

Alejandra GONZÁLEZ DE LEÓN BERINI

CONCEPTUALIZACIÓN Y EVALUACIÓN DE LA
VIOLENCIA DE GÉNERO

Treball Fi de Grau
dirigit per
Marta VIZCAÍNO RAKOSNIK

Universitat Abat Oliba CEU
FACULTAT DE CIÈNCIES SOCIALS
Grau en Psicologia

2013

*A todas las víctimas, en su camino por
sobreponerse a un dolor injustamente
causado y en su esfuerzo por dotar de un
nuevo sentido a sus vidas.*

ECHEBURÚA

Resumen

Partiendo del marco conceptual de la violencia de género, se han revisado y categorizado las pruebas clínicas administrables en estos, analizando en profundidad los perfiles de agresores y víctimas, y las consecuencias psicológicas del maltrato. Con el objetivo de determinar la credibilidad de las declaraciones de las partes en el marco de un proceso judicial, se han sometido a un análisis crítico las distintas técnicas disponibles, concluyendo en la importancia de combinar distintas pruebas para objetivar los resultados de las evaluaciones. En este sentido, hemos buscado establecer las técnicas que resultan aplicables y en qué orden deben administrarse para realizar una completa apreciación de cada una de las partes implicadas en el proceso. Además, sugerimos avanzar en la aplicación de estas técnicas al presunto agresor, a quien pueden resultar igualmente eficaces, de manera que podamos comparar las evaluaciones y obtener una mejor visión de los hechos valorando toda la violencia de género en base a dos relatos.

Resum

En base a un marc conceptual de la violència de gènere, s'han revisat i categoritzat les proves clíniques administrables en aquests casos, analitzant en profunditat els perfils dels agressors i de les víctimes, així com les conseqüències psicològiques del maltractament. Amb l'objectiu de determinar la credibilitat de les declaracions en el marc d'un procés judicial, les múltiples tècniques disponibles han estat sotmeses a un anàlisi crític, destacant la importància de combinar diferents proves per tal de fer les avaluacions més objectives. En aquest sentit, hem tractat d'establir les tècniques que resulten aplicables i l'ordre en que han de ser administrades per a realitzar una completa valoració de cadascuna de les parts implicades en el judici. També suggerim aplicar-les al presumpte agressor per tal de poder comparar ambdues avaluacions i obtenir-ne una visió completa dels fets tenint en compte els dos relats.

Abstract

Beginning with a conceptual framework of gender violence, we have reviewed and categorized the clinical tests applicable to gender violence cases. In depth analysis of both aggressor and victim, and the psychological consequences of abuse, have been carried out. Aiming to establish the credibility of the testimonies' statements, we have performed a critical analysis of the existing procedures to conclude on the importance of combining different techniques to objectify the results of the psychological evaluations. In this regard, we have set the applicable techniques and their sequence for a comprehensive evaluation of the parties involved. We believe these techniques are also effective applied to the aggressor's statement and looking ahead we suggest comparing them to the victims' evaluation to obtain a broader view of the facts assessing the gender violence based on a double perspective.

Palabras claves / Keywords

| |
|--|
| Violencia de género – Agresor – Víctima – Consecuencias psicológicas – Evaluación – Credibilidad del testimonio |
|--|

Sumario

| | |
|---|----|
| Introducción..... | 9 |
| I. Concepto de violencia de género..... | 11 |
| 1. Historia..... | 11 |
| 2. Definiciones..... | 12 |
| 3. Formas de violencia..... | 16 |
| 4. Etiología y factores de riesgo..... | 19 |
| 5. Poder y control..... | 21 |
| 6. Episodios de violencia de género..... | 24 |
| II. Marco legal..... | 27 |
| 1. Situación en España..... | 27 |
| III. Agresor y víctima..... | 29 |
| 1. Agresor..... | 29 |
| 1.1. Perfil..... | 29 |
| 1.2. Factores de riesgo..... | 32 |
| 1.3. Tipos de maltratadores..... | 32 |
| 1.4. Estrategia y mecanismos de defensa de la violencia..... | 34 |
| 1.5. Alteraciones psicológicas de los agresores..... | 35 |
| 1.6. Trastornos mentales de los agresores..... | 36 |
| 1.7. Mujeres agresoras y hombres víctimas..... | 38 |
| 2. Víctima..... | 39 |
| 2.1. Perfil..... | 39 |
| 2.1.1. Estrategia de afrontamiento..... | 41 |
| 2.2. Impacto de la violencia en la salud física y mental de la víctima..... | 41 |
| 2.2.1. Consecuencias en la salud mental..... | 41 |
| IV. Evaluación..... | 45 |
| 1. Evaluación de la víctima..... | 46 |
| 1.1. Instrumentos de evaluación en la víctima..... | 49 |
| 1.1.1. Evaluar el grado de violencia y su intensidad..... | 51 |
| 1.1.2. Evaluar los efectos de la violencia de género..... | 51 |
| 1.1.2.1. Ansiedad..... | 51 |
| 1.1.2.2. Depresión..... | 52 |
| 1.1.2.3. Autoestima..... | 53 |
| 1.1.2.4. Trastorno de estrés postraumático..... | 54 |
| 1.1.2.5. Cogniciones postraumáticas..... | 54 |
| 1.1.2.6. Suicidio..... | 55 |
| 2. Evaluación del agresor..... | 55 |
| 2.1. Instrumentos de evaluación en el agresor..... | 57 |
| 2.1.1. Evaluación de la conducta agresiva..... | 57 |
| 2.1.2. Sintomatología asociada..... | 58 |
| 2.1.2.1. Algunas pruebas descritas en la víctima..... | 58 |
| 2.1.2.2. Hostilidad..... | 59 |
| 2.1.2.3. Listado de síntomas..... | 59 |
| 2.1.2.4. Abuso de sustancias..... | 59 |
| 2.1.2.5. Adaptación..... | 61 |
| 2.1.2.6. Ajuste diádico..... | 61 |

| | | |
|----------|--|-----|
| 3. | Evaluación de la víctima y del agresor..... | 62 |
| 3.1. | Credibilidad del testimonio..... | 62 |
| 3.1.1. | Statemente Validity Assesment (SVA)..... | 63 |
| 3.1.1.1. | Entrevista cognitiva..... | 63 |
| 3.1.1.2. | Análisis del contenido basado en criterios (CBCA)..... | 65 |
| 3.1.1.3. | Prueba de validez..... | 67 |
| 3.1.2. | Reality monitoring (RM)..... | 67 |
| 3.1.3. | Simulación..... | 69 |
| 3.1.3.1. | Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas..... | 71 |
| V. | Caso práctico..... | 73 |
| 1. | Anamnesis..... | 74 |
| 1.1. | Exploración clínica y psicopatológica..... | 77 |
| 2. | Resultados de las pruebas psicométricas..... | 77 |
| 2.1. | Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-II-RF)..... | 77 |
| 2.2. | Inventario de depresión de Beck (BDI)..... | 79 |
| 2.3. | Escala de gravedad de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático..... | 79 |
| 2.4. | Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI)..... | 79 |
| 2.5. | Escala de autoestima..... | 79 |
| 2.6. | Escala de ideación suicida (SSI)..... | 80 |
| 2.7. | Credibilidad del testimonio..... | 80 |
| 3. | Conclusiones acerca del caso..... | 81 |
| | Conclusiones..... | 83 |
| | Bibliografía..... | 85 |
| | Anexo I..... | 89 |
| | Anexo II..... | 90 |
| | Anexo III..... | 92 |
| | Anexo IV..... | 94 |
| | Anexo V..... | 107 |
| | Anexo VI..... | 110 |
| | Anexo VII..... | 112 |
| | Anexo VIII..... | 114 |
| | Anexo IX..... | 117 |
| | Anexo X..... | 120 |
| | Anexo XI..... | 123 |
| | Anexo XII..... | 124 |
| | Anexo XIII..... | 125 |
| | Anexo XIV..... | 128 |
| | Anexo XV..... | 134 |

Introducción

Nuestro análisis de la conceptualización y evaluación de la violencia de género viene motivado por su relevancia social y por el incompleto conocimiento psicológico que se tiene de este tipo de violencia, ya que se trata todavía de una cuestión incipiente en psicología, toda vez que nos hallamos ante hechos acontecidos en el hogar que solo recientemente se han manifestado en el ámbito público, por lo que se encuentran en plena fase de estudio.

Trabajando en la consulta del Dr. Borrás con la psicóloga Marta Vizcaíno hemos observado que muchas personas son falsamente acusadas de maltrato por intereses de la supuesta víctima, mientras en casos reales de violencia de género no se condena al agresor. Esta nueva situación precisa de una visión global para que la justicia sea impartida de manera informada, de manera que se supere el simple diagnóstico clínico y se profundice en el entorno familiar y social tanto del agresor como de la víctima. Así, a la hora de dictar sentencia los Tribunales dispondrán de una valoración de conjunto que vaya más allá de la estricta evaluación de la víctima como viene sucediendo en la actualidad.

Partiendo de la hipótesis de que la psicología dispone de elementos suficientes para determinar la credibilidad del testimonio, en primer lugar analizamos las pruebas que evalúan la violencia de género y la fiabilidad de estas para la valoración de la credibilidad del testimonio. A continuación, buscamos establecer las técnicas que resultan aplicables y en qué orden deben administrarse para realizar una completa apreciación de cada una de las partes implicadas en el proceso judicial. De esta forma, tratamos de verificar la existencia de instrumentos específicos que midan la veracidad de las declaraciones, eliminando así la subjetividad que rezuman a día de hoy muchos peritajes judiciales.

Metodológicamente, partimos de un análisis teórico del estado actual de la violencia de género, estableciendo el marco conceptual y legal en base a la escasa bibliografía disponible. Seguidamente hemos estudiado en profundidad las pruebas clínicas administrables a los casos de violencia de género, analizando los perfiles de agresores y víctimas, y las consecuencias psicológicas del maltrato, con el objetivo de determinar la credibilidad de las declaraciones. Finalmente, hemos contrastado empíricamente los instrumentos disponibles con una de las partes implicadas, pues una vez más, nos hemos visto limitados en la información debido a la negativa del presunto agresor a participar del estudio, quedando este reducido en su aplicación práctica a la declaración de la víctima.

I. CONCEPTO DE VIOLENCIA DE GÉNERO

1. Historia

Díaz-Aguado, M.J. y Martínez Arias, R., (2003), nos definen la violencia doméstica como un problema cada vez más próximo, no sólo debido a la importante repercusión que en los medios de comunicación tienen los dramáticos sucesos de mujeres maltratadas, sino al hecho de que la violencia doméstica haya dejado de considerarse un “asunto privado” y empiece a reconocerse como un “problema de salud”.

Así mismo, considera que las relaciones de sumisión y dependencia de la mujer respecto al hombre, la justificación de la violencia masculina y su tolerancia por la sociedad e incluso por la mujer, los estereotipos sexuales y el rol limitado asignado a la mujer a nivel social explican en parte la violencia infligida a la mujer.

Soria (2006), refiere como antecedente más directo del estudio de la violencia doméstica la aparición de la ciencia victimológica a finales de los años cincuenta. Por tanto, afirma que: *“al no existir el problema, tampoco existía información estadística o de investigación sobre el fenómeno social”*. Por tanto, *“al no considerarse un problema social se dejaba el abordaje del mismo a una perspectiva moral”*.

El mismo autor, nos explica que la primera etapa de la ciencia victimológica rompe con el anterior círculo al reconocer la existencia del problema. Más adelante, a finales de los sesenta y principios de los setenta se produjeron cambios profundos en la visión social de criminalidad. Por otro lado, se sustituyó la visión de las conductas familiares como algo privado y privativo de sus miembros por otra centrada en la intervención social en su seno, especialmente cuando las normas jurídicas fueran violadas por sus integrantes.

Soria (2006), concluye diciendo que la ruptura de una visión positiva de la familia como lugar donde la compasión, la igualdad y la paz se producen de forma general y sin posibilidad de violencia se vio bruscamente alterada al descubrirse también el abuso infantil.

Entre 1975 y 1980 se desarrollaron numerosos esfuerzos para crear y extender refugios para mujeres maltratadas, centros de crisis para víctimas de agresión sexual y servicios de apoyo.

La O.N.U., en 1995, estableció entre sus objetivos estratégicos la lucha contra la violencia dirigida a las mujeres. La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1998 declaró a la violencia doméstica como una prioridad internacional para los servicios de salud; el mismo año que en España se elaboró el primer «*Plan de acción contra la Violencia Doméstica*».

En 2002, la OMS ha dado a conocer un “Informe mundial sobre violencia y la salud”, en el que se presenta la violencia, en su conjunto, como una de las principales causas de muerte y lesiones no mortales en todo el mundo, y en el que se realiza una exposición actualizada de las repercusiones de la violencia en la salud pública, a la vez que formula recomendaciones dirigidas a su prevención.

En relación a la problemática de la violencia doméstica subyace fundamentalmente un problema de discriminación de género. Hay que facilitar, por tanto, un contexto educativo, cultural, que modifique los condicionantes que hacen persistir el problema, siendo imprescindible un decidido compromiso social y político para conseguirlo.

2. Definiciones

La Asociación de Psicólogos Americanos, APA (1999), define la violencia doméstica como un patrón que incluye un amplio rango de conductas de maltrato físico, sexual o psicológico utilizado por una persona en una relación íntima contra la otra con el fin de obtener poder, control y autoridad.

Los términos violencia y abuso se utilizan diferencialmente según incluyan un tipo u otro de agresión e incluso dependiendo de la víctima implicada. El término violencia se emplea para abuso físico, sexual o psicológico entre los autores americanos y se refiere a la agresión contra la mujer en la pareja, mientras que el término abuso se emplea más para referirse a la violencia contra los niños, bien sea este abuso físico, sexual o psicológico (Walker, 1999).

Otra distinción a tener en cuenta es el uso de las denominaciones violencia doméstica y violencia familiar. A pesar de que algunos autores emplean estos

términos de forma sinónima, los terapeutas americanos que trabajan en refugios o casas de acogida con mujeres, víctimas de violencia doméstica, prefieren el uso de violencia familiar para referirse a otras múltiples formas de violencia dentro de la familia, tal como el abuso de niños y ancianos. Mientras que prefieren emplear el uso de violencia doméstica para definir la agresión contra la mujer por parte de sus compañeros sentimentales para ser consistentes con las definiciones del sistema legal americano (Walker, 1999).

