delor y Hubert, 2000), que faciliten la manifestación de actos violentos o que dificulten que se cuestionen tales actos o que se oponga resistencia a los mismos (Agoff y cols., 2007).

Esta respuesta, tanto de la red informal como institucional, es decir, la naturaleza del apoyo que reciben las mujeres víctimas de maltrato es, junto con la percepción de tener una red de apoyo accesible y disponible, una dimensión clave del apoyo social, que determina el tipo de afrontamiento que las mujeres ponen en marcha para hacer frente a la situación de violencia (Kocot y Goodman, 2003; Waldrop y Resick, 2004). De esta forma, para las mujeres maltratadas que afrontan activamente el problema, las respuestas empáticas y el apoyo social percibido como claro, no ambiguo y consistente con las acciones que las mujeres realizan facilita el afrontamiento y la percepción de tener alternativas (Kocot y Goodman, 2003; Waldrop y Resick, 2004) y reduce el impacto del estrés asociado a tales acciones. Por el contrario, las mujeres que afrontan activamente su situación de maltrato en un contexto de apoyo social conflictivo pueden experimentar una carga emocional considerablemente mayor, teniendo más probabilidad de desarrollar síntomas depresivos. En concreto, para las mujeres víctimas de maltrato que deciden afrontar y poner fin a su situación, los consejos de sus seres cercanos orientados a la ruptura y abandono de la relación se perciben como consistentes con sus acciones, mientras que los consejos de permanecer en la relación, o los consejos ambiguos, pueden percibirse como conflictivos (Kocot y Goodman, 2003).

También, se ha encontrado que las mujeres que reciben más respuestas negativas de sus amistades cuando buscan su apoyo se vuelven más pasivas y, como consecuencia, utilizan un afrontamiento menos activo en respuesta a la violencia (Mitchell y Hodson, 1983, 1986; Waldrop y Resick, 2004). En suma, los sistemas de apoyo inadecuados, las actitudes negativas, la falta de habilidades y los sentimientos negativos de las personas que ayudan pueden impedir que se revele la violencia (Campbell, 1994; Cohen, 1996; Frost, 1999; Johnson y Ferraro, 2000; Waalen y cols., 2000).

Algunos autores (Bowker, 1983; Pagelow, 1984) han estudiado las respuestas institucionales y su influencia en el comportamiento de búsqueda de ayuda de las mujeres.

Cuando se trata de estas fuentes de ayuda, es muy posible que las mujeres víctimas sólo se acerquen a aquellos recursos que consideran más receptivos (Bowker, 1983), normalmente guiándose por su experiencia previa con los mismos, aunque a veces incluso sin haber tenido ningún acercamiento personal a ellos. De este modo, las mujeres que reciben respuestas más positivas de los recursos de ayuda es más probable que tengan más confianza en sus habilidades y que accedan a esos recursos de apoyo en el futuro. De hecho, las mujeres que manifiestan haber obtenido una mayor ayuda de recursos institucionales adoptan estrategias de afrontamiento más activas (Waldrop y Resick, 2004).

De este análisis se desprende que una buena intervención debe facilitar el acceso de las mujeres a los diversos servicios institucionales (Sullivan, Tan, Basta, Rumptz y Davidson, 1992; Waldrop y Resick, 2004). Además, resulta de gran importancia trabajar con las redes de apoyo informal y formarles para proporcionar un apoyo positivo, tanto emocional como instrumental, a las mujeres (Yoshioka y cols., 2003).

5.4. FUNCIONES DEL APOYO SOCIAL

Existen dos grandes hipótesis en torno al papel del apoyo social. Por un lado, se plantea que el apoyo social tiene un efecto directo, asociándose al bienestar psicológico con independencia del nivel de estrés o de maltrato que sufran las mujeres. Por otro lado, se postula que el apoyo social cumple una función amortiguadora, especialmente cuando el nivel de estrés es elevado (Graham-Bermann y cols., 2006; Wasserstein y La Greca, 1996). En este sentido, existe una amplia perspectiva que sugiere que las familias en las que existe violencia tienden a estar aisladas y a carecer de apoyos (Eisikovits y cols., 1993; Straus y cols., 1980). El aislamiento puede favorecer la aparición de la violencia y contribuir a que se perpetúe en el tiempo (Heise, 1998; Krug y cols., 2002), ya que el comportamiento de las familias y parejas aisladas es menos abierto al escrutinio de los otros significativos (Agoff y cols., 2007; Stets y Straus, 1990; Yllo y Straus, 1981)

Una amplia bibliografía apoya el hecho de que el apoyo social es uno de los factores protectores que puede amortiguar el daño que normalmente produce la vivencia de situaciones altamente estresantes o traumáticas, siendo un factor asociado a la resiliencia que muestran algunas personas que se han visto expuestas a múltiples situaciones de riesgo o, como es el caso de las mujeres víctimas de violencia doméstica, a múltiples formas de abuso (Carlson y cols., 2002).

La literatura sugiere que existen dos formas en las que el apoyo social puede cumplir esta función amortiguadora del impacto del estrés, moderando la relación entre un estresor y sus consecuencias a nivel de salud mental, especialmente en el desarrollo de trastornos depresivos (Cohen y Wills, 1985). Por un lado, el apoyo social puede alterar la percepción que se tiene del estresor, mitigando su interpretación como una amenaza. Por otro lado, el apoyo social puede servir como un "recurso para el afrontamiento" (Goodman y cols., 2005; Kocot y Goodman, 2003; Thoits, 1986), aumentando el conocimiento y la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento (Carlson y cols., 2002; Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988) e impulsando la percepción de que uno puede afrontar el problema con éxito, de manera que se reduce la sensación de indefensión y desespero (Kocot y Goodman, 2003). Además, un buen apoyo social puede aumentar la autoestima. Simplemente el hecho de tener alguien de confianza con quien poder compartir los propios problemas ha mostrado ser beneficioso para el desarrollo de sentimientos de competencia y eficacia personal (Agoff y cols., 2007; Carlson y cols., 2002; Cohen y Hoberman, 1983; Fuhrer y Stansfeld, 2002; Rose, Campbell y Kub, 2000).

En el caso de las mujeres, además, tal y como han puesto de manifiesto estudios realizados en las últimas décadas, el apoyo social puede tener un valor funcional diferente y especial. Por ejemplo, se ha encontrado que las mujeres dependen en mayor medida del apoyo social a la hora de desarrollar estrategias efectivas de afrontamiento del estrés (Cronkite y Moos, 1984; Tucker, 1982). Asimismo, las mujeres son más dependientes de los demás que los hombres en términos de autoestima, y tienen más preocupaciones acerca del abandono y el rechazo de los demás (Cross y Madson, 1997; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994; Prinstein y Aikins, 2004). Las propias mujeres, además, manifiestan dar más importancia que los hombres al apoyo social (Ystgaard, Tambs y Dalgard, 1999), así como a la armonía interpersonal y la sensibilidad (Rosenberg, 1989).

5.5. PAPEL DEL APOYO SOCIAL EN LAS RELACIONES DE MALTRATO

En las relaciones de violencia conyugal, el aislamiento social de las víctimas es algo muy característico y frecuente. Y es que una manera efectiva de controlar a las mujeres y agredirlas sin miedo a ser descubierto es aislarlas primero socialmente (Browne, 1987; Hoff, 1990). Las mujeres que tienen parejas abusivas a menudo manifiestan que el contacto con su familia y amigos se ha cortado o limitado en gran medida y que no tienen nadie a quien recurrir en busca de ayuda.

Dada esta situación y teniendo en cuenta los hallazgos apuntados anteriormente, dentro del ámbito de la violencia de género el apoyo social es el factor protector que más se ha estudiado (Carlson y cols., 2002). Así, en la última década ha habido un aumento de investigaciones acerca del rol del apoyo social en los casos de las mujeres que sufren malos tratos (El-Bassel, Gilbert, Rajah, Foleno y Frye, 2001; Hadeed y El-Bassel, 2006). Y es que el apoyo social es potencialmente un factor protector, que puede reducir el riesgo de padecer los efectos negativos de la violencia a manos de la pareja en la salud mental (Coker y cols., 2002).

En este sentido, diversos estudios han mostrado que el apoyo social amortigua el impacto psicológico del maltrato (Bybee y Sullivan, 2005; Coker y cols., 2002; Hadeed y El-Bassel, 2006; Sabina y Tindale, 2008), moderando la asociación entre la violencia conyugal y diversas consecuencias de la misma en la salud mental de las mujeres (Graham-Bermann y cols, 2006). Esto es, es de esperar que, si las mujeres víctimas de malos tratos tienen redes sociales extensas y si dichos recursos sociales funcionan cumpliendo una función de apoyo cuando tienen conocimiento de los abusos, el impacto devastador de la violencia en las mujeres pueda suavizarse (Coker y cols., 2002). Incluso niveles mínimos de apoyo social han demostrado tener un efecto amortiguador.

De este modo, se ha encontrado que una puntuación elevada en apoyo social se asocia con una reducción significativa del riesgo de padecer secuelas derivadas del abuso. En concreto, se ha hallado que las mujeres maltratadas que reciben apoyo de familia, amigos u otra pareja no abusiva ven reducido este riesgo prácticamente a la mitad. Es posible incluso que las personas que son capaces de encontrar apoyo social no desarrollen tales consecuencias adversas (Coker y cols., 2002). De este modo, el hecho de contar con apoyo social es un predictor significativo de la salud mental en las víctimas (Levendosky y cols., 2004).

En suma, el apoyo social es un factor de riesgo, en caso de no tenerlo, o de resiliencia, en caso de tenerlo, para el desarrollo de consecuencias negativas fruto de una vivencia de maltrato conyugal (Bender y cols., 2003; Bradley y cols., 2006; Suzuki, 2006).

El apoyo social percibido puede actuar como variable moderadora del maltrato en varios sentidos: por un lado atenúa o previene las secuelas psicológicas que se producen como consecuencia de la vivencia de la situación de violencia altamente estresante y traumática. Por otro lado, puede favorecer la reducción de los síntomas y la recuperación temprana de las secuelas, la ruptura con la relación abusiva y la prevención de nuevas victimizaciones (Sepúlveda y cols., 1998).

5.5.1. El apoyo social como factor amortiguador en el desarrollo de secuelas

En lo que se refiere a la prevención de las secuelas del maltrato, la ausencia de redes sociales se ha asociado con morbilidad psiquiátrica (Coker y cols., 2002; Romans-Clarkson, Walton, Herbison, y Mullen, 1990). Así, la literatura existente muestra de manera consistente que el aislamiento y la ausencia de una red social de apoyo se asocian con un mayor nivel de estrés emocional en la víctima y con una mayor severidad de las secuelas psicológicas derivadas de la situación de maltrato; esto es, con mayores niveles de depresión, ansiedad y estrés postraumático (Bergman y Brismar, 1991; Ellsberg, Caldera, Herrera, Winkvisty y Kullgren, 1999; Follingstad y cols., 1991). Por el contrario, se ha encontrado que el hecho de disponer de un apoyo continuado y de contar con una referencia efectiva puede llegar a reducir la prevalencia de las lesiones por maltrato hasta un 75% (Coker y cols., 2002).

Se ha constatado que el apoyo social puede ayudar significativamente a las mujeres que sufren maltrato a afrontar el estrés proveniente de la situación de abuso (El-Bassel y cols., 2001), sirviendo de colchón para amortiguarlo y mejorando la calidad de vida (Cohen y Wills, 1985; Hadeed y El-Bassel, 2006; Kessler y McLeod, 1985). Las propias mujeres víctimas de maltrato manifiestan necesitar en gran medida el apoyo social, y lo ven claramente como un recurso muy valioso de ayuda en sus esfuerzos para afrontar el estrés y la violencia que sufren (Sullivan y cols; 1992; Waldrop y Resick, 2004). Por el contrario, los niveles bajos de apoyo social se han relacionado con un aumento del estrés en las mujeres víctimas de maltrato (Thompson y cols., 2000). Además, el apoyo social afecta, cumpliendo una función protectora, a la calidad de vida relacionada con la salud física y mental que manifiestan tener las mujeres que han sufrido malos tratos en el último año (McDonnell y cols., 2005). El apoyo social hace que estas mujeres experimenten una mejor salud percibida, tanto a nivel mental como físico. Se ha demostrado incluso que revelar la existencia del abuso mejora el sistema inmune (Coker y cols., 2002; Pennebaker, Kiecolt-Glaser y Glaser, 1988).

Por otro lado, son varios los estudios que han encontrado que un apoyo social bajo se asocia a síntomas de depresión (Arias, 1999; Coker y cols., 2002; Graham-Bermann y cols, 2006; Kocot y Goodman, 2003), insomnio y trastornos somáticos (Matud y cols., 2003). Además, el apoyo social, tanto de la familia como de amistades, y la efectividad en la obtención de recursos son factores protectores (Meadows, 2004) que reducen el riesgo de presentar intentos de suicidio (Meadows y cols., 2005) y conductas de abuso de alcohol (Arias, 1999; Coker y cols., 2002).

En cuanto a la autoestima, se ha visto que entre las variables predictoras del desarrollo de una buena o mala autoestima en mujeres víctimas de violencia doméstica se encuentra la percepción del apoyo social actual (Bradley y cols., 2006; Coker y cols., 2002; Villavicencio y Sebastián, 1999b). Mediante las actividades o las interacciones con los demás, la persona que está amenazada puede reafirmarse en que es una persona válida, buena, adecuada, competente y capaz (Sabina y Tindale, 2008; Steele, 1998). Esto es, tener personas con quien hablar de la situación vivida y de los problemas que van surgiendo, así como sentirse segura y respaldada, proporciona un mayor grado de bienestar y de autoconfianza (Villavencio y Sebastián, 1999b), moderando el impacto negativo de la violencia en la autoestima de las mujeres (Lynch y Graham-Bermann, 2000; Sabina y Tindale, 2008). De este modo, aumentar el apoyo social puede contrarrestar el ambiente de desvalorizaciones continuas al que a menudo se ven sometidas las mujeres que sufren violencia doméstica y la disminución de su sentimiento de valía, mejorando su bienestar psicológico a la vez que relanzando sus habilidades de afrontamiento y aumentando el repertorio de recursos con los que la mujer puede construir alternativas a la relación abusiva y opciones de cara a futuro (Coker y cols., 2002).

Asimismo, el apoyo social reduce el riesgo de presentar síntomas de ansiedad (Coker y cols., 2002; Graham-Bermann y cols, 2006; Kocot y Goodman, 2003) y estrés postraumático (Astin y cols., 1993; Coker y cols., 2002). Varios estudios han confirmado esta asociación entre un apoyo social bajo y síntomas de estrés postraumático (Graham-Bermann y cols, 2006; Kocot y Goodman, 2003). Así, se ha encontrado que entre los principales predictores del TEPT está la falta de apoyo social percibido (Kemp y cols., 1995), relacionándose con el desarrollo del trastorno (Astin y cols., 1993), así como con una mayor severidad y la presencia de mayores síntomas del mismo (Bradley y cols., 2006; Coker y cols., 2002; Kemp y cols., 1995; Waldrop y Resick, 2004). En esta línea, un meta-análisis que aborda estudios con distintos tipos de víctimas que desarrollan TEPT encuentra que, en efecto, uno de los tres principales factores de vulnerabilidad para la aparición del trastorno es el escaso apoyo social después del trauma (Brewin, Andrews y Valentine, 2000). El apoyo social es, por tanto, un factor de riesgo o resiliencia para el desarrollo del Trastorno de Estrés Postraumático (Bradley y cols., 2006; Brewin y cols., 2000; Ozer, Best, Lipsey y Weiss, 2003).

Algunos estudios han encontrado incluso que el apoyo social que reciben las mujeres víctimas de violencia a manos de sus parejas beneficia también indirectamente a sus hijos (Kolbo, 1996). Se ha encontrado así que el apoyo social a las mujeres por parte de sus familias y amistades es un elemento protector no sólo para ellas sino también para sus hijos,

protegiéndoles del desarrollo de un trastorno de estrés postraumático como consecuencia de su exposición a la violencia de sus padres contra sus madres (Graham-Bermann y cols, 2006). No obstante, cabe destacar que el efecto amortiguador del apoyo social varía según los niveles de severidad del abuso, de manera que es posible que cuando la severidad es mayor el apoyo social deje de actuar como amortiguador (Goodman y cols., 2005; Liang, Goodman, Tummala-Narra y Weintraub, 2005).

En relación a la superación de las secuelas el apoyo social ha demostrado favorecer la recuperación temprana de las víctimas de malos tratos (Flinck y cols., 2005).

5.5.2. Papel del apoyo social de cara a favorecer la ruptura de la relación abusiva

Uno de los principales problemas dentro de la violencia de género estriba en las dificultades que tienen las mujeres que la sufren para romper con la situación de violencia y liberarse de ella (Barnett y LaViolette, 1993; Gondolf, 1990; Horton, Simonidis y Simonidis, 1987; Jones, 1994). Se trata de un proceso muy complejo del que todavía los investigadores saben muy poco. No obstante, se ha constatado que el apoyo social es un recurso crítico para las mujeres que intentan acabar con la violencia en sus vidas (Goodman y cols., 2005). Una disminución del aislamiento social al que son sometidas las mujeres víctimas de violencia conyugal puede facilitar el proceso de ruptura y abandono de la relación abusiva (Eisikovits y cols., 1993; Syers-McNairy, 1990). Las relaciones de ayuda son críticas a lo largo de todas las etapas del proceso de cambio que viven las mujeres hasta romper con sus parejas agresoras, influyendo mucho en el paso de una fase a otra (Burke y cols., 2004).

El hecho de tener apoyo social es un factor independiente que se asocia a adoptar respuestas de afrontamiento activas, centradas en el problema (Hobfoll, Freedy, Green y Solomon, 1996; Holahan y Moos, 1987; Scarpa, Haden y Hurley, 2006; Sabina y Tindale, 2008), tales como separarse, denunciar el maltrato, buscar ayuda profesional o en asociaciones, para hacer frente a la situación de violencia padecida (Ruiz-Pérez, Plazaola-Castaño y del Río-Lozano, 2006; Taft y cols., 2007). Las mujeres que deciden dejar una relación abusiva son capaces de mantener cierto bienestar y de sufrir menos ansiedad respecto a su capacidad para llevar a cabo su decisión de romper con su pareja si obtienen respuestas positivas de apoyo por parte de sus recursos formales e informales (Hadeed y El-Bassel, 2006; Mitchell y Hodson, 1983). Además, las mujeres que cuentan con más recursos materiales es más probable que dejen la relación abusiva (Gelles, 1976; Horton y Johnson, 1993; Johnson, 1992; Sabina y Tindale, 2008; Waldrop y Resick, 2004). Las propias mujeres que abandonan

relaciones abusivas manifiestan que contar con refugios y ayuda por parte de familia, amigos y compañeros de trabajo es fundamental (Davies y Srinivasan, 1995; Davis, 2002).

Así, la literatura existente ha encontrado que tanto el aislamiento social como la respuesta poco efectiva de la comunidad contribuyen al riesgo de las mujeres de sufrir maltrato a manos de sus parejas o ex-parejas (Aguirre, 1985; Barnett y LaViolette, 1993; Crowell y Burgess, 1996; Greaves, Heapy y Wylie, 1988; Sullivan y Bybee, 1999), ya que inciden en la habilidad de las mujeres para afrontar la violencia (Hadeed y El-Bassel, 2006).

Por el contrario, un mayor apoyo social se asocia con la ruptura de la relación abusiva (Zlotnick y cols., 2006). El apoyo social puede ser especialmente importante a la hora de hacer plausible que una mujer maltratada rompa con su agresor y deje la relación de maltrato. Para empezar, los apoyos que otros pueden ofrecer, tales como la reevaluación e interpretación de la violencia y apoyos tangibles, pueden contribuir al hecho de que una mujer se sienta atrapada en la relación violenta o no (Dutton y cols., 1994). En este sentido, el apoyo social, las actitudes y el comportamiento de los otros significativos y de los profesionales, pueden ayudar a cambiar la percepción que las mujeres tienen del abuso (Flinck y cols., 2005; Mills, 1985). Así, las mujeres pueden empezar a reevaluar el maltrato a la luz de los mensajes que reciban de otras personas, transmitiéndoles que el maltrato es algo muy negativo y nunca justificable. Las mujeres que tienden a minimizar o racionalizar la violencia pueden empezar a modificar su manera de pensar al escuchar las opiniones de personas cercanas (Mills, 1985). Esta forma de apoyo social, denominada apoyo evaluativo (Aspinwall y Taylor, 1997), permite a las personas reaccionar de forma más lógica (Holahan, Moos y Bonin, 1997; Sabina y Tindale, 2008), lo cuál puede ayudar a las mujeres maltratadas a evolucionar y tomar la decisión activa de dejar la relación abusiva (Ferraro y Johnson, 1983; Mills, 1985; Waldrop y Resick, 2004).

Además, tener un mayor número de contactos sociales aumenta la cantidad de recursos de apoyo potenciales disponibles para manejar una situación de maltrato (Mitchell y Hodson, 1983, 1986; Waldrop y Resick, 2004), lo cuál puede mejorar las habilidades de afrontamiento de las mujeres víctimas de maltrato (Carlson y cols., 2002; Heron, Twomey, Jacobs y Kaslow, 1997; Nurius y cols., 1992; Sabina y Tindale, 2008).

El apoyo social es una variable que ha sido considerada tanto un medio de afrontamiento como un recurso que contribuye a la disponibilidad de otras formas de afrontamiento (Aspinwall y Taylor, 1997; Lazarus y Folkman, 1984). Así, por un lado, el apoyo social se define a menudo como un medio para que las personas obtengan apoyo emocional. Además, por otro lado, se considera una vía para obtener mayor información

acerca de los estresores y para hacer una correcta interpretación de los mismos (Aspinwall y Taylor, 1997), así como para aumentar las opciones de afrontamiento de la violencia conyugal. De este modo, el apoyo social puede contribuir a que las mujeres maltratadas tengan un mayor repertorio de estrategias de afrontamiento para elegir (Moos, 1995; Moos y Holahan, 2003; Sabina y Tindale, 2008). La falta de contactos sociales, por su parte, puede ser considerada un impedimento contextual que limita la elección y la utilidad de las estrategias de afrontamiento (Waldrop y Resick, 2004).

En apoyo a esto se ha encontrado que las mujeres que manifiestan haber recibido ayuda de familia o amigos la consideran de enorme ayuda para lograr dejar a sus agresores (Bowker, 1984; Donato y Bowker, 1984; Sullivan y Bybee, 1999). Por el contrario, se ha demostrado que si el apoyo que reciben las mujeres en su lugar de trabajo o en los servicios y recursos de la comunidad es inadecuado, se contribuye a menudo a que las mujeres permanezcan en relaciones abusivas (Barnett, 2001; Hadeed y El-Bassel, 2006).

Asimismo, algunas investigaciones han demostrado que el apoyo social de tipo institucional, es decir, la presencia de recursos sociales disponibles para ayudar a las víctimas, afecta a la manera en la que éstas afrontan el abuso, influyendo en su decisión de romper con una relación de maltrato y en su recuperación de la misma (Bowker, 1983; Campbell y cols., 1995; Follingstad y cols., 1991). Más allá de lo que nos muestran los estudios realizados, la realidad cotidiana que vivimos corrobora estos datos. Así, en los últimos tiempos hemos asistido a un aumento significativo del número de mujeres maltratadas que se han animado a romper con la relación de maltrato y a denunciar los comportamientos abusivos de los que han sido víctimas, precisamente cuando institucionalmente se han establecido nuevos medios y recursos para asistirlas.

5.5.3. El apoyo social como factor de prevención de futuras victimizaciones

Desde una perspectiva de prevención de futuro, la literatura refleja también que el apoyo social es un factor protector para permanecer segura a lo largo del tiempo y no tener nuevas victimizaciones en el futuro (Goodman y cols., 2005; Mertin y Mohr, 2001). En concreto, el aislamiento social y la falta de recursos en la comunidad coloca a las mujeres maltratadas en un mayor riesgo de ser agredidas de nuevo por sus parejas o ex-parejas (Riger y Krieglstein, 2000) y de sufrir nuevos abusos (Browne 1987; Dobash y cols, 1985; Sullivan y Bybee, 1999). Algunos autores han llegado a encontrar que las mujeres que contaban con menos apoyo social tenían un 65% de posibilidades de ser revictimizadas en el año siguiente,

en comparación con un 20% en el caso de las mujeres que contaban con un mayor apoyo (Goodman y cols., 2005). Sin embargo, no todos los estudios han encontrando que el apoyo social en un momento dado predice la vivencia en un futuro de violencia doméstica (Staggs, Long, Mason, Krishnan y Riger, 2007). Parece ser además que, en los casos de mayor severidad de maltrato, el apoyo social deja de servir como factor protector y no es suficiente para parar o prevenir la violencia (Goodman y cols., 2005). Esto es corroborado por algunos estudios que reflejan como, en los casos de las mujeres que tienen una historia larga de violencia, el apoyo social no es un amortiguador contra la revictimización (Goodman y cols., 2005; Sabina y Tindale, 2008).

El apoyo de nuevas parejas no abusivas ha mostrado también tener un efecto protector de cara a una buena recuperación (Carlson y cols., 2002).

5.6. CONCLUSIÓN

En conclusión, el apoyo social es fundamental para las mujeres víctimas de malos tratos, tanto por su capacidad para amortiguar las consecuencias negativas que la violencia puede tener en las mismas como porque constituye una ayuda clave de cara a romper con la relación abusiva, así como para prevenir futuras victimizaciones.

El proceso de búsqueda y obtención de un apoyo social efectivo es muy complejo. En él influyen diversas dimensiones o factores que es importante tener en cuenta en su totalidad, pues todos son eslabones indispensables y necesarios. De este modo, son determinantes la dimensión estructural de la red de apoyo de la mujer, la disponibilidad percibida de la misma, la puesta en marcha de una conducta de búsqueda de ayuda por parte de la mujer, la obtención de una respuesta por parte de los receptores de la demanda de ayuda y la calidad de dicha respuesta obtenida.

En este estudio se evalúa el papel del apoyo social percibido, tanto a nivel familiar y social como institucional. Esto es importante, ya que hasta la fecha no existen apenas estudios que evalúen conjuntamente el rol del apoyo informal y formal. De este modo, este estudio pretende contribuir a un mejor conocimiento del campo integrando ambos tipos de apoyo social. Para ello, se parte de la definición de Apoyo Social Percibido como la percepción subjetiva de la posibilidad de acceso a recursos de ayuda que la persona deriva de su sistema de apoyo, tanto formal (institucional o profesional) como informal (relaciones interpersonales familiares, de pareja o sociales), tanto en el plano emocional como en el instrumental o informativo.

PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO EMPÍRICO

Esta investigación se compone de dos estudios empíricos:

Un primer estudio consiste en la adaptación al castellano y validación de la escala de abuso psicológico sutil y abierto a las mujeres (Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale – SOPAS, Marshall, 2000), para su posterior utilización en el segundo estudio empírico, objeto central de esta investigación.

A lo largo del segundo capítulo del marco teórico de este trabajo hemos visto cómo el maltrato psicológico, además de jugar un papel muy importante en las relaciones de maltrato físico, puede tener por sí mismo consecuencias muy dañinas para la autoestima y el bienestar de las mujeres, asociándose con depresión, ansiedad y estrés postraumático, entre otros.

El estudio del maltrato psicológico, a pesar de ser muy necesario, está aún dando sus primeros pasos. Su carácter sutil y subjetivo plantea enormes dificultades a la hora de identificarlo, incluso para las propias víctimas, así como a la hora de establecer una definición operativa consensuada del mismo.

Estas dificultades han llevado a la mayoría de los investigadores a utilizar actos abiertos, fácilmente reconocibles y operativizables, como ítems en sus escalas para medir abuso psicológico. Sin embargo, los instrumentos desarrollados siguiendo esta tendencia a limitar la medición del abuso psicológico a actos de dominancia y control abiertos, no abarcan el amplio y complejo espectro del abuso psicológico, dejando a un lado muchas conductas abusivas más sutiles, que también perjudican a la mujer y limitan su bienestar.

Se impone, por tanto, la necesidad de contar con instrumentos precisos para evaluar el maltrato psicológico, que, además de poseer unas buenas propiedades psicométricas, recojan toda la diversidad de comportamientos psicológicamente abusivos.

De la revisión de los instrumentos existentes hasta el momento para medir maltrato psicológico, concluíamos que aquellos desarrollados por Marshall, en concreto la Escala de Abuso Psicológico Sutil y Abierto a las Mujeres (Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale – SOPAS), son los que abarcan un mayor dominio del abuso psicológico, recogiendo mejor que ninguno su gran complejidad. Por otro lado, la mayor carencia del SOPAS es que no se poseen datos acerca de su fiabilidad y validez. Con el fin de posibilitar la utilización de esta escala, así como de solventar sus carencias, se diseñó el primer estudio empírico.

El segundo estudio empírico es el objeto principal de esta investigación. En él se pretende evaluar el impacto de la violencia en las relaciones de pareja en la salud mental de las víctimas, haciendo especial hincapié en las repercusiones del maltrato psicológico. Además, se busca analizar el papel de los diversos elementos cognitivos analizados en la revisión teórica en el desarrollo de las secuelas negativas como consecuencia del maltrato. Finalmente, se valorará el efecto amortiguador de diversos tipos de apoyo social percibido.

Ambos estudios se presentan a continuación.

CAPÍTULO 6:

PRIMER ESTUDIO EMPÍRICO: ADAPTACIÓN Y PRUEBA PILOTO DE VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ABUSO PSICOLÓGICO SUTIL Y ABIERTO A LAS MUJERES (SUBTLE AND OVERT PSYCHOLOGICAL ABUSE OF WOMEN SCALE – SOPAS).

6.1. OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es la adaptación al castellano de la Escala de Abuso Psicológico Sutil y Abierto a las Mujeres (Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale – SOPAS), así como el análisis de sus propiedades psicométricas. Estas son, su estructura factorial, su consistencia interna y su validez empírica.

6.2. MÉTODO

Para llevar a cabo este estudio se procedió en primer lugar a traducir y a adaptar el SOPAS al castellano, empleando un método de retrotraducción. A continuación, se confeccionó una batería de pruebas (Ver Anexo 1) incluyendo, además del instrumento en cuestión, otras medidas, con el fin de establecer la validez del SOPAS a través de sus correlaciones con otras medidas de maltrato psicológico y con una medida de autoestima.

6.2.1. Participantes

La muestra de este estudio, constituida por mujeres que mantenían o habían mantenido una relación de pareja estable durante el último año, se obtuvo mediante la distribución de cuestionarios a una muestra de conveniencia de Álava y Bizkaia. En concreto, se contactó con las participantes gracias a la colaboración obtenida en unas Jornadas de Enfermería, así como a través de centros escolares, entre otros medios.

De los 340 cuestionarios que fueron distribuidos, se recogieron un total de 186. De éstos, 4 fueron excluidos por estar incompletos. Así, la muestra final utilizada es de 182 mujeres.

La edad media de las mujeres que componen esta muestra es de 38.96 años (*DT* = 10.61). Respecto al nivel educativo alcanzado, un 74% de ellas (*n* = 135) poseen estudios medios o superiores, un 12% (*n* = 21) no tienen estudios o cursaron estudios primarios y un 14% (*n* = 26) no especificaron esta información. Asimismo, 118 están casadas, 9 tienen pareja de hecho, 42 son solteras, 4 están separadas / divorciadas y dos son viudas.

6.2.2. Medidas

El cuestionario que se elaboró para la realización de este estudio incluía las siguientes medidas: el SOPAS, instrumento objeto de estudio; la subescala de Agresión Psicológica de las Escalas de Tácticas de resolución de Conflictos Revisadas (The Revised Conflict Tactics Scales - CTS2) y el Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja (IAP), instrumentos que se utilizaron como criterio para analizar la validez convergente del SOPAS; y la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), instrumento que se empleó con el fin de realizar un análisis preliminar de la validez de constructo del SOPAS, ya que la teoría propone que el maltrato psicológico sutil se asocia a una baja autoestima.

6.2.2.1. Escala de Abuso Psicológico Sutil y Abierto a las Mujeres (Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale – SOPAS)

El SOPAS (Marshall, 2000) es un instrumento formado por 35 ítems que miden 35 tipos de abuso psicológico, en el que las participantes han de evaluar con qué frecuencia su pareja realiza las diversas acciones, tanto de manera cariñosa como en broma o de forma seria.

La escala fue traducida del inglés al castellano por dos profesionales de la psicología, bilingües, siguiendo un procedimiento de retrotraducción. Además, el resultado final fue revisado por un equipo de profesionales para mejorar la expresión y redacción de los ítems. Cabe mencionar que se plantearon dificultades en la traducción del ítem número 1 (“How often does your partner play games with your head”). Tras consultar con diversas fuentes y traductores profesionales, se optó por desdoblar el ítem en dos (“Con qué frecuencia tu pareja juega con tus sentimientos” y “Con qué frecuencia tu pareja hace o dice algo que hace que le des vueltas a la cabeza”), con el fin de capturar en la mayor medida de lo posible el significado del mismo. De este modo, el instrumento pasó a tener un total de 36 ítems.

El instrumento original propone la posible utilización de diversas escalas de respuesta. Tanto para este estudio como para el siguiente se ha escogido una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos (0 = *nunca*, 5 = *prácticamente siempre*).

6.2.2.2. Escalas de Tácticas de Resolución de Conflictos Revisadas (The Revised Conflict Tactics Scales - CTS2, Straus y cols., 1996)

El CTS2 es el instrumento más conocido y empleado en la investigación sobre maltrato. Su fiabilidad y validez han sido refrendadas en numerosos estudios, con todo tipo de muestras y poblaciones. Además, es el instrumento que más se utiliza como medida de criterio para validar nuevas escalas o instrumentos.

El CTS2 está compuesto por 5 escalas: Negociación, Agresión Psicológica, Agresión Física, Coerción Sexual y Daño. La escala de Negociación se subdivide en manejo de conflictos emocional y cognitivo, y en el resto de subescalas, el CTS2 distingue entre abuso menor y severo. La clasificación de los diversos actos como menores o severos se hace basándose en su potencial para causar lesiones. A modo de ejemplo, dentro de la subescala de Agresión Física, los empujones y las bofetadas se consideran menores mientras que un puñetazo o una agresión con un arma se consideran severos.

La versión en castellano del CTS2 ha confirmado la estructura factorial y ha mostrado una excelente consistencia interna en las escalas, con coeficientes alpha que oscilan entre .80 y .93 (Calvete, Corral, y Estévez, 2007b; Corral y Calvete, 2006).

Aunque el CTS2 se caracteriza por la simetría en su medida, esto es, por evaluar tanto el comportamiento del sujeto que responde como el de su pareja, tanto en éste como en el siguiente estudio sólo se incluyeron los comportamientos que las mujeres sufrían a manos de sus parejas. En ambos, las participantes señalaron con qué frecuencia su pareja llevó a cabo los diversos comportamientos en los últimos 12 meses, utilizando una escala de respuesta tipo Likert de 8 puntos.

El CTS2 permite obtener diversos indicadores: prevalencia anual, cronicidad y frecuencia anual. La *prevalencia anual* es un indicador dicotómico, siendo el 0 *nunca ha ocurrido en el pasado año* y el 1 *ha ocurrido al menos una vez alguno de los actos incluidos en el inventario*. Por su parte, la *cronicidad* se refiere al número total de veces que los actos incluidos en el inventario han ocurrido, pero sólo en aquellas personas en las que ha tenido lugar al menos uno de tales actos. La cronicidad se calcula sumando los puntos medios de la categoría de respuesta elegida por la participante. Así, las respuestas de *un acto de abuso psicológico durante el año pasado* se codifican como 1, la repuesta *dos veces* se codifica como 2, la respuesta *de 3 a 5 veces* como 4, la respuesta *de 6 a 10 veces* como 8, la respuesta *de 11 a 20 veces* como 15 y la respuesta *más de 20 veces* como 25. Por último, la *frecuencia anual* indica el número de actos violentos que cada participante ha experimentado durante el

último año. Esta frecuencia se establece sumando las diferentes frecuencias marcadas por las mujeres en el cuestionario. A efectos de este cálculo el 7 se computa como 0.

En el presente estudio se incluyó únicamente la subescala de Agresión Psicológica de este instrumento, con el fin de validar el SOPAS. Dicha subescala consta de 8 ítems, que hacen referencia al empleo de comportamientos psicológicamente abusivos en la resolución de los conflictos, tanto verbales (ej., insultos) como no verbales (ej., destrozar objetos).

6.2.2.3. Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja (IAP - Calvete, Corral y Estévez, 2005)

El IAP está basado en las recomendaciones publicadas por el Centro Nacional para la Prevención y Control de Enfermedades de EEUU, que promueve la consistencia en cuanto a terminología y recogida de datos relacionada con la violencia en las relaciones de pareja. Incluye 15 actos abusivos, que hacen referencia al uso de la restricción y el control sobre la víctima (ej., controló lo que podía y no podía hacer; me prohibió el acceso al teléfono o al transporte, hizo algo deliberadamente para hacerme sentir mal). Los ítems están basados en conductas que un panel de expertos habían consensuado como indicadores de maltrato en el ámbito de las relaciones íntimas de pareja (Saltzman y cols., 1999). Las mujeres indican si han sufrido los actos recogidos en el IAP a lo largo del último año y en qué medida, usando el mismo formato de respuesta que en el CTS2. El IAP ha mostrado una adecuada validez y consistencia interna (Calvete, Corral y Estévez, 2005). En estudios recientes se hallaron coeficientes alpha de .94. y .95 (Calvete, Estévez y Corral, 2007a,b).

6.2.2.4. Escala de Autoestima (Rosenberg, 1965)

Esta escala, que evalúa el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma, consta de 10 ítems, la mitad de las cuáles están planteados de forma afirmativa, mientras que la otra mitad están redactados de forma negativa, con el objetivo de controlar la aquiescencia. Los participantes establecen el grado en el que están de acuerdo con las diversas afirmaciones utilizando una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos (1 = *muy en desacuerdo,* 4 = *muy de acuerdo*). La puntuación total oscila entre 10 y 40, siendo 10 el nivel mínimo y 40 el nivel máximo de autoestima. El punto de corte para la población adulta está establecido en 29. Esta escala es el instrumento breve más utilizado como medida de autoestima. Tiene una buena consistencia interna, siendo su coeficiente alpha .92, así como una buena validez convergente

y discriminante (Silber y Tippet, 1965). Además, posee datos comparativos adecuados para mujeres de todo tipo de culturas.

6.2.3. Procedimiento

El cuestionario integrado por estas medidas fue distribuido solicitando la colaboración para un estudio sobre maltrato psicológico, explicando que el único requisito para cumplimentarlo era ser mujer y tener pareja estable o haberla tenido durante el último año. La distribución se realizó tanto en mano como por correo y vía internet. Del mismo modo, la recogida de los cuestionarios se llevó a cabo a través de los mismos medios de comunicación.

6.2.4. Estrategia de análisis

Se estudió la estructura factorial del SOPAS. Para ello se obtuvo la matriz de covarianza de los ítems de la escala empleando el programa PRELIS 2 (Jöreskog y Sörbom, 1999). Tras comprobar que tanto la matriz como la distribución de variables era adecuada, se estimó el modelo de medida empleando el método de máxima verosimilitud del programa LISREL 8 (Jöreskog y Sörbom, 2001). La matriz de varianza-covarianzas residuales fue simétrica, con los coeficientes de la diagonal estimados y el resto de los coeficientes fijados a cero.

Siguiendo las recomendaciones de una serie de autores (p.e., Hoyle y Panter, 1995; Hu y Bentler, 1999) se evaluó la adecuación del ajuste mediante el CFI (comparative fit index) y el NNFI (Non-Normed Fit Index). Asimismo, se usó el RMSEA (the root mean squared error of approximation) ya que ha sido recomendado como uno de los indicadores mejores para la evaluación de modelos (MacCallum y Hong, 1997). Generalmente los valores de NNFI y CFI de .90 o mayores reflejan un buen ajuste, y los valores que oscilan entre .80 y .90 representan un ajuste entre adecuado y bueno. Un valor RMSEA en torno a .05 refleja un ajuste fino del modelo en relación a sus grados de libertad, mientras que valores de hasta .08 reflejan un error razonable en la estimación (Byrne, 1998).

Para el estudio de la consistencia interna de la escala así como para el resto de los tests estadísticos se empleó el programa SPSS-15.

6.3. RESULTADOS

6.3.1. Estructura factorial y fiabilidad

Se estudió la estructura factorial del SOPAS mediante un análisis factorial confirmatorio, estimándose un modelo de un único factor, de acuerdo con los resultados obtenidos con la versión inglesa (Marshall, 2000). El modelo resultante mostró que dos ítems, el número 10 y 18, no pesaban significativamente en el factor. El modelo se estimó de nuevo sin esos dos ítems, mostrando un ajuste adecuado a los datos, χ^2 (527, n = 182) = 1201.82, RMSEA = .08, CFI = .95, NNFI = .95. En la Tabla 12 se presentan los pesos de los ítems en dicho factor. Todos los pesos (coeficientes Lambda) fueron significativamente distintos de cero.

Tabla 12. Peso de los ítems en el factor

Ítems	Lambda-Y
1. Juega con tus sentimientos.	0.56
2. Hace o dice algo que hace que le des vueltas a la cabeza.	0.48
3. Actúa como si supiera lo que has estado haciendo cuando él no estaba presente.	0.43
4. Te culpa cuando se siente enfadado o molesto.	0.54
5. Cambia de opinión pero no te lo dice hasta que es demasiado tarde.	0.47
6. Te desanima para que no tengas aficiones que él no comparte.	0.64
7. Hace o dice algo que hiere el respeto por ti misma o tu orgullo propio.	0.74
8. Te anima a hacer algo y después dificulta de algún modo que puedas llevarlo a cabo.	0.68
9. Desprecia, encuentra fallos o critica algo que te gustaba o con lo que te sentías bien.	0.67
11. Te hace sentir mal por haber hecho algo que no quería que hicieras.	0.68
12. Te hace sentir que nada de lo que tú digas le afectará.	0.60
13. Te hace elegir entre algo que quiere y algo que tú quieres o necesitas.	0.54
14. Dice o hace algo que te hace sentir poco querida o indigna de ser querida.	0.52
15. Te hace cuestionarte si podrías cuidar de ti misma.	0.58
16. Te hace sentirte culpable por algo que has hecho o que no has hecho.	0.66
17. Utiliza contra ti cosas que tú habías dicho, como, por ejemplo, si dices que te equivocaste, más tarde usa eso en tu contra.	0.62
18. Te hace sentir que eres tú la que tienes que arreglar algo que él hizo y salió mal.	0.55
19. Pone sus intereses por encima de los tuyos y parece no preocuparse por lo que tú quieres.	0.54
20. Hace que te cuestiones a ti misma, haciéndote sentir insegura o con menos confianza en ti misma.	0.71
21. Te recuerda situaciones en las que él tenía razón y tú estabas equivocada.	0.45

22. Dice que lo que hace, aunque a ti te hiere, es bueno para ti o hará que seas mejor persona.	0.48
23. Dice algo que te hace plantearte si te estarás volviendo loca.	0.56
24. Actúa como si te poseyera.	0.60
25. De algún modo hace que te preocupes o que tengas miedo, aunque no sepas muy bien por qué.	0.54
26. De algún modo dificulta que vayas a algún sitio o que hables con alguien.	0.65
27. De algún modo impide que tengas tiempo para ti.	0.60
28. Actúa como si reaccionaras exageradamente o te disgustaras demasiado.	0.49
29. Se molesta porque hiciste algo que él no sabía que ibas a hacer.	0.61
30. Te dice que los problemas en vuestra relación son culpa tuya.	0.70
31. Te interrumpe o te distrae cuando estás haciendo algo importante.	0.46
32. Te culpa de sus problemas.	0.70
33. Intenta impedir que expreses lo que sientes.	0.66
34. Intenta impedir que hagas algo que quieres o que tienes que hacer.	0.77
35. Intenta convencerte de que algo es como él decía aunque sabes que no es cierto.	0.56

Respecto a la consistencia interna de la escala, el coeficiente alpha obtenido fue .95. La puntuación media en la escala fue 23.98 con una desviación típica de 19.99.

6.3.2. Validez

Se calcularon las correlaciones entre el SOPAS y las otras dos medidas de maltrato psicológico, a saber, la subescala de agresión psicológica del CTS2 y el Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja, así como la correlación entre el SOPAS y la medida de autoestima (Rosenberg, 1965). En la Tabla 13 se presentan las correlaciones obtenidas. Las correlaciones con las medidas de maltrato psicológico fueron moderadas y estadísticamente significativas, mientras que la correlación con la escala de autoestima no fue significativa.

Tabla 13. Correlaciones del SOPAS con los diversos instrumentos

	1	2	3	4
1. SOPAS	1			
2. CTS-2	.46	1		
3. IAP	.54	.58	1	
4. Autoestima	-.09	-.02	-.18	1

SOPAS = Subtle and Overt Psychological Abuse Scale (Escala de abuso psicológico sutil); CTS-2 = Conflict Tactics Scale; IAP = Inventario de Abuso Psicológico; Autoestima = escala de autoestima de Rosenberg.

** $p < .001$

* $p < .05$

6.4. CONCLUSIONES

En este estudio se confirma el modelo de un sólo factor del SOPAS, obtenido por Marshall (2000) con los datos recogidos por medio de la versión inglesa de la escala. Además, tras la eliminación de los 2 ítems que presentaban problemas, el nivel de ajuste obtenido con este modelo fue adecuado, como también lo fueron los pesos de los ítems en el factor.

Asimismo, el SOPAS demostró poseer una consistencia interna excelente, al obtener un coeficiente alpha de .95.

Respecto a las correlaciones entre las diversas medidas, observamos que las 3 medidas de maltrato psicológico correlacionaron entre sí significativamente de forma moderada. En concreto, el SOPAS obtuvo una correlación de .46 con la subescala de agresión psicológica del CTS2, así como una correlación de .54 con el Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja. Estos datos sugieren que el SOPAS recoge formas de maltrato psicológico no incluidas en las otras dos medidas y que puede constituir un complemento valioso en la evaluación del maltrato psicológico.

Por otro lado, resulta sorprendente el hecho de que el SOPAS no correlacionara de forma significativa con la medida de Autoestima (r = -.09). Más aún, tampoco la subescala de Agresión Psicológica del CTS2 resultó correlacionar de forma significativa con dicha medida (r = -.02). En cuanto al Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja, a pesar de que sí que obtuvo una correlación significativa con la Escala de Autoestima, ésta resultó ser muy pequeña (r = -.18).

Tal vez, el tipo de muestra utilizada en este estudio pueda haber influido en dichos datos. Esto es, el estudio se llevó a cabo con población general, en la que la incidencia del maltrato psicológico era relativamente baja (media = 23.98). De este modo, es posible que el grado de abuso psicológico sufrido por estas mujeres no sea lo suficientemente alto o insidioso como para alterar su autoestima. Estudios futuros deberían comprobar si la asociación entre maltrato psicológico y baja autoestima es mayor en colectivos de mujeres víctimas de malos tratos. Es decir, los resultados obtenidos en este estudio podrían al menos en parte deberse a la naturaleza no clínica de la muestra. Además, la mayoría de las participantes eran enfermeras o contaban con niveles altos de formación y desarrollo profesional, y quizás este no sea el colectivo más adecuado para evaluar el impacto del maltrato en la autoestima.

Sin embargo, la relación entre el maltrato psicológico y la autoestima es incuestionable, dado que ha sido claramente establecida en numerosos estudios e

investigaciones. Por tanto, el hecho de que el SOPAS no obtuviera una correlación significativa con la Escala de Rosenberg podría deberse a otros factores tales como los mencionados y no implica falta de validez para el SOPAS. En este sentido, el hecho de que el CTS2 obtuviera resultados similares, siendo un instrumento cuya validez está muy avalada, avala esta interpretación.

Otra explicación alternativa consistiría en que quizás la escala de autoestima no haya funcionado bien en este estudio. Siguiendo esta posible hipótesis, se analizó la consistencia interna de la medida de autoestima, la cuál resultó ser .7. Así, esta segunda interpretación tampoco parece dar una explicación satisfactoria de los sorprendentes datos obtenidos.

Con todo, dejando a un lado su relación con la medida de autoestima, podemos concluir que el SOPAS, en concreto su versión de 34 ítems adaptada al castellano, ha demostrado ser un instrumento consistente para evaluar maltrato psicológico, y que cuenta con correlaciones moderadas con otras medidas de maltrato psicológico.

CAPÍTULO 7:

SEGUNDO ESTUDIO EMPÍRICO: IMPACTO DE LA VIOLENCIA EN LAS RELACIONES DE PAREJA EN LA SALUD MENTAL DE LAS MUJERES VÍCTIMAS: PAPEL DE ELEMENTOS COGNITIVOS Y EFECTO AMORTIGUADOR DEL APOYO SOCIAL PERCIBIDO.

7.1. OBJETIVOS E HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

7.1.1. Objetivos

1. El objetivo central de este estudio es la evaluación del impacto que produce el maltrato psicológico en la salud mental y en el bienestar emocional de las víctimas que lo sufren. En concreto, se pretende analizar su influencia en el nivel de depresión y ansiedad de las víctimas, así como en el desarrollo del trastorno de estrés postraumático. Se analizará la prevalencia de los diversos tipos de maltrato (físico, psicológico, sexual) en la muestra y se analizarán las posibles diferencias existentes en la sintomatología de las víctimas en función del tipo de maltrato sufrido. Además, se evaluará la relación entre el tipo de maltrato sufrido y el retorno a la relación de maltrato.
2. El segundo objetivo es estudiar el papel de ciertos elementos cognitivos en mujeres que han sufrido maltrato. En concreto, se analizarán las expectativas de autoeficacia, los esquemas de autosacrificio e imperfección, pensamientos de autoculpabilización, el locus de control y la asertividad en las relaciones íntimas.

   Se analizará el papel de dichos elementos cognitivos desde dos perspectivas:

   - Su posible influencia como elementos de resistencia o vulnerabilidad en mujeres que han sufrido maltrato y su papel respecto a la severidad de los síntomas que presentan las mujeres (hipótesis de moderación).

   - Su posible deterioro como consecuencia de la vivencia traumática del maltrato, repercutiendo a su vez en la sintomatología de las mujeres (hipótesis de mediación). En este sentido, se evaluará la relación entre tal deterioro y el tipo de maltrato sufrido.

   Asimismo, se estudiará la asociación entre estos elementos cognitivos y el retorno a la relación de maltrato.

3. El tercer objetivo consiste en comprobar el efecto moderador que puede tener el apoyo social en los casos de malos tratos, de cara a amortiguar las consecuencias psicológicas que se derivan de padecer una relación abusiva. Se contemplará tanto el apoyo a nivel formal como informal. Dentro del apoyo informal se diferenciará entre apoyo de una persona especial, de la familia y de amistades. Además, se analizará el grado en el que las mujeres de la muestra cuentan con apoyo social percibido de los diversos tipos y se evaluará la asociación entre el apoyo social y el retorno a la relación de maltrato.
4. El cuarto objetivo consiste en identificar en cuál de las cuatro fases del proceso de enganche y recuperación de una relación de maltrato se sitúan las mujeres que componen la muestra (unión, permanencia, desvinculación o recuperación), con el fin de evaluar la asociación entre la ubicación en una u otra fase y la sintomatología que presentan las mujeres que han sufrido maltrato. Asimismo, se analizará la relación entre la ubicación en una u otra fase y los elementos cognitivos que presentan las mujeres y se estudiará la relación entre la ubicación en una u otra fase y el retorno a la relación de maltrato.
5. El último objetivo es analizar la relación entre completar el tratamiento o abandonarlo y el retorno a la relación abusiva.

7.1.2. Hipótesis

1. El maltrato psicológico resulta tanto o más perjudicial que el maltrato físico y tiene consecuencias negativas para la salud mental de las víctimas. Así, se espera encontrar una asociación significativa y positiva entre el maltrato psicológico y las variables de depresión, ansiedad y estrés postraumático. También se espera una relación similar entre el maltrato físico y dichas variables. En cuanto al maltrato sexual, se espera una asociación mayor con el estrés postraumático.

   Se espera que las víctimas de maltrato psicológico presenten una tasa de retorno a la relación de maltrato mayor que aquellas que han padecido además maltrato físico o sexual severos.
2. Se espera confirmar tanto el papel moderador como mediador de los elementos cognitivos. Así, por un lado, se espera que los rasgos cognitivos mencionados constituyan factores de vulnerabilidad o resistencia en las mujeres que han sufrido maltrato. Por otro lado, se espera que la vivencia traumática del maltrato tenga un

impacto en las cogniciones de las mujeres víctimas. De este modo, los elementos cognitivos que se estudian vendrán determinados por la intensidad del maltrato sufrido. Se espera que el deterioro de estos elementos cognitivos sea mayor en las mujeres que sufren maltrato psicológico, respecto a otros tipos de maltrato. Además, se prevé que los cambios en los elementos cognitivos se asocien a su vez a los síntomas psicológicos, actuando como mecanismos mediadores entre el abuso y el desarrollo de los síntomas.

Se espera que la presencia de estos elementos cognitivos tenga una asociación significativa y positiva con el retorno a la relación de maltrato.

3. El apoyo social tiene un efecto directo en la sintomatología de las mujeres, de manera que, cuanto mayores sean los recursos familiares, sociales e institucionales de apoyo con los que las víctimas perciben que cuentan, menor gravedad revestirán sus secuelas psicológicas y más rápida será su recuperación. De esta forma, se espera obtener una correlación negativa significativa entre el apoyo social percibido, de todos los tipos, y las variables de depresión, ansiedad y estrés postraumático.

   Asimismo se espera encontrar un efecto moderador del apoyo social percibido en la relación entre maltrato y síntomas psicológicos. Este efecto moderador consistirá en que el apoyo social alto amortiguará el efecto dañino del maltrato.

   Se prevé además una fuerte asociación entre el apoyo percibido y el retorno a la relación de maltrato, en un sentido negativo. Esto es, cuanto mayor sea el apoyo social con el que cuentan las mujeres víctimas de maltrato, menor será la probabilidad de que tomen la decisión de volver a la relación abusiva. Se espera encontrar esta relación tanto en el caso del apoyo social formal como del apoyo social informal, en el apoyo obtenido por parte de las relaciones sociales y, especialmente, de la familia.

4. Dado que las participantes del estudio son víctimas que han acudido en busca de ayuda a un servicio especializado, se espera que la mayoría de las mujeres se encuentren en la fase de desvinculación, a pesar de que exista también una presencia importante de mujeres en la fase de permanencia y de recuperación. No es de esperar que ninguna mujer se encuentre en la fase de unión.

   Se espera que las mujeres que se encuentren en la fase de permanencia en la relación de maltrato presenten más síntomas de tipo depresivo. Las mujeres ubicadas en la fase de desvinculación, presentarán tanto síntomas de tipo ansioso como depresivo. Finalmente, las mujeres en fase de recuperación presentarán más síntomas de tipo ansioso.

Las mujeres que se encuentran en la fase de permanencia presentarán expectativas de autoeficacia más bajas y mayor culpabilidad que las mujeres que se encuentran en las fases de desvinculación y recuperación. Además, es probable que su locus de control sea interno. Se espera una presencia similar de un déficit de asertividad en las relaciones íntimas en todas las fases, si bien éste podría ser más acentuado en la fase de permanencia y menos notable en la fase de recuperación. En cuanto a los esquemas de autosacrificio e imperfección, se espera que aparezcan en todas las fases, aunque con mayor presencia en las fases de permanencia y desvinculación.

Se espera que las mujeres en las fases de permanencia y desvinculación tengan la mayor tasa de retorno a la relación de maltrato, mientras que aquellas que se encuentran en fase de recuperación no regresen con sus parejas.

5. Se espera que las mujeres que siguen un tratamiento psicológico hasta el alta tengan menor probabilidad de retornar a la relación de maltrato que aquellas que abandonan el tratamiento.

7.2. MÉTODO

7.2.1. Participantes

En este estudio participaron 157 mujeres víctimas de malos tratos a manos de sus parejas, que solicitaron recibir asistencia psicológica para afrontar su experiencia de victimización. La muestra, recogida entre los años 2005 y 2007, está compuesta principalmente por mujeres atendidas en el Servicio de Asistencia a la Víctima del Delito de Álava, si bien una pequeña parte de ella se recogió con mujeres atendidas en la Asociación Clara Campoamor de Bizkaia. En concreto, son 146 y 11 las mujeres que proceden de estos dos lugares, respectivamente.

Las participantes tenían edades comprendidas entre 17 y 70 años, siendo la edad media 35,95, con una desviación típica de 11,06. Un 32,7% de las mujeres se hallaban casadas, si bien el mismo porcentaje de mujeres estaba separada (14,1%), divorciada (4,5%) o en proceso de separación (14,1%). El 28,8% de las mujeres eran solteras.

En cuanto al nivel de estudios, un 22,4% de la muestra tenía estudios universitarios, un 24,4% había completado bachillerato y un 34% de la muestra contaba con estudios primarios. La mayoría de las participantes trabajaban fuera de casa (61,5%) frente a un 13,5% que se dedicaban a las labores del hogar. Un 14,1% se encontraban en paro y un 3,8% eran estudiantes.

Las participantes del estudio tenían una media de 1,34 hijos, siendo la desviación típica de 0,94. En la mayoría de los casos (60,9%), los hijos comunes de las mujeres y sus agresores no habían sufrido malos tratos, aunque en un 16,7% el maltrato si se había hecho extensivo a ellos.

Respecto a la relación con los agresores, un 86,94% de las participantes habían roto la relación de pareja con sus agresores. De éstas, un 77,94% no mantenían ya ninguna relación con sus ex-parejas, mientras que un 9%, a pesar de haber finalizado la convivencia, seguían teniendo contacto con ellas. Por otro lado, un 13,5% de las mujeres continuaban conviviendo con sus parejas agresoras.

En los casos de las participantes que habían roto con sus parejas abusivas, la ruptura de la relación era reciente. Así, en un 48,5% de los casos, se había producido hacía menos de un mes y en un 31,3% entre 1 y 6 meses antes. Por su parte, es también destacable que un 16,4% de las mujeres hacía más de un año que habían roto la relación con sus agresores.

Un 74,2% de las participantes en el estudio habían interpuesto denuncia por el maltrato sufrido, mientras que un 25,8% no lo habían hecho. Un 18,8% de las mujeres habían denunciado los abusos con anterioridad. De ellas, la mayoría (57,1%) las retiraron, si bien un 35,7% de las denuncias se tramitaron y un 7,1% continuaban en trámite pendientes de resolución.

La mayoría de las mujeres que conforman la muestra (74,1%) no había sufrido otras victimizaciones previas, aunque un 11,6% había sufrido maltrato en relaciones anteriores y un 14,3% había sufrido abusos en su infancia.

Respecto al consumo de sustancias, en su mayor parte (87,5%), las participantes no presentaban consumos de alcohol. Un 12,5% si lo hacía.

En cuanto a la duración de la relación con los agresores, la media de la misma era de 133,12 meses, esto es, 11,09 años. Por su parte, las conductas abusivas se habían producido durante una media de 109,98 meses, es decir 9,16 años. Cabe reseñar respecto a este dato la gran desviación típica que se observa (131,40 para la duración de la relación y 131,56 para la duración del abuso). Así, la duración de la relación con la pareja abusiva y la duración de los abusos variaban mucho en los diversos casos, oscilando desde los 4 meses a los 600 meses o 50 años. Esta desviación típica tan elevada probablemente se deba a que algunas de las participantes de la muestra eran mujeres de alrededor de 70 años de edad que se caracterizaban por haber estado conviviendo con sus parejas abusivas y, por tanto, sufriendo maltrato, durante un gran número de años.

7.2.2. Instrumentos de Medida

El cuestionario que se elaboró para la realización de este estudio (ver anexo 2) incluía las siguientes medidas: el Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 1996); la escala de ansiedad del SCL-90-R (Derogatis, 2002); las subescalas de Agresión Psicológica, Ataque Físico y Coerción Sexual de las Escalas Revisadas de Tácticas en Conflictos (CTS2, Straus y cols., 1996); el Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja (IAP, Calvete, Corral, y Estévez, 2005); la Escala de Abuso Psicológico Sutil y Abierto a las Mujeres (Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale – SOPAS, Marshall, 2000); una escala de culpabilidad; la subescala de Orientación Negativa a los Problemas del SPSI (D'Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 1998); las escalas de Autosacrificio e Imperfección del Cuestionario de Esquemas (Young y Brown, 1994); las escalas de Control Interno de la Relación; Control Externo de la Relación y Asertividad en las Relaciones del Cuestionario Multidimensional de las Relaciones (Snell y cols., 1990); la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (Zimet y cols., 1988) y, finalmente, la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa y cols., 1997b).

7.2.2.1. Inventario de Depresión de Beck (BDI-II, Beck, Steer y Brown, 1996)

El BDI-II es un instrumento de 21 ítems que evalúa síntomas cognitivos, afectivos, motivacionales y fisiológicos de la depresión. Cada uno de los ítems se puntúa empleando una escala que oscila entre 0 (ausencia del síntoma) y 3 (síntoma severo). Una gran cantidad de estudios ha demostrado que el BDI-II tiene una consistencia interna elevada y una validez convergente entre moderada y fuerte con otras medidas de depresión, tanto en muestras clínicas como en muestras no clínicas (Steer y Beck, 2000).

En esta investigación se ha empleado la versión traducida al castellano por Vázquez (Vázquez y Sanz, 1997), que ha demostrado tener propiedades psicométricas excelentes en estudios realizados con diversas muestras (Sanz, Navarro y Vázquez, 2003; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). En este estudio, el coeficiente alpha encontrado para esta escala es de .87

7.2.2.2. Escala de ansiedad del SCL-90-R (Derogatis, 2002)

El SCL-90-R es un cuestionario de autoaplicación compuesto por 90 ítems, cada uno de los cuales refleja una alteración psicopatológica o psicosomática concreta. Los 90 síntomas

se agrupan en 10 dimensiones, cada una de las cuáles mide un aspecto diferente de la psicopatología: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide, psicoticismo, y una escala adicional. La intensidad del sufrimiento de cada síntoma se gradúa en una escala Likert desde 0 (ausencia total de molestias relacionadas con el síntoma) hasta 4 (molestia máxima).

Para este estudio se ha incluido la escala de ansiedad, formada por 10 ítems que evalúan síntomas clínicos de ansiedad, tanto generalizada como aguda. Esta escala incluye también signos de estrés emocional y sus manifestaciones psicosomáticas.

El SCL-90-R ha demostrado tener una consistencia interna elevada (Derogatis, 1983) y una buena fiabilidad test-retest en un periodo de 2 semanas. En este estudio, el coeficiente alpha encontrado para la escala de ansiedad es de .87

7.2.2.3. Subescalas de Agresión Psicológica, Ataque Físico y Coerción Sexual de las Escalas Revisadas de Tácticas en Conflictos (Straus y cols., 1996)

Las características del CTS-2 han sido descritas en el primer estudio empírico de esta investigación. Para este segundo estudio empírico se incluyen, además de la escala de Agresión Psicológica empleada con anterioridad, otras 2 de las subescalas que conforman esta herramienta: la escala de Agresión Física, de 12 ítems, que se refiere al uso de la violencia física para manejar los conflictos (ej., mi pareja me dio una patada), y la escala de Coerción Sexual, de 7 ítems, que evalúa el uso de la coerción para forzar a la pareja a tomar parte en una actividad sexual no deseada (ej., mi pareja me forzó para tener sexo).

En este segundo estudio, los coeficientes alpha encontrados para esta escala son de .77, .93 y .88 para las subescalas de agresión psicológica, física y sexual, respectivamente. De este modo, la consistencia es buena.

7.2.2.4. Inventario de Abuso Psicológico en las Relaciones de Pareja (IAP, Calvete, Corral, y Estévez, 2005)

Este inventario también ha sido recogido en el anterior estudio empírico, donde se detallan sus características. En cuanto al presente estudio, cabe únicamente añadir que el coeficiente alpha encontrado es de .83.

7.2.2.5. Escala de Abuso Psicológico Sutil y Abierto a las Mujeres (Subtle and Overt Psychological Abuse of Women Scale – SOPAS, Marshall, 2000)

Las características de este instrumento también han sido descritas con anterioridad. Tal y como se ha reflejado en el primer estudio empírico presentado en esta investigación, el SOPAS, en concreto su versión de 34 ítems adaptada al castellano, ha demostrado ser un instrumento con una consistencia interna excelente, al obtener un coeficiente alpha de .95. Además, cuenta con unos buenos datos preliminares de validez convergente. En concreto, el SOPAS obtuvo una correlación de .46 con la subescala de agresión psicológica del CTS-2, así como una correlación de .54 con el Inventario de Abuso Psicológico. En el presente estudio el coeficiente alpha encontrado para esta escala es también de .95.

7.2.2.6. Escala de culpabilidad

Para evaluar la culpabilidad se ha diseñado una escala específica para este estudio. Se trata de una escala única de 13 ítems, elaborada a partir del Inventario de Culpabilidad Relacionada con el Trauma (Kubany y Haynes, 2001), así como del cuestionario acerca de Creencias Auto-derrotistas en Mujeres Maltratadas (Maertz, 1989).

En este estudio, el coeficiente alpha encontrado para esta escala es de .76.

Se realizó un análisis factorial confirmatorio para evaluar la estructura factorial del cuestionario sobre culpa. El modelo se probó con el método de Máxima Verosimilitud con LISREL 8.8 (Jöreskog y Sörbom, 2004). Para fijar la escala de las variables latentes y así poder estimar los parámetros del modelo se empleó el método de codificación de efectos (Little, Slegers y Card, 2006) que consiste en imponer que la media de los pesos factoriales sea 1 y que la suma de la media de los indicadores sea 0. Se evaluó un modelo monofactorial con 13 ítems. Dos ítems presentaron cargas factoriales no significativas y se eliminaron del análisis. Los indicadores de ajuste del modelo fueron muy modestos: χ^2 (44, N = 156) = 223, RMSEA = 0.18, NNFI= .74, CFI = .79. Las cargas factoriales de los 11 ítems del modelo final fueron estadísticamente diferentes a cero.