En España se suele utilizar el término violencia doméstica para referirse a cualquier tipo de agresión proporcionada por un compañero sentimental hacia su pareja y violencia familiar a cualquier clase de violencia producida contra otros miembros de la familia como hijos, ancianos e incluso aquella violencia llevada a cabo por los hijos hacia los padres y/o hermanos (Zarza y Froján, 2005).

Por tanto, el término violencia familiar abarca toda la violencia que ocurre dentro de la unidad familiar. A diferencia de violencia doméstica que es el término usado para denotar la violencia que un adulto, o adolescente, causa a un familiar o íntimo.

Zarza y Froján (2005) comentan que otro término que se ha popularizado en España y que es frecuentemente utilizado en todos los ámbitos (científico, institucional, medios de comunicación, etc.) es el de violencia de género, término traducido literalmente del inglés americano "Gender Violence". Lázaro (2000), afirma que el uso de género para referirnos a cuestiones más allá de las puramente gramaticales surge en el Congreso sobre la mujer celebrado en Pekín en 1995, donde los traductores se guiaron por el doble significado de "gender" en inglés (género y sexo). A partir de ese momento y por una mera confusión idiomática, el término género pasó a significar mucho más que lo puramente gramatical, siendo esta agresión, en este caso a la lengua castellana, aceptada por la gran mayoría de estudiosos de la violencia doméstica. En éste trabajo nos centramos en la víctima y el agresor, por lo tanto, hablaremos de violencia de género.

La mayoría de las definiciones que encontramos hoy en día de la violencia de género suponen que la víctima es la mujer. Esto se debe a que la mayoría de agresores son hombres y la mayoría de víctimas son mujeres. Aunque, debemos dejar constancia de que también encontramos casos en los que el maltratador es la mujer. Las estadísticas nos confirman que hay un claro porcentaje elevado de varones agresores pero no por ello debemos generalizar. A partir de estadísticas

judiciales (INE), mostramos el porcentaje por sexo de personas condenadas en España en 2006 en materia de violencia:

| | % Hombres | % Mujeres |
|---|-----------|-----------|
| Lesiones (daños, generalmente físicos) | 91,8% | 8,2% |
| Contra la libertad (amenazas, coacciones) | 96,5% | 3,5% |
| Contra la libertad sexual (violación, agresión sexual, abuso...)) | 96,5% | 3,5% |

En 1996, un grupo de expertos internacionales convocados por la OMS consideró que la definición de la violencia contra las mujeres adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas era suficientemente amplia y englobaba las distintas manifestaciones del hecho: *“Todo acto de violencia dirigido contra el sexo femenino, que cause o pueda causar un daño o un sufrimiento físico, sexual o psicológico, inclusive la amenaza de ese acto, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto en la vida pública como en la privada”*.

Dos años más tarde, en 1998, la OMS estimó que la violencia interpersonal era en el mundo la décima causa de muerte en las mujeres de 15 a 44 años. Según los estudios compilados por la OMS:

- Los actos de violencia que sufren las mujeres provienen casi exclusivamente de varones.
- Esos varones son, en general, personas conocidas por las mujeres que sufren el acto violento.
- La violencia suele ejercerse con particular frecuencia en el seno de la familia, considerada en un sentido amplio.
- Las lesiones corporales en el marco de las relaciones íntimas entre varones y mujeres van casi siempre acompañadas de violencia psicológica y verbal grave.
- En muchos países, las instituciones sociales encargadas de la protección del ciudadano ignoran con demasiada frecuencia a las mujeres que han sufrido actos de violencia.

Por otro lado, la ONU (1995) define la violencia doméstica contra las mujeres como *“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para*

la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”.

Labrador et al.(2011) afirman que esta definición corresponde a lo que también se conoce como *violencia de género*, sin embargo, cuando la violencia de género es ejercida por el cónyuge o pareja de la víctima, usualmente se denomina *violencia o maltrato conyugal, familiar o doméstico*. No obstante, estas denominaciones no aluden exactamente a lo mismo y la diferencia está en el adjetivo que las define.

Por *conyugal*, se entiende la violencia o malos tratos en una relación de pareja. En un inicio este término sólo era aplicable a una relación matrimonial, pero hoy en día este vocablo parece limitado y es necesario la utilización de otros o del mismo, pero abarcando la extensión de todas las parejas posibles -tanto según el nivel de compromiso contraído públicamente, como en la orientación sexual de sus miembros-, es decir, relaciones de noviazgo, convivencia, matrimonio e incluso ex parejas, independientemente de que se trate de parejas heterosexuales u homosexuales.

Por *familiar*, se entiende el maltrato o violencia que se da entre miembros de una misma familia, por lo que se incluye no sólo la violencia conyugal, sino también la violencia que puede darse entre hermanos (escasamente estudiada), el maltrato infantil (desde cualquiera de los progenitores a los hijos) y el maltrato a ancianos (ya sea por familiares o cuidadores).

Por último, por *doméstico* se alude, literalmente, al maltrato o violencia que se da entre personas que comparten un domicilio o morada, tengan o no relación de parentesco. Si bien, al comparar este término con el anterior, parece haberse restringido la definición de maltrato, esta modificación surge desde el ámbito jurídico como una manera de ampliar la definición que se hacía con el adjetivo *familiar*, al permitir incluir en él todos los casos de violencia entre personas que cohabitan en una morada, sin que tenga que existir una relación de parentesco entre ellos (Lanzos, 2001). Actualmente, cuando se alude a la violencia doméstica entre miembros de una pareja, el hecho de que compartan o no domicilio no es definitorio.

Según la declaración de las Naciones Unidas en Beijing, la violencia contra las mujeres es:

“Una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han conducido a la dominación de la mujer por el hombre, la discriminación contra la mujer y a la interposición de obstáculos contra su pleno desarrollo. La violencia contra la mujer a lo largo de su ciclo vital dimana especialmente de pautas culturales, en particular de los efectos perjudiciales de algunas prácticas tradicionales o consuetudinarias y de todos los actos de extremismo relacionados con la raza, el sexo, el idioma o la religión que perpetúan la condición inferior que se le asigna a la mujer en la familia, el lugar de trabajo, la comunidad y la sociedad”.

(Alberdi y Matas, 2002)

La Violencia en la pareja, término frecuentemente equiparado en la literatura a violencia doméstica y a violencia conyugal, según el Instituto de la Mujer (2000), se define como aquellas agresiones que se producen en el ámbito privado en el que el agresor, generalmente varón, tiene una relación de pareja con la víctima. Dos elementos deben tenerse en cuenta en la definición: la reiteración de los actos violentos y la situación de dominio del agresor que utiliza la violencia para el sometimiento y control de la víctima.

Por último, la definición planteada por la Unión Europea, según la cual se entiende por violencia doméstica aquel tipo de violencia, ya sea, física sexual y/o psicológica –en este último caso si se produce de forma reiterada– ejercida sobre la/el cónyuge o la persona que está o haya estado ligada al agresor por una relación de afectividad, o cualquier otro lazo familiar (Díaz-Aguado y Martínez, 2002). Estos autores se plantean que cualquier definición de violencia doméstica debe contener los siguientes elementos:

- Ejercicio de violencia física, sexual y/o psicológica.
- Practicada por la/el cónyuge o ex-cónyuge, pareja de hecho, ex-pareja o cualquier otra persona con la que la víctima forme o haya formado una unión sentimental o por cualquier otro miembro de la unidad familiar.
- El agresor está en una situación de dominio permanente, en los casos en que la víctima es la mujer.
- Habitualidad en el caso de la violencia psicológica, es decir, reiteración de los actos violentos.

3. Formas de violencia

El sociólogo francés Pierre Bourdieu (2001), explica la permanencia y la reproducción de las relaciones de dominación, de sus privilegios y de sus injusticias

a través de lo que denomina “*violencia simbólica*”. Este tipo de violencia que se ejerce sobre la víctima y que trata de convertir en aceptables unas condiciones de existencia totalmente inaceptables. Esta forma de dominación es reconocida y admitida por la víctima, es decir, ha habido una aceptación ideológica en la que se ha determinado la superioridad masculina. Esta desigualdad es una característica social y cultural del sistema del patriarcado.

La violencia simbólica se caracteriza por ser una violencia invisible, implícita o subterránea, la cual esconde la matriz basal de las relaciones de fuerza que están bajo la relación en la cual se configura. Se mezcla lo social con lo biológico para justificar esa desigualdad entre hombres y mujeres y se hace creer que es necesaria. Esto hace posible que la violencia haya sido una realidad aceptada socialmente. El efecto de la dominación simbólica se produce a través de la percepción y la acción que constituyen los hábitos (Bourdieu y Passeron, 2001).

Labrador et al. (2011), consideran tres grandes categorías dentro de la violencia de género atendiendo al tipo de conductas emitidas por el agresor: violencia o maltrato físico, sexual y psicológico. Éstas se interrelacionan constantemente.

- a) Maltrato físico: cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento para afectar el organismo de otra persona, de modo que encierre riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta. Este tipo de maltrato es el más evidente y el que es más fácil de identificar, por eso suele ser al que se le da más importancia, tanto en el ámbito personal como en el legal.
- b) Maltrato psicológico: cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que trata de producir en las víctimas intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. Humillaciones, descalificaciones o ridiculizaciones, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas de maltrato, daño físico o tortura a la mujer o a sus seres queridos, amenazas repetidas de divorcio o abandono, etc. También la negación del maltrato, o la culpabilización y atribución de responsabilidad absoluta a la víctima en los episodios de maltrato. Este tipo de violencia es más difícil de identificar, en especial si se disfraza de “atención” o “preocupación” por la víctima, o se consigue convencer a ésta de que es ella la responsable del comportamiento del agresor. Quizás por eso se le da menos relevancia, en especial desde el punto de vista social, pero no por ello es menos importante, y desde luego es el que más frecuentemente aparece.

Las distintas formas de maltrato psicológico son:

| |
|---|
| Abuso económico |
| Hacer preguntas constantes sobre el dinero. Controlar el dinero del otro. Coger el sueldo del otro. No permitir el acceso al dinero familiar. Impedir que consiga o conserve un trabajo. |
| Aislamiento |
| Controlar lo que hace el otro, a quién mira y habla, qué lee, dónde va, etc. Limitar los compromisos del otro fuera de casa o de la relación de pareja. Usar los celos para justificar las acciones. |
| Intimidación |
| Infundir miedo usando miradas, acciones o gestos. Romper cosas. Destruir la propiedad del otro. Mostrar armas. |
| Negación, minimización y culpabilización |
| Afirmar que el abuso no está ocurriendo. Reconocer el abuso y no preocuparse por la seriedad del mismo. Responsabilizar al otro por lo ocurrido. |
| Uso de amenazas |
| Hacer amenazas de infligir lesiones o daño físico. Amenazar con la realización de un acto suicida. Amenazar con abandonar o tener una aventura con otra persona. Amenazar con echar al otro de casa. |
| Uso de los niños |
| Amenazar con quitar la custodia de los niños en el caso de que la víctima denuncie. Amenazar con maltratar a los niños en caso de denuncia por parte de la víctima. Usar a los niños para enviar mensajes. Usar las visitas (en caso de divorcio o separación) para acosar u hostigar al otro. Tratar de llevarse a los niños cuando no está pactado. |

- c) Maltrato sexual: se entiende por maltrato sexual cualquier intimidad sexual forzada por parte de la pareja, ya sea con amenazas, intimidación, coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión de la mujer.

Incluye todo tipo de conducta de carácter sexual, no limitándose a la penetración vaginal o anal. Aunque esta categoría en realidad es un tipo de maltrato físico, se suele considerar de forma diferenciada por tener connotaciones muy particulares. La mayor intimidad asumida para este tipo de comportamientos es el que con frecuencia se considera que es un “deber” u “obligación” realizar este tipo de comportamientos con la pareja. En consecuencia muchas mujeres piensan que no pueden negarse a realizar este tipo de conductas con su pareja, aunque no lo deseen, e incluso aunque sean violentamente exigidas, por lo que es poco frecuente que las mujeres consideren que han padecido violencia sexual por su pareja.

Los mismos autores nos describen que en ocasiones se ha considerado como dos categorías distintas el maltrato social y el maltrato financiero. El primero referido a aislar a la víctima de su entorno social a través del control de sus relaciones familiares y de amistad, y el segundo, al control absoluto de los recursos económicos de la víctima. Sin embargo, se prefiere considerar estos dos tipos de maltrato como subcategorías de la violencia psicológica, ya que ambos apuntan al control de la mujer a través de la creación de un fuerte sentimiento de desvalorización e indefensión.

El Proyecto de Intervención en Abusos Domésticos (citado en Mullender, 2000), ilustra los abusos como una rueda, donde el maltrato físico hace girar todos los ejes; esta rueda se mueve hacia un objetivo principal que el poder y control del hombre sobre la mujer. Entre los radios de esa rueda se encuentran todas las formas de abuso que este proyecto quiere abordar para ayudar a las mujeres a sobrevivir y a los hombres a poner freno a su conducta.

4. Etiología y factores de riesgo

La etiología de la violencia de género es compleja y multifactorial. El instituto de la mujer (2000), determina los siguientes aspectos como factores de riesgo: las actitudes socioculturales (desigualdades de género), condiciones sociales, relaciones conyugales, conflictos familiares y los aspectos biográficos como personalidad, historia de abusos y de violencia en la familia de origen se han relacionado con la aparición de violencia doméstica.

Jewkes (2002), considera que los dos factores epidemiológicos más importantes para la aparición de violencia doméstica son: la relación de desigual posición de la

mujer tanto en las relaciones personales como sociales y la existencia de una “cultura de la violencia” que, supone la aceptación de la violencia en la resolución de conflictos.

Los cambios sociales de las últimas décadas respecto al papel de la mujer tanto en el ámbito privado (pareja, familia), como público (laboral, social) hacia una relación más igualitaria entre hombre y mujer, han hecho posible que el problema de la violencia doméstica haya salido a la luz, debido en parte a una mayor conciencia de la mujer respecto a sus derechos y a su papel en la pareja, en la familia y en la sociedad. No podemos atribuir la violencia doméstica sólo a un hecho histórico ya que después de estos cambios sociales, aún persiste el problema.