7.2.2.7. Subescala de Orientación Negativa a los Problemas del Inventario de Solución de Problemas Sociales, forma abreviada (Social Problem-Solving Inventory, SPSI-R Short Form, D'Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 1998)

El SPSI-R, forma abreviada, es una medida de autoinforme compuesta por 25 ítems, que evalúan 2 dimensiones de solución de problemas adaptativas (orientación positiva a los problemas y solución de problemas racional) y 3 dimensiones de solución de problemas disfuncionales (orientación negativa a los problemas, estilo impulsivo/descuidado y estilo evitativo). La Orientación Negativa a los Problemas se define como la tendencia general a esperar que los problemas no tengan solución (pesimismo) y como la carencia de expectativas de autoeficacia en las propias habilidades para resolver problemas con éxito. Se trata, por tanto, de un concepto muy cercano al déficit de autoeficacia. Por ello se optó por emplear esta escala para evaluar esto último.

Los coeficientes alpha para las subescalas oscilan entre .72 y .85 (D'Zurilla y cols., 1998). Un estudio con la versión española del SPSI-R, forma abreviada, confirmó su estructura factorial y obtuvo coeficientes alpha adecuados para las 5 subescalas (Calvete y Cardeñoso, 2001). En este estudio, el coeficiente alpha encontrado para esta escala es de .93.

7.2.2.8. Escalas de Autosacrificio e Imperfección del Cuestionario de Esquemas – Forma Abreviada (Schema Questionnaire-Short Form, SQ-SF, Young y Brown, 1994).

El SQ-SF es un cuestionario formado por 75 ítems, que evalúa 15 esquemas disfuncionales. Cada una de las escalas consta de 5 ítems y el formato de respuesta es una escala de seis puntos (1= *completamente falso con respecto a mí* - 6 = *me describe perfectamente*).

En esta investigación se han incluido las escalas correspondientes a los esquemas de imperfección y autosacrificio. El esquema de Imperfección o Culpa describe el sentimiento de que uno/a es internamente defectuoso/a, no querido/a o no válido/a en aspectos importantes de la vida (ej., "Nadie que yo desee querría estar cerca de mí si me conociese realmente"). Por otro lado, el esquema de autosacrificio incluye ítems tales como "soy una buena persona porque pienso en los otros más que en mi mismo" o "estoy muy ocupado haciendo cosas por las personas que cuido".

En general, los estudios realizados con el SQ-SF han mostrado una buena consistencia interna de las subescalas. En concreto, la versión española del SQ-SF ha mostrado buenas propiedades psicométricas, con la confirmación de la estructura factorial y coeficientes alpha adecuados para las escalas (Calvete, Estévez, López de Arroyabe, y Ruiz, 2005). En el presente estudio, los coeficientes alphas encontrados son de .91 y .92 para las escalas de imperfección y autosacrificio respectivamente, lo cuál indica que su fiabilidad es elevada.

7.2.2.9. Subescalas de Control Interno de la Relación, Control Externo de la Relación y Asertividad en las Relaciones del Cuestionario Multidimensional de las Relaciones (MRQ, Snell, Schicke y Arbeiter, 1990)

El MRQ es un cuestionario compuesto por 12 subescalas orientadas a las relaciones íntimas, cada una de las cuáles contiene 5 ítems. En este estudio se han incluído 3 de estas subescalas. La primera de ellas es la subescala de Control Interno de la Relación, cuyos ítems se refieren a la creencia de las personas de que los aspectos íntimos de sus vidas están determinados por su propio control personal. Esto es, esta subescala se diseñó para medir las expectativas de las personas de que ellas mismas pueden ejercer una influencia en sus relaciones íntimas, determinando la naturaleza y la calidad de las mismas. Asimismo, se recoge en este estudio la subescala de Control Externo de la Relación, cuyos ítems hacen referencia a la creencia de las personas de que sus relaciones íntimas están determinadas por experiencias e influencias ajenas a su propio control, externas a ellas mismas. De este modo, esta subescala mide la expectativa de las personas de que sus relaciones íntimas están determinadas principalmente por factores que ellas mismas no pueden anticipar ni determinar, es decir, sobre los que no tienen ningún control. Finalmente, se incluye la subescala de Asertividad en las Relaciones, que hace referencia a la tendencia de las personas a ser asertivas acerca de los aspectos íntimos de sus vidas, lo cuál implica ser resolutivo respecto a la propia relación íntima y tener autoconfianza, actuando de forma activa e instrumental para la consecución de los propios deseos y motivaciones.

Los datos existentes acerca del MRQ indican que sus subescalas tienen una elevada fiabilidad interna y test-retest, así como una buena validez convergente (Snell, Schicke y Arbeiter, 1996). En el presente estudio, los coeficientes alphas obtenidos han sido de .82, .87 y .93 para las escalas de locus de control interno, locus de control externo y asertividad en las relaciones íntimas, respectivamente.

7.2.2.10. Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (MSPSS, Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, 1988)

La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido evalúa la percepción subjetiva que tienen las personas del apoyo social informal con el que cuentan, incluyendo 3 subescalas que constan de 4 ítems cada una. Estas son, apoyo en las relaciones familiares, apoyo en las relaciones de amistad y apoyo por parte de otros significativos. Para este estudio, además de estas escalas, se desarrolló otra subescala específica para la evaluación del apoyo formal percibido. Esta subescala se creó a semejanza de las 3 anteriores. Así, está compuesta también por 4 ítems, siguiendo la misma redacción de los ítems de las demás subescalas.

Los ítems se valoran empleando una escala de respuesta tipo Likert que oscila entre 1 (totalmente en desacuerdo) y 7 (totalmente de acuerdo). Esta escala ha mostrado tener una buena fiabilidad y validez, obteniendo coeficientes alpha de entre .84 y .92 con diversas muestras americanas (Zimet, Powell, Farley, Werkman y Berkoff, 1990). En cuanto a la versión de la escala adaptada al castellano con muestra española, tiene un coeficiente alpha de .89 (Landeta y Calvete, 2002).

En el presente estudio la escala ha demostrado una excelente fiabilidad. Así, los coeficientes alpha encontrados son de .96 para las subescalas de apoyo familiar y apoyo por parte de las relaciones sociales, y de .90 para la subescala de apoyo de una persona especial. Por su parte, la subescala de apoyo formal, creada para este estudio, ha obtenido un coeficiente alpha de .89.

7.2.2.11. Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997b).

Esta escala consta de 17 ítems, basados en los criterios diagnósticos del DSM-IV para el Trastorno de Estrés Postraumático, y sirve para evaluar los síntomas de este cuadro clínico en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. 5 ítems hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de aumento de la activación. Está estructurada en un formato de respuesta tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas. El rango es de 0 a 51 en la escala global. Este instrumento cuenta además con una subescala complementaria de Manifestaciones Somáticas de la Ansiedad, que se compone de 13 ítems con una escala de tipo Likert de la misma estructura (rango: 0-39) y que puede

ayudar a diferenciar entre distintos tipos de víctimas y a orientar al terapeuta en la elección de estrategias terapéuticas.

Se requiere la presencia de al menos un síntoma de reexperimentación, tres de evitación y dos en activación para cumplir el criterio diagnóstico de TEPT. En cuanto a la gravedad, el punto de corte propuesto para la escala global es de 15. En relación con las subescalas parciales, los puntos de corte para la reexperimentación son 5 puntos, para la evitación 6 puntos y para el aumento de la activación, 4 puntos (Echeburua y Corral, 1998).

Echeburúa y cols. (1997) encontraron un coeficiente de fiabilidad test-retest de .89 y un coeficiente alfa de Cronbach de .92. En estudios recientes llevados a cabo con muestras de mujeres víctimas de maltrato, los coeficientes alpha fueron .92 y .90 para la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático y para la subescala complementaria de manifestaciones somáticas de la ansiedad, respectivamente (Calvete, Estévez y Corral, 2007b). En el presente estudio, los coeficientes alpha encontrados han sido de .88, .82 y .84 para las subescalas de reexperimentación, evitación y aumento de la activación, respectivamente.

7.2.3. Procedimiento

Para la recogida de los datos de esta investigación, se elaboraron cuestionarios, recogiendo todas las medidas descritas. Las participantes completaron los cuestionarios a lo largo de entrevistas individualizadas, como fase de evaluación previa, en un contexto terapéutico. Esto es, todas las entrevistas fueron realizadas por la responsable del estudio, que era a su vez la profesional encargada de llevar a cabo los tratamientos psicológicos con las mujeres que componen la muestra. Esta doble condición de investigadora/terapeuta hizo posible extraer para la investigación datos adicionales que permiten una mayor riqueza de análisis.

De este modo, en primer lugar, finalizada la evaluación previa, se clasificó a las participantes en una de las cuatro fases del proceso de enganche en la relación de maltrato y recuperación de la misma (Landenburger, 1989). Para determinar esto se tuvieron en cuenta los siguientes criterios:

Las mujeres ubicadas en la fase de unión se caracterizaban principalmente por haber comenzado la relación recientemente, con un máximo de 6 meses de anterioridad, percibir su relación como positiva y declararse satisfechas con la misma, ignorar las “señales de alarma”, sufrir comportamientos abusivos de tipo psicológico, minimizar tales conductas, no presentar

daño psicológico severo y no identificarse a sí mismas como “maltratadas”. Estas mujeres no buscaban ayuda por iniciativa propia, sino que acudían acompañadas de familiares o amistades, “engañadas” o presionadas por ellos.

Las mujeres situadas en la segunda fase, de permanencia, cumplían las siguientes condiciones: se encontraban en la relación abusiva, sufrían un maltrato prolongado y de cualquier tipo, presentaban daños psicológicos considerables, percibían tanto los aspectos positivos como los negativos de la relación y no se sentían satisfechas con la misma, eran más conscientes del maltrato que sufrían, pero tendían a tolerarlo, racionalizarlo y/o justificarlo. Otros posibles indicadores para la ubicación en esta fase eran el cuestionarse la ruptura y sentirse ambivalente respecto a la misma, el comenzar a desplegar conductas de búsqueda de ayuda, a menudo sin una continuidad, o el hecho de interponer denuncias y retirarlas después.

Por su parte, para ubicar a las mujeres en la fase de desvinculación, se emplearon como criterios diferenciales con la fase anterior la interpretación por parte de las mujeres del maltrato como algo claramente más representativo de la relación que los aspectos positivos, la desaparición de los mecanismos de justificación, minimización y racionalización de las conductas abusivas, la toma de la decisión de ruptura y el abandono de la relación, la posible interposición de denuncia y el inicio de los trámites de separación.

Finalmente, las mujeres que fueron situadas en la fase de recuperación se caracterizaban por haber permanecido fuera de la relación abusiva por un periodo prolongado de tiempo, habiendo transcurrido un mínimo de 6 meses desde la ruptura, haber reestructurado y estabilizado su vida cotidiana, así como haber finalizado la separación definitiva y los trámites judiciales o encontrarse próximas a finalizarlos.

Asimismo, se recogen en este estudio algunos datos de seguimiento y evolución de las mujeres. Estos son, información acerca de si las participantes retomaron o no su relación de pareja con el agresor, o de si la abandonaron o no en caso de que permanecieran en ella. Además, se incluye el dato de si las participantes siguieron el tratamiento hasta recibir el alta o por el contrario lo abandonaron.

Antes de completar los cuestionarios, se solicitó el consentimiento informado de las participantes, incluyendo información acerca del objetivo del estudio, así como de las condiciones de participación: voluntariedad, confidencialidad y anonimato.

7.3. RESULTADOS

7.3.1. TASAS DE PREVALENCIA ENCONTRADAS

Para calcular las tasas de prevalencia de las diversas variables en la muestra de este estudio, se llevaron a cabo los siguientes pasos:

En primer lugar, en aquellos instrumentos que cuentan con baremos o puntos de corte establecidos, se emplearon éstos para el cálculo de las frecuencias. Este es el caso de los instrumentos utilizados para evaluar la presencia de secuelas: depresión, ansiedad y estrés postraumático. Así, el BDI-II establece unos puntos de corte respecto a la puntuación total para diferenciar entre la ausencia de depresión (puntuación de 0 a 9), la presencia de síntomas leves de depresión (puntuación de 10 a 18), la consideración de un estado de ánimo moderadamente deprimido (puntuación de 19 a 29) y, finalmente, la presencia de una depresión grave (puntuaciones a partir de 30). Además, el SCL90-R cuenta con una serie de baremos, realizados con diversas muestras, para transformar la puntuación de la escala en percentiles. Para extraer las frecuencias de la escala de ansiedad de este instrumento se aplicó el baremo realizado con una muestra de mujeres de población general, tomando como referencia el percentil 75 (puntuación igual o mayor de 0.80) como punto de corte para establecer la presencia de un nivel elevado de ansiedad. Asimismo, la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático, tal y como se ha explicado anteriormente al detallar sus características, además de marcar un mínimo a partir del cuál poder considerar que se cumple el criterio diagnóstico del TEPT, establece diversos puntos de corte, tanto para cada una de las 3 subescalas como para la puntuación total, de cara a establecer la gravedad del trastorno. Las prevalencias encontradas en cuanto a las secuelas presentes en las mujeres que componen la muestra de este estudio se reflejan en la siguiente tabla:

Tabla 14. Tasas de prevalencia de las secuelas presentes en las mujeres del estudio

TEST			**PREVALENCIA**
BDI-II	NO	0-9	4.5%
	LEVE	10-18	16%
	MODERADA	19-29	41.7%
	GRAVE	=30	37.8%
SCL-90-R Escala de ansiedad	NO	<0,80	5.8%
	SÍ	>0,80	94.2%

EGS Presencia de TEPT	1 síntoma reexperimentación + 3 síntomas evitación + 2 síntomas activación		70.5%
TEPT total (gravedad)	Punto corte=15	<15	46.2%
		>15	53.8%
Reexperimentación (gravedad)	Punto corte=5	<5	69.9%
		>5	30.1%
Evitación (gravedad)	Punto corte=6	<6	53.8%
		>6	46.2%
Activación (gravedad)	Punto corte=4	<4	21.8%
		>4	78.2%

En segundo lugar, en el caso de los instrumentos que no establecen puntos de corte, pero que están adaptados y validados al castellano, se emplearon los datos obtenidos en investigaciones con muestras que pudieran servir como referencia, utilizando la suma de la media y la desviación típica para calcular el percentil 75 y tomando éste como punto de corte a partir del cuál considerar que las variables están presentes de forma elevada.

Mediante este procedimiento se analizó la presencia de los diversos tipos de maltrato. Así, en el caso del IAP, para establecer la frecuencia anual del abuso psicológico, se emplearon los datos obtenidos en el estudio en el que se desarrolló el inventario (Calvete, Corral y Estévez, 2005), tomando como referencia una muestra de mujeres de la población general (M = 5.79; DT = 9.46). Por su parte, el CTS2, tal y como se ha expuesto anteriormente al detallar las características de la escala, permite extraer información acerca de la prevalencia anual, la cronicidad y la frecuencia anual. Para obtener estos tres indicadores se tomaron como referencia los resultados del estudio acerca de la estructura factorial y la validez de la escala para mujeres españolas (Calvete, Corral y Estévez, 2007b), considerando los datos de una muestra de mujeres de población general. Del mismo modo, para calcular las frecuencias del SOPAS, se utilizaron los datos obtenidos en la muestra de población general con la que se llevó a la prueba piloto de validación de la escala al castellano, expuesta en el primer estudio empírico de la presente investigación (M = 23.98; DT = 19.99).

Las tasas de prevalencia halladas en relación al maltrato sufrido por las mujeres participantes en este estudio se detallan en la siguiente tabla:

Tabla 15. Tasas de prevalencia del maltrato sufrido por las mujeres del estudio

TEST	Percentil				**PREVALENCIA**
SOPAS	<P75		X=43.97		3.2%
	>P75		X=43.97		96.8%
CTS-2					
	CRONICIDAD		**FRECUENCIA**		**PREVALENCIA**
TIPO DE AGRESIVIDAD	< P75	> P75	< P75	> P75	%
Psicológica	17.3%	82.7%	12.8%	87.2%	99.4%
Menor	8.3%	91.7%	10.9%	89.1%	
Severa	8.3%	91.7%	3.2%	96.8%	
Física	78.8%	21.2%	51.9%	48.1%	91%
Menor	71.2%	28.8%	32.7%	67.3%	
Severa	76.3%	23.7%	30.8%	69.2%	
Sexual	80.1%	19.9%	67.3%	32.7%	70.5%
Menor	75%	25%	59%	41%	
Severa	87.8%	12.2%	41.7%	58.3%	
IAP			7.7%	92.3%	99.4%

También se siguió el mismo procedimiento para establecer las tasas de prevalencia de otras variables. De este modo, para la subescala de orientación negativa a los problemas del SPSI-R, se tomaron como referencia los resultados obtenidos en un estudio con una muestra de mujeres adolescentes de población general (Calvete y Cardeñoso, 2005) (*M* = 10; *DT* = 3.79). Además, para valorar la presencia en la muestra de este estudio de los esquemas de imperfección y autosacrificio, se emplearon los datos obtenidos en el estudio sobre la estructura factorial del SQ-SF (Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005), con una muestra de estudiantes (Autosacrificio: *M* = 14.33 y *DT* = 4.86; Imperfección: *M* = 7.69 y *DT* = 3.34). Por su parte, las frecuencias de los diversos tipos de apoyo social percibido se calcularon en base a los datos obtenidos en el estudio adaptación y validación al castellano del MSPSS (Landeta y Calvete, 2002), con una muestra de estudiantes universitarios (Familia: *M* = 20.12 y *DT* = 3.94; Amigos: *M* = 20.04 y *DT* = 3.84; Persona relevante: *M* = 20.71 y *DT* = 3.98). La prevalencia encontrada para estas variables se expone en la siguiente tabla:

Tabla 16. Tasas de prevalencia de la orientación negativa a los problemas, los esquemas de imperfección y autosacrificio y el apoyo social percibido.

TEST			**PREVALENCIA**
SPSI-R	Percentil		
Orientación Negativa a los Problemas	>P75	X=13.79	70.5%
SQ-SF			
Imperfección	>P75	X=11.03	45.5%
Autosacrificio	>P75	X=19.19	31.4%
MSPSS			
Apoyo familia	<P25	X=16	30.3%
Apoyo amigos	<P25	X=16	29.7%
Apoyo persona especial	<P25	X=17	72.9%

Un análisis de la varianza de medidas repetidas mostró diferencias significativas entre las diversas fuentes de apoyo social percibido. Los resultados, que pueden observarse en la tabla 17, indicaron que el apoyo formal fue el más alto y el de una persona especial el más bajo. De hecho, el apoyo formal percibido fue significativamente mayor que el apoyo por parte de la familia, $F(1,154) = 5{,}39$, $p < .022$, y que el apoyo por parte de una persona especial, $F(1,154) = 174$, $p < .001$.

Tabla 17. Descriptivos de los diversos tipos de apoyo social percibido.

	Media	Desviación típica
Apoyo Formal	21,91	2,70
Apoyo Informal familia	18,89	6,49
Apoyo Informal persona especial	12,73	5,98
Apoyo Informal relaciones sociales	18,43	5,40

7.3.2. RELACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE MALTRATO SUFRIDOS Y LA SINTOMATOLOGÍA

Con el fin de determinar la relación existente entre los cinco tipos de maltrato incluidos en el estudio (maltrato psicológico, físico y sexual del CTS-2, abuso psicológico del IAP y el maltrato psicológico sutil del SOPAS) y la sintomatología psicológica (depresión,

ansiedad y trastorno por estrés postraumático), en primer lugar, se obtuvo la matriz de correlaciones entre todas esas variables. En la tabla 18 se presentan los resultados de estas correlaciones junto con las medias, las desviaciones típicas y el coeficiente alpha de Cronbach de cada una de las escalas. Como puede observarse, el trastorno de estrés postraumático se asoció con todos los tipos de maltrato, con coeficientes de correlación moderados. También la ansiedad correlacionó significativamente con los diversos tipos de maltrato. Por su parte, la depresión no correlacionó significativamente con la agresividad física ni con la sexual. Los coeficientes alpha de las escalas fueron de .80 a .95 mostrando una consistencia interna adecuada.

Se detectó la existencia de un problema de multicolinealidad, caracterizado por un fuerte solapamiento entre los diversos instrumentos empleados para medir el maltrato psicológico. Por ello, se optó por no realizar regresiones múltiples para determinar qué tipos de maltrato predicen cada trastorno psicológico.

Tabla 18. Correlaciones entre los tipos de maltrato sufrido y la sintomatología psicológica (N = 156).

	1	2	3	4	5	6	7	8	Media	D.T.	Alpha
1. Depresión	1								26.83	9.89	.87
2. Ansiedad	.65**	1							20.67	8.17	.87
3. Estrés postraumático	.55**	.70**	1						20.01	12.14	.93
4. Agresividad Psicológica. CTS-2.	.19*	.30**	.34**	1					82.63	40.69	.77
5. Agresividad Física. CTS-2.	.09	.24**	.28**	.58**	1				26.10	38.88	.92
6. Agresividad Sexual. CTS-2.	.04	.20*	.34**	.41**	.60**	1			17.21	27.33	.88
7. Abuso Psicológico. IAS.	.23**	.32**	.30**	.73**	.36**	.36**	1		92.21	59.08	.83
8. Maltrato psicológico sutil. SOPAS	.45**	.45**	.40**	.41**	.33**	.31**	.60**	1	96.90	27.94	.95

TEPT = Trastorno Estrés Post-traumático; CTS = Conflict Tactics Scale; IAP = Inventario de Abuso Psicológico; SOPAS = Subtle and Overt Psychological Abuse Scale (Escala de abuso psicológico sutil).
* $p < .05$, ** $p < .001$

7.3.3. LOS ESTILOS COGNITIVOS COMO MODERADORES DEL IMPACTO DEL MALTRATO EN LA SINTOMATOLOGÍA

En este apartado se estudió el posible papel moderador por parte de los estilos cognitivos en la relación entre los distintos tipos de maltrato sufridos por las mujeres y los síntomas psicológicos. Los análisis se realizaron para cada tipo de problema psicológico por separado.

7.3.3.1. Los estilos cognitivos como moderadores del impacto del maltrato en los síntomas de depresión

Se evaluó en qué medida los distintos estilos cognitivos moderaban el impacto de los distintos tipos de maltrato en los síntomas de depresión. Para ello se emplearon modelos de regresión múltiple jerárquica (un modelo para cada tipo de maltrato y para cada elemento cognitivo estudiado). Siguiendo el procedimiento estadístico estándar, se transformaron en puntuaciones Z las variables predictoras (maltrato) y las moderadoras (elementos cognitivos). De esta manera se consigue maximizar la interpretabilidad y minimizar problemas potenciales de multicolinealidad (Aiken y West, 1991). En un primer paso se introdujeron la variable predictora y la moderadora y en un segundo paso el término de interacción entre ambas. En la tabla 19 se recogen los resultados de las regresiones que se realizaron para estudiar el impacto de los elementos cognitivos en la relación entre la agresividad física sufrida y los síntomas de depresión. Ninguna interacción resultó ser una predictora significativa de los síntomas de depresión. Los mismos resultados se obtuvieron en el caso de la agresividad psicológica (Tabla 20). No obstante, a pesar de esta ausencia de efectos moderadores, cabe destacar que gran parte de las variables cognitivas se asociaron significativamente a los síntomas de depresión. Este es el caso, por ejemplo, de la orientación negativa a los problemas, la culpabilidad y el esquema de imperfección.

Tabla 19. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad física (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores de la depresión.

Agresividad física- ONP	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .39, $F(2,153)$ = 48.39**
Agresividad Física	-0.67	0.64	-.07	-1.06	
ONP	6.15	0.63	.62	9.77**	
Paso 2					ΔR^2 = .001,$F(1,152)$ = 0.24
Agr. Física x Orientación negativa	-0.29	0.60	-.31	-0.49	
Agresividad física-Culpabilidad	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .31, $F(2,153)$ = 33.70**
Agresividad Física	-1.40	0.68	-.14	-2.08*	
Culpabilidad	5.51	0.68	.56	8.11**	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,152)$ =0.10
Agr. física x Culpabilidad	-0.19	0.61	-.02	-0.31	
Agresividad física-Imperfección	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .31, $F(2,153)$ = 35.01**
Agresividad Física	-0.08	0.72	-.01	-0.12	
Esquema Imperfección	5.40	0.66	.55	8.13**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,152)$ =2.13
Agr. física x Esq. Imperfección	1.01	0.61	.11	1.46	
Agresividad física-Autosacrificio	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .04, $F(2,153)$ = 2.78
Agresividad Física	-0.31	0.79	-.03	-0.39	
Esquema Autosacrificio	1.78	0.79	.18	2.26*	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,152)$ = 1.93
Agr. física x Esq. Autosacrificio	1.16	0.84	.11	1.39	
Agresividad física-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .004, $F(2,153)$ = 0.32
Agresividad Física	-0.19	0.83	-.19	-0.02	
LC Interno	-0.22	0.80	-.02	-0.28	
Paso 2					ΔR^2 = .023, $\Delta F(1,152)$ = 3.65
Agr. física x LC Interno	1.35	0.71	.16	1.91	
Agresividad física-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .05, $F(2,153)$ = 4.36*
Agresividad Física	-0.63	0.79	-.06	-0.80	
LC Externo	2.22	0.78	.23	2.85*	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,152)$ = 0.22
Agr. Física x LC Externo	-0.36	0.77	-.04	-0.47	
Agresividad física-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .13, $F(2,153)$ = 10.91**

Agresividad Física	-0.73	0.75	-.07	-0.98	
Asertividad	-3.47	0.75	-.35	-4.62**	
Paso 2					ΔR^2 = .002, $\Delta F(1,152)$ = 0.35
Agr. Física x Asertividad	0.40	0.67	.05	0.59	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

Tabla 20. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad psicológica (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores de la depresión

Agr. psicológica - ONP	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .39, $F(2,153)$ = 48.49**
Agresividad Psicológica	0.63	0.63	.06	0.99	
ONP	6.07	0.64	.61	9.56**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $F(1,152)$ = 1.44
Agr. Psicológica x Orientación	-0.73	0.61	-.08	-1.20	
Agr. psicológica-Culpabilidad	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .29, $F(2,153)$ = 30.79**
Agresividad Psicológica	0.32	0.70	.03	0.45	
Culpabilidad	5.23	0.70	.53	7.43**	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,152)$ = 0.14
Agr. Psicológica x Culpabilidad	-0.24	0.64	-.03	-0.37	
Agr. psicológica-Imperfección	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .32, $F(2,153)$ = 35.99**
Agresividad Psicológica	0.98	0.67	.10	1.45	
Esquema Imperfección	5.31	0.68	.54	7.80**	
Paso 2					ΔR^2 = .002, $\Delta F(1,152)$ = 0.35
Agr. Psicológica x Imperfección	0.40	0.68	.04	0.59	
Agr. psicológica-Autosacrificio	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .07, $F(2,153)$ = 5.42*
Agresividad Psicológica	1.86	0.78	.19	2.38*	
Esquema Autosacrificio	1.67	0.78	.17	2.15*	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,152)$ = 0.09
Agr. Psicológica x Autosacrificio	-0.43	0.72	-.05	-0.59	
Agr. psicológica-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .04, $F(1,153)$ = 3.08*
Agresividad Psicológica	2.06	0.80	.21	2.58*	
LC Interno	0.24	0.80	.02	0.30	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,152)$ = 0.04
Agr. Psicológica x LC Interno	0.59	0.71	.07	0.84	

Agr. psicológica-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .09, $F(2,153)$ = 7.2*
Agresividad Psicológica	1.89	0.77	.19	2.47*	
LC Externo	2.16	0.77	.22	2.81*	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,152)$ = 0.35
Agr. Psicológica x LC Externo	-0.43	0.73	-.05	-0.59	
Agr. Psicológica-Asertividad	*B*	*ET*	?	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .14, $F(2,153)$ = 12**
Agresividad Psicológica	1.47	0.76	.15	1.95	
Asertividad	-3.12	0.76	-.32	-4.12**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,152)$ = 0.8
Agr. Psicológica x Asertividad	-0.62	0.67	-.07	-0.93	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

En el caso de la agresión sexual se obtuvo un efecto significativo para la interacción agresión sexual x locus de control interno. En consistencia con los procedimientos señalados por Aiken y West (1991), empleamos los valores bajo (una desviación típica por debajo de la media) y alto (una desviación típica por encima de la media) para la agresión sexual y el locus de control interno. La figura 1 representa dicha interacción. Las mujeres que tenían un locus de control interno alto presentaban una puntuación menor en depresión cuando el maltrato sexual que sufrían era bajo. Sin embargo, cuando el nivel de abuso sexual era elevado, el locus de control interno alto ejercía el efecto contrario, aumentando la probabilidad de que las mujeres presentaran depresión.

Tabla 21. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad sexual (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores de la depresión.

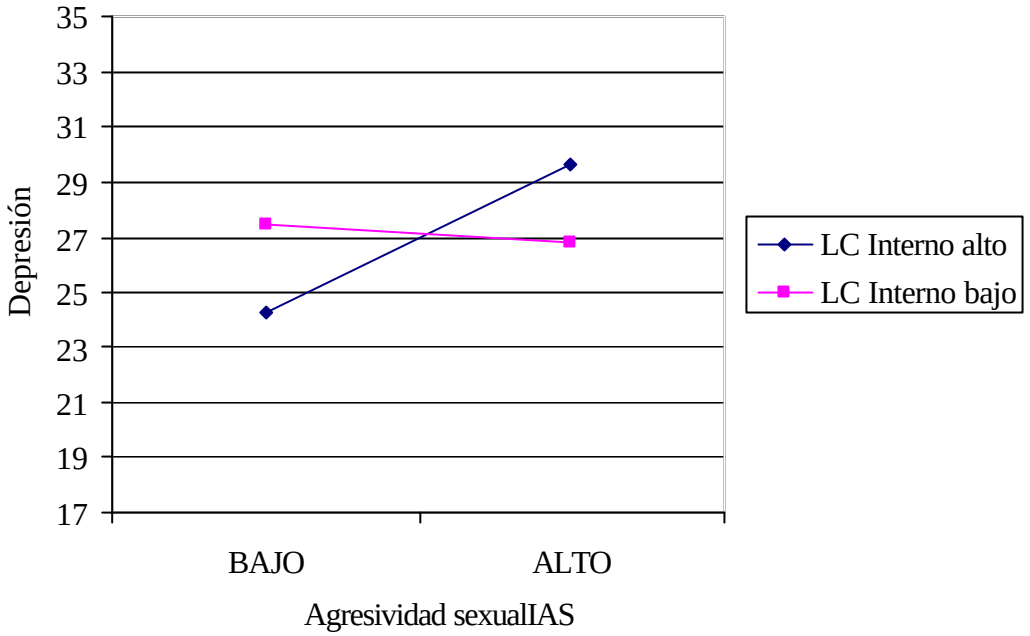
Agr. Sexual-Orientación negativa	*B*	*ET*	?	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .39, $F(2,153)$ = 49.33**
Agresividad Sexual	-1.00	0.63	-.10	-1.58	
Orientación negativa a los	6.19	0.63	.63	9.88**	
Paso 2					ΔR^2 = .003, $F(1,152)$ = 0.63
Agr. Sexual x Orientación	-0.39	0.49	-.05	-0.79	
Agr. Sexual-Culpabilidad	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .31, $F(2,153)$ = 34.24**
Agresividad Sexual	-1.27	0.68	-.13	-1.86	
Culpabilidad	5.55	0.67	.56	8.33**	
Paso 2					ΔR^2 = .02, $\Delta F(1,152)$ = 3.67

Agr. Sexual x Culpabilidad	-1.20	0.63	-.13	-1.92	
Agr. Sexual-Esq Imperfec.	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .32, $F(2,153)$ = 36.59**
Agresividad Sexual	-1.13	0.69	-.12	-1.64	
Esquema Imperfección	5.61	0.67	.57	8.39**	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,152)$ = 0.04
Agr. Sexual x Esq. Imperfec.	-0.13	0.70	-.01	-0.19	
Agr. Sexual-Esq. Autosac.	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .04, $F(2,153)$ = 2.83
Agresividad Sexual	-0.53	0.85	-.05	-0.62	
Esquema Autosacrificio	1.74	0.79	.18	2.20*	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,152)$ = 0.00
Agr. Sexual x Esq. Autosacrificio	-0.02	0.76	-.00	-0.03	
Agr. Sexual-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .01, $F(1,153)$ = 0.40
Agresividad Sexual	1.14	0.86	.11	1.33	
LC Interno	-0.07	0.80	-.01	-0.09	
Paso 2					ΔR^2 = .03, $\Delta F(1,152)$ = 4.92*
Agr. Sexual x LC Interno	1.47	0.66	.19	2.22	
Agr. Sexual-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .06, $F(2,153)$ = 4.92*
Agresividad Sexual	-0.96	0.78	-.10	-1.23	
LC Externo	2.38	0.79	.24	3.03*	
Paso 2					ΔR^2 = .002, $\Delta F(1,152)$ = 0.29
Agr. Sexual x LC Externo	-0.42	0.77	-.04	-0.54	
Agr. Sexual-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .13, $F(2,153)$ = 11.72**
Agresividad Sexual	-0.92	0.75	-.09	-1.23	
Asertividad	-3.69	0.75	-.37	-4.94**	
Paso 2					ΔR^2 = .02, $\Delta F(1,152)$ = 3.55
Agr. Sexual x Asertividad	1.22	0.65	.14	1.88	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

*p < .05; ** p < .001

Figura 1. La agresividad sexual sufrida y el locus de control interno como predictores de depresión.



Los resultados de las regresiones en las que se introdujeron el abuso psicológico y los distintos elementos cognitivos como predictores en el primer paso, la interacción entre ambas en el segundo y la depresión como variable criterio se muestran en la tabla 22. Como puede observarse, las interacciones abuso psicológico x orientación negativa a los problemas, abuso psicológico x culpabilidad y abuso psicológico x autosacrificio actuaron como predictores significativos de los síntomas de depresión. Estas moderaciones aparecen representadas gráficamente en las figuras 2, 3 y 4. Esta última figura es la que refleja más claramente el efecto que se produce, consistente en que las diferencias en depresión entre las mujeres que puntúan alto y bajo en dichas variables cognitivas se aprecian en mayor medida bajo condiciones de bajo abuso psicológico. A niveles mayores de abuso, las diferencias se atenúan.

Tabla 22. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el abuso psicológico (IAP) sufrido y los estilos cognitivos como predictores de la depresión.

Abuso psicológico- ONP	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .38, $F(2,153)$ = 47.68**
Abuso Psicológico	0.94	0.65	.10	1.44	
ONP	6.20	0.63	.63	9.91**	
Paso 2					ΔR^2 = .06, $F(1,152)$ = 14.97**

Abuso Psicológico x ONP	-2.23	0.58	-.25	-3.87**	
Abuso psicológico-Culpabilidad	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .29, F(2,153) = 30.76**
Abuso Psicológico	0.69	0.71	.07	0.97	
Culpabilidad	5.21	0.70	.53	7.50**	
Paso 2					ΔR^2 = .03, ΔF(1,152) = 7.05*
Abuso Psicológico x Culpabilidad	-1.63	0.61	-.18	-2.65*	
Abuso psicológico-Imperfección	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .32, F(2,153) = 35.87**
Abuso Psicológico	0.88	0.67	.09	1.31	
Esquema Imperfección	5.47	0.68	.55	8.07**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, ΔF(1,152) = 1.30
Abuso Psicológico x Imperfección	-0.74	0.65	-.08	-1.14	
Abuso psicológico-Autosacrificio	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .07, F(2,153) = 5.58*
Abuso Psicológico	2.16	0.79	.22	2.74	
Esquema Autosacrificio	1.38	0.78	.14	1.76	
Paso 2					ΔR^2 = .023, ΔF(1,152) = 3.89*
Abuso Psicológico x Esq.	-1.42	0.72	-.15	-1.97	*
Abuso psicológico-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .04, F(1,153) = 2.87
Abuso Psicológico	1.87	0.79	.19	2.37*	
LC Interno	0.07	0.81	.01	0.09	
Paso 2					ΔR^2 = .00, ΔF(1,152) = 0.06
Abuso Psicológico x LC Interno	-0.20	0.81	-.02	-0.02	
Abuso psicológico-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .08, F(2,153) = 6.50*
Abuso Psicológico	1.80	0.78	.18	2.32*	
LC Externo	2.15	0.77	.22	2.78*	
Paso 2					ΔR^2 = .01, ΔF(1,152) = 1.89
Abuso Psicológico x LC Externo	-1.01	0.74	-.11	-1.38	
Abuso psicológico-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .14, F(2,153) = 12.56**
Abuso Psicológico	1.54	0.78	.16	1.99*	
Asertividad	-2.93	0.78	-.30	-3.73**	
Paso 2					ΔR^2 = .002, ΔF(1,152) = 0.4
Abuso Psicológico x Asertividad	-0.43	0.68	-.05	-0.63	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

*p < .05; ** p < .001

Figura 2. El abuso psicológico sufrido y la orientación negativa a los problemas como predictores de depresión.

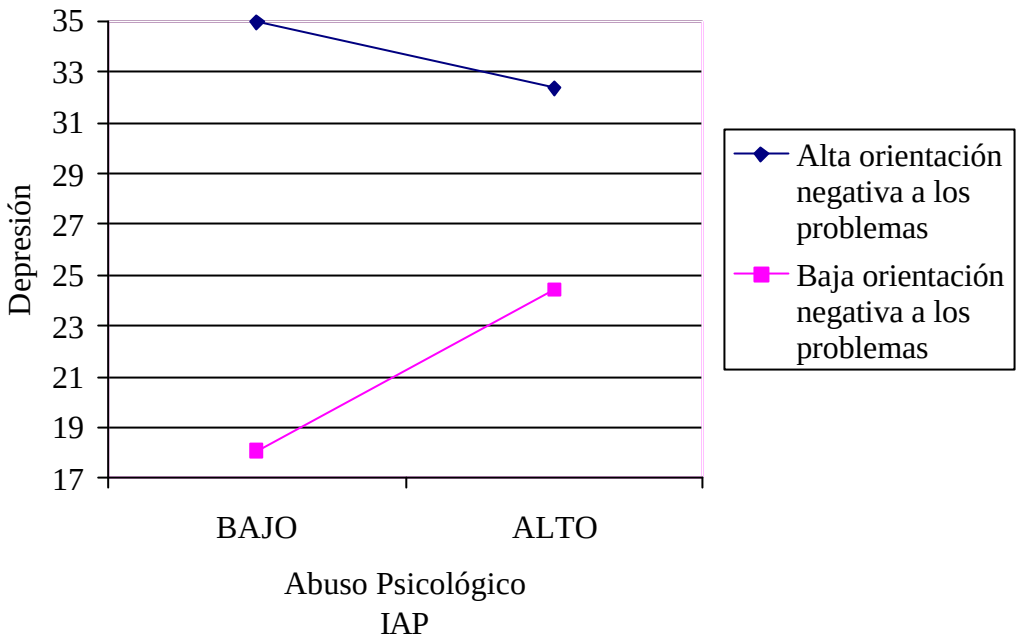


Figura 3. El abuso psicológico sufrido y la culpabilidad como predictores de la depresión.

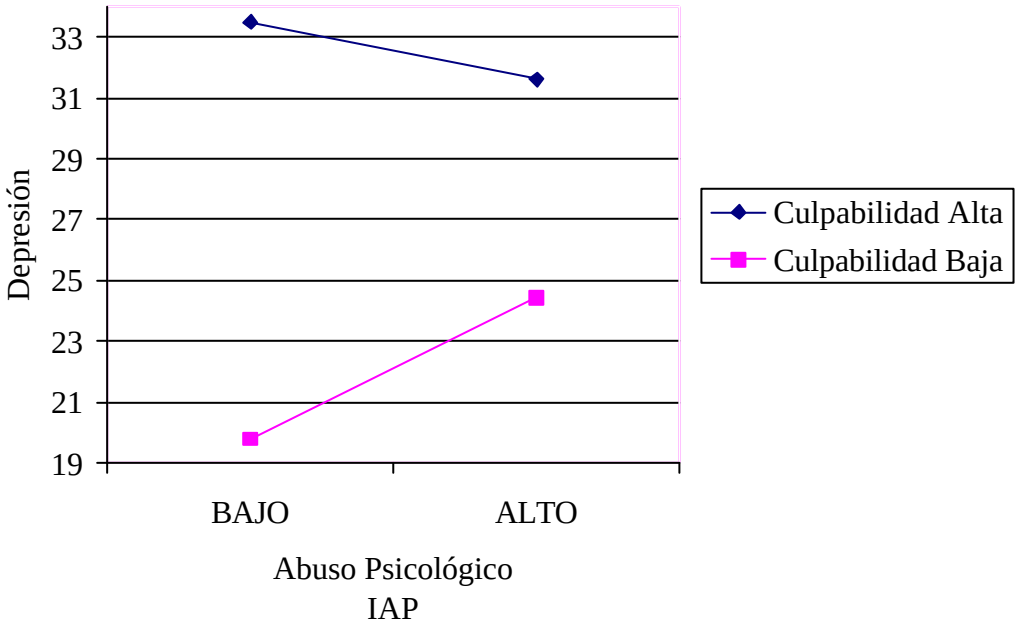
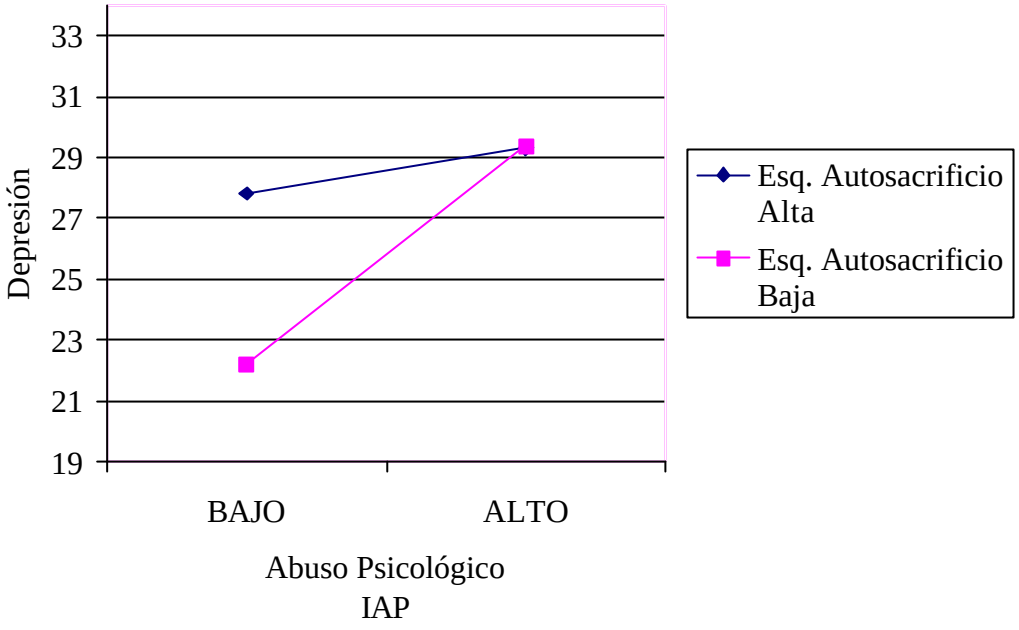


Figura 4. El abuso psicológico sufrido y el esquema de autosacrificio como predictores de la depresión.



Por último, se introdujo como variable predictora el maltrato psicológico sutil y se estudio el efecto moderador de las variables cognitivas en el impacto de este tipo de maltrato en la depresión. Los resultados se presentan en la tabla 23. La interacción maltrato psicológico sutil x orientación negativa a los problemas y maltrato psicológico sutil x esquema de autosacrificio resultaron ser predictores significativos de las puntuaciones de las mujeres en depresión. Estas moderaciones se representan gráficamente en las figuras 5 y 6 y reflejan las mismas tendencias observadas para el abuso psicológico.

Tabla 23. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y los estilos cognitivos como predictores de la depresión.

Maltrato psicológico-ONP	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .43, $F(2,153)$ = 56.90**
Maltrato Psicológico	1.96	0.67	.20	2.93*	
ONP	5.36	0.66	.54	8.11**	
Paso 2					ΔR^2 = .02, $F(1,152)$ = 5.44*
Maltrato Psicológico x ONP	-1.33	0.57	-.14	-2.33*	
Maltrato psicol. -Culpabilidad	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .33, $F(2,153)$ = 37.75**
Maltrato Psicológico	2.19	0.77	.22	2.86*	
Culpabilidad	4.21	0.75	.43	5.59**	

Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,152)$ = 1.74
Maltrato Psicológico x	-0.86	0.65	-.09	-1.32	
Maltrato psicol. – Imperfección	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .38, $F(2,153)$ = 47.44**
Maltrato Psicológico	2.59	0.69	.26	3.78**	
Esquema Imperfección	4.82	0.70	.49	6.91**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,152)$ = 2.23
Maltrato Psicol. x Imperfección	-1.04	0.70	-.10	-1.49	
Maltrato psicol.- Autosacrificio	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .21, $F(2,153)$ = 20.10**
Maltrato Psicológico	4.10	0.72	.41	5.67**	
Esquema Autosacrificio	0.93	0.72	.09	1.29	
Paso 2					ΔR^2 = .02, $\Delta F(1,152)$ = 4.07*
Maltrato Psicol. x Autosacrificio	-1.34	0.67	-.14	-2.02*	
Maltrato psicológico-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .20, $F(1,153)$ = 19.13**
Maltrato Psicológico	4.38	0.71	.44	6.13**	
LC Interno	0.03	0.72	.00	0.05	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,152)$ = 1.42
Maltrato Psicológico x LC Interno	-0.75	0.63	-.09	-1.19	
Maltrato psicológico-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .23, $F(2,153)$ = 22.18**
Maltrato Psicológico	4.19	0.71	.42	5.88**	
LC Externo	1.62	0.71	.16	2.26*	
Paso 2					ΔR^2 = .003, $\Delta F(1,152)$ = 0.63
Maltrato Psicológico x LC Externo	-0.55	0.69	-.06	-0.79	
Maltrato psicológico-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .26, $F(2,153)$ = 26.30**
Maltrato Psicológico	3.98	0.72	.40	5.53**	
Asertividad	-2.22	0.72	-.22	-3.08*	
Paso 2					ΔR^2 = .02, $\Delta F(1,152)$ = 3.05
Maltrato Psicológico x Asertividad	-1.17	0.67	-.12	-1.75	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 5. Maltrato psicológico sutil y orientación negativa a los problemas como predictores de la depresión.

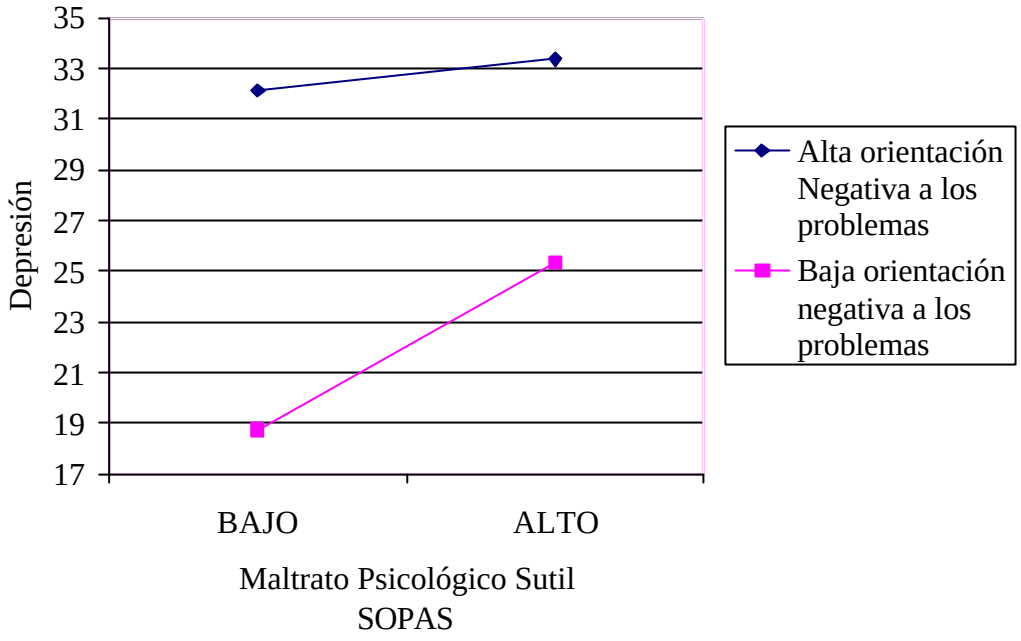
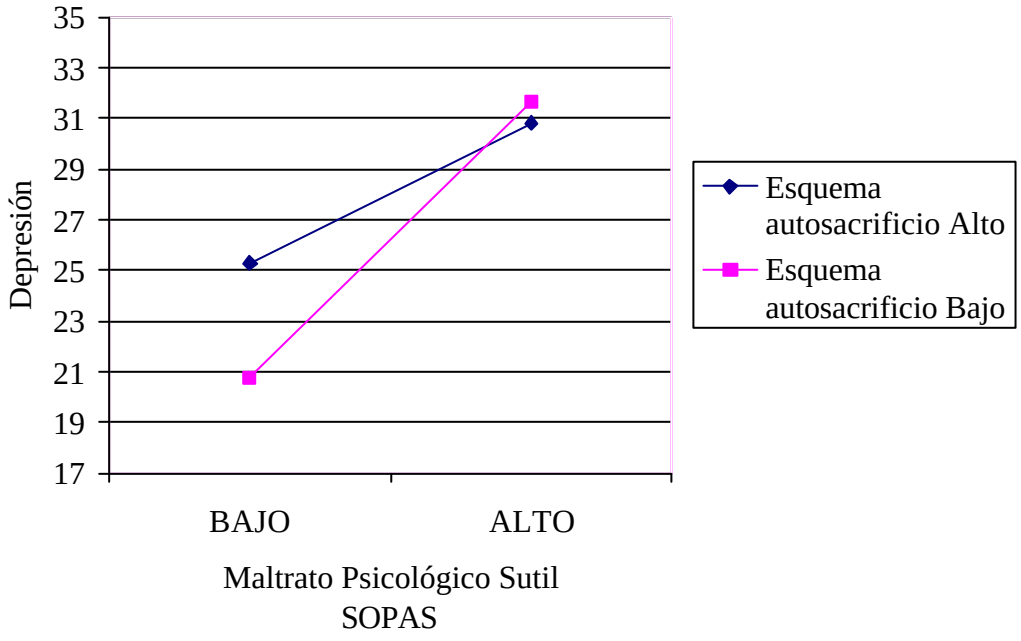


Figura 6. Maltrato psicológico sutil sufrido y el esquema de autosacrificio como predictores de la depresión.



7.3.3.2. Los estilos cognitivos como moderadores del impacto del maltrato en los síntomas de ansiedad

Utilizando la misma estrategia de análisis se analizaron la capacidad de moderación de la orientación negativa a los problemas, la culpabilidad, el esquema de imperfección, el esquema de autosacrificio, el locus de control interno, el locus de control externo y la asertividad en la asociación entre los distintos tipos de maltrato y los síntomas de ansiedad. En primer lugar, se llevaron a cabo una serie de regresiones múltiples introduciendo como variables predictoras la agresividad física sufrida y los distintos elementos cognitivos en el primer paso, la interacción entre la agresividad física y cada elemento cognitivo en la segunda y con la ansiedad como variable criterio. Los resultados se muestran en la tabla 24. Ninguna interacción resultó significativa. Sin embargo, los resultados muestran cómo todas las variables cognitivas, a excepción del locus de control, se asocian significativamente a los síntomas de ansiedad.

Tabla 24. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad física (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores de la ansiedad.

Agresividad Física-Orientación	*B*	*ET*	?	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .26, $F(2,152)$ = 27**
Agresividad Física	1.50	0.57	.18	2.62*	
Orientación negativa a los	3.75	0.57	.46	6.51**	
Paso 2					ΔR^2 = .001,$F(1,151)$ = 0.30
Agr. Física x Orientación negativa	-0.21	0.54	-.03	-0.39	
Agresividad Física-Culpabilidad	*B*	*ET*	?	*T*	
Paso 1					R^2 = .13, $F(2,152)$ = 11**
Agresividad Física	1.40	0.64	.17	2.18*	
Culpabilidad	2.38	0.65	.29	3.67**	
Paso 2					ΔR^2 = .013, $\Delta F(1,151)$ = 2.61
Agr. física x Culpabilidad	-0.87	0.58	-.11	-1.50	
Agresividad Física-Esq Imperfec.	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .17, $F(2,152)$ = 15**
Agresividad Física	1.63	0.61	.20	2.66*	
Esquema Imperfección	2.71	0.62	.33	4.36**	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,151)$ = 1.52
Agr. física x Esq. Imperfec.	0.26	0.58	.03	0.44	
Agresividad Física-Esq. Autosac.	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .10, $F(2,152)$ = 8.61**

Agresividad Física	2.15	0.63	.27	3.40*	
Esquema Autosacrificio	1.78	0.64	.22	2.80*	
Paso 2					ΔR^2 = .003, $\Delta F(1,151)$ = 0.51
Agr. física x Esq. Autosacrificio	0.48	0.67	.05	0.72	
Agresividad Física-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .06, $F(2,152)$ = 4.6
Agresividad Física	2.10	0.67	.26	3.14*	
LC Interno	-0.16	0.66	-.02	-0.24	
Paso 2					ΔR^2 = .008, $\Delta F(1,151)$ = 1.2
Agr. física x LC Interno	0.67	0.60	.09	1.12	
Agresividad Física-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .07, $F(2,152)$ = 5.5*
Agresividad Física	1.90	0.64	.23	2.98*	
LC Externo	0.88	0.64	.11	1.37	
Paso 2					ΔR^2 = .013, $\Delta F(1,151)$ = 2.2
Agr. Física x LC Externo	-0.86	0.59	-.11	-1.46	
Agresividad Física-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .16, $F(2,152)$ = 14**
Agresividad Física	1.72	0.61	.21	2.82*	
Asertividad	-2.58	0.61	-.32	-4.24**	
Paso 2					ΔR^2 = .005, $\Delta F(1,151)$ = 1
Agr. Física x Asertividad	-0.53	0.54	-.07	-0.98	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

De la misma manera pero con la agresividad psicológica como variable predictora se obtuvieron los resultados de la tabla 25. En este caso, la interacción agresividad psicológica x orientación negativa a los problemas fue un predictor significativo de los síntomas de ansiedad. Esta moderación se muestra de forma gráfica en la figura 7, que muestra el mismo patrón de datos que para la depresión. Asimismo, la interacción con el locus de control externo también fue significativa. Tal y como se aprecia en la figura 8, parece que en niveles de agresividad psicológica bajos el locus de control externo bajo protege de desarrollar síntomas de ansiedad, pero en un nivel elevado de agresividad psicológica protege más un locus de control externo alto.

Tabla 25. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad psicológica (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores de la ansiedad.

Agr. psicológica-ONP	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .27, $F(2,152)$ = 28.16**
Agresividad Psicológica	1.61	0.57	.20	2.83*	
ONP	3.74	0.57	.46	6.54**	
Paso 2					ΔR^2 = .02, $F(1,151)$ = 4.44*
Agr. Psicológica x ONP	-1.16	0.55	-.15	-2.11*	
Agr. psicológica-Culpabilidad	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .15, $F(2,152)$ = 13.05**
Agresividad Psicológica	1.73	0.63	.21	2.74*	
Culpabilidad	2.28	0.64	.28	3.58**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,151)$ = 1.82
Agr. Psicológica x Culpabilidad	-0.78	0.58	-.10	-1.35	
Agr. psicológica-Imperfección	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .19, $F(2,152)$ = 17.44**
Agresividad Psicológica	1.91	0.61	.23	3.13*	
Esquema Imperfección	2.79	0.62	.34	4.50**	
Paso 2					ΔR^2 = .002, $\Delta F(1,151)$ = 0.46
Agr. Psicológica x Imperfección	-0.42	0.62	-.05	-0.68	
Agr. psicológica- Autosacrificio	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .12, $F(2,152)$ = 10**
Agresividad Psicológica	2.34	0.63	.29	3.72**	
Esquema Autosacrificio	1.32	0.63	.16	2.10*	
Paso 2					ΔR^2 = .003, $\Delta F(1,151)$ = 0.79
Agr. Psicológica x Autosacrificio	0.44	0.58	.06	0.76	
Agr. psicológica-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .08, $F(1,152)$ = 6.68*
Agresividad Psicológica	2.37	0.65	.29	3.65**	
LC Interno	-0.21	0.65	-.03	-0.33	
Paso 2					ΔR^2 = .003, $\Delta F(1,151)$ = 0.46
Agr. Psicológica x LC Interno	0.41	0.60	.05	0.68	
Agr. psicológica-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .10, $F(2,152)$ = 8.83**
Agresividad Psicológica	2.56	0.62	.31	4.12**	
LC Externo	0.87	0.62	.11	1.40	
Paso 2					ΔR^2 = .03, $\Delta F(1,151)$ = 4.81
Agr. Psicológica x LC Externo	-1.30	0.59	-.17	-2.19*	
Agr. psicológica-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .17, $F(2,152)$ = 15.28**

Agresividad Psicológica	2.02	0.61	.25	3.32**	
Asertividad	-2.31	0.61	-.28	-3.79**	
Paso 2					ΔR^2 = .02, $\Delta F(1,151) = 3.63$
Agr. Psicológica x Asertividad	-1.02	0.53	-.14	-1.91	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 7. Agresividad psicológica y orientación negativa a los problemas como predictores de la ansiedad.

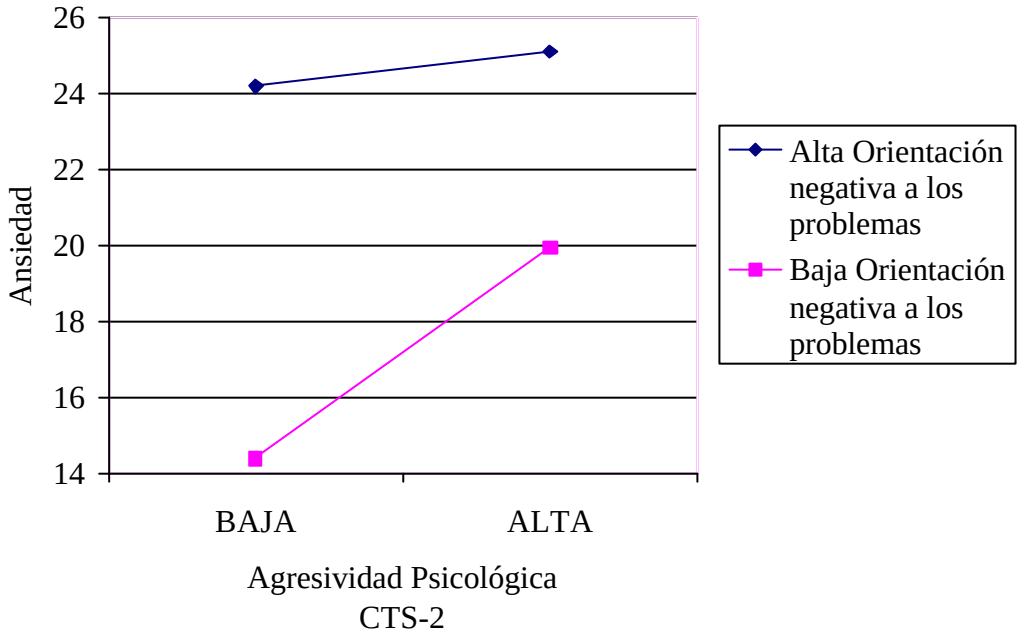
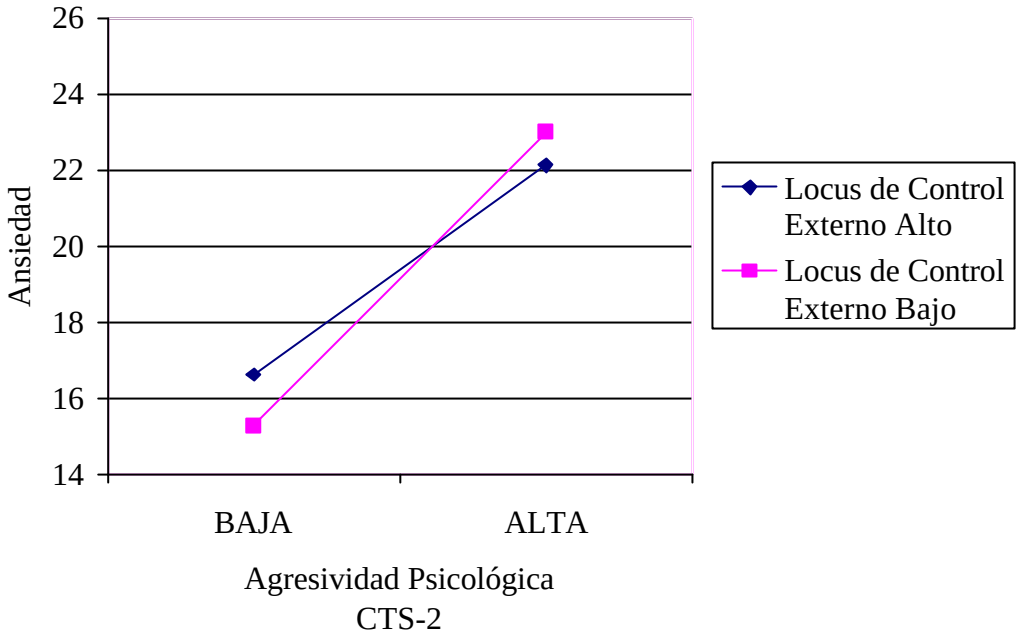


Figura 8. Agresividad psicológica y locus de control externo como predictores de la ansiedad.



En el caso de la agresividad sexual (tabla 26) las interacciones que mostraron un coeficiente significativo fueron agresividad sexual x culpabilidad y agresividad sexual x locus de control externo. Tal y como se observa en la figura 9, las mujeres que puntúan alto en culpabilidad muestran altos niveles de ansiedad, con independencia del nivel de agresión sexual sufrida, mientras que entre las que puntúan bajo en culpabilidad la ansiedad se asocia con el grado de abuso. Del mismo modo, la figura 10 muestra un efecto similar respecto al locus de control externo. Así, las mujeres con una puntuación alta en externalidad tienden a mostrar niveles altos de ansiedad con independencia de la severidad de la agresión sexual.

Tabla 26. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad sexual (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores de la ansiedad.

Agr. sexual-ONP	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .25, $F(2,152)$ = 25.57**
Agresividad Sexual	1.13	0.58	.14	1.94	
ONP	3.77	0.58	.46	6.48**	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $F(1,151)$ = 0.23
Agr. Sexual x ONP	-0.22	0.49	-.03	-0.46	
Agr. sexual-Culpabilidad	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .12, $F(2,152)$ = 10**
Agresividad Sexual	1.45	0.65	.18	2.24*	

Culpabilidad	2.33	0.63	.28	3.68**	
Paso 2					ΔR^2 = .04, $\Delta F(1,151)$ = 7*
Agr. Sexual x Culpabilidad	-1.65	0.59	-.21	-2.77*	
Agr. sexual-Imperfección	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .15, $F(2,152)$ = 13**
Agresividad Sexual	1,08	0.63	.13	1.71	
Esquema Imperfección	2,74	0.64	.33	4.28**	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,151)$ = 0.04
Agr. Sexual x Esq. Imperfección	-0.01	0.60	-.00	-0.02	
Agr. sexual-Esq. Autosacrificio	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,152)$ = 7*
Agresividad Sexual	1.82	0.65	.22	2.79*	
Esquema Autosacrificio	1.66	0.64	.20	2.59*	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,151)$ = 0.10
Agr. Sexual x Esq. Autosacrificio	0.19	0.60	.02	0.32	
Agr. sexual-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .041, $F(1,152)$ = 3*
Agresividad Sexual	1.95	0.70	.24	2.79*	
LC Interno	-0.23	0.66	-.03	-0.35	
Paso 2					ΔR^2 = .012, $\Delta F(1,151)$ = 2
Agr. Sexual x LC Interno	0.75	0.56	.12	1.37	
Agr. sexual-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .05, $F(2,152)$ = 4*
Agresividad Sexual	1.72	0.66	.21	2.61*	
LC Externo	0.71	0.65	.09	1.08	
Paso 2					ΔR^2 = .03, $\Delta F(1,151)$ = 4*
Agr. Sexual x LC Externo	-1.28	0.63	-.16	-2.04*	
Agr. sexual-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .13, $F(2,152)$ = 11**
Agresividad Sexual	1.18	0.65	.14	1.82	
Asertividad	-2.52	0.63	-.31	-3.99**	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,151)$ = 0.03
Agr. Sexual x Asertividad	-0.02	0.54	-.00	-,03	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

*p < .05; ** p < .001

Figura 9. Agresividad sexual sufrida y culpabilidad como predictores de la ansiedad.