A continuación definiremos los factores de riesgo conforme a un estudio encargado por el Banco Mundial citado en Lanzos (2001). Los resultados determinan:

- El medio cultural acepta la solución de conflictos mediante la violencia
- Una situación socioeconómica en la que la mujer queda desvalorizada y aislada.
- La rigidez de las funciones atribuidas a cada sexo, de modo que la virilidad se asocia al dominio y la feminidad al sometimiento.
- Una situación socioeconómica desvalorizadora de la mujer en el seno de la familia es factor de riesgo para producirse violencia doméstica, de modo que el hombre es el gestor exclusivo del patrimonio familiar. Esto hace que la mujer quede a disposición del hombre y sea motivo de sumisión.

Labrador et al. (2011), determinan que en el origen y mantenimiento de la violencia doméstica se ven implicados factores personales, sociales y culturales. Las explicaciones iniciales sobre este fenómeno defendían que la causa de la violencia doméstica hacia la mujer se encontraba en las propias víctimas, que debido a su carácter masoquista hace que se sientan atraídas por hombres violentos. Otras explicaciones atribuyen la violencia doméstica a características personales tanto de la víctima como el agresor así como la baja autoestima, roles de género tradicionales, trastornos mentales, etc., o a características sociales como aceptación social de la violencia. Otro factor relevante es el gran número de estresores que afectan a la institución familiar, lo que ocasiona conductas violentas por parte de sus miembros.

La Asociación Psicológica Americana plantea que la violencia doméstica tiene múltiples causas, entre las que destaca el hecho de que es una conducta aprendida que se ha forjado por las normas socioculturales y las expectativas de rol que apoyan la subordinación femenina y perpetúan la violencia masculina (American Psychological Association, 2011).

Riggs, Caulfielf y Street (citados en Labrador et al., 2011), advierten que no hay un indicador claro, ni un conjunto de indicadores claros que permita identificar a individuos que son perpetradores o víctimas de violencia doméstica. Ningún factor puede explicar por sí solo la violencia doméstica. En cuanto a las víctimas no hay un factor que emerja para distinguir las víctimas de no víctimas.

Los mismos autores, afirman que se debe tener en cuenta que existen múltiples factores que podrían incrementar el riesgo de violencia doméstica. Los más concluyentes y consistentes serían:

- Aumento del estrés familiar
- Elevado nivel de hostilidad
- Bajos niveles de asertividad por parte del agresor
- Aceptación de la violencia como una alternativa válida para resolver conflictos
- Escasas habilidades de comunicación
- Abuso de alcohol o drogas

Labrador et al. (2011), destacan que el punto más importante en la explicación de la conducta violenta podría ser la forma de afrontamiento a problemas y situación de estrés o un resultado de la falta de otras habilidades más adaptativas para hacerles frente. La secuencia del comportamiento violento contra la pareja, con la interacción entre los sucesos precipitantes, atribuciones de culpabilidad, la ira y la agresión, queda reflejado en el siguiente esquema de Echeburúa y Redondo (2010):

| |
|---|
| Suceso negativo → Malestar → Atribución externa de culpabilidad → Ira → Ausencia de respuestas de afrontamiento adecuadas → Deseo de agresión → Conductas violentas |
|---|

5. Poder y control

Salber y Taliaferro (2000), explican que la violencia de género no consiste únicamente en golpear o dar puñetazos, más bien es un patrón de conducta

agresiva y coercitiva, que incluye agresión psicológica, sexual, y física, usadas por un individuo para hacer daño, dominar y controlar a la pareja.

Sin intervención, el abuso es normalmente recurrente y sufre una escalada de frecuencia y severidad. El síndrome de dominancia y control, dirigido a transformar gradualmente a la víctima en un rehén, es conocido como Síndrome del Maltratador. Adams (citado en Liliana, 1995), describe con minuciosidad el rasgo de las conductas para controlar, típico del golpeador. Argumenta que *“el abuso de esposas es un patrón coherente de controles, mediante coerción, que incluye el abuso sexual, las amenazas, la manipulación psicológica, la coerción sexual y el control de los recursos económicos”*.

Para este autor, estas conductas para controlar sirven, además, para perpetuar en la víctima el recuerdo potencias del abuso físico del agresor, por ejemplo, gritos, amenazas, mal humor, aniquilar su independencia. Las críticas permanentes que la esposa maltratada recibe de su marido destruyen la confianza en sí misma y debilitan su autoestima llegando a un estado de dependencia total.

A continuación nombraremos las técnicas usadas por los maltratadores para conseguir poder y control sobre sus víctimas, que va del abuso verbal a la violencia física según Salber y Taliaferro (2000).

- Agresión verbal: las víctimas de violencia doméstica hablan de agresión verbal como de un rasgo característico en su relación con el agresor. Se les llama estúpida/o, loco/a, incompetente e incluso que no podrían sobrevivir en el mundo sin la ayuda del maltratador. Se les insulta con nombres despreciativos. El abuso verbal puede tener más de un propósito, es decir, destruye la confianza en sí de la víctima y aumenta la “talla” del agresor.
- Abuso emocional: puede tomar diversas formas. Puede consistir en una repetición de ataques verbales como en el punto anterior o bien, pueden ser coacciones del agresor para que la víctima haga cosas que encuentra humillantes. Tienen un propósito común, mantener la autoridad sobre la víctima.
- Aislamiento: las víctimas de la violencia doméstica con frecuencia son aisladas de sus familias y amigos. Los agresores siempre encuentran algún fallo en los contactos sociales de las víctimas y plantean objeciones a que continúen estas relaciones. Las objeciones pueden ser debido a celos sexuales, insultos, comentarios despreciativos sobre otros, etc. Los intentos

por defender estas relaciones pueden servir como motivos de discusión. Las víctimas relatan sus rupturas con la familia y amigos para evitar arranques violentos por parte del maltratador. Hay casos en los que el agresor se convierte en el único contacto de la víctima con el mundo exterior.

- Uso de los niños: el agresor puede amenazar con quitarle los hijos a la víctima si no se comporta como él quiere.
- Uso de los “privilegios masculinos”: los estereotipos del rol de cada género juegan un papel dominante en las relaciones con malos tratos. Hay responsabilidades y privilegios ligados al sexo de la pareja. Algunas mujeres se acoplan a los deseos del marido, aunque sean contrarios a los suyos. Por ejemplo, el agresor puede forzar a su pareja a tener una relación sexual por la creencia de que es un derecho a “hacer uso del matrimonio” siempre que quiera. Así como, tratar a la víctima como una sirvienta.
- Abuso económico: las víctimas de la violencia doméstica pueden no tener acceso independiente al dinero, incluso aunque ellas trabajen. El agresor utiliza esto una vez más como mecanismo de control.
- Agresión sexual: el abuso sexual puede tener muchas formas que van desde coaccionar al sexo, hasta forzar a un coito mediante amenazas y fuerza física. Incluye también degradar a la mujer coaccionándola o forzándola a tener relaciones con otros mientras el agresor mira. El abuso sexual nos manda un mensaje muy significativo: el agresor ya no sólo controla las actividades de la pareja sino que también controla su cuerpo.
- Amenazas de dañar o llevarse a los niños, animales de compañía o propiedades: huir sin nada, dejando todas sus posesiones detrás. Piensa entonces que por muy malo que sea quedarse en casa, la alternativa es mucho peor. Esto es lo que consigue el agresor, y ese control y poder también se generan en el marco económico.
- Usar la intimidación o las amenazas de maltrato físico: después del primer episodio de maltrato físico, un agresor puede no tener que golpear más a su pareja para mantener el control. Sólo necesita usar la amenaza de violencia, a veces tan sutil como un cierto tipo de mirada, un gesto...

Según Andrews y Berwin (1990), los agresores utilizan unos mecanismos por los cuales son capaces de difuminar la responsabilidad de los daños que han producido a sus víctimas. Esto ocurre ya que las mujeres, como dice Bourdieu (2001), interiorizan el código patriarcal y se echan la culpa de lo sucedido. Estas ideas son reforzadas por la dependencia psíquica y económica respecto al agresor y por la tendencia psicológica a defenderlo sin sentido. Tratan de justificar al agresor.

Por último, Liliana (1995), explica que los esposos agresores necesitan controlar la situación, dominarla, pues esto es lo que les otorga seguridad. El “déficit de recursos” que tiene el agresor es lo que origina su necesidad de control. Es ese control el que les permite el dominio, particularmente en relación con su esposa, de la que dependen.

Rondeau, Gauvin y Dankwort (citados en Liliana, 1995), definen a estos hombres no como enfermos mentales sino como sujetos que cometen un acto criminal. Los enfermos mentales no eligen, en general, a su víctima ni el momento oportuno. En los maridos violentos, por el contrario, hay premeditación, una elección preestablecida siempre sobre la misma persona y un cierto autocontrol. Esto indica una selectividad de la violencia, un control dirigido siempre hacia la esposa.

6. Episodios de violencia de género

El inicio de la violencia de género es muy variable pero lo que parece ser más predecible es el carácter cíclico de los episodios violentos. Una vez se da un episodio de violencia de género, lo más probable es que vuelva a repetirse, aunque el tipo de violencia pueda ser distinto en una ocasión y en otra. En este sentido, la “Teoría del ciclo de la violencia” enunciada por Walker (1984), parece explicar y dar cuenta de lo que sucede en la gran mayoría de casos.

Este mismo autor plantea que la violencia doméstica se da en un ciclo que comprende tres fases:

- a. Acumulación de tensión: La primera fase se caracteriza por agresiones psicológicas, cambios repentinos e imprevistos en el estado de ánimo, incidentes “menores” de malos tratos por parte del agresor hacia la víctima. Ésta, en el intento de calmar a su pareja, tiende a comportarse de forma sumisa o ignora los insultos y descalificaciones de él, minimiza lo sucedido ya que sabe que las acciones de él pueden ser peores, incluso llega a negar los malos tratos, atribuyendo el incidente como a factores externos y no a su pareja. La víctima piensa que las cosas aisladas de ese hecho mejorarán y lamentablemente no es así, incluso empeoran ya que lo habitual es que se produzca una escalada en esos incidentes “menores” de maltrato. La agresión no depende de ella sino de él. En la medida en que esta tensión aumenta, la víctima va perdiendo el control. Al final de esta fase ya no

pueden soportar por más tiempo el miedo, la rabia y la ansiedad, y saben, por experiencia, que después de la agresión vendrá una fase de calma.

- b. Explosión violenta o agresión: En esta fase no hay ningún tipo de control en los actos del maltratador, se caracteriza por una descarga de las tensiones de la fase anterior. El agresor empieza justificando sus actos y acaba sin comprender qué es lo que ha sucedido. La agresión empieza en un intento de darle una lección a la víctima, sin la intención de causarle daño, y finaliza cuando el agresor considera que ella ya ha aprendido la lección.

Suele ser la fase más breve de las tres, aunque las consecuencias más importantes para la víctima se producen en este episodio tanto en el aspecto psicológico como físico, ya que en casos extremos pueden llegar a causarle la muerte. Cuando acaba, suele verse seguida de un estado inicial de choque, negación e incredulidad sobre lo sucedido.

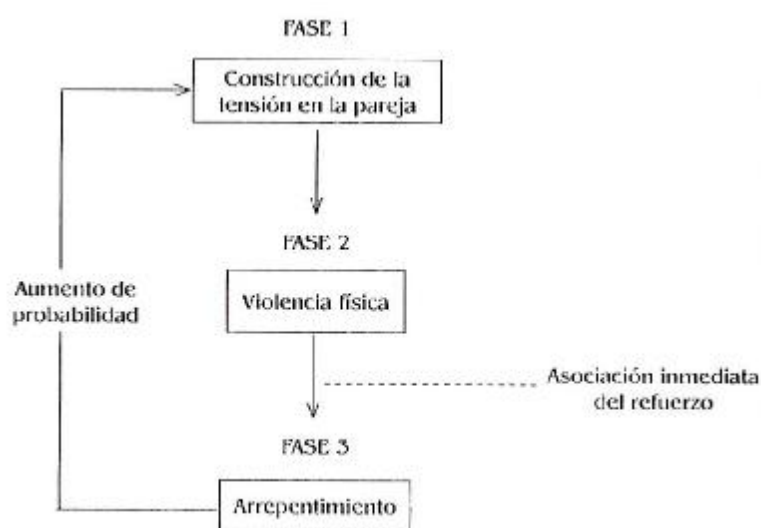
- c. Arrepentimiento y reconciliación o “luna de miel”: en la que no hay tensión ni agresión. El agresor se arrepiente y pide perdón a la víctima, prometiendo que no volverá a suceder. Se comporta de manera encantadora e incluso cariñosa. El agresor realmente cree que no volverá a hacerle daño, El maltratador piensa realmente que será capaz de controlarse, cree que “ella ya ha aprendido su lección” y entonces él ya no se verá “obligado” a maltratarla. La víctima intenta asimilar la situación como una pérdida de control momentánea de su pareja, que no volverá a repetirse. Ella cree que él puede cambiar y piensa que las conductas que manifiesta su pareja en este momento son un indicativo de que él es así realmente y que las conductas presenciadas anteriormente no representan lo que es él.

La duración de esta fase no ha sido determinada, aunque parece ser que lo normal es que sea inferior a la primera fase y más larga que la segunda. 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 comienza nuevamente con un nuevo aumento de la tensión.

A lo largo de estas fases, el maltratador alterna conductas de agresión, con conductas de arrepentimiento e incluso ternura, lo que confunde a la víctima y no le deja ver del todo la situación en la que está inmersa. Asimismo, la violencia doméstica se da en escalada, es decir, la intensidad de las conductas violentas se incrementa de forma progresiva, llegando a constituirse una verdadera espiral de violencia en la que los episodios de agresión son cada vez más intensos y peligrosos.

El conocimiento del ciclo de la violencia nos ayuda a entender por qué algunas mujeres retiran la denuncia y vuelven con el maltratador. A medida que pasa el tiempo, las fases empiezan a hacerse más cortas. Los episodios de maltrato son cada vez más intensos y peligrosos. Se trata de una escalada de la violencia ya que al haber sido “permisivo” con los primeros comportamientos violentos suele llevar, en lugar de a disminuir la presencia de éstos, a facilitar su incremento progresivo. Por eso es tan importante tratar de poner fin a la situación de violencia en los primeros momentos ya que con el tiempo corre más peligro la vida de la víctima.