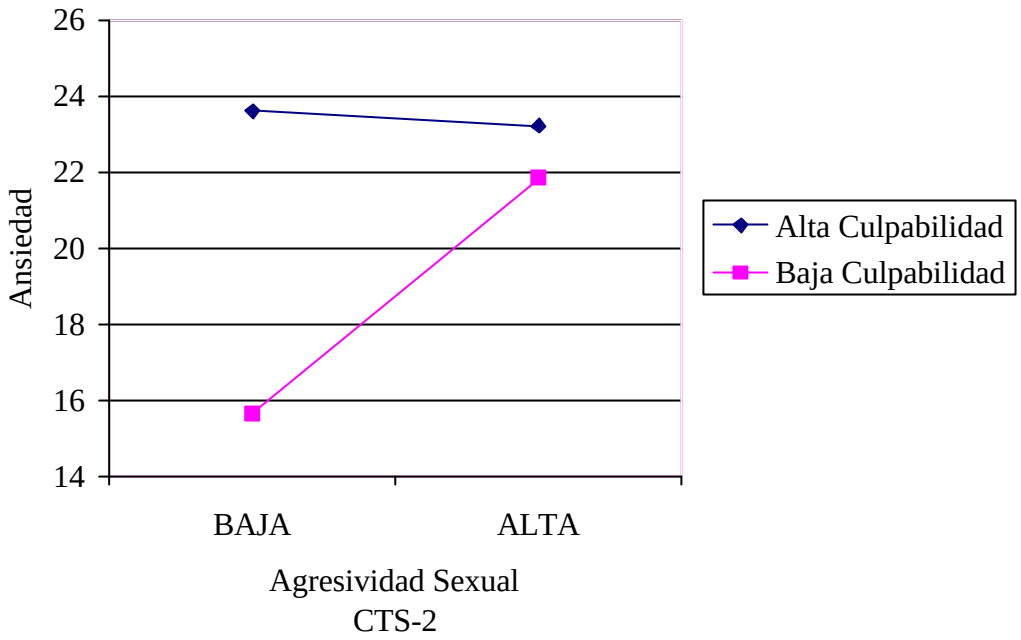
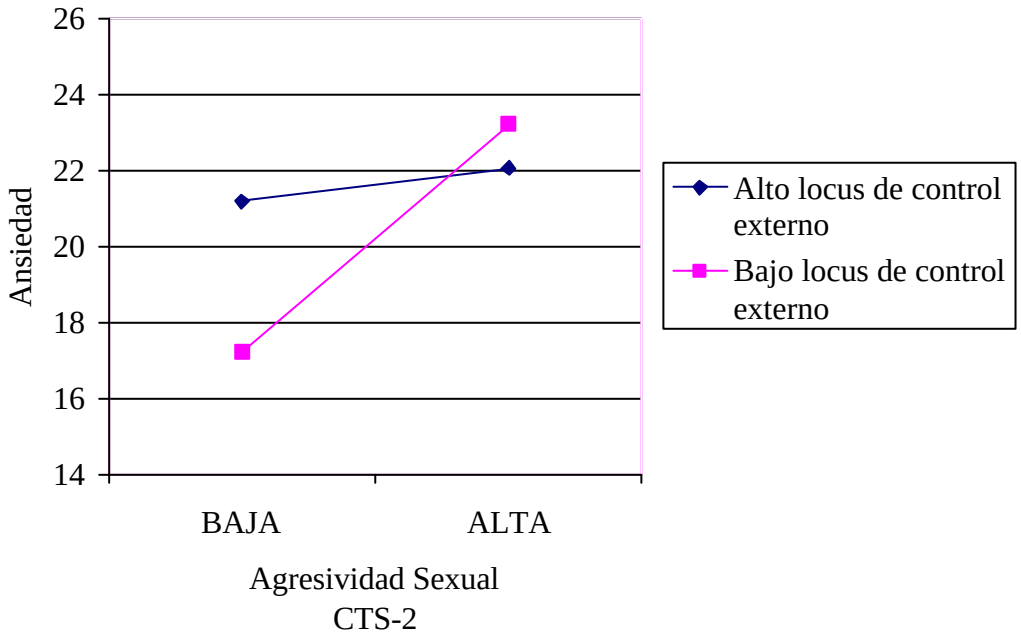


Figura 10. Agresividad sexual sufrida y locus de control externo como predictores de la ansiedad.



Las regresiones llevadas a cabo con el abuso psicológico como predictor se muestran en la tabla 27. La orientación negativa a los problemas, la culpabilidad y el locus de control externo actuaron como moderadores del impacto del abuso psicológico en los síntomas de

ansiedad. En las figuras 11, 12 y 13 se presentan gráficamente estas moderaciones que, tal y como sucedía anteriormente, denotan una influencia amortiguadora de la orientación negativa a los problemas, la culpabilidad y el locus de control externo en las puntuaciones de ansiedad de las mujeres que presentaban estas variables en niveles bajos.

Tabla 27. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el abuso psicológico (IAP) sufrido y los estilos cognitivos como predictores de la ansiedad.

Abuso psicológico-ONP	*B*	*ET*	?	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .26, $F(2,152)$ = 26**
Abuso Psicológico	1.75	0.59	.21	2.94*	
ONP	3.57	0.59	.44	6.09**	
Paso 2					ΔR^2 = .05, $F(1,151)$ = 11**
Abuso Psicológico x ONP	-1.82	0.54	-.23	-3.36**	
Abuso psicológico-Culpabilidad	*B*	*ET*	?	*T*	
Paso 1					R^2 = .15, $F(2,152)$ = 13**
Abuso Psicológico	2.07	0.65	.25	3.18*	
Culpabilidad	2.06	0.65	.25	3.18*	
Paso 2					ΔR^2 = .03, $\Delta F(1,151)$ = 5*
Abuso Psicológico x Culpabilidad	-1.33	0.57	-.17	-2.31*	
Abuso psicológico-Imperfección	*B*	*ET*	?	*T*	
Paso 1					R^2 = .19, $F(2,152)$ = 17**
Abuso Psicológico	2.02	0.62	.24	3.27**	
Esquema Imperfección	2.61	0.62	.32	4.18**	
Paso 2					ΔR^2 = .005, $\Delta F(1,151)$ = 0.91
Abuso Psicológico x	-0.58	0.61	-.07	-0.95	
Abuso psicológico-Autosacrificio	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .11, $F(2,152)$ = 10*
Abuso Psicológico	2.44	0.65	.30	3.76**	
Esquema Autosacrificio	1.03	0.65	.12	1.59	
Paso 2					ΔR^2 = .004, $\Delta F(1,151)$ = 0.84
Abuso Psicol. x Autosacrificio	-.51	0.60	-.07	-0.85	
Abuso psicológico-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .10, $F(2,152)$ = 9*
Abuso Psicológico	2.55	0.64	.31	4.01**	
LC Interno	-0.35	0.65	-.04	-0.54	
Paso 2					ΔR^2 = .003, $\Delta F(1,151)$ = 0.45
Abuso Psicológico x LC Interno	-0.41	0.61	-.05	-0.67	
Abuso psicológico-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .11, $F(2,152)$ = 9*

Abuso Psicológico	2.74	0.63	.33	4.31**	
LC Externo	0.73	0.63	.09	1.15	
Paso 2					ΔR^2 = .03, $\Delta F(1,151)$ = 6. *
Abuso Psicológico x LC Externo	-1.46	0.61	-.18	-2.39*	
Abuso psicológico-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .17, $F(2,152)$ = 15**
Abuso Psicológico	2.05	0.64	.25	3.21*	
Asertividad	-2.09	0.64	-.26	-3.26**	
Paso 2					ΔR^2 = .004, $\Delta F(1,151)$ = 0.54
Abuso Psicológico x Asertividad	-0.48	0.55	-.07	-0.87	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 11. Abuso psicológico sufrido y orientación negativa a los problemas como predictores de ansiedad.

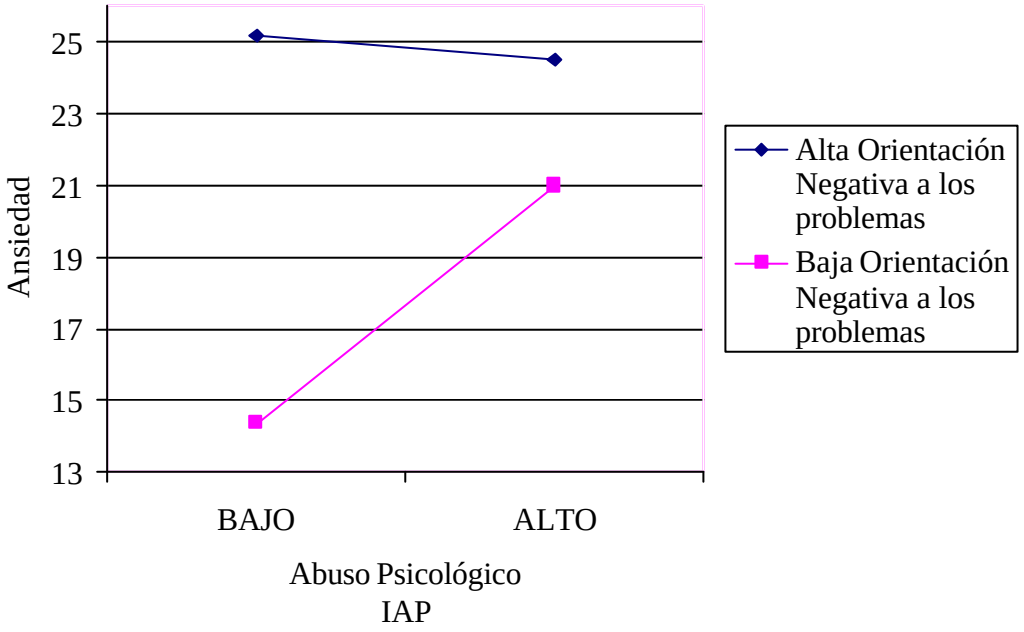


Figura 12. Abuso psicológico sufrido y culpabilidad como predictores de ansiedad.

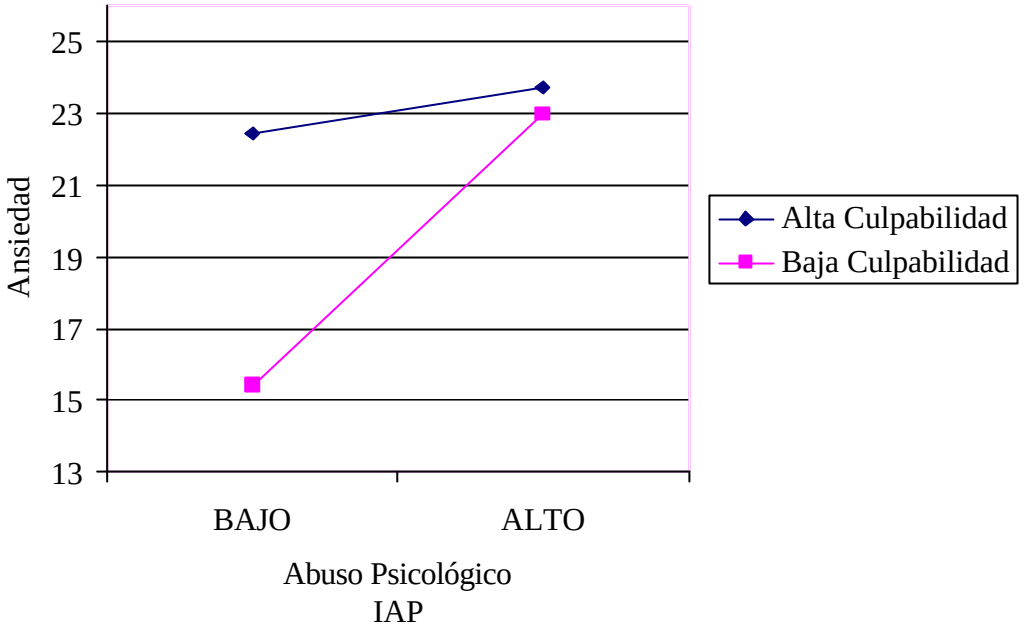
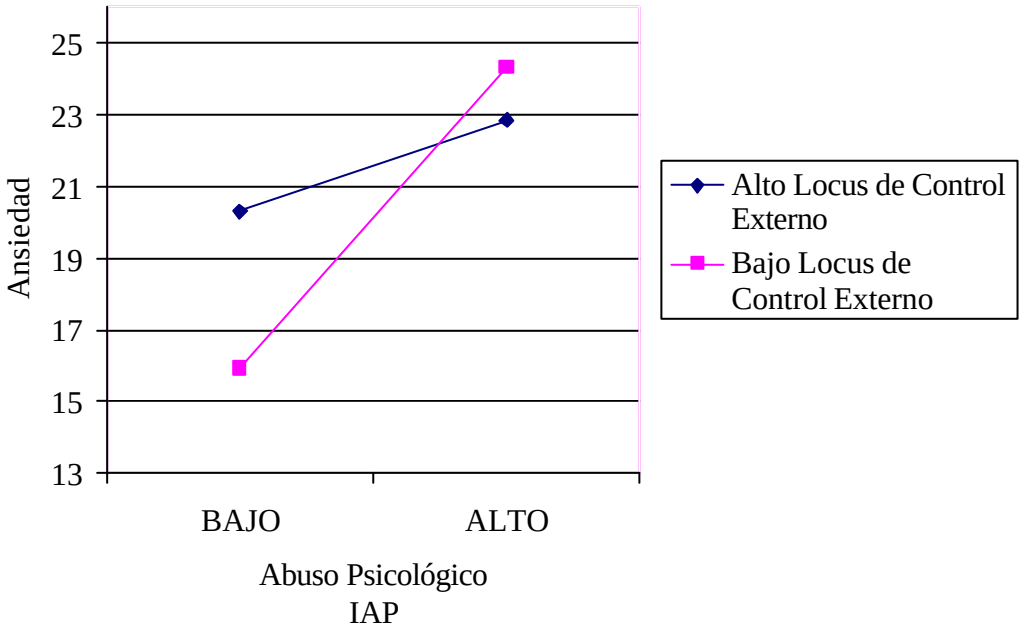


Figura 13. Abuso psicológico sufrido y locus de control externo como predictores de ansiedad.



Las regresiones jerárquicas realizadas para estudiar el papel moderador de las variables cognitivas en la relación entre el maltrato psicológico sutil y los síntomas de

ansiedad se muestran en la tabla 28. Como puede observarse, ninguna interacción resultó predecir significativamente la ansiedad.

Tabla 28. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y los estilos cognitivos como predictores de la ansiedad.

Maltrato psicológico-ONP	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .30, $F(2,152)$ = 32.90**
Maltrato Psicológico	2.24	0.64	.27	3.52**	
ONP	3.00	0.62	.37	4.83**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $F(1,151)$ = 2.41
Maltrato Psicológico x ONP	-0.84	0.54	-.11	-1.55	
Maltrato psicol.-Culpabilidad	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .22, $F(2,152)$ = 21.14**
Maltrato Psicológico	3.00	0.69	.36	4.38**	
Culpabilidad	1.21	0.68	.15	1.79	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,151)$ = 2.06
Maltrato Psicol. x Culpabilidad	-0.85	0.59	-.11	-1.44	
Maltrato psicol.-Imperfección	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .25, $F(2,152)$ = 25.61**
Maltrato Psicológico	2.95	0.63	.36	4.69**	
Esquema Imperfección	2.08	0.64	.25	3.24**	
Paso 2					ΔR^2 = .004, $\Delta F(1,151)$ = 0.77
Maltrato Psicol. x Imperfección	-0.57	0.65	-.07	-0.88	
Maltrato psicol.- Autosacrificio	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .21, $F(2,152)$ = 20.72**
Maltrato Psicológico	3.49	0.60	.42	5.80**	
Esquema Autosacrificio	0.86	0.60	.11	1.44	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,151)$ = 2.28
Maltrato Psicol. x Autosacrificio	-0.84	0.56	-.11	-1.51	
Maltrato psicológico-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .20, $F(1,152)$ = 19.13**
Maltrato Psicológico	3.70	0.60	.45	6.21**	
LC Interno	-0.25	0.60	-.03	-0.41	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,151)$ = 1.42
Maltrato Psicológico x LC Interno	-0.61	0.54	-.08	-1.13	
Maltrato psicológico-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .21, $F(2,152)$ = 19.79**
Maltrato Psicológico	3.68	0.60	.45	6.09**	
LC Externo	0.44	0.60	.05	0.73	

Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,151)$ = 0.20
Maltrato Psicológico x LC Externo	-0.27	0.59	-.03	-0.45	
Maltrato psicológico-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .25, $F(2,152)$ = 25.76**
Maltrato Psicológico	3.33	0.61	.40	5.47**	
Asertividad	-1.76	0.60	-.22	-2.92*	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,151)$ = 1.30
Maltrato Psicológico x Asertividad	-0.64	0.56	-.08	-1.14	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

7.3.3.3. Los estilos cognitivos como moderadores del impacto del maltrato en los síntomas de estrés postraumático

Para estudiar el papel de los elementos cognitivos en el impacto de los diferentes tipos de maltrato recibidos por las mujeres en los síntomas de estrés postraumático se siguió el mismo procedimiento que en los apartados anteriores. Se llevaron a cabo una serie de regresiones introduciendo en el primer paso las puntuaciones Z de cada tipo de maltrato y de las variables cognitivas. En el segundo paso se introdujo la interacción entre las variables introducidas en el primer paso. La variable criterio fue la puntuación en trastorno de estrés postraumático. Las regresiones en las que se introdujo la agresividad física como variable predictora se presentan en la tabla 29. Ninguna interacción agresividad física x variable cognitiva fue un predictor significativo del estrés postraumático. Asimismo, los resultados de las regresiones en las que se introdujo la agresividad psicológica como predictora mostraron la misma pauta (tabla 30).

Tabla 29. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad física (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores del estrés postraumático.

Agresividad física-ONP	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .20, $F(2,151)$ = 18.88**
Agresividad Física	2.81	0.91	.23	3.07*	
ONP	4.77	0.88	.39	5.41**	
Paso 2					ΔR^2 = .01,$F(1,150)$ = 1.70
Agre	1.10	0.84	.10	1.30	
Agresividad física-Culpabilidad	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .15, $F(2,151)$ = 13**

Agresividad Física	3.01	0.89	.24	3.37**	
Culpabilidad	4.49	0.88	.37	5.12**	
Paso 2					ΔR^2 = .014, $\Delta F(1,150)$ = 3
Agresividad física x Culpabilidad	0.98	0.84	.08	1.17	
Agresividad física- Imperfección	*B*	*ET*	?	*T*	
Paso 1					R^2 = .13, $F(2,151)$ = 10.77**
Agresividad Física	3.15	1.05	.26	2.99*	
Esquema Imperfección	3.44	0.92	.28	3.71**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 1.16
Agresividad física x Imperfección	1.09	1.01	.09	1.08	
Agresividad física-Autosacrificio	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .15, $F(2,151)$ = 13**
Agresividad Física	3.74	0.92	.30	4.04**	
Esquema Autosacrificio	3.43	0.92	.28	3.72**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 2.48
Agresividad física x	1.44	0.99	.11	1.46	
Agresividad física-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,151)$ = 6.82**
Agresividad Física	2.41	1.00	.27	3.40*	
LC Interno	-2.61	0.96	-.22	-2.73*	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 1.23
Agr. física x LC Interno	0.94	0.85	.09	1.11	
Agresividad física-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,151)$ = 7*
Agresividad Física	3.40	0.96	.27	3.53**	
LC Externo	0.80	0.94	.07	0.85	
Paso 2					ΔR^2 = .004, $\Delta F(1,150)$ = 0.66
Agr. Física x LC Externo	-1.08	0.88	-.10	-1.23	
Agresividad física-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .20, $F(2,151)$ = 19**
Agresividad Física	2.51	0.92	.25	3.74*	
Asertividad	-4.48	0.90	-.37	-5.00**	
Paso 2					ΔR^2 = .002, $\Delta F(1,150)$ = 0.31
Agr. Física x Asertividad	-0.46	0.81	-.04	-0.56	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

Tabla 30. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad psicológica (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores del estrés postraumático.

Agr. psicológica- ONP	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .24, $F(2,151)$ = 23.17**
Agresividad Psicológica	3.52	0.89	.28	3.93**	
ONP	4.27	0.88	.35	4.86**	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $F(1,150)$ = 0.12
Agr. Psicológica x ONP	0.29	0.85	.03	0.34	
Agr. psicológica-Culpabilidad	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .18, $F(2,151)$ = 16.28**
Agresividad Psicológica	3.39	0.94	.27	3.60**	
Culpabilidad	3.23	0.94	.27	3.46**	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,150)$ = 0.06
Agr. Psicológica x Culpabilidad	-0.22	0.88	-.02	-0.25	
Agr. psicológica-Imperfección	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .17, $F(2,151)$ = 15.61**
Agresividad Psicológica	3.73	0.94	.30	3.98**	
Esquema Imperfección	3.03	0.92	.25	3.28**	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,150)$ = 0.10
Agr. Psicológica x Imperfección	-0.30	0.94	-.03	-0.32	
Agr. psicológica- Autosacrificio	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .15, $F(2,151)$ = 13.40**
Agresividad Psicológica	3.65	0.94	.30	3.88**	
Esquema Autosacrificio	2.23	0.95	.18	2.36*	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 1.80
Agr. Psicológica x Autosacrificio	1.25	0.93	.10	1.34	
Agr. psicológica-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .16, $F(1,151)$ = 14.31**
Agresividad Psicológica	4.26	0.93	.34	4.57**	
LC Interno	-2.39	0.91	-.20	-2.62*	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 2.49
Agr. Psicológica x LC Interno	1.34	0.85	.12	1.58	
Agr. psicológica-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .12, $F(2,151)$ = 10.00**
Agresividad Psicológica	4.15	0.94	.34	4.39**	
LC Externo	0.81	0.92	.07	0.88	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 1.81
Agr. Psicológica x LC Externo	-1.15	0.86	-.10	-1.34	
Agr. psicológica-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .22, $F(2,151)$ = 21.30**

Agresividad Psicológica	3.62	0.91	.29	4.00**	
Asertividad	-3.93	0.89	-.33	-4.44**	
Paso 2					ΔR^2 = .004, $\Delta F(1,150)$ = 0.77
Agr. Psicológica x Asertividad	-0.69	0.78	-.06	-0.88	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

A continuación se presentan las regresiones para el estrés postraumático que incluyen como variables predictoras la agresividad sexual y los elementos cognitivos. La interacciones agresividad sexual x locus de control interno y agresividad sexual x locus de control externo resultaron ser predictores significativos de los síntomas de estrés postraumático (Tabla 31). Tales efectos se representan en las figuras 14 y 15. En ellas puede observarse que el locus de control interno se asocia a menos estrés postraumático. En niveles bajos de locus de control interno las mujeres tienden a mostrar más síntomas de estrés postraumático, con independencia del grado de agresión sexual. No obstante, las mujeres con un locus de control externo bajo presentan niveles de estrés postraumático elevados, e incluso mayores que las mujeres con un locus de control externo alto, cuando los niveles de agresividad sexual que sufren son muy elevados.

Tabla 31. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad sexual (CTS-2) sufrida y los estilos cognitivos como predictores del estrés postraumático.

Agr. sexual-ONP	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .24, $F(2,151)$ = 24**
Agresividad Sexual	3.50	0.87	.29	4.02**	
ONP	4.30	0.87	.35	4.94**	
Paso 2					ΔR^2 = .002, $F(1,150)$ = .36
Agr. Sexual x ONP	0.44	0.73	.04	0.60	
Agr. sexual-Culpabilidad	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .18, $F(2,151)$ = 13.58**
Agresividad Sexual	3.71	0.93	.31	3.99**	
Culpabilidad	3.24	0.92	.26	3.52**	
Paso 2				-1.83	ΔR^2 = .02, $\Delta F(1,150)$ = 3.34
Agr. Sexual x Culpabilidad	-1.56	0.85	-.14	-1.63	
Agr. sexual- Imperfección	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .16, $F(2,151)$ = 15**
Agresividad Sexual	3.52	0.92	.29	3.83**	
Esquema Imperfección	2.91	0.93	.24	3.12*	

Paso 2					ΔR^2 = .005, $\Delta F(1,150) = 1$
Agr. Sexual x Imperfección	-0.87	0.87	-.07	-0.99	
Agr. sexual- Autosacrificio	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .149, $F(2,151) = 18$**
Agresividad Sexual	4.61	0.91	.38	5.09**	
Esquema Autosacrificio	3.29	0.90	.27	3.63**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150) = 2.09$
Agr. Sexual x Autosacrificio	1.20	0.85	.11	1.42	
Agr. sexual-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .15, $F(1,151) = 13$**
Agresividad Sexual	4.41	0.98	.36	4.51**	
LC Interno	-2.35	0.92	-.19	-2.56*	
Paso 2					ΔR^2 = .02, $\Delta F(1,150) = 4.04$*
Agr. Sexual x LC Interno	1.50	0.76	.16	1.98*	
Agr. sexual-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .11, $F(2,151) = 10$*
Agresividad Sexual	4.28	0.94	.35	4.56**	
LC Externo	0.38	0.93	.03	0.41	
Paso 2					ΔR^2 = .024, $\Delta F(1,150) = 4^*$
Agr. Sexual x LC Externo	-1.81	0.89	-.16	-2.04*	
Agr. sexual-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .21, $F(2,151) = 17.34$**
Agresividad Sexual	3.57	0.91	.29	3.92	
Asertividad	-3.99	0.89	-.33	-4.48	
Paso 2					ΔR^2 = .005, $\Delta F(1,150) = 2.12$
Agr. Sexual x Asertividad	0.76	0.77	.07	0.99	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

*$p < .05$; ** $p < .001$

Figura 14. La agresividad sexual y el locus de control interno como predictores de los síntomas de TEPT.

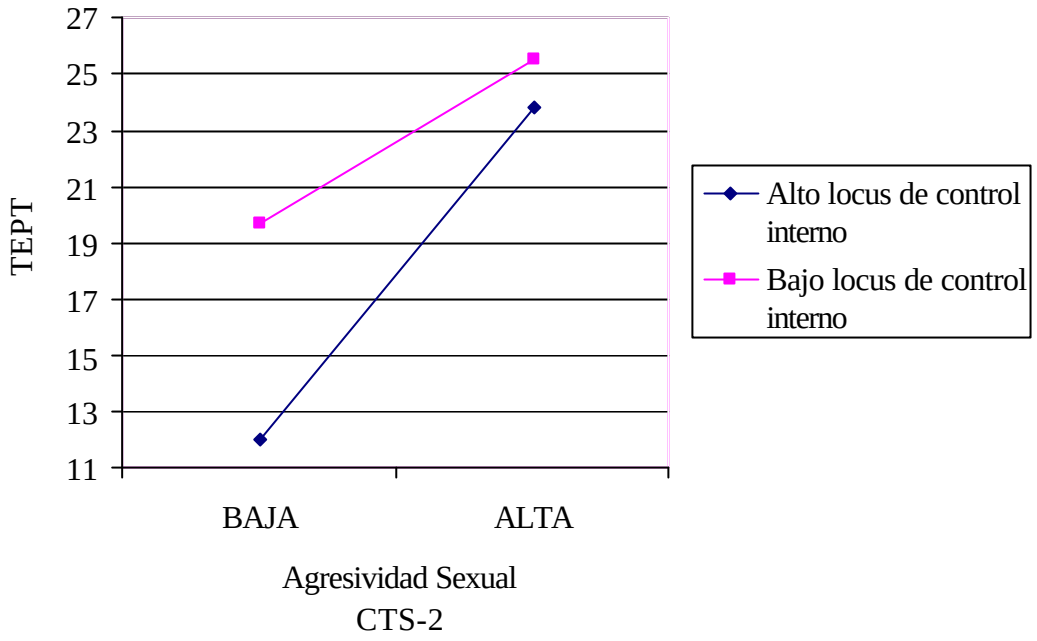
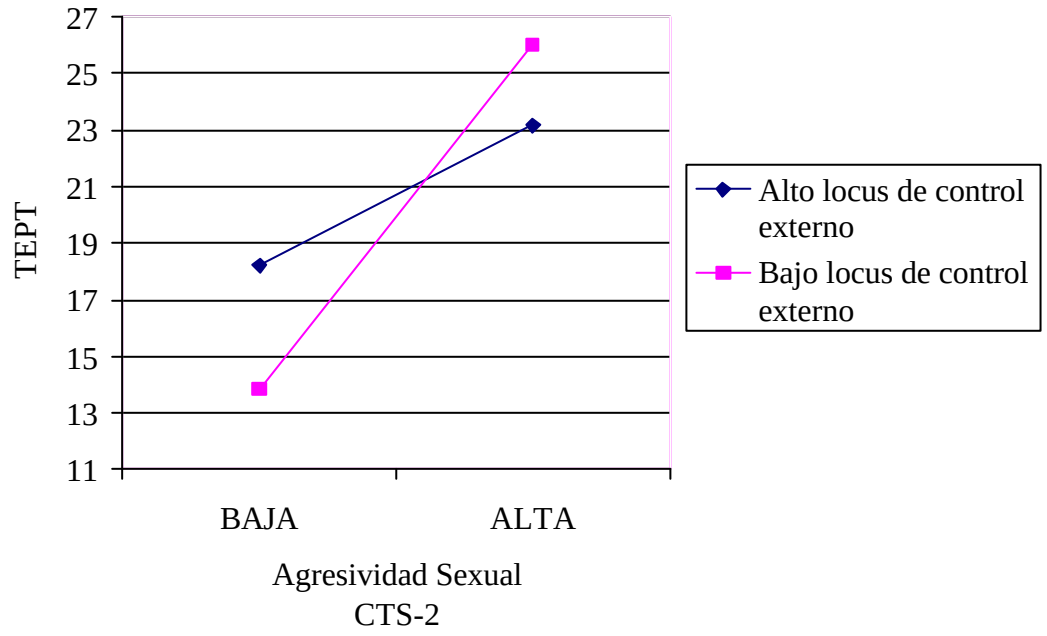


Figura 15. La agresividad sexual y el locus de control externo como predictores de los síntomas de TEPT.



Por último, siguiendo la misma estrategia de análisis, se estudio el papel moderador de los elementos cognitivos en el impacto del abuso psicológico y del maltrato psicológico sutil

en los síntomas de estrés postraumático (Tabla 32 y 33). Ninguna interacción obtuvo un coeficiente significativo.

Tabla 32. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el abuso psicológico (IAP) sufrido y los estilos cognitivos como predictores del estrés postraumático.

Abuso psicológico-ONP	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .19, $F(2,151)$ = 17.45**
Abuso Psicológico	2.61	0.96	.22	2.72*	
ONP	4.28	0.92	.35	4.65**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $F(1,150)$ = 1.97
Abuso Psicológico x ONP	-1.19	0.85	-.11	-1.40	
Abuso psicológico-Culpabilidad	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .14, $F(2,151)$ = 12.45**
Abuso Psicológico	2.59	0.98	.21	2.65*	
Culpabilidad	3.30	0.96	.27	3.42*	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 0.91
Abuso Psicológico x Culpabilidad	-0.82	0.85	-.07	-0.96	
Abuso psicológico-Imperfección	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .13, $F(2,151)$ = 11.46**
Abuso Psicológico	2.79	0.93	.23	3.00*	
Esquema Imperfección	3.10	0.94	.26	3.30**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 1.92
Abuso Psicológico x Imperfección	-1.25	0.90	-.11	-1.39	
Abuso psicológico-Autosacrificio	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .11, $F(2,151)$ = 9.37**
Abuso Psicológico	2.65	0.99	.22	2.68*	
Esquema Autosacrificio	2.32	0.98	.19	2.36*	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,150)$ = 0.20
Abuso Psicol. x Autosacrificio	0.39	0.87	.04	0.45	
Abuso psicológico-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .12, $F(2,151)$ = 10.50**
Abuso Psicológico	3.26	0.92	.27	3.53**	
LC Interno	-2.27	0.95	-.19	-2.39*	
Paso 2					ΔR^2 = .02, $\Delta F(1,150)$ = 2.55
Abuso Psicológico x LC Interno	1.51	0.95	.13	1.60	
Abuso psicológico-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,151)$ = 6.39*
Abuso Psicológico	3.38	0.97	.28	3.50**	
LC Externo	0.66	0.96	.06	0.69	
Paso 2					ΔR^2 = .004, $\Delta F(1,150)$ = 0.63

Abuso Psicológico x LC Externo	-0.72	0.91	-.06	-0.79	
Abuso psicológico-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .17, $F(2,151)$ = 15.90**
Abuso Psicológico	2.29	0.93	.19	2.48*	
Asertividad	-4.15	0.93	-.34	-4.44**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 2.25
Abuso Psicológico x Asertividad	1.13	0.75	.11	1.50	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

Tabla 33. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y los estilos cognitivos como predictores del estrés postraumático.

Maltrato psicológico –ONP	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .23, $F(2,151)$ = 22.11**
Maltrato Psicológico	3.75	0.98	.31	3.85**	
ONP	3.23	0.96	.27	3.37**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $F(1,150)$ = 1.35
Maltrato Psicológico x ONP	0.96	0.83	.09	1.16	
Maltrato psicol. –Culpabilidad	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .19, $F(2,151)$ = 17.19**
Maltrato Psicológico	4.08	1.04	.33	3.90**	
Culpabilidad	2.01	1.03	.16	1.95	
Paso 2					ΔR^2 = .003, $\Delta F(1,150)$ = 0.54
Maltrato Psicol. x Culpabilidad	0.67	0.91	.06	0.74	
Maltrato psicol.- Imperfección	*B*	*ET*	?	*T*	
Paso 1					R^2 = .19, $F(2,151)$ = 17.17**
Maltrato Psicológico	4.29	0.99	.35	4.34**	
Esquema Imperfección	1.90	0.99	.16	1.91	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,150)$ = 0.02
Maltrato Psicol. x Imperfección	0.15	0.99	.01	0.15	
Maltrato psicol.- Autosacrificio	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .19, $F(2,151)$ = 17.28**
Maltrato Psicológico	4.65	0.95	.38	4.91**	
Esquema Autosacrificio	1.85	0.94	.15	1.97	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 1.09
Maltrato Psicol. x Autosacrificio	0.96	0.92	.08	1.05	
Maltrato psicológico-LC Interno	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .21, $F(1,151)$ = 19.99**
Maltrato Psicológico	4.83	0.89	.39	5.42**	

LC Interno	-2.66	0.89	-.22	-2.99*	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,150)$ = 0.13
Maltrato Psicológico x LC Interno	-0.27	0.78	-.03	-0.35	
Maltrato psicológico-LC Externo	*B*	*ET*	ß	*T*	
Paso 1					R^2 = .16, $F(2,151)$ = 14.70**
Maltrato Psicológico	4.88	0.92	.40	5.30**	
LC Externo	0.09	0.91	.01	0.10	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 2.22
Maltrato Psicológico x LC Externo	1.31	0.88	.11	1.49	
Maltrato psicológico-Asertividad	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .24, $F(2,151)$ = 23.64**
Maltrato Psicológico	4.20	0.92	.34	4.58**	
Asertividad	-3.26	0.91	-.27	-3.60**	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 1.53
Maltrato Psicológico x Asertividad	-1.05	0.85	-.09	-1.24	

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

7.3.4 MEDIACIÓN COGNITIVA DE LOS DISTINTOS TIPOS DE MALTRATO EN LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

Para comprobar la hipótesis de que la relación entre los distintos tipos de maltrato y los síntomas psicológicos (depresión, ansiedad, estrés postraumático) estaba mediada cognitivamente se siguió el procedimiento recomendado por varios autores (Baron y Kenny, 1986; Frazier et al., 2004). En un primer paso, el maltrato debe estar significativamente asociado a los síntomas psicológicos. En un segundo paso, el maltrato debe estar asociado significativamente con las potenciales variables mediadoras. En el tercer paso, las variables cognitivas deben asociarse con los síntomas psicológicos cuando los efectos del maltrato están controlados. En este estudio el tercer paso se baso en un análisis de mediación múltiple y no de mediación simple porque los efectos significativos de un mediador en el análisis de mediación simple pueden estar explicados por otros mediadores del modelo (MacKinnon et al., 2001). El paso final consiste en mostrar que la fuerza de la asociación entre el maltrato y la sintomatología se reduce significativamente cuando los mediadores se añaden al modelo. Si la mediación es perfecta, el efecto del maltrato será nulo, mostrando que las cogniciones median completamente la relación. Si la asociación entre el maltrato y los síntomas psicológicos permanece significativa, las cogniciones son consideradas mediadores parciales.

7.3.4.1 Test de mediación cognitiva para los síntomas de depresión

La agresividad física y la agresividad sexual no estaban significativamente asociadas con la depresión, ß = .08, *t* (155) = 1.19, *p* >.05 y ß = .06, *t* (155) = 0.56, *p*>.05, respectivamente. No cumplían el primer criterio y por tanto no se siguió adelante con el test de mediación. En la tabla 34 se muestran los resultados de los análisis de mediación cognitiva en la asociación entre la agresividad psicológica sufrida y los síntomas de depresión. En el primer paso, la agresividad psicológica se asoció significativamente a la depresión. En el segundo paso, la agresividad psicológica se asoció significativamente con la orientación negativa a los problemas, la culpabilidad, el esquema de imperfección y la asertividad. Sin embargo, la agresividad psicológica no se asoció con el esquema de autosacrificio, el locus de control interno y externo. En el tercer paso, la agresividad psicológica y todas las variables cognitivas se introdujeron simultáneamente en la ecuación como variables predictoras. La culpabilidad, el locus de control interno, el locus de control externo y la asertividad no cumplieron el criterio de estar significativamente asociadas a la depresión. En este último paso, tal y como se aprecia en la tabla, el efecto de la agresividad psicológica no fue significativo, lo que indica una mediación total. Para evaluar de manera formal los efectos específicos indirectos, se utilizó el test de Sobel (Sobel, 1982) Los resultados de este test fueron significativos a *p* < .05 para orientación negativa a los problemas (*z* = 2.15). Sin embargo, el test de Sobel no fue significativo para el esquema de imperfección (*z* = 1.66, *p* >.05).

Tabla 34. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad psicológica sufrida (CTS-2) y los síntomas de depresión.

Variable Predictora	*B*	*ET*	ß	*T*		Variable Criterio
Paso 1					R^2 = .04, $F(1,154)$ = 6.18*	
Agr. Psicológica	0.22	0.09	.20	2.49*		Depresión
Paso 2						
Agr. Psicológica	0.12	0.05	.21	2.65*		ONP
Agr. Psicológica	0.20	0.06	.28	3.58**		Culpabilidad
Agr. Psicológica	0.11	0.05	.17	2.18*		E.Imperfección
Agr. Psicológica	0.05	0.05	.08	1.02 ns		E.Autosacrificio

Agr. Psicológica	-0.02	0.03	-.06	-0.70 ^{ns}		LC Interno
Agr. Psicológica	0.02	0.04	.04	0.44 ^{ns}		LC Externo
Agr. Psicológica	-0.09	0.04	-.17	-2.16*		Asertividad
Paso 3					R^2 = .50, F(8,147)= 18.28**	
Agr. Psicológica	0.01	0.07	.01	0.18 ^{ns}		Depresión
ONP	0.77	0.16	.40	4.72**		Depresión
Culpabilidad	0.25	0.13	.16	1.88 ^{ns}		Depresión
Esq. Imperfec.	0.38	0.15	.23	2.51*		Depresión
Esq. Autosacri	0.40	0.10	.24	2.84**		Depresión
LC Interno	-0.05	0.19	-.02	-0.29 ^{ns}		Depresión
LC Externo	-0.03	0.16	-.01	-0.17 ^{ns}		Depresión
Asertividad	-0.15	0.14	.02	0.22 ^{ns}		Depresión

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

A continuación, se llevó a cabo un análisis de mediación cognitiva para la relación entre el abuso psicológico medido con el IAP y la depresión. La tabla 35 muestra los resultados. En el primer paso, la asociación entre el abuso psicológico y la depresión fue significativa. En el segundo, el abuso psicológico se asoció significativamente con la orientación negativa a los problemas, la culpabilidad, el esquema de imperfección, el esquema de autosacrificio, el locus de control externo y la asertividad. Sin embargo la relación entre el abuso psicológico y el locus de control interno no resultó significativa. En el tercer paso el locus de control interno, externo y la asertividad no cumplieron el criterio de estar significativamente asociadas a la depresión. En este último paso el efecto del abuso psicológico no fue significativo, lo que indica una mediación total. Los resultados sugieren que la asociación entre el abuso psicológico y la depresión se explica en buena medida por las variables cognitivas mencionadas (Orientación negativa a los problemas, culpabilidad, esquema de imperfección y el esquema de autosacrificio). El test de Sobel mostró que sólo la orientación negativa a los problemas, la culpabilidad y el esquema de autosacrificio explicaron la influencia del abuso psicológico en la depresión (z = 2,94, p <.01; z = 2,05, p < .05, y z = 2,54, p <0.05, respectivamente).

Tabla 35. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre el abuso psicológico sufrido (IAP) y los síntomas de depresión.

Variable Predictora	*B*	*ET*	ß	*t*		Variable Criterio
Paso 1					R^2 = .06, $F(1,154)$ = 8.99*	
Abuso Psicológ.	0.16	0.05	.24	3.00*		Depresión
Paso 2						
Abuso Psicológ	0.11	0.03	.32	4.11**		ONP
Abuso Psicológ	0.16	0.03	.36	4.76**		Culpabilidad
Abuso Psicológ	0.09	0.03	.23	2.97*		E.Imperfección
Abuso Psicológ	0.10	0.03	.24	3.00*		E.Autosacrificio
Abuso Psicológ	-0.01	0.02	-.04	-0.44 ^{ns}		LC Interno
Abuso Psicológ	0.05	0.02	.16	1.99*		LC Externo
Abuso Psicológ	-0.09	0.03	-.27	-3.54**		Asertividad
Paso 3					R^2 = .50, $F(8,147)$= 18.55**	
Abuso Psicológ	-0.05	0.05	-.07	-1.06 ^{ns}		Depresión
ONP	0.79	0.16	.41	4.83**		Depresión
Culpabilidad	0.29	0.13	.19	2.17*		Depresión
Esq. Imperfecc.	0.36	0.15	.22	2.41*		Depresión
Esq. Autosacri	0.43	0.11	.26	4.02**		Depresión
LC Interno	-0.05	0.18	-.02	-0.29 ^{ns}		Depresión
LC Externo	-0.02	0.15	-.01	-0.10 ^{ns}		Depresión
Asertividad	0.02	0.16	.01	0.09 ^{ns}		Depresión

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

La tabla 36 muestra los resultados de la mediación cognitiva en la asociación entre el maltrato psicológico sutil y la depresión. En el primer paso, el maltrato psicológico sutil se asoció con la depresión. En el segundo, el maltrato psicológico sutil se asoció con todas las variables cognitivas excepto con el locus de control interno y externo. En el tercer paso la orientación negativa a los problemas, el esquema de imperfección y el esquema de autosacrificio se asociaron a la depresión. En este paso, el maltrato psicológico sutil no fue significativo indicando una mediación de las variables cognitivas total. Los resultados del test de Sobel fueron significativos para la orientación negativa hacia los problemas (z = 4.71, $p <$ .001), la culpabilidad (z = 4.34, $p <$ .001) y el esquema de imperfección (z = 3.84, $p <$ .001).

Tabla 36. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre el maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y los síntomas de depresión.

Variable Predictora	*B*	*ET*	ß	*T*		Variable Criterio
Paso 1					R^2 =.20, $F(1,154)$ = 38.45**	
Maltrato Psicológ	0.16	0.03	.45	6.20**		Depresión
Paso 2						
Maltrato Psicológ	2.27	0.40	.42	5.70**		ONP
Maltrato Psicológ	2.13	0.30	.49	7.02**		Culpabilidad
Maltrato Psicológ	1.67	0.36	.35	4.68**		E.Imperfección
Maltrato Psicológ	0.97	0.37	.21	2.62*		E.Autosacrificio
Maltrato Psicológ	-0.25	0.59	-.03	-0.43 ^{ns}		LC Interno
Maltrato Psicológ	0.01	0.52	.15	1.93 ^{ns}		LC Externo
Maltrato Psicológ	-1.49	0.44	-.26	-3.40*		Asertividad
Paso 3					R^2 = .51, $F(8,147)$= 18.87**	
Maltrato Psicológ	0.04	0.03	.11	1.56 ^{ns}		Depresión
ONP	0.73	0.16	.38	4.47**		Depresión
Culpabilidad	0.18	0.13	.12	1.35 ^{ns}		Depresión
Esq. Imperfecc.	0.36	0.15	.22	2.54*		Depresión
Esq. Autosacri	0.36	0.11	.22	3.35**		Depresión
LC Interno	-0.04	0.18	-.01	-0.19 ^{ns}		Depresión
LC Externo	-0.02	0.15	-.01	-0.15 ^{ns}		Depresión
Asertividad	0.04	0.16	.02	0.23 ^{ns}		Depresión

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

7.3.4.2. <u>Test de mediación cognitiva para los síntomas de ansiedad</u>

Se siguió el mismo procedimiento para estudiar si las variables cognitivas mediaban la relación entre los distintos tipos de maltrato y los síntomas de ansiedad. En primer lugar se evaluó el papel mediador de las variables cognitivas en la relación entre la agresividad física sufrida y los síntomas de ansiedad. Los resultados se presentan en la Tabla 37. Como puede observarse, en el primer paso, la agresividad física se asoció significativamente con la ansiedad. En el segundo la agresividad física se relacionó solamente con la culpabilidad. En el

tercer paso, al introducir tanto la agresividad física como las variables cognitivas, la agresividad física continúo asociándose a los síntomas de ansiedad, y ninguna de las variables cognitivas que se asociaron con la agresividad física en el paso 2 obtuvo un coeficiente significativo en el paso 3. Por lo tanto, no hay mediación.

Tabla 37. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad física sufrida y los síntomas de ansiedad.

Variable Predictora	*B*	*ET*	ß	*t*		Variable Criterio
Paso 1					R^2= .06, $F(1,153)$ = 9.16*	
Agr. Física	0.16	0.05	.24	3.03*		Ansiedad
Paso 2						
Agr. Física	0.05	0.03	.11	1.42 ns		ONP
Agr. Física	0.15	0.04	.27	3.53**		Culpabilidad
Agr. Física	0.06	0.04	.13	1.56 ns		E.Imperfección
Agr. Física	-0.05	0.04	-.10	-1.30 ns		E.Autosacrificio
Agr. Física	-0.04	0.03	-.14	-1.76 ns		LC Interno
Agr. Física	0.01	0.03	.04	0.47 ns		LC Externo
Agr. Física	-0.03	0.03	-.08	-0.95 ns		Asertividad
Paso 3					R^2= .32, $F(8,146)$ = 8.49**	
Agr. Física	0.08	0.03	.18	2.41*		Ansiedad
ONP	0.66	0.16	.41	4.03**		Ansiedad
Culpabilidad	-0.03	0.13	-.02	-0.25 ns		Ansiedad
Esq. Imperfección	0.12	0.15	.09	0.82 ns		Ansiedad
Esq. autosacrificio	0.26	0.10	.19	2.58*		Ansiedad
LC Interno	0.07	0.19	.03	0.38 ns		Ansiedad
LC Externo	-0.08	0.15	-.04	-0.51 ns		Ansiedad
Asertividad	-0.15	0.16	-.09	-0.96		Ansiedad

Los resultados de la mediación cognitiva en la relación entre la agresividad psicológica sufrida y los síntomas de ansiedad se presentan en la tabla 38. La única variable cognitiva que cumplió los criterios fue la orientación negativa a los problemas que se asoció significativamente tanto con la agresividad psicológica como con los síntomas de ansiedad. En el tercer paso, la agresividad psicológica seguía siendo significativa pero el coeficiente de

regresión no estandarizado de la agresividad psicológica en la ansiedad bajó de 0.28 a 0.17 en el tercer paso, lo que indica que un 39.28% de la variabilidad en la relación entre la agresividad psicológica y los síntomas de ansiedad se explica en función de los mediadores cognitivos. El test de Sobel para la orientación negativa a los problemas fue significativo (z = 2.04, $p < .05$) indicando una mediación parcial.

Tabla 38. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad psicológica sufrida (CTS-2) y los síntomas de ansiedad.

Variable Predictora	*B*	*ET*	?	*T*		Variable criterio
Paso 1					R^2= .09, F(1,153) = 15.74**	
Agr. Psicológica	0.28	0.07	.31	3.97**		Ansiedad
Paso 2						
Agr. Psicológica	0.12	0.05	.21	2.65*		ONP
Agr. Psicológica	0.20	0.06	.28	3.58**		Culpabilidad
Agr. Psicológica	0.11	0.05	.17	2.18*		E.Imperfección
Agr. Psicológica	0.05	0.05	.08	1.02 ns		E.Autosacrificio
Agr. Psicológica	-0.02	0.03	-.06	-0.70 ns		LC Interno
Agr. Psicológica	0.02	0.04	.04	0.44 ns		LC Externo
Agr. Psicológica	-0.09	0.04	-.17	-2.16*		Asertividad
Paso 3					R^2 = .32, F(8,146)= 8.66**	
Agr. Psicológica	0.17	0.07	.19	2.61*		Ansiedad
ONP	0.62	0.16	.39	3.82**		Ansiedad
Culpabilidad	-0.04	0.13	-.03	-0.29 ns		Ansiedad
Esq Imperfección	0.14	0.15	.10	0.97 ns		Ansiedad
Esq. Autosacrifici	0.25	0.10	.18	2.52*		Ansiedad
LC Interno	-0.03	0.18	-.01	-0.15 ns		Ansiedad
LC Externo	-0.08	0.15	-.04	-0.55 ns		Ansiedad
Asertividad	-0.10	0.15	-.06	-0.63 ns		Ansiedad

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control. * $p < .05$; ** $p < .001$

A continuación, se estudio el papel mediador de las variables cognitivas en la relación entre la agresividad sexual sufrida y los síntomas de ansiedad. Los resultados, que se presentan en la tabla 39, muestran que la agresividad sexual sufrida se asocia con la ansiedad en el paso 1. En el paso 2, la agresividad sexual se asoció con la culpabilidad, el esquema de imperfección, el locus de control externo e interno y la asertividad. En el tercer paso la

agresividad sexual sufrida continúo prediciendo significativamente los síntomas de ansiedad y ninguna de las variables cognitivas que se asociaron con la agresividad física en el paso 2 obtuvo un coeficiente significativo en el paso 3. Por lo tanto, no hay mediación.

Tabla 39. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad sexual sufrida (CTS-2) y los síntomas de ansiedad.

Variable Predictora	*B*	*ET*	ß	*t*		Variable Criterio
Paso 1					R^2= .04, F(1,153) = 6.42*	
Agr. Sexual	0.20	0.08	.20	2.53*		Ansiedad
Paso 2						
Agr. Sexual	0.09	0.05	.14	1.79 ns		ONP
Agr. Sexual	0.19	0.06	.24	3.04*		Culpabilidad
Agr. Sexual	0.14	0.06	.19	2.45*		E.Imperfección
Agr. Sexual	-0.05	0.04	-.10	-1.30 ns		E.Autosacrificio
Agr. Sexual	-0.08	0.04	-.16	-2.04*		LC Interno
Agr. Sexual	0.09	0.04	.17	2.11*		LC Externo
Agr. Sexual	-0.11	0.05	-.18	-2.29*		Asertividad
Paso 3					R^2= .31, F(8,146) = 8.18**	
Agr. Sexual	0.15	0.07	.15	2.03*		Ansiedad
ONP	0.69	0.17	.43	4.16**		Ansiedad
Culpabilidad	-0.02	0.13	-.16	-0.16 ns		Ansiedad
Esq.Imperfecció	0.12	0.15	.08	0.80 ns		Ansiedad
Esq. Autosacrifici	0.29	0.10	.21	2.84*		Ansiedad
LC Interno	-0.04	0.18	-.02	-0.19 ns		Ansiedad
LC Externo	-0.14	0.15	-.07	-0.91 ns		Ansiedad
Asertividad	-0.08	0.16	-.05	-0.51 ns		Ansiedad

Los resultados de las regresiones realizadas para estudiar la mediación cognitiva entre el abuso psicológico recibido y los síntomas de ansiedad se presentan en la tabla 40. El abuso psicológico predijo la ansiedad en el paso uno. En el segundo paso, el abuso se asoció significativamente a todas las variables potencialmente mediadoras excepto el locus de control interno. Por último, en el paso 3, al introducir juntas las variables mediadoras con el abuso psicológico, solamente la orientación negativa a los problemas y el esquema de autosacrificio fueron significativos. En este punto el abuso psicológico arrojó un coeficiente

no significativo, lo que indica una mediación total. El test de Sobel sólo fue significativo para la orientación negativa a los problemas ($z = 2.56$, $p < .05$).

Tabla 40. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre el abuso psicológico sufrido (IAP) y los síntomas de ansiedad.

Variable Predictora	*B*	*ET*	?	*t*		Variable criterio
Paso 1					R^2 = .10, $F(1,153)$= 17.02**	
Abuso Psicológ.	0.18	0.04	.32	4.13**		Ansiedad
Paso 2						
Abuso Psicológ	0.11	0.03	.32	4.11**		ONP
Abuso Psicológ	0.16	0.03	.36	4.76**		Culpabilidad
Abuso Psicológ	0.09	0.03	.23	2.97*		E.Imperfección
Abuso Psicológ	0.10	0.03	.24	3.00*		E.Autosacrificio
Abuso Psicológ	-0.01	0.02	-.04	-0.44 ns		LC Interno
Abuso Psicológ	0.05	0.02	.16	1.99*		LC Externo
Abuso Psicológ	-0.09	0.03	-.27	-3.54**		Asertividad
Paso 3					R^2 = .30, $F(8,146)$= 7.91**	
Abuso Psicológ	0.07	0.04	.13	1.59 ns		Ansiedad
ONP	0.61	0.17	.38	3.70**		Ansiedad
Culpabilidad	-0.02	0.13	-.01	-0.13 ns		Ansiedad
Esq. Imperfecc.	0.14	0.15	.11	1.01 ns		Ansiedad
Esq. Autosacri	0.23	0.11	.17	2.23*		Ansiedad
LC Interno	-0.06	0.18	-.03	-0.34 ns		Ansiedad
LC Externo	-0.13	0.15	-.07	-0.83 ns		Ansiedad
Asertividad	-0.09	0.16	-.05	-0.56 ns		Ansiedad

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

Para estudiar la posible mediación cognitiva en la relación entre el maltrato psicológico sutil y los síntomas de ansiedad se siguió el mismo procedimiento, cuyos resultados se muestran en la tabla 41. En el primer paso el maltrato psicológico sutil se asoció a la ansiedad. En el segundo, el maltrato predijo la orientación negativa a los problemas, la culpabilidad, los esquemas de imperfección y autosacrificio y la asertividad. En el tercer paso solo la orientación negativa a los problemas predijo la ansiedad. El coeficiente de regresión no estandarizado del maltrato psicológico sutil bajo de 0.13 a 0.08 en el tercer paso, mostrando que un 38,46% de la varianza en la relación entre el maltrato psicológico sutil y los síntomas

de ansiedad esta cognitivamente mediado. El test de sobel para la orientación negativa a los problemas fue significativo (z = 4,60, p < .001).

Tabla 41. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre el maltrato psicológico sutil sufrido (SOPAS) y los síntomas de ansiedad.

Variable Predictora	*B*	*ET*	ß	*t*		Variable criterio
Paso 1					R^2 =.20,F(1,153) = 39.22**	
Maltrato Psicológ	0.13	0.02	.45	6.26**		Ansiedad
Paso 2						
Maltrato Psicológ	2.27	0.40	.42	5.70**		ONP
Maltrato Psicológ	2.13	0.30	.49	7.02**		Culpabilidad
Maltrato Psicológ	1.67	0.36	.35	4.68**		E.Imperfección
Maltrato Psicológ	0.97	0.37	.21	2.62*		E.Autosacrificio
Maltrato Psicológ	-0.25	0.59	-.03	-0.43 ns		LC Interno
Maltrato Psicológ	0.01	0.52	.15	1.93 ns		LC Externo
Maltrato Psicológ	-1.49	0.44	-.26	-3.40*		Asertividad
Paso 3					R^2 = .34, F(8,146)= 9.35**	
Maltrato Psicológ	0.08	0.02	.27	3.28**		Ansiedad
ONP	0.55	0.16	.34	3.35**		Ansiedad
Culpabilidad	-0.10	0.13	-.08	-0.81 ns		Ansiedad
Esq. Imperfecc.	0.14	0.14	.10	0.96 ns		Ansiedad
Esq. Autosacri	0.19	0.10	.14	1.84 ns		Ansiedad
LC Interno	-0.01	0.18	.00	-0.04 ns		Ansiedad
LC Externo	-0.09	0.15	-.05	-0.62 ns		Ansiedad
Asertividad	-0.11	0.13	-.07	-0.87 ns		Ansiedad

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* p < .05; ** p < .001

7.3.4.3 Test de mediación cognitiva para los síntomas de estrés postraumático

En la tabla 42 se presentan los resultados de los análisis realizados para comprobar la mediación cognitiva en la relación entre la agresividad física recibida y los síntomas de estrés postraumático. En el primer paso la agresividad física predijo significativamente el estrés postraumático. En el segundo paso la agresividad física se relacionó significativamente con la

culpabilidad y en el tercer paso siguió siendo significativa la relación entre la agresividad física sufrida y el TEPT. Además la culpabilidad, que se asoció con la agresividad física en el paso 2, obtuvo un coeficiente no significativo en el paso 3. Por lo tanto, no hay mediación.

Tabla 42. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad física sufrida (CTS-2) y los síntomas de estrés postraumático.

Variable Predictora	*B*	*ET*	ß	*T*		Variable criterio
Paso 1					R^2= .08, F(1,152) = 12.69**	
Agr. Física	0.28	0.08	.28	3.56**		TEPT
Paso 2						
Agr. Física	0.05	0.03	.11	1.42 ns		ONP
Agr. Física	0.15	0.04	.27	3.53**		Culpabilidad
Agr. Física	0.06	0.04	.13	1.56 ns		E.Imperfección
Agr. Física	-0.05	0.04	-.10	-1.30 ns		E.Autosacrificio
Agr. Física	-0.04	0.03	-.14	-1.76 ns		LC Interno
Agr. Física	0.01	0.03	.04	0.47 ns		LC Externo
Agr. Física	-0.03	0.03	-.08	-0.95 ns		Asertividad
Paso 3					R^2= .36, F(8,145) = 9.99**	
Agr. Física	0.21	0.07	.21	2.94*		TEPT
ONP	0.70	0.23	.30	3.05*		TEPT
Culpabilidad	0.23	0.19	.12	1.21 ns		TEPT
Esq.Imperfección	0.08	0.21	.04	0.39 ns		TEPT
Esq.Autosacrificio	0.55	0.15	.27	3.70**		TEPT
LC Interno	-0.70	0.26	-.22	-2.68*		TEPT
LC Externo	-0.32	0.22	-.11	-1.47 ns		TEPT
Asertividad	-0.15	0.22	-.06	-0.65 ns		TEPT

TEPT = Trastorno de estrés postraumático; ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* p < .05; ** p < .001

Siguiendo los mismos pasos, se estudió la posible mediación cognitiva en la asociación entre la agresividad psicológica y los síntomas de estrés postraumático (tabla 43). En el primer paso la agresividad psicológica y el estrés postraumático se asociaron significativamente. En el segundo paso, la agresividad psicológica predijo significativamente la orientación negativa a los problemas, la culpabilidad, el esquema de imperfección y la asertividad. No obstante, no se asoció significativamente con el resto de las variables

cognitivas. En el tercer paso, la orientación negativa a los problemas predijo los síntomas de estrés postraumático pero la culpabilidad, el esquema de imperfección y la asertividad no obtuvieron un coeficiente significativo. Aparte de éstos, el esquema de autosacrificio y el locus de control interno (negativamente) se asociaron significativamente con el estrés postraumático. En este punto la agresividad psicológica siguió siendo significativa lo que indica una mediación parcial. El coeficiente de regresión no estandarizado de agresividad psicológica bajó de 0.10 a 0.06 en el tercer paso, indicando que un 40% de la varianza en la relación entre la agresividad psicológica y los síntomas de estrés postraumático se explican en función de la mediación cognitiva conjunta. Sin embargo, el test de Sobel no fue significativo para la orientación negativa a los problemas (z = 1,81, p >.05).

Tabla 43. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad psicológica sufrida (CTS-2) y los síntomas de estrés postraumático.

Variable Predictora	*B*	*ET*	ß	*T*		Variable criterio
Paso 1					R^2= .12, F(1,152) = 19.83**	
Agr. Psicológica	0.47	0.11	.34	4.45**		TEPT
Paso 2						
Agr. Psicológica	0.12	0.05	.21	2.65*		ONP
Agr. Psicológica	0.20	0.06	.28	3.58**		Culpabilidad
Agr. Psicológica	0.11	0.05	.17	2.18*		E.Imperfección
Agr. Psicológica	0.05	0.05	.08	1.02 ns		E.Autosacrificio
Agr. Psicológica	-0.02	0.03	-.06	-0.70 ns		LC Interno
Agr. Psicológica	0.02	0.04	.04	0.44 ns		LC Externo
Agr. Psicológica	-0.09	0.04	-.17	-2.16*		Asertividad
Paso 3					R^2 = .35, F(8,145)= 9.86**	
Agr. Psicológica	0.27	0.10	.20	2.81*		TEPT
ONP	0.63	0.23	.27	2.76*		TEPT
Culpabilidad	0.30	0.18	.15	1.57 ns		TEPT
Esq Imperfección	0.07	0.21	.03	0.31 ns		TEPT
Esq.Autosacrificio	0.46	0.15	.22	3.10*		TEPT
LC Interno	-0.78	0.26	-.25	-3.02*		TEPT
LC Externo	-0.34	0.22	-.12	-1.56 ns		TEPT
Asertividad	-0.11	0.22	-.05	-0.51 ns		TEPT

TEPT = Trastorno de estrés postraumático; ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

En cuanto a la agresividad sexual, el primer paso de los análisis realizados para comprobar la hipótesis de que su asociación con el estrés postraumático está mediada cognitivamente, la agresividad sexual se asoció significativamente a los síntomas de estrés postraumático. En el segundo paso, la agresividad sexual se asoció con la culpabilidad, el esquema de imperfección, el locus de control interno, externo y la asertividad. En el tercer paso, la agresividad sexual y las variables cognitivas se introdujeron simultáneamente en la ecuación como variables predictoras. La orientación negativa a los problemas, el esquema de autosacrificio y el locus de control interno predijeron los síntomas de estrés postraumático, mientras que la culpabilidad, el esquema de imperfección, el locus de control externo y la asertividad no lo hicieron. En este punto la agresividad sexual siguió asociándose de forma significativa a los síntomas de estrés postraumático pero su coeficiente de regresión no estandarizado bajo de 0.51 a 0.40 en el tercer paso, indicando que el locus de control interno actúa como un mediador parcial y que el 21.56% de la varianza en la relación entre la agresividad sexual y los síntomas de estrés postraumático se explica en función de la mediación cognitiva. Sin embargo, el test de Sobel no fue significativo para el locus de control interno ($z = 1.63$, $p > .05$).

Tabla 44. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre la agresividad sexual sufrida (CTS-2) y los síntomas de estrés postraumático.

Variable Predictora	*B*	*ET*	ß	*T*		Variable criterio
Paso 1					$R^2 = .11, F(1,152) = 19.51$**	
Agr. Sexual	0.51	0.11	.34	4.42**		TEPT
Paso 2						
Agr. Sexual	0.09	0.05	.14	1.79 ns		ONP
Agr. Sexual	0.19	0.06	.24	3.04*		Culpabilidad
Agr. Sexual	0.14	0.06	.19	2.45*		E.Imperfección
Agr. Sexual	-0.05	0.04	-.10	-1.30 ns		E.Autosacrificio
Agr. Sexual	-0.08	0.04	-.16	-2.04*		LC Interno
Agr. Sexual	0.09	0.04	.17	2.11*		LC Externo
Agr. Sexual	-0.11	0.05	-.18	-2.29*		Asertividad
Paso 3					$R^2 = .38, F(8,145) = 11.12$**	
Agr. Sexual	0.40	0.10	.27	3.85**		TEPT

ONP	0.73	0.33	.31	3.27**	TEPT
Culpabilidad	0.26	0.18	.14	1.46 ns	TEPT
Esq.Imperfección	0.04	0.21	.02	0.17 ns	TEPT
Esq.Autosacrificio	0.56	0.15	.27	3.87**	TEPT
LC Interno	-0.73	0.26	-.23	-2.85*	TEPT
LC Externo	-0.42	0.21	-.15	-1.95 ns	TEPT
Asertividad	-0.06	0.22	-.02	-0.26 ns	TEPT

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

Respecto a los análisis realizados para estudiar la mediación cognitiva entre el abuso psicológico y el estrés postraumático (tabla 45), en el primer paso el abuso psicológico se asoció significativamente a los síntomas de estrés postraumático. En el segundo paso, el abuso psicológico predijo significativamente la orientación negativa a los problemas, la culpabilidad, los esquemas de imperfección y autosacrificio, el locus de control externo y la asertividad. El locus de control interno no se asoció con el abuso psicológico. En el tercer paso, la orientación negativa a los problemas, el esquema de autosacrificio y el locus de control interno predijeron significativamente los síntomas de estrés postraumático, mientras que la culpabilidad, el esquema de imperfección, el locus de control externo y la asertividad no lo hicieron. En este punto el abuso psicológico no obtuvo un coeficiente significativo lo que sugiere una mediación total de las variables cognitivas de orientación negativa a los problemas y el esquema de autosacrificio. El test de Sobel sólo fue significativo para la orientación negativa a los problemas ($z = 2.13$, $p < .05$). La relación indirecta a través del esquema de autosacrificio no fue significativa ($z = 1.82$, $p > .05$).

Tabla 45. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre el abuso psicológico sufrido (IAP) y los síntomas de estrés postraumático.

Variable predictora		ET	ß	*T*	Variable criterio
Paso 1				$R^2 = .09$, $F(1,152) = 14.86$**	
Abuso Psicológ.	0.25	0.06	.30	3.86**	TEPT
Paso 2					
Abuso Psicológ	0.11	0.03	.32	4.11**	ONP
Abuso Psicológ	0.16	0.03	.36	4.76**	Culpabilidad
Abuso Psicológ	0.09	0.03	.23	2.97*	E.Imperfección
Abuso Psicológ	0.10	0.03	.24	3.00*	E.Autosacrificio

Abuso Psicológ	-0.01	0.02	-.04	-0.44 ns	LC Interno
Abuso Psicológ	0.05	0.02	.16	1.99*	LC Externo
Abuso Psicológ	-0.09	0.03	-.27	-3.54**	Asertividad
Paso 3				R^2 = .53, F(7,146)=7.96**	
Abuso Psicológ	0.07	0.07	.09	1.10 ns	TEPT
ONP	0.63	0.24	.27	2.70*	TEPT
Culpabilidad	0.34	0.19	.18	1.77 ns	TEPT
Esq. Imperfección	0.07	0.22	.04	0.33 ns	TEPT
Esq. Autosacri	0.47	0.16	.23	2.99*	TEPT
LC Interno	-0.84	0.27	-.26	-3.16*	TEPT
LC Externo	-0.39	0.22	-.14	-1.74 ns	TEPT
Asertividad	-0.11	0.23	-.05	-0.48 ns	TEPT

ONP = Orientación negativa a los problemas, LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

Por último, se utilizó el mismo procedimiento para analizar la mediación cognitiva en la asociación entre el maltrato psicológico sutil y los síntomas de estrés postraumático (tabla 46). Primero, el maltrato sutil se asoció significativamente con el estrés postrauma. En el segundo paso, el maltrato psicológico sutil predijo significativamente todas las variables cognitivas excepto el locus de control interno y externo. En el tercer paso, la orientación negativa a los problemas y el esquema de autosacrificio predijeron significativamente el estrés postraumático, mientras que el resto de variables cognitivas no lo hicieron. En este tercer paso el maltrato psicológico sutil seguía prediciendo el estrés postraumático significativamente pero su coeficiente de regresión se redujo de 0.18 a 0.08, lo cual sugiere una mediación cognitiva parcial y que el 55.55% de la varianza en la relación entre el maltrato psicológico sutil y el estrés postraumático se explica en función de los mediadores cognitivos. El test de significación de los mediadores cognitivos mostró que sólo la orientación negativa a los problemas explicó la influencia del maltrato psicológico en el estrés postraumático (z = 3.52, $p < .001$).

Tabla 46. Análisis de regresión para la mediación cognitiva entre el maltrato psicológico sutil sufrido (SOPAS) y los síntomas de estrés postraumático.

Variable Predictora	*B*	*ET*	ß	*t*		Variable criterio
Paso 1					R^2 =.16, $F(1,152) = 29.56$**	
Maltrato Psicológ	0.18	0.03	.40	5.44**		TEPT
Paso 2						
Maltrato Psicológ	2.27	0.40	.42	5.70**		ONP
Maltrato Psicológ	2.13	0.30	.49	7.02**		Culpabilidad
Maltrato Psicológ	1.67	0.36	.35	4.68**		E.Imperfección
Maltrato Psicológ	0.97	0.37	.21	2.62*		E.Autosacrificio
Maltrato Psicológ	-0.25	0.59	-.03	-0.43 ns		LC Interno
Maltrato Psicológ	0.01	0.52	.15	1.93 ns		LC Externo
Maltrato Psicológ	-1.49	0.44	-.26	-3.40*		Asertividad
Paso 3					R^2 = .34, $F(8,145)$= 9.22**	
Maltrato Psicológ	0.08	0.04	.17	2.10*		TEPT
ONP	0.58	0.23	.25	2.49*		TEPT
Culpabilidad	0.26	0.19	.14	1.34 ns		TEPT
Esq. Imperfecc.	0.05	0.21	.25	0.24 ns		TEPT
Esq. Autosacri	0.42	0.16	.20	2.66*		TEPT
LC Interno	-0.79	0.26	-.25	-3.01 ns		TEPT
LC Externo	-0.37	0.22	-.13	-1.66 ns		TEPT
Asertividad	-0.13	0.23	-.06	-0.26 ns		TEPT

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

* $p < .05$; ** $p < .001$

7.3.5. EL APOYO SOCIAL COMO MODERADOR DEL IMPACTO DEL MALTRATO EN LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

En este apartado se estudió el posible papel moderador del apoyo social en la relación entre los distintos tipos de maltrato experimentados por las mujeres y los síntomas psicológicos. En el apoyo social se diferenció el apoyo social formal e informal. A su vez, el apoyo informal se dividió en apoyo de una persona especial, de la familia y de las relaciones sociales.

7.3.5.1. El apoyo social como moderador del impacto del maltrato en los síntomas de depresión

7.3.5.1.1 El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad física en los síntomas depresión.

Para estudiar el papel del apoyo social en la relación entre la agresividad física sufrida y la depresión se emplearon modelos de regresión múltiple jerárquica (un modelo para cada tipo de apoyo). En el primer paso se introdujeron el maltrato físico y el apoyo social como variables predictoras. Siguiendo el procedimiento recomendado por Frazier, Tix y Barron (2004) las puntuaciones del maltrato físico y del apoyo social se transformaron en puntuaciones Z para reducir los problemas de multicolinealidad entre las variables en la ecuación de regresión. En un segundo paso se introdujo la interacción entre las dos variables anteriores.

La primera regresión se centro en el papel del apoyo de una persona especial como moderador de la agresividad física. Los resultados recogidos en la tabla 47 muestran cómo la interacción agresividad física x apoyo de una persona especial actúa como un predictor significativo de los síntomas de depresión. Asimismo, también fueron significativas la interacción agresividad física x apoyo social y agresividad física x apoyo social total. Sin embargo, el apoyo familiar y el formal no actuaron como moderadores de la relación entre la agresividad física y los síntomas de depresión.

Tabla 47. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad física sufrida (CTS-2) y el apoyo social como predictores de los síntomas de depresión.

Agr. física-Persona especial	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = ,094, $F(2,152) = 7.13$**
Agresividad Física	1.65	0.80	.17	2.08*	
Apoyo Persona Especial	-2.56	0.76	-.26	-3.38**	
Paso 2					ΔR^2 = .042, $F(1,151) = 5.30$*
Agr. Física x Ap. Persona especial	-1.46	0.54	-.22	-2.71*	
Agresividad Física-Sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .04, $F(2,152) = 3.04$
Agresividad Física	1.50	0.81	.15	1.86	
Apoyo Social	-1.40	0.78	-.14	-1.80	
Paso 2					ΔR^2 =.051, $\Delta F(1,151) = 8.45$*

Agr. Física x Apoyo Sociales	-1.83	0.63	-.24	-2.91*	
Agresividad física-Apoyo familia	*B*	*ET*	?	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .01, $F(2,152)$ = 1.01
Agresividad Física	0.81	0.80	.08	1.01	
Apoyo familia	-0.80	0.80	-.08	-0.99	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,151)$ =0.01
Agr. física x Apoyo familia	-0.03	0.82	-.00	-0.04	
Agresividad física-Apoyo formal	*B*	*ET*	?	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .01, $F(2,152)$ = 0.44
Agresividad Física	1.44	0.85	.14	1.70	
Apoyo formal	-0.17	0.81	-.02	-0.21	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,151)$ = 1.03
Agr. física x Apoyo formal	-1.25	0.71	-.15	-1.75	
Agresividad física-Apoyo total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .07, $F(2,152)$ = 5.92*
Agresividad Física	1.12	0.81	.11	1.39	
Apoyo total	-2.37	0.77	-.24	-3.06*	.
Paso 2					ΔR^2 = .02, $\Delta F(1,151)$ = 2.47
Agr. física x Apoyo total	-1.08	0.69	-.13	-1.57	

* $p < .05$; ** $p < .001$

Para ilustrar las interacciones agresividad física x apoyo de una persona especial y agresividad física x apoyo de las relaciones sociales, representamos gráficamente la regresión de los síntomas de depresión según el apoyo recibido y la agresividad física sufrida. En consistencia con los procedimientos señalados por Aiken y West (1991), empleamos los valores bajo (una desviación típica por debajo de la media) y alto (una desviación típica por encima de la media) para la agresividad física y el apoyo. Tal y como representan las figuras 16 y 17, se aprecia el efecto protector del apoyo social de una persona especial y del apoyo de las relaciones sociales. La asociación entre la agresividad física y la depresión es mayor en las mujeres que cuentan con poco apoyo.

Figura 16. Agresividad física sufrida y el apoyo de una persona especial como predictores de depresión.

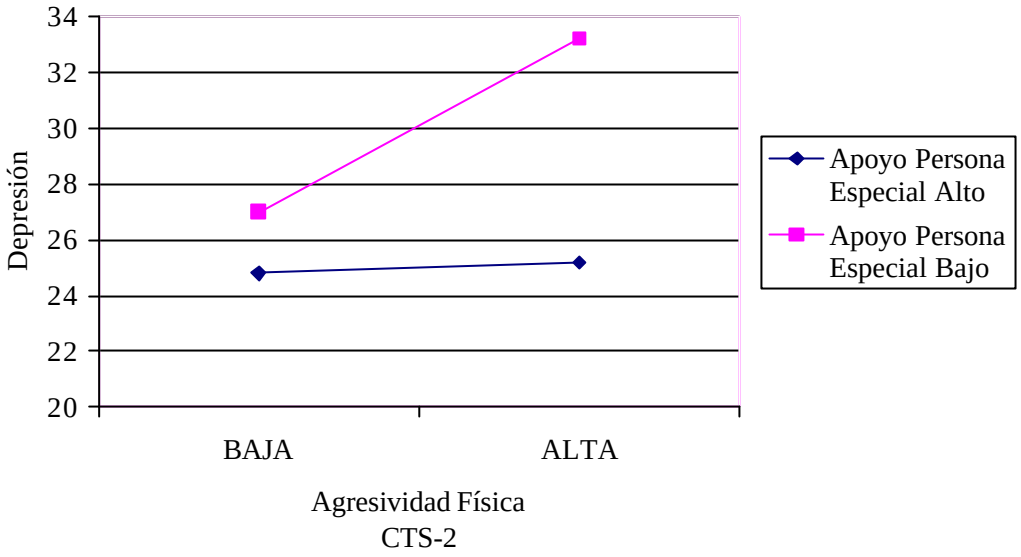
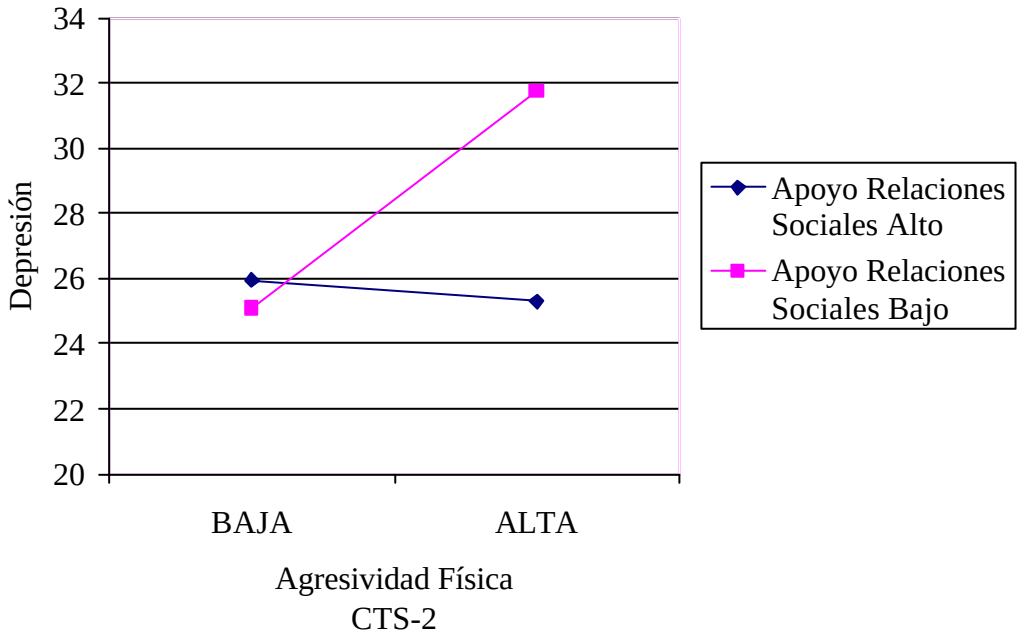


Figura 17. Agresividad física sufrida y apoyo de las relaciones sociales como predictores de depresión.



7.3.5.1.2 <u>El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad psicológica en los síntomas de depresión</u>

Para estudiar el posible papel moderador de los distintos tipos de apoyo social en la relación entre la agresividad psicológica y la depresión se llevo a cabo una regresión

jerárquica como en el apartado anterior, introduciendo como variables predictoras los distintos tipos de apoyo y la agresividad psicológica en el primer paso y la interacción entre ambas en el segundo. En la tabla 48 se resumen los resultados de esta regresión. En este caso ninguna interacción resultó significativa.

Tabla 48. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad psicológica (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores de los síntomas de depresión

Agr. Psicológica-Persona especial	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .10, $F(2,152)$ = 8.55**
Agresividad psicológica	1.77	0.81	.18	2.17*	
Apoyo persona especial	-2.79	0.76	-.28	-3.67**	
Paso 2					ΔR^2 = .02,$F(1,151)$ = 3.20
Agr. psicológica x Ap. pers. espec.	-1.13	0.63	-.15	-1.79	
Agresividad psicológica-Sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .06, $F(2,152)$ = 4.79*
Agresividad psicológica	1.62	0.82	.16	1.97*	
Apoyo social	-1.59	0.79	-.16	-2.02*	
Paso 2					ΔR^2 =.00, $\Delta F(1,151)$ = 0.39
Agr. psicológica x Apoyo social	0.17	0.74	.02	0.23	
Agresividad psicológica-Familia	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .04, $F(2,152)$ = 3.28
Agresividad psicológica	1.86	0.81	.18	2.31*	
Apoyo familia	-0.83	0.79	-.08	-1.05	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,151)$ = 0.00
Agr. psicológica x Apoyo familia	0.14	0.70	.02	0.20	
Agresividad psicológica-Formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .03, $F(2,152)$ = 2.10
Agresividad psicológica	1.69	0.81	.17	2.08*	
Apoyo formal	-0.42	0.79	-.04	-0.53	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,151)$ = 0.58
Agr. psicológica x Apoyo formal	-0.61	0.80	-.06	-0.76	
Agresividad psicológica- Total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .09, $F(2,152)$ = 7.18*
Agresividad psicológica	1.75	0.81	.18	2.17*	
Apoyo total	-2.56	0.77	-.26	-3.33*	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,151)$ = 2.29
Agr. psicológica x Apoyo total	-1.10	0.72	-.12	-1.51	

* $p < .05$; ** $p < .001$

7.3.5.1.3 El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad sexual en los síntomas de depresión

Para analizar el apoyo social como moderador del impacto de la agresividad sexual en los síntomas depresivos se realizó otra serie de regresiones jerárquicas donde la variable criterio fue la depresión y las variables predictoras la agresividad sexual, los distintos tipos de apoyo social y la interacción de las dos últimas. En la tabla 49 se recogen los resultados de este análisis. Como puede observarse, la interacción agresividad sexual x apoyo formal fue el único término de interacción que actuó como un predictor de los síntomas de depresión. Esta moderación se representa gráficamente en la figura 18. El impacto de la violencia sexual en la depresión es mayor entre las mujeres con menor percepción de apoyo formal.

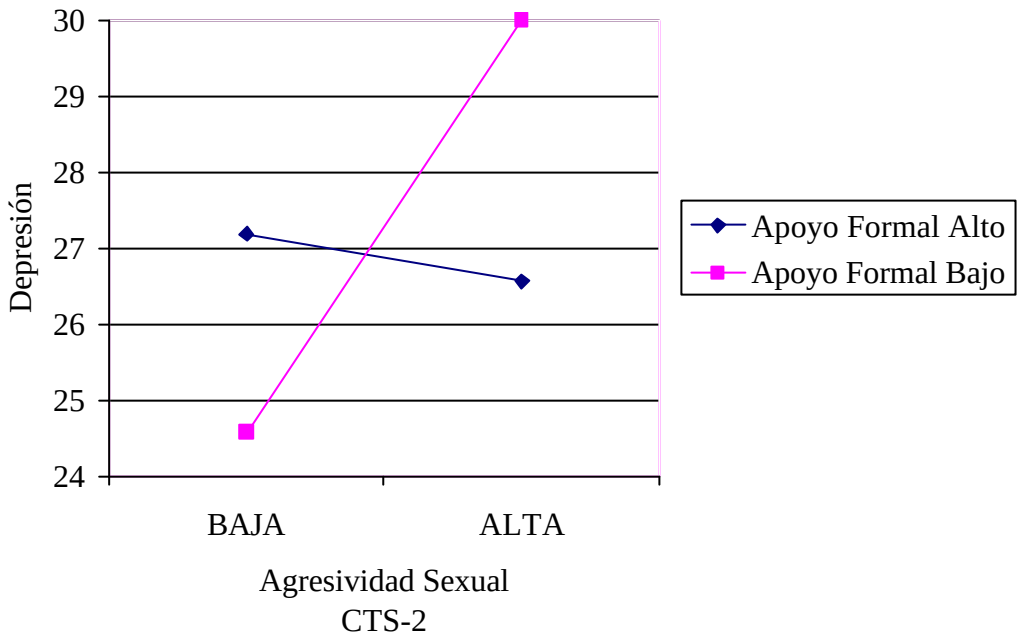
Tabla 49. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad sexual (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores de los síntomas de depresión.

Agr. sexual-Persona especial	*B*	*ET*	?	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .09, $F(2,152)$ = 7.15**
Agresividad sexual	0.55	0.96	.55	0.57	
Apoyo persona especial	-2.75	0.77	-.28	-3.54**	
Paso 2					ΔR^2 = .01,$F(1,151)$ = 2.08
Agr. sexual x Ap. persona especial	-0.85	0.59	-.14	-1.44	
Agresividad Sexual-Sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .04, $F(2,152)$ = 2.90
Agresividad sexual	-0.13	0.88	-.13	-0.15	
Apoyo social	-1.60	0.79	-.16	-2.02*	
Paso 2					ΔR^2 =.01, $\Delta F(1,151)$ = 1.75
Agr. sexual x Apoyo social	-0.86	0.65	-.12	-1.32	
Agresividad Sexual-Familia	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .02, $F(2,152)$ = 1.16
Agresividad sexual	-0.80	0.80	-.08	-1.00	
Apoyo familia	-0.91	0.80	-.09	-1.13	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,151)$ = 0.83
Agr. sexual x Apoyo familia	-0.63	0.69	-.07	-0.91	
Agresividad sexual-Formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .01, $F(2,152)$ = 0.51
Agresividad sexual	1.20	0.86	.12	1.39	
Apoyo formal	-0.21	0.80	-.02	-0.26	
Paso 2					ΔR^2 = .03, $\Delta F(1,151)$ = 4.65*
Agr. sexual x Apoyo formal	-1.51	0.68	-.20	-2.23*	

Agresividad sexual- Apoyo Total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .07, F(2,152) = 5.71*
Agresividad sexual	0.23	0.91	.02	0.25	
Apoyo total	-2.29	0.79	-.23	-2.92*	
Paso 2					Δ R^2 = .02, ΔF(1,151) = 2.46
Agr. sexual x Apoyo total	-0.88	0.56	-.15	-1.57	

* p < .05; ** p < .001

Figura 18. Agresividad sexual sufrida y apoyo formal como predictores de depresión.



7.3.5.1.4 El apoyo social como moderador del impacto del abuso psicológico (IAP) en los síntomas depresión

Los resultados de la regresión jerárquica realizada para comprobar la posible moderación del apoyo social en la relación entre el abuso psicológico medido con el IAP y los síntomas de depresión se presentan en la tabla 50. Como puede verse, ninguna interacción fue significativa para predecir la depresión.

Tabla 50. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el abuso psicológico (IAP) sufrido y el apoyo social como predictores de los síntomas de depresión.

Abuso psicológico-Pers. especial	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .11, $F(2,152)$ = 9.70**
Abuso psicológico	1.73	0.80	.17	2.17*	
Apoyo persona especial	-2.51	0.78	-.25	-3.23*	
Paso 2					ΔR^2 = .01,$F(1,151)$ = 1.00
Abuso psicológico x Ap. pers. esp.	-0.14	0.62	-.02	-0.22	
Abuso psicológico –Sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,152)$ = 6.54*
Abuso psicológico	2.14	0.79	.22	2.71*	
Apoyo social	-1.64	0.78	-.17	-2.11*	
Paso 2					ΔR^2 =.00, $\Delta F(1,151)$ = 0.11
Abuso psicológico x Social	0.07	0.74	.01	0.10	
Abuso psicológico –Familia	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .06, $F(2,152)$ = 4.79*
Abuso psicológico	2.33	0.79	.23	2.95*	
Apoyo familia	-0.86	0.78	-.09	-1.11	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,151)$ = 1.08
Abuso psicológico x Familia	0.45	0.67	.05	0.67	
Abuso psicológico –Formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .06, $F(2,152)$ = 4.53
Abuso psicológico	2.34	0.79	.23	2.95*	
Apoyo formal	-0.65	0.79	-.07	-0.83	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,151)$ = 0.09
Abuso psicológico x Formal	-0.21	0.69	-.02	-0.31	
Abuso psicológico – Apoyo Total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .11, $F(2,152)$ = 9.13**
Abuso psicológico	1.99	0.77	.20	2.58*	
Apoyo total	-2.32	0.77	-.23	-3.03*	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,151)$ = 0.16
Abuso psicológico x Apoyo total	0.03	0.71	.00	0.05	

* $p < .05$; ** $p < .001$

7.3.5.1.5 El apoyo social como moderador del impacto del maltrato psicológico medido con el SOPAS en los síntomas de depresión

Como en los apartados anteriores, se llevo a cabo un modelo de regresión jerárquico introduciendo como variable criterio la depresión, los tipos de apoyo social y el maltrato psicológico sutil medido con el SOPAS en el primer paso y la interacción entre estas dos en el segundo paso. Los resultados que se observan en la tabla 51 muestran cómo la interacción maltrato psicológico sutil x apoyo de la familia actúa como un predictor significativo de los síntomas de depresión. Este efecto moderador, que se representa gráficamente en la figura 19, indica que la influencia moderadora tiene lugar sobre todo en las mujeres que cuentan con un apoyo familiar alto. Estas mujeres presentaban niveles menores de depresión cuando sufrían niveles bajos de maltrato psicológico sutil. La influencia moderadora desaparecía en los niveles mayores de maltrato psicológico sutil e, incluso, en los niveles más elevados de este tipo de abuso, el apoyo familiar llegaba a resultar contraproducente para el estado de ánimo de las mujeres.

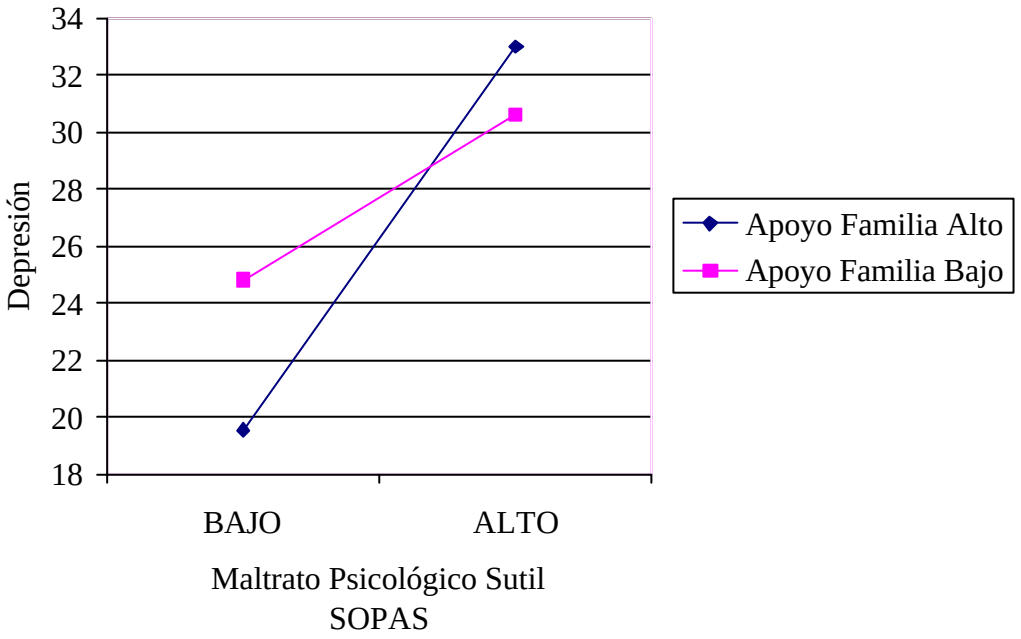
Tabla 51. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y el apoyo social como predictores de los síntomas de depresión.

Maltrato psicológico-Pers. especc.	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .23, $F(2,152)$ = 22.64**
Maltrato psicológico	4.62	0.81	-.17	5.68**	
Apoyo persona especial	-1.71	0.73	-.17	-2.34*	
Paso 2					ΔR^2 = .02,$F(1,151)$ = 3.73
Maltrato psicológico x A. per. esp.	-1.31	0.68	-.15	-1.93	
Maltrato psicológico –Sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .21, $F(2,152)$ = 20.32**
Maltrato psicológico	4.15	0.75	.42	5.51**	
Apoyo social	-1.24	0.72	-.13	-1.72	
Paso 2					ΔR^2 =.00, $\Delta F(1,151)$ = 0.32
Maltrato psicológico x Social	0.42	0.74	.04	0.57	
Maltrato psicológico –Familia	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .20, $F(2,152)$ = 18.75**
Maltrato psicológico	4.81	0.72	-.48	6.65**	
Apoyo familia	-0.72	0.70	-.07	-1.03	
Paso 2					ΔR^2 = .05, $\Delta F(1,151)$ = 9.60*
Maltrato psicológico x Familia	1.92	0.62	.22	3.10*	
Maltrato psicológico –Formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2

Paso 1					R^2 = .20, $F(2,152)$ = 19.01**
Maltrato psicológico	4.46	0.73	.45	6.11**	
Apoyo formal	-0.75	0.72	-.08	-1.04	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,151)$ = 0.19
Maltrato psicológico x Formal	0.26	0.60	.03	0.43	
Maltrato psicológico-Ap. Total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .23, $F(2,152)$ = 22.34**
Maltrato psicológico	3.93	0.74	.39	5.29**	
Apoyo total	-1.80	0.72	-.18	-2.51*	
Paso 2					ΔR^2 = .004, $\Delta F(1,151)$ = 0.87
Maltrato psicológico x Apoyo total	0.65	0.70	.07	0.93	

* $p < .05$; ** $p < .001$

Figura 19. Maltrato psicológico sutil y apoyo familiar como predictores de depresión.



7.3.5.2. El apoyo social como moderador del impacto del maltrato en los síntomas de ansiedad

Utilizando la misma estrategia de análisis, se analizó la capacidad de moderación de los distintos tipos de apoyo social en el impacto del maltrato en los síntomas de ansiedad.

7.3.5.2.1 El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad física en los síntomas de ansiedad

Se introdujeron la agresividad física y los distintos tipos de apoyo en el primer paso y la interacción de ambas en el segundo. La variable criterio en este caso fue la ansiedad. Los resultados de esta regresión se muestran en la tabla 52. Ninguna interacción mostró ser un predictor significativo para los síntomas de ansiedad.

Tabla 52. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad física (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores de los síntomas de ansiedad.

Agr. física-Persona especial	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .11, $F(2,151)$ = 8.87*
Agresividad Física	2.01	0.65	.25	3.11*	
Apoyo Persona especial	-1.81	0.63	-.22	-2.89*	
Paso 2					ΔR^2 = .02, $F(1,150)$ = 2.71
Agr. Física x Ap. persona especial	-0.35	0.54	-.05	-0.65	
Agresividad física-sociales	*B*	*ET*	?	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .07, $F(2,151)$ = 5.68*
Agresividad Física	1.80	0.66	.22	2.74*	
Apoyo social	-1.04	0.65	-.13	-1.60	
Paso 2					ΔR^2 =.01, $\Delta F(1,150)$ = 0.89
Agr. Física x apoyo social	0.14	0.56	.02	0.26	
Agresividad física-Apoyo familia	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .06, $F(2,151)$ = 4.40*
Agresividad Física	1.82	0.65	.22	2.81*	
Apoyo familia	-0.12	0.66	-.01	-0.18	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ =1.33
Agr. física x Apoyo familia	0.84	0.66	.10	1.27	
Agresividad física-Apoyo formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .06, $F(2,151)$ = 4.36*
Agresividad Física	1.88	0.69	.23	2.72*	
Apoyo formal	-0.12	0.65	-.01	-0.18	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,150)$ = 0.01
Agr. física x Apoyo formal	0.05	0.60	.01	0.08	
Agresividad física-Apoyo total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,151)$ = 6.79*
Agresividad Física	1.70	0.67	.21	2.54*	
Apoyo total	-1.41	0.64	-.17	-2.19*	

Paso 2					ΔR^2 = .002, $\Delta F(1,150)$ = 0.38
Agr. física x Apoyo total	0.28	0.57	.04	0.50	

* $p < .05$; ** $p < .001$

7.3.5.2.2 El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad psicológica en los síntomas de ansiedad

Tal y como se puede observar en la tabla 53, las regresiones jerárquicas realizadas para estudiar la posible moderación del apoyo social en la relación entre la agresividad psicológica y la ansiedad muestran que ninguna interacción obtuvo un coeficiente significativo.

Tabla 53. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad psicológica (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores de los síntomas de ansiedad.

Agr. Psicológica-Persona especial	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .11, $F(2,151)$ = 9.59**
Agresividad psicológica	2.34	0.68	.28	3.46**	
Apoyo persona especial	-1.62	0.63	-.20	-2.58*	
Paso 2					ΔR^2 = .01,$F(1,150)$ = 1.30
Agr. psicológica x Ap. pers. espec.	-0.60	0.52	-.09	-1.14	
Agresividad psicológica-Sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .09, $F(2,151)$ = 7.49**
Agresividad psicológica	2.05	0.66	.25	3.10*	
Apoyo social	-1.04	0.64	-.13	-1.63	
Paso 2					ΔR^2 =.01, $\Delta F(1,150)$ = 0.89
Agr. psicológica x Apoyo social	0.55	0.59	.08	0.94	
Agresividad psicológica-Familia	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,151)$ = 6.28*
Agresividad psicológica	2.28	0.64	.28	3.54**	
Apoyo familia	-0.33	0.64	-.04	-0.51	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 1.52
Agr. psicológica x Apoyo familia	0.74	0.60	.10	1.23	
Agresividad psicológica-Formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,151)$ = 6.10*
Agresividad psicológica	0.05	0.02	.27	3.34**	
Apoyo formal	-0.03	0.24	-.01	-0.13	
Paso 2					ΔR^2 = .002, $\Delta F(1,150)$ = 0.31
Agr. psicológica x Apoyo formal	0.36	0.64	.05	0.56	
Agr. Psicológica -Apoyo total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2

Paso 1					R^2 = .10, F(2,151) = 8.52**
Agresividad psicológica	2.08	0.67	.25	3.11*	
Apoyo total	-1.31	0.63	-.16	-2.07*	
Paso 2					ΔR^2 = .001, ΔF(1,150) = 0.16
Agr. psicológica x Apoyo total	0.24	0.60	.03	0.40	

* p < .05; ** p < .001

7.3.5.2.3 El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad sexual en los síntomas de ansiedad

Los resultados de la regresión jerárquica (tabla 54) mostraron que ninguna interacción agresividad sexual x apoyo era estadísticamente significativa.

Tabla 54. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad sexual (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores de los síntomas de ansiedad.

Agr. sexual-Persona especial	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .10, F(2,151) = 7.82**
Agresividad sexual	2.16	0.67	.26	3.21*	
Apoyo persona especial	-1.84	0.63	-.22	-2.92*	
Paso 2					ΔR^2 = .02, F(1,150) = 3.54
Agr. sexual x Ap. persona especial	-0.91	0.48	-.15	-1.89	
Agresividad sexual-Sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .06 F(2,151) = 4.52*
Agresividad sexual	1.60	0.67	.20	2.39*	
Apoyo social	-1.11	0.66	-.13	-1.69	
Paso 2					ΔR^2 =.00, ΔF(1,150) = 0.2
Agr. sexual x Apoyo social	-0.07	0.55	-.01	-0.13	
Agresividad sexual-Familia	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .04, F(2,151) = 3.08*
Agresividad sexual	1.55	0.66	.19	2.35	
Apoyo familia	-0.27	0.66	-.03	-0.41	
Paso 2					ΔR^2 = .00, ΔF(1,150) = 0.04
Agr. sexual x Apoyo familia	0.38	0.62	.05	0.61	
Agresividad sexual-Formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .04, F(2,151) = 3.06*
Agresividad sexual	1.77	0.72	.22	2.46*	
Apoyo formal	-0.18	0.66	-.02	-0.27	
Paso 2					ΔR^2 = .01, ΔF(1,150) = 0.76

Agr. sexual x Apoyo formal	-0.28	0.56	-.04	-0.50	
Agresividad sexual -Apoyo total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .07, F(2,151) = 5.84*
Agresividad sexual	1.72	0.69	.21	2.51*	
Apoyo total	-1.44	0.65	-.18	-2.22*	
Paso 2					ΔR^2 = .01, ΔF(1,150) = 0.27
Agr. sexual x Apoyo total	-0.25	0.49	-.04	-0.52	

* p < .05; ** p < .001

7.3.5.2.4 El apoyo social como moderador del impacto del abuso psicológico en los síntomas de ansiedad

Las regresiones jerárquicas llevadas a cabo para estudiar el impacto de la interacción abuso psicológico x apoyo social muestran que ninguna de esas interacciones es un predictor significativo de los síntomas de ansiedad (Tabla 55).

Tabla 55. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el abuso psicológico (IAP) sufrido y el apoyo social como predictores de los síntomas de ansiedad.

Abuso psicológico-Pers. Especial	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .12, F(2,151) = 10.41**
Abuso psicológico	2.35	0.66	.29	3.56**	
Apoyo persona especial	-1.35	0.64	-.16	-2.10*	
Paso 2					ΔR^2 = .00, F(1,150) = 0.51
Abuso psicológico x Ap. pers. Esp.	-0.37	0.51	-.06	-0.72	
Abuso psicológico –Sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .11, F(2,151) = 9.48**
Abuso psicológico	2.48	0.64	.30	3.85**	
Apoyo social	-1.04	0.64	-.13	-1.63	
Paso 2					ΔR^2 =.00, ΔF(1,150) = 0.52
Abuso psicológico x Social	0.14	0.61	.02	0.23	
Abuso psicológico –Familia	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .10, F(2,151) = 8.16**
Abuso psicológico	2.60	0.64	.31	4.03**	
Apoyo familia	-0.34	0.64	-.04	-0.54	
Paso 2					ΔR^2 = .01, ΔF(1,150) = 1.63
Abuso psicológico x Familia	0.34	0.55	.05	0.61	
Abuso psicológico –Formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2

Paso 1					R^2 = .10, F(2,151) = 8.13*
Abuso psicológico	2.59	0.64	.31	4.04**	
Apoyo formal	-0.36	0.64	-.04	-0.56	
Paso 2					ΔR^2 = .001, ΔF(1,151) = 0.15
Abuso psicológico x Formal	0.33	0.50	.05	0.65	
Abuso psicológico -Apoyo total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .12, F(2,151) = 10.08**
Abuso psicológico	2.41	0.64	.29	3.79**	
Apoyo total	-1.25	0.63	-.15	-1.96	
Paso 2					ΔR^2 = .00, ΔF(1,150) = 0.00
Abuso psicológico x Apoyo total	0.19	0.45	.03	0.42	

* p < .05; ** p < .001

7.3.5.2.5 El apoyo social como moderador del impacto del maltrato psicológico sutil sufrido (SOPAS) en los síntomas de ansiedad

Al igual que en los apartados anteriores se realizaron regresiones para estudiar el efecto de la interacción maltrato psicológico x apoyo social en los síntomas de ansiedad. Como se puede ver en la tabla 56, los coeficientes de estas interacciones no fueron significativos.

Tabla 56. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y el apoyo social como predictores de los síntomas de ansiedad.

Maltrato psicológico-Pers. especc.	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .21, F(2,151) = 20.25**
Maltrato psicológico	3.92	0.69	.47	5.66**	
Apoyo persona especial	-0.84	0.61	-.10	-1.37	
Paso 2					ΔR^2 = .01,F(1,150) = 2.19
Maltrato psicológico x A. per. esp.	-0.84	0.57	-.20	-1.48	
Maltrato psicológico –Sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .21, F(2,151) = 19.73**
Maltrato psicológico	3.55	0.63	.43	5.68**	
Apoyo social	-0.77	0.60	-.09	-1.28	
Paso 2					ΔR^2 =.00, ΔF(1,150) = 0.27
Maltrato psicológico x Social	0.33	0.63	.04	0.52	
Maltrato psicológico –Familia	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .20, F(2,151) = 18.67**
Maltrato psicológico	3.90	0.61	.47	6.36**	

Apoyo familia	-0.19	0.60	-.02	-0.31	
Paso 2					ΔR^2 = .02, $\Delta F(1,150)$ = 3.75
Maltrato psicológico x Familia	1.03	0.53	.14	1.94	
Maltrato psicológico –Formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .20, $F(2,151)$ = 18.81**
Maltrato psicológico	3.74	0.61	.45	6.15**	
Apoyo formal	-0.26	0.60	-.03	-0.44	
Paso 2					ΔR^2 = .004, $\Delta F(1,150)$ = 0.81
Maltrato psicológico x Formal	-0.5	0.50	-.07	-0.90	
Maltrato psicológico –Ap. Total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .21, $F(2,151)$ = 19.90**
Maltrato psicológico	3.52	0.63	.42	5.57**	
Apoyo total	-0.84	0.60	-.10	-1.40	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,150)$ =0.05
Maltrato psicológico x Apoyo total	0.13	0.59	.02	0.23	

* $p < .05$; ** $p < .001$

7.3.5.3. El apoyo social como moderador del impacto del maltrato en los síntomas de trastorno de estrés postraumático

Se estudió el posible papel moderador de los distintos tipos de apoyo social en la relación entre los diferentes tipos de maltrato y los síntomas de estrés postraumático.

7.3.5.3.1 El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad física en los síntomas de trastorno por estrés postraumático

La tabla 57 muestra los resultados para los modelos regresivos realizados para el trastorno de estrés postraumático utilizando como predictores la agresividad física sufrida, los distintos tipos de apoyo social recibido y en un segundo paso la interacción entre estas dos. Ninguna de estas interacciones resultó un predictor significativo para el estrés postraumático.

Tabla 57. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad física (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores del estrés postraumático.

Agr. física-Persona especial	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .10, $F(2,151)$ = 8.69*
Agresividad Física	3.14	0.98	.25	3.19*	
Apoyo Persona especial	-2.00	0.93	-.17	-2.15*	
Paso 2					ΔR^2 = .003, $F(1,150)$ = 0.52
Agr. Física x Ap. persona especial	0.92	0.80	.09	1.15	
Agresividad física-sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,151)$ = 6.37*
Agresividad Física	3.26	1.00	.26	3.26**	
Apoyo social	0.30	0.95	.02	0.31	
Paso 2					ΔR^2 =.00, $\Delta F(1,150)$ = 0.00
Agr. Física x apoyo social	0.62	0.84	.06	0.73	
Agresividad física-Apoyo familia	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,151)$ = 6.35*
Agresividad Física	3.38	0.97	.27	3.48**	
Apoyo familia	-0.15	0.97	-.01	-0.15	
Paso 2					ΔR^2 = .002, $\Delta F(1,150)$ = 0.26
Agr. física x Apoyo familia	0.90	1.01	.07	0.89	
Agresividad física-Apoyo formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .09, $F(2,151)$ = 7.1**
Agresividad Física	3.72	1.02	.30	3.66**	
Apoyo formal	1.22	0.95	.10	1.29	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 0.73
Agr. física x Apoyo formal	-0.88	0.88	-.08	-1.00	
Agresividad física- Apoyo total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,151)$ = 6.55*
Agresividad Física	3.03	1.01	.25	2.99*	
Apoyo total	-0.76	0.95	-.06	-0.80	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 1.19
Agr. física x Apoyo total	0.92	0.84	.09	1.09	

* $p < .05$; ** $p < .001$

7.3.5.3.2 <u>El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad psicológica en los síntomas de trastorno por estrés postraumático</u>

Ninguna de las interacciones agresividad psicológica x apoyo social obtuvo un coeficiente significativo (Tabla 58).

Tabla 58. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad psicológica (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores del estrés postraumático.

Agr. Psicológica-Persona especial	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .13, $F(2,151)$ = 11.02**
Agresividad psicológica	3.81	1.01	.31	3.76**	
Apoyo persona especial	-1.49	0.93	-.12	-1.60	
Paso 2					ΔR^2 = .001,$F(1,150)$ = 0.20
Agr. psicológica x Ap. pers. espec.	0.35	0.78	.04	0.45	
Agresividad psicológica-Sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .11, $F(2,151)$ = 9.64**
Agresividad psicológica	3.74	0.98	.30	3.80**	
Apoyo social	0.40	0.93	.03	0.43	
Paso 2					ΔR^2 =.01, $\Delta F(1,150)$ = 2.45
Agr. psicológica x Apoyo social	1.36	0.87	.12	1.56	
Agresividad psicológica-Familia	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .12, $F(2,151)$ = 9.80**
Agresividad psicológica	4.17	0.95	.34	4.37**	
Apoyo familia	-0.58	0.94	-.05	-0.62	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,150)$ = 0.22
Agr. psicológica x Apoyo familia	0.42	0.90	.04	0.47	
Agresividad psicológica-Formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .12, $F(2,151)$ = 10.50**
Agresividad psicológica	4.15	0.96	.34	4.34**	
Apoyo formal	1.22	0.93	.10	1.31	
Paso 2					ΔR^2 = .00, $\Delta F(1,150)$ = 0.01
Agr. psicológica x Apoyo formal	-0.11	0.94	-.01	-0.11	
Agr. Psicológica - Apoyo total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .11, $F(2,151)$ = 9.76**
Agresividad psicológica	3.79	0.99	.31	3.83**	
Apoyo total	-0.49	0.93	-.04	-0.52	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 1.19
Agr. psicológica x Apoyo total	0.96	0.88	.09	1.09	

* $p < .05$; ** $p < .001$

7.3.5.3.3 El apoyo social como moderador del impacto de la agresividad sexual en los síntomas de trastorno por estrés postraumático

Tal y como puede verse en la tabla 59, ningún tipo de apoyo social moderó el impacto de la agresividad sexual en lo síntomas de estrés postraumático.

Tabla 59. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para la agresividad sexual (CTS-2) sufrida y el apoyo social como predictores del estrés postraumático.

Agr. sexual-Persona especial	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .11, $F(2,151)$ = 9.28**
Agresividad sexual	3.83	1.17	.32	3.27**	
Apoyo persona especial	-2.48	0.95	-.21	-2.62*	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $F(1,150)$ = 0.16
Agr. sexual x Ap. persona especial	-0.29	0.72	-.04	-0.40	
Agresividad sexual-Sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .11 $F(2,151)$ = 9.71**
Agresividad sexual	3.75	0.96	.31	3.91**	
Apoyo social	0.04	0.93	.00	0.04	
Paso 2					ΔR^2 =.01, $\Delta F(1,150)$ = 1.73
Agr. sexual x Apoyo social	1.02	0.78	.10	1.32	
Agresividad sexual-Familia	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .11, $F(2,151)$ = 9.73**
Agresividad sexual	4.04	0.94	.33	4.31**	
Apoyo familia	-0.25	0.94	-.02	-0.27	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,150)$ = 0.10
Agr. sexual x Apoyo familia	0.28	0.87	.02	0.33	
Agresividad sexual-Formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .12, $F(2,151)$ = 10**
Agresividad sexual	4.46	1.01	.37	4.41**	
Apoyo formal	0.94	0.94	.08	0.99	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 1.39
Agr. sexual x Apoyo formal	-0.94	0.79	-.10	-1.18	
Agresividad sexual - Apoyo total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .12, $F(2,151)$ = 10.21**
Agresividad sexual	3.91	0.99	.32	3.96**	
Apoyo total	-0.95	0.94	-.08	-1.02	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,150)$ = 0.24
Agr. sexual x Apoyo total	0.35	0.70	.04	0.50	

* $p < .05$; ** $p < .001$

7.3.5.3.4 El apoyo social como moderador del impacto del abuso psicológico en los síntomas de trastorno por estrés postraumático

Los análisis de regresión jerárquica para el abuso psicológico y los diferentes tipos de apoyo social como predictores del estrés postraumático se resumen en la tabla 60. Ninguna de las interacciones fue significativa.

Tabla 60. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el abuso psicológico (IAP) sufrido y el apoyo social como predictores del estrés postraumático.

Abuso psicológico-Pers. especial	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .10, $F(2,151)$ = 8.21**
Abuso psicológico	3.06	0.98	.25	3.12	
Apoyo persona especial	-1.11	0.96	-.09	-1.16	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $F(1,150)$ = 2
Abuso psicológico x Pers. especial	1.09	0.77	.11	1.42	
Abuso psicológico -Sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,151)$ = 6.19*
Abuso psicológico	3.52	0.96	.29	3.65**	
Apoyo social	0.36	0.95	.03	0.38	
Paso 2					ΔR^2 =.01, $\Delta F(1,150)$ = 1.01
Abuso psicológico x Social	0.64	0.90	.06	0.71	
Abuso psicológico -Familia	*B*	*ET*	?	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,151)$ = 6.44*
Abuso psicológico	3.56	0.96	.29	3.72	
Apoyo familia	-0.61	0.95	-.05	-0.64	
Paso 2					ΔR^2 = .07, $\Delta F(1,150)$ = 0.5
Abuso psicológico x Familia	-0.22	0.80	-.02	-0.27	
Abuso psicológico -Formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .09, $F(2,151)$ = 7.62*
Abuso psicológico	3.23	0.96	.27	3.37**	
Apoyo formal	0.85	0.96	.07	0.89	
Paso 2					ΔR^2 = .001, $\Delta F(1,150)$ = 0.18
Abuso psicológico x Formal	-0.35	0.84	-.03	-0.42	
Abuso psicológico - Apoyo total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .08, $F(2,151)$ = 6.51*
Abuso psicológico	3.17	0.96	.26	3.32*	
Apoyo total	-0.71	0.95	-.06	-0.76	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 1.38
Abuso psicológico x Apoyo total	1.03	0.88	.09	1.18	

* $p < .05$; ** $p < .001$

7.3.5.3.5 El apoyo social como moderador del impacto del maltrato psicológico sutil en el trastorno por estrés postraumático

Por último, siguiendo el mismo análisis de regresiones jerárquicas se estudió la moderación del apoyo social en la relación entre el maltrato psicológico sutil medido con el SOPAS y los síntomas de estrés postraumático (tabla 61). Las interacciones maltrato psicológico sutil x apoyo social no resultaron ser significativas.

Tabla 61. Resumen de los análisis de regresión jerárquica para el maltrato psicológico sutil (SOPAS) sufrido y el apoyo social como predictores del estrés postraumático.

Maltrato psicológico-Pers. especc.	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .17, $F(2,151)$ = 15.07**
Maltrato psicológico	5.58	1.04	.46	5.35**	
Apoyo persona especial	-0.51	0.93	-.04	-0.54	
Paso 2					ΔR^2 = .02, $F(1,150)$ = 3.17
Maltrato psicológico x Pers. espec.	-1.54	0.87	-.15	-1.78	
Maltrato psicológico –Sociales	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .17, $F(2,151)$ = 15.09**
Maltrato psicológico	4.96	0.95	.41	5.21**	
Apoyo social	0.7	0.91	.06	0.85	
Paso 2					ΔR^2 =.00, $\Delta F(1,150)$ = 0.08
Maltrato psicológico x Social	0.27	0.94	.02	0.28	
Maltrato psicológico –Familia	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .16$F(2,151)$ = 14.75**
Maltrato psicológico	5.13	0.93	.42	5.50**	
Apoyo familia	-0.38	0.91	-.03	-0.42	
Paso 2					ΔR^2 = .007, $\Delta F(1,150)$ = 1.32
Maltrato psicológico x Familia	0.92	0.80	.09	1.15	
Maltrato psicológico –Formal	*B*	*ET*	ß	*T*	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .17, $F(2,151)$ = 15.29**
Maltrato psicológico	4.96	0.91	.40	5.38**	
Apoyo formal	0.96	0.90	.08	1.06	
Paso 2					ΔR^2 = .01, $\Delta F(1,150)$ = 1.47
Maltrato psicológico x Formal	-0.91	0.75	-.09	-1.21	
Maltrato psicológico-Apoyo total	B	ET	ß	T	Cambio en R^2
Paso 1					R^2 = .16, $F(2,151)$ = 14.68**

Maltrato psicológico	5.04	0.95	.41	5.29**	
Apoyo total	0.01	0.92	.00	0.01	
Paso 2					$\Delta R^2 = .001$, $\Delta F(1,150) = 0.21$
Maltrato psicológico x Apoyo total	-0.41	0.90	-.04	-0.45	

* $p < .05$; ** $p < .001$

7.3.6 RELACIONES ENTRE EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y LA RUPTURA DE LA RELACIÓN DE MALTRATO

Se empleó una regresión logística para estudiar el efecto del apoyo social recibido en romper o seguir con la relación. En este modelo la variable criterio fue seguir o romper la relación en tipo de codificación dummy (0,1) y las variables predictoras fueron cuatro tipos de apoyo social (persona especial, familia, relaciones sociales y formal). El modelo fue significativo (?² = 23.49, $p < .001$). La bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow obtuvo una ?² de 9.82 ($p > .05$). La $R²$ de Nagelkerke para el modelo de regresión fue 0.23. El modelo clasifico correctamente el 30.8% de las mujeres que siguieron o volvieron a la relación y el 92.9% de las mujeres que rompieron la relación (75.4% porcentaje global). Los datos específicos para cada tipo de apoyo se presentan en la tabla 62. Como puede observarse solamente el apoyo formal se relacionó significativamente con la ruptura de la relación.

Tabla 62. Análisis de regresión logística para la ruptura utilizando como predictores los distintos tipos de apoyo social.

Predictor	*B*	*E.T.*	?² de Wald	*Gl*	Odds ratio	*p*
Apoyo Persona especial	-0.04	0.04	0.31	1	0.96	0.253
Apoyo Familia	-0.04	0.04	1.10	1	0.96	0.295
Apoyo Relaciones	0.08	0.04	3.66	1	1.08	0.056
Apoyo Formal	0.38	0.10	13.86	1	1.46	0.000

7.3.7 RELACIÓN ENTRE LOS ELEMENTOS COGNITIVOS Y LA RUPTURA DE LA RELACIÓN DE MALTRATO

Para estudiar la asociación entre los distintos elementos cognitivos y la permanencia o ruptura de la relación se utilizó el mismo procedimiento que en los apartados anteriores. Se introdujo como variable criterio la ruptura de la relación y como variables predictoras los elementos cognitivos (orientación negativa a los problemas, culpabilidad, esquemas de imperfección y autosacrificio, locus de control interno y externo y asertividad). En la tabla 63 se muestran los resultados. Como puede verse ninguna variable cognitiva predijo significativamente la ruptura y el modelo no fue significativo ($?^2 = 7.51$, $p > .05$).

Tabla 63. Análisis de regresión logística para la ruptura utilizando como predictores los distintos estilos cognitivos.

Predictor	*B*	*E.T.*	?² de Wald	*Gl*	Odds ratio	*p*
ONP	0.01	0.06	0.01	1	1.01	0.929
Culpabilidad	0.04	0.04	0.92	1	1.04	0.338
Esq. Imperfección	-0.07	0.05	2.06	1	0.93	0.151
Esq. Autosacrificio	-0.01	0.04	0.03	1	0.99	0.869
LC Interno	-0.08	0.07	1.47	1	0.92	0.226
LC Externo	-0.05	0.05	0.90	1	0.95	0.342
Asertividad	-0.07	0.05	1.76	1	0.93	0.185

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control.

7.3.8. FASES DEL PROCESO DE ENGANCHE Y RECUPERACIÓN

El 28.2% de las mujeres de la muestra se encontraban en la segunda fase de la relación, la fase de permanencia, el 53.2% en la de desvinculación y el 12.2% en la de recuperación. Ninguna de ellas se encontraba en la primera fase de la relación, de unión, y no hay datos sobre el 6.4% restante de mujeres.

7.3.8.1. Relación entre la sintomatología y las fases de la relación

Se evaluaron las diferencias en sintomatología en función de la fase de la relación en la que se encontraban (Permanencia, Desvinculación o Recuperación). Para ello se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA). En la tabla 64 se presentan las medias y desviaciones típicas de cada fase así como el valor *F*. Los resultados de las comparaciones múltiples (método Tukey, $p < .05$) mostraron que las mujeres que estaban en la fase 3 de desvinculación puntuaban significativamente más alto que las mujeres que estaban en la fase 2 de permanencia tanto en los síntomas de ansiedad como en los de estrés postraumático.

Tabla 64. Diferencias en sintomatología en función de la fase de la relación.

Sintomatología	Fase 2: Permanencia *N* = 44		Fase 3: Desvinculación *N* = 83		Fase 4: Recuperación *N* = 19		*F* (2,145)
	Media	*DT*	Media	*DT*	Media	*DT*	
Depresión	28.30	9.09	27.17	10.06	27.05	8.57	0.22
Ansiedad	18.68	7.20	22.24	8.03	21.21	8.49	2.96
TEPT	14.70	7.80	22.41	12.80	19.26	12.35	6.39*

TEPT = Trastorno de estrés postraumático

* p < .05

7.3.8.2. Relación entre los elementos cognitivos y las fases de la relación

Para evaluar las diferencias en los elementos cognitivos en función de la fase de la relación en la que se encontraban las mujeres se empleó el análisis de varianza (ANOVA). Las medias y desviaciones típicas de cada fase se presentan en la tabla 65. Tal y como puede apreciarse no se encontraron diferencias en las variables cognitivas según la fase de la relación en la que se encontrasen las mujeres.

Tabla 65. Diferencias en estilos cognitivos en función de la fase de la relación.

Variables Cognitivas	Fase 2: Permanencia *N* = 44		Fase 3: Desvinculación *N* = 83		Fase 4: Recuperación *N* = 19		*F* (2,145)
	Media	*DT*	Media	*DT*	Media	*DT*	
Culpabilidad	15.43	6.52	14.72	6.34	13.05	6.12	0.93
ONP	11.18	5.24	10.21	4.96	10.53	4.67	0.53
Esq Imperfección	13.29	6.17	12.18	5.77	12.68	5.85	0.52
Esq Autosacrificio	15.54	5.44	17.08	6.15	16.63	6.04	0.97
LC Interno	16.13	3.90	15.83	3.23	15.42	4.07	0.28
LC Externo	11.72	4.31	10.82	4.07	10.68	5.14	0.74
Asertividad	14.18	4.71	14.01	4.85	14.58	5.88	0.10

ONP = Orientación negativa a los problemas; LC = Locus de Control. * p < .05

7.3.8.3. Relación entre la ubicación en una u otra fase y la ruptura de la relación

Se evaluó la asociación entre estar en una fase u otra de la relación y la permanencia o ruptura de la misma. En la tabla 66 se muestran las tablas de contingencia. Todas las mujeres que se encontraban en la fase de recuperación habían roto la relación. El 86.1% de las mujeres que estaban en la fase de desvinculación habían dejado la relación y sólo el 27.5% de las mujeres que se encontraban en la fase de permanencia habían dejado su relación. Los resultados mostraron que había diferencias entre las mujeres de cada fase en la ruptura o no de la relación, χ^2 (3, N = 138) = 53.26, p < .001.

Tabla 66. Tabla de contingencia para la fase de la relación en la que se encuentran y la ruptura o permanencia en ella.

	Permanencia	Ruptura	Total
Fase 2: Permanencia	29	11	40
Fase 3: Desvinculación	11	68	79
Fase 4: Recuperación	0	19	19
Total	40	98	138

7.3.9. RELACIÓN ENTRE EL ABANDONO O NO DEL TRATAMIENTO Y LA RUPTURA O NO DE LA RELACIÓN

En la tabla 67 se presenta la tabla de contingencias abandono o no del tratamiento-permanencia/ruptura. El 70.2% de las mujeres que abandonaron el tratamiento permanecieron en la relación de maltrato y sólo el 29.8% la dejó. El 92.4% de las que siguieron el tratamiento hasta el final dejaron la relación y solamente el 7.6% permanecieron en ella. Los resultados mostraron que había una diferencia significativa en la ruptura o permanencia de la relación en función de seguir el tratamiento hasta el final o abandonarlo, $\chi^2(3, N = 139) = 61.15, p < .001$.

Tabla 67. Tabla de contingencia para el abandono o alta del tratamiento y la permanencia o ruptura de la relación.

	Permanencia	Ruptura	Total
Abandono	3	14	47
Alta	7	85	92
Total	40	99	139

7.4. DISCUSIÓN

A continuación se expondrán y comentarán los principales resultados encontrados en este estudio, analizando su significado y extrayendo conclusiones e implicaciones de los mismos.

7.4.1. TASAS DE PREVALENCIA ENCONTRADAS

Respecto a las secuelas presentes en las mujeres que participaron en el estudio, cabe resaltar que la mayoría de ellas presentaban depresión moderada (41,7%) o grave (37,8%). Asimismo, puede decirse que la inmensa mayoría de estas mujeres tenían niveles de ansiedad elevados (94,2%). Finalmente, un 70,5% de las víctimas de maltrato cumplían los criterios para el diagnóstico del trastorno de estrés postraumático. De ellas, un 53,8% lo presentaban de forma grave. Este nivel de gravedad venía determinado principalmente por los síntomas de aumento de la activación, que un 78,2% de las mujeres que tenían estrés postraumático padecían de forma especialmente severa. Esto es congruente con el nivel tan elevado de ansiedad que, tal y como se ha expuesto, se encontró en la muestra.

En suma, las secuelas psicológicas encontradas en las participantes de esta investigación son, como era de esperar, elevadas.

En relación al maltrato sufrido, las mujeres víctimas de violencia conyugal que componen la muestra de este estudio se caracterizan por haber padecido en su gran mayoría maltrato psicológico y físico en alguna ocasión en el último año (prevalencia anual de 99.4% y 91% respectivamente). Además, un porcentaje elevado de estas mujeres había sido víctima también en el último año de al menos un episodio de maltrato de tipo sexual (prevalencia anual de 70,5%). En cuanto a la frecuencia de los abusos experimentados, la gran mayoría de las mujeres había sufrido con una frecuencia elevada maltrato psicológico, tanto sutil (96,8%) como abierto (92,3% y 87,2%, según puntuaciones del IAP y del CTS, respectivamente). Por el contrario, sólo un 48,1% de las mujeres habían sufrido agresiones físicas y un 32,7% había sido víctima de maltrato sexual con una frecuencia elevada. Respecto a la severidad del maltrato padecido, la mayoría de las participantes habían sufrido estos abusos de forma severa (96,8%, 69,2% y 58,3% en el caso de abuso psicológico, físico y sexual, respectivamente). Además, cabe destacar los resultados hallados respecto a la cronicidad: mientras que las mujeres víctimas de maltrato psicológico lo habían padecido principalmente de forma crónica

(82,7%), sólo una minoría de las víctimas de maltrato físico o sexual lo sufrían de manera crónica (21,2% y 19,9%, respectivamente).

Estos datos indican que la muestra de este estudio está integrada principalmente por mujeres que han sufrido un maltrato psicológico severo, frecuente y crónico, que han padecido también maltrato físico y, en menor medida, maltrato sexual en el último año, pero sólo minoritariamente con una frecuencia elevada y de forma crónica.

Cabe mencionar que es posible que al completar las medidas de autoinforme, las mujeres hayan tendido a minimizar los comportamientos física y sexualmente agresivos padecidos, reconociendo haberlos sufrido en menor medida que el maltrato psicológico. Esto es, muchas víctimas de maltrato pueden tener dificultades de entrada a la hora de reconocer haber sufrido formas graves de maltrato, como las agresiones físicas. Además, es una realidad constatada el hecho de que muchas mujeres maltratadas no son capaces de detectar el abuso sexual como una forma de maltrato. Asimismo, el hecho de que la investigadora fuera la misma persona encargada de realizar el tratamiento terapéutico posterior con las mujeres ha podido resultar contraproducente, ya que la sensación de confidencialidad disminuye y pueden haber aumentado los sentimientos de vergüenza, al revelar información tan íntima sin haberse establecido todavía un vínculo de confianza con la terapeuta. A esto se unen los sentimientos habituales al comienzo de una terapia, que incluyen nerviosismo, inseguridad, deseo de ser valorada y apreciada, miedo a ser juzgada, rechazada o a "asustar" al terapeuta si se revelan determinados acontecimientos vividos, etc.

En cuanto a las tasas de prevalencia encontradas en otras variables, la mayoría de las mujeres participantes (70,5%) presentaba una orientación negativa a los problemas elevada. Respecto a los esquemas analizados, puede decirse que no se hallaban tan presentes, pero si de forma importante. Así, un 45,5% y un 31,4% de ellas tenían puntuaciones elevadas en esquemas de imperfección y autosacrificio.

En lo que se refiere al apoyo social con el que contaban las participantes, destaca notablemente el hecho de que una parte importante de las mujeres percibía carecer de apoyos por parte de su familia (30,3%) y amigos (29,7%). Este déficit de apoyos era particularmente relevante en lo que se refiere al apoyo de una persona especial, que un 72.9% de las mujeres manifestaba no tener. Esto refleja, en la línea encontrada en otros estudios (Barnett y cols., 1996; Matud y cols., 2003; Mills, 1985; Mitchell y Hodson, 1983; Oosthuizen y Wissing, 2005), que las mujeres víctimas de violencia doméstica tienen por lo general unos niveles de apoyo social bajos. Además, cuando se compararon las puntuaciones otorgadas por las mujeres a los diversos tipos de apoyo social percibido se observó que la puntuación más

elevada era para el apoyo social formal y la más baja para el apoyo por parte de una persona especial.

7.4.2. RELACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS TIPOS DE MALTRATO SUFRIDOS Y LA SINTOMATOLOGÍA

Los resultados indican que todos los tipos de maltrato, físico, sexual y psicológico, son predictores del trastorno de estrés postraumático y la ansiedad en las víctimas. Por otro lado, sólo el maltrato psicológico aparece relacionado con la depresión, mientras que ni la agresividad física ni la sexual se asocian de forma significativa a esta sintomatología. Esta ausencia de relación resulta sorprendente y contraria a las hipótesis de este estudio, así como a los resultados hallados en la inmensa mayoría de los estudios.

En suma, podría decirse que, en efecto, se cumple la hipótesis de que el maltrato psicológico resulta muy perjudicial y tiene consecuencias devastadoras para la salud mental de las víctimas. Su influencia negativa puede ser incluso mayor que la del maltrato físico y sexual. Comparativamente, dentro de los diversos tipos de maltrato psicológico analizados, parece que el maltrato psicológico sutil es el que mayor impacto tiene en la sintomatología de las mujeres víctimas, tanto en los niveles de depresión, como de ansiedad y estrés postraumático.

7.4.3. ASOCIACIÓN ENTRE LAS VARIABLES COGNITIVAS Y LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

Los resultados de este estudio muestran en general una asociación consistente de casi todas las variables cognitivas con los síntomas psicológicos que presentan las víctimas.

7.4.3.1. Relación de la orientación negativa a los problemas con la sintomatología

Dentro de los diversas variables cognitivas estudiadas, destaca especialmente el papel de la orientación negativa a los problemas, que se asoció intensamente con los síntomas tanto de ansiedad, como de depresión y estrés postraumático que presentan las mujeres víctimas de todos los tipos de maltrato.

Estos resultados son congruentes con un amplio número de estudios que han hallado que una baja autoeficacia percibida se asocia a una mayor presencia de ansiedad (Bandura,

1997; Schwarzer, 1994, 1996), mientras que las creencias de autoeficacia fuertes reducen los sentimientos de estrés (Weitlauf y cols., 2000) y la ansiedad que experimentan las personas cuando tienen que afrontar amenazas (Bandura, 1997, 1999; Caprara y Cervone, 2000; Cervone y Scott, 1995; Jerusalem y Schwarzer, 1992; Luszczynska y cols., 2004; Stajkovic y Luthans, 1998).

Asimismo, las creencias de autoeficacia bajas se han relacionado habitualmente con la depresión y la indefensión (Bandura, 1997; Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005; Luszczynska y cols., 2004). También se ha hallado que la autoeficacia es uno de los factores protectores contra los intentos de suicidio en mujeres maltratadas (Meadows, 2004; Meadows y cols., 2005).

Finalmente, la autoeficacia se ha relacionado también en otros estudios con la aparición de síntomas de estrés postraumático en las víctimas de maltrato (Benight y Bandura, 2004; Bradley y cols., 2006).

7.4.3.2. Relación del esquema de imperfección con la sintomatología

En segundo lugar, resulta también muy relevante la asociación del esquema de imperfección especialmente con la depresión y ansiedad que padecen las mujeres que sufren cualquier tipo de maltrato, así como también con el desarrollo de estrés postraumático en las mujeres víctimas de maltrato físico, sexual y psicológico abierto.

La asociación entre el esquema de imperfección y la depresión ha sido confirmada anteriormente en un amplio número de estudios (Calvete, Estévez, Landin y cols., 2007; Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005; Petrocelli y cols., 2001; Schmidt y cols., 1995; Stopa y cols., 2001). Tiene sentido pensar, tal y como sugieren estos datos, que los pensamiento propios de la depresión son predominantes en las personas que poseen el esquema de imperfección, ya que es de esperar que la creencia de ser defectuoso o poco válido se acompañe de pensamientos del tipo de *"no soy lo suficientemente interesante"*, *"seguro que le caigo mal"* o *"no valgo para nada"*, entre otros. Además de esta influencia directa en la depresión, el esquema de imperfección ejerce también una influencia indirecta en la misma, a través de su impacto en el autoconcepto. Esto es, el esquema de imperfección se ha visto asociado al autoconcepto negativo (Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005) que muy a menudo presentan las mujeres víctimas de maltrato, sintiéndose poco válidas, indignas e inseguras de su propio comportamiento (Flinck y cols., 2005; Jansen y Meyers-Abell, 1981; Petersen y cols., 2003, 2004; Wilson y cols., 2007), y, a su vez, el

autoconcepto negativo se asocia a la depresión. Esto último queda patente en la teoría de Beck (1976), quien estableció que una de las características cognitivas de la depresión consistía en una visión negativa de uno mismo, así como en el modelo tripartito de la ansiedad y la depresión, en el que se indica la falta de afecto positivo como un rasgo de la depresión.

7.4.3.3. Relación de la culpabilidad con la sintomatología

Asimismo, cabe señalar la notable asociación entre la culpabilidad y los síntomas de depresión que presentan las mujeres que sufren cualquier tipo de maltrato. Además, esta variable también tiene una importante relación con la ansiedad y el estrés postraumático que pueden desarrollar las mujeres víctimas de maltrato físico, sexual y psicológico abierto.