El siguiente gráfico refleja la “Teoría del ciclo de la violencia” de Walker (1984):



Por otro lado, Soria (2006), nos explica la “Teoría de la indefensión aprendida” de Seligman (1975) y Walker (1978). Esta teoría se basa en el ciclo de la violencia, aunque incluye los aspectos emocionales relacionados con la víctima. Así, ésta asocia los estímulos aversivos que se van produciendo al azar (la relación entre la violencia y el arrepentimiento) y va disminuyendo su capacidad para relacionar esos comportamientos. Así, se va dando una pérdida de confianza en ella misma y en su capacidad de predecir las conductas hostiles y tensas que pueden generar las situaciones violentas. Esta situación de impredecibilidad va generando en ella sensación de vulnerabilidad e indefensión, que a su vez, generan ansiedad y reacciones de sobresalto que pueden generar una mayor tensión percibida por parte del agresor.

II. MARCO LEGAL

1. Situación en España

Labrador et al.(2011) nos explica que en España, todavía no existe una Ley Integral para luchar contra la violencia hacia las mujeres, pero sí se ha desarrollado un Plan Integral de Acción contra la violencia hacia las mujeres.

Hasta ahora en España se recurre al artículo 153 del Código Penal que especifica que:

“El que habitualmente ejerza violencia física o psíquica sobre quien sea o haya sido su cónyuge o sobre persona que esté o haya estado ligada a él de forma estable por análoga relación de afectividad, o sobre los hijos propios o del cónyuge o conviviente, pupilos, ascendientes o incapaces que con él convivan, o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho de uno u otro, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años, sin perjuicio de las penas que pudieran corresponder a los delitos o faltas en que se hubieran concretado los actos de violencia física o psíquica.”

Esto significa que la violencia doméstica en España está tipificada como delito o falta y, a diferencia de lo que ocurre en otros países de la Unión Europea, afortunadamente se incluye no sólo la violencia física sino también la psicológica.

Salber y Taliaferro (2000) nos informan de que el Código Penal español incluye el maltrato tanto si causa como si no, lesión física o psicológica, y la violación conyugal está incluida en la figura genérica.

Siguiendo con Labrador et al.(2011), vemos que la mayoría de las veces se juzgan los malos tratos como simples faltas y no como delitos, debido a la dificultad de demostrar lo habitual de las agresiones.

Labrador et al. (2011), refiere que las mujeres llegan a denunciar los malos tratos, en el mejor de los casos, con un informe de atención médica recibida a causa de la última agresión física, aquella que debido a su gravedad, les ha llevado a denunciar, y se encuentran con que la justicia considera que lo que han vivido es una simple falta por parte del agresor, por lo que éste es condenado a arresto domiciliario por unos cuantos fines de semana, con lo que la pesadilla en casa es aún mayor. Además, la multa muchas veces la pagan con el dinero de las propias víctimas. Esto genera por un lado desconfianza en las víctimas de los malos tratos hacia el sistema legal, por otro lado no se atreven a denunciar nuevamente las agresiones debido a

las consecuencias producidas por la denuncia. La denuncia agrava los problemas en estas personas ya que los agresores creen incluso que a lo que están sometiendo a sus víctimas no es tan grave como ellas reclaman.

En este punto es importante nombrar la Ley de enjuiciamiento criminal, Artículo 262, en el cual se explicita que los que por razón de su profesión, cargo u oficio tuvieren noticia de algún delito están obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, Juez Instructor.

Soria (2006), menciona que en España, la legislación establece la obligatoriedad de poner en conocimiento de la víctima los cambios procesales en la situación del agresor, en cambio, no se establece que sea obligatorio poner en conocimiento de ella las circunstancias del agresor una vez cumplida su sentencia, lo que sería de vital importancia para ayudar a garantizar la seguridad de la víctima. Además, en la legislación española se contemplan medidas que restringen la proximidad del agresor a la víctima, es decir, se emplean algunos medios para garantizar la efectividad de estas medidas y se considera delito el incumplimiento de las mismas por parte del agresor.

El mismo autor refiere que en lo que respecta a la existencia de unidades específicas de atención a las víctimas de violencia doméstica, se facilitan oficinas de asistencia a víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual, lo que resulta un recurso importante para las víctimas de violencia doméstica.

III. AGRESOR Y VÍCTIMA

1. Agresor

1.1. Perfil

Liliana (1995), nos explica los aspectos comportamentales, cognitivos, emocionales e interaccionales gracias a los cuales podemos hacernos una idea del perfil completo del agresor.

En los aspectos comportamentales destacamos que la imagen social que representan los maltratadores es francamente opuesta a la que manifiesta en el ámbito intrafamiliar. En el mundo público, su imagen no es violenta sino que llega a ser percibida como sumisa, alegre, tranquila. La violencia sólo se desencadena dentro del hogar. En el ámbito extrafamiliar se muestra agradable frente a los demás, minimiza el problema e inhibe el enojo. Habitualmente es muy seductor. Ferreira citada en Liliana (1995), al describir la *doble fachada* de los agresores, menciona que el entorno social suele atribuirles cualidades muy positivas, ya que en el ámbito público se presentan como simpáticos, tímidos, respetuosos, solidarios, comprensivos, tolerantes, razonables, divertidos, atentos, cordiales, etc.

Piaget (1993), refiere que las características del agresor, sumadas a la imagen que ofrecen, dificultan que la víctima pueda demostrar que esa persona aparentemente encantadora es la misma que la maltrata. Esto trae aparejada una doble victimización de la víctima o segunda victimización, porque la mujer termina siendo señalada como mentirosa, debido a que no se la cree.

Según Ferreira citada en Liliana (1995), "*esta personalidad dual no es conflictiva para el agresor. Actúa con naturalidad su doble fachada*". Cuida su comportamiento para que no trascienda del ámbito privado porque sabe que su conducta no sería bien vista, y amenaza con el objetivo de lograr su objetivo, es decir, que su accionar no se haga público.

Adams (citado en Liliana, 1995), define la *doble fachada* como "*discrepancias entre el comportamiento en público y el comportamiento en privado*" ya que no dan la impresión de ser sujetos abusadores frente a otras personas del ámbito extrafamiliar. "*Muchas veces mantienen una imagen pública de ser un devoto hombre de su casa, una persona amistosa que se preocupa por los demás...*".

Jenkins (1990), nos explica que lo agresores persiguen dos objetivos con su accionar violento:

- Descargar la tensión acumulada que no pueden expresar por medio de la palabra.
- Consolidarse en una posición de superioridad respecto de la pareja, a la que inferiorizan haciéndole sentir que solo cobra valor a su lado. Esta es una de las cuestiones que perpetúa en ambos miembros de la pareja creándose una relación de dependencia.

Además de la *doble fachada*, encontramos que en las familias que padecen violencia familiar hay una alta incidencia de divorcios. Cuando hay un cambio de pareja, las probabilidades de que la violencia se oriente hacia la nueva cónyuge son muy elevadas.

Los hombres maltratadores se apoyan en los valores culturales, basados particularmente en los mitos de la masculinidad. El sexismo que caracteriza a estos hombres resulta ser una de las múltiples causas que determinan la violencia, así como también uno de los elementos básicos sobre los que ésta se apoya. Currie (citado en Liliana, 1995), afirma que en su experiencia logró captar que en los agresores, la adhesión rígida al estereotipo tradicional de género producía estrés y aislamiento. Por otra parte, las preocupaciones sobre el rendimiento, el progreso y su necesidad de tenerlo todo controlado los limitan, determinando una relación insatisfactoria con su pareja.

Por último, Liliana (1995), nombra la ceguera selectiva como la ausencia de percepción entre lo que su accionar violento provoca, y la respuesta defensiva y de protección de la pareja para evitar nuevos episodios de maltrato. El golpeador no puede establecer la relación entre lo que él hizo a su esposa y la reacción o comportamiento consecuente que ella implementa. Esta característica particulariza a los agresores, los cuales se ponen melancólicos frente a la separación, abandono y/o cambios radicales que pueda instrumentar la pareja.

Se observa generalmente, aunque no de forma tan evidente y manifiesta, la baja autoestima de los agresores. Ésta está unida a los rasgos de inseguridad y dependencia.

Los maltratadores sólo se sienten a salvo de la mirada de los demás dentro de la privacidad de su casa, es decir, en el ámbito privado. La restricción emocional se basa fundamentalmente en no poder hablar acerca de los propios sentimientos ni expresarlos. Esta inhabilidad o incapacidad comunicacional determina en los agresores la inhabilidad para resolver conflictos de otra forma que no sea violenta.

La evidencia de la dependencia a la pareja es el miedo que tienen a perderla. En el perfil del agresor encontramos una gran dependencia afectiva asociada a la inseguridad. Corsi (1999), afirma que *“la falta de una vivencia personal de seguridad es una de las características salientes de estos hombres, que necesita ser sobrecompensada a través de una actitud firme, externa y autoritaria”*. Cualquier situación conflictiva dentro del ámbito privado lo lleva a sospechar que puede perder el control de la situación. Esto le provoca un estado de gran tensión, e intenta retomar rápidamente el control a través del uso de la fuerza.

En realidad, lo único que le importa al maltratador es su mujer. Teme estar solo, pues esto le crea inseguridad y miedo, por la dependencia que tiene respecto de su pareja.

En los aspectos interaccionales, Corsi (1999), describe el aislamiento emocional de los agresores como *“un tipo de aislamiento social, vinculado con lo afectivo”*. El aislamiento social y emocional se encuentra como *“un factor casi constante”* en los maltratadores. Esto tiene relación con la prohibición a manifestar sus sentimientos y los problemas del hogar ya que está connotado como un signo de debilidad.

Adams (citado en Liliana, 1995), describe el aislamiento social como una de las estrategias implementadas por los agresores para exterminar la autoestima y la independencia de su pareja.

Liliana (1995), defiende que este accionar de los maltratadores sirve para limitar a la pareja los contactos con amigos, vecinos, familiares y compañeros de trabajo, y para que todo se reduzca a la relación intrafamiliar, ámbito donde poseen el dominio.

Para Adams (citado en Liliana, 1995), estas conductas para controlar sirven, además, para perpetuar en la víctima el recuerdo potencial del abuso físico del agresor.

Jenkins (1990), describe a los maltratadores domésticos con las siguientes características:

- Nivel de autoestima bajo
- Excesiva necesidad de satisfacer sus necesidades básicas
- Niveles elevados de inseguridad y pasividad
- Celos
- Trastornos como depresión, paranoia, etc.
- Problemas con el alcohol

1.2. Factores de riesgo

Según Salber y Taliaferro (2000), los factores predictores más habituales de comportamientos violentos son los siguientes:

- a. El historial previo de agresiones.
- b. La negación de enfermedad y el consiguiente rechazo del tratamiento.
- c. Los trastornos del pensamiento (ideas delirantes de persecución) o de la percepción (alucinaciones relacionadas con fuerzas externas controladas del comportamiento), con pérdida del sentido de la realidad.
- d. Los daños cerebrales.
- e. El maltrato recibido en la infancia.
- f. El consumo abusivo de alcohol y drogas.

1.3. Tipos de maltratadores

Echeburúa y Redondo (2010), nos explican que la conducta violenta contra la pareja puede manifestarse esencialmente de dos formas:

- a. Violencia impulsiva: se trata en este caso de una conducta agresiva motivada por sentimientos de ira y que refleja dificultades en el control de los impulsos o en la expresión de los afectos. Es frecuente el arrepentimiento espontáneo tras un arrebató impulsivo.
- b. Violencia instrumental: es más grave que la anterior, ya que la conducta agresiva es planificada, expresa un grado profundo de insatisfacción y no genera sentimientos de culpa.

Siguiendo con los mismos autores, afirmamos que no todos los maltratadores son iguales. Los tipos se pueden establecer en función, por una parte, de la extensión de la violencia y, por otra, del perfil psicopatológico. Por lo que se refiere a la extensión de la violencia se dan dos tipos:

- o Violentos sólo en el hogar: se trata de personas que en casa ejercen un nivel de maltrato grave pero que en la calle adoptan conductas sociales adecuadas. En estos casos las frustraciones cotidianas fuera de casa, así como el abuso de alcohol o los celos patológicos, contribuyen a desencadenar episodios de violencia dentro del hogar.
- o Violentos en general: son frecuentes las experiencias de maltrato en la infancia, son personas agresivas tanto en casa como en la calle y cuentan con muchas ideas distorsionadas sobre la utilización de la violencia como forma aceptable de solucionar los problemas.

Dutton (citado en Soria et al., 2001), clasificó a los agresores domésticos en tres perfiles básicos:

- a. Maltratador psicopático: se caracteriza por un patrón de desconsideración extrema hacia las normas sociales, por esta razón muchos tienen antecedentes delictivos. Es un hombre que ejercerá la violencia no sólo con su pareja sino también con otras personas. No sienten remordimientos por sus conductas porque carecen de empatía. Sus reacciones emocionales son superficiales, ya que no son conscientes de haber violado las normas de conducta. Poseen proyectos poco realistas para el futuro y presentan una gran resistencia a analizar los problemas del pasado, cosa que los imposibilita a aprender de sus errores. Su violencia es controlada, no es fruto de un ataque de ira sino que está al servicio de un objetivo: controlar y dominar a la víctima.
- b. Agresores hipercontrolados: parecen distanciados de sus sentimientos y presentan un perfil de evitación y agresión pasiva, hasta que la ira aparece como resultado de la acumulación progresiva de frustración por diversos acontecimientos externos. Se caracterizan por defender los roles sexuales tradicionales e impedir que la mujer cuente con recursos propios y un maltrato emocional mediante ataques verbales con el objetivo de obtener la sumisión de su pareja. Encontramos dos tipos: el activo, un fanático del control que extiende su necesidad de dominancia extrema a los demás y el pasivo, que se limita a distanciarse emocional y físicamente de la pareja.
- c. Agresor cíclico/emocionalmente inestable: tienen una incapacidad para describir sus sentimientos i un gran temor a la intimidad (aproximación excesiva) y al abandono, por eso buscan mujeres a las que poder dominar. Se caracteriza por un maltrato verbal importante y por pasar por estados de ánimo cíclicos.

1.4. Estrategia y mecanismos de defensa de la violencia

La característica principal del maltrato es la negación de esta conducta por parte del maltratador. Adams (citado en Liliana, 1995), nos explica que además de minimizar y justificar su conducta violenta, los maltratadores buscan generalizarla, recurren a cualquier justificativo o circunstancia para negar su responsabilidad en los actos de ejecución violenta contra su cónyuge o su pareja. Por eso, seguida la negación de su responsabilidad se da la utilización de argumentos y racionalizaciones para sostener esta negación de su violencia.

La mayoría de agresores consideran las causas de la violencia fuera de su responsabilidad, atribuyéndola a factores ajenos a sí mismos. Para Adams (citado en Liliana, 1995), éste es el patrón de manipulación más común del agresor, que culpabiliza a la esposa por su propia violencia.

Echeburúa y Redondo (2010), nombran algunas de las estrategias que utilizan los agresores como mecanismos de defensa son:

- Utilitarismo: "Sólo de esta manera hace lo que deseo".
- Justificación: "Fue ella la que me provocó".
- Arrebato: "No me di cuenta en ese momento de lo que hacía".
- Olvido: "No me acuerdo ni de lo que hice".

A estos, Soria et al. (2001), añaden:

- Racionalizar: es una manera de mentirse a sí mismos en relación a lo que se considera una conducta aceptable. Por ejemplo: "Es feliz conmigo".
- Negación: negar de forma consciente la existencia del abuso. Mienten y ocultan los hechos, argumentan y racionalizan para mantener la negación.
- Proyección: consiste en percibir en otra persona los aspectos de uno mismo que no son capaces de afrontar. Niegan sus impulsos agresivos y sexuales, los proyectan en su pareja y la ven como malvada, coqueta, provocativa y agresiva.
- Represión: a veces el acto violento es tan grave que el agresor olvida pero no de forma consciente como en la negación sino que el hecho queda reprimido en el inconsciente.
- Minimización: es el mecanismo que distancia al agresor del daño causado, argumentando que este no era tan grave. Por ejemplo: "Yo no la pegué, la empujé".

Además, Salber y Taliaferro (2000), nos explican que los agresores actúan secretamente, niegan, culpan, confabulan, y minimizan la violencia. El agresor extremará a menudo sus precauciones para esconder al mundo exterior su violencia. Cuando esto falla y es descubierto, suele negar que la violencia haya ocurrido. Para hacerlo tiene que atacar la credibilidad de la víctima y de los que le acusan. Dirá que el suceso nunca ocurrió o que la víctima, u otros acusadores, mienten o son propensos a exagerar. Si esto no es suficiente, él dirá que la víctima provocó la violencia o que se la causó ella misma. Él puede conseguir que familia, amigos o compañeros de trabajo le den soporte contra ella.

1.5. Alteraciones psicológicas de los agresores

Echeburúa y Redondo (2010), refieren que los trastornos mentales son poco frecuentes en los agresores contra la pareja, pero sin embargo en todos los casos aparecen alteraciones psicológicas en el ámbito del control de la ira, de la empatía y expresión de emociones, de las cogniciones sobre la mujer y sobre la relación de pareja y de las habilidades de comunicación y de solución de problemas.

Las alteraciones psicológicas pueden ser muy variables, pero, de una forma y otra, y a diferencia de los trastornos mentales, están presentes en todos los casos.

- a. Falta de control sobre la ira: los maltratadores se caracterizan por la impulsividad, la pérdida de control sobre la ira, frecuentemente, por una tendencia agresiva generalizada. Corral (2004), define la ira como una respuesta a una situación de malestar o una forma inadecuada de hacer frente a los problemas cotidianos como las dificultades en la pareja, control del dinero, educación de los hijos, etc.
- b. Dificultad en la expresión de las emociones: las dificultades de expresión emocional están en el origen de muchos conflictos violentos contra la pareja. Echeburúa y Redondo (2010), mencionan que muchos hombres han aprendido a no expresar sus sentimientos, porque éstos “*son fuente de debilidad*” y “*el hombre debe ser fuerte*”, y a no interpretar adecuadamente los sentimientos de su pareja. Los hombres violentos, cuando cuentan con una baja autoestima, tienden a percibir las situaciones como amenazantes. De este modo la inhibición de sentimientos y esta percepción distorsionada de la realidad pueden conducir a conflictos que, al no saber resolverse de otra manera, se expresan de forma violenta. Pero la reiteración de la violencia no hace sino que empeorar la baja autoestima del agresor. También es característica la dificultad para

establecer relaciones de intimidad o de amistad profunda, lo cual es un reflejo del *analfabetismo emocional* que les caracteriza.

- c. Distorsiones cognitivas sobre la mujer y la relación de pareja: los agresores suelen estar afectados por numerosos sesgos cognitivos, relacionados, por una parte, con creencias equivocadas sobre los roles sexuales y la inferioridad de la mujer, y por otra, con las ideas distorsionadas sobre la legitimación de la violencia como forma de resolver los conflictos. Corral (2004), afirma que conciben a la mujer como propiedad, como una persona que debe ser sumisa y a la que se debe controlar. Creen en la violencia como una estrategia adecuada de solucionar problemas. Todo ello viene encabezado con una desconfianza y una actitud de hostilidad ante las mujeres.
- d. Déficits de habilidades de comunicación y de solución de problemas: los maltratadores tienden a presentar unas habilidades de comunicación muy pobres y una baja tolerancia a la frustración, así como estrategias inadecuadas para solucionar los problemas según Echeburúa y Redondo (2010). En muchas ocasiones los conflictos cotidianos generan un estrés permanente que provocan los episodios violentos contra la pareja.
- e. Baja autoestima: la violencia puede ser una forma desesperada de intentar conseguir una estima que no se logra por otros medios, se trata de personas inseguras, desvalidas, que están obsesionadas con controlar a su pareja y que, aun no siempre deseándolo, se convierten en agresivas. Corral (2004), defiende que los maltratadores carecen de una estima adecuada, se muestran muy sensibles a lo que perciben como un ataque a su dignidad. Por ello, la violencia doméstica es una violencia por compensación: el agresor intenta superar sus frustraciones con quien tiene más a mano y no le va a responder.

1.6. Trastornos mentales de los agresores

Echeburúa y Redondo (2010), afirman que, en los casos en lo que hay trastorno mental, los motivos de consulta más frecuentes son el abuso de alcohol, los trastornos emocionales (ansiedad, depresión) y los celos patológicos. Aunque, sin embargo, la constatación de este hecho no supone una explicación unidireccional del maltrato doméstico. La violencia contra la pareja puede ser parcialmente el efecto de un trastorno mental, pero puede ser ella misma también causante de alteraciones psicopatológicas, como resultado de los sentimientos de culpa o del rechazo social.

Salber y Taliaferro (2000), refieren que aunque muchos maltratadores pueden no tener un problema diagnosticable de personalidad, hay un subgrupo de agresores que tienen trastornos de personalidad o psicopatologías como:

- a. Personalidad borderline: la teoría de Dutton (citado en Soria et al., 2001), define a estas personas como inestables en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, así como por una alta impulsividad. Esta inestabilidad está causada por cambios muy marcados en su estado de ánimo cíclico. Son personas con un sentimiento crónico de vacío, por lo que dirigen grandes esfuerzos a evitar el abandono real e imaginario. También es frecuente las amenazas recurrentes de suicidio. Tienen una ira inapropiada e intensa o dificultades para controlarla debido a su impulsividad.
- b. Personalidad narcisista: posee una creencia de ser único y especial, padece una autoestima muy vulnerable que lo hace sensible a las críticas y por tanto, usa la violencia como demanda de admiración y atención. Esto constituye una fuente de frustración continua.
- c. Personalidad antisocial: presenta un patrón de desconsideración extrema y violación de los derechos de otras personas. No siente remordimientos por los actos cometidos, no le importan los sentimientos de los otros. No sólo es violento con su mujer sino también con el resto de personas. Este corresponde al agresor psicopático de Dutton mencionado anteriormente. Cuando el maltratador es un psicópata, habitualmente plantea exigencias irracionales, muestra un desapego hacia los hijos, duele ser un parásito, abusa del alcohol o de las drogas, no tiene amigos y es un manipulador.
- d. Personalidad paranoide: la desconfianza y los celos están presentes de forma constante.
- e. Personalidad pasiva-dependiente: personalidad caracterizada por desamparo, indecisión y tendencia a no separarse de alguien y a buscar apoyo en los demás.
- f. Personalidad pasiva-agresiva: patrón general de resistencia pasiva a las demandas de rendimiento adecuado tanto en lo social como en lo laboral. Se vuelve hosco, tozudo o porfiador cuando se le pide que haga algo que no le agrada.

Echeburúa y Redondo (2010), añaden:

- a. Celos patológicos: constituyen un trastorno caracterizado por una preocupación excesiva e irracional sobre la infidelidad de la pareja, que provoca una intensa

alteración emocional y que lleva al sujeto a desarrollar una serie de conductas comprobatorias con el objetivo de controlar a la otra persona. Lo que define a los celos es la ausencia de una causa real desencadenante, la intensidad desproporcionada de los celos, el alto grado de interferencia con la vida cotidiana, el gran sufrimiento experimentado y, en el último término, la pérdida de control, con reacciones irracionales. Estos surgen de la inseguridad de perder a la pareja y del temor de que ésta pueda ser poseída por otro. La ansiedad experimentada, en la medida en que afecta profundamente a la autoestima del sujeto y en que produce obcecación, puede cargarse de agresividad y de violencia.

- b. Consumo abusivo de alcohol y drogas: El alcohol actúa como un desinhibidor que rompe con el muro de contención de los frenos morales en los que se ha podido socializar el agresor y tiene efectos facilitadores de la violencia.

1.7. Mujeres agresoras y hombres víctimas

Echeburúa y Redondo (2010), refieren que hay tres características que distinguen los comportamientos violentos de las mujeres en contraste al de los hombres:

- a. Sus comportamientos violentos suelen presentar menor intensidad. Se trata más de agresiones verbales e indirectas que físicas y directas.
- b. Tales conductas se producen preferentemente en el contexto de las relaciones íntimas, tanto familiares como de amistad.
- c. Las víctimas de dichas agresiones son prioritariamente otras mujeres.

A pesar de las anteriores características generales, existen excepciones que pueden ser documentadas mediante casos concretos de mujeres que han cometido graves delitos. Este tipo de violencia se caracteriza por:

- a. Una violencia más psicológica que física, es decir, lo que la caracteriza es la presencia de humillaciones y de desvalorizaciones generalizadas.
- b. Surge más frecuentemente en situaciones asimétricas en la relación de pareja, en concreto, constituyen un factor de riesgo las situaciones en que el rol laboral o social del hombre es inferior al de la mujer o en las que la mujer es mucho más joven que el varón y esta situación plantea al hombre altos niveles de exigencia y presión económica, personal y social.
- c. La violencia física es infrecuente, pero, cuando estalla, se manifiesta de forma muy intensa ya que estalla de forma explosiva como consecuencia de una ira reprimida durante mucho tiempo.

2. Víctima

2.1. Perfil

Salber y Taliaferro (2000), refieren que hay muchas razones por las que las mujeres maltratadas no dejan al agresor. A continuación nombraremos algunas de ellas:

- a. El miedo totalmente real de que cuando ellas intenten irse se produzca una escalada de la violencia.
 - Él le ha dicho que la matará si lo deja.
 - O bien, aunque no se lo ha dicho explícitamente, ella deduce por sus amenazas y acciones, que la matará si lo deja.
 - Las estadísticas demuestran que hay un aumento del riesgo de sufrir lesiones graves y muerte en el momento en que la mujer maltratada deja a su pareja.
 - Él le ha dicho a ella, y/o ella cree, que él maltratará a los niños, o a otros miembros de la familia, amigos, o animales de compañía que ella deje en casa al marcharse.
- b. Hay una ausencia de alternativas reales en cuanto a alojamiento, empleo y economía.
- c. Ella cree que sus hijos necesitan una familia intacta.
- d. Cree que no va a poder dar a sus hijos un hogar decente, ropa y escolarización.
- e. Está inmovilizada por el trauma físico y psíquico. La escalada lenta y progresiva de la violencia impide que la víctima distinga lo que es “normal” de lo que no.
- f. Tiene valores culturales, religiosos o familiares que la animan a mantener la familia unida a toda costa.
- g. Se siente culpable de la violencia.
- h. Todavía quiere a su pareja. No desea acabar la relación, sólo quiere parar la violencia.

2.1.1. Estrategia de afrontamiento

Echeburúa y Redondo (2010), refieren que más allá de un maltrato físico y de un maltrato sexual, fácilmente identificables, existen un maltrato psicológico más sutil, que genera unas consecuencias muy negativas en la salud y el bienestar emocional de la víctima y que se manifiesta de diversos modos: desvalorizaciones continuas (en forma de críticas corrosivas y humillaciones), posturas y gestos amenazantes, imposición de conductas degradantes, intentos de restricción, conductas destructivas, atribución de culpa o locura a la víctima y, por último, conductas de

acoso cuando la mujer ha roto la relación. La violencia psíquica puede comentar por excesos verbales, continuar con la física y, en los casos más extremos, llegar a la muerte.

Cabe la posibilidad de un *acostumbramiento progresivo* a la violencia, que se considera, hasta cierto punto, una servidumbre de la vida en pareja. Si la violencia se plantea de forma explícita y descarnada ya desde el principio, sólo se puede mantener la relación si la víctima vive con la firme esperanza de que su pareja va a cambiar y de que, por tanto, va a desaparecer la violencia.

En una segunda fase: una vez establecida la violencia crónica como pauta frecuente de relación, se ve entremezclada habitualmente con períodos de arrepentimiento y de ternura, lo que lleva a la víctima a una situación de dependencia emocional. pero esta situación, claramente insana, genera en la víctima diversos síntomas psicopatológicos o estrategias de afrontamiento defectuosas.

Por último, en una tercera fase: cuando la víctima se siente mal y se percata de que la violencia continúa e incluso aumenta en intensidad, la percibe ya como incontrolable, por ello, puede llegar a perder la esperanza en que las cosas puedan cambiar y a desconfiar incluso de su capacidad para abandonar la relación. Es decir, la víctima, ante su desamparo y desesperanza, entra en una especie de vía muerta, que la conduce a una mayor gravedad psicopatológica.