Esto es consistente con los estudios que indican que la culpabilidad correlaciona positivamente con mayores síntomas psicológicos y un peor ajuste (O´Neill y Kerig, 2000). En concreto, la autoinculpación que experimentan las víctimas de maltrato se ha relacionado en gran medida con trastornos depresivos (Andrews y Brewin, 1990; Barnett y cols., 1996; Clements, 2000; Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa y cols., 2001; Miller y Porter, 1983; Westbrook, 1999). Además, existe una considerable evidencia de que las cogniciones acerca del propio rol en el trauma, lo cuál tiene mucho que ver con la culpabilidad y la autoinculpación (Kubany, 1998), juegan un papel fundamental en el mantenimiento y cronicidad del trastorno de estrés postraumático (Brewin y cols., 1996; Ehlers y Clark, 2000; Foa y cols., 1999; Kubany y cols., 1996; Kubany y Watson, 2002, 2003).

7.4.3.4. Relación de la asertividad en las relaciones íntimas con la sintomatología

Por su parte, también la baja asertividad en las relaciones íntimas ha mostrado asociarse fundamentalmente a los síntomas de ansiedad que presentan las víctimas, y también en cierta medida al estrés postraumático, en la línea de lo apuntado ya en otros estudios (Staats y Heiby, 1985; Vázquez Mezquita, 1999).

7.4.3.5. Relación del esquema de autosacrificio con la sintomatología

Respecto al esquema de autosacrificio, aunque se asocia menos y de forma menos consistente con la sintomatología, cabe mencionar que sí lo hace en alguna medida con la depresión y ansiedad, principalmente. Otros estudios han mostrado también que el esquema

de autosacrificio es un predictor de la depresión (Calvete, Estévez, Landin y cols., 2005; Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005; Stopa y cols., 2001) y que se asocia a la ansiedad (Wellburn, Coristine, Dagg, Pontefract y Jordan, 2002).

7.4.3.6. Relación del locus de control con la sintomatología

Finalmente, el locus de control es la variable que menos ha resultado relacionarse con la sintomatología psicológica de las mujeres, encontrándose apenas una ligera asociación negativa entre el locus de control interno y el estrés postraumático, así como una asociación positiva entre el locus de control externo y la depresión.

Esto es congruente con los resultados de algunos estudios que relacionan el locus de control con el trastorno de estrés postraumático, hallando una correlación positiva entre un locus de control externo y una mayor severidad de los síntomas del TEPT (Noon, 1996). Asimismo, estos datos confirman lo establecido por algunos investigadores que han encontrado que las atribuciones de locus de control externo se asocian a la presencia de pensamientos automáticos negativos en las mujeres maltratadas (Wingfield, 1997), así como a la indefensión (Finkelhor, 1987; Mannarino y Cohen, 1996) y a la depresión que aparece tras el abuso (Overholser y Moll, 1990; Umberson y cols., 1998). En esta misma línea, un locus de control externo se ha relacionado con un "estilo atribucional depresogénico" que se asocia a una mayor probabilidad de realizar atribuciones de control depresogénicas y, a su vez, al desarrollo de expectativas de indefensión (Alloy y Clements, 1992).

7.4.4. LOS ESTILOS COGNITIVOS COMO MODERADORES DEL IMPACTO DEL MALTRATO EN LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

En cuanto al papel moderador de las variables cognitivas, los resultados encontrados han sido muy limitados. Los escasos efectos hallados hacen referencia principalmente a la relación entre el maltrato psicológico o sexual y los síntomas de depresión y ansiedad. Dichos efectos se detallan a continuación:

7.4.4.1. Papel moderador de la orientación negativa a los problemas

La orientación negativa a los problemas ha demostrado moderar la relación entre el maltrato psicológico, tanto abierto como sutil, y la depresión, así como la relación entre el abuso psicológico más abierto y la ansiedad.

Estos resultados son compatibles con los de numerosas investigaciones que apoyan el papel de la autoeficacia como factor de resiliencia que protege a las mujeres que viven una historia de maltrato del desarrollo de secuelas negativas (Bradley y cols., 2006; Stein y cols., 2002; Thompson y cols., 2002). Esto tiene su sentido, ya que las mujeres que tienen confianza en si mismas, en sus recursos y en su capacidad para afrontar y resolver situaciones diversas es más probable que sean resistentes ante la situación de maltrato psicológico, que confíen en que van a ser capaces de poner en marcha estrategias para hacerle frente y que desarrollen menos síntomas.

La asociación entre el maltrato psicológico sufrido y los síntomas de depresión y ansiedad es mayor entre las mujeres que no presentan una orientación negativa a los problemas o que la presentan en niveles muy bajos. Por su parte, las mujeres que tienen una elevada orientación negativa a los problemas experimentan niveles elevados de síntomas depresivos y ansiosos, con independencia de los niveles del maltrato sufrido. De esta forma, el hecho de no tener una autoeficacia elevada, o de presentar una orientación negativa a los problemas en alguna medida, imprime vulnerabilidad a la mujer e impacta en gran medida en su estado psicológico, predisponiéndole a padecer depresión y ansiedad, ya desde la vivencia de niveles bajos de maltrato psicológico. Esto es, la simple presencia de una orientación negativa a los problemas tiene una repercusión muy importante en el bienestar psicológico de las mujeres.

Como consecuencia de este efecto, las diferencias entre las mujeres que puntúan bajo y alto en la orientación negativa a los problemas sólo son evidentes cuando los niveles de maltrato psicológico que sufren son bajos.

7.4.4.2. Papel moderador de la culpabilidad

Asimismo, también en el caso de la culpabilidad se ha encontrado algún efecto moderador, en la línea de los resultados de algunas investigaciones que encuentran que, en el caso de las víctimas de maltrato, la culpabilidad modera la relación entre la violencia sufrida y el ajuste personal y el desarrollo de síntomas psicológicos en las mujeres (O´Neill y Kerig,

2000). Específicamente, en este estudio la culpabilidad modera la relación entre el abuso psicológico y el desarrollo de síntomas ansiosos y depresivos, así como la relación entre el maltrato sexual y la ansiedad.

En ambos casos, la baja culpabilidad constituía una protección que hacía a las mujeres menos propensas a desarrollar ansiedad y depresión al sufrir un maltrato psicológico, así como a padecer síntomas de ansiedad ante la vivencia de un maltrato sexual. Sin embargo, las mujeres que tendían a autoinculparse en alguna medida presentaban una sintomatología ansiosa y depresiva considerable ante un maltrato psicológico o sexual, incluso cuando éste era de un nivel bajo de severidad.

7.4.4.3. Papel moderador del esquema de autosacrificio

Además, también se encontró un efecto moderador del esquema de autosacrificio, en la relación entre el maltrato psicológico, sutil y abierto, y la depresión.

De nuevo en este caso se aprecia que la asociación entre el maltrato psicológico sufrido y los síntomas de depresión es mayor entre las mujeres que no presentan un esquema de autosacrificio o que lo presentan en niveles muy bajos. Por otro lado, en la misma línea que sucedía con la orientación negativa a los problemas, las mujeres que tienen un esquema de autosacrificio experimentan niveles elevados de síntomas depresivos, con independencia de los niveles del maltrato sufrido. De esta forma, la presencia del esquema de autosacrificio en las mujeres tenía una enorme repercusión en su estado psicológico, determinando la aparición de síntomas depresivos ante la más mínima exposición a un maltrato psicológico. A raíz de este efecto, las diferencias entre las mujeres que puntúan bajo y alto en el esquema de autosacrificio sólo son evidentes cuando el nivel de maltrato psicológico que sufren es bajo.

El esquema de autosacrificio se caracteriza por anteponer las necesidades de los demás, de la pareja en este caso, a las propias (Young, 1999), por tratar de satisfacer los deseos del otro a pesar de tener que renunciar a los propios. Las mujeres que actúan movidas por este esquema es más probable que cedan a las demandas de sus parejas con más facilidad y que se cuestionen con más facilidad a si mismas. De esta forma, un maltrato psicológico basado, por ejemplo, en hacer dudar a la persona de sus propias necesidades y en cuestionar su conducta es probable que tenga un gran impacto en las mujeres que tienen un esquema de autosacrificio, haciéndoles prisioneras en las relaciones abusivas, al sentirse obligadas a hacer que sus matrimonios funcionen o emocionalmente responsables de sus parejas violentas (Davies y Lyon, 1998; Dunn, 2005; Dunn y Powell-Williams, 2007; Loseke y Cahill, 1984;

Peled y cols., 2000; Rothenberg, 2002) y produciéndoles más sentimientos depresivos y de insatisfacción consigo mismas, al valorar que no son capaces de satisfacer a su pareja y de hacerla feliz.

7.4.4.4. Papel moderador del locus de control

Por un lado, el locus de control externo resultó actuar como moderador del impacto del maltrato psicológico abierto y de la agresividad sexual en la ansiedad. La relación entre el maltrato y los síntomas es mayor en el caso de las mujeres que tenían un locus de control externo bajo, las cuáles tendían a presentar menos ansiedad al vivir situaciones de maltrato psicológico y sexual. Por su parte, las mujeres que tenían un locus de control externo elevado padecían niveles muy altos de ansiedad ante la vivencia de un maltrato psicológico o sexual, a pesar de que se tratara de un abuso de baja intensidad. Esto es, el hecho de tener un locus de control externo elevado es un factor de vulnerabilidad que hace a las mujeres más propensas a desarrollar síntomas de ansiedad al ser víctimas de un abuso psicológico o sexual, sea éste leve o elevado. Estas diferencias entre las mujeres que puntúan bajo y alto en el locus de control externo son más evidentes cuando los niveles de maltrato que sufren son bajos. Cabe mencionar que, en el caso del maltrato psicológico, parece que cuando el nivel del mismo es muy elevado incluso se puede invertir la tendencia, de manera que un locus de control externo alto protege más a las mujeres.

En cuanto al locus de control interno, resultó moderar la relación entre el maltrato sexual y el desarrollo de depresión. En este caso, la asociación entre el dicho maltrato y los síntomas depresivos era especialmente notoria en las mujeres que tenían un locus de control interno alto, las cuáles tendían a presentar menos depresión.

Finalmente, tanto el locus de control interno como el locus de control externo moderaron la relación entre la agresividad sexual y el estrés postraumático. En este caso, eran las mujeres con un locus de control interno alto y las que tenían un locus de control externo bajo las que tenían una mayor tendencia a desarrollar estrés postraumático como consecuencia del maltrato sexual. Esto es, un locus de control interno alto y un locus de control externo bajo son en principio factores de protección que amortiguan el impacto del maltrato sexual en la sintomatología traumática de las mujeres. No obstante, cabe reseñar que, al igual que sucedía con el maltrato psicológico, cuando el nivel de agresividad sexual que sufren las víctimas es muy elevado, ya no es tan clara la influencia positiva de un locus de control

interno elevado. Además, en esta situación el locus de control externo bajo puede incluso resultar negativo.

Tal vez esto se explique porque el locus de control interno, la creencia de que de algún modo se pueden controlar los comportamientos abusivos de la pareja, implica la percepción de que una puede y podría haber controlado e impedido el maltrato sexual sufrido (Holtzworth-Munroe y Jacobson, 1985). Esto es probable que conduzca a una mayor rumiación y a una mayor cantidad de pensamientos negativos acerca de lo que fue la situación abusiva, en el intento de darle un sentido y de buscar los aspectos que podrían haberse controlado. Esta mayor presencia de pensamientos acerca del maltrato sexual sufrido, cuando éste es especialmente elevado y traumático, puede relacionarse con la aparición de los síntomas de reexperimentación característicos del trastorno de estrés postraumático.

En suma, el papel moderador del locus de control hallado en este estudio indica que en principio es conveniente para las mujeres y para su bienestar psicológico tener un locus de control interno elevado y un locus de control externo bajo. Esto apoya las investigaciones que han hallado que el locus de control puede moderar la relación entre la violencia sufrida y el ajuste personal de las mujeres (O´Neill y Kerig, 2000; Suzuki, 2006), de manera que un bajo control percibido aumenta la relación entre la violencia y el desajuste psicológico, mientras que un mayor control percibido se asocia a la presencia de menos sintomatología y a un mejor ajuste (Cantos y cols., 1993; Clements y Sawhney, 2000; Follingstad y cols., 1991; Gelles y Harrop, 1989; Miller y Porter, 1983; Overholser y Moll, 1990; Sato y Heiby, 1992).

No obstante, en el caso del locus de control externo, los resultados de la moderación adopta un perfil interesante, ya que los mayores síntomas psicológicos se observaron en las mujeres que experimentaban los niveles más elevados de maltrato y, al mismo tiempo, puntuaban bajo en externalidad. Esto podría sugerir que, si la intensidad del maltrato que sufren las mujeres es muy elevada, tal vez sea más conveniente tener un locus de control externo elevado.

Una posible explicación para este efecto puede ser la siguiente: en principio, el hecho de atribuir los acontecimientos que suceden en la relación, entre ellos los abusos, a factores externos, ajenos a una misma, es lógico que repercuta en un mayor nivel de ansiedad y en un peor estado de ánimo, ya que las mujeres perciben que el maltrato que sufren está más allá de su control y que no pueden hacer nada por cambiarlo o controlarlo, ni tampoco por predecirlo, siendo claro que cuanto menos control percibido se tiene sobre una situación estresante mayor es el sentimiento de impotencia e indefensión, así como el nivel de estrés y de ansiedad que se padece (Anderson, 1977; Joe, 1971; Judge y cols., 2002; Ray y Katahn, 1968).

Cuando las mujeres perciben, por el contrario, que ellas pueden controlar lo que sucede en sus relaciones y el abuso que sufren, lo lógico es que comiencen a desplegar diversas conductas o cambios de comportamiento con el fin de tratar precisamente de ejercer ese control y de finalizar con el abuso que sufren. A medida que pasa el tiempo, si el maltrato aumenta hasta ser extremadamente elevado y ellas van quedándose sin repertorios de conducta que poner en marcha para intentar controlarlo, pero al mismo tiempo mantienen esa percepción de que algo tienen que poder hacer, es de esperar que su estado de ánimo empeore y que el nivel de ansiedad que presentan sea muy elevado, llegando a ser mayor que el que tienen las mujeres que perciben que la situación escapa a su control.

Esto puede ser coherente con la línea de investigación que apunta que, en el marco de relaciones de pareja abusivas, el sentimiento de responsabilidad y control sobre las consecuencias de los conflictos maritales puede ser muy poco útil, e incluso perjudicial (Miller y cols., 1986), ya que conduce a una implicación activa en la resolución de los conflictos que es muy probable que no resulte efectiva (Miller y cols., 1986). De hecho un afrontamiento activo puede ser más o menos efectivo según si es posible o no que el individuo controle las consecuencias (Clements y cols., 2004; Clements y Sawhney, 2000; Forsythe y Compas, 1987; Strentz y Auerbach, 1988; Valentiner y cols., 1994; Vitaliano y cols., 1990; Vitaliano y cols., 1993; Winkel y Vrij, 1993). El maltrato realmente es algo incontrolable y tratar de controlar acontecimientos incontrolables produce sentimientos de frustración, impotencia e incapacidad, así como una ansiedad muy elevada.

En contra de este razonamiento, se podría argumentar que también el abuso de un nivel bajo es incontrolable y sin embargo en esas situaciones el hecho de tener una sensación de control beneficiaba a las mujeres. Esto puede explicarse porque en esa situación de abuso menor, las mujeres aún pueden sostener, aunque no sea cierta, la llamada “ilusión de control”, según la cuál perciben que realmente lo que hacen está ayudando a controlar el abuso.

El hecho de que un locus de control externo o interno resulte beneficioso o perjudicial para las mujeres víctimas de violencia a manos de sus parejas en función del grado de severidad del maltrato que sufren aporta una perspectiva nueva que puede ayudar quizás a hacer compatibles los resultados aparentemente encontrados que en este sentido se han hallado en las diversas investigaciones.

En cualquier caso, las explicaciones sugeridas son especulativas y deberían ser evaluadas en estudios adicionales.

En lo referente al resto de variables cognitivas estudiadas, el esquema de imperfección y la asertividad en las relaciones íntimas, no se encontró ningún efecto moderador. De estos dos factores, quizás sorprende no haber hallado tales resultados en el caso del esquema de imperfección, especialmente en lo que se refiere a la relación del maltrato con la aparición de síntomas depresivos, en la línea encontrada en otras investigaciones (Calvete, Estévez y Corral, 2007a; Calvete, Estévez, López de Arroyabe y Ruiz, 2005; Petrocelli y cols., 2001; Schmidt y cols., 1995; Stopa y cols., 2001).

Es posible que los escasos resultados de moderación encontrados se explique por la homogeneidad de la muestra de esta investigación, que está formada por mujeres que en su inmensa mayoría han sido víctimas de un maltrato severo.

7.4.5. LOS ESTILOS COGNITIVOS COMO MEDIADORES DEL IMPACTO DEL MALTRATO EN LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS.

7.4.5.1. Incidencia del maltrato en las variables cognitivas

A pesar de los limitados resultados encontrados respecto al papel mediador de las variables cognitivas, los resultados de este estudio revelan una asociación significativa importante entre el maltrato y las diversas variables cognitivas. Esto implica que la vivencia de un maltrato en efecto tiene un impacto negativo en los estilos cognitivos de las mujeres víctimas, pudiendo alterarlos y volverlos más disfuncionales.

7.4.5.1.1. Incidencia del maltrato en la culpabilidad

Los resultados de este estudio revelan de forma consistente que todos los tipos de maltrato aparecen significativamente asociados a la culpabilidad. De hecho, la culpabilidad es la única variable cognitiva en la que el maltrato físico aparece como predictor. Esto resulta perfectamente plausible si se tienen en cuenta determinadas características de las relaciones abusivas que pueden explicar cómo el maltrato puede modificar las atribuciones que hace la víctima, favoreciendo la aparición de cogniciones de culpa.

En primer lugar, las relaciones abusivas se caracterizan por la existencia de un claro desequilibrio en el estatus y el poder del hombre y de la mujer, lo cuál es importante y necesariamente influye en las atribuciones, ya que el poder de un miembro de la pareja es un determinante importante de la evaluación general que hace el otro miembro y de su reacción

ante un acto dañino o beneficioso (Heider, 1958). Además, siguiendo a algunos autores, las atribuciones en las relaciones pueden entenderse atendiendo a interacciones diádicas (Orvis, Kelley y Butler, 1976). Esto es, los esposos negocian explicaciones para llegar a una comprensión común de los acontecimientos que suceden en la relación (Berger y Kellner, 1970), de manera que los propios procesos individuales de cada miembro pasan a considerarse dentro del contexto completo del matrimonio (Fincham, 2001). Si esto fuera así, se podría suponer que las relaciones de maltrato, en las que la diferencia de poder entre el agresor y la víctima es evidente, propiciarían que, en esa "negociación" por llegar a una comprensión común de las situaciones, la mujer víctima asuma como válidas las atribuciones que realiza su pareja agresora, en lugar de tener en cuenta las suyas propias. Esta idea es consistente con el Síndrome de Adaptación Paradójica a la Violencia Doméstica (Montero, 2000, 2001), que postula que en el contexto de una situación traumática la víctima puede llegar a interiorizar y asumir el modelo mental del agresor, sustituyendo sus propias creencias por las que el agresor le transmite.

Siendo esto así, está ampliamente contrastado que los agresores a menudo culpabilizan a las víctimas del maltrato. En esta línea, numerosos estudios han encontrado que los hombres violentos parecen atribuir una mayor responsabilidad a sus mujeres tanto por los acontecimientos negativos generales que suceden en el matrimonio como por los acontecimientos de violencia, atribuyéndoles la culpabilidad de la ocurrencia de los mismos, así como una intencionalidad negativa y hostil y motivaciones egoístas (Byrne y Arias, 1997; Byrne y cols., 1993; Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998; Eckhardt, Barbour y Davison, 1998; Holtzworth-Munroe, 1991, 1992; Holtzworth-Munroe y Hutchinson, 1993; Holtzworth-Munroe, Jacobson, Fehrenbach y Fruzzetti, 1992; Schweinle, Ickles y Bernstein, 2001; Tonizzo, Howells, Day, Reidpath y Freyland, 2000).

En suma, la tendencia a autoinculparse y verse a sí mismas como perdedoras (Campbell y cols., 1996) tiende a estar presente y a mantenerse en las mujeres que sufren maltrato debido a la exposición continua a mensajes culpabilizantes y a críticas constantes por parte del agresor, de quien tienen una gran dependencia emocional. Las justificaciones habituales que hace el agresor de sus conductas violentas, unidas a la creciente ocurrencia de comportamientos violentos provocan que las víctimas lleguen eventualmente a interiorizar tales sentimientos y pensamientos de autoinculpación (Jansen y Meyers-Abell, 1981). A esto es necesario sumarle además al aislamiento, que implica la privación de otras fuentes de refuerzo social.

Asimismo, cabe recordar aquí que esta tendencia a la autoinculpación de la víctima es reforzada también a nivel social e institucional, existiendo una propensión a culpar y a estigmatizar a la víctimas por los malos tratos que sufren (Burks, 2006; Busch, 2001; Edwing y Aubrey, 1987; García-Moreno y cols., 2006; Norgaard, 2005). Ciertos sistemas de creencias tienden a justificar la violencia contra las mujeres (Flinck y cols., 2005; Janssen, 1995; Kim y Motsei, 2002; Miles, 1999; Russel y Wells, 2000; Simoneti, 2000). En concreto, las actitudes sociales respecto a la violencia y las mujeres, tales como la normalización del uso de la violencia en la relaciones interpersonales (Silverman y Williamson, 1997), determinadas creencias sexuales (Parrott y Zeichner, 2003), las actitudes sexistas y de hostilidad hacia las mujeres (Echeburúa y Fernández-Montalvo, 1998), y los mitos acerca de las violaciones y la aceptación de las mismas (Forbes, Adams-Curtis y White, 2004), se han visto asociadas, además de con un mayor número de agresiones a mujeres, con la culpabilización de la víctima (Kubrin y Weitzer, 2003).

Así, por ejemplo, algunos estudios muestran que alrededor del 40% de las personas piensan que una mujer maltratada debe haber sido al menos parcialmente culpable de las agresiones de su marido (Barnett y cols., 1996; Edwing y Aubrey, 1987). Otras investigaciones revelan actitudes sociales que culpan a la mujer por incitar el abuso o por dejar al agresor (Frieze, 1979; Harris y Cook, 1994; Kristiansen y Guilietti, 1990; Pierce y Harris, 1993; Summers y Feldman, 1984, Walker, 1984). Estas actitudes se han encontrado incluso en mujeres, que consideran que en determinadas circunstancias está justificado que un hombre insulte o pegue a su mujer (Gentemann, 1984). Asimismo, el tratamiento de las mujeres en los procedimientos judiciales es negativo, tendiendo a menudo a responsabilizar y culpar a las mujeres víctimas de violencia física y sexual, lo cuál provoca su revictimización y exacerba su autoinculpación (Dunn y Powell-Williams, 2007; Fine y Carney, 2001; Howard, 1984a, b; Koss, 2000; Luginbuhl y Mullin, 1981; Norgaard, 2005). Finalmente, la cobertura en los medios de comunicación de los casos de violencia contra las mujeres también juega un papel en la construcción de la culpa (Marshall, 2002). Esta culpabilización de la víctima que emerge de los agentes sociales e institucionales incide aún más en los niveles de culpabilización de las mujeres maltratadas (Barnett y cols., 1996; Miller y cols., 1986).

No obstante, cabe destacar que los estudios muestran que actualmente hay más comprensión y empatía con las víctimas de maltrato, en comparación con hace 15 o 20 años. A pesar de que hay aún individuos y medios de comunicación que culpan explícitamente a las víctimas, en general la opinión pública tiene más información (Berns, 2004; Berns, y Schweingruber, 2007; Hilton, 1993; Klein y cols., 1997).

7.4.5.1.2. Incidencia del maltrato en el esquema de imperfección

Tanto el maltrato psicológico de todo tipo como el maltrato sexual aparecen significativamente asociados al desarrollo de un esquema de imperfección en las víctimas.

Se confirma, por tanto, la idea de que la violencia por parte de la pareja puede provocar cambios en los esquemas cognitivos de las víctimas. Esto es consistente con la teoría que sostiene que las auto-representaciones se crean a través de las interacciones con los demás, de manera que, con el tiempo, cuando el otro íntimo se comporta continuamente de forma verbal y físicamente agresiva, los propios esquemas se vuelven negativos (Lynch y Graham-Bermann, 2000; McCann y cols., 1988).

En particular, diversos autores han encontrado que la experiencia de violencia de género puede ser especialmente dañina para la autoestima (Aguilar y Nightingale, 1994; Barnett, 2001; Calvete, Estévez y Corral, 2007a; Cascardi y O´Leary, 1992; Dutton y Painter, 1993; Long, 1991; Lynch y Graham-Bermann, 2000; Mills, 1984; Ovara, MacLeod y Sharpe, 1996; Trimpey, 1989) y los esquemas relacionados con la autovalía (McCann y cols., 1988; Zust, 2006), como es el esquema de imperfección. De este modo, cuando la víctima sufre una experiencia prolongada de maltrato físico y psicológico por parte de su pareja, sus pensamientos sobre sí misma y su autoestima pueden llegar a ser extremadamente negativos (Calvete, Estévez y Corral, 2007a). En este sentido, la baja autoestima se ha relacionado positiva y significativamente con la frecuencia y severidad del abuso (Clements y cols, 2004; Westbrook, 1999). Además, el sentido de si mismas de las mujeres disminuye por las humillaciones, críticas y descalificaciones que continuamente hace el agresor cuando ella trata de satisfacer sus demandas (Dutton y Painter, 1981, 1993), los cuáles minan profundamente el sentido de autovalía (Zust, 2006).

7.4.5.1.3. Incidencia del maltrato en la asertividad en las relaciones íntimas

Del mismo modo, tanto el maltrato psicológico de todo tipo como el maltrato sexual aparecen también significativamente asociados a una disminución de la asertividad en las relaciones íntimas que presentan las mujeres.

Esto se explica por la propia dinámica de la relación de maltrato, en la que el agresor, con sus conductas abusivas, condiciona en gran medida los comportamientos de la víctima, fomentando su aislamiento, pasividad y sumisión. Así, por un lado, castiga cualquier

respuesta adaptativa de la víctima, como la asertividad en la expresión de sus emociones, el razonamiento, la comunicación y los comportamientos de defensa o búsqueda de ayuda. Cuando la víctima cuestiona algo, lleva la contraria, argumenta, se queja o muestra iniciativa, el agresor responde con actitudes y conductas abusivas y violentas. De esta forma, la víctima aprende rápido que la mejor manera de evitar agresiones es callarse y adoptar una postura sumisa, pasiva y de evitación de conflictos (Dobash y Dobash, 1984). Al mismo tiempo, cuando la víctima, en vez de conductas asertivas, lleva a cabo conductas dependientes, sumisas, pasivas y conciliadoras se produce una reducción de los malos tratos, lo cuál es en sí mismo un reforzador negativo muy fuerte de tales conductas. Además, en esas ocasiones, el agresor suele reforzar de manera positiva o premiar a la víctima, a través de muestras de afecto o de otra forma (Maccoby, 1990; Rohrbaugh, 1979). De este modo, se produce una disminución gradual de los recursos personales de la víctima: pierde asertividad y aumenta su inseguridad y su incapacidad para tomar decisiones.

Además, el propio hecho de vivir traumas repetidos y prolongados puede contribuir entre otras cosas a la aparición de déficits de asertividad (Kubany y cols., 2004).

7.4.5.1.4. Incidencia del maltrato en el esquema de autosacrificio

En cuanto al esquema de autosacrificio, se ha encontrado una asociación significativa entre maltrato psicológico y su desarrollo. Una posible explicación para el desarrollo de un esquema de autosacrificio en las mujeres víctimas de maltrato es que pierden el sentido de si mismas porque tienen que dedicar toda su atención a satisfacer las demandas del agresor, para prevenir futura violencia, y, por tanto, descuidan sus propias necesidades (Dutton y Painter, 1981; Graham y Rawlings, 1991; Mills, 1985).

7.4.5.1.5. Incidencia del maltrato en el locus de control

Por último, el locus de control fue la variable en la que el maltrato mostró tener una menor incidencia. No obstante, cabe destacar la asociación negativa del maltrato sexual con el locus de control interno, así como su asociación positiva con el locus de control externo, indicando que este tipo de maltrato puede producir cambios en las atribuciones causales de las víctimas (Fincham, 2001). En concreto, los hallazgos de este estudio indican que las mujeres que sufren un maltrato sexual pueden tender a interpretar en mayor medida que las cosas que

suceden en su relación se producen a causa de factores externos, ajenos a ellas mismas, a la vez que disminuye su sensación de poder ejercer un control sobre los acontecimientos.

Numerosos estudios han considerado el maltrato como un acontecimiento estresante incontrolable que puede producir el desarrollo de un locus de control externo (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978; Goodstein y Page, 1981; Peterson y Seligman, 1983; Seligman, 1975; Walker, 1984, 1993). A modo de ejemplo, un estudio con diversos grupos de mujeres víctimas de maltrato halló que las mujeres que habían abandonado la relación abusiva recientemente, presentaban un locus de control externo, mientras que las mujeres que habían superado una relación abusiva, finalizándola al menos un año antes y recibiendo terapia, al igual que las mujeres que no habían sufrido nunca malos tratos presentaban un locus de control más interno (Young, 1995). Esto apoya la idea de que el locus de control puede ser modificado, volviéndose más externo como consecuencia del maltrato, y recuperándose el control interno una vez rota la relación y recuperadas las víctimas de las secuelas. Otros estudios han encontrado también esta idea de que las mujeres maltratadas corren el riesgo de perder la percepción del control al verse envueltas en la relación abusiva, y de que dicha percepción aumenta a medida que las mujeres pasan un tiempo en un lugar de acogida, fuera de sus relaciones abusivas (Murphy, 2000).

7.4.5.2. Papel mediador de las variables cognitivas

Los resultados encontrados en este estudio en relación al papel mediador de las variables cognitivas han sido muy limitados. Los escasos efectos hallados han aparecido en el caso del maltrato psicológico, mientras que en el caso del maltrato físico y del maltrato de tipo sexual no se ha encontrado mediación. Cabe resaltar que ninguno de estos dos tipos de abuso aparecían asociados de entrada con los síntomas de depresión, aspecto básico para poder probar esta hipótesis, de manera que quedaron directamente excluidos de los análisis de mediación en el desarrollo de tal secuela. No obstante, tampoco en el caso de la ansiedad ni del estrés postraumático se encontró mediación por parte de ninguna variable cognitiva.

7.4.5.2.1. Papel mediador de la orientación negativa a los problemas

El análisis de los datos obtenidos atendiendo a las variables cognitivas que han resultado cumplir una función mediadora revela el protagonismo especial de la orientación negativa a los problemas. Ésta ha resultado ser la única variable con una influencia relevante

como factor mediador entre el maltrato sufrido y las consecuencias psicológicas del mismo en las víctimas. Así, se confirma la idea de que la vivencia del maltrato produce una disminución de las expectativas de autoeficacia de las víctimas, que llegarían a ser muy bajas, determinando a su vez un mayor desarrollo de problemas y síntomas psicológicos.

Esta hipótesis adquiere mucho sentido al analizar las características propias de las relaciones de maltrato. Por una parte, el maltrato provoca un deterioro psicológico que produce dificultades de las mujeres en su funcionamiento diario lo cuál a su vez trae consigo un grado mayor de estrés en las mujeres maltratadas al implicarse en actividades cotidianas y una mayor sensación de ineficacia (Tomasulo y McNamara, 2007). Por otro lado, la vivencia de repetidos episodios de maltrato conducen a las mujeres víctimas a desarrollar la percepción de que son incapaces de lidiar con sus problemas y de poder tomar decisiones, así como a sentirse indefensas para cambiar la situación (McCann y cols., 1988) porque se perciben a si mismas como poco eficaces, mientras que ven a su pareja como un ser todo poderoso (Gelles, 1976; Jansen y Myers-Abell, 1981). Esta carencia de poder ocurre tanto por los episodios violentos que se producen de hecho como por la amenaza del uso de violencia que emplea el agresor contra la mujer para desempoderarla y controlar así su comportamiento (Herman, 1992; Lynch y Graham-Bermann, 2000; McCann y cols., 1988)

De hecho, la experiencia de abuso puede ser especialmente dañina para los esquemas relacionados con la autovalía y la autoeficacia (Calvete, Estévez y Corral, 2007a; McCann y cols., 1988). Además, en el caso de estas mujeres, a la acumulación de experiencias de abuso se añaden otra serie de factores que agudizan la percepción de ineficacia, tales como la falta de contacto con modelos adecuados para la solución de problemas, la falta de experiencia en solución de problemas, o la ausencia de entrenamiento al respecto (Launius y Jensen, 1987). En la línea de esto último se encuentran las teorías que postulan que las experiencias sociales cambian las creencias de autoeficacia. Desde esta perspectiva, se ha comprobado que la experiencia directa es una manera efectiva de fomentar la percepción de eficacia de las personas para afrontar retos (Bandura, 1997; Williams y Cervone, 1998).

En concreto, la orientación negativa a los problemas ha resultado, por un lado, mediar el impacto del maltrato psicológico de todo tipo en los síntomas de depresión. Este es un resultado muy poderoso, ya que implica que la repercusión que puede tener el maltrato psicológico en el desarrollo de depresión en las mujeres víctimas se produce a través de los cambios que dicho abuso provoca en la orientación a los problemas de las mujeres, que, al volverse más negativa, provoca la aparición de depresión en las mismas. Estos datos corroboran lo hallado en otros estudios que han encontrado que las creencias bajas de

autoeficacia, al igual que los esquemas del dominio de la autonomía deteriorada (Calvete, Estévez y Corral, 2007a), que aparecen en las víctimas como consecuencia del maltrato sufrido influyen negativamente en su manera de pensar, sentir y actuar, asociándose con indefensión y depresión (Schwarzer y Scholtz, 2000).

Asimismo, la orientación negativa a los problemas media la repercusión del maltrato psicológico en los síntomas de ansiedad y de estrés postraumático. Estos datos también van en consonancia con los de otras investigaciones que establecen que, tanto la baja autoeficacia como los esquemas del dominio de la autonomía deteriorada de las víctimas de maltrato, median también en la aparición de síntomas de ansiedad (Calvete, Estévez, y Corral, 2007b; Schwarzer y Scholtz, 2000).

A la luz de estos resultados, queda patente que la orientación negativa a los problemas, o la baja autoeficacia, es una variable que condiciona y explica en gran medida el desarrollo de todo tipo de síntomas en las mujeres víctimas de violencia conyugal. Por ello, resulta de gran importancia tener en cuenta esta variable tanto en la investigación como en la intervención con mujeres víctimas de maltrato, aspecto que resaltan numerosos autores (Coker y cols., 2002; Lutenbacher, Cohen y Mitzel, 2003; Oosthuizen y Wissing, 2005) al comprobar la gran efectividad de los programas destinados al empoderamiento de las víctimas que inciden en la autoeficacia (Goodman y cols., 2005; Goodman y Fallon, 1995; Hollander, 2004, 2005; Jordan, 2005; Kubany y Watson, 2002; Kubany y cols., 2004; McCaughey, 1997; Ozer y Bandura, 1990; Sanders, Weaver y Schnabel, 2007; Tiwari y cols., 2005; Weitlauf, Cervone, Smith y Wright, 2001; Weitlauf y cols., 2000). En este sentido, los programas para promover la autoeficacia en las mujeres (Limandri y May, 2002; Zust, 2000) han demostrado ser efectivos de cara a reducir la depresión, la ansiedad, la soledad y la indefensión, así como para aumentar la autoestima (Zust, 2000, 2006).

De estos hallazgos se derivan implicaciones clínicas importantes para los servicios de apoyo a las víctimas. Éstos pueden jugar un papel muy importante de cara a potenciar su empoderamiento, siendo sensibles a las necesidades y deseos que expresen las mujeres, respetándolas y dándoles la posibilidad de participar y de tomar decisiones. De este modo, pueden ayudar a construir el autorrespeto y la autoconfianza, potenciando que las mujeres se animen a hacer cosas que previamente nunca se habían planteado (Hague y Mullender, 2006). Por el contrario, la visión de las mujeres maltratadas como víctimas oprimidas puede provocar su desempoderamiento en lugar de empoderarlas, haciendo invisibles sus fortalezas y su resistencia a la violencia, mostrando su vulnerabildad, fragilidad y debilidad (Dyehouse, 1992; Hollander, 2001; Lamb, 1999; McCaughey y King, 1995), y desperdiciando así

oportunidades de fortalecer a estas mujeres para hacer frente a su situación (Kurz y Stark, 1988).

7.4.5.2.2. Papel mediador de otras variables cognitivas

Tal y como se mencionaba anteriormente, tanto la culpabilidad como los esquemas de imperfección y autosacrificio también han contribuido en cierta medida a la mediación en la relación entre el abuso psicológico y la depresión. No obstante, el rol mediador encontrado por parte de estas variables es mucho menor de lo esperado. Esto es así especialmente en el caso de la culpabilidad, que ha mostrado en numerosas investigaciones tener una influencia mediadora en el desarrollo de trastornos psicológicos, especialmente depresivos, en las víctimas de maltrato (Andrews y Brewin, 1990; Barnett y cols., 1996; Calvete, 2005; Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa y cols., 2001; Kubany y cols., 2004; Miller y Porter, 1983). Asimismo, en relación a los esquemas de imperfección y autosacrificio, también son varias las investigaciones que han hallado que el deterioro de la autoestima y de los esquemas de las mujeres como consecuencia del maltrato aumenta a su vez el riesgo de aparición de depresión (Aguilar y Nightingale, 1994; Barnett, 2001; Calvete, Estévez y Corral, 2007a; Cascardi y O´Leary, 1992; Clements y cols, 2004; Lynch y Graham-Bermann, 2000; McNamara y Fields, 2000a, b; Sackett y Saunders, 1999; Tomasulo y McNamara, 2007; Walker, 1984, 1989).

En cuanto al resto de variables cognitivas analizadas, asertividad en las relaciones íntimas y locus de control externo e interno, no se ha hallado ningún efecto de mediación.

7.4.6. EL APOYO SOCIAL COMO MODERADOR DEL IMPACTO DEL MALTRATO EN LOS SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS

7.4.6.1. Influencia del apoyo social en la sintomatología de las víctimas

Los resultados obtenidos en este estudio apoyan fundamentalmente un efecto principal para el apoyo social percibido. En concreto, se aprecia de forma consistente cómo el apoyo por parte de una persona especial se asocia significativamente a una menor presencia de depresión y ansiedad en las mujeres víctimas de todos los tipos de maltrato, así como a menores niveles de estrés postraumático en las mujeres que padecen maltrato físico y sexual. Asimismo, el apoyo que reciben las mujeres que sufren cualquier tipo de maltrato por parte de

su red social de amistades se asocia también de manera consistente a menos síntomas de depresión. Por su parte, ni el apoyo familiar ni el apoyo formal resultaron tener un impacto relevante en la situación psicológica de las mujeres.

El análisis comparativo de los resultados obtenidos en relación a los dos grandes tipos de apoyo, formal e informal, revela, por lo tanto, una mayor influencia de las fuentes de apoyo informal en el estado psicológico de las víctimas de maltrato. Esto va en consonancia con lo encontrado en otros estudios, que muestran cómo las mujeres víctimas de violencia conyugal muestran una preferencia a recurrir con mayor frecuencia a personas cercanas de su red de apoyo para solicitar ayuda y hablar sobre el tema (Anderson, 1997; Bowker, 1983; Flinck y cols., 2005; Fontaine, 1995; Frost, 1999; Gondolf y Fisher, 1988; Horton y Johnson, 1993; Ingram, 2007; Johnson y Ferraro, 2000; Waalen y cols., 2000; West y cols., 1998), y que valoran más el apoyo que reciben de estas fuentes ya que pueden sentirse más cómodas que dando el paso de buscar una ayuda más formal (Ferraro, 1989).

Esto es así especialmente en el caso del apoyo por parte de una persona especial, que se perfila como el apoyo más importante para el bienestar psicológico de las mujeres. Cabe recordar que precisamente este tipo de apoyo es el que recibió una menor puntuación en el estudio. Esto es, es el apoyo que las mujeres manifiestan tener en menor medida. Esto trae consigo implicaciones para la intervención, en el sentido de que sería conveniente potenciar que las víctimas busquen una persona especial de confianza que pueda cumplir ese rol de apoyo. Por otra parte, el apoyo formal resultó tener poco o nulo impacto en el bienestar psicológico de las víctimas, a pesar de ser percibido por las mujeres como el mayor apoyo con el que contaban.

7.4.6.2. Papel amortiguador del apoyo social percibido

En cuanto a la función protectora del apoyo social percibido, de cara a moderar la relación entre el maltrato y las consecuencias psicológicas que se derivan de padecer una relación abusiva, los resultados de este estudio han sido pobres, confirmándose tan sólo algunos efectos en la depresión y ninguno en la ansiedad y el estrés postraumático.

Estos resultados indican que el apoyo social tiene más influencia, puede ser más útil y necesario, a la hora de afrontar y superar los sentimientos depresivos, la tristeza y el duelo. Por su parte, la ansiedad ante situaciones de temor, amenaza y miedo, es más difícil de amortiguarse por mucho que se tengan apoyos. Otro tanto sucede con el estrés postraumático,

en cuyo caso el apoyo social no tiene capacidad para ejercer una influencia y paliar los efectos del maltrato. Cabe recordar en este sentido que el trastorno de estrés postraumático se da tras la vivencia de situaciones altamente traumáticas, en las que la persona teme seriamente por su vida y su integridad, y que sobrepasan sus recursos de afrontamiento (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association, 2002). Es posible que, ante vivencias de tal calibre y dimensión, el posible efecto positivo del apoyo social no sea suficiente como para amortiguar el impacto del trauma.

Estos datos van en la línea de los numerosos estudios que han encontrado que un apoyo social bajo se asocia a síntomas de depresión (Arias, 1999; Coker y cols., 2002; Follingstad y cols., 1991; Graham-Bermann y cols, 2006; Kocot y Goodman, 2003), y que puede moderar la relación entre un estresor y sus consecuencias a nivel de salud mental, especialmente en lo que se refiere al desarrollo de trastornos depresivos (Cohen y Wills, 1985). No obstante, en la bibliografía, está también bastante documentado que el apoyo social reduce el riesgo de presentar síntomas de ansiedad y estrés postraumático como consecuencia del maltrato (Astin y cols, 1993; Bergman y Brismar, 1991; Bradley y cols., 2006; Brewin y cols., 2000; Coker y cols., 2002; Ellsberg y cols., 1999; Graham-Bermann y cols, 2006; Kemp y cols., 1995; Kocot y Goodman, 2003; Ozer y cols., 2003; Waldrop y Resick, 2004), aspectos que no se han hallado en este estudio.

Los efectos moderadores concretos que se han encontrado se detallan a continuación:

7.4.6.2.1. Papel moderador de los diversos tipos de apoyo informal

En cuanto a los diferentes tipos de apoyo, dentro del apoyo informal, destaca el papel del apoyo de alguien especial y del apoyo de las relaciones sociales como factores moderadores del impacto del maltrato físico en el estado de ánimo de las mujeres. Así, el hecho de contar con amistades supone un apoyo fundamental que ayuda a sobrellevar la vivencia de agresiones físicas por parte de la pareja, quedando demostrado que su carencia aumenta las probabilidades de caer en una depresión. Por su parte, el efecto moderador del apoyo de una persona especial encontrado va en sintonía con algunos hallazgos, como el hecho de que el apoyo de nuevas parejas no abusivas ha mostrado tener un efecto protector de cara al desarrollo de secuelas, así como a una buena recuperación (Carlson y cols., 2002).

En cuanto al apoyo por parte de la familia, ha resultado moderar la relación entre el maltrato psicológico sutil y el desarrollo de síntomas depresivos. Así, un apoyo familiar elevado protege a las mujeres de presentar depresión cuando los niveles de maltrato

psicológico sutil que sufren son bajos. Sin embargo, progresivamente, a medida que los niveles de maltrato sutil aumentan, el apoyo familiar elevado pierde su efecto amortiguador. Los resultados llegan a apuntar que, en los niveles más elevados de maltrato psicológico sutil, el hecho de contar con tal apoyo puede resultar incluso contraproducente. No obstante, cabe mencionar que este dato sorprendente puede ser debido a efectos de azar, dado que el efecto moderador del apoyo familiar hallado es aislado y no ha aparecido de forma consistente ni ha mostrado influencia en el resto de tipos de maltrato psicológico.

7.4.6.2.2. Papel moderador del apoyo formal

En lo que respecta al apoyo formal, solamente se detectó una influencia moderadora en la aparición de depresión como consecuencia de la vivencia de un maltrato sexual. Esta influencia se manifiesta especialmente en las mujeres que percibían contar con poco apoyo formal, las cuáles presentaban más síntomas depresivos como consecuencia de haber sufrido agresividad sexual. Sin embargo, la percepción de tener un apoyo formal elevado no mostró tener una influencia significativa. Esto es, el hecho de carecer de apoyo formal es el que puede ser determinante, impactando en la aparición de mayores síntomas de depresión en las mujeres. De este modo, cuando las mujeres buscan ayuda a nivel institucional, el hecho de toparse con profesionales poco interesados o que ofrecen respuestas inadecuadas, puede conducirles a sentirse estigmatizadas, culpabilizadas y sólas (Taft, 2003; Warshaw, 1993), aumentándose así la probabilidad de que desarrollen síntomas depresivos.

El hecho de que el apoyo formal amortigüe el impacto del maltrato sexual en el estado de ánimo de las mujeres, y no de los otros tipos de maltrato, puede ser congruente con los estudios que postulan que en general las mujeres suelen recurrir en mayor medida al apoyo formal cuando la severidad de su situación se agrava, por ejemplo, cuando hay un contexto de amenaza a la integridad física (Hadeed y El-Bassel, 2006). En situaciones de maltrato en las que se percibe un peligro creciente e inminente, las mujeres toman conciencia repentina del potencial letal del abuso (Ferraro y Johnson, 1983). En este contexto, puede que los apoyos formales resulten más útiles y necesarios (Waldrop y Resick, 2004). En este sentido, algunos autores analizan la conveniencia y utilidad de los apoyos formales o informales en función de las circunstancias, el tipo y la severidad del maltrato que sufren las mujeres. Así, las mujeres que experimentan actos ocasionales de maltrato y agresiones, tal vez no necesiten intervenciones formales y puedan beneficiarse más de respuestas informales dentro de sus familias o de la comunidad (Mills, 2003). Sin embargo, las mujeres que experimentan los

tipos más severos de violencia, tales como agresiones físicas, acoso o agresiones sexuales, es probable que necesiten y se beneficien más de un apoyo formal (Miller, 2006).

Sin embargo, un aspecto en contra de esta idea es que en este estudio el apoyo formal no resulta cumplir una función amortiguadora en el caso del maltrato físico severo.

Cabe señalar que la falta de resultados de moderación más potentes es consistente con lo establecido en algunas investigaciones, que encuentran que es posible que cuando la severidad del maltrato es mayor el apoyo social deje de actuar como protector y amortiguador (Goodman y cols., 2005; Liang y cols., 2005). De hecho, como se ha indicado anteriormente, la muestra de este estudio está compuesta prácticamente en su totalidad por mujeres víctimas de un maltrato severo, lo cuál puede explicar la ausencia de un papel moderador mayor por parte del apoyo social.

7.4.7. RELACIONES ENTRE EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y LA RUPTURA DE LA RELACIÓN DE MALTRATO

El apoyo formal se relacionó significativamente con la ruptura de la relación de maltrato, mientras que los demás tipos de apoyo no lo hicieron. Esto implica que el hecho de contar con recursos y medios de apoyo a nivel institucional es clave para que las mujeres abandonen sus relaciones abusivas.

Esto es congruente con los resultados de las investigaciones que muestran que el apoyo social de tipo institucional, es decir, la presencia de recursos sociales disponibles para ayudar a las víctimas, afecta a la manera en la que éstas afrontan el abuso, influyendo en su decisión de romper con una relación de maltrato (Bowker, 1983; Campbell y cols., 1995; Follingstad y cols., 1991). En este sentido, se ha hallado que si el apoyo que reciben las mujeres en los servicios y recursos de la comunidad es inadecuado, se contribuye a menudo a que permanezcan en las relaciones abusivas (Barnett, 2001; Hadeed y El-Bassel, 2006).

Más allá de lo que nos muestran los estudios realizados, la realidad cotidiana que vivimos corrobora estos datos. Así, en los últimos tiempos hemos asistido a un aumento significativo del número de mujeres maltratadas que se han animado a romper con la relación de maltrato y a denunciar los comportamientos abusivos de los que han sido víctimas, precisamente cuando institucionalmente se han establecido nuevos medios y recursos para asistirlas.

Resulta interesante recordar que el apoyo formal, que se perfila como fundamental para la toma de decisión de ruptura con la relación abusiva, ha resultado ser al mismo tiempo el tipo de apoyo que menos importancia tiene para el bienestar psicológico de las mujeres.

7.4.8. RELACIÓN ENTRE LOS ELEMENTOS COGNITIVOS Y LA RUPTURA DE LA RELACIÓN DE MALTRATO

Ninguna variable cognitiva resultó predecir significativamente la ruptura con la relación de maltrato. Esto es contrario a lo esperado, por ejemplo, en el caso de la autoeficacia, cuyo papel mediador en las actitudes de las mujeres ante la relación abusiva y en la toma de la decisión de ruptura con dicha relación ha sido encontrada en diversos estudios (Lerner y Kennedy, 2000; Raghavan y cols., 2005). Así, si las mujeres creen en su propia vulnerabilidad se reduce su probabilidad de resistir la violencia (Hollander, 2005) y de finalizar con la relación abusiva (Landenburger, 1989; Patzel, 2001).

7.4.9. FASES DEL PROCESO DE ENGANCHE Y RECUPERACIÓN

El 28.2% de las mujeres de la muestra se encontraban en la fase de permanencia, un 53.2% estaban en la fase de desvinculación y un 12.2% en la de recuperación. Esto es, la mayoría de las mujeres que dan pasos y solicitan recibir apoyo psicológico lo hacen cuando han decidido recientemente romper con su relación de pareja abusiva y alejarse de ella (Landenburger, 1989). Sin embargo, también existe un porcentaje relevante de mujeres que acuden en busca de ayuda cuando aún no han tomado ninguna decisión y permanecen en su relación. Este es un dato positivo, que refleja que las mujeres empiezan a tomar conciencia de la situación que sufren y a plantearse la conveniencia de su relación antes de llegar a dar el paso de romper con la misma. Esto es importante pues en ese momento también se puede ofrecer un gran apoyo a las mujeres, que puede ser muy importante a la hora de acelerar el proceso que viven y a la hora de prepararles para la ruptura. En este sentido, sería muy conveniente que se dedicaran esfuerzos por intentar llegar en mayor medida a las mujeres que están en la fase de permanencia, por ofrecerles un apoyo sin presiones y sin requisitos de denuncias o ruptura con la relación. Asimismo, también hay un pequeño porcentaje de mujeres que acuden a solicitar apoyo psicológico estando en la fase de recuperación, lo cuál indica que los efectos y las secuelas de las relaciones de maltrato a menudo persisten en el tiempo y se presentan a largo plazo (Campbell y cols., 2002; Holmes y cols., 2007; Kessler y

Magee, 1994; Krug y cols., 2002; Martínez y cols., 2004; Oosthuizen y Wissing, 2005; Pico-Alfonso y cols., 2006; Plichta, 2004; Woods, 2000). Por último, el hecho de que ninguna mujer en la fase de unión acuda a solicitar apoyo confirma la teoría de Landenburger (1989), que postula que en ese momento inicial, a pesar de que existan signos e indicios de abuso, las mujeres no son conscientes de que se encuentran en una relación de maltrato. En este sentido, sería conveniente potenciar las campañas de información orientadas a ayudar a las mujeres que comienzan relaciones abusivas a detectar de forma temprana el tipo de relación en la que se están embarcando.

7.4.9.1. Relación entre la sintomatología y las fases de la relación

Las mujeres que estaban en la fase de permanencia presentaban comparativamente puntuaciones significativamente menores tanto en ansiedad como en estrés postraumático que las mujeres que estaban en la fase de desvinculación. Esto es consistente con las teorías que establecen que en el momento de separarse y romper con la relación tienden a predominar los sentimientos de miedo (Landenburger, 1989), así como con los hallazgos de que es precisamente en el momento de desvincularse de la relación abusiva cuando las mujeres corren un mayor riesgo de ser agredidas, o incluso asesinadas (American Psychological Association, 2002; Echeburúa y Corral, 1998; Riggs y cols., 2000, Rincón, 2003; Varela, 2002; Walker, 1999a, b), realidad de la que las víctimas son muy conscientes y que sin duda se ve lógicamente reflejada en una mayor presencia de síntomas ansiosos o de estrés postraumático (Labrador y Alonso, 2005/2006).

7.4.9.2. Relación entre los elementos cognitivos y las fases de la relación

En cuanto a las variables cognitivas no se encontraron diferencias en las mujeres según estuvieran en una u otra fase. Esto es contrario a la hipótesis mediadora de esta investigación, según la cuál las cogniciones de las mujeres van cambiando como consecuencia de la vivencia de la relación de maltrato, y se pueden ir recuperando a medida que las mujeres superan la experiencia abusiva sufrida. Por otro lado, estos resultados son más acordes con la hipótesis del papel moderador de los elementos cognitivos, la cuál parte de la premisa de que tales elementos son aspectos estables que caracterizan a las personas, que son así de forma previa y con independencia a las experiencias abusivas que las personas puedan sufrir. No obstante, ninguna de las dos hipótesis ha encontrado confirmación en este estudio.

7.4.9.3. Relación entre la ubicación en una u otra fase y la ruptura de la relación

Los resultados encontrados dan apoyo a la teoría de Landenburger (1989), confirmando que el hecho de encontrarse en una u otra fase del proceso de enganche y recuperación implica diferencias en la ruptura o no de las mujeres con la relación abusiva. Así, todas las mujeres que se encontraban en la fase de recuperación habían roto la relación. El 86.1% de las mujeres que estaban en la fase de desvinculación rompieron finalmente la relación, mientras que sólo el 27.5% de las mujeres que se encontraban en la fase de permanencia dejaron la relación. Esto indica que las mujeres que se encontraban en la fase de desvinculación probablemente estaban más preparadas para romper con la relación que las que estaban en la fase de permanencia, aunque en ambos casos pidieran ayuda, se replantearan su relación e incluso denunciaran la situación que sufrían. Esto confirma la teoría de que las mujeres víctimas de maltrato han de vivir su propio proceso y pasar por las diversas fases del mismo antes de llegar al punto de estar preparadas para romper con la relación abusiva (Landenburger, 1989).

7.4.10. RELACIÓN ENTRE EL ABANDONO O NO DEL TRATAMIENTO Y LA RUPTURA O NO DE LA RELACIÓN

Los resultados de este estudio revelan que el hecho de seguir un tratamiento terapéutico es de gran importancia de cara a favorecer la ruptura con la relación de maltrato. Así, se comprobó que existe una diferencia significativa entre las mujeres que abandonaron el tratamiento y las que lo continuaron hasta recibir el alta, en el sentido de que la mayoría de las primeras (70.2%) permanecieron en la relación o terminaron por volver a ella, frente a un 29.8% que la rompió. Sin embargo, la gran mayoría de las mujeres que continuaron con el tratamiento hasta recibir el alta (92.4%) dejaron la relación abusiva, frente a un 7.6% que permaneció o volvió a ella.

Esto tiene implicaciones importantes de cara a las intervenciones y los recursos de apoyo que se ponen en marcha con las mujeres víctimas de maltrato, ya que da constancia de la importancia que tienen en estos casos los recursos de apoyo psicológico, pudiendo no sólo favorecer la recuperación de las mujeres, sino también afectar al curso que siguen las relaciones abusivas, contribuyendo a disminuir el tiempo que éstas se prolongan y favoreciendo la toma de decisiones de las mujeres respecto a la ruptura de las mismas. De

todo esto se desprende la relevancia de fomentar en las políticas institucionales para luchar contra la violencia de género la creación de recursos de apoyo psicológico suficientes y gratuitos para las víctimas de malos tratos, así como de incluir dentro de la praxis diaria de los diversos profesionales que trabajan con estas mujeres la recomendación y orientación acerca de la conveniencia de hacer uso de los recursos de apoyo psicológico existentes.

5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Una de las principales limitaciones de este estudio se encuentra en la muestra utilizada, dado que estaba compuesta únicamente por mujeres víctimas de maltrato que acudieron a solicitar apoyo psicológico al Servicio de Asistencia a la Víctima. Se trata, por lo tanto, de una muestra muy homogénea que no cuenta con un grupo control de mujeres de la población general, que poder tomar como referencia a la hora de valorar los resultados. Además, existe un amplio porcentaje de mujeres víctimas de maltrato que no acuden a servicios o recursos sociales en búsqueda de ayuda. La dificultad para acceder a ellas impidió que formaran también parte de este estudio. Asimismo, el hecho de que fueran mujeres que recibían un tratamiento terapéutico pudo condicionar en cierta medida algunos aspectos, como el estado psicológico que presentaban. De esta forma, los resultados obtenidos pueden no ser extrapolables a todas las mujeres víctimas de maltrato.

En segundo lugar, se trata de un estudio transversal, lo cuál impide establecer relaciones de causalidad entre las variables estudiadas. Una investigación longitudinal hubiera permitido conocer, por ejemplo, si los elementos cognitivos analizados se encontraban presentes en las mujeres de forma previa a la experiencia de maltrato, así como la evolución de los mismos tras el paso de las mujeres por la relación abusiva.

6. CONCLUSIONES

Las mujeres que han participado en este estudio se caracterizan por haber sufrido un maltrato psicológico severo, frecuente y crónico, así como por haber padecido también maltrato físico y, en menor medida, maltrato sexual en el último año, pero sólo minoritariamente con una frecuencia elevada y de forma crónica. La inmensa mayoría de estas mujeres presentaban importantes secuelas como consecuencia del maltrato sufrido. En concreto, tanto la depresión, como la ansiedad y el estrés postraumático se hallaban presentes en la muestra con unas tasas de prevalencia muy elevadas.

El maltrato psicológico resulta muy perjudicial y tiene consecuencias devastadoras para la salud mental de las víctimas. Su influencia negativa puede ser incluso mayor que la del maltrato físico y sexual. Comparativamente, parece que el maltrato psicológico sutil es el que mayor impacto tiene en la sintomatología de las mujeres víctimas, tanto en los niveles de depresión, como de ansiedad y estrés postraumático.

Los resultados de este estudio muestran en general una relación consistente de casi todas las variables cognitivas con los síntomas psicológicos que presentan las víctimas, indicando que estos elementos son importantes y tienen una incidencia directa en el bienestar psicológico de las víctimas de maltrato. Especialmente, destaca la influencia de la orientación negativa a los problemas en la aparición de sintomatología de todo tipo en las mujeres. También es relevante la influencia que ejerce el esquema de imperfección, especialmente en la depresión y ansiedad. Además, se aprecia una notable asociación entre la culpabilidad y los síntomas de depresión que presentan las mujeres, así como entre la baja asertividad en las relaciones íntimas y los síntomas de ansiedad. Respecto al esquema de autosacrificio, aunque se asocia menos y de forma menos consistente con la sintomatología, también lo hace en alguna medida. Finamente, el locus de control es la variable que menos ha resultado relacionarse con el estado psicológico de las mujeres.

En cuanto al papel moderador de las variables cognitivas, los resultados encontrados han sido muy limitados. Los escasos efectos hallados hacen referencia principalmente a la relación entre el maltrato psicológico o sexual y los síntomas de depresión y ansiedad.

El elemento cognitivo que ha resultado tener un mayor rol moderador es la orientación negativa a los problemas. Asimismo, también en el caso de la culpabilidad y del esquema de autosacrificio se ha encontrado algún efecto moderador. De este modo, una baja orientación negativa a los problemas, una baja culpabilidad y un bajo esquema de autosacrificio constituyen factores de resistencia que protegen a las mujeres que sufren maltrato de sufrir el impacto del mismo y desarrollar secuelas. Esta influencia positiva es más notoria cuando los niveles de maltrato que sufren las mujeres son bajos, y va poco a poco perdiendo fuerza a medida que tales niveles aumentan. Es decir, un maltrato elevado hace mella incluso en las mujeres que tienen una autoeficacia elevada y que no presentan culpabilidad ni esquema de autosacrificio, acabando por deteriorar su estado psicológico y provocando la aparición de síntomas.

La influencia moderadora encontrada por parte de estas variables indica que el propio hecho de presentar una orientación negativa a los problemas, culpabilidad y un esquema de autosacrificio en alguna medida, imprime vulnerabilidad a la mujer e impacta en gran medida

en su estado psicológico, predisponiéndole a padecer síntomas psicológicos, ya desde la vivencia de niveles bajos de maltrato. Esto es, la simple presencia de estos elementos tiene una repercusión muy importante en el bienestar psicológico de las mujeres.

Finalmente, cabe señalar que en este estudio se ha encontrado también un papel moderador del locus de control, que indica que en principio es conveniente para las mujeres y para su bienestar psicológico tener un locus de control interno elevado y un locus de control externo bajo, ya que éstos son factores protectores de la aparición de síntomas. No obstante, los resultados de esta investigación también sugieren que, si la intensidad del maltrato que sufren las mujeres es muy elevada, tal vez sea mejor para ellas tener un locus de control externo.

En relación al papel mediador de las variables cognitivas, los resultados encontrados en este estudio también han sido muy limitados. Los escasos efectos hallados han aparecido en el caso del maltrato psicológico, mientras que en el caso del maltrato físico y del maltrato de tipo sexual no se ha encontrado mediación. En concreto, la orientación negativa a los problemas ha resultado ser la única variable con una influencia relevante como factor mediador entre el maltrato psicológico sufrido y las consecuencias psicológicas del mismo en las víctimas, confirmando la idea de que la vivencia del maltrato produce una disminución de las expectativas de autoeficacia de las víctimas, que llegarían a ser muy bajas, determinando a su vez un mayor desarrollo de problemas y síntomas psicológicos. Asimismo, cabe mencionar también que tanto la culpabilidad como los esquemas de imperfección y autosacrificio también han contribuido en cierta medida a la mediación en la relación entre el abuso psicológico y la depresión. No obstante, el rol mediador encontrado por parte de estas variables es mucho menor de lo esperado.

A pesar de los limitados resultados encontrados respecto al papel mediador de las variables cognitivas, los resultados de este estudio revelan una asociación significativa importante entre el maltrato y las diversas variables cognitivas. Esto implica que la vivencia de un maltrato en efecto tiene un impacto negativo en los estilos cognitivos de las mujeres víctimas, pudiendo alterarlos y volverlos más disfuncionales.

De este modo, los resultados de este estudio revelan de forma consistente que todos los tipos de maltrato aparecen significativamente asociados a la culpabilidad. Además, tanto el maltrato psicológico de todo tipo como el maltrato sexual aparecen significativamente asociados al desarrollo de un esquema de imperfección en las víctimas, así como a una disminución de su asertividad en las relaciones íntimas. También el maltrato psicológico se relaciona con el desarrollo de un esquema de autosacrificio. La única variable en la que el

maltrato mostró tener una menor incidencia es el locus de control. No obstante, cabe destacar la asociación negativa del maltrato sexual con el locus de control interno, así como su asociación positiva con el locus de control externo, sugiriendo que este tipo de maltrato puede producir cambios en las atribuciones causales de las víctimas.

En cuanto a la influencia de los elementos cognitivos estudiados en la ruptura con la relación de maltrato, ninguna variable cognitiva se asoció significativamente a la misma.

Por último, no se encontraron diferencias en las variables cognitivas que presentaban las mujeres según estuvieran en una u otra fase del proceso de enganche en la relación de maltrato y recuperación de la misma.

En lo que se refiere al apoyo social con el que contaban las participantes, destaca el hecho de que una mayoría importante de las víctimas manifestaba carecer de apoyos por parte de su familia, amigos y una persona especial. El apoyo que las mujeres percibían tener en mayor medida era el formal y el que menos el de una persona especial.

Los resultados obtenidos en este estudio apoyan principalmente una influencia del apoyo social percibido en la sintomatología que presentan las víctimas. El análisis comparativo de los dos grandes tipos de apoyo, formal e informal, revela que esta influencia en el estado psicológico de las víctimas de maltrato es mayor en el caso de las fuentes de apoyo informal, especialmente en el caso del apoyo por parte de una persona especial, que se perfila como el apoyo más importante para el bienestar psicológico de las mujeres. Cabe resaltar que precisamente este tipo de apoyo es el que las mujeres de este estudio percibían tener en menor medida. Esto trae consigo implicaciones para la intervención, en el sentido de que sería conveniente potenciar que las víctimas busquen una persona especial de confianza que pueda cumplir ese rol de apoyo. Por otra parte, el apoyo formal resultó tener poco o nulo impacto en el bienestar psicológico de las víctimas, a pesar de ser percibido por las mujeres como el mayor apoyo con el que contaban.

En cuanto a la función protectora del apoyo social percibido, de cara a moderar la relación entre el maltrato y las consecuencias psicológicas que se derivan de padecer una relación abusiva, los resultados de este estudio han sido pobres, confirmándose tan sólo algunos efectos en la depresión y ninguno en la ansiedad y el estrés postraumático. Estos resultados indican que el apoyo social tiene más influencia, puede ser más útil y necesario, a la hora de afrontar y superar los sentimientos depresivos, la tristeza y el duelo. Por el contrario, la ansiedad y el estrés ante situaciones traumáticas, de temor, amenaza y miedo, es más difícil de amortiguarse por mucho que se tengan apoyos.