A continuación nombramos las diferentes distorsiones cognitivas que encontramos en las víctimas según Echeburúa y Redondo (2010):

| DISTORSIONES COGNITIVAS |
|--|
| 1ª fase: <ul style="list-style-type: none">○ Negación o minimización del problema○ Autoengaño y negación de su victimización○ Justificación de la conducta violenta○ Atención selectiva a los aspectos positivos de su pareja |
| 2ª fase: <ul style="list-style-type: none">○ Sobrevaloración de la esperanza de cambio en su pareja○ Sentimientos de culpa |
| 3ª fase: <ul style="list-style-type: none">○ Justificación de la permanencia en la relación y dependencia emocional○ Resignación |

2.2. Impacto de la violencia en la salud física y mental de la víctima

En la siguiente tabla, Labrador et al.(2011), muestran un resumen de las principales consecuencias que, según la OMS (2002), produce la violencia de género en sus víctimas.

| Consecuencias de la violencia de género en la salud | |
|--|--|
| Consecuencias físicas | Consecuencias psicológicas y conductuales |
| Daño abdominal/torácico Hematomas y contusiones Síndromes de dolor crónico Discapacidad Fibromialgia Fracturas Trastornos gastrointestinales Colon irritable Laceraciones y abrasiones Daño ocular Reducción en el funcionamiento físico | Abuso de alcohol y drogas Depresión y ansiedad Trastornos alimentarios y del sueño Sentimientos de vergüenza y culpa Fobias y trastorno de pánico Inactividad física Baja autoestima Trastorno de estrés postraumático Trastornos psicosomáticos Tabaquismo Conducta suicida y autodestructiva Conducta sexual insegura |
| Consecuencias sexuales y reproductivas | Consecuencias fatales |
| Trastornos ginecológicos Infertilidad Inflamación de la pelvis Complicaciones en el embarazo/aborto Disfunción sexual Enfermedades de transmisión sexual, incluida el SIDA Aborto inseguro Embarazo no deseado | Mortalidad relacionada con el SIDA Mortalidad maternal Homicidio Suicidio |

2.2.1. Consecuencias en la salud mental

Echeburúa y Redondo (2010), refieren que en las víctimas hay un deterioro psíquico progresivo, que se agrava por lo coincidencia de lesiones físicas y psíquicas, por la repetición de los hechos y su carácter impredecible, por la alternancia de conductas agresivas y de afecto y por la incapacidad de la mujer para afrontar adecuadamente esta situación. Por ello, el impacto psicológico del maltrato crónico suele ser duradero.

Los mismos autores nombran las alteraciones psíquicas más habituales en las mujeres víctimas de maltrato:

- a. Trastornos de ansiedad: son el resultado de una situación de amenaza incontrolable a la vida y a la seguridad personal. La violencia repetida e intermitente, entremezclada con períodos de arrepentimiento y ternura, suscita en la mujer una ansiedad extrema y unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes. La víctima está sometida a una auténtica *ruleta rusa* emocional. Labrador et al. (2011), comentan que en estos casos se pueden dar fobias específicas, agorafobias, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de estrés postraumático.
- b. Depresión y baja autoestima: son fruto de las humillaciones recibidas y de la percepción de fracaso de la relación. La apatía mostrada no es un reflejo de conformidad con la situación vivida, sino un mecanismo de adaptación para evitar males mayores. La baja autoestima se relaciona con la tendencia a culparse por lo sucedido. Labrador et al. (2011), refiere que la violencia doméstica podría ser un evento estresante y significar la pérdida de una relación afectiva importante, lo que desencadena un cuadro depresivo. Éste, se ve mantenido por la percepción de la víctima de falta de control sobre los acontecimientos, su pérdida progresiva de autoestima, las condiciones de aislamiento, los sentimientos de culpa y la falta de proyección de futuro.
- c. Sentimientos de culpa: deriva de haber elegido como pareja a ese hombre, de no haber sabido reconvertirle o de haber llevado cierto tipo de conductas para evitar la violencia: mentir, encubrir al agresor, tener contactos sexuales a su pesar (por miedo o para no despertar a los niños si él se enfada), etc.
- d. Aislamiento social y ocultación de lo ocurrido: esto se debe a la presión del agresor y por la vergüenza social percibida. Por tanto, tal situación lleva a una mayor dependencia del agresor, quien, a su vez, experimenta un aumento del dominio a medida que se percata del mayor aislamiento de la víctima.

Alberdi y Matas (2002), y Labrador et al. (2011), añaden el trastorno por estrés postraumático (TEPT) y el síndrome de la mujer maltratada como consecuencias de la violencia en la víctima.

- e. El trastorno por estrés postraumático engloba un conjunto de síntomas que se manifiestan en las personas que viven una experiencia traumática como testigos o bien como víctimas. La definición del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), de un suceso traumático, que se mantiene en la versión

revisada del mismo, se basa en que dicho acontecimiento represente una amenaza directa o indirecta para la vida o el bienestar de una persona y en la forma en que esa persona responde a dicha amenaza, esto es, con temor, desesperanza u horror intensos. Alberdi y Matas (2002), refieren que es probable que no sólo la víctima desarrolle este trauma sino que también los hijos que presencien la violencia. Se caracteriza principalmente por tres síntomas: la reexperimentación del suceso del suceso, el intento de olvidarlo y la intranquilidad que genera.

- f. El síndrome de la mujer maltratada aparece como consecuencia del hecho de estar expuesta a una relación de maltrato repetido de forma intermitente. La víctima experimenta un suceso, caracterizado por síntomas traumáticos: ansiedad, hipervigilancia, reexperimentación del trauma, recuerdos recurrentes e intrusivos, debilitamiento emocional, etc. Su autoestima se deteriora tanto que puede desarrollar una indefensión aprendida, es decir, da una respuesta autodestructiva a la violencia. La víctima acostumbra a tener un complejo secundario de síntomas, que se caracterizan por el autoengaño al idealizar al maltratador y tener fe en que dejará de agredirla. Puede incluso llegar a suprimir su ira contra el agresor. Al parecer, las mujeres maltratadas se adaptan a la situación aversiva e incrementan su habilidad para afrontar los estímulos adversos y minimizar el dolor. Presentan distorsiones cognitivas como la minimización, negación o disociación, que les permiten conseguir soportar los incidentes de maltrato agudo.

Walker (citado en Alberdi y Matas, 2002), establece la diferencia entre el síndrome de la mujer maltratada y el TEPT. Afirma que la ansiedad del primero es más intensa y puede llegar a manifestarse en forma de fobias o sufrir ataques de pánico. Labrador et al. (2011), confirman que el síndrome de la mujer maltratada es más complejo que el TEPT y que no sólo incluye los síntomas de dicho trastorno, sino también sentimientos de depresión, rabia, culpa, baja autoestima y rencor, además de otros problemas como quejas somáticas, disfunciones sexuales, conductas adictivas y dificultades para establecer relaciones.

Por último, Labrador et al. (2011), añaden:

- g. Las cogniciones postraumáticas: la exposición a cualquier trauma puede cambiar la forma en que las personas se ven a sí mismas, a los demás y al mundo.

- h. El déficit en la solución de problemas: Por una parte, la vivencia de repetidos episodios de maltrato conducirían a la víctima a desarrollar la percepción de que no es capaz de lidiar con sus problemas, debilitando sus habilidades al respecto. Por otro lado, se plantea que las mujeres maltratadas reunirían una serie de factores como falta de modelos adecuados en solución de problemas o ausencia de entrenamiento al respecto que las conducirían a no desarrollar de manera adecuada las habilidades para resolver problemas ni estrategias de afrontamiento que les permitan lidiar con problemas cotidianos.
- i. Inadaptación: Echeburúa (citado en Labrador et al., 2011), explica el alto nivel de inadaptación como consecuencia de los síntomas clínicos que las víctimas desarrollan en esta situación. Vázquez (citado en Labrador et al., 2011), plantea que en una relación de maltrato se producen típicamente una serie de hechos que llevan a una inadaptación global a la víctima de violencia de género como el aislamiento social, aparición de cuadros clínicos, alteración de las relaciones familiares o bajo rendimiento laboral.
- j. Suicidio o ideación suicida: se explica en las víctimas como la única alternativa que ven para terminar con la situación de inmerso sufrimiento que están viviendo, como la única estrategia de solución para su problema.

Echeburúa y Redondo (2010), refieren que algunas víctimas pueden recurrir a estrategias de afrontamiento malsanas para superar el malestar emocional. Así, por ejemplo, existe el riesgo de automedicación de ansiolíticos o analgésicos o incluso del abuso de alcohol como medio de hacer frente a la soledad y al dolor. La víctima no está enferma sino maltratada y ayudarla a soportar el problema no sirve para ponerla a salvo. Esta autora concluye que no deberían tratarse con medicinas de este tipo más que a corto plazo y en situaciones de máximo estrés.

IV. EVALUACIÓN

Soria (2006), refiere que la evaluación forense está basada en los mismos procedimientos, métodos y técnicas que la evaluación clínica pero la primera tiene una serie de particularidades de las que podríamos destacar:

- No tiene una finalidad terapéutica, pues no se pretende con las varias entrevistas y pasación de pruebas al sujeto el conseguir una curación de su problema.
- Su finalidad es pericial, dado que lo que se pretende es peritar sobre unos aspectos concretos que se solicitan al perito.
- No suele ser una prueba solicitada por el interesado voluntariamente, sino más bien por los Abogados.
- Se lleva a cabo a petición de la autoridad judicial.

Soria (2002), nos recomienda que tanto a la víctima como al agresor, administremos pruebas de personalidad como el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2-RF) o el Cuestionario de 16 factores de la personalidad (16PF) para detectar posibles patologías. Esto servirá de *screening* a la hora de realizar la evaluación. Además, las dos pruebas mencionadas de personalidad poseen baremos de fiabilidad y validez que nos aportan criterios de deseabilidad. Con esto podremos discernir las pruebas fiables de las que no lo son, es decir, nos permiten medir la fiabilidad.

El MMPI-2-RF evalúa características básicas de personalidad, proporcionando un perfil psicológico objetivo del sujeto evaluado. Las escalas de validez permiten afirmar que el protocolo es interpretable, habiendo respondido la evaluada con una actitud colaboradora. De éstas, las escalas de Psicopatología infrecuente (Fp-r), Quejas somáticas infrecuentes (Fs) y Validez de los síntomas (FBS-r) señalan la presencia de o bien una leve exageración de síntomas cognitivos y somáticos, o bien de una enfermedad médica significativa, la cual no está corroborada por informe médico alguno. Cabe señalar que dicha exageración de síntomas no sería necesariamente consciente o voluntaria, pudiendo ser causada por las condiciones propias de la evaluación psicológica.

Por otro lado, el 16 FP es un instrumento diseñado para la investigación de la personalidad y mide 16 dimensiones funcionalmente independientes y psicológicamente significativas.

A continuación nombraremos las diferentes pruebas que se pueden administrar tanto a la víctima como al agresor pero debemos tener en cuenta que cada caso es único, por tanto, según la impresión de la entrevista clínica procederemos a la pasación de unas u otras.

1. Evaluación de la víctima

Labrador et al. (2011), refieren que la evaluación de la víctima de violencia de género es un proceso complejo y delicado que requiere de especial cuidado y empatía por parte del profesional que lo lleva a cabo. Cuando la víctima acude a pedir ayuda suele estar avergonzada por lo que ha vivido, se siente culpable y tiene muchas dudas respecto a lo que debe y puede hacer. Si en esta situación la respuesta que obtiene de quienes la rodean no es adecuada, la víctima dejará de pedir ayuda.

Los mismos autores comentan que algunas de las reacciones más comunes de las personas cercanas a las víctimas de violencia (y de otros delitos) puede provocar lo que se conoce como *victimización secundaria*, concepto que alude a que la persona en esta situación, además de ser víctima del delito en cuestión, pasa a ser víctima del entorno (instituciones o personas cercanas), que la culpan por no haber actuado de otra manera y le atribuyen responsabilidad en los hechos.

Rincón (2001), nos explica que con respecto a los síntomas de reexperimentación, se debe recordar que la víctima puede sufrir un malestar psicológico intenso y/o una importante activación fisiológica al recordar algún aspecto del maltrato, por lo que se debe ser especialmente cuidadoso y comprensivo al realizar las preguntas y mostrar una actitud de apoyo.

En relación a los síntomas de evitación, Rincón (2001), menciona que no se debe olvidar que la víctima puede intentar evitar pensamientos, sentimientos y/o conversaciones asociadas al suceso traumático, o bien, ser incapaz de recordar algún aspecto importante del trauma, por lo que se debe ser especialmente paciente al preguntar acerca de la historia del maltrato o del tipo de maltrato que ha experimentado.

Finalmente, con respecto a los síntomas de aumento de activación que pueden estar presentes, se debe tener en cuenta que la víctima puede estar padeciendo insomnio,

irritabilidad y/o dificultades para concentrarse, por lo que se debe evitar que se sienta atacada, cuidando de no usar expresiones en tono imperativo.

Una vez realizadas estas consideraciones acerca de la actitud que se debe adoptar en la evaluación de las víctimas de malos tratos, vamos a explicar las fases del proceso evaluativo según Soria (2006). Durante todo este proceso y, en concreto, durante la entrevista, debemos estar pendientes de la detección de distorsiones cognitivas sobre la relación, el poder y el control, la confianza, la comunicación y los sentimientos.

- a. La primera fase consiste en que debemos conseguir que la víctima se sienta cómoda y segura, para reducir su nivel de ansiedad y sus miedos. Debe ser comprendida y valorada sin llegar a victimizarla. Debemos dejar que la víctima exprese todo lo que siente, nos narre todos sus miedos y preocupaciones.
- b. La víctima debe ser informada del contexto que le rodea en su situación y por ello podemos proporcionarle algunas direcciones o teléfonos de interés para que puedan informarse más detalladamente o lugares a los que dirigirse en caso de que necesiten ayuda o información específica. También es necesario informar del objetivo de la visita, de los límites de la información y del proceso administrativo y judicial posterior. La intervención tiene que darse en un clima de protección y confianza, que permita a la víctima la expresión de sus emociones, pensamientos y opiniones. Es importante utilizar un lenguaje claro y comprensible, y evitar preguntas de tipo interrogatorio. Debemos tener claro el objetivo de nuestra actuación, sabemos que una víctima de malos tratos llega con un acusado sentimiento de culpabilidad, con un gran déficit de autoestima y con una situación de aislamiento social que le ha llevado a perder su independencia.
- c. Debemos detectar y someter a análisis los mitos acerca de la violencia familiar, relaciones de pareja, etc. Es muy importante que la víctima tome consciencia de su situación, que distinga qué es maltrato de lo que no lo es. Mediante preguntas semidirigidas debemos intentar crear una mínima duda sobre lo incorrecto del trato que recibe para conseguir que sea consciente de que ha sido víctima de malos tratos y que debe poner remedio a su situación, crear conciencia para que entienda que todo eso está en sus manos y bajo su responsabilidad. Posiblemente, este es el momento en el cual se deben aplicar denuncias, desalojo del domicilio conyugal u otras soluciones alternativas. Al margen de estas medidas de urgencia, nos queda iniciar el proceso terapéutico

en sí, apoyándonos en técnicas, instrumentos y habilidades adecuadas a la situación.

Además, Labrador et al. (2011), describen los tres bloques principales en la obtención de la información durante la evaluación en víctimas de violencia de género:

- a. Historia del maltrato doméstico: conocer el tipo o tipos de violencia que ha padecido la víctima, la duración, frecuencia e intensidad de la misma, de qué manera considera ella que le ha afectado la situación vivida, qué estrategias de afrontamiento ha puesto en marcha y qué resultados ha obtenido con ellas, si cuenta con apoyo social o no, si ha padecido previamente maltrato ya sea en su familia de origen o con una pareja anterior y si existe riesgo de suicidio. Para evaluar estos aspectos se podría utilizar la Ficha de Antecedentes personales (Rincón, 2001) (*Anexo I*), y la Pauta de Entrevista para Víctimas de Violencia Doméstica que ha sido elaborada por Labrador y Rincón (2002) (*Anexo II*), basándose en la Pauta de Entrevista General de Llavona (1993), y la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico de Echeburúa y cols. (1998).
- b. Peligrosidad del agresor: se trata de valorar la situación de peligro de la víctima, evaluando el riesgo potencial en que se encuentra. Para ello se debe obtener información sobre las características de la amenaza, a través del perfil descriptivo del agresor, de su dinámica de agresiones, de la situación de la víctima y de sus recursos de afrontamiento. Para la valoración de tal efecto encontramos la "Entrevista de valoración de peligrosidad" de De Luís (2001). (*Anexo III*)
- c. Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico: se evaluará la existencia de posibles consecuencias psicopatológicas que desarrollan las víctimas en este tipo de situaciones nombradas en el capítulo anterior.

Soria (2006), refiere que para concretar el grado de afectación contamos con instrumentos de evaluación que utilizados correctamente nos acercarán al perfil de cada sujeto, a su grado y ámbito de afectación. A continuación intentaremos definir el cuándo y el porqué de la administración de cada prueba o instrumento psicológico a lo largo del proceso evaluativo en casos de violencia de género.

1.1. Instrumentos de evaluación en la víctima

Soria (2006), menciona que a grandes rasgos, en estas situaciones, intentaremos no administrar pruebas psicométricas que requieran excesiva concentración. Muchas veces es mejor que el mismo profesional sea quien pregunte a partir de los ítems de la prueba, dejando así espacio para que se exprese la víctima y evitando la frialdad del lápiz y el papel. Evidentemente debemos tener en cuenta que, depende del caso que nos ocupe, nos veremos obligados a recoger algunos datos necesarios para la administración judicial. Pero, por encima de todo, prima el bienestar y seguridad de la víctima.

A continuación presentaremos los diversos tests que podríamos administrar según la temática y patología del entrevistado. Debemos tratar de escoger la mejor combinación de pruebas según el caso que se nos presente.

1.1.1. Evaluar el grado de violencia y su intensidad

En este bloque no es excesivamente relevante el tiempo transcurrido entre la agresión y la recogida de datos, ya que consiste más bien en una recogida de datos exhaustiva.

- Entrevista Semiestructurada para víctimas del Maltrato Doméstico de Echeburúa y cols. (1998).

Como hemos dicho anteriormente, antes de pasar cualquier test, debemos partir de una previa entrevista semiestructurada. La más apropiada según Soria (2006), para la evaluación del maltrato es la Entrevista Semiestructurada para víctimas del Maltrato Doméstico de Echeburúa y cols. (1998). Es una entrevista que nos proporciona una visión muy clara y precisa sobre los distintos ámbitos de afectación y/o origen del maltrato, ámbito emocional, familiar, social, psicopatológico, etc. En ella diferenciamos un primer bloque de instrumentos de evaluación que básicamente miden intensidad, grado de violencia y afectación.

Para evaluar el grado de violencia y a la vez conseguir que admita que está siendo víctima de malos tratos, y que se haga consciente de su situación, podemos administrar una serie de preguntas acerca de diferentes aspectos de la relación con la pareja; y los temas a tratar son: la relación, el dominio y el control, los amigos y la familia, la confianza, el género y la comunicación y los sentimientos.

Estas preguntas tienen la finalidad de identificar el tipo de abuso vivido, es decir, si ha sido abuso social, ambiental, sexual, físico, psicológico, emocional, verbal y/o económico. A partir de estas preguntas deberíamos poder conocer la gravedad de los abusos. También, podemos orientar nuestras preguntas para comprobar si existen secuelas producidas por malos tratos. Debemos escoger las preguntas más apropiadas según cada persona y su situación, no es ninguna prueba psicométrica que debamos pasar al completo, sino que se trata de una entrevista semiestructurada en la que vamos a escoger las más apropiadas en función de la información que nos aporten.

- Escala de Severidad de Violencia contra las mujeres de Marshall (1992)

Soria (2006), nos muestra que es una escala para evaluar el grado, frecuencia e intensidad del maltrato. La aplicaremos durante las primeras sesiones, después de la recogida de datos básicos. La víctima debe leer atentamente cada ítem y puntuar cada afirmación en una escala numérica del uno al cinco, donde el uno se refiere a “nunca” y el cinco a “muy frecuentemente”. Este tipo de escala también nos permite pasar parcial la escala, escogiendo los ítems que nos parezcan más apropiados para la situación. Estos tests son instrumentos y como tales podemos adaptarlos a las necesidades y al contexto específico del caso.

- Inventario de Maltrato Psicológico de las Mujeres de Tolman (1989)

Soria (2006), estima que igual que la Escala de Severidad de Violencia contra las mujeres, este inventario resulta apropiado para detectar el maltrato doméstico y para saber en qué grado se produce y con qué frecuencia y virulencia. Pero a diferencia de la otra escala, este inventario es bastante más amplio y específico. Se administrará cuando necesitemos puntualizar y enriquecer la información inicial obtenida. Este inventario consta de 67 ítems que deben ser puntuados en una escala del uno a cinco donde el uno se refiere a “no aplicable” y el cinco a “muy frecuentemente”.

Estas tres primeras pruebas estarían englobadas en una primera batería o bloque cuyo objetivo es cuantificar, valorar el grado de violencia, su intensidad, hasta qué punto ha llegado y el grado de afectación de la persona.

1.1.2. Evaluar los efectos de la violencia de género

A partir de este punto debemos tener en cuenta que los resultados de las siguientes pruebas pueden valorar su intensidad según la distancia en el tiempo de los acontecimientos descritos.

1.1.2.1. Ansiedad

Labrador et al (2011), menciona los siguientes instrumentos como los más utilizados para valorar la existencia de trastornos de ansiedad.

a. Entrevistas:

- Pauta de Entrevista para los Trastornos de Ansiedad (*Anxiety Disorders Interview Schedule [ADIS-IV]*) desarrollada por Di Nardo, Brown y Barlow (1994).
- Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (*Structures Clinical Interview for DSM-IV Axis Disorders-Clinician Version [SCID]*) de First y cols. (1997).
- Entrevista Estructurada Diagnóstico DSM-IV de Trastornos de Ansiedad de Zimmerman (1994). (*Anexo IV*)

b. Cuestionarios, inventarios y escalas:

- Inventario de Evaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo (*Manual for de State-Trait Anxiety Inventory, Self-Evaluation Questionnaire [STAI]*) de Spielberg, Gorsuch y Lushene (1970). (*Anexo V*)
- Inventario Estímulo-Respuesta del Rasgo General de Ansiedad (*S-R Inventory of General Trait Anxiousness*) desarrollado por Endler y Okada (1975).
- Cuestionario de Autoverbalizaciones Ansiosas (*Anxious Self-Statements Questionnaire [ASSQ]*) desarrollada por Kendall y Hollon (1989).

Labrador et al. (2011), comentan que en el ámbito judicial la aplicación de estas entrevistas por parte del psicólogo suele ser inviable debido a la extensión de las mismas, sin embargo, en la mayoría de las ocasiones al psicólogo se le pide que aporte información pericial acerca de los síntomas experimentados por las víctimas, y para ello utilizaríamos la Subescala Estado del Inventario de Ansiedad (STAI).

El Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger y otros (1998), citado en Soria (2006), es el instrumento que mide la ansiedad que manifiesta el sujeto como estado (no tanto el momento actual como el algún momento particular

que se le indique al sujeto) y como rasgo general. Un elevado nivel de ansiedad estado nos puede indicar que la persona está pasando por una situación muy estresante, como puede ser una situación de abuso reiterado. Pero como hemos dicho, esto dependerá del tiempo transcurrido. La metodología adecuada para aplicar este inventario es la autoaplicación. Este test consta de 2 escalas: Estado y Rasgo, dos conceptos diferentes de ansiedad cada una formada por 20 ítems. Los valores de cada escala van de 0= nada/casi nunca a 3 = mucho/casi siempre. Se obtiene una puntuación directa que se convierte a escala de percentiles, valorando la “intensidad de la ansiedad” de estas puntuaciones.

1.1.2.2. Depresión

Labrador et al (2011), afirman que para la evaluación de la depresión se han desarrollado múltiples instrumentos aunque los más utilizados son los siguientes:

a. Entrevistas:

- Escala para trastornos Afectivos y Esquizofrenia (*Schedule Affective Disorders and Schizophrenia [SADS]*) desarrollada por Endicott y Spitzer (1978).
- Módulo de Resultados de la Depresión (*Depression Outcomes Module [DOM]*) de Smith, Ross y Rost (1996).

b. Cuestionarios, inventarios y escalas:

- Escala de Actitudes disfuncionales (*Disfunctional Attitudes Scales [DAS]*) de Weissman y Beck (1978).
- Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (*Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D]*) de Radloff y Locke (1977).
- Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton (*Hamilton Rating Scale for Depression [Ham-D]*) de Hamilton (1960).
- Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory [BDI]*) de Beck y Steer (1961). (*Anexo VI*)

Como medida de la depresión, Labrador et al. (2011), y Soria (2006), destacan el Inventario de depresión de Beck (BDI) de Beck y otros (1983). Las principales razones por las que se elige este instrumento son varias. En primer lugar, por tratarse de una prueba que evalúa un amplio espectro de síntomas depresivos, característica que no cumplen otros instrumentos que evalúan depresión como la Escala de Actitudes Disfuncionales que aborda únicamente distorsiones cognitivas. Contiene un factor cognitivo-afectivo y un factor somático. En segundo lugar, por ser un cuestionario autoaplicado, mientras que la Escala para la Evaluación de la

Depresión de Hamilton es heteroaplicada y se realiza dentro del contexto de la entrevista partiendo del criterio del evaluador, incrementando este punto tanto la subjetividad como el tiempo de aplicación, que asciende a 15-20 minutos, mientras que el BDI tiene una duración aproximada de 5-10 minutos, lo que favorece la rapidez y objetividad de la información obtenida. Esta limitación se repite en las entrevistas, ya que en ambos casos el tiempo de aplicación es elevado. El tercer lugar, por tener altos criterios de calidad y ser sensible al cambio terapéutico, lo que implica una medida inestimable de eficacia del tratamiento. Por último, por tratarse de un instrumento que ha sido utilizado frecuentemente con fines de investigación y estar validado para la población española, característica que el resto de los instrumentos no comparten.

El BDI consta de 21 ítems. Cada ítem está compuesto por 4 alternativas, ordenadas de mayor a menor gravedad (de 0 a 3 puntos), frente a las que el sujeto debe elegir la frase que se aproxime más a cómo se ha sentido en la última semana. La puntuación total se obtiene sumando las puntuaciones directas de cada uno de los ítems, interpretándose según los siguientes rangos: una puntuación de 0 a 9 = depresión ausente/intensidad mínima, de 10 a 16 = depresión leve/intensidad leve, de 17 a 29 = depresión moderada/intensidad moderada y de 30 a 63 = depresión grave/alta intensidad. Es muy útil para identificar si existe tal sintomatología en la víctima y las posibles secuelas. El resultado final nos proporcionará una orientación diagnóstica aproximada y orientativa, acerca del grado de depresión sufrido.

1.1.2.3. Autoestima

Labrador et al.(2011), y Soria (2006), destacan que otro de los síntomas asociados que debemos evaluar y/o detectar es la afectación que se producen sobre la autoestima. La escala presentada a continuación es la más adecuada para hacerlo.

- Escala de Autoestima de Rosenberg (1965) (*Anexo VII*)

Soria (2006), define esta esta escala que evalúa en qué grado la persona se valora y se acepta a sí misma, el sentimiento de satisfacción que el sujeto tiene consigo mismo. Consideramos más apropiado que se administre una vez se esté llevando a término el tratamiento, ya que la pérdida de autoestima es una consecuencia del maltrato que requiere bastante atención y tiempo para tratarla. Esta escala consta de 10 ítems generales que puntúan en una escala de 1 a 4. El sujeto debe contestar a estos ítems rodeando la respuesta al ítem que le parezca más adecuado, de

acuerdo con una escala en la que 1 se refiere a “muy de acuerdo” y 4 a “muy en desacuerdo”.