Entre los efectos moderadores encontrados, dentro del apoyo informal destaca el papel del apoyo de alguien especial y del apoyo de las relaciones sociales como factores amortiguadores del impacto del maltrato físico en el estado de ánimo de las mujeres. En lo que respecta al apoyo formal, solamente se detectó una influencia moderadora en la aparición de depresión como consecuencia de la vivencia de un maltrato sexual. Estos apoyos tienen un impacto en el estado de ánimo de las víctimas principalmente en los casos de las mujeres que no cuentan con ellos o que los tienen en niveles muy bajos, quienes son vulnerables y presentan una mayor propensión a desarrollar depresión. Sin embargo, en caso de tenerse, estos apoyos no se asocian tanto con los niveles de depresión de las mujeres.

La falta de resultados de moderación más potentes puede deberse a que la muestra de este estudio está compuesta prácticamente en su totalidad por mujeres víctimas de un maltrato severo, condición en la que es posible que el apoyo social deje de actuar como protector y amortiguador.

En cuanto a su influencia en la ruptura de la relación abusiva, el apoyo formal se relacionó significativamente con la ruptura de la relación de maltrato, mientras que los demás tipos de apoyo no lo hicieron. Esto implica que el hecho de contar con recursos y medios de apoyo a nivel institucional es clave para que las mujeres abandonen sus relaciones abusivas.

Los resultados de este estudio confirman el modelo explicativo de las fases del proceso de enganche en una relación de maltrato y recuperación de la misma (Landenburger, 1989). De este modo, la mayoría de las mujeres de la muestra se encontraban en una fase de desvinculación, apoyando la idea de que las víctimas dan pasos y solicitan recibir apoyo psicológico cuando han decidido recientemente romper con su relación de pareja abusiva y alejarse de ella. Sin embargo, este estudio muestra que también existe un porcentaje relevante de mujeres que acuden en busca de ayuda cuando aún no han tomado ninguna decisión y permanecen en su relación. Este es un dato positivo, que refleja que las mujeres empiezan a tomar conciencia de la situación que sufren y a plantearse la conveniencia de su relación antes de llegar a dar el paso de romper con la misma. Asimismo, también hay un pequeño porcentaje de mujeres que acuden a solicitar apoyo psicológico estando en la fase de recuperación, lo cuál indica que los efectos y las secuelas de las relaciones de maltrato a menudo persisten en el tiempo y se presentan a largo plazo.

La sintomatología que presentaban las víctimas también variaba en función de la fase en la que se encontraban. De esta forma, las mujeres que estaban en la fase de permanencia presentaban comparativamente puntuaciones significativamente menores tanto en ansiedad

como en estrés postraumático que aquellas que estaban en la fase de desvinculación, lo cuál es también congruente con la teoría de Landenburger (1989).

Asimismo, los resultados de este estudio revelan que el hecho de encontrarse en una u otra fase del proceso de enganche y recuperación implica diferencias en la ruptura o no por parte de las mujeres con la relación abusiva, dando un nuevo apoyo a la teoría de Landenburger (1989). Así, todas las mujeres que se encontraban en la fase de recuperación habían roto la relación y la gran mayoría de las mujeres que estaban en la fase de desvinculación rompieron finalmente la relación, mientras que sólo una minoría de las mujeres que se encontraban en la fase de permanencia lo hicieron. Esto indica que las mujeres que se encontraban en la fase de desvinculación probablemente estaban más preparadas para romper con la relación que las que estaban en la fase de permanencia, aunque en ambos casos pidieran ayuda, se replantearan su relación e incluso denunciaran la situación que sufrían. Esto confirma la teoría de que las mujeres víctimas de maltrato han de vivir su propio proceso y pasar por las diversas fases del mismo antes de llegar al punto de estar preparadas para romper con la relación abusiva.

Por último, los resultados de este estudio revelan que el hecho de seguir un tratamiento terapéutico es de gran importancia de cara a favorecer la ruptura con la relación de maltrato. Así, se comprobó que existe una diferencia significativa entre las mujeres que abandonaron el tratamiento y las que lo continuaron hasta recibir el alta, en el sentido de que la mayoría de las primeras permanecieron en la relación o terminaron por volver a ella, mientras que la gran mayoría de las mujeres que continuaron con el tratamiento hasta recibir el alta dejaron la relación abusiva. Esto tiene implicaciones importantes de cara a las intervenciones y los recursos de apoyo que se ponen en marcha con las mujeres víctimas de maltrato, ya que da constancia de la importancia que tienen en estos casos los recursos de apoyo psicológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abramson, L. Y., Metalsky, G. L. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: a theory-based subtype of depression. *Psychological Review, 96,* 358-372.

Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Hogan, M. E., Whitehouse, W. G., Cornette, M., Akhavan, S. y Chiara, A. (1998) Suicidality and cognitive vulnerability to depression among college students: a prospective study. *Journal of Adolescence, 21*(4), 473-487.

Abramson, L., Seligman, M. y Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology, 87,* 49-74.

Acierno, R., Resnick, H. y Kilpatrick, D. (1997). Health Impact of Interpersonal Violence 1: Prevalence Rates, Case Identification, and Risk Factors for Sexual Assault, Physical Assault, and Domestic Violence in Men and Women. *Behavioral Medicine*, *23*(2), 53-64.

Adams, D. (1989). Feminist based intervention for battering men. En Caesar, L. y Hamberger, K. *Treating men who batter: Theory, practice and programs* (pp. 3-23). New York: Springer Publishing Company.

Adams, A., Sullivan, C., Bybee, D. y Greeson, M. (2008). Development of the Scale of Economic Abuse. *Violence Against Women, 14*(5), 563-588.

Agoff, C., Herrera, C. y Castro, R. (2007). The Weakness of Family Ties and Their Perpetuating Effects on Gender Violence: A Qualitative Study in Mexico. *Violence Against Women, 13,* 1206-1220.

Aguilar, R. y Nightingale, N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-steem of abused women. *Journal of Family Violence, 9*(1), 35-45.

Aguirre, B. E. (1985). Why do they return: abused wives in shelters. *Social Work, 30,* 350-354.

Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Colección estudios sociales*. Barcelona: Fundación la Caixa.

Alberti, R. E. y Emmons, M. L. (1986). *Your perfect right: A guide to assertive living*. San Louis Obispo, CA: Impact Publishers.

Alden, L. y Safran, J. (1978). Irrational beliefs and nonassertive behavior. *Cognitive Therapy and Research, 2,* 357-364.

Alloy, L. B. y Clements, C. (1992). Illusion of control: Invulnerability to negative affect and depressive symptoms after laboratory and natural stressors. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 234-245.

Alloy, L. B., Kelly, K. A., Mineka, S. y Clements, C. M. (1990). Comorbidity in anxiety and depressive disorders: A helplessness/hopelessness perspective. En J. D. Maser y C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity in anxiety and mood disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR (4th ed. text revision)*. Washington, DC: APA.

American Psychatric Association (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales D.S.M – IV-TR*. Barcelona: Masson.

American Psychological Association (1996). *Violence and the Family: Report of the American Psychological Association Presidential Task Force on Violence and the Family*. Washington, DC: APA.

American Psychological Association (1999). *Resolution on Male Violence Against Women*. Disponible en: http://www.apa.org/pi/wpo/maleviol.html.

American Psychological Association (2002). *Violence and the Family: Report of the APA Presidential Task Force on Violence and the Family – Executive Summary*. Disponible en: http://www.apa.org/pi/pii/viol&fam.html

Amor, P., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasúa, B. (2001). Perfil Psicopatológico Diferencial en Víctimas de Maltrato Doméstico y en Víctimas de Agresiones Sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta, 27*(114).

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 de Psicopatología y Psicología Clínica, 6*(3), 167-178.

Anderson, C. A. (1977). Locus of control, doping behaviors and performance in a stress setting: A longitudinal study. *Journal of Applied Psychology, 62,* 446-451.

Anderson, C. A. (1997). Effects of violent movies and trait hostility on hostile feelings and aggressive thoughts.. *Aggressive Behavior, 23*, 161-178.

Andrews, B. y Brewin, C. R. (1990). Attributions for marital violence: A study of antecedents and consequences. *Journal of marriage and the Family, 52,* 757-767.

Anthony, C. y Miller, G. (1986). *Estudio exploratorio sobre el maltrato físico de que es víctima la mujer panameña*. Panamá: Ministerio del Trabajo y Bienestar Social e Instituto de Criminología de la Universidad de Panamá.

Ararteko (2003). *Informe extraordinario al parlamento vasco. Respuesta institucional a la violencia contra las mujeres en la comunidad autónoma del País Vasco*. Vitoria: Autor.

Archer, J. (1996). Sex differences in social behavior. Are the social role and evolutionary explanations compatible? *The American psychologist, 51*(9), 909-917.

Archer, J. (1999). Assessment of the reliability of the Conflict Tactics Scale. *Journal of Interpersonal Violence, 14*(12), 1263-1289.

Arias, I. (1999). Women´s responses to physical and psychological abuse. En Arriaga y Oskamp (Eds.), *Violence in intimate relationships* (pp-139). Thousand Oaks, CA: Sage.

Arias, I. (2000). The role of perceptions and attributions in battered women´s intentions to permanently end their violent relationships. *Cognitive Therapy and Research, 24*(2), 201-215.

Arias, I., y O'Leary, K. D. (1985). Semantic and perceptual discrepancies in discordant and nondiscordant marriages. *Cognitive Therapy and Research, 9*, 51-60.

Arias, I. y Pape, K. T. (1999). Psychological Abuse: Implications for Adjustment and Commitment to Leave Violent Partners. *Violence and Victims, 14*(1), 55-67.

Arroyo, A. (2002). Mujer maltratada y trastorno por estrés postraumático. *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona, 29(2),* 77-82.

Asmundson, G.; Frombach, I.; McQuaid, J.; Pedrelli, P.; Lenox, R. y Stein, M. (2000). Dimensionality of posttraumatic stress symptoms: A confirmatory factor analysis of DSMIV symptoms clusters and other symptom models. *Behaviour Research and Therapy, 38,* 203-214.

Aspinwall, L. G. y Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin, 121,* 417-436.

Astin, M., Lawrence, K. y Foy, D. (1993). Posttraumatic stress disorder among battered women: Risk and resiliency factors. *Violence and Victims, 8,* 17.

Astin, M., Ogland-Hand, S., Coleman, E. y Foy, D. (1995). Posttraumatic stress disorder and chilhood abuse in battered women: Comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(2), 308-312.

Astin, M. C. y Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. E. Caballo (Ed.), *Manual para el Tratamiento Cognitivo – Conductual de los Trastornos Psicológicos* (pp. 171-209). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Attala, J., Hudson, W. y McSweeney, M. (1994). A Partial Validation of Two Short-Form Partner Abuse Scales. *Women and Health, 21*(2/3), 125-139.

Babcock, J., Waltz, J., Jacobson, N. y Gottman, J. (1993). Power and violence: The relation between communication patterns, power discrepancies, and domestic violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(1), 40-50.

Bacchus, L., Mezey, G. y Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and Social Care in the Community, 11*(1), 10-18.

Bachman, R. y Saltzman, L. (1995). Violence against women: Estimates from the redesigned survey. *Bureau of Justice Statistics Special Report*. Washington, DC: U.S. Department of Justice.

Baker, P. L. (1997). And I went back: Battered women´s negotiation of choice. *Journal of Contemporary Ethnography, 26,* 55-74.

Baloian, I. (1997). *Hacia una revisión de las definiciones conceptuales de la violencia doméstica. Aspectos Psicosociales y Legales de la Violencia Intrafamiliar.* Santiago de Chile: Instituto de la Mujer.

Bandura, A. (1973). *Aggression: a social learning analysis.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *The American Psychologist, 37*(2), 122-147.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. San Francisco: Freeman.

Bandura, A. (1999). Social-cognitive theory of personality. En D. Cervone y Y. Shoda (Eds.), *The coherence of personality: Social-cognitive bases of consistency, variability and organization* (pp. 185-241). New York: Guilford Press.

Barling, J., O´Leary, K., Jouriles, E., Vivian, D. y MacEwen, K. (1987). Factor similarity of the CTS across samples, spouses and sites. *Journal of Family Violence, 2*, 37-54.

Barnett, O. W. (2001). Why battered women do not leave, part 2. External inhibiting factors-social support and internal inhibiting factors. *Trauma, Violence and Abuse, 2*(1), 3-35.

Barnett, O. W., Martínez, T. E. y Keyson, M. (1996). The Relationship Between Violence, Social Support and Self-Blame in Battered Women. *Journal of Interpersonal Violence, 11*(2), 221-234.

Barnett, O. W. Miller-Perlin, C. L. y Perrin, R. D. (1997). *Family violence across the lifespan: An introduction.* Thousand Oak, CA: Sage.

Barnett, O. W. y LaViolette, A. D. (1993). *It could happen to anyone: why battered women stay.* Newbury Park, CA: Sage.

Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderador-mediator variable distinction in psychological research: Conceptual, strategic and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 1173-1182.

Barragán, F. (2001). *Violencia de Género y Currículum. Un programa para la mejora de las relaciones interpersonales y la resolución de conflictos.* Málaga: Aljibe.

Barrera, M. (1981). Social support in the adjustment of pregnant adolescents: *Assessment issues*. En B. Gotlied (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 69-96). Beverly Hills, CA: Sage.

Barrera, M. (1986). Distinction between social support concepts, measures and models. *American Journal of Community Psychology, 14*, 413-445.

Barry, K. (1979). *Female sexual slavery*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Basile, K. C. (2008). Histories of Violent Victimization Among Women Who Reported Unwanted Sex in Marriages and Intimate Relationships: Findings From a Qualitative Study. *Violence Against Women, 14*, 29-52.

Basile K.C., Arias, I., Desai, S., Thompson, M. P. (2004). The differential association of intimate partner physical, sexual, psychological, and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Trauma and Stress, 17*(5), 413-421

Baucom, D. y Epstein, N. (1990). *Cognitive-behavioral marital therapy*. New York : Brunner/Matzel.

Baucom, D., Sayers, S. y Duhe, A. (1989). Attributional style and attributional patterns among married couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 56*, 596-607.

Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper y Row.

Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression. *The Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 1*, 5-37.

Beck, A. (1991). Cognitive Therapy. A 30-Year Retrospective. *American Psychologist, 46*(4), 368-375.

Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I. y Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: A test of the cognitive content-specificity hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology, 96*, 179-183.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Beck, A. T., Steer, R. A. y Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty five years of evaluation. *Clinical Psychology Review, 8*, 77-100.

Beck, A. T., Weissman, A. y Kovacs, M. (1976). Alcoholism, hopelessness and suicidal behavior. *J. Stud. Alcohol, 37*, 66-77.

Beerton, R. y Martin, J. (1999). Household ownership of telephones and other communication links: Implications for telephone surveys. *Survey Methodology Bulletin, 44*, 1-6.

Belknap, J. (1999) *The Invisible Woman: Gender, Crime and Justice*. Belmont, CA: Wadsworth.

Bender, M., Cook, S. y Kaslow, N. (2003). Social support as a mediator of revictimization of low-income African American women. *Violence and Victims, 18*(4), 419-431

Benight, C. C. y Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: the role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy, 42*, 1129–1148.

Bennice, J. A., Resick, P. A., Mechanic, M. B. y Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on PTSD symptomatology. *Violence and Victims, 18*(1), 87-94.

Berger, P. y Kellner, H. (1970). Marriage and the construction of reality. En Dreitzel, H. (Ed.). *Recent sociology: Patterns of communicative behaviour.* New York: Macmillan.

Bergman, B. y Brismar, B. (1991). A 5-year follow-up study of 117 battered women. *American Journal of Public Health, 81*, 1486-1489.

Berley, R. y Jacobson, N. (1984). Causal attributions in intimate relationships: toward a model of cognitive-behavioral marital therapy. En Kendall (Ed.), *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (vol. 3, pp. 1-60). Orlando: Academic Press.

Bernard, M. E. y Joyce, M. R. (1984). *Rational-Emotive therapy with children and adolescents*. New York: John Wiley and Sons.

Berns, N. (2004). *Framing the Victim: Domestic Violence, Media and Social Problems*. New York: Aldine.

Berns, N. y Schweingruber, D. (2007). "When You´re Involved, It´s Just Different": Making Sense of Domestic Violence. *Violence Against Women, 13*, 240-261.

Bernstein, D. P. (2002). Cognitive therapy of personality disorders in patients with histories of emotional abuse or neglect. *Psychiatric Annals, 32*(10), 618-628.

Billings, A. G. y Moos, R. H. (1981). Family environments and adaptation: A clinically applicable typology. *American Journal of Family Therapy, 10*, 26-38.

Blanchard, E.; Hickling, E.; Taylor, A.; Forneris, C.; Loos, W. y Jaccard, J. (1995). Effects of varying scoring rules of the clinician-administered PTSD scale (CAPS) for the diagnosis of post-traumatic stress disorder in motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy, 33(4)*, 471-475.

Blanchard, E. B., Jones-Alexander, J., Buckley, T. C. y Forneris, C. A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behavioral Research and Therapy, 34,* 669-673.

Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M. y cols. (2006). Intimate partner violence and women´s physical, mental and social functioning. *American Journal of Preventive Medicine, 30,* 458.

Borjesson, W., Aarons, G. y Dunn, M. (2003). Development and Confirmatory Factor Analysis of the Abuse Within Intimate Relationships Scale. *Journal of Interpersonal Violence, 18*(3), 295-309.

Bowker, L. H. (1983). *Beating Wife-Beating.* Lexington, MA: Lexington Press.

Bowker, L. H. (1984). Coping with wife abuse: Personal and social networks. En A. R. Roberts (Ed.), *Battered women and their families: Intervention strategies and treatment programs* (pp. 168-191). New York: Springer Publishing Company.

Bowker, L. H. (1993). A battered woman's problems are social, not psychological. En R. J.. Gelles y D. R. Loseke (Eds.), *Current controversies on family violence* (pp. 154-165). Newbury Park, CA: Sage.

Bowlby, J. (1973). *Separation: Anxiety and Anger*. London: Hogarth Press

Bradbury, T. y Fincham, F. (1990). Attributions in marriage. *Psychological Bulletin, 107,* 3-33.

Bradbury, T. y Fincham, F. (1992). Attributions and behavior in marital interaction. *Journal of Personality and Social Psychology, 63,* 613-628.

Bradley, R., Schwartz, A. C. y Kaslow, N. J. (2006). Posttraumatic stress disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: self-esteem, social support, and religious coping. *Journal of traumatic stress, 18(*6), 685-96.

Brandt, J. (2006). Why she left: The psychological, relational and contextual variables that contribute to a woman´s decision to leave an abusive relationship. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60*(8-B), 4473.

Brecklin, L. y Ullman, S. (2005). Self-Defense Assertiveness Training and Women´s Responses to Sexual Attacks. *Journal of Interpersonal Violence, 20*(6), 738-762.

Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C. y Davis, G. C. (1999). Prior trauma and the issue of sensitization in posttraumatic stress disorder: Results from the Detroit Area Survey of Trauma. *American Journal of Psychiatry, 156,* 902-907.

Breslau, N., Chilcoat, H. D., Kessler, R. C., Peterson, E. L. y Lucia, V. C. (1999). Vulnerability to assaultive violence: Further specification of the sex difference in posttraumatic stress disorder. *Psychological Medicine, 29,* 813-821.

Brewin, C. R., Andrews, B. y Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 748-766.

Brewin, C. R., Dalgleish, T. y Joseph, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review, 103,* 670-686.

Brokaw, J., Fullerton-Gleason, L., Olson, L., Crandall, C., McLaughlin, S. y Sklar, D. (2002). Health status and intimate partner violence: A cross-sectional study. *Annals of Emergency Medicine, 39,* 31-38.

Brown, J. (1997). Working toward freedom from violence. *Violence Against Women, 3*(1), 5-26.

Browne, A. (1987). *When battered women kill*. New York: Free Press.

Browne, A. (1993). Violence against women by male partners: prevalence, outcomes and policy implications. *American Psychologist, 48*(10), 1077-1087.

Browning, C. (2002). The Span of Collective Efficacy: Extending Social Disorganization Theory to Partner Violence. *Journal of Marriage and the Family, 64*(4), 833-850.

Browning, J. y Dutton, D. (1986). Assessment of wife assault with the Conflict Tactics Scale: Using couple data to quantify the differential reporting effect. *Journal of Marriage and the Family, 48,* 375-379.

Burke, J., Denison, J., McDonnell, K. y O´Campo, P. (2004). Ending Intimate Partner Violence: an Application of the Transtheoretical Model. *American Journal of Health Behavior, 28*(2), 122-133.

Burks, B. (2006). Intimate violence against women. En P. Lundberg-Love y S. Marmion (Eds.), *Intimate violence against women: When spouses, partners or lovers attack* (pp. 15-29). Westport, CT: Praeger Publishers.

Burton, N. (1998). Resistance to prevention: Reconsidering feminist antiviolence rhetoric. En S. G. French, W. Teays y L. M. Purdy (Eds.), *Violence Against Women: Philosophical perspectives* (pp. 182-200). Ithaca, NY: Cornell University Press.

Busch, N. (2001). Battered women´s moral reasoning: Conceptions and considerations of "right" and "wrong". *Dissertation Abstracts International, 62*(2-A), 772.

Bushman, C. y Hamby, S. (1996). Power, attachment and partner violence in a female support sample group. En Hamby, S. (Eds.), *Theorizing about gender socialization and power in family violence*. Toronto: Manuscrito no publicado.

Buss, A. y Durke, A. (1957). An Inventory for assessing different kinds of hostility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 21,* 343-349.

Bybee, D. y Sullivan, C. M. (2005). Predicting re-victimization of battered women three years after exiting a shelter program. *American Journal of Community Psychology, 36(1/*2), 85-96.
Byrne, B. (1998). *Structural equation modeling with LISREL, PRELIS, and SIMPLIS: Basic concepts, applications, and programming*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
Byrne, C. y Arias, I. (1997). Marital Satisfaction and Marital Violence: Moderating Effects of Attributional Processes. *Journal of Family Psychology, 11*(2), 188-195.
Byrne, C., Arias, I. y Lyons (1993). *Attributions for Partner Behavior in Violent and Nonviolent Couples.* Annual meeting of the Southeastern Psychological Association, Atlanta (paper).
Calvete, E. (2003). Desarrollo de creencias y esquemas cognitivos en el ámbito familiar. *Letras de Deusto, 33*(99), 203-221.
Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos. *Revista de Ansiedad y Estrés, 11*(2-3), 203-214.
Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2001). Creencias, resolución de problemas sociales y correlatos psicológicos. *Psichotema, 13*(1), 95-100.
Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2005). Gender differences in cognitive vulnerability to depression and behavior problems in adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 33*(2), 179-192.
Calvete, E. y Connor-Smith, J. K. (2005). Automatic thoughts and psychological symptoms: A cross-cultural comparison of American and Spanish students. *Cognitive Therapy and Research, 29*, 201-207.
Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2005). Desarrollo de un inventario para evaluar el abuso psicológico en las relaciones de pareja. *Clínica y Salud, 16*(3), 203-221.
Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2007a). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depression. *Anxiety, Stress and Coping, 20*(4), 369-382.
Calvete, E., Corral, S. y Estévez, A. (2007b). Factor structure and validity of the Revised Conflict Scales for Spanish Women. *Violence Against Women, 13*(10), 1072-1087.
Calvete, E., Corral, S.; Estévez, A. y Pérez, M. (2003). *Factores de riesgo en la violencia de género: implicaciones para la educación y la prevención*. Diputación Foral de Bizkaia: Documento técnico no publicado.
Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007a). Intimate partner violence and depressive symptoms in women: Cognitive schemas as moderators and mediators. *Behavior Research and Therapy, 45*(4), 791-804.
Calvete, E., Estévez, A. y Corral, S. (2007b). Estrés Postraumático y su relación con esquemas cognitivos disfuncionales en mujeres maltratadas. *Psycothema, 19*(3), 446-451.
Calvete, E., Estévez, A., Landin, C., Martínez, Y., Cardeñoso, O., Villa, A. y Villardón, L. (2005). Self-talk and affective disorders in young: Valence of thinking and cognitive content specificity. *Spanish Journal of Psychology, 8*(1), 56-67.
Calvete, E., Estévez, A., López de Arroyabe, E. y Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire - short form: structure and relationship with automatic thoughts and symptoms of affective disorders. *European Journal of Psychological Assessment, 21*(2), 90-99.
Campbell, J. C. (1994). Chid abuse and wife abuse: the connections. *Maryland Medical Journal, 43,* 349-350.
Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet, 359,* 1331-1336.
Campbell, J. C. y Campbell, D. W. (1996). Cultural competente in the care of abused women. *Journal of Nurse-Midwifery, 41*(6), 457-462.
Campbell, J. C., Jones, A. S., Dienemann, J. y Kub, J. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Arch. Internal Medicine, 162,* 1157-1163.
Campbell, J. C., Kub, J., Belknap, R. A. y Templin, T. N. (1997). Predictors of depression in battered women. *Violence Against Women, 3,* 271-293.
Campbell, J. C., Kub, J. y Rose, L. (1996). Depression in battered women. *Journal of American Medical Women's Association, 51(3),* 106-110.
Campbell, J.C., Rose, L., Kub, J. y Nedd, D. (1998). Voices of strength and resistance. A contextual longitudinal analysis of women's responses to battering. *Journal of Interpersonal Violence, 13,* 743-762.
Campbell, J. C. y Soecken, K. L. (1999). Women´s responses to battering over time. *Journal of Interpersonal Violence, 14,* 21-40.
Campbell, J. D. (1990). Self-esteem and clarity of self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology, 59,* 538-549.
Campbell, J. D., Campbell, J., King, C., Parker, B. y Ryan, J. (1994). The reliability and factor structure of the index of spouse abuse with African-American women. *Violence and Victims, 9*(3), 259-274.
Campbell, R.., Sullivan, C. M. y Davidson, W. S. (1995). Women who use domestic violence shelters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly, 19,* 237-255.
Cantos, A. L., Neidig, P. H. y O´Leary, K. D. (1993). Men and women´s attributions of blame for domestic violence. *Journal of Family Violence, 8,* 289-302.
Caplan, G. (1974). *Social support and community mental health*. New York: Basic Books.

Caprara, G. y Cervone, D. (2000). *Personality: Determinants, dynamics and potentials.* New York: Cambridge University Press.

Caralis, P. V. y Musialowski, R. (1997). Women´s experiences with domestic violence and their attitudes and expectations regarding medical care of abuse victims. *Southern Medical Journal, 90,* 1075-1080.

Cardeñoso, O. (2004). Development of an "Irrational Beliefs Inventory" for adolescents. *Psicología Conductual, 12*(2), 289-304.

Carlson, B. E, McNutt, L. A., Choi, D. y Rose, I. (2002). Intimate partner abuse and mental health: The role of social support and other protective factors. *Violence Against Women, 8,* 720-745.

Carroll, J. (1977). The intergenerational transmition of family violence: The long term effects of Aggressive behavior. *Aggressive Behavior, 3*, 289-299.

Cascardi, M., Avery-Leaf, S., O'Leary, K. y Smith, A. (1999). Factor Structure and convergent validity of the conflict tactics scale in high school students. *Psychological Assessment, 11*(4), 546-555.

Cascardi, M. Langhinrichsen, J. y Vivian, D. (1992). Marital aggression: Impact, injury and correlatos for husbands and wives. *Archives of Internal Medicine, 152,* 1178-1184.

Cascardi, M. Mueser, K.T., DeGirolomo, J. y Murrin, M. (1996). Physical aggression against psychiatric inpatients by family members and partners: A descriptive study. *Psychiatric Services, 47,* 531-533.

Cascardi, M. y O´Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence, 7*(4), 249-259.

Cascardi, M., O'Leary, K. D. y Schlee, K. A. (1999). Co-occurrence and correlates of posttraumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Psychology, 14,* 227-249.

Cascardi, M., O'Leary, K., Lawrence, E. y Schlee, K. (1995). Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(4), 616-623.

Cervone, D. y Scott, W. (1995). Self-efficacy theory of behavioural change: Foundations, conceptual issues and therapeutic implications. En W. O`Donohue y L. Krasner (Eds.), *Theories in behaviour therapy* (pp. 349-383). Washington, DC: American Psychological Association.

Chang, E. C., D´Zurilla, T. J. y Sanna, L. J. (2004). *Social Problem Solving: Theory, Research and Training*. American Psychological Association.

Chang, E. C. y Zurilla, T. J. (1996). Relation between problem orientation and optimism, pesimism and trait affectivity: A construct validation study. *Behavior Research and Therapy, 34,* 185-194.

Claerhout, S., Elder, J. y Janes, C. (1982). Problem-solving skills of rural battered women. *American Journal of Community Psychology, 10,* 605-612.

Clark, D.A., Beck, A.T. y Brown, G. (1989). Cognitive mediation in general psychiatric outpatients: A test of the content specificity hypothesis. *Journal of Personality and Social Psychology, 56,* 958-964.

Clark, D.A., Beck, A.T. y Steward, B. (1990). Cognitive specificity and positive-negative affectivity: Complementary or contradictory views on anxiety and depression? *Journal of Abnormal Psychology, 99,* 148-155.

Clark, D.A., Steer, R.A. y Beck, A.T. (1994). Common and specific dimensions of self-reported anxiety and depression: Implications for the cognitive and tripartite models. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 645-654.

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.

Clements, C. (2000). Coping with domestic violence: Control attributions, dysphoria and hopelessness. *Journal of Traumatic Stress, 13*(2), 219-240.

Clements, C., Sabourin, C. y Spiby, L. (2004). Dysphoria and hopelessness following battering: The role of perceived control, coping, and self-esteem. *Journal of Family Violence, 19*(1), 25-36.

Clements, C. y Sawhney, D. K. (2000). Coping with domestic violence: Control attributions, dysphoria and hopelessness. *Journal of Traumatic Stress, 13,* 219-240.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38,* 300-314.

Cohen, C. I. y Sokolovsky, J. (1978). Schizophrenia and social networks: Ex-patients in the inner city. *Schizophrenia Bulletin, 4,* 546-560.

Cohen, C. I. y Wills, T. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. *Psychological Medicine, 12,* 329-339.

Cohen, S. y Hoberman, J. M. (1983). Positive events and social supports of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology, 2,* 99-125.

Coker, A., Smith, P., Thompson, M., Mckeown, R., Bethea, L. y Davis, K. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women´s Health and Gender-based Medicine, 11*(5), 465-476.

Cook, S. L., Woodlard, J. L. y McCollum, H. C. (2004). The strengths, competence, and resilience of women facing domestic violence: How can research and policy supports them? En K. I. Maton, C. J. Schellenbach, B. J. Leadbeater y A. L. Solarz (Eds.), *Investing in children, youth, families, and communities: Strengths-based research and policy* (pp. 97-115). Washington, DC: American Psychological Association.

Corral, S. y Calvete, E. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja mediante las Escalas de Tácticas para Conflictos. Estructura factorial y diferencias de género en jóvenes. *Psicología Conductual, 2*, 215-234.

Cortina, L. y Kubiak, S. (2006). Gender and Posttraumatic Stress: Sexual Violence as an Explanation for Women´s Increased Risk. *Journal of Abnormal Psychology, 115*(4), 753-759.

Cowan, P.A., Cowan, C.P. y Schulz, M.S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. En E. M. Hetherington y E. A. Blechman (Eds.), *Stress, coping, and resiliency in children and families. Family research consortium: Advances in family research* (pp. 1–38). England: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

Coyne, J. C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry, 39*, 28-40.

Crawford, E. y Wright, M. (2007). The Impact of Childhood Psychological Maltreatment on Interpersonal Schemas and Subsequent Experiences of Relationship Aggression. *Journal of Emotional Abuse, 7*(2), 93-116.

Creamer, M. (2000). Posttraumatic stress disorder following violence and aggression. *Aggression and Violent Behavior, 5*(5), 431-449.

Cronkite, R. y Moos, R. (1984). The role of predisposing and moderating factors in the stress-illness relationship. *Journal of Health and Social Behavior, 25*, 372-393.

Cross, S. E. y Madson, L. (1997). Models of the self: Self-construal theory and gender. *Psychological Bulletin, 122*, 5-37.

Crowell, N. A. y Burgess, A. W. (1996). *Understanding violence against women*. Washington, DC: National Academy Press.

Cusack, K., Falsetti, S. A. y de Arellano, M. A. (2002). Gender Considerations in the Psychometric Assessment of PTSD. En R. Kimmerling, P. Ouimette y J. Wolf (Eds.), *Gender and PTSD*. New York: Guilford Press.

Cutrona, C., Russell, D. y Jones, R. (1984). Cross-situational consistency in causal attributions: Does attributional style exist? *Journal of Personality and Social Psychology, 47*, 1043-1058.

D'Zurilla, T. J., Nezu, A. M. y Maydeu-Olivares, A. (1998). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory Revised (SPSI-R)*. North-Tonawanda, NY: Multi-Health Systems, Inc.

Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin, 130*(2), 228-260.

Daniels, K. (2005). Intimate partner violence and depression: A deadly comorbidity. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 43*(1), 44-51.

Dankoski, M., Keiley, M., Thomas, V., Choice, P., Lloyd, S. y Seery, B. (2006). Affect Regulation and the Cycle of Violence Against Women: New Directions for Understanding the Process. *Journal of Family Violence, 21*(5), 327-339.

Davey, A., Fincham, F., Beach, S. y Brody, G. (1999). *Does a dyadic conceptualization expand our understanding of marital cognition?* Manuscrito no publicado.

Davey A., Fincham, F. D., Beach, S. R. H. y Brody, G.H. (2001). Attributions in marriage: Exa mining the entailment model in dyadic context. *Journal of Family Psychology, 15*, 721–734.

Davis, L. y Srinivasan, M. (1995). Listening to the voices of battered women: What helps them escape violence. *Affilia, 1*(10), 49-69.

Davies, J. y Lyon, E. (1998). *Safety planning with battered women: Complex lives/ difficult choices*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Davis, L. (1984). Beliefs of service providers about abused women and abusing men. *Social Work, 29*(3), 243-250.

Davis, R. E. (2002). Leave-taking experiences in the lives of abused women. *Clinical Nursing Research, 11*, 285-305.

Davis, R. N. y Nolen-Hoeksema, S. (2000). Cognitive inflexibility among ruminators and nonruminators. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 699-711.

DeKeseredy, W. S. (2000). Current controversies on defining non-lethal violence against women in intimate heterosexual relationships : Empirical Implications. *Violence Against Women, 6*, 728-746.

DeKeseredy, W. S. y Schwartz, M. D. (2001). Definitional Issues. En C. M. Renzetti, J. Edleson y Bergen, R. K. (Eds.), *The sourcebook on violence against women* (pp. 23-34). Thousand Oaks, CA: Sage publications.

Delor, F. y Hubert, M. (2000). Revising the concept of 'vulnerability'. *Social Science and Medicine, 50*, 1557-1570.

DeMaris, A. y Kaukinen, C. (2005). Violent victimization and women's mental and physical health: Evidence from a national sample. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 42*, 384-411.

DeMaris, A. y Swinford, S. (1996). Female victims of spousal violence: factors influencing their level of fearfulness. *Family Relations, 45*, 98-106.

Departamento de Justicia Norteamericano (1999). *Intimate partner violence surveillance. Uniform definitions and recommended data elements. Versión 1.0*. National Center for Injury Prevention and Control. Centers for disease control and prevention. Atlanta, Georgia.

Derogatis, L.R. (1983). *SCL-90-R, administration, scoring and procedures. Manual II for the Revised Version of the SCL-90*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems*. Adaptación española de J. L. González de Rivera y cols. Madrid: TEA Ediciones.

Diaz-Aguado, M., Martínez Arias, R., Instituto de la Mujer. (2002a). *Estudio sobre las medidas adoptadas por los estados miembros de la Unión Europea para luchar contra la violencia hacia las mujeres*. Madrid: Presidencia de la Unión Europea.

Diaz-Aguado, M., Martínez Arias, R., Instituto de la Mujer. (2002b). *Guía de buenas prácticas para paliar los efectos de la violencia contra las mujeres y conseguir su erradicación*. Madrid: Presidencia de la Unión Europea.

DiClemente, C. C., Prochaska, J. O. y Gibertini, M. (1985). Self-efficacy and the stages of self-change of smoking. *Cognitive Therapy Research, 9*(2), 181-200.

Dienemann, J., Boyle, E., Baker, D., Resnick, W., Wiederhorn, N, y Campbell, J. (2000). Intimate partner abuse among women diagnosed with depression. *Issues in Mental Health Nursing, 21,* 499-513.

Dobash, R. E. y Dobash, R. (1979). *Violence Against Wives: A Case Against the Patriarchy*. New York: Free Press.

Dobash, R. E. y Dobash, R. (1980). *Violence Against Wives: The Case Against the Patriarchy*. Shepton Mallet: Open Books.

Dobash, R. E. y Dobash, R. (1981). Social science and social action. *Journal of Family Issues, 2*, 439-470.

Dobash, R. E. y Dobash, R. (1884). The nature and antecedents of violent events. *British Journal of Criminology, 24,* 269-288.

Dobash, R. E. y Dobash, R. (1997). Men's Violence and Programmes Focused on Change. *Journal of Current Issues in Criminal Justice, 8*(3), 243-262.

Dobash, R. E. y Dobash, R. (1998). *Rethinking violence against women*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Dobash, R. E., Dobash, R. y Cavanaugh, K. (1985). The contact between battered women and social and medical agencies. En J. Pahl (Ed.), *Private violence and public policy: The needs of battered women and the response of the public services* (pp. 142-165). London: Routledge y Kegan Paul.

Dobash, R. E., Dobash, R. y Wilson, M. (1992). The myth of sexual symmetry in marital violence. *Social Problems, 39*(1), 71-91.

Doherty, W. (1983). Locus of control and marital interaction. En Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct* (vol. 2, pp. 155-183). New York: Academic Press.

Doherty, W. y Ryder, R. (1979). Locus of control, interpersonal trust and asssertive behavior among newlyweds. *Journal of Personality and Social Psychology, 37,* 2212-2220.

Donato, K. M. y Bowker, L. H. (1984). Understanding the helpseeking behavior of battered women: A comparison of traditional service agencies and women´s groups. *International Journal of Women´s Studies, 7,* 99-109.

Doran, C. (1980). *The missionary position: The role of rescue fantasies in maintaining abusive relationships. A*nnual meeting of the American Psychological Association, Montreal, Canada (paper).

Dunn, J. L. (2005). Victims and survivors: Emerging vocabularies of motive for battered women who stay. *Sociological Inquiry, 75*, 1-30.

Dunn, J. L. y Powell-Williams, M. (2007). "Everybody Makes Choices". Victim Advocates and the Social Construction of Battered Women's Victimization and Agency. *Violence Against Women, 13*(10), 977-1001.

Dutton, D. G. (1988). Research advances in the study of wife assault: Etiology and prevention. En Weisstub (Ed), *Law and mental health: International perspectives.* Elmsford, NY: Pergamon Press.

Dutton, D. G. (1994). Battered women´s cognitive schemata. *Journal of Traumatic Stress, 7*(3), 503.

Dutton, M. A. (1992). Assessment and treatment of post-traumatic stress disorder among battered women. En D. Foy (Ed.), *Treating PTSD. Cognitive-behavioral strategies* (pp. 69-98). New York: The Guilford Press.

Dutton, M. A. (1993). Understanding women´s responses to domestic violence: A redifinition of battered woman syndrome. *Hofstra Law Rev., 21,* 1191-1242.

Dutton, D. G., Bodnarchuk, M., Kropp, R., Hart, S. y Ogloff, J. (1997). Wife assault treatment and criminal recidivism: An eleven year follow-up. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology, 41*(1), 9-23.

Dutton, D. G. y Painter, S. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry, 63,* 614-622.

Dutton, M. A., Burghardt, K., Perrin, S., Chestman, K. y Halle, P. (1994). Battered Women´s Cognitive Schemata. *Journal of Traumatic Stress, 7*(2), 237-255.

Dutton, M. A., Goodman, L. y Bennett, L. (1999). Court-Involved Battered Women Responses to Violence: The Role of Psychological, Physical and Sexual Abuse. *Violence and Victims, 14*(1), 89-104.

Dutton, M. A. y Painter, S. L. (1981). Traumatic bonding: the development of emotional attachments in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology, 6,* 139-155.

Dyehouse, J. (1992). Abuse of women in the health care system. En C. Sampselle (Ed.), *Violence Against Women: Nursing research, education and practice issues* (pp. 219-234). New York: Hemisphere Publishing Corporation.

Echeburúa, E. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud, 2*(2), 227-246.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología* (vol 2, pp. 171-186). Madrid: McGraw-Hill.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés, 3(2-3),* 249-264.

Echeburua, E. y Corral, P. (1998). *Manual de Violencia Familiar.* Madrid: Siglo XXI

Echeburúa, E.; Corral, P. y Amor, P. J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta, 24*(96), 527-555.

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. (2001). Estrategias de Afrontamiento ante los Sentimientos de Culpa. *Análisis y Modificación de Conducta, 27*(116).

Echeburúa, E., Corral, P. y Amor, P. (2002). Evaluación del Daño Psicológico en las Víctimas de Delitos Violentos. *Psicothema, 14*.

Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (1997a). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 2*(1), 7-19.

Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P., Sarasúa, B. y Zubizarreta, I. (1997b). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta, 23*(90), 503-526.

Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1990). Tratamiento psicológico del estrés postraumático en víctimas de agresiones sexuales: una revisión. *Análisis y Modificación de Conducta, 16,* 417-437.

Echeburúa, E.; Corral, P.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: Un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta, 22*(85), 627-654.

Echeburúa, E. y Fernández-Montalvo, J. (1998). Hombres maltratadores. En E. Echeburúa y P. de Corral (Eds.), *Manual de Violencia Familiar* (pp. 71-175). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S. A.

Eckhardt, C., Barbour, K. y Davison, G. (1998). Articulated thoughts of maritally violent and non-violent men during anger arousal. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66,* 259-269.

Edleson, J. y Brygger, M. (1986). Gender differences in reporting of battering incidents. *Family Relations, 35,* 377-382.

Edleson, J. y Grusznski, R. (1988). Treating men who batter: four years of outcome data from the Domestic Abuse Project. *Journal of Social Service Research, 12*(1-2), 3-22.

Egeland, B., Carlson, E. y Sroufe, L. A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology, 5,* 517-528.

Ehlers, A. y Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy, 38,* 319-345.

Eisikovits, Z., Edleson, J., Guttmann, E. y Seia-Amit, M. (1991). Cognitive Styles and Socialized Attitudes of Men Who Batter: Where Should We Intervene? *Family Relations, 40,* 72-77.

Eisikovits, Z., Guttmann, E., Sela-Amit, M. y Edleson, J. (1993). Women battering in Israel: The relative contributions of interpersonal factors. *American Journal of Ortopsychiatry, 63*(2), 313-317.

El-Bassel, N. (2001). Social Support Among Women in Methadone Treatment Who Experience Partner Violence: Isolation and Male Controlling Behavior. *Violence Against Women 7*(3), 246-275.

El-Bassel, N., Gilbert, L., Krishnan, S. y cols. (1998). Partner violence and sexual HIV risk behaviors among women in an inner city emergency department. *Violence and Victims, 13,* 377.

El-Bassel, N., Gilbert, L., Rajah, V., Foleno, A. y Frye, V. (2001). Social support amog women in methadone treatment who experience partner violence: Isolation and men controlling behavior. *Violence Against Women, 7,* 246-274.

Ellis, A. (1962). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. NY: Lyle Stuart.

Ellis, A. (1981). La teoría clínica básica de la Terapia Racional Emotiva. En A. Ellis y R. Grieger (Comp.), *Manual de Terapia Racional Emotiva*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ellis, A. (1989). *Rational Emotive Couples Therapy*. New York: Pergamon Press.

Ellis, A. (1990). The biological basis of human irrationality. En W. Dryden (Ed.), *The essential Albert Ellis: Seminal writings in psychotherapy* (pp. 52-76). New York: Springer Publishing Company, Inc.

Ellis. A. y Grieger, R. (1990). *Manual de terapia racional-emotiva, vol. II*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Ellsberg, M., Caldera, T., Herrera, A., Winkvist, A. y Kullgren, G. (1999). Domestic violence and emotional distress among Nicaraguan Women: results from a population based study. *American Psychologist*, *54*(1), 30-36.

Ellsberg, M. C., Winkvist, A., Peña, R. y Stenlund, H. (2001). Women´s strategic responses to violence in Nicaragua. *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*, 547-555.

Epkins, C. C. (2000). Cognitive specificity in internalizing and externalizing problems in community and clinic-referred children. *Journal of Clinical Child Psychology, 29*, 199-208.

Epstein, S. (1991). Impulse control and self-destructive behavior. En L. Lipsitt y L. Mitick (Eds.), *Self-regulation behaviour and risk-taking: Causes and consequences* (pp.273-284). Norwood, NJ: Ablex.

Epstein, D. (1999). Effective intervention in domestic violence cases: Rethinking the role of prosecutors, judges and the court system. *Yale Journal of Law and Feminism, 11,* 3-50.

Ewing, C. P. y Aubrey, M. (1987). Battered women and public opinion: Some realities about myths. *Journal of Family Violence, 2,* 257-264.

Faucette, M. Group treatment of battered women: A comparison of a cognitive-behavioral and supportive therapy intervention. (2000). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 60*(7-B), 3561.

Fernández-Montalvo, J. y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*, 151-180.

Ferraro, K. J. (1983). Rationalizing violence: How battered women stay. *Victimology, 8*, 203-212.

Ferraro, K. J. (1989). Policing woman battering. *Social Problems, 36*, 61-74.

Ferraro, K. J. (2003). The Words Change, But the Melody Lingers. *Violence Against Women, 9*(1), 110-130.

Ferraro, K. J. y Johnson, J. A. (1983). How women experience battering: The process of victimization. *Social Problems, 30,* 325-339.

Ferrer Pérez, V., Bosch Fiol, E., Ramis Palmer, M. C., Torres Espinosa, G. y Navarro Guzmán, C. (2006). La violencia contra las mujeres en la pareja: creencias y actitudes en estudiantes universitarios/as. *Psychothema, 18*(3), 359-366.

Fincham, F. (1985). Attribution processes in distressed and non-distressed couples: Responsibility for marital problems. *Journal of Abnormal Psychology, 94*, 183-190.

Fincham, F. (1994). Cognitions in marriage. *Applied and Preventive Psychology, 3*, 185-198.

Fincham, F. (2001). Attributions in close relationships: From balkanization to integration. En G. J. O. Fletcher y M. S. Clark (Eds.), *Blackwell Handbook of Social Psychology: Interpersonal processes.* Malden, MA: Blackwell Publishers.

Fincham, F. y Bradbury, T (1992). Assessing attributions in marriage: The Relationship Attribution Measure. *Journal of Personality and Social Psychology, 62,* 457-468.

Fincham, F., Bradbury, T., Arias, I., Byrne, C. y Karney, B. (1997). Marital Violence, Marital Distress and Attributions. *Journal of Family Psychology, 11*(3), 367-372.

Fincham, F., Harold, G. y Gano-Philips, S. (2000). The longitudinal association between attributions and marital satisfaction: Direction of effects and role of efficacy expectations. *Journal of Family Psychology, 14*, 267-285.

Fincham, F. y Jaspars, J. (1980). Attribution of responsibility: From man the scientist to man as lawyer. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (vol 13, pp. 81-138). NY: Academic Press.

Fincham, F. y O´Leary, K. (1983). Causal inferences for spouse behavior in maritally distressed and non distressed couples. *Journal of Social and Clinical Psychology, 1*, 42-57.

Fine, M. y Carney, S. (2001). Women, gender, and the law: Toward a feminist rethinking of responsibility. En R. K. Unger (Ed.), *Handbook of the psychology of women and gender* (pp. 388-409). Hoboken, NJ: John Wiley and Sons Inc.

Finkelhor, D. (1987). The trauma of child sexual abuse: Two models. *Journal on Interpersonal Violence, 2,* 348-366.

Finkelhor, D. y Yllo, K. (1985). *License to Rape*. New York: the Free Press.

Finkelhor, D. y Yllo, K. (1987). *License to Rape: Sexual Abuse of Wives.* New York: the Free Press.

Finn, J. (1985). The stresses and coping behavior of battered women. *Social Casework: Journal of Contemporary Social Work, 6,* 341-349.

Fischbach, R. y Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Soc. Sci. Med., 45,* 1161.

Fletcher, G., Rosanowski, J. y Fitness, J. (1994). Automatic Processing in Intimate Contexts: The Role of Close-Relationships Beliefs. *Journal of Personality and Social Psychology, 67*(5), 888-897.

Flinck, A., Paavilainen, E. y Astedt-Kurki, P. (2005). Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing, 14*(3), 383-393.

Flower, L (1994). *The construction of negotiated meaning. A social cognitive theory of writing*. Carbondale, IL: University of Southern Illinois Press.

Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F. y Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Stress Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment, 11,* 303-314.

Foa, E. y Jaycox, L. H. (1999). Cognitive-behavioral theory and treatment of posttraumatic stress disorder. En I. D. Spiegel (Ed.), *Efficacy and cost effectiveness of psychotherapy* (pp. 23-61). Washington, DC: American Psychiatric Association.

Foa, E. y Rothbaum, B. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive behavioral therapy for PTSD.* New York: Guilford Press.

Follingstad, D. R., Brennan, A. F., Hause, E. S., Polek, D. S. y Rutledge, L. L. (1991). Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence, 6,* 81-95.

Follingstad, D. R., Laughlin, J., Polek, D. S., Rutledge, L. L. y Hause, E. S. (1991). Identification of Patterns of Wife Abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 6*(2), 187-204.

Follingstad, D. R., Runge, M., Ace, A., Buzan, R. y Helff, C. (2001). Justifiability, sympathy level, and internal/external locus of the reasons battered women remain in abusive relationships. *Violence and Victims, 16*(6), 621-644.

Follingstad, D. R., Rutledge, L. L., Berg, B., Hause, E. S. y Polek, D. S. (1990). The role of emotional abuse in physically abusive relationships. *Journal of Family Violence, 5*(2), 107-119.

Fontaine, K. (1995). Rape. En K. Fontaine y J. Fletcher (Eds.), *Essentials of mental Health Nursing* (pp. 366-377). Menlo Park, CA: Addison-Wesley Nursing.

Forbes, G.B., Adams-Curtis, L. E. y White, K. B. (2004). First and second generation measrues of sexism, rape myths and related beliefs and hostility toward women. *Violence Against Women, 10,* 236-261.

Forsythe, C. J. y Compas, B. E. (1987). Interaction of cognitive appraisals of stressful events and coping: Testing the goodness of fit hypothesis. *Cognitive Therapy and Research, 11,* 473-485.

Frazier, A. (1997). Who returns to abusive partners? Battered women in shelters: Attributional style, locus of control, social support, and shelter program satisfaction. *Dissertation Abstracts International: Section A, 58*(1-A), 0290.

Frazier, P. A. (2003). Perceived control and distress following sexual assault: a longitudinal test of a new model. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*(6), 1257-1269.

Frazier, P. A. y Schauben, L. (1994). Causal attributions and recovery from rape and other stressful life events. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13,* 1-14.

Frieze, I. (1979). Perceptions of battered wives. En I. Frieze, D. Bar-Tal y J. Carroll (Eds.), *New approaches to social problems* (pp. 79-108). London: Jossey-Bass Publishers.

Frieze, I. (2000). Violence in close relationships - Development of a research area: comment on Archer (2000). *Psychological Bulletin, 126*(5), 681-684.

Frost, L. (1999). Women, Appearance and Mental Health. En J. Arthurs y J. Grimshaw (Eds.), *The Body in Culture, History and Society*. London: Cassel

Fry, P. S. y Barker, L. A. (2001). Female survivors of violence and abuse: Their regrets of action and inaction in coping. *Journal of Interpersonal Violence, 16,* 320-342.

Frye, V. (2007). The informal social control of intimate partner violence against women: Exploring personal attitudes and perceived neighbourhood social cohesion. *Journal of Community Psychology, 35*(8), 1001-1018.

Fugate, M., Landis, L., Riordan, K., Naureckas, S. y Engel, B. (2005). Barriers to domestic violence help seeking: Implications for intervention. *Violence Against Women,* 11, 290.

Fuhrer, R. y Stansfeld, S. A. (2002). How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple sources of support from "close persons". *Social science and medicine, 54*(5), 811-825.

García-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L. y Watts, C. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women´s health and domestic violence. *Lancet, 368*(9543), 1260-1269.

Garcia-Moreno C., Watts, C. H., Jansen, H. E., Ellsberg, M. y Heise, L. (2003) Responding to Violence Against Women: A WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Health and Human Rights, 6*(2), 113- 127.

Gecas, V. y Schwalbe, M. (1983). Beyond the looking-glass self: Social structure and efficacy-based self-esteem. *Social Psychology Quarterly, 46*, 77-88.
Gelles, R. (1974). *The Violent Home: A Study of Physical Aggression between Husbands and Wives.* Beverly Hills, CA: Sage.
Gelles, R. (1976). Abused wifes. Why do they stay? *Journal of Marriage and the Family, 38*, 659-668.
Gelles, R. J. y Cornell, C. P. (1985). *Intimate violence in families*. Beverly Hills, CA: Sage.
Gelles, R. y Harrop, J. (1989). Violence, battering and psychological distress among women. *Journal of Interpersonal Violence, 4*, 400-420.
Gentemann, K. (1984). Wife beating: Attitudes of a non clinical population. *Victimology, 9*(1), 109-119.
Gerbert, B., Abercrombie, P., Caspers, N., Love, C. y Bronstone, A. (1999). How health care providers help battered women: the survivor's perspectiva. *Women and health, 29*(3), 115-135.
Gislason, I. (1997). *Violence Against Women in Iceland*. Iceland: Office for Gender Equality.
Gladstone, G. y Parker, G. (2001). Depressogenic cognitive schemas enduring beliefs or mood state artifacts? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 35*(2), 210-216.
Gleason, W. J. (1993). Mental Disorders in battered women: An empirical study. *Violence and Victims, 8*, 53-68.
Goelman, D. M., Lehrman, F. L. y Valente, R.L. (1996). *The impact of domestic violence on your legal practice: A lawyer's handbook*. Washington, D.C.: American Bar Association.
Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence, 14*, 99-132.
Gonca, S. y Savasir, I. (2001). The relationship between interpersonal schemas and depressive symptomatology. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 359-364.
Gondolf, E. W. (1988). *Battered women as survivors: An alternative to learned helplessness*. Lexington, MA: Lexington Books.
Gondolf, E. W. (1990). The human rights of women survivors. *Response, 13*(2), 6-8.
Gondolf, E. W. y Fisher, E. R. (1988). *Battered women as survivors: An alternative to treating learned helpessness.* Lexington, MA: Lexington Books.
Goodkind, J., Sullivan, C. M. y Bybee, D. (2004). A contextual analysis of battered women's safety planning. *Violence against Women, 10*(5), 514-533.
Goodman, L., Bennett, L. y Dutton, M. A. (1999). Obstacles to domestic violence victims´cooperation with the criminal prosecution of their abusers: The role of social support. *Violence and Victims, 14*, 427-444.
Goodman, L., Dutton, M. A., Vankos, N. y Weinfurt, K. (2005). Women's resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time. *Violence Against Women, 11*(3), 311-336.
Goodman, L. A., Dutton, M. A., Weinfurt, K. y Cook, S. (2003). The Intimate Partner Violence Strategies Index: Development and Application. *Violence Against Women, 9*(2), 163-186.
Goodman, M. y Fallon, B. (1995). Pattern changing for abused women: An educational program. *Interpersonal Violence, 9*, 237.
Goodman, L. A., Koss, M. y Russo, N. (1993). Violence against women: physical and mental health effects. Part I: Research findings. *Applied and Preventive Psychology, 2*, 79-89.
Goodman, L. A., Koss, M., Fitzgerald, L., Russo, N. y Keita, G. (1993). Male violence against women: current research and future directions. *American Psychologist, 48*(10), 1054-1058.
Goodstein, R. y Page, A. (1981). Battered wife syndrome: Overview of dynamics and treatment. *American Journal of Psychiatry, 138*, 1036-1044.
Gordon, R.M. (2000) Boundary: Protection, Limits and Safety. *The Pennsylvania Psychologist, 4-5*.
Gottman, J. (1979). *Marital interaction: experimental investigations.* New York: Academic Press.
Gottman, J., Jacobson, N., Rushe, R. y Shortt, J. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behavior and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology, 9*, 227-248.
Graham-Bermann, S., DeVoe, E., Mattis, J., Lynch, S. y Thomas, S. (2006). Ecological predictors of traumatic stress symptoms in caucasian and ethnic minority children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women, 12*, 662-692.
Graham-Bermann, S. y Levendosky, A. A. (1998). Traumatic stress symptoms in children of battered women. *Journal of Interpersonal Violence, 14*, 111-128.
Graham, D. L. y Rawling, E. L. (1991). Bonding with abusive dating partners: dynamics of Stockholm syndrome. En B. Levy (Ed.), *Dating Violence, Women in Danger*. Seattle, WA: Seal Press.
Graham, D., Rawlings, E., Ihms, K., Latimer, D., Foliano, A., Suttman, K., Farrington, M. y Hacker, R. (1995). A Scale For Identifying "Stockholm Syndrome" Reactions In Young Dating Women: Factor Structure, Reliability And Validity. *Violence and Victims, 10*(1), 3-22.
Grant, C. (1995). Women Who Kill: The Impact of Abuse. *Issues in Mental Health Nursing, 16*, 315-326.
Greaves, L., Heapy, N. y Wylie, A. (1988). Advocacy services: Reassessing the profile and needs of battered women. *Cannadian Journal of Community Mental Health, 7*(2), 39-51.

Greenfield, L. A., Rand, M. R., Craven, D., Flaus, P. A., Perkins, C. A., Ringel, C., Warchol, C., Maston, C. y Fox, J. A. (1998). *Violence by intimates: Analysis of data on crimes by current or former spouses, boyfriends and girlfriends.* (Report No. NCJ-167237). Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.

Griffin, S. (1971). Rape: The all American culture. *Ramparts, 10(3)*, 33.

Griffing, S., Ragin, D., Sage, R., Madry, L., Bingham, L. y Primm, B. (2002). Domestic Violence survivor´s self-identified reasons for returning to abusive relationships. *Journal of Family Violence, 17*(3), 306-319.

Grosman, C., Mesterman, S. y Adamo, M. (1992). *Violencia en la familia*. Buenos Aires: Editorial Universidad.

Guidano, V. y Liotti, G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press.

Hadeed, L. y El-Bassel, N. (2006). Social support among Afro-Trinidadian women experiencing intimate partner violence. *Violence Against Women, 12*, 740-760.

Hague, G. M. y Mullender, A. (2006). Who Listens? The Voices of Domestic Violence Survivors in Service Provision in the United Kingdom. *Violence Against* Women, *12*(6), 568-587.

Haj-Yahia, M. (1999). Wife abuse and its psychological consequences as revealed by the first Palestinian National Survey on violence against women. *Journal of Family Violence, 13*(4), 642-662.

Haj-Yahia, M. (2000). Implications of wife abuse and battering for self-steem, depression, and anxiety as revealed by the Second Palestinian National Survey on violence against women. *Journal of Family Issues, 21*(4), 435-463.

Haj-Yahia, M. (2002). The impact of wife abuse on marital relation as revealed by the second palestinian national survey on violence against women. *Journal of Family Violence, 16*(3), 273-285.

Hamberger, L. y Hastings, J. (1988). Skills training for treatment of spouse abusers: An outcome study. *Journal of Family Violence, 3*, 121-130.

Hamby, S. (1996). The dominance scale: Preliminary Psychometrics Properties. *Violence and Victims, 11*(3), 199-212.

Hamby, S. y Gray-Little, B. (1997). Responses to partner violence: moving away from deficit models. *Journal of Family Psychology, 11*(3), 339-350.

Hammen, C. (1991). Generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 555-561.

Hammen, C., Burge, D., Daley, S., Davila, J., Paley, B. y Rudolph, K. (1995). Interpersonal Attachment cognitions and Prediction of Symptomatic Responses to Interpersonal Stress. *Journal of Abnormal Psychology, 104*(3), 436-443.

Hankin, B. L. y Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological* Bulletin, *127*, 773-796.

Harris, R. y Cook, C. (1994). Attributions about spouse abuse: it matters who the batterers and victims are. *Sex Roles: A Journal of Research, 30*(7-8) 553.

Harrower, J. (1998). *Applying Psychology to Crime*. London: Hodder and Stoughton.

Harwell, T., Moore, K. y Spence, M. (2003). Physical violence, intimate partner violence and emotional abuse among adult American Indian men and women in Montana. *Preventive Medicine, 37*, 297-303.

Hattendorf, J., Ottens, A. y Lomax, R. (1999). Type and severity of abuse and posttraumatic stress disorder symptoms reported by women who killed abusive partners. *Violence Against Women, 5*(3), 292-312.

Hegarty, K., Sheehan, M. y Schonfeld, C. (1999). A Multidimensional Definition of Partner Abuse: Development and Preliminary Validation of the Composite Abuse Scale. *Journal of Family Violence, 14*(4), 399-415.

Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York: Wiley.

Heimberg, R. G. y Becker, R. E. (1981). Cognitive and behavioral models of assertive behavior: Review, analysis and integration. *Clinical Psychology Review, 1*, 353-373.

Heise L. (1998). Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women, 4*, 262–290.

Heise, L., Ellsburg, M. y Gottemoeller, M. (1999). *Ending violence against women, Population reports*. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information.

Heise, L. y Garcia-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E. Krug, L. L. Dahlberg, J. A. Mercy y cols. (Eds.), *World report on violence and health* (pp. 87-121). Geneva (Switzerland): World Health Organization.

Heiskanen, M. y Piispa, M. (1998). Faith, Hope, Battering. A survey of men's violence against women. *Justice, 12*.

Hendricks-Matthews, M. (1982). The battered woman. Is she ready for help? *Social Casework, 63*(5), 131-137.

Herman, J. L. (1986). Histories of violence in an outpatient population: An exploratory study. *American Journal of Orthopsychiatry, 56*, 137-141.

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress, 5*(3), 377-391.
Herman, J. L. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
Heron, R. L., Twomey, H. B., Jacobs, D. P. y Kaslow, N. J. (1997). Culturally competent interventions for abused and African American suicidal women. *Psychotherapy, 34,* 410-424.
Hickling, E. y Blanchard, E. (1992). Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders, 6,* 285-291.
Hidalgo, R. y Davidson, J. (2000). Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health-related considerations. *Journal of Clinical Psychiatry, 61*(7), 5-13.
Hilberman, E. y Munson, K. (1978). Sixty Battered Women. *Victimology, 2*, 460-470.
Hilbert, J., Kolia, R. y VanLeeuwen, D. (1997). Abused women in New Mexican Shelters: Factors That Influence Independence on Discharge. *Journal of Women and Social Work, 12*(4), 301-307.
Hilton, N. Z. (1993). *Legal responses to wife assault: Current trends and evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
Hobfoll, S.E., Freedy, J. R., Green, B. L. y Solomon, S. D. (1996). Coping in reaction to extreme stress: The roles of resource loss and resource availability. En M. Zeidner y N.S. (Eds.), *Endler Handbook of coping: Theory, research, applications*, (pp. 322-349). New York: John Wiley and Sons.
Hoff, L. A. (1990). *Battered women as survivors*. New York: Routledge.
Hoffman, P. (1984). Psychological Abuse of Women by Spouses and Live-in Lovers. *Women and Therapy, 3*(1), 37-47.
Holahan, C. J. y Moos, R. H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 52,* 946-955.
Holahan, C. J., Moos, R. H. y Bonin, L. A. (1997). Social support, coping and psychological adjustment: A resources model. En W. R. Avison y I. H. Gotlib (Eds.), *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future* (pp. 213-238). New York: Plenum.
Hollander, J. A. (2001). Vulnerability and Dangerousness: The Construction of Gender Through Conversation About Violence. *Gender and Society 15,* 83–109.
Hollander, J. A. (2004). I Can Take Care of Myself': The Impact of Self-Defense Training on Women's Lives. *Violence Against Women, 10*, 205–235.
Hollander, J. A. (2005). Challenging Despair: Teaching About Women's Resistance to Violence. *Violence Against Women, 11*, 776-791.
Holmes, D., Alpers, G. W., Ismailji, T., Classen, C., Wales, T., Cheasty, V., Miller, A. y Koopman, C. (2007). Cognitive and emotional processing in narratives of women abused by intimate partners. *Violence against women, 13*(11), 1192-1205.
Holtzworth-Munroe, A. (1988). Causal attribution in marital violence: Theoretical and methodological issues. *Clinical Psychology Review, 8,* 331-344.
Holtzworth-Munroe, A. (1991). Applying the social information processing model to maritally violent men. *The Behavior Therapist, 14,* 129-132.
Holtzworth-Munroe, A. (1992). Social skill deficits in maritally violent men: Interpreting the data using a social information processing model. *Clinical Psychology Review, 12,* 602-617.
Holtzworth-Munroe, A. y Hutchinson, G. (1993). Attributing Negative Intent to Wife Behavior: the attributions of maritally violent versus nonviolent men. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(2) 206-211.
Holtzworth-Munroe, A. y Jacobson, N. (1985). Causal Attributions of Married Couples: When do they search for causes? What do they conclude when they do? *Journal of Personality and Social Psychology, 48*(6), 1398-1412.
Holtzworth-Munroe, A., Jacobson, N., Fehrenbach, P. y Fruzzetti, A. (1992). Violent married couples` attributions for violent and nonviolent self and partner behaviours. *Behavioral Assessment, 14,* 53-64.
Holtzworth-Munroe, A. y Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin, 116*(3), 476-497.
Horneffer, K. y Fincham, F. (1995). Construct on attributional style on depression and marital distress. *Journal of Family Psychology, 9,* 186-195.
Horneffer, K. y Fincham, F. (1996). Attributional models of depression and marital distress. *Personality and Social Psychology Bulletin, 22,* 678-689.
Hornung, C., McCullough, B. y Sugimoto, T. (1981). Status relationships in marriage: Risk factors in spouse abuse. *Journal of Marriage and the Family, 43*(3), 675-692.
Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes* (2nd edition). Northvale, NJ: Jason Aronson.
Horton, A. L. y Johnson, B. (1993). Profile and Strategies of Women Who Have Ended Abuse. *Journal of Contemporary Human Services*, 481-492.
Horton, A. L., Simonidis, K. M. y Simonidis, L. L. (1987). Legal remedies for spouse abuse: Victim characteristics, expectations and satisfaction. *Journal of Family Violence, 2,* 265-279.

Hotaling, G. y Sugarman, D. (1986). An analysis of risk markers in husband-to-wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims, 1,* 101-124.
House, J. (1981). *Work, stress and social support.* Reading, MA: Addison-Wesley.
Housekamp, B. M. y Foy, D. W. (1991). The assessment of posttraumatic stress disorder. *Journal of Interpersonal Violence, 6,* 367-375.
Howard, J. (1984a). Societal influences on attributions: Blaming some victims more than others. *Journal of Personality and Social Psychology, 47*(3), 494-505.
Howard, J. (1984b). The "normal" victim: The effects of gender stereotypes on reactions to violence. *Social Psychology Quarterly, 47*(3), 270-281.
Howard, J., Blumstein, P. y Schwartz, P. (1986). Sex, power and influence tactics in intimate relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 51,* 102-109.
Hoyle, R. y Panter, A. (1995). Writing about Structural Equation Models. En Hoyle, R. (Eds.), *Structural Equation Modeling. Concepts, issues, and applications.* London: Sage publications.
Hu, L. y Bentler, P. (1998). Fit Indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological Methods, 3*(4), 424-453.
Hu, L. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling 6,* 1-55.
Hudson, W. y McIntosh, S. (1981). The Assessment of Spouse Abuse: Two Quantifiable Dimensions. *Journal of Marriage and the Family, 43,* 873-885.
Hughes, M. y Jones, L. (2000). Women, domestic violence and posttraumatic stress disorder (PTSD). *Family Therapy, 27*(3), 125-139.
Humphreys, J., Parker, B. y Campbell, J. (2001). Intimate partner violence against women. En J. Fitzpatrick, D. Taylor y N. Woods (Eds.), *Annual Review of Nursing Research, 19,* 275-306.
Humphreys, C. y Thiara, R. (2002). *Routes to Safety: Protection Issues Facing Abused Women and Children and the Role of Outreach Services.* Bristol: Women's Aid Federation.
Humphreys, C. y Thiara, R. K. (2003). Neither justice nor protection: Women's Experiences of Post-separation Violence, *Journal of Social Welfare and Family Law, 25*(4) 195-214.
Humphreys, C. y Thiara, R. (2003). Domestic violence and mental health: I call it symptoms of abuse. British *Journal of Social Work, 33*(2) 209-226.
Hurtado, F., Ciscar, C. y Rubio, M. (2004). El conflicto de pareja como variable asociada a la violencia de género contra la mujer. Consecuencias sobre la salud sexual y mental. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 9*(1), 49-64.
Hutchison, I. W. y Hirschel, J. D. (1998). Abused Women. Help-seeking strategies and police utilization. *Violence Against Women, 4*(4): 436-456.
Ibáñez, M. (2003). *Violencia doméstica en euskadi: malos tratos a la mujer. Acercamiento al proceso de la violencia doméstica y teorías explicativas de la violencia doméstica.* Vitoria: Eusko-Jaurlaritza. Gobierno Vasco.
Ingram, E. M. (2007). A comparison of help seeking between latino and non-latino victims of intimate partner violence. *Violence Against Women, 13,* 159-171.
Ingram, R. E. y Kendall, P. C. (1986). Cognitive clinical psychology: Implications of an information processing perspectiva. En R. E. Ingram (Ed.), *Information processing approaches to clinical psychology* (pp. 3-21). Orlando, FL: Academia Press.
Ingram, R.E., Kendall, P.C., Smith, T.W., Donnell, C. y Ronan, K. (1987). Cognitive specificity in emotional distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 53,* 734-742.
Instituto de la Mujer (2000). *La Violencia contra las Mujeres. Resultados de la Macroencuesta.* Madrid: Instituto de la Mujer.
Instituto de la Mujer (2003). *La Violencia contra las Mujeres. Resultados de la Macroencuesta. II Parte.* Madrid: Instituto de la Mujer.
Instituto de la Mujer (2006). *La Violencia contra las Mujeres. Resultados de la Macroencuesta. III Parte.* Madrid: Instituto de la Mujer.
Iovanni, L. A. y Miller, S. L. (2001). Criminal Justice System Responses to Domestic Violence: Law enforcement and the Courts. En C. M. Renzetti, R. K. Bergen y J. L. Edleson (Eds.), *Sourcebook on Violence Against Women.* Thousand Oaks, CA: Sage.
Jacobson, N., Gottman, J., Waltz, J., Rushe, R., Babcock, J. y Holtzworth-Munroe, A. (1994). Affect, Verbal Content and Psychophysiology in the Arguments of Couples with a Violent Husband. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62*(5), 982-988.
Jacobson, N., McDonald, D., Follette, W. y Berley, R. (1985). Attributional processes in distressed and non distressed couples. *Cognitive Therapy and Research, 9,* 35-50.
Jacobson, A. y Richardson, B. (1987). Assault experiences of 100 inpatients: Evidence of the need for routine inquiry. *American Journal of Psychiatry, 144,* 908-913.

Janoff-Bulman, R. (1985). The aftermath of victimization: Rebuilding shattered asumptions. En C. R. Figley (Ed.), *Trauma and its wake. The study of post-traumatic stress disorder* (pp.15-35). New York: Brunner/Mazel.

Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive words and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition, Special Issue: Social Cognition and Stress, 7,* 113-136.

Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered Assumptions: Toward a New Psychology of Trauma*. NY: Free Press.

Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry, 15,* 30-34.

Janoff-Bulman, R. y Frieze, I. (Eds.) (1983). *Journal of Social Issues: Reactions to victimization*. NY: Plenum.

Jansen, M. y Myers-Abell, J. (1981). Assertive Training for Battered Women: A Pilot Program. *Social Work, 26*(2), 164-165.

Janssen, E. (1995). Understanding the rapist´s mind. *Perspectives in Psychiatric Care, 31,* 9-13.

Jasinski, J. L. (2001). Theoretical explanations for violence against women. En C. M. Renzetti, J. L. Edelson y R. K. Bergen (Eds.), *Sourcebook on violence against women*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.

Jehu, D. (1989). *Beyond Sexual Abuse: Therapy With Women Who Were Childhood Victims*. New York: Wiley and Sons.

Jenkins, R. (1996). Theorising social identity. En *Social Identity* (pp. 19-28). Londres, Routledge.

Jennings, J. y Murphy, C. (2000). Male-male dimensions of male-female battering: a new look at domestic violence. *Psychology of Men and Masculinity, 1*(1), 21-29.

Jerusalem, M., y Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195-213). Washington, DC: Hemisphere.

Jewkes, R. K., Penn-Kekana, L., Levin, J., Ratsaka, M. y Schrieber, M. (2001). *South African Medical Journal, 91*(5), 421-428.

Jewkes, R. y Abrahams, N. (2002). The epidemiology of rape and sexual coercion in South Africa: an overview. *Social science and medicine, 55*(7), 1231-1244.

Jiménez, L.; Sáiz, P. A.; Bascarán, M. T.; González, M. P.; Bobes, J. y Bousoño, M. (2000). Epidemiología. En J. Bobes, M. Bousoño, A. Calcedo y M. P. González (Eds.), *Trastorno de Estrés Postraumático* (pp. 19-33). Barcelona: Masson, S.A.

Joe, V. (1971). Review of the internal-external control construct as a personality variable. *Psychological Reports, 28,* 619-640.

Johnson, I. (1992). Economic, situational and psychological correlates of the decision-making process of battered women. *Families in Society, 73,* 168-176.

Johnson, M. (1995). Patriarchal terrorism and common couple violence: Two forms of violence against women. *Journal of Marriage and the Family, 57,* 283-294.

Johnson, H. (1996). *Dangerous domains: violence against women in Canada.* Ontario: International Thompson Publishing.

Johnson, M. (2000). Conflict and control: images of symmetry and asymmetry in domestic violence. En A. Booth, A. Crouter y M. Clements (Eds.), *Couples in conflict*. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Johnson, M. P. y Ferraro, K. J. (2000). Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *Journal of Marriage and the Family, 62,* 948-963.

Jolly, J., Wiesner, D., Wherry, J., Jolly, J. y Dykman, R. (1994). Gender and the comparison of self and observer ratings of anxiety and depression in adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 33,* 1284-1288.

Jones, A. (1994). *Next time she´ll be dead: Battering and how to stop it.* Boston: Beacon Press.

Jones, L., Hughes, M. y Unterstaller, U. (2001). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in victims of domestic violence: A review of the research. *Trauma, Violence and Abuse, 2,* 99-119.

Jones, E., Kanouse, D., Kelley, H., Nisbett, R., Valins, S. y Weiner, B. (1972). *Attribution: Perceiving the causes of behaviour.* Morristown, NJ: General Learning Press.

Jordan, L. F. (2005). *Working With Adult Survivors of Abuse: an 'M' level training for mental health professionals*. West Sussex Health and Social Care NHS Trust. Peer reviewed and implemented in-house.

Jöreskog, K. y Sörbom, D. (1999). *PRELIS2 user's reference guide (3rd edition)*. Chicago: Scientific Software International, Inc.

Jöreskog, K. y Sörbom, D. (2001). *LISREL8 user's reference guide (2nd edition)*. Lincolnwood, IL: Scientific Software International, Inc.

Jorgensen, S. (1977). Societal Class Heterogamy, Status Striving and Perception of Marital Conflict: A Partial Replication and Revision of Pearlin´s Contingency Hypothesis. *Journal of marriage and the Family, 39,* 653-689.

Judge, T., Erez, A., Bono, J. y Thoresen, C. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology, 83*(3), 693-710.

Kalmuss, D. (1984). The intergenerational transmission of marital aggression. *Journal of Marriage and the Family, 46*, 11-19.
Karney, B. y Bradbury, T. (2000). Attributions in Marriage: State or Trait? A Growth Curve Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 78*(2), 295-309.
Kasian, M. y Painter, S. (1992). Frequency and Severity of Psychological Abuse in a Dating Population. *Journal of Interpersonal Violence, 7*, 350-364.
Katz, J. y Arias, I. (1999). Psychological abuse and depressive symptoms in dating women: do different types of abuse have differential effects? *Journal of Family Violence, 14*(3), 281-295.
Kaufman, J. y Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 186-192.
Kaukinen, C. (2004). The help-seeking strategies of female violent-crime victims. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 967-990.
Keane, T. M. y Barlow, D. (2002). Posttraumatic Stress Disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Anxiety and its disorders. The nature and treatment of anxiety and panic* (pp. 418-453). New York: Guilford Press.
Kearney, M. (2001). Enduring love: A grounded formal theory of women´s experience of domestic violence. *Research in Nursing and Health, 24*(4), 270-282.
Kelley, H. (1967). Attribution theory in social psychology. En D. Devine (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation,* (vol. 15, pp.192-238). Lincoln: University of Nebraska Press.
Kelly, J. G. (1966). Ecological constraints on mental health services. *American Psychologist, 21*, 535-539.
Kemp, A., Green, B., Hovanitz, C. y Rawlings, E. (1995). Incidence and correlates of Posttraumatic Stress Disorder in Battered Women. *Journal of interpersonal Violence, 10*(1), 43-55.
Kendall, P. C. (1993). Cognitive-behavioral therapies in youth: Guiding theory, current status and emergind developments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 235-247.
Kendall, P. C. y Hollon, S. D. (1981). *Assessment strategies for cognitive-behavioral intervention.* New York: Academic Press.
Kendall-Tackett, K.A., Marshall, R. y Ness, K.E. (2003). Chronic pain syndromes and violence against women. *Women and Therapy, 26,* 45-56.
Kernic, M., Wolf, M. y Holt, V. (2000). Rates and relative risk of hospital admission among women in violent intimate partner relationships. *American Journal of Public Health, 90,* 1416.
Kessler, R. C. y Magee, W. J. (1994). Childhood family violence and adult recurrent depression. *Journal of health and social behavior, 35*(1), 13-27.
Kessler, R. C. y McLeod, J. D. (1985). Social support and mental health in community samples. En S. C. S. Skykme (Ed.), *Social support and health* (pp. 219-240). San Diego, CA: Academic Press.
Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M. y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 52,* 1048-1060.
Kikuchi, M. y Snell, W. (2002). Family environment variables and locus of control in intimate relationship. En W. Snell (Ed.), *Student research in psychology at Southeast Missouri State University*. Cape Girardeau, MO: Snell Publications.
Kilpatrick D.G. (2004). What is violence against women? Defining and measuring the problem. *Journal of Interpersonal Violence, 19*(11), 1209-1234.
Kim, J. y Motsei, M. (2002). Women enjoy punishment: attitudes and experiences of gender-based violence among PHC nurses in rural South Africa. *Social Science Medicine, 54*(8), 1243-1254.
King, D.; Leskin, G.; King, L. y Weathers, F. (1998). Confirmatory factor analysis of the clinician administered PTSD scale: Evidence for the dimensionality of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment, 10(2),* 90-96.
Kirkwood, C. (1993). *Leaving Abusive Partners: From The Scars Of Survival To The Wisdom For Change.* Newbury Park, CA: Sage Publications.
Kishor, S. y Kiersten, J. (2004). *Profiling Domestic Violence: A Multi-Country Study*. Columbia, MD: ORC Macro.
Klein, E., Campbell, J., Soler, E y Ghez, M. (1997). *Ending domestic violence*. Thousand Oaks, CA: Sage.
Klevens, J., Baker, C. K., Shelley, G. A. y Ingram, E. M. (2008). Exploring the Links Between Components of Coordinated Community Responses and Their Impact on Contact With Intimate Partner Violence Services. *Violence Against Women, 14*(3), 346-358.
Knight, J. y Vallacher, R. (1981). Interpersonal engagement in social perception: the consequences of getting into action. *Journal of Personality and Social Psychology, 40*, 990-999.
Kocot, T. y Goodman, L. (2003).The roles of coping and social support in battered women´s mental health. *Violence Against Women, 9,* 323-346.
Kolbo, J. R., (1996). Risk and resilience among children exposed to family violence. *Violence and Victims, 11,* 113-128.

Koss, M. P. (1990). The Women´s Mental Health Research Agenda: Violence Against Women. *American Psychologist, 45*(3), 374-380.

Koss, M. P. (2000). Blame, shame, and community: Justice responses to violence against women. *American Psychologist, 55*(11), 1332-1343.

Koss, M.P., Koss, P.G. y Woodruff, W.J. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of Internal Medicine, 151*, 342-347.

Koss, M. P. y Cook, S. L. (1993). Data and Acquaintance Rape Are Significant Problems for Woman. En R. J. Gelles y D. R. Loseke (Eds.), *Current Controversies on Family Violence*. Newbury Park, CA: Sage Publications.

Koss, M. P. y Figueredo, A. J. (2004). Change in cognitive mediators of rape´s impact on psychosocial health across two years of recovery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(6), 1063-1072.

Koss, M. P. y Figueredo, A. J. (2005). Cognitive mediation of rape´s mental health impact: constructive replication of a cross sectional model in longitudinal data. *Psychology of Women Quarterly, 29*(2), 227.

Koss, M. P., Figueredo, A. J. y Prince, R. J. (2002). Cognitive mediation of rape´s mental, physical and social health impact: test of four models in cross-sectional data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(4), 926-941.

Koss, M., Goodman, L., Browne, A., Fitzgerald, L., Keita, G. y Russo, N. (1994). *No safe heaven: Male violence against women at home, at work and in the community*. Washington, DC: American Psychological Association.

Kovacs, M., y Beck, A.T. (1978). Maladaptative Cognitive Structures in Depression. *American Journal Psychiatry, 135*, 525-533.

Kristiansen, C. M. y Giulietti, R. (1990). Perceptions of wife abuse: Effects of gender, attitudes toward women, and just world beliefs among college students. *Psychology of Women Quarterly, 14*, 177-189.

Krug, E. G.; Dahlberg, L. L.; Mercy, J. A.; Zwi, A. B. y Lozano, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

Kubany, E. S. (1994). Cognitive model of guilt typology in combat-related PTSD. *Journal of Traumatic Stress. 7*(1), 3-19.

Kubany, E. S. (1997). Application of cognitive therapy for trauma-related guilt (CT-TRG) with a Vietnam veteran troubled by multiple sources of guilt. *Cognitive and Behavioral Practice, 3*, 213-244.

Kubany, E. S. (1998). Cognitive therapy for trauma-related guillt. En V. Follete, J. Ruzek y F. Abueg (Eds.), *Trauma in context* (pp. 124-161). New York: Guilford Press.

Kubany, E. S. (2000). *Cross validation of the Trauma-Related Guilt Inventory*. 16th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX (poster).

Kubany, E., Bauer, G., Pangilinan, M. y Muraoka, M. (1995). Impact of labelled anger and blame in intimate relationships: Cross-cultural extension of findings. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 26*(1), 65-83.

Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Brennan, J. M., Manke, F. P. y Stahura, C. (1996). Development and validation of the Trauma Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment, 8*, 428-444.

Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A. y Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment, 12*, 210-224.

Kubany, E., Hill, E. y Owens, J. (2003). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD: Preliminary findings. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 81-91.

Kubany, E., Hill, E., Owens, J., Iannce-Spencer, C., McCaig, M., Tremayne, K. y Williams, P. (2004). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 3-18.

Kubany, E. S., Leisen, M. B., Kaplan, A. K. y Kelly, M. (2000). Validation of the Distressing Event Questionnaire (DEQ): A brief diagnostic measure of posttraumatic stress disorder. *Psychological Assessment, 12*, 192-209.

Kubany, E. S. y Manke, F. P. (1995). Cognitive therapy for trauma-related guilt: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice, 2*, 27-61.

Kubany, E. S., Owens, J. A., Kaplan, A. S., Leisen, M. B. y Ramelli, A. (2003). *Cross-validation of the Trauma-Related Guilt Inventory with women survivors of incest, rape, partner abuse and prostitution*. Manuscrito no publicado.

Kubany, E. y Watson, S. (2002). Cognitive trauma theory for formerly battered women with PTSD: Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*(2), 111-127.

Kubany, E. y Watson, S. (2003). Guilt: Elaboration of a multidimensional model. *Psychological Record, 53*(1), 51-90.

Kubrin, C. y Weitzer, R. (2003). New directions in social disorganization theory. *Journal of Research in Crime and Delinquency, 40*, 374-402.

Kurz, D. y Stark, E. (1988). Not so benign neglect: The medical response to battering. En Yllo y Bograd (Eds.), *Feminist Perspectives on wife abuse*. California: Sage.

Labrador, F. J. y Alonso, E. (2005/2006). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: un programa de intervención breve y específico. *Cuadrenos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace, 76/77*, 47-65.

Lamb, S. (1999). Constructing the victim: Popular images and lasting labels. En S. Lamb (Ed.), *New versions of victims: Feminists struggle with the concept* (pp. 108-138). New York: New York University Press.

Lambert, L. y Fantuzzo, J. (1988). *Assessing Spousal Abuse: Beyond the Conflict Tactics Scales*. California State University, CA: Manuscrito no publicado.

Landenburger, K. (1989). A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship. *Issues in Mental Health Nursing, 10,* 209-227.

Landenburger, K. (1998). Exploration of women´s Identity. Clinical Approaches with Abused Women. En J. Campbell (Ed.), *Empowering survivors of abuse. Health care for battered women and their children* (pp. 61-71). London: Sage.

Landeta, O. y Calvete, E. (2002). Adaptación y validación de la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido. *Ansiedad y estrés, 8*(2-3), 173-182.

Laner, M. R., Benin, M. H. y Ventrone, N. A. (2001). Bystanders attitudes towards victims of violence: Who is worth helping? *Deviant Behavior, 22,* 23-42.

Lange, A. J. y Jakubowski, P. (1976). *Responsible assertive behavior: Cognitive/behavioral procedures for trainers*. Champaign, IL: Research Press.

Langford, D. (1998). Social chaos and danger as context of battered women´s lives. *Journal of Family Nursing, 4,* 167-181.

Launius, M. (1988). Learned helplessness, external locus of control, and passivity in battered women. *Journal of Interpersonal Violence, 3*(3), 307-318.

Launius, M. H. y Jensen, B. L. (1987). Interpersonal problem-solving skills in battered, counseling and control women. *Journal of Family Violence, 2,* 151-162.

Launius, M. H. y Lindquist, C. U. (1988). Learned helplessness, external locus of control and passivity in battered women. *Journal of Interpersonal Violence, 3,* 307-318.

LaViolette, A. D. y Barnett, O. W. (2000). *It could happen to anyone*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Leahy, R. (2003) Eliciting thoughts and assumptions. En R. Leahy (Ed.), *Cognitive therapy techniques: a practitioner´s guide.* New York: Guilford publications.

Lefcourt, H. (1982). *Locus of control: current trends in theory and research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Lempert, L. B. (1996). Women's strategies for survival: Developing agency in abusive relationships. *Journal of Family Violence, 11,* 269-289.

Lerner, F. C. y Kennedy, T. L. (2000). Stay-Leave Decision Making in Battered Women: Trauma, Coping and Self-Efficacy. *Cognitive Therapy and Research, 24*(2), 215-232.

Lesserman, Z., Zhining, L., Douglas, D. A., Toomey, T. C., Nasman, G. y Glogau, L. (1997). Impact of sexual and physical abuse dimensions on health status: Development of an abuse severity measure. *Psychosomatic Medicine, 59,* 152-160.

Levendosky, A. A., Bogat, G. A., Theran, S. A., Trotter, J. S., Von Eye, A y Davidson, W. S. (2004). The social networks of women experiencing domestic violence. *American Journal of Community Psychology, 34*(1/2), 95-109.

Lewinsohn, P. M., Joiner, T. E. y Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology, 110,* 203-215.

Lewis, B. (1983). The development and initial validation of the Wife Abuse Inventory. *Dissertation Abstracts International, 44*(9A), 2742.

Lewis, B. (1987). Psychosocial Factors Related to Wife Abuse. *Journal of Family Violence, 2*(1), 1-10.

Lewis, C. S., Griffing, S., Chu, M., Jospitre, T., Sage, R., Madry, L. y Primm, B. J. (2006). Coping and violence exposure as predictors of psychological functioning in domestic violence. *Violence Against Women, 12,* 340-354.

Liang, B., Goodman, L., Tummala-Narra, P. y Weintraub, S. (2005). Theoretical framework for understanding help-seeking processes among survivors of intimate partner violence. *American journal of community psychology, 36*(1-2), 71-84.

Limandri, B. y May, B. (2002). Psychoeducational intervention to enhance self-efficacy of abused women. *Communicating Nursing Research, 35*(10), 261.

Lischick, C. W. (1999). *Coping and related characteristics delineating battered women's experiences in self-defined, difficult/hurtful dating relationships: A multicultural study.* Unpublished doctoral dissertation, Rutgers, The State University of New Jersey, Newark, NJ.

Little, T. D., Slegers, D. W. y Card, N. A. (2006). A non-arbitrary method of identifying and scaling latent variables in SEM and MACS models. *Structural Equation Modeling, 13*, 59-72.
Livingston, J. A., Testa, M. y VanZile-Tamsen, C. (2007). The reciprocal relationship between sexual victimization and sexual assertiveness. *Violence Against Women, 13*, 298-313.
Lloyd, S. A. y Emery, B. C. (2000). The Context and Dynamics of Intimate Aggression Against Women. *Journal of Social and Personal Relationships, 17*(4-5), 503-521.
Long, V. (1991). Gender role conditioning and women´s self-concept. *Journal of Humanistic Education and Development, 30*, 19-29.
López, P. (2002). La violencia de pareja y la respuesta institucional desde la Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid. *Boletín del Ilustre Colegio de Abogados de Madrid, 21*, 145-167.
Lorente, M. (2001). *Agresión a la mujer: realidades y mitos. Mi marido me pega lo normal*. Barcelona. Ares y Mares.
Loseke, D.R. (2000). Ethos, pathos and social change: Reflections on formula narratives. *Perspectives on Social Problems, 12*, 41-54.
Loseke, D. y Cahill, S. (1984). The Social Construction of Deviance: Experts on Battered Women. *Social Problems*, 296-310.
Lown, A. y Vega, W. (2001). Alcohol abuse or dependence among Mexican American women who report violence. *Clinical and Experimental Research, 25*, 1479-1486.
Luginbuhl, J. y Mullin, C. (1981). Rape and responsibility: How and how much is the victim blamed. *Sex Roles, 18*(5/6), 289-296.
Lund, C. J. y Greene, B. F. (2003). Developing a capacity for self-preservation and emergency management among battered families. *Journal of Family Violence, 18*, 181-192.
Lussier, Y., Sabourin, S. y Wright, J. (1993). On causality, responsibility and blame in marriage: Validity of the entailment model. *Journal of Family Psychology, 7*, 322-332.
Luszcynska, A., Gutiérrez-Doña, B. y Schwarzer, R. (2004). General self-efficacy in various domains of human functioning: evidence from five countries. *International Journal of Psychology, 40*(2), 80-89.
Lutenbacher, M., Cohen, A. y Mitzel, J. (2003). Do we really help? Perspectives of battered women. *Public Health Nursing 20*(1), 56-64.
Luthar, S. S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543-562.
Lynch, S. y Graham-Bermann, S. A. (2000). Woman abuse and self-affirmation. Influences on women´s self-esteem. *Violence Against Women, 6* (2), 178-197.
MacCallum, R. y Hong, S. (1997). Power analysis in covariance structure modeling using GFI and AGFI. *Multivariate Behavioral Research, 32*(2), 193-210.
Maccoby, E. (1990). Gender and relationships: A developmental account. *American Psychologist, 45*, 513-520
Macmillan, R (2001). Violence and the life course: The consequences of victimization for personal and social development. *Annual Review of Sociology, 27*, 1-22.
Macmillan, R., Nierobisz, A. y Welsh, S. (2000). Experiencing the streets: Harrassment and perceptions of safety among women. *Journalof Research on Crime and Delinquency, 37*, 306-322.
Maertz, K. F. (1989). *Identification of the self-defeating beliefs of battered women*. Unpublished manuscript, Department of Educational Psychology, University of Alberta.
Maertz, K. F. (1990). *Self-defeating beliefs of battered women*. Doctoral Dissertation, University of Alberta.
Mahoney P., Williams L. M. y West C. M. (2001). Violence against women by intimate relationship partners. En C. M. Renzetti, J. L. Edleson y R. Q. Bergen (Eds.), *Sourcebook on violence against women* (pp. 143-178). Thousand Oaks, CA: Sage.
Makepeace, J. (1981). Courtship Violence Among College Students. *Family Relations*, 97-102.
Maltese, K. L. y Cook, S. (2003). *The relation between partner aggression and injury: Does women's aggression and resistance strategy use moderate?* Biennial meeting of the Society for Community Research and Action, Las Vegas, NV (paper).
Mannarino, A. y Cohen, J. (1996). Abuse-Related Attributions and Perceptions, General Attributions and Locus of Control in Sexually Abused Girls. *Journal of Interpersonal Violence, 11*(2), 162-180.
Mannarino, A., Cohen, J. y Berman, S. (1994). The Children´s Attributions and Perceptions Scale: A new measure of sexual abuse related factors. *Journal of Clinical Child Psychology, 23*, 204-211.
Margolin, G. (2000). Jacobson´s Domestic Violence Research: Empirical, Social, Political Contributions. *Prevention and Treatment, 3*.
Marshall, L. (1992). Development of the severity of violence against women scales. *Journal of Family Violence, 7*(2), 103-121.
Marshall, L. (1994). Physical and psychological abuse. En W. Cupach y B. Spitzberg (Eds.), *The dark side of interpersonal communication* (pp. 281-311). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Marshall, L. (1996). Psychological abuse of women: Six distinct clusters. *Journal of Family Violence, 11*(4), 379-409.

Marshall, L. (1999). Effects of men's subtle and overt psychological abuse on low-income women. *Violence and Victims, 14*(1), 69-88.

Marshall, L. (2002). New Coverage of Violence Against Women: Engendering Blame. *Social Science Quarterly, 83*(3), 897-899.

Marshall, L., Weston, R. y Honeycutt, T. (2000). Does men´s positivity moderate or mediate the effect of their abuse on women´s relationship quality? *Journal of Social and Personal Relationships, 17*, 661-676.

Martin, D. (1976). *Battered Wives*. San Francisco: Glide Publications.

Martinez M., García-Linares, M. I. y Pico-Alfonso, M. A. (2004). Women victims of domestic violence: consequences for their health and the role of the health system. En C. A. Renate, R. C. A. Klein y B. Wallner (Eds.), *Gender, conflict, and violence* (pp. 53-71). Vienna: Studien-Verlag.

Matud, M. P., Aguilera, L., Marrero, R. J., Moraza, O. y Carballeira, M. (2003). El apoyo social en la mujer maltratada por su pareja. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 3*(3), 439-459.

Mazza D., Dennerstein, L. y Ryan, V. (1996). Physical, sexual and emotional violence against women: a general practice-based prevalence study. *Med J Aust., 164*, 14-27.

McAllister, M. (2000). Domestic violence: A life-Span approach to assessment and intervention. *Lippincott's Primary Care Practice, 4(2),* 174-189.

McCann, I., Sakheim, D. y Abrahamson, D. (1988). Trauma and victimization: a model of psychological adaptation. *The Counseling Psychologist, 16*, 531-594.

McCann, I. y Pearlman, L. (1990). Vicarious traumatization: A framework for understanding he psychological effects of working with victims. *Journal of Traumatic Stress, 3*, 131-149.

McCaughey, M. (1997). *Real knockouts: The physical feminism of women's self-defense*. New York: New York University Press.

McCaughey, M. y King, N. (1995). Rape education videos: Presenting mean women instead of dangerous men. *Teaching Sociology, 23*, 374-388.

McCauley, J., Kern, D. y Kolodner, K. (1995). The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Annals of Internal Medicine, 123*(10), 737-746.

McClelland, D.C. (1989). *Estudio de la motivación Humana*. Madrid: Narcea.

McClennan, H y Lewis, J. (1994). Causal attributions for marital violence and emotional response by women seeking refuge. *Psychol Rep, 75*(1), 272-274.

McCubbin, H. I., Larsen, A. S. y Olson, D. (1982). En D. H. Olson (Ed.), *Family inventories*. St. Paul: University of Minnesota Press.

McDonnell, K., Gielen, A., O´Campo, P. y Burke, J. (2005). Abuse, HIV status and health-related quality of life among a sample of HIV positive and HIV negative low income women. *Quality of Life Research, 14*, 945-957.

McFarlane, A., Neale, K., Norman, G., Roy, R. y Streiner, D. (1981). Methodological issues in developing a scale to measure social support. *Schizophrenia Bulletin, 7*, 90-100.

McGinn, L. K. (2000). Cognitive behavioral therapy of depression: Theory, treatment, and empirical status. *American Journal of Psychotherapy, 54*, 254-260.

McGinn, L. y Young, J. (1996). Schema-focused therapy. En P. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of cognitive therapy* (pp. 182-207). New York: Guilford Press.

McMillen, J. C.; North, C. y Smith, E. (2000). What parts of PTSD are normal: Intrusion, avoidance or arousal? Data from the Northridge, California, earthquake. *Journal of Traumatic Stress, 13(1),* 57-75.

McNamara, J. R. y Broker, D. J. (2000). The Abuse Disability Questionnaire: A new scale for assessing the consequences of partner abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 15*, 170-183.

McNamara, J. R. y Fields, S. A. (2000a). Differential functioning of outpatients and residents of a domestic violence shelter on the Abuse Disability Questionnaire. *Psychological Reports, 86*, 893-894.

McNamara, J. R. y Fields, S. A. (2000b). Use of the Abuse Disability Questionnaire in screening a clinical outpatient sample of women. *Psychological Reports, 86*, 446-470.

McNeal, C. (1999). *Marital Disruption and Marital Control among Black Americans*. University of Michigan.

Meadows, L. (2004). Additive impact of protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing recent intimate partner violence. *Dissertation Abstracts International: Section B, 64*(10-B), 5227.

Meadows, L., Kaslow, N., Thompson, M. y Jurkovic, G. (2005). Protective Factors Against Suicide Attempt Risk Among African American Women Experiencing Intimate Partner Violence. *American Journal of Community Psychology, 36*(1/2), 109-121.

Mehta, M. y Gopalakrishnan, C. (2007). We can: transforming power in relationships in South Asia. *Gender and Development, 15*(1), 41-49.

Meil, G. (2005). Social surveys on domestic violence against women in Spain. *Statistical Journal of the UN Economic Commission for Europe, 22*(3/4), 279-287.
Meichenbaum, D. (1989). Terapias cognitivas - conductuales. En S. L. Linn y J. P. Garske (Eds.), *Psicoterapias contemporáneas*. Bilbao: DDB.
Merrit-Gray, M. y Wuest, J. (1995). Counteracting abuse and breaking free: the process of leaving revealed through women's voices. *Health Care Women Internacional, 16*(5), 399-412.
Mertin, P. y Mohr, P. (2000). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in australian victims of domestic violence. *Journal of Family Violence, 15(4),* 411-422.
Mertin, P. y Mohr, P. (2001). A follow-up study of posttraumatic stress disorder, anxiety, and depression in australian victims of domestic violence. *Violence and Victims, 16*(6), 645-654.
Metalsky, G. y Abramson, L. (1981). Attributional style: Toward a framework for conceptualization and assessment. En P. Kendall y S. Hollon (Eds.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions* (pp. 13-58). New York: Academic Press.
Meyers, A. W. y Craighead, W. E. (1984). A behavioral--preventive approach to community mental health. *Journal of community health, 9*(3), 206-215.
Meyers-Abell y Jansen, M. (1980). Assertive therapy for battered women: A case illustration. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 11*(4), 301-305.
Mezey, G. (2001). Domestic violence in health settings. *Current Opinion in Psychiatry, 14*, 543-547.
Mialon, H. y Mialon, S. (2006). Violence against women, social learning and deterrence. *Journal of Evolutionary Economics, 16*(4), 367-382.
Miguel-Tobal, J., González Ordi, H. y López Ortega, E. (2000). Estrés postraumático: hacia una integración de aspectos psicológicos y neurobiológicos. *Ansiedad y Estrés, 6*, 255-280.
Milhalic, S. W. y Elliot, D. (1997). If violence is domestic, does it really count? *Journal of Family Violence, 12,* 293-311.
Miles, A. (1999). When faith is used to justify abuse. *American Journal of Nursing, 99,* 32-35.
Miller, D. T. y Porter, C. A. (1983). Self-blame in victims of violence. *Journal of Social Issues, 39,* 139-152.
Miller, J. A. (2006). A specification of the types of intimate partner violence experienced by women in the general population. *Violence Against Women, 12,* 1105-1131.
Miller, P., Ingham, J. y Davidson, S. (1976). Life events, symptoms and social support. *Journal of Psychosomatic Research, 20,* 515-522.
Miller, P., Lefcourt, H., Holmes, J., Ware, E. y Saleh, W. (1986). Marital locus of control and marital problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 161-169.
Miller, S. L. (2001). The paradox of women arrested for domestic violence: Criminal justice professionals and service providers respond. *Violence Against Women, 7,* 1339-1376.
Mills, T. (1984). Victimization and self-esteem: On equating husband abuse and wife abuse. *Victimology: An International Journal, 9,* 254-261.
Mills, T. (1985). The assault on the self: Stages in coping with battering husbands. *Qualitative Sociology, 8,* 103-123.
Mills, L. (2003). *Insult to injury: rethinking our responses to intimate abuse*. Princeton University Press.
Mills, L. G. (2005). Intimacy and terror: making peace with my critics. *Violence Against Women, 11,* 1536-1543.
Ministerio de Justicia y Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (1999). *Estudios sobre violencia familiar y agresiones sexuales*. Madrid: Centro de Estudios Jurídicos de la Administración de Justicia.
Mitchell, R. E. y Hodson, C. A. (1983). Coping with domestic violence: Social support and psychological health among battered women. *American Journal of Community Psychology, 11,* 629.
Mitchell, R. E. y Hodson, C. A. (1986). Coping and social support among battered women: An ecological perspective. En S. E. Hobfoll (Ed.), *Stress, social support and women. The series in clinical and community psychology* (pp. 153-169). New York: Hemisphere.
Mizes, J. S. (1989). Assertion deficits in bulimia nerviosa: Assessment via behavioral self-report and cognitive measures. *Behavior Therapy, 20,* 603-608.
Mongrain, M., Vettese, L., Shuster, B. y Kendal, N. (1998). Perceptual biases, affect, and behavior in the relationships of dependents and self-critics. *Journal of Personality and Social Psychology, 75*(1), 230-241.
Montero, A. (1999). Shaping the etiology of the Stockholm Syndrome: hypothesis of the Induced Mental Model. *IberPsicología, 5*(1), 4.
Montero, A. (2000). *Featuring Domestic Stockholm Syndrome: a cognitive bond of protection in battered women*. Proceedings of the XIV World Meeting of the International Society for Research on Aggression.
Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: Una propuesta teórica. *Clínica y Salud, 12(1),* 5-31.

Moore, A. (1994). The good woman: Ascetic and responsibility from the perspective of battered women. *The good body: Asceticism in contemporary culture,* 36-48.

Moos, R. H. (1995). Development and applications of new measures of life stressors, social resources and coping responses. *European Journal of Psychological Assessment, 11,* 1-13.

Moos, R. H. y Holahan, C. J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *J Clin Psychol, 59,* 1387-1403.

Morris, W. (1982). *The American heritage dictionary of the English language*. Boston: Houghton Mifflin.

Murphy, J. (2000). The impact of shelter intervention on posttraumatic stress disorder, depression and perception of control among battered women. *Dissertation Abstracts International: Section A, 61*(1-A), 367.

Murphy, C. y Cascardi, M. (1999). Psychological aggression and abuse in marriage. En R. Hampton (Ed.), *Issues in Children´s and Families´ Lives* (pp. 86-112). Beverly Hills: Sage.

Murphy, C. y Hoover, S. (1999). Measuring Emotional Abuse in Dating Relationships as a Multifactorial Construct. *Violence and Victims, 14*(1), 39-53.

Murphy, C. y O´Leary, K. (1989). Psychological aggression predicts physical aggression in early marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(5), 579-582.

Murray, S. y Holmes, J. (1993). Seeing virtues as faults: Negativity and the transformation of interpersonal narratives in close relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 65,* 707-722.

Mynatt, S. (1999). Effectiveness of intervention into substance abuse disorders in women with comorbid depression. *Journal of Psychosocial Nursing, 37*(5), 16-29.

Nabi, R. L., Meehan-Stark, T. y Sunderland, A. (2000). *Attitudes and beliefs about domestic violence: The results of a survey of adults in Philadelphia*. Philadelphia: The Annenberg Public Policy Center.

Nabi, R., Southwell, B. y Hornik, R. (2002). Predicting Intentions versus Predicting Behaviors: Domestic Violence Prevention from a Theory of Reasoned Action Perspective. *Health Communication, 14*(4), 429-449.

Needles, D. J. y Abramson, L. Y. (1990). Positive life events, attributional style, and hopefulness: Testing a model of recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology, 99*(2), 156-165.

Neisser, U. (1967). *Cognitive Psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.

Newman, H. y Langer, E. (1985). Investigating the development and courses of intimate relationships: a cognitive model. En Abramson (Ed.), *Social-personal inference in clinical psychology*. New York: Guilford Press.

Newton, R., Donaldson, C. y Landsverk, J. (2001). An examination of measurement characteristics and factorial validity of scores on the revised conflict tactics scale. *Educational and Psychological Measurement, 61*(2), 317-335.

NiCarthy, G. (1987). *The Ones Who Got Away: Women Who Left Abusive Partners*. Seattle: Seal Press.

Nishith, P., Mechanic, M. B. y Resick, P. A. (2000). Prior interpersonal trauma: The contribution to current PTSD symptoms in female rape victims. *Journal of Abnormal Psychology, 109*(1), 20-25.

Nixon, R., Resick, P. y Nishith, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders, 82*(2), 315-320.

Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology, 100,* 569-582.

Nolen-Hoeksema, S., y Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression in adolescence. *Psychological Bulletin, 115,* 424-443.

Noon, G. (1996). The relationship between locus of control and posttraumatic stress disorder (PTSD) in battered women. *Dissertation Abstracts International: Section B, 56*(12-B), 7052.

Norgaard, J. (2005). *The measurement of Attribution of Battering: A Review of the Literature*. Disponible en: http://www.ceu-hours.com/courses/battering.html.

Norris, F. H., Foster, J. D. y Weisshaar, D. L. (2002). The epidemiology of sex differences in PTSD across developmental, societal, and research contexts. En R. Kimerling, P. Ouimette y J. Wolfe (Eds.), *Gender and PTSD* (pp. 3–42). New York: Guilford.

Nurius, P. S.., Furrey, J y Berliner, L. (1992). Coping capacity among women with abusive partners. *Violence and Victims, 7,* 229-243.

O´Donnell, M. L. (2004). Posttraumatic stress disorder and depression following trauma: Understanding comorbidity. *American Journal of Psychiatry, 161,* 1390.

O´Keefe, M. (1998). Factors mediating the link between witnessing interparental violence and dating violence. *Journal of Family Violence, 13,* 39-57.

O'Leary, K. D. (1988). Physical aggression between spouses: A social learning perspective. En V. B. Van Hasselt, R. L. Morrison, A. S. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Handbook of Family Violence* (pp. 31-55). Plenum Press.

O´Leary, K. (1989). Psychological Aggression Predicts Physical Aggression in Early Marriage. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 57*(5), 579-582.
O'Leary, K. D. (1993). Through a psychological lens: Personality traits, personality disorders, and levels of violence. En R. J. Gelles y D. Loseke (Eds.), *Current controversies regarding psychological explanations of family violence* (pp. 7-30). Newbury Park, CA: Sage.
O'Leary, K. (1999). Psychological abuse: a variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims, 14*(1), 3-23.
O´Leary, K. y Curley, A. (1986). Assertion and Family Violence: Correlates of Spouse Abuse. *Journal of Marital and Family Therapy, 12*(3), 281-289.
O´Leary, K. D., Curley, A., Rosembaum, A. y Clarke, C. (1985). Assertion training for abused wifes: A potentially hazardous treatment. *Journal of Marital and Family Therapy, 11,* 319-322.
O´Leary, K. y Jouriles, E. (1994). Psychological abuse between adult partners: prevalence and impact on partners and children. En L. L´Abate (Ed.), *Handbook of developmental family psychology and psychopathology* (pp. 330-349). Oxford: John Wiley.
O´Leary, K. y Vivian, D. (1990). Physical aggression in marriage. En Fincham y Bradbury (Eds), *The psychology of marriage* (pp. 323-348). New York: Guilford Press.
O´Neill, M. L. y Kerig, P. K. (2000). Attributions of self-blame and perceived control as moderators of adjustment in battered women. *Journal of Interpersonal Violence, 15*(10), 1036-1049.
Okun, L. (1986). *Woman abuse: facts replacing myths.* Albany: State University of New York Press.
Oosthuizen, C. y Wissing, M. (2005) Prevalence of violence against women: distress, coping and psychological well-being. Surviving the fire? *South African Journal of Psychology, 35*(4), 637-656.
Orengo, F. (2002). Sobre la cuestión de la compulsión a la repetición en la psicoterapia grupal de mujeres afectadas por violencia doméstica o de género. *Psiquis, 23*(5), 178-184.
Orvis, B., Kelley, H. y Butler, D. (1976). Attributional conflict in young couples. En J. Harvey, W. Ickes y R. Kidd (Eds.), *New directions in attribution research* (vol. 1, pp. 353-386). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
Ovara, P., McLeod, J. y Sharpe, D. (1996). Perception of control, depressive symptomatology and self-esteem of women in transition from abusive relationships. *Journal of Family Violence, 11*, 167–186.
Overholser J. C. (1990). Emotional reliance and social loss: Effects on depressive symptomatology. *Journal of Personality Assessment, 55*, 618–629.
Overholser, J. C. y Moll, S. H. (1990). Who´s to blame: Attributions regarding causality in spouse abuse. *Behav. Sci. Law, 8,* 107-120.
Ozer, E. y Bandura, A. (1990). Mechanisms of governing empowerment effects: A self-efficacy analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 58,* 472-486.
Ozer, E. J., Best, S. R., Lipsey, T. L. y Weiss, D. S. (2003). Predictors of posttraumatic stress disorder symptoms in adults: A meta analysis. *Psychological Bulletin, 129,* 52-73.
Pagelow, M. D. (1984). *Family Violence.* New York: Praeger.
Painter, S. L. y Dutton, D. G. (1985). Patterns of emotional bonding in battered women: Traumatic bonding. *International Journal of Women´s Studies, 57,* 101-110.
Pape, K. y Arias, I. (2000). The role of perceptions and attributions in battered women´s intentions to permanently end their violent relationships. *Cognitive Therapy and Research, 24*(2), 201-214.
Parker, G. y Lee, C. (2002). Violence and abuse: an assessment of mid-aged Australian women's experiences. *Australian Psychologist, 37*(2), 142-148.
Parrott, D. J. y Zeichner, A. (2003). Effects of trait anger and negative attitudes toward women on physical assault in dating relationships. *Journal of Family Violence, 18,* 301-307.
Patzel, B. (2001). Women's use of resources in leaving abusive relationships: A naturalistic inquiry. *Issues in Mental Health Nursing, 22,* 729-747.
Pearson, P. (1998). *When She Was Bad: Violent Women and the Myth of Innocence*. New York: Viking.
Peek-Asa, C., García, L., McArthur, D. y Castro, R. (2002). Severity of intimate partner abuse indicators as perceived by women in Mexico and the United States. *Women and Health, 35*(2/3), 165-180.
Peled, E., Eisikovits, Z., Enosh, G. y Winstok, Z. (2000). Choice and empowerment for battered women who stay: Toward a constructivist model. *Social Work, 45,* 9-21.
Pence, E. y Paymar, M. (1985). *Power and control: Tactics of men who batter*. Duluth, MN: Domestic Abuse Intervention Proyect.
Pennebaker, J., Kiecolt-Glaser, J. y Glaser, R. (1988). Disclosure of traumas and immune function: Health implications for psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56,* 239.
Pershad, N. (2003). Women reporting abuse: A clinical profile using the Functional Interview, SCL-90 and Internal-External Locus of Control. *Dissertation Abstracts International: Section A, 64*(6-A), 2288.
Petersen, R., Moracco, K., Goldstein, K. y Clark, K. (2003). Women´s perspectives on intimate partner violence services: The hope in Pandora´s box. *J. Am. Med. Women Assoc., 58,* 185.

Petersen, R., Moracco, K., Goldstein, K. y Clark, K. (2004). Moving beyond disclosure: Women´s perspectives on barriers and motivators to seeking assistance for intimate partner violence. *Women Health, 40,* 63.

Peterson, C. y Seligman, M. E. P. (1983). Learned helplessness and victimization. *Journal of Social Issues, 2,* 103-116.

Peterson, C., Maier, S. y Seligman, M. (1993). *Learned helplessness: A theory for the age of personal control.* New York: Oxford University Press.

Petretic-Jackson, P., Sandberg, G. y Jackson, T. (1994). The domestic violence blame scale (DVBS). En L. Vande Creek, S. Knapp y T. Jackson (Eds.), *Innovations in clinical practice: A source book* (vol 13, pp. 265-278). Sarasota, FL: Professional Resource Press.

Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B. y Campbell, L. F. (2001). Cognitive schemas as mediating variables of the relationship between the self-defeating personality and depression. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 23*(3), 183-191.

Phelps, B. (2000). *Helping Medical Students Help Survivors of Domestic Violence. MSJAMA –Commentary*. Disponible en: http://www.ama-assn.org/scipubs/msjama/articles/vol_283/ n_3jms00006.htm.

Phillips, D. y Henderson, D. (1999). Patient was hit in the head by a fist. A disclosure anylisis of male violence against women. *The Americna Journal of Ortopshychiatry, 69*(1), 116-121.

Pico-Alfonso, M., García-Linares, M.I., Celda-Navarro, N., Blasco-Ros, C., Echeburúa, E. y Martínez, M. (2006). The Impact of Physical, Psychological and Sexual Intimate Partner Violence on Women´s Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide. *Journal of Women´s Health, 15*(5), 599-611.

Pierce, M. y Harris, R. J. (1993). The effect of provocation, ethnicity, and in-jury description of men's and women's perceptions of a wife-battering incident. *Journal of Applied and Social Psychology, 23,* 767-790.

Piispa, M. (2002) Complexity of Patterns of Violence Against Women in Heterosexual Parterships. *Violence Against Women, 8*(7), 873-900.

Pimlott-Kubiak, S. y Cortina, L. M. (2003). Gender, victimization, and outcomes: Reconceptualizing risk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,* 528-539.

Pipes, R. y LeBov-Keeler, K. (1997). Psychological Abuse Among College Women in Exclusive Heterosexual Dating Relationships. *Sex Roles, 36*(9/10), 585-603.

Plichta, S. B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences: Policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence, 19,* 1296.

Plichta, S. B. y Falik, M. (2001). Prevalence of violence and its implications for women´s health. *Women´s Health Issues, 11,* 244-258.

Plummer, S. (2008). Victims´ perspectives on the process of seeking a protective order: Predictors of perceived empowerment. *Dissertation Abstracts International: Section A, 68*(7-A), 3151.

Polaschek, D. L., Ward, T. y Hudson, S. M. (1997). Rape and rapists: Theory and treatment. *Clinical Psychology Review, 17,* 117-144.

Ponce, A. N., Williams, M. K. y Allen, G. J. (2004). Experience of maltreatment as a child and acceptance of violence in adult intimate relationships: mediating effects of distortions in cognitive schemas. *Violence and Victims, 19*(1), 97-108.

Porter, F., Blick, L. y Sgroi, S. (1982). Treatment of the sexually abused child. En S. Sgroi (Ed.), *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse* (pp. 109-145). Lexington, MA: DC Heath.

Prange, R. C. (1985). Battered women and why they return to the abusive situation: A study of attribution-style, multiple-dimensional locus of control and social-psychological factors. *Dissertation Abstracts International, 46,* 4026B.

Prescott, S., y Letko, C. (1977). Battered women: A social psychological perspective. En M. Roy (Ed.), *Battered Woman: A Psychosociological Study of Domestic Violence* (pp. 72-96). New York: Van Nostrand Reinhold.

Prinstein, M. J. y Aikins, J. W. (2004). Cognitive moderators of the longitudinal association between peer rejection and adolescent depressive symptoms . *Journal of Abnormal Child Psychology, 32,* 147–158

Prochaska, J. O. y Velicer, W. F. (1997). The transtheorectical model of health behaviour change. *American Journal of Health Promotion, 12,* 38-48.

Pyevich, C. M., Newman, E. y Daleiden, E. (2003). The relationship among cognitive schemas, job related traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in journalists. *Journal of Traumatic Stress, 16*(4), 325-328.

Raghavan, C., Swan, S. C., Snow, D. L. y Mazure, C. M. (2005). The mediational role of relationship efficacy and resource utilization in the link between physical and psychological abuse and relationship termination. *Violence Against Women, 11*(1), 65-88.

Ramanaiah, N., Heerboth, J. y Jinkerson, D. (1985). Personality and self-actualizing profiles of assertive people. *Journal of Personality Assessment, 49*(4), 440-443.

Ramos, B. M., Carlson, B. E. y McNutt, L. A. (2004). Lifetime abuse, mental health, and african american women. *Journal of Family Violence, 19*(3),153-164.

Ratner, P. A. (1993). The incidence of wife abuse and mental health status in abused wives in Edmonton, Alberta. *Can J Public Health, 84*, 246–249.

Ratner, P. A. (1998). Modeling acts of aggression and dominanca as wife abuse and exploring their adverse health effects. *Journal of marriage and the Family, 60,* 453-465.

Rausch, H., Barry, W., Hertel, R. y Swain, M. (1974). *Communication, conflict and marriage*. San Francisco: Jossey-Bass.

Rawlins, J. M. (2000). Domestic violence in Trinidad: A family and public health problem. *Caribbean Journal of Criminology and Social Psychology, 5,* 165-180.

Ray, W. y Katahn, M. (1968). Relation of anxiety to locus of control. *Psychological Reports, 23,* 1196.

Raymond, B. y Bruschi, I. (1989). Psychological abuse among college women in dating relationships. *Perceptual and Motor Skills, 69*, 1283-1297.

Raymond, B., Gillman, I. y Donner, M. (1978). *Psychological Abuse Scale*. Hofstra University, NY: Manuscrito no publicado.

Reed, M. (1994). Social skills training to reduce depression in adolescents. *Adolescence, 29,* 293-304.

Regan, D., Straus, E. y Fazio, R. (1974). Liking and the attribution process. *Journal of Experimental Social Psychology, 10*, 385-397.

Reiss, A. J. y Roth, J. A. (1993). *Understanding and Preventing Violence*. Washington, DC: National Academy Press.

Rennison, C. M. (2003). *Intimate partner violence, 1993-2001*. Washington, DC: U.S. Department of Justice, Bureau of Justice Statistics.

Renzetti, C. M. (1997). Violence and abuse among same-sex couples. En A. P. Cardarelli (Ed.), *Violence between intimate partners: Patterns, causes, and effects* (pp. 70-89). Boston: Allyn and Bacon.

Renzetti, C. (2007). Editor´s Introduction. *Violence Against Women, 13*(3), 215-216.

Renzetti, C. M., Edleson, J. y Bergen, R. K. (2001). *Sourcebook on Violence Against Women*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.

Resick, P. A. (2001). *Stress and Trauma.* Hove, United Kingdom: Psychology Press.

Resick, P., Uhlmansiek, M., Clum, G., Galovski, T., Scher, C. y Yinong, Y. (2008). A Randomized Clinical Trial to Dismantle Components of Cognitive Processing Therapy for Posttraumatic Stress Disorder in Female Victims of Interpersonal Violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76*(2), 243-258.

Resnick, H.S. y Acierno, R. E. (1997). *Prevention of Postrape Stress.* Charleston, SC: IVS Productions.

Resnick, H. S., Acierno, R. E., 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.

Resnick, H. S., Acierno, R. y Kilpatric, D. G. (1997). Health impact of interpersonal violence. Medical and mental health outcomes. *Behav. Med., 23,* 65.

Resnick, H. S., Kilpatrick, D. G., Dansky, D. S., Saunders, B. D. y Best, C. L. (1993). Prevalence of civilian trauma and PTSD in a representative sample of women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(6), 984-991.

Rhodes, N. (1985). The assessment of spousal abuse: An alternative to the Conflict Tactics Scale. *Dissertation Abstracts International, 46*, 2076B.

Rhodes, N. R. y McKenzie, E. B. (1998). Why do battered women stay?: Three decades of research. *Aggression and Violent Behavior, 3*, 391-406.

Riger, S., Ahrens, C. y Blickenstaff, A. (2000). Measuring Interference With Employment and Education Reported by Women With Abusive Partners: Preliminary Data. *Violence and Victims, 15*(2), 161-172.

Riger, S. y Krieglstein, M. (2000). The Impact of Welfare Reform on Men's Violence against Women. *American Journal of Community Psychology, 28*(5), 631-647.

Riggs, D.; Caulfield, M. y Street, A. (2000). Risk for domestic violence: Factors associated with perpetration and victimization. *Journal of Clinical Psychology, 56(10),* 1289-1316

Rincón González, P. P. (2003). *Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica: evaluación de programas de intervención.* Tesis doctoral no publicada, Universidad Complutense de Madrid.

Rioseco, L. (2003). *Corte Penal Internacional: desafíos en materia de justicia de género en la región. Proyecto regional Corte Penal Internacional y Justicia de Género*. La Morada: Corporación de la Mujer.

Riskind, J. H. (1997). Looming vulnerability to threat: A cognitive paradigm for anxiety, *Behaviour Research and Therapy, 35,* 685-702.

Riskind, J. H., Williams, N.L., Gessner, T., Chrosniak, L.D. y Cortina, J. (2000). The looming maladaptive style: Anxiety, danger, and schematic processing. *Journal of Personality and Social Psychology, 79*(5), 837-852.

Riskind, J. H. y Williams, N. L. (1999). Specific cognitive content of anxiety and catastrophizing: Looming vulnerability and the looming maladaptive style. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 3*, 41-54.

Rodenburg, F. A. y Fantuzzo, J. W. (1993). The measurement of wife abuse: steps towards the development of a comprehensive assessment technique. *Journal of Family Violence, 8*(3), 203-228.

Rodríguez-Carballeira, A., Almendros, C., Escartín, J., Porrúa, C., Martín-Peña, J., Javaloy, F. y Carrobles, J. A. (2005). Un estudio comparativo de las estrategias de abuso psicológico: en la pareja, en el lugar de trabajo y en grupos manipulativos. *Anuario de Psicología, 36*(3), 299-314.

Rogers, J. (1998). Blame distribution and trauma-related symptoms with a domestic violence population. *Dissertation Abstracts International: Section B, 59*(6-B), 3072.

Rohrbaugh, J. B. (1979). *Women, psychology's puzzle*. New York: Basic Books.

Romans-Clarkson, S., Walton, V., Herbison, G. y Mullen, P. (1990). Psychiatric morbidity among women in urban and rural New Zealand: Psycho-social correlates. *British Journal of Psychiatry*, 156-240.

Rose, L. E., Campbell, J. y Kub, J. (2000). The role of social support and family relationships in women´s responses to battering. *Health Care Women International, 21*(1), 27-39.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-Image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Middeltown, CT: Wesleyan University Press.

Rothenberg, B. (2002). Movement advocates as battered women's storytellers. From varied experiences, one message. En J. Davis (Ed.), *Stories of Change: Narrative and Social Movements* (pp. 203-225). Albany: Suny Press.

Rounsaville, B. J. y Lifton, N. (1983). A therapy group for battered women. En M. Rosenbaum (Ed.), *Handbook of short Term Therapy Groups* (pp. 155-179). New York: McGraw-Hill.

Ruiz, J. J. y Cano, J. J. (2002). *Manual de psicoterapia cognitiva*. Jaén: RyC Editores.

Ruiz-Pérez, I., Plazaola-Castaño, J. y del Río-Lozano, M. (2006). How do women in Spain deal with an abusive relationship? *Journal of Epidemiology and Community Health, 60*(8), 706-711.

Russell, D. E. H. (1990). *Rape in Marriage*. Bloomington: Indiana University Press.

Russell, R. J. H. y Wells, P. A. (2000). Predicting marital violence from the marriage and relationship questionnaire: using LISREL to solve an incomplete data problem. *Personality and Individual Differences, 29*, 429-440.

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(3), 316-329.

Sabattelli, R., Buck, R. y Dreyer, A. (1983). Locus of control, interpersonal trust and non-verbal communication accuracy. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*, 399-409.

Sabina, C. y Tindale, S. (2008). Abuse Characteristics and Coping Resources as Predictors of Problem-Focused Coping Strategies Among Battered Women. *Violence Against Women, 14*, 437-456.

Sabol, W., Coulton, C. J. y Korbin, J. E. (2004). Building community capacity for violence prevention. *Journal of Interpersonal Violence, 19*, 322-340.

Sackett, L. y Saunders, D. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims, 14*(1), 105-117.

Sackett, L. (1992). *Assessing psychological abuse among battered women*. University of Michigan: Manuscrito no publicado.

Safren, S. A., Heimberg, R. C., Lerner, J., Henin, A., Warman, M. y Kendall, P. C. (2000). Differentiating anxious and depressive self-statements: Combined factor structure of the anxious self-statements questionnaire and the Automatic Thoughts Questionnaire-Revised. *Cognitive Therapy and Research, 24*, 327-344.

Sagrestano, L. M., Heavey, C. L. y Christensen, A. (1999). Perceived power and violence in marital conflict. *Journal of Social Issues, 55*, 65-79.

Salazar, L. F., Baker, C. K., Price, A. W. y Carlin, K. (2003). Moving beyond the individual: Examining the effects of domestic violence policies on social norms. *American Journal of Community Psychology, 32*, 253-264.

Saltzman, L. E., Fanslow, J. L., McMahon, P. M. y Shelley, G. A. (1999). *Intimate partner violence surveillance: Uniform definitions and recommended data elements. Version 1.0.* Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Center for Disease Control and Prevention.

Saltzman, L. E., Green, Y. T., Marks, J. S. y Thacker, S. B. (2000). Violence against women as a public health issue: comments from the CDC. *American Journal of Preventive Medicine, 19*(4), 325-329.

Sampselle, C. M. (1992). The role of nursing in preventing violence against women. *J Obstet, Gynecol Neonatal Nursing, 21*(2), 140-141.

Sanders, C., Weaver, T. y Schnabel, M. (2007). Economic Education for Battered Women: An Evaluation of Outcomes. *Journal of Women and Social Work, 22*(3), 240-254.

Sanz, J. (1995). The Spanish versión of the Interaction Anxiousness Scale: Psychometric properties and relationship with depression and cognitive factors. *European Journal of Psychological Assessment, 10*(2), 129-135.

Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta, 29*(124), 239-288.

Sanz, J., Perdigón, L. A. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud, 14*(3), 249-280.

Sarason, I. y Sarason, B. (1982). Concomitants of social support: Attitudes, personality characteristics and life experiences. *Journal of Psychosomatic Research, 22,* 205-208.

Sato, R. A. y Heiby, E. M. (1992). Correlates of depressive symptoms among battered women. *Journal of Family Violence, 7,* 229-245.

Saunders, D. (1992). Woman battering. En R. Ammerman y M. Herson (Eds.), *Assessment of family violence: A clinical and legal sourcebook* (pp. 208-235). Oxford: John Wiley.

Saxe, G. y Wolfe, J. (1999). Gender and posttraumatic stress disorder. En P. A. Saigh y J. D. Bremner (Eds.), *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp. 160–179). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.

Scarpa, A., Haden, S. C. y Hurley, J. D. (2006). Community violence victimization and symptoms of posttraumatic stress disorder: The moderating effects of coping and social support. *Journal of Interpersonal Violence, 21,* 446–469.

Schilling, R. F. (1987). Limitations of social support. *Social Service Review, 61,* 19-31.

Schmidt, N. B., Joiner, T. E., Young, J. y Telch, M. J. (1995). The Schema Questionnaire: Investigation of Psychometric Properties and the Hierarchical Structure of a Measure of Maladaptive Schemas. *Cognitive Therapy and Research, 19*(3), 295-321.

Schneider, E. (2000). *Battered Women and Feminist Lawmaking*. Oxford: Oxford University Press.

Schnurr, P.; Friedman, M. y Bernardy, N. (2002). Research on posttraumatic stress disorder: Epidemiology, pathophysiology and assessment. *Journal of Clinical Psychology, 58(8),* 877-889.

Scholz, U., Gutiérrez-Doña, B., Sud, S. y Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment, 18*(3), 242-251.

Schroeder, M. y Weber, J. R. (1998). Promoting domestic violence education for nurses. *Nursing Forum, 33*(4), 13-21.

Schwartz, R. M. (1997). Consider the simple screw: Cognitive science, quality improvement, and psychotherapy: Measuring cognitive products in research and practice. *Journal of consulting and clinical psychology, 65/66*, 970-983.

Schwartz, R. M. y Garamoni, G. L. (1986). *States of mind model: Anxiety, depression, and coping with stress*. 94th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC (paper).

Schwarzer, R. (1994). Generalized self-efficacy: Assessment of a personal coping resource. *Diagnostica, 40*(2), 105-123.

Schwarzer, R. (1996). Thought Control of Action: Interfering Self-Doubts. En Sarason, Pierce y Sarason (Eds.), *Cognitive Interference*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Schwarzer, R. y Born, A. (1997). Optimistic self-beliefs: Assessment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures. *World Psychology, 3*(1-2), 177-190.

Schwarzer, R. y Scholz, U. (2000). *Cross-cultural assessment of coping resources: the general perceived self-efficacy scale.* First Asian congress of health psychology. Tokio, Japan (paper).

Schweinle, W., Ickes, W. y Bernstein, I. (2001). *Are domestically violent men hypresensitive or biased toward inferring criticism/rejection from women*. Society for Personality and Social Psychology Conference (poster).

Scott, K. y Straus, M. (2007). Denial, Minimization, Partner Blaming, and Intimate Aggression in Dating Partners. *Journal of Interpersonal Violence, 22*(7), 851-871.

Scott-Gliba, E., Minne, C. y Mezey, G. (1995). The psychological, behavioral and emotional impact of surviving an abusive relationship. *Journal of Forensic Psychiatry, 6,* 342-356.

Segal, Z. (1988). Appraisal of the self-schema: construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin, 103,* 147-162.

Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: W. H. Freeman.

Senchak, M. y Leonard, K. (1994). Attributions for episodes of marital aggression: The effects os aggression severity and alcohol use. *Journal of Family Violence, 9*(4), 371-381.

Sepúlveda, R., Troncoso, M. y Álvarez, C. (1998). Psicología y Salud: El papel del apoyo social, *Revista Médica de Santiago, 1*(2), 154-162.
Serra, P. (1993). Physical violence in the couple relationship: A contribution toward the analysis of context. *Family Process, 32,* 21-33.
Shalansky, C., Ericksen, J. y Henderson, A. (1999). Abused Women and Child Custody: The Ongoing Exposure to Abusive Ex-Partners. *Journal of Advanced Nursing, 29*(2), 416-426.
Shaver, K. (1985). *The attribution of blame: Causality, responsibility and blameworthiness*. New York: Springer-Verlag.
Shepard, M. (1987). *Intervention with men who batter: An evaluation of a domestic violence program.* Third National Family Violence Research Conference, Durham, NH (paper).
Shepard, M. y Campbell, J. (1992). The Abusive Behaviour Inventory: A Measure of Psychological and Physical Abuse, *Journal of Interpersonal Violence, 7*(3), 291-305.
Shotland, R. L. y Straw, M. K. (1976). Bystander response to an assault: When a man attacks a woman. *Journal of Personality and Social Psychology, 34,* 990-999.
Silber, E. y Tippet, J. (1965). Self-esteem: Clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports, 16,* 1017-1071.
Skinner, E., Chapman, M. y Baltes, P. B. (1988). Control, means-ends, and agency beliefs: a new conceptualization and its measurement during childhood. *Journal of Personality and Social Psychology, 54,* 117-133.
Silverman, J. y Williamson, G. (1997). Social ecology and entitlements involved in battering by heterosexual college males: Contributions of family and peers. *Violence and Victims, 12,* 147-164.
Simmons, R. (2003). *Odd girl out: The hidden culture of aggression in girls.* New York: Harvest Books.
Simon, R. W. (2002). Revisiting the relationships among gender, marital status and mental health. *American Journal of Sociology, 107,* 1065-1096.
Simoneti, S. (2000). Dissociative experiences in partner-assaultive men. *Journal of Interpersonal Violence, 15,* 1262-1284.
Sipsma, E., Carrobles, J. A., Montorio, I. y Everaerd, W. (2000). Sexual Agresión Against Women by Men Acquaintances: Attitudes and Experiences among Spanish University Students. *The Spanish Journal of Psychology, 3*(1), 14-27.
Skinner, B. F. (1953). *Science and human behavior.* New York: Free Press
Slep, A. M. S. y Heyman, R. E. (2001). Where do we go from here? Moving toward an integrated approach to family violence. *Aggression and Violent Behavior, 6,* 353-356.
Smith, R. (1989). Effects of coping skills training on generalized self-efficacy and locus of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 56,* 228-233.
Smith, P., Earp, J. y DeVellis, R. (1995). Development and validation of the Women´s Experience with Battering (WEB) Scale. *Women Health, 1,* 273.
Smith, P., Tessaro, I., y Earp, J. (1995). Women´s experience with battering: A conceptualization from qualitative research. *Women Health Issues, 5,* 173.
Smith, C. A. y Wallston, K. A. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychology, 11,* 151-162.
Snalev, A. Y., Freedman, G. y Ben, T. (1998). Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *American Journal of Psychiatry, 155,* 630.
Snell, J., Rosenwald, R. y Robey, A. (1964). The wife beater´s wife: A study of family interaction. *Arch. Gen. Psychiatry, 11,* 107-113.
Snell, W., Schicke, M. y Arbeiter, T. (1990). *The Multidimensional Relationship Questionnaire: Psychological dispositions associated with intimate relations.* 36th annual meeting of the Southwestern Psychological Association, Dallas, TX (paper).
Snell, W. E., Schicke, M. y Arbeiter, T. (1996). *The Multidimensional Relationship Questionnaire: Psychological dispositions associated with intimate relations.* Manuscrito no publicado.
Snyder, C. R., Harris, C., Anderson, J. R., Holleran, S. A., Irving, L. M., Sigmon, S. T., Yoshinobu, L. Gibb, J., Langelle, C. y Harney, P. (1991). The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *Journal of Personality and Social Psychology, 60,* 570-585.
Sobel, M. E. (1982). Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. En S. Leinhart (Ed.), *Sociological methodology* (pp. 290-312). San Francisco: Jossey-Bass.
So-Kum Tang, C. (1997). Psychological Impact of Wife Abuse. Experiences of Chinese Women and Their Children. *Journal of Interpersonal Violence, 12*(3), 466-478.
Solomon, Z., Iancu, I. y Tyano, S. (1997). World assumptions following disaster. *Journal of Applied Social Psychology, 27,* 1785-1798.
Sontag, D. (2002). Fierce entanglements. *New York Times Magazine, 62*(84), 52-57.

Sorenson, S. B. y Taylor, C. A. (2003). Personal awareness of domestic violence: Implications for health care. *Journal of the American Women´s Medical Association, 58,* 4-9.

Sorrentino, R., Holmes, J., Hanna, S. y Sharp, A. (1995). Uncertainty Orientation and Trust in Close Relationships: Individual Differences in Cognitive Styles. *Journal of Personality and Social Psychology, 68*(2), 314-327.

Spaccarelli, S. (1994). Stress, appraisal and coping in child sexual abuse: A theoretical and empirical review. *Psychological Bulletin, 116,* 340-362.

Staats, A. W. (1972). Language behavior therapy: A derivative of social behaviorism. *Behavior Therapy, 3,* 165-192.

Staats, A. W. (1996). *Behavior and personality: Psychological behaviorism.* New York: Springer.

Staats, A. W. y Heiby, E. M. (1985). A paradigmatic behavioral theory of depression. En S. Reiss y R. Bootzin (Eds.), *Theoretical issues in behavior therapy.* New York: Academic Press.

Staggs, S., Long, S., Mason, G., Krishnan, S. y Riger, S. (2007). Intimate partner violence, social support and employment in the post-welfare reform era. *Journal of Interpersonal Violence, 2*(3), 345-367.

Stajkovic, A. y Luthans, F. (1998). Self-efficacy and work-related performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 124,* 240-261.

Stanko, Elizabeth A. (1990). *Everyday Violence: How Women and Men Experience Sexual and Physical Danger*. London: Pandora

Stark, E. (2006). *Coercive Control: How Men Entrap Women in Personal Life*. New York: Oxford University Press Inc.

Stark, E. (2007). *Coercive Control: The Entrapment of Women in Personal Life*. New York: Oxford University Press.

Stark, E. y Flitcraft, A. (1988). Violence among victims: An epidemiological review. En A. Van Hasselt, R. Morrison, A. Bellack y M. Hersen (Eds.), *Handbook of Family Violence* (pp. 293-318). New York: Plenum Press.

Stark, E. y Flitcraft, A. (1995). Killing the beast within: Woman battering and female suicidality. *International Journal of Health Services, 25*(1), 43-64.

Stark, E. y Filtcraft, A. (1996). *Women at risk: Domestic violence and women´s health*. Thousand Oaks, CA: Sage.

Steele, C. M. (1998). Stereotyping and its threat are real. *American Psychologist, 53,* 680-681.

Steer, R. A. y Beck, A. T. (2000). The Beck depression inventory II. En W. E. Craighead y C. B. Nemeroff (Eds.), *The Corsini Encyclopedia of Psychology and Behavioral Science* (pp. 178-179). New York, NY: Wiley.

Stein, K. (1982). *Development and validation of a woman´s marital psychological abuse scale*. Hofstra University, NY: Manuscrito no publicado.

Stein, J. A., Burden, L. M. y Nyamathi, A. (2002). Relative contributions of parent substance use and childhood maltreatment to chronic homelessness, depression, and substance abuse problems among homeless women: Mediating roles of self-esteem and abuse in adulthood. *Child Abuse and Neglect, 26,* 1011-1027.

Stein, M. B. y Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders, 66,* 133-138.

Stermac, L., Du Mont, J. y Dunn, S. (1998). Violence in known-assailant sexual assaults. *Journal of Interpersonal Violence, 13,* 398-412.

Stets, J. (1990). Verbal and physical aggression in marriage. *Journal of Marriage and the Family, 52*(2), 501-514.

Stets, J. y Straus, M. (1990). Diferencias por sexo al informar sobre la violencia conyugal y sus consecuencias médicas y psicológicas. En M. Straus y R. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8.145 families* (pp. 151-166). New Brunswick, NJ: Transaction.

Stith, S. y Rosen, K. (1992). Estudio de la violencia doméstica. En S. Stith, M. Williams y K. Rosen (Eds.), *Psicosociología de la Violencia en el Hogar. Estudio, Consecuencias y Tratamientos* (pp. 27-47). Bilbao: Editorial Desclée de Brouwer, S. A.

Stokes, J. (1983). Toward an understanding of cohesion in personal change groups. *International Journal of Group Therapy, 33,* 449-467.

Stopa, L., Thorne, P., Waters, A. y Preston, J. (2001). Are the short and long forms of the Young Schema Questionnaire comparable and how well does each version predict psychopathology scores? *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 15*(3), 253-272.

Straight, E., Harper, F. y Arias, I. (2003). The Impact of Partner Psychological Abuse on Health Behaviors and Health Status in College Women. *Journal of Interpersonal Violence, 18,* 1035-1054.

Straus, M. (1974). Leveling, civility and violence in the family. *Journal of Marriage and the Family, 36,* 13-29.

Straus, M. (1979). Measuring intrafamily conflicy and violence: the Conflict Tactics (CT) Scales. *Journal of Marriage and the Family, 41*(1), 75-88.

Straus, M. (1987). *The Conflict Tactics Scales: An evaluation and new data on validity, reliability, norms and scoring methods.* University of New Hampshire: Manuscrito no publicado.

Straus, M. (1990). The CTS and Its Critics: An Evaluation and New Data on Validity and Reliability. En M. Straus y R. Gelles (Eds.), *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families* (pp. 49-73). New Brunswick, NJ: Transaction Publishers.

Straus, M. (1995). Trends in Cultural Norms and Rates of Partner Violence: An Update to 1992. En S. Stith y M. Straus (Eds.), *Understanding partner violence: prevalence, causes, consequences, and solutions* (pp. 30-33). Minneapolis, MN: National Council on Family Relations.

Straus, M. (1996). Identifying offenders in criminal justice research on domestic assault. En E. Buzawa y C. Buzawa (Eds.), *Do arrest and restraining orders work?* (pp. 14-29). Thousand Oaks, CA: Sage.

Straus, M. (2000). Family Violence. En E. F. Borgatta y R. J. Montgomery. *Encyclopedia of Sociology*. New York: Macmillan publishing.

Straus, M. y Gelles, R. (1986). Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed by two national surveys. *Journal of Marriage and the Family, 48*, 465-479.

Straus, M. y Gelles, R. (1990). *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8.145 families.* New Brunswick, NJ: Transaction Books.

Straus, M., Gelles, R. y Steinmetz, S. (1980). *Behind closed doors: Violence in the American family*. New York: Anchor.

Straus, M., Hamby, S., McCoy, S. y Sugarman, D. (1996). The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2). Development and Preliminary Psychometric Data. *Journal of Family Issues, 17*(3), 283-316.

Straus, M. A. y Smith, C. (1990). Violence in Hispanic Families in the United States: Incidence Rates and Structural Interpretations. En M. A. Straus y R. J. Gelles (Eds.), *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families* (pp. 341-368). New Brunswick, NJ: Transaction.

Street, A. E. y Arias, I. (2001). Psychological abuse and posttraumatic stress disorder in battered women: examining the roles of shame and guilt. *Violence and Victims, 16*(1), 65-78.

Strentz, T. y Auerbach, S. M. (1988). Adjustment to the stress of simulated captivity: Effects of emotion-focused versus problem- focused preparation on hostages differing in locus of control. *Journal of Personality and Social Psychology, 55*(4), 652-660.

Strube, M. J. (1988). The decision to leave an abusive relationship: Empirical evidence and theoretical issues. *Psychological Bulletin, 104*(2), 236-250.

Stuart, E. y Campbell, J. (1989). Assessment of dangerousness with battered women: the danger assessment. *Issues in Mental Health Nursing, 10*(3), 245-260.

Sullivan, C. M. (1991). Battered women as active help-seekers. *Violence Update, 1*(12), 1-10.

Sullivan, C. M. (1997). Societal collusion and culpability in intimate male violence: The impact of community response toward women with abusive partners. En A. P. Cardarelli (Ed.), *Violence between intimate partners: Patterns, causes and effects* (pp. 154-164). Boston: Allyn y Bacon.

Sullivan, C. y Bybee, D. (1999). Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*(1), 43-53.

Sullivan, C., Tan, C., Basta, J., Rumptz, M. y Davidson, W. (1992). An Advocacy Interrvention Program for Women with Abusive Partners: Initial Evaluation. *American Journal of Community Psychology, 20*, 309-332.

Summers, G. y Feldman, S. (1984). Blaming the victim versus blaming the perpetrator: An attributional analysis of spouse abuse. *Journal of Social and Clinical Psychology 2*(4), 339-347.

Surtees, P. G. y Miller, P. M. (1994). Partners in adversity. III: Mood status after the event. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience 243*(66), 311-318.

Sutherland, C. A., Bybee, D. I. y Sullivan, C. M. (2002). Beyond bruises and broken bones: the joint effects of stress and injuries on battered women's health. *American Journal of Community Psychology, 30*, 609-636.

Suzuki, S. (2006). The experiences of adults exposed to intimate partner violence as children: An exploratory qualitative study of resilience and protective factors. *Dissertation Abstracts International: Section B, 66* (7-B), 3959.

Syers-McNairy, M. (1990). *Women who leave violent relationships: Getting on with life.* Unpublished doctoral dissertation, School of Social Work, Universsity of Minnesota, Minneapolis.

Taft A. (2003). *Promoting women's mental health: the challenges of intimate/domestic violence against women.* Sydney: Australian Domestic and Family Violence Clearinghouse.

Taft, C., Resick, P., Panuzio, J., Vogt, D. y Mechanic, M. (2007). Examining the correlates of engagement and disengagement coping among help-seeking battered women. *Violence and Victims, 22*(1), 3-17.

Tan, C., Basta, J., Sullivan, C. y Davidson, W. (1995). The role of social support in the lives of women exiting domestic violence shelters. *Journal of Interpersonal Violence, 10,* 437-451.

Tangney, J. P., Wagner, P. y Gramzow, R. (1992). Proneness to shame, proneness to guilt and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology, 101,* 469-478.

Tardy, Ch. H. (1985). Social support measurement. *American Journal of Community Psychology, 13,* 27-36.

Taylor, S. y Koivumaki, J. (1976). The perception of self and others: acquaintanceship, affect, and actor-observer differences. *Journal of Personality and Social Psychology, 33,* 403-408.

Taylor, W.; Magnussen, L. y Amundson, M. J. (2001). The lived experience of battered women. *Violence Against Women, 7(5),* 563-585.

Teasdale, J. D. (1983). Negative thinking in depression: Cause, effect, or reciprocal relationship? *Advances in Behaviour Research and Therapy, 5*, 3-25.

Testa M. y Livingston, J. A. (2000). Alcohol and sexual aggression: reciprocal relationships over time in a sample of high-risk women. *Journal of Interpersonal Violence 15*(4), 413-427.

Thoits, P. A. (1986). Social support as a coping assistance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54,* 416-423.

Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of health and social behavior (Extra Issue*), 53-79.

Thompson, M., Kaslow, N. y Kingree, J. (2000). Partner violence, social support and distress among innercity African American women. *American Journal of Community Psychology, 28,* 127-144.

Thompson, M. P., Kaslow, N. J., Short, L. M. y Wickoff, S. (2002). The mediating roles of perceived social support and resources in the self-efficacy-suicide attempts relation among African American abused women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(4), 942-949.

Titze, C. (1979). *Induced Abortion, a Population Council Fact Book*. New York.

Tiwari, A., Leung, W., Leung, T., Humphreys, J., Parker, B. y Ho, P. (2005). A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 112*(9), 1249- 1256.

Tjaden, P. (2005). Defining and measuring violence against women: Background, issues, and recommendations. *Statistical Journal of the UN Economic Commission for Europe, 22*(3/4), 217-224.

Tjaden, P. y Thoennes, N. (1998). *Prevalence, incidence and consequences of violence against women: Findings from the National Violence Against Women Survey*. Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs.

Tjaden, P. y Thoennes, N. (2000). Resilience factors associated with female survivors of childhood sexual abuse. *Violence Against Women, 6,* 142-161.

Tollestrup, K., Sklar, D., Frost, F. J., Olson, L., Weybright, J., Sandvig, J. y Larson, M. (1999). Health indicators and intimate partner violence among women who are members of a managed care organization. *Preventive Medicine, 29,* 431-440.

Tolman, R. (1989). The development of a measure of psychological maltreatment of women by their male partners. *Violence and Victims, 4*(3), 159-177.

Tolman, R. y Bennett, L. (1990). A review of quantitative research on men who batter. *Journal of Interpersonal Violence, 5*(1), 87-118.

Tolman, R. M. y Bhosley, G. (1991). The outcome of participation in a shelter-sponsored program for men who batter. En D. Knudsen y L. Miller (Eds.), *Abused and battered: Social and legal responses to family violence* (pp. 113-122). New York: Aldine de Gruyter.

Tolman, R. (1999). The validation of the psychological maltreatment of women inventory. *Violence and Victims, 14*(1), 25-37.

Tolsdorf, C. (1976). Social networks, support and coping: An exploratory study. *Family Process, 15,* 407-417.

Tomasulo, G. y McNamara, J. (2007). The Relationship of Abuse to Women´s Health Status and Health Habits. *Journal of Family Violence, 22*(4), 231-235.

Tonizzo, S., Howells, K., Day, A., Reidpath, D. y Froyland, I. (2000). Attributions of negative partner behavior by men who physically abuse their partners. *Journal of Family Violence, 15,* 155-167.

Tower, M. (2007). Intimate Partner Violence and the Health Care Response: A Postmodern Critique. *Health Care for Women International, 28*(5), 438-452.

Trimpey, M. L. (1989). Self-esteem and anxiety: Key issues in an abused women's support group. *Issues of Mental Health Nursing, 10*(3-4), 297-308.

Tucker, M. B. (1982). Social support and coping: Applications for the study of female drug abuse. *Journal of Social Issues, 38,* 117–136.

Tuel, B. D. y Russell, R. K. (1998). Self-esteem and depression in battered women: Comparison of lesbian and heterosexual survivors. *Violence Against Women, 4,* 344-362.

Tyler, K. A., Hoyt, D. R. y Whitbeck, L. B. (2000). The Effects of Early Sexual Abuse on Later Sexual Victimization Among Homeless and Runaway Adolescents. *Journal of Interpersonal* Violence, *15*, 233-248.

Umberson, D., Anderson, K., Glick, J. y Shapiro, A. (1998). Domestic violence, personal control and gender. *Journal of Marriage and the Family, 60*, 442-452.

Valente, R. L., Hart, B. J., Zeya, S. y Malefyt, M. (2001). The Violence Against Women Act: The Commitment to Ending Domestic Violence Violence, Sexual Assault, Stalking and Gender-based Crimes of Violence. En C. M. Renzetti, J. L. Edleson y R. K. Bergen (Eds.), *Sourcebook on Violence Against Women* (pp.279-301). Thousand Oaks, CA: Sage.

Valentiner, D. P., Holahan, C. J. y Moos, R. H. (1994). Social support, appraisals of event controllability and coping: An integrative model. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*, 1094-1102.

Vara, A. (2006). *Mitos y verdades sobre la violencia familiar; hacia una delimitación teórica conceptual basada en evidencia*. Lima: Asociación por la Defensa de las Minorías (ADM).

Varela, N. (2002). *Íbamos a Ser Reinas.* Barcelona: Ediciones B, S. A.

Vaux, A. y Ahanassopulou, M. (1987). Social support appraisal and network resources. *American Journal of Community Psychology, 15*, 153-166.

Vaux, A., Phillips, J. y Holly, L. (1986). Social support appraisal scale: Studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology, 14*(2), 195-219.

Vázquez, B. (1999). Evaluación psicológica de la mujer maltratada. *Clínica y Salud, 10(3)*, 377-391.

Vázquez Mezquita, B. (1999). *El perfil psicológico de la mujer maltratada. Violencia fisica y psíquica en el ámbito familiar*. Madrid: Ministerio de Justicia.

Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud, 8*(3), 403-422.

Vázquez, C. 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.

Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999a). *Violencia Doméstica: Su Impacto en la Salud Física y Mental de las Mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.

Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999b). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual, 7*(3), 431-458.

Villavicencio, P., Sebastian, L. y Ruiz. M. (1994). *Post-traumatic stress disorder and battered women*. International Conference of Violence in the Family, Amsterdam (paper).

Vitaliano, P. P., DeWolfe, D. J., Maiuro, R. D., Russo, J. y Katon, W. (1990). Appraised changeability of a stressor as a modifier of the relationship between coping and depression: A test of the hypothesis of fit. *Journal of Personality and Social Psychology, 59*, 582-592.

Vitaliano, P. P., Russo, J., Weber, L. y Celum, C. (1993). The dimesions of stress scale: Psychometric properties. *Journal of Applied Social Psychology, 23*, 1847-1878.

Vitanza, S., Vogel, L. y Marshall, L. (1995). Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women. *Violence and Victims, 1*, 23-34.

Waalen J, Goodwin, M. M., Spitz, A. M., Petersen, R. y Saltzman, L. E. (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. *Am J Prev Med, 19*(4), 230-237.

Walby, S. (2005). Improving the statistics on violence against women. *Statistical Journal of the UN Economic Commission for Europe, 22*(3/4), 193-216.

Walby, S. y Allen, J. (2004). *Domestic violence, sexual assault and stalking: finding from the British Crime Survey*. London: Home Office Research, Development and Statistics Directorate.

Walby, S. y Myhill, A. (2001). Assessing and managing risk. En J. Taylor-Browne. *What Works in Reducing Domestic Violence? A Comprehensive Guide for Professionals*. London: Whiting Birch.

Waldrop, A. y Resick, P. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence, 19*(5), 291-302.

Walker, E. A., Gelfand, A. N., Gelfand, M. D., Koss, M. P. y Katon, W. J. (1995). Medical and psychiatric symptoms in female gastroenterology clinic patients with histories of sexual victimization. *GeneralHospital Psychiatry, 17*, 85-92.

Walker, L. E. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper and Row.

Walker, L. E. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer.

Walker, L. E. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist, 44(4)*, 695-702.

Walker, L. E. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy, 28*, 21-29.

Walker, L. E. (1993). Legal self-defense for battered women. En M. Hansen (Ed.), *Battering and Family Therapy: A Feminist Perspective* (pp. 200-216). Newbury Park, CA: Sage.

Walker, L. E. (1995). Current perspectives on men who batter women - implications for intervention and treatment to stop violence against women: comment on Gottman et al. (1995). *Journal of Family Psychology*, *9*(3), 264-271.

Walker, L. E. (1999a). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist, 54*(1), 21-29.

Walker, L. E. (1999b). Terapia para sobrevivientes con mujeres golpeadas. *Revista Argentina de Psicología Clínica, 8(3),* 201-210.

Walton-Moss, B. J., Manganello, J., Frye, V. y Campbell, J. C. (2005). 10-11 Risk factors for intimate partner violence and associated injury among urban women. *Journal of Community Health, 30*(5), 377-389.

Warren, J. (1992). Sex role beliefs, control, and social isolation of battered women. *Journal of Family Violence, 7*(1), 1-8.

Warren, J. y Lanning, W. (1992). Sex role beliefs, control, and social isolation of battered women. *Journal of Family Violence, 7*, 1-8.

Warshaw, C. (1993). Domestic Violence Challenges to Medical Practice. *Journal of Women's Health, 2*(1), 73-80.

Wasserstein, S. B. y La Greca, A. M. (1996). Can peer support buffer against behavioral consequences of mental discord? *Journal of Clinical Child Psychology, 25,* 177-182.

Watson, D. y Clark, L. (1984). Negative affectivity: The disposition to experience aversive emotional states. *Psychological Bulletin, 96,* 465-490.

Watts, C. y Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *Lancet, 359*, 1232-1237.

Weaver, T. L. y Etzel, J. C. (2003). Smoking patterns, symptoms of PTSD and depression: Preliminary findings from a sample of severely battered women. *Addictive Behaviors, 28,* 1665-1679.

Weiner, B., Graham, S. y Chandler, C. (1982). Pity, anger, and guilt: An attributional analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin, 8*(2), 226-232.

Weinstein, N. (1983). Unrealistic optimism about future life events. *Journal of Personality and Social Psychology, 39,* 441-460

Weiss, R. (1980). Strategic behavioral marital therapy: Toward a model for assessment and intervention. En J. Vincent (Ed.), *Advances in family intervention, assessment and theory*. Greenwich, CT: JAI Press.

Weiss, R. y Heyman, R. (1990). Observation of marital interaction. En F. Fincham y T. Bradbury (Eds.), *The psychology of marriage* (pp.87-117). New York: Guilford.

Weitlauf, J. C., Cervone, D., Smith, R. E. y Wright, P. M. (2001). Assessing generalization in perceived sef-efficacy: Multidomain and global assessments of the effects of self-defense training for women. *Personality and Social Psychology Bulletin, 27*(12), 1683-1691.

Weitlauf, J., Smith, R. y Cervone, D. (2000). Generalization effects of coping-skills training: influence of self-defense training on women´s efficacy beliefs, assertiveness and aggression. *Journal of Applied Psychology, 85*(4), 625-633.

Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. y Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire-Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research, 26*(4), 519-530.

West, C. M., Kaufman, G., Kantor y Jasinski, J. L. (1998). Sociodemographic predictors and cultural barriers to help-seeking behavior by Latina and Anglo American battered women. *Violence and Victims, 13*(4), 361-375.

Westbrook, V. (1999). Survey of type and frequency of abuse and the psychological dimensions of self-esteem, depression, and self-blame among abused women in southeastern Louisiana. *Dissertation Abstracts International: Section B, 60*(40-B), 1537.

Wiemann, C., Agurcia, C., Berenson, A., Volk, R. y Rickert, V. (2000). Pregnant adolescents: Experiences and behaviors associated with physical assault by an intimate partner. *Maternal and Child Health Journal, 4*(2), 93-101.

Wilkes, T. C. R., Belsher, G., Rush, J. y Frank, E. (1994). *Cognitive Therapy for Depressed Adolescents*. New York: The Guilford Press.

Williams, S. y Cervone, D. (1998). Social cognitive theories of personality. En D. Farone, M. Hersen y Van Hassett (Eds.), *Advanced personality. The Plenum series in social and clinical psychology* (pp. 173-207). New York: Plenum Press.

Williams, N. L., Riskind, J. H. y Long, D. G. (2000). *A cognitive paradigm for dynamic coping and looming vulnerability*. Manuscrito no publicado.

Wills, F. y Sanders, D. J. (1997). *Cognitive Therapy: Transforming the Image*. Thousand Oaks, CA: Sage publications.

Wilson, K., Silberberg, M., Brown, A. y Yaggy, S. (2007). Health Needs and Barriers to Healthcare of Women Who Have Experienced Intimate Partner Violence. *Journal of Women´s Health, 16*(10), 1485-1498.

Winemuller, D. R., Mitchell, M. E., Sutliff, J. y Cline, D. J. (1993). Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Journall of Clinical Psychology, 49,* 638-648.

Wingfield, A. (1997). Automatic thought and locus of control of battered women. *Dissertation Abstracts International: Section B, 57*(11-B), 7241.

Winkel, F. y Vrij, A. (1993). Crime victims´attributional activities and differential psychological responding to victimization: The influence of behavior, character and external explanations. *Issues of Criminology and Legal Psychology, 20,* 58-69.

Wolf-Smith, J. H. y LaRossa, R. (1992). After he hits her. *Family Relations, 41*(3), 324-329.

Wolfe, J. y Kimerling, R. (1997). Gender issues in the assessment of PTSD. En J. Wilson y T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD* (pp. 192-238). New York: Guilford.

Woods, S. J. (2000). Prevalence and patterns of posttraumatic stress disorder in abused and postabused women. *Issues in Mental Health Nursing, 21*(3), 309-324.

Woods, S. J. y Campbell, J. C. (1993). Posttraumatic stress in battered women: does the diagnosis fit? *Issues in mental health nursing, 14*(2), 173-86.

Wu, E., El-Bassel, N., Witte, S. S., Gilbert, L. y Chang, M. (2003). Intimate partner violence and HIV risk among urban minority women in primary health care settings. *AIDS Behavior, 7,* 291.

Wurtzel, E. (1999) *Prozac Nation: Young and Depressed in America*. London: Quartet Book

Yesmont, G. y Hofstra, U. (1992). The relationship of assertiveness to collage students´safer sex behaviours. *Adolescence, 27*(106), 253-272.

Yllo, K. (1993). Through a feminist lens: Gender, power and violence. En R. Gelles y D. Loseke (Eds.), *Current Controversies on Family Violence* (pp. 47-62). Newberry Park, CA: Sage.

Yllo, K. y Straus, M. A. (1981). Interpersonal Violence Among Married and Cohabiting Couples. *Family Relations, 30,* 334-347.

Yoder, J., Perry, R. y Saal, E. (2007). What good is a feminist identity?: Women´s feminist identification and role expectations for intimate and sexual relationships. *Sex Roles, 57*(5-6), 365-372.

Yoshihama, M. (2002). Breaking the web of abuse and silence: voices of battered women in Japan. *Social Work, 47*(4), 389-400.

Yoshioka, M. R., Gilbert, L., El-Bassel, N. y Baig-Amin, M. (2003). Social Support and Disclosure of Abuse: Comparing South Asian, African American, and Hispanic Battered Women. *Journal of Family Violence, 18*(3), 171-180.

Young, J, Klosko, J. y Weishaar, M. (2003). Schema Therapy: Conceptual Model. En J. E. Young, J. Klosko y M. E. Weishaar (Eds.), *Schema Therapy: A Practitioner´s Guide.* New York: Guilford Publications.

Young, J. (1994). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach (2nd edition).* Sarasota, FL: Professional Resources Press.

Young, J. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach (3rd edition).* Sarasota, FL: Professional Resources Press.

Young, J. E. y Brown, G. (1994). *Young Schemas Questionnaire – S1.* New York, NY: Cognitive Therapy Center.

Young, S. (1995). Battered women and their perceptions of control. *Dissertation Abstracts International: Section B, 56*(3-B), 1715.

Ystgaard, M., Tambs, K. y Dalgard, O. S. (1999). Life stress, social support and psychological distress in late adolescence: a longitudinal study. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 34*(11), 12-19.

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G. y Farley, G. K. (1988). The Multidimentional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 52,* 30-41.

Zimet, G. D., Powell, S. S., Farley, G. K., Werkman, S. y Berkoff, K. A. (1990). Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment, 55*(3-4), 610-617.

Zlotnick, C., Johnson, D. M. y Kohn, R. (2006). Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *Journal of Interpersonal Violence, 21*(2), 262-275.

Zlotnick, C., Kohn, R., Peterson, J. y Pearlstein, T. (1998). Partner physical victimization in a national sample of American families. *Journal of Interpersonal Violence, 13,* 156-166.

Zubizarreta, I; Sarasua, B.; Echeburúa, E.; Corral, P.; Sauca, D. y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa, *Personalidades Violentas* (pp. 129-152). Madrid: Pirámide.

Zuckerman, A. A. S. (1989). *Criminal evidence*. New York: Oxford University Press.

Zust, B. (2000). Effect of cognitive therapy on depression in rural, battered women. *Archives of Psychiatric Nursing, 14*(2), 51-63.

Zust, B. (2006). Meaning of Insight Participation among Women who have experienced Intimate Partner Violence. *Issues in Mental Health Nursing, 27*(7), 775-793.

ANEXOS

ANEXO 1

Batería de pruebas del primer estudio empírico

Por favor, indícanos los siguientes datos:

Edad:.....
Estado Civil:
Soltera ..... Casada..... Pareja de Hecho..... Separada.....
Divorciada ..... Viuda.....

La mayoría de estas cosas suceden en todas las relaciones. Éstas son cosas que tu pareja puede hacer de una manera cariñosa, bromeando o de forma seria. Elige un número de la escala siguiente para mostrar con qué frecuencia tu pareja hace cada cosa.

0 = Nunca
1 = Raras veces
2 = Algunas veces
3 = Bastantes veces
4 = Muchas veces
5 = Prácticamente siempre

Con qué frecuencia, de manera cariñosa, bromeando o de forma seria, tu pareja.....

1. Juega con tus sentimientos.	0	1	2	3	4	5
2. Hace o dice algo que hace que le des vueltas a la cabeza.	0	1	2	3	4	5
3. Actúa como si supiera lo que has estado haciendo cuando él no estaba presente.	0	1	2	3	4	5
4. Te culpa cuando se siente enfadado o molesto.	0	1	2	3	4	5
5. Cambia de opinión pero no te lo dice hasta que es demasiado tarde.	0	1	2	3	4	5
6. Te desanima para que no tengas aficiones que él no comparte	0	1	2	3	4	5
7. Hace o dice algo que hiere el respeto por ti misma o tu orgullo propio.	0	1	2	3	4	5
8. Te anima a hacer algo y después dificulta de algún modo que puedas llevarlo a cabo.	0	1	2	3	4	5
9. Desprecia, encuentra fallos o critica algo que te gustaba o con lo que te sentías bien.	0	1	2	3	4	5
10. Cuando tú estás disgustada y le dices cómo te sientes él se disgusta más que tú.	0	1	2	3	4	5
11. Te hace sentir mal por haber hecho algo que no quería que hicieras.	0	1	2	3	4	5
12. Te hace sentir que nada de lo que tú digas le afectará.	0	1	2	3	4	5
13. Te hace elegir entre algo que quiere y algo que tú quieres o necesitas.	0	1	2	3	4	5

0 = Nunca **1** = Raras veces **2** = Algunas veces	**3** = Bastantes veces **4** = Muchas veces **5** = Prácticamente siempre

14. Dice o hace algo que te hace sentir poco querida o indigna de ser querida.	0	1	2	3	4	5
15. Te hace cuestionarte si podrías cuidar de ti misma.	0	1	2	3	4	5
16. Te hace sentirte culpable por algo que has hecho o que no has hecho.	0	1	2	3	4	5
17. Utiliza contra ti cosas que tú habías dicho, como, por ejemplo, si dices que te equivocaste, más tarde usa eso en tu contra.	0	1	2	3	4	5
18. Hace que te preocupes por tu salud emocional y tu bienestar.	0	1	2	3	4	5
19. Te hace sentir que eres tú la que tienes que arreglar algo que él hizo y salió mal.	0	1	2	3	4	5
20. Pone sus intereses por encima de los tuyos y parece no preocuparse por lo que tú quieres.	0	1	2	3	4	5
21. Hace que te cuestiones a ti misma, haciéndote sentir insegura o con menos confianza en ti misma.	0	1	2	3	4	5
22. Te recuerda situaciones en las que él tenía razón y tú estabas equivocada.	0	1	2	3	4	5
23. Dice que lo que hace, aunque a ti te hiere, es bueno para ti o hará que seas mejor persona.	0	1	2	3	4	5
24. Dice algo que te hace plantearte si te estarás volviendo loca.	0	1	2	3	4	5
25. Actúa como si te poseyera.	0	1	2	3	4	5
26. De algún modo hace que te preocupes o que tengas miedo, aunque no sepas muy bien por qué.	0	1	2	3	4	5
27. De algún modo dificulta que vayas a algún sitio o que hables con alguien.	0	1	2	3	4	5
28. De algún modo impide que tengas tiempo para ti.	0	1	2	3	4	5
29. Actúa como si reaccionaras exageradamente o te disgustaras demasiado.	0	1	2	3	4	5
30. Se molesta porque hiciste algo que él no sabía que ibas a hacer.	0	1	2	3	4	5
31. Te dice que los problemas en vuestra relación son culpa tuya.	0	1	2	3	4	5
32. Te interrumpe o te distrae cuando estás haciendo algo importante.	0	1	2	3	4	5
33. Te culpa de sus problemas.	0	1	2	3	4	5
34. Intenta impedir que expreses lo que sientes.	0	1	2	3	4	5
35. Intenta impedir que hagas algo que quieres o que tienes que hacer.	0	1	2	3	4	5
36. Intenta convencerte de que algo es como él decía aunque sabes que no es cierto.	0	1	2	3	4	5

No importa lo bien que se lleve una pareja, hay veces que no están de acuerdo, se molestan con la otra persona, cada uno quiere cosas diferentes o tienen riñas o peleas, ya sea porque están de mal humor, cansados, o por otros motivos. Las parejas también tratan de resolver estas diferencias de distintas maneras. Ésta es una lista de cosas que tú y tu pareja puede que hagáis cuando tenéis diferencias. Por favor, rodea con un círculo cuántas veces tú y tu pareja habéis hecho algunas de estas cosas en los últimos doce meses. Si no habéis hecho ninguna de estas cosas durante los últimos doce meses, pero ha sucedido alguna vez antes, rodea con un círculo el "7".

¿Cuántas veces ocurrió?

1 = Una vez el año pasado.
2 = Dos veces el año pasado.
3 = De 3 a 5 veces el año pasado.
4 = De 6 a 10 veces el año pasado.
5 = De 11 a 20 veces el año pasado.
6 = Más de 20 veces el año pasado.
7 = Nunca el año pasado, pero sucedió antes.
0 = No ha pasado antes.

1. Mi pareja me dijo una palabrota.	1 2 3 4 5 6 7 0
2. Mi pareja me gritó o chilló.	1 2 3 4 5 6 7 0
3. Mi pareja se fue furioso de la habitación, la casa o el patio durante una riña.	1 2 3 4 5 6 7 0
4. Mi pareja hizo algo para fastidiarme.	1 2 3 4 5 6 7 0
5. Mi pareja me insultó llamándome, por ejemplo, gorda o fea.	1 2 3 4 5 6 7 0
6. Mi pareja destrozó algo que me pertenecía.	1 2 3 4 5 6 7 0
7. Mi pareja me acusó de ser una amante pésima.	1 2 3 4 5 6 7 0
8. Mi pareja me amenazó con darme un golpe o arrojarme algo.	1 2 3 4 5 6 7 0
9. Mi pareja controló lo que yo podía y no podía hacer.	1 2 3 4 5 6 7 0
10. Mi pareja me ocultó información.	1 2 3 4 5 6 7 0
11. Mi pareja se enfadó porque no estaba de acuerdo con él.	1 2 3 4 5 6 7 0
12. Mi pareja hizo algo deliberadamente para hacerme sentirme mal (menos inteligente, menos atractiva)	1 2 3 4 5 6 7 0
13. Mi pareja hizo algo deliberadamente para avergonzarme.	1 2 3 4 5 6 7 0
14. Mi pareja usó mi dinero.	1 2 3 4 5 6 7 0
15. Mi pareja se aprovechó de mí.	1 2 3 4 5 6 7 0
16. Mi pareja hizo caso omiso a lo que yo quería.	1 2 3 4 5 6 7 0
17. Mi pareja me aisló de mis familiares y amigos/as.	1 2 3 4 5 6 7 0
18. Mi pareja me prohibió el acceso al teléfono o al transporte.	1 2 3 4 5 6 7 0
19. Mi pareja me implicó en actividades ilegales.	1 2 3 4 5 6 7 0
20. Mi pareja utilizó a mis hijos/as para controlarme.	1 2 3 4 5 6 7 0
21. Mi pareja me amenazó con la pérdida de la custodia de mis hijos/as.	1 2 3 4 5 6 7 0
22. Mi pareja me negó el acceso al dinero u otros recursos básicos.	1 2 3 4 5 6 7 0
23. Mi pareja reveló información para desacreditarme.	1 2 3 4 5 6 7 0

Por favor contesta a los siguientes ítems rodeando con un círculo la respuesta que consideres adecuada.

Respuestas
1= Muy en desacuerdo
2= En desacuerdo
3= De acuerdo
4= Muy de acuerdo

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.	1	2	3	4
2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy una fracasada.	1	2	3	4
3. Creo que tengo varias cualidades buenas.	1	2	3	4
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.	1	2	3	4
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.	1	2	3	4
6. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.	1	2	3	4
7. En general, estoy satisfecha conmigo misma.	1	2	3	4
8. Desearía valorarme más a mí misma.	1	2	3	4
9. A veces me siento verdaderamente inútil.	1	2	3	4
10. A veces pienso que no sirvo para nada.	1	2	3	4

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACIÓN

ANEXO 2

Cuestionario del segundo estudio empírico

INFORMACIÓN SOBRE ESTE ESTUDIO

Este cuadernillo contiene una serie de tests psicológicos con los que nos gustaría conocer un poco mejor las experiencias y problemas que experimentamos muchas mujeres en nuestra sociedad. Los tests incluidos evalúan algunas dificultades psicológicas por las que en ocasiones pasamos en la vida. También estudian nuestra forma de pensar y sentir y posibles problemas que hemos podido experimentar en nuestras relaciones de pareja (conflictos, agresiones, discusiones, etc.)

Contestar a estos cuestionarios puede resultarte aburrido, o puede hacerte recordar experiencias dolorosas actuales o del pasado. Por lo tanto, valoramos y apreciamos el esfuerzo que supone hacerlo. Queremos animarte a contestar este cuadernillo porque creemos que las respuestas de muchas mujeres como tú servirán para conocer mejor algunos aspectos de nuestra salud y para desarrollar programas preventivos que ayuden a otras mujeres que puedan pasar por tu misma situación. Entendemos que la información contenida en este cuadernillo es absolutamente CONFIDENCIAL. No revelaremos ningún dato personal y tus respuestas no se utilizarán para ningún fin más allá de esta investigación.

Te agradecemos sinceramente tu colaboración en este estudio.

Por favor, indícanos los siguientes datos:

Edad: ___
Estado civil: Soltera __ Casada __ Pareja de Hecho __ Separada __
Viuda __ Divorciada __
Estudios: Sin estudios __ Estudios Primarios __ Bachillerato __ FP __
Estudios Universitarios __
Ocupación: Trabajo en casa __ Trabajo fuera de casa __ En paro __ Estudiante __
Si trabajas fuera de casa, indícanos cuál es tu profesión: _____
Número de Hijos: ___
¿Cuánto ha durado tu relación de pareja?: _____
¿Durante cuánto tiempo has sufrido comportamientos abusivos por parte de tu pareja?: _____
¿Tus hijos han sido también víctimas de comportamientos abusivos?: Si__ No __
Actualmente: Convivo con mi pareja __
No convivo con mi pareja pero mantengo una relación con ella __
No convivo con mi pareja y he roto mi relación con ella __
En el caso de que hayas roto la relación con tu pareja, ¿cuánto tiempo ha transcurrido desde dicha ruptura? Menos de 1 mes __ Entre 1 y 6 meses __
Entre 6 meses y 1 año __ Más de 1 año __
¿Has intentado separarte o romper con tu pareja en ocasiones anteriores?: Si__ No__
¿Has denunciado el maltrato al que te ha sometido tu pareja?: Si __ No __
¿Lo habías denunciado ya con anterioridad?: Si__ No__
¿Qué pasó con esas denuncias?: Las retiré__ Se tramitaron__ Continúan en trámite__
¿Has sido víctima de comportamientos abusivos con anterioridad a esta relación?:
No__ Si, en otras relaciones de pareja__ Si, en mi familia de origen__
¿Consumes habitualmente alcohol u otro tipo de sustancias?: Si__ No__

PRIMERA PARTE

A continuación, te presentamos 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lee con atención cada uno de ellos y, a continuación, señala cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que te has sentido **durante las dos últimas semanas, incluyendo el día de hoy.**

1. Tristeza

A No me siento triste habitualmente.
B Me siento triste gran parte del tiempo.
C Me siento triste continuamente.
D Me siento tan triste o tan desgraciado/a que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

A No estoy desanimado/a sobre mi futuro.
B Me siento más desanimado/a sobre mi futuro que antes.
C No espero que las cosas mejoren.
D Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.

3. Sentimientos de Fracaso

A No me siento fracasado/a.
B He fracasado más de lo que debería.
C Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.
D Me siento una persona totalmente fracasada.

4. Pérdida de Placer

A Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes.
B No disfruto de las cosas tanto como antes.
C Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.
D No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.

5. Sentimientos de Culpa

A No me siento especialmente culpable.
B Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.
C Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
D Me siento culpable constantemente

6. Sentimientos de castigo

A No siento que esté siendo castigado/a.
B Siento que puedo ser castigado/a.
C Espero ser castigado/a.
D Siento que estoy siendo castigado/a.

7. Insatisfacción con uno mismo.

A Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.
B He perdido confianza en mí mismo.
C Estoy decepcionado/a conmigo mismo.
D No me gusto.

8. Autocríticas

A No me critico o me culpo más que antes.
B Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.
C Critico todos mis defectos.
D Me culpo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos de Suicidio

A No tengo ningún pensamiento de suicidio.
B Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.
C Me gustaría suicidarme.
D Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10. Llanto

A No lloro más de lo que solía hacerlo.
B Lloro más de lo que solía hacerlo.
C Lloro por cualquier cosa.
D Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.

11. Agitación

A No estoy más inquieto/a o agitado/a que de costumbre.
B Me siento más inquieto/a o agitado/a que de costumbre.
C Estoy tan inquieto/a o agitado/a que me cuesta estarme quieto.
D Estoy tan inquieto/a o agitado/a que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo

12. Pérdida de Interés

A No he perdido el interés por otras personas o actividades.
B Estoy menos interesado/a que antes por otras personas o actividades.
C He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
D Me resulta difícil interesarme en algo.

13. Indecisión

A Tomo decisiones más o menos como siempre.
B Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
C Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
D Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Inutilidad

A No me siento inútil.
B No me considero tan valioso/a y útil como solía ser.
C Me siento inútil en comparación con otras personas.
D Me siento completamente inútil.

15. Pérdida de Energía

A Tengo tanta energía como siempre.
B Tengo menos energía de la que solía tener.
C No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
D No tengo suficiente energía para hacer nada.

16. Cambios en el Patrón de Sueño.

A No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.
B1 Duermo algo más de lo habitual.
B2 Duermo algo menos de lo habitual.
C1 Duermo mucho más de lo habitual.
C2 Duermo mucho menos de lo habitual.
D1 Duermo la mayor parte del día.
D2 Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

A No estoy más irritable de lo habitual.
B Estoy más irritable de lo habitual.
C Estoy mucho más irritable de lo habitual.
D Estoy irritable continuamente.

18. Cambios en el Apetito

A No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
B1 Mi apetito es algo menor de lo habitual.
B2 Mi apetito es algo mayor de lo habitual.
C1 Mi apetito es mucho menor que antes.
C2 Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.
D1 He perdido completamente el apetito.
D2 Tengo ganas de comer continuamente.

19. Dificultad de Concentración

A Puedo concentrarme tan bien como siempre.
B No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
C Me cuesta mantenerme concentrado/a en algo durante mucho tiempo.
D No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga	**21. Pérdida de Interés en el Sexo**
A No estoy más cansado/a o fatigado/a que de costumbre. B Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. C Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer muchas cosas que antes solía hacer. D Estoy demasiado cansado/a o fatigado/a para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.	A No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. B Estoy menos interesado/a por el sexo de lo que solía estar. C Estoy mucho menos interesado/a por el sexo ahora. D He perdido completamente el interés por el sexo.

Lee atentamente la lista que te presentamos. Son problemas y molestias que casi todo el mundo sufre alguna vez. Piensa si te han pasado **en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.**

0 = En absoluto presente
1 = Un poco presente
2 = Moderadamente presente
3 = Bastante presente
4 = Extremadamente presente

1. Nerviosismo o agitación interior.	0	1	2	3	4
2. Temblores.	0	1	2	3	4
3. Tener miedo de repente y sin razón.	0	1	2	3	4
4. Sentirme temerosa.	0	1	2	3	4
5. Que mi corazón palpite o vaya muy deprisa.	0	1	2	3	4
6. Sentirme tensa o con los nervios de punta.	0	1	2	3	4
7. Ataques de terror o pánico.	0	1	2	3	4
8. Sentirme tan inquieta que no puedo no estar sentada tranquila.	0	1	2	3	4
9. Presentimientos de que va a pasar algo malo.	0	1	2	3	4
10. Pensamientos o imágenes estremecedoras que me dan miedo.	0	1	2	3	4

SEGUNDA PARTE

No importa lo bien que se lleve una pareja, hay veces que no están de acuerdo, se molestan con la otra persona, cada uno quiere cosas diferentes o tienen riñas o peleas, ya sea porque están de mal humor, cansados, o por otros motivos. Las parejas también tratan de resolver estas diferencias de distintas maneras. Ésta es una lista de cosas que tu pareja puede que haga cuando tenéis diferencias. Por favor, rodea con un círculo cuántas veces tu pareja ha hecho algunas de estas cosas en los últimos doce meses. Si no ha hecho ninguna de estas cosas durante los últimos doce meses, pero ha sucedido alguna vez antes, rodea con un círculo el "7".

¿Cuántas veces ocurrió?

1 = Una vez el año pasado.
2 = Dos veces el año pasado.
3 = De 3 a 5 veces el año pasado.
4 = De 6 a 10 veces el año pasado.
5 = De 11 a 20 veces el año pasado.
6 = Más de 20 veces el año pasado.
7 = Nunca el año pasado, pero sucedió antes.
0 = No ha pasado antes.

1. Mi pareja me dijo una palabrota.	1 2 3 4 5 6 7 0
2. Mi pareja me tiró algo que pudo hacerme daño.	1 2 3 4 5 6 7 0
3. Mi pareja me retorció el brazo o me tiró de los pelos.	1 2 3 4 5 6 7 0
4. Mi pareja me obligó a tener relaciones sexuales sin preservativo.	1 2 3 4 5 6 7 0
5. Mi pareja me dio un empujón.	1 2 3 4 5 6 7 0
6. Mi pareja usó la fuerza (golpeándome, sujetándome o usando un arma) para obligarme a tener sexo oral o anal.	1 2 3 4 5 6 7 0
7. Mi pareja usó un cuchillo o un arma de fuego contra mi.	1 2 3 4 5 6 7 0
8. Mi pareja me insultó llamándome, por ejemplo, gorda o fea.	1 2 3 4 5 6 7 0
9. Mi pareja me dio un puñetazo o me golpeó con algo que pudo hacerme daño.	1 2 3 4 5 6 7 0
10. Mi pareja destrozó algo que me pertenecía.	1 2 3 4 5 6 7 0
11. Mi pareja me agarró por el cuello como para estrangularme.	1 2 3 4 5 6 7 0
12. Mi pareja me gritó o chilló.	1 2 3 4 5 6 7 0
13. Mi pareja me lanzó contra una pared.	1 2 3 4 5 6 7 0
14. Mi pareja me dio una paliza.	1 2 3 4 5 6 7 0
15. Mi pareja me agarró con fuerza.	1 2 3 4 5 6 7 0
16. Mi pareja usó la fuerza (golpeándome, sujetándome o usando un arma) para obligarme a tener relaciones sexuales.	1 2 3 4 5 6 7 0
17. Mi pareja se fue furioso de la habitación, la casa o el patio durante una riña.	1 2 3 4 5 6 7 0
18. Mi pareja insistió en tener relaciones sexuales aunque yo no quería (pero no usó la fuerza física)	1 2 3 4 5 6 7 0
19. Mi pareja me dio una bofetada.	1 2 3 4 5 6 7 0
20. Mi pareja usó amenazas para hacerme tener sexo oral o anal.	1 2 3 4 5 6 7 0
21. Mi pareja me provocó quemaduras o me arrojó un líquido hirviendo.	1 2 3 4 5 6 7 0
22. Mi pareja insistió en tener sexo oral o anal (pero sin usar la fuerza)	1 2 3 4 5 6 7 0

1 = Una vez el año pasado. 2 = Dos veces el año pasado. 3 = De 3 a 5 veces el año pasado. 4 = De 6 a 10 veces el año pasado	5 = De 11 a 20 veces el año pasado. 6 = Más de 20 veces el año pasado. 7 = Nunca el año pasado, pero sucedió antes. 0 = No ha pasado antes.
23. Mi pareja me acusó de ser una amante pésima.	1 2 3 4 5 6 7 0
24. Mi pareja hizo algo para fastidiarme.	1 2 3 4 5 6 7 0
25 Mi pareja me amenazó con darme un golpe o arrojarme algo.	1 2 3 4 5 6 7 0
26. Mi pareja me dio una patada.	1 2 3 4 5 6 7 0
27. Usó amenazas para hacerme tener relaciones sexuales.	1 2 3 4 5 6 7 0
28. Mi pareja controló lo que yo podía y no podía hacer.	1 2 3 4 5 6 7 0
29. Mi pareja me ocultó información.	1 2 3 4 5 6 7 0
30. Mi pareja se enfadó porque no estaba de acuerdo con él.	1 2 3 4 5 6 7 0
31. Mi pareja hizo algo deliberadamente para hacerme sentir mal (menos inteligente, menos atractiva)	1 2 3 4 5 6 7 0
32. Mi pareja hizo algo deliberadamente para avergonzarme.	1 2 3 4 5 6 7 0
33. Mi pareja usó mi dinero.	1 2 3 4 5 6 7 0
34. Mi pareja se aprovechó de mí.	1 2 3 4 5 6 7 0
35. Mi pareja hizo caso omiso a lo que yo quería.	1 2 3 4 5 6 7 0
36. Mi pareja me aisló de mis familiares y amigos/as.	1 2 3 4 5 6 7 0
37. Mi pareja me prohibió el acceso al teléfono o al transporte.	1 2 3 4 5 6 7 0
38. Mi pareja me implicó en actividades ilegales.	1 2 3 4 5 6 7 0
29. Mi pareja utilizó a mis hijos/as para controlarme.	1 2 3 4 5 6 7 0
30. Mi pareja me amenazó con la pérdida de la custodia de mis hijos/as.	1 2 3 4 5 6 7 0
31. Mi pareja me negó el acceso al dinero u otros recursos básicos.	1 2 3 4 5 6 7 0
32. Mi pareja reveló información para desacreditarme.	1 2 3 4 5 6 7 0

La mayoría de las cosas que se describen a continuación suceden en todas las relaciones. Éstas son cosas que tu pareja puede hacer de una manera cariñosa, bromeando o de forma seria. Elige un número de la escala siguiente para mostrar con qué frecuencia tu pareja hace cada cosa.

0 = Nunca	**3** = Bastantes veces
1 = Raras veces	**4** = Muchas veces
2 = Algunas veces	**5** = Prácticamente siempre

Con qué frecuencia, de manera cariñosa, bromeando o de forma seria, tu pareja.....

1. Juega con tus sentimientos.	0	1	2	3	4	5
2. Hace o dice algo que hace que le des vueltas a la cabeza.	0	1	2	3	4	5
3. Actúa como si supiera lo que has estado haciendo cuando él no estaba presente.	0	1	2	3	4	5
4. Te culpa cuando se siente enfadado o molesto.	0	1	2	3	4	5

5. Cambia de opinión pero no te lo dice hasta que es demasiado tarde.	0	1	2	3	4	5
6. Te desanima para que no tengas aficiones que él no comparte.	0	1	2	3	4	5
7. Hace o dice algo que hiere el respeto por ti misma o tu orgullo propio.	0	1	2	3	4	5
8. Te anima a hacer algo y después dificulta de algún modo que puedas llevarlo a cabo.	0	1	2	3	4	5
9. Desprecia, encuentra fallos o critica algo que te gustaba o con lo que te sentías bien.	0	1	2	3	4	5
10. Te hace sentir mal por haber hecho algo que no quería que hicieras.	0	1	2	3	4	5
11. Te hace sentir que nada de lo que tú digas le afectará.	0	1	2	3	4	5
12. Te hace elegir entre algo que quiere y algo que tú quieres o necesitas.	0	1	2	3	4	5
13. Dice o hace algo que te hace sentir poco querida o indigna de ser querida.	0	1	2	3	4	5
14. Te hace cuestionarte si podrías cuidar de ti misma.	0	1	2	3	4	5
15. Te hace sentirte culpable por algo que has hecho o que no has hecho.	0	1	2	3	4	5
16. Utiliza contra ti cosas que tú habías dicho, como, por ejemplo, si dices que te equivocaste, más tarde usa eso en tu contra.	0	1	2	3	4	5
17. Te hace sentir que eres tú la que tienes que arreglar algo que él hizo y salió mal.	0	1	2	3	4	5
18. Pone sus intereses por encima de los tuyos y parece no preocuparse por lo que tú quieres.	0	1	2	3	4	5
19. Hace que te cuestiones a ti misma, haciéndote sentir insegura o con menos confianza en ti misma.	0	1	2	3	4	5
20. Te recuerda situaciones en las que él tenía razón y tú estabas equivocada.	0	1	2	3	4	5
21. Dice que lo que hace, aunque a ti te hiere, es bueno para ti o hará que seas mejor persona.	0	1	2	3	4	5
22. Dice algo que te hace plantearte si te estarás volviendo loca.	0	1	2	3	4	5
23. Actúa como si te poseyera.	0	1	2	3	4	5
24. De algún modo hace que te preocupes o que tengas miedo, aunque no sepas muy bien por qué.	0	1	2	3	4	5
25. De algún modo dificulta que vayas a algún sitio o que hables con alguien.	0	1	2	3	4	5
26. De algún modo impide que tengas tiempo para ti.	0	1	2	3	4	5
27. Actúa como si reaccionaras exageradamente o te disgustaras demasiado.	0	1	2	3	4	5
28. Se molesta porque hiciste algo que él no sabía que ibas a hacer.	0	1	2	3	4	5
29. Te dice que los problemas en vuestra relación son culpa tuya.	0	1	2	3	4	5

0 = Nunca 1 = Raras veces 2 = Algunas veces			3 = Bastantes veces 4 = Muchas veces 5 = Prácticamente siempre			
30. Te interrumpe o te distrae cuando estás haciendo algo importante.	0	1	2	3	4	5
31. Te culpa de sus problemas.	0	1	2	3	4	5
32. Intenta impedir que expreses lo que sientes.	0	1	2	3	4	5
33. Intenta impedir que hagas algo que quieres o que tienes que hacer.	0	1	2	3	4	5
34. Intenta convencerte de que algo es como él decía aunque sabes que no es cierto.	0	1	2	3	4	5

TERCERA PARTE

Indica en que medida cada una de estas frases describe lo que piensas o sientes, empleando la siguiente escala:

0 = nada en absoluto
1 = un poco
2 = bastante
3 = mucho

1. Siento que hago algo mal que provoca el maltrato.	0	1	2	3
2. Parece que atraigo al tipo de hombre que maltrata	0	1	2	3
3. Hay algo en mi manera de ser que provoca el maltrato.	0	1	2	3
4. Fue mi culpa porque le permití maltratarme.	0	1	2	3
5. Tenía que haberme dado cuenta antes de cómo era él.	0	1	2	3
6. Me siento culpable por experimentar sentimientos de afecto y amor hacia él.	0	1	2	3
7. Siento que no he hecho lo suficiente para evitar lo sucedido.	0	1	2	3
8. En una nueva relación, yo haría que se convirtiera en abusiva	0	1	2	3
9. Yo he provocado mis problemas. No le puedo culpar a él por ellos.	0	1	2	3
10. Soy en parte culpable porque tuve que haberle dejado antes.	0	1	2	3
11. Siento que merecía ser tratada de esta manera	0	1	2	3
12. Me ha pasado con otras parejas, así que debo ser yo la que lo provoca.	0	1	2	3
13. Me siento culpable porque hice algo en contra de mis principios.	0	1	2	3

Piensa en cómo piensas, sientes y te comportas, en general y cuando te enfrentas a problemas importantes. Pon el número escogido junto a cada frase.

0 = No es cierto en absoluto
1 = Un poco cierto
2 = Bastante cierto
3 = Muy cierto
4 = Extremadamente cierto

1. Me siento temerosa cuando tengo problemas importantes.	0	1	2	3	4
2. Me siento insegura de mi misma cuando tomo decisiones importantes.	0	1	2	3	4
3. Cuando mis primeros intentos de resolver un problema fracasan me desanimo mucho.	0	1	2	3	4
4. Dudo que sea capaz de resolver problemas difíciles, no importa lo mucho que lo intente.	0	1	2	3	4
5. Los problemas difíciles me hacen sentir mal.	0	1	2	3	4

A continuación encontrarás una lista de frases que una persona puede utilizar para describirte a sí misma. Por favor, lee cada frase y decide el grado de exactitud con el que te describe. Cuando no estés segura, basa tu respuesta en lo que **emocionalmente sientes,** no en lo que pienses que es verdad. Escoge la puntuación del 1 al 6 que mejor te describe y rodea el número correspondiente.

ESCALA DE PUNTUACIONES

1 = Totalmente falso
2 = La mayoría de las veces falso
3 = Más verdadero que falso
4 = En ocasiones verdadero
5 = La mayoría de las veces verdadero
6 = Me describe perfectamente

1. Pienso que ninguna persona que yo desee podría amarme cuando viese mis defectos.	1	2	3	4	5	6
2. Nadie que yo desee, querría estar cerca de mí si me conociese realmente.	1	2	3	4	5	6
3. No merezco el cariño, la atención ni el respeto de los demás.	1	2	3	4	5	6
4. Siempre he sido la que escucha los problemas de los demás.	1	2	3	4	5	6
5. Las personas me ven como alguien que hace demasiadas cosas para los demás y no las suficientes para sí misma.	1	2	3	4	5	6
6. Estoy tan ocupado/a haciendo cosas por las personas que me importan, que me queda poco tiempo para mí mismo/a.	1	2	3	4	5	6
7. Soy una buena persona porque pienso más en los demás que en mí misma.	1	2	3	4	5	6
8. En mí hay demasiadas cosas básicas que son inaceptables, como para poder abrirme a los demás.	1	2	3	4	5	6

9. Soy la que normalmente acabo cuidando de las personas cercanas a mí.	1 2 3 4 5 6
10. Siento que no soy simpática.	1 2 3 4 5 6

A continuación te presentamos diversas afirmaciones acerca de tus relaciones íntimas. Por favor, lee atentamente cada una de las afirmaciones siguientes y decide hasta qué punto son propias de ti. Contesta a las preguntas pensando en tu pareja actual o, en su defecto, en tu pareja más reciente. Para cada afirmación rodea el número que mejor se ajuste a ti, utilizando la siguiente escala de respuesta:

1 = Nada en absoluto
2 = Poco
3 = Algo
4 = Bastante
5 = Mucho

1. Soy responsable en gran medida de cómo son mis relaciones íntimas.	1 2 3 4 5
2. Soy muy asertiva en mis relaciones íntimas.	1 2 3 4 5
3. Mis relaciones íntimas están determinadas en gran medida por acontecimientos casuales.	1 2 3 4 5
4. Mis relaciones íntimas están determinadas en gran medida por mi propio comportamiento.	1 2 3 4 5
5. Soy muy directa expresando mis preferencias en mis relaciones íntimas.	1 2 3 4 5
6. La mayoría de las cosas que influyen en mis relaciones íntimas son accidentales.	1 2 3 4 5
7. Puedo controlar en gran medida mis relaciones íntimas.	1 2 3 4 5
8. Soy algo pasiva a la hora de expresar mis deseos en relaciones íntimas.	1 2 3 4 5
9. La suerte juega un papel importante en mis relaciones íntimas, influyendo en su naturaleza.	1 2 3 4 5
10. El principal factor que influye en mis relaciones íntimas es lo que yo misma hago.	1 2 3 4 5
11. No dudo en pedir lo que necesito en una relación íntima.	1 2 3 4 5
12. Mis relaciones íntimas son en gran medida una cuestión de suerte (buena o mala).	1 2 3 4 5
13. Yo misma soy la que tengo el control sobre mis relaciones íntimas.	1 2 3 4 5
14. En lo que se refiere a mis relaciones íntimas, habitualmente pido lo que quiero.	1 2 3 4 5
15. La naturaleza de mis relaciones íntimas es en realidad una cuestión del destino.	1 2 3 4 5

CUARTA PARTE

Lee cada una de las siguientes frases cuidadosamente e indica hasta qué punto estás de acuerdo con cada una de ellas, empleando la siguiente escala:

1 = Totalmente en Desacuerdo
2 = Bastante en Desacuerdo
3 = Más Bien en Desacuerdo
4 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo
5 = Más Bien de Acuerdo
6 = Bastante de Acuerdo
7 = Totalmente de Acuerdo

1. Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil	1 2 3 4 5 6 7
2. Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías	1 2 3 4 5 6 7
3. Mi familia realmente intenta ayudarme	1 2 3 4 5 6 7
4. Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito	1 2 3 4 5 6 7
5. Existe una persona que realmente es una fuente de bienestar para mí	1 2 3 4 5 6 7
6. Mis amigos realmente tratan de ayudarme	1 2 3 4 5 6 7
7. Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal	1 2 3 4 5 6 7
8. Existen en el lugar donde vivo servicios o recursos a los que puedo acudir en busca de ayuda.	1 2 3 4 5 6 7
9. Hay profesionales a los que les puedo contar mis problemas	1 2 3 4 5 6 7
10. Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia	1 2 3 4 5 6 7
11. Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías	1 2 3 4 5 6 7
12. Obtengo de algunos profesionales la ayuda y el apoyo emocional que necesito.	1 2 3 4 5 6 7
13. Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos	1 2 3 4 5 6 7
14. Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones	1 2 3 4 5 6 7
15. Puedo hablar de mis problemas con mis amigos	1 2 3 4 5 6 7
16. Los profesionales a los que he recurrido realmente han tratado de ayudarme.	1 2 3 4 5 6 7

QUINTA PARTE

Por favor, indícanos a continuación si has experimentado los siguientes síntomas después de haber sufrido un episodio violento, agresión o amenaza por parte de tu pareja. Marca la puntuación que corresponda en cada caso.

0 = Nada
1 = Poco (1 vez por semana o menos)
2 = Bastante (de 2 a 4 veces por semana)
3 = Mucho (5 o más veces por semana)

1. ¿Tienes recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones?	0	1	2	3
2. ¿Tienes sueños repetitivos sobre el suceso?	0	1	2	3
3. ¿Realizas conductas o experimentas sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo?	0	1	2	3
4. ¿Sufres un malestar psicológico intenso al exponerte a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	0	1	2	3
5. ¿Experimentas una reactividad fisiológica al exponerte a estímulos internos o externos?	0	1	2	3
6. ¿Te ves obligada a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?	0	1	2	3
7. ¿Tienes que esforzarte para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?	0	1	2	3
8. ¿Te sientes incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso?	0	1	2	3
9. ¿Observas una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas?	0	1	2	3
10. ¿Experimentas una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?	0	1	2	3
11. ¿Te sientes limitada en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarte)?	0	1	2	3
12. ¿Notas que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarte, tener hijos, etc.)?	0	1	2	3
13. ¿Te sientes con dificultad para conciliar o mantener el sueño?	0	1	2	3
14. ¿Estás irritable o tienes explosiones de ira?	0	1	2	3
15. ¿Tienes dificultades de concentración?	0	1	2	3
16. ¿Estás excesivamente alerta (por ejemplo, te paras de forma súbita para ver quién está a tu alrededor, etc.) desde el suceso?	0	1	2	3
17. ¿Te sobresaltas o alarmas fácilmente desde el suceso?	0	1	2	3

Después del último episodio violento o amenaza, ¿durante cuánto tiempo has experimentado los síntomas indicados en los 2 apartados anteriores?

Menos de tres meses __ Más de 3 meses __

¿Al cabo de cuánto tiempo, a partir de la última agresión o amenaza, comenzaste a experimentar dichos síntomas?

Inmediatamente después de la agresión o amenaza __
Al de una semana __
Entre 1 semana y 1 mes después __
Entre 1 y 6 meses después __
Entre 6 meses y 1 año después __
Pasado un año __

GRACIAS POR TU COLABORACIÓN