1.1.2.4. Trastorno de estrés postraumático

a. Entrevistas:

- Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de Echeburúa y cols. (1997). (*Anexo VIII*)
- Escala Trastorno de Estrés Postraumático Administrada por el Clínico (*Clinical-administered PTSD Scale [CAPS]*) de por Blake y cols. (1990).

b. Cuestionarios y escalas:

- Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (*Posttraumatic Stress Diagnostic Scale [PSTD]*) desarrollada por Foa (1995).
- Escala del Impacto de los Sucesos (*Impact os Event Scale [IES]*) de Horowitz, Wilner y Álvarez (1979).

Soria (2006), describe la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático de Echeburúa y cols. (1997), que evalúa tipo e intensidad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático según los criterios diagnósticos DSM-IV. Es apropiado para todo tipo de sucesos vitales estresantes. Además de una escala global, contiene tres subescalas, que miden la presencia de reexperimentación, evitación e incremento de activación. Es una escala de evaluación heteroaplicada, a modo de entrevista estructurada, de 17 ítems, de los cuales 5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de hiperactivación. Para cada uno de los 17 ítems el entrevistador evalúa la frecuencia de estos síntomas. Cada ítem puntúa de 0 a 3, en el que 0 se refiere a “nunca”, 1 a “1 vez por semana”, 2 “de 2 a 4 veces por semana” y 3 a “5 o más veces por semana”. Esta entrevista puede ser utilizada como instrumento diagnóstico para establecer la línea base de la intensidad del trastorno como medida de los resultados de un tratamiento.

1.1.2.5. Cogniciones postraumáticas

- Inventario de Cogniciones Postraumáticas de Foa y cols. (1999). (*Anexo IX*)

Labrador et al. (2011), refieren que para valorar las cogniciones postraumáticas se utiliza este inventario que evalúa los pensamientos y creencias relacionados con el/los acontecimiento/s traumático/s. Consta de 36 ítems, que se dividen en 3

subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y autopunición. Cada ítem tiene una gradación de 1 a 7, en un intervalo que va desde “totalmente en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”.

1.1.2.6. Suicidio

Labrador et al. (2011), mencionan que dado el caso en que la persona agredida denote diversos síntomas depresivos, debemos considerar la posibilidad de que exista una tendencia suicida, que marcaría el proceso a seguir, ya que en el caso de que exista dicha tendencia, el circuito de intervención ante el maltrato debe iniciarse mediante un ingreso en un centro médico o mediante un tratamiento específico que controle el riesgo. Existen varias pruebas que valoran el riesgo suicida.

- Escala de ideación suicida de Beck y otros (SSI) (1988). (*Anexo X*)
- Escala de riesgo suicida (RS) de Plutchik (1994). (*Anexo XI*)

Soria (2006), describe la Escala de ideación suicida de Beck y otros (1988) señalando que evalúa el grado de intencionalidad suicida. Es una escala heteroaplicada. Constan de 19 ítems en el que cada uno se puntúa de 0 a 2, divididos en 4 secciones que evalúan: actitud hacia la vida/muerte, pensamientos o deseos suicidas, proyecto de intento de suicidio y realización del intento proyectado: a los que se añade una quinta sección, con 2 ítems, en la que se indaga sobre los antecedentes de intentos previos de suicidios.

Por otro lado, la Escala de riesgo suicida (RS) de Plutchik tiene el objetivo de discriminar a los pacientes suicidas de aquellos que no lo son. Es un cuestionario autoaplicado. Consta de 15 ítems, con respuesta dicotómica (sí/no). Cada respuesta afirmativa obtiene un punto.

2. Evaluación del agresor

Soria (2006), nos afirma que, antes de abordar el tema de la evaluación en el agresor, debemos tener en cuenta una premisa. En el ámbito de la psicología es un requisito imprescindible que la persona llegue de forma voluntaria y dispuesta al cambio y, en estos casos, nos encontramos con que muchos de los agresores vienen derivados del ámbito judicial, por lo tanto, forzados a ello. Es por este motivo que muy probablemente no contemos con su colaboración. En el caso en que la falta de colaboración del paciente nos haga imposible llevar a cabo un proceso

terapéutico, deberemos limitarnos a una evaluación y diagnóstico que remitiremos con las explicaciones pertinentes a los servicios jurídicos.

Soria (2002), refiere que el discurso del agresor se centrará en cómo es ella, lo que hace ella y su forma de actuar, haciéndola responsable de todas las situaciones y lo que conllevan. Debemos tener en cuenta que su argumentación es la misma que debe haber utilizado con familiares, amigos y conocidos del entorno propio y de la pareja. En muchos casos, el hilo argumentativo es tan coherente, racional y convincente, que muchos de sus allegados lo habrán apoyado, con lo cual habrán conseguido reforzar su posicionamiento y esto hará más difícil la labor de conseguir erradicar los pensamientos erróneos del agresor. Con el paso del tiempo, sus argumentaciones y justificaciones acaban siendo un monólogo, es decir, él lanza su discurso e ignora el contenido de la respuesta que su intercomunicador dé. Sólo le importa que lo hayan escuchado y se haya descargado de toda culpa, porque, para el agresor, “la culpa es de ella”.

En cuanto a la recogida de datos, Soria (2006), afirma que en un principio, la realizaremos lo más amplia posible, es decir, recogeremos los datos biográficos del sujeto (edad, familia, hermanos, estado civil, hijos, enfermedades...), después preguntaremos y recogeremos datos sobre sus antecedentes históricos, momentos críticos vitales, situaciones especiales, nacimientos, fallecimientos, etc. Es importante que sepamos acerca de la relación que mantiene y mantuvo de niño con sus padres. Si detectamos que se siente incómodo o que muestra un claro rechazo a hablar de su niñez o de alguna parte de su pasado, es mejor que lo dejemos expresarse.

Después de recoger la información básica, podemos utilizar lo que Corsi (1999), denomina “Ficha de Admisión”. Utilizaremos este momento para ejercer cierta presión de cambio en el sujeto, es decir, para motivarlo al cambio. Dicha “Ficha de Admisión” ya puede ser considerada en sí misma un instrumento de evaluación, y en muchos casos será el único elemento a utilizar en el caso de que el sujeto no vuelva a aparecer.

La Ficha de Admisión de Corsi (1999), consta de tres partes:

- a. Datos personales: donde se recogen los datos básicos biográficos como nombre, apellidos, edad, estado civil, hijos, educación, profesión, tipo de vivienda, etc. También se piden datos básicos sobre su pareja actual.

- b. Demanda: Consta de 50 ítems que se refieren a la convivencia en pareja, actitudes violentas y antecedentes familiares.
- c. Observaciones: donde podemos anotar aclaraciones, actitudes o reacciones que consideremos relevantes que se hayan sucedido en el transcurso de la prueba.

El mismo autor nos explica que es un instrumento dirigido a recoger los datos necesarios para poder hacer una valoración global de la situación del agresor, nos aporta datos concretos y las peculiaridades de la situación para así poder perfilar el tratamiento específico a seguir.

2.1. Instrumentos de evaluación en el agresor

Soria (2006), afirma que igual que en el caso de las víctimas, debemos tener en cuenta la situación, las circunstancias en las que ha llegado el sujeto. Es importante tener claro que las pruebas que debemos pasar varían dependiendo de si el sujeto ha venido de forma voluntaria o si se ve obligado por la justicia u otros motivos. Cuando son casos que vienen derivados del departamento de justicia siempre encontraremos una tendencia a la manipulación de las pruebas, con el objetivo de mejorar su imagen, de no aparentar ser agresivos. En estos casos debemos tener en cuenta que los autoinformes son fácilmente manipulables.

2.1.1. Evaluación de la conducta agresiva

- Cuestionario de variables Dependientes de Maltrato (versión para el maltratador) de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997).
- Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997).
- Manual para la valoración del riesgo de violencia contra la pareja (SARA) de Kropp y cols. (1995).

Soria (2006), sugiere que a partir del Cuestionario de variables Dependientes de Maltrato podemos evaluar la frecuencia del maltrato, la intensidad, duración y consecuencias. En definitiva, es para delimitar el acto del maltrato en sí. Cuenta con 6 ítems y en cada ítem existen 5 posibles respuestas predeterminadas.

El mismo autor refiere que la mejor opción de aplicación de esta prueba es la lectura y respuesta directa del agresor, con la finalidad de no violentar al sujeto y darle mayor libertad a la hora de contestar. En cuanto al momento de aplicación dentro del proceso evaluativo, lo más apropiado es que fuese de las últimas pruebas en

realizar, debido a que una vez pasemos este instrumento ya debemos tener claro que existe maltrato y que el sujeto lo reconoce y se presta a un posible tratamiento.

Por otro lado, la finalidad del “Inventario de Pensamientos Distorsionados sobre la Mujer y sobre el Uso de la Violencia” de Echeburúa y Fernández-Montalvo (1997), es desvelar las creencias y mitos, errores cognitivos y cualquier otro tipo de distorsión de la realidad, que tenga el sujeto para con el rol femenino, así una vez descubiertas y enumeradas puedan ser sometidas a prueba y puestas en evidencia durante el tratamiento. Esta prueba cuenta con 29 ítems, con dos opciones de respuesta predeterminada (sí/no). Del mismo modo que en el caso anterior, ésta sería una prueba autoaplicable por el sujeto, en la que el profesional simplemente le dará las instrucciones y las aclaraciones que precise durante el desarrollo de la misma. El momento más adecuado para su aplicación sería al iniciar el plan terapéutico, para hacer consciente al sujeto de sus creencias erróneas y que se pueda empezar a trabajar en el cambio de éstas.

Pueyo y López (2005), refieren que SARA es una guía o protocolo, con formato de listado de chequeo clínico de los factores de riesgo para la violencia contra la pareja, por tanto, su objetivo es valorar el riesgo de violencia. Comprende 20 ítems identificados a partir de una revisión extensa de estudios empíricos y también en base a una revisión de trabajos especializados por profesionales clínicos de gran experiencia en la evaluación de hombres que abusaban o agredían a sus parejas. Los 20 ítems están agrupados en 5 secciones: Historial delictivo, ajuste psicosocial, historia de violencia de pareja, delito/agresión actual (que motiva a la valoración) y otras aclaraciones.

Este manual no se debe rellenar hasta que se haya realizado un completo y detallado estudio del caso ya que los ítems deben ser codificados después de que toda la información registrada se haya valorado adecuadamente.

2.1.2. Sintomatología asociada

2.1.2.1. Algunas pruebas descritas en la víctima

- Inventario de Manifestación de Ira Estado/Rasgo (STAXI).
- Inventario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI).
- Inventario de Depresión de Beck (BDI).
- Escala de Autoestima de Rosenberg.

2.1.2.2. Hostilidad

- El Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee (BDHI)

Labrador et al. (2011), es un instrumento dirigido a valorar la agresividad del entrevistado, siendo más significativo el resultado total que la relevancia de las subescalas de forma individual. Es un inventario que cuenta con un total de 75 ítems, con respuesta dicotómica (Sí/No). Por cada respuesta positiva se cuenta un punto y por cada negativa, cero. La prueba se divide en 8 subescalas: violencia, hostilidad indirecta, irritabilidad, negativismo, resentimiento, recelos, hostilidad verbal y culpabilidad. Es un inventario autoadministrado, por lo que debemos estar atentos a la posible manipulación de los resultados que obtengamos del agresor.

2.1.2.3. Listado de síntomas

- “Listado de Síntomas” (SCL-90-R)

El objetivo de esta técnica es conseguir enumerar el total de síntomas que pueda presentar el sujeto, con la finalidad de poder perfilar una orientación diagnóstica. Es un cuestionario que cuenta con 90 ítems, en cada uno de los cuales se describen diferentes y variados síntomas. El sujeto debe valorar, en una escala del 0 al 4, el grado que creen sufrirlo, siendo 0=nada y 4=mucho. Las distintas subescalas con las que cuenta incluyen las dimensiones sintomáticas de somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Además de un índice global de gravedad. En el tema que nos ocupa, aplicaremos esta prueba una vez tengamos claro el perfil del agresor, para así, poder concretar y complementar el diagnóstico.

2.1.2.4. Abuso de sustancias

Labrador et al. (2011), mencionan los instrumentos de utilización más frecuentes en la evaluación del abuso y dependencia de alcohol.

a. Entrevistas:

- Entrevista de Consumo de Alcohol (*CAGE Alcohol interview Schedule*) de Hayfield, McLeod y Hall (1974); Ewing, (1984) (*Anexo II*)
- Índice de Severidad de la Adicción (*Addiction Severity Index [ASI]*) de McLellan y cols. (1980)

- Tests de Identificación de Trastornos Relacionados con el Uso de Alcohol (*Alcohol Use Disorders Identification Test [AUDIT]*) de Babor y cols. (1992)

b. Cuestionarios, inventarios y escalas:

- Cuestionario Breve de Alcoholismo (CBA) de Feuerlein (1976)
- Test de Alcoholismo de Múnich (MALT) de Feuerlein (1977)
- Test de Discriminación del Alcoholismo de Michigan (*Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)*) de Selzer (1971)

Los mismos autores recomiendan evaluar el abuso o dependencia de alcohol y sustancias a través del cuestionario CAGE (Hayfield y cols., 1974; versión de Echeburúa, 1994) para la detección del alcoholismo. Seleccionan el CAGE como instrumento más idóneo para la detección del alcoholismo por diversas razones: en primer lugar, por tratarse de un test que permite una detección rápida de la probabilidad de abuso del alcohol, alertando al clínico sobre la necesidad de investigar más detenidamente, en segundo lugar, no requiere entrenamiento por parte del evaluador, característica necesaria para otros instrumentos como el ASI y, en tercer lugar, al tratarse de un número limitado de preguntas (4), la aplicación es rápida, sencilla y eficaz, sin que interfiera significativamente en el ritmo de la entrevista, mientras que otros instrumentos, como el ASI, CBA, MALT o MAST constan de un elevado número de ítems.

La Entrevista de Consumo de Alcohol CAGE es un test diseñado para realizar detección del abuso de alcohol. Consta de 4 preguntas con 3 alternativas de respuesta (Sí/No). Las respuestas positivas se puntúan como 1, oscilando la puntuación total del instrumento de 0 a 4. Una puntuación de 2 o más se considera clínicamente significativa. No establece diagnóstico, sino probabilidad de alcoholismo. La aplicación es rápida y debe intercalarse a lo largo de la entrevista con el sujeto.

Es importante determinar si se asocia a una posible adicción, para poder determinar si es un síntoma asociado o si cobra más importancia en la problemática. La administración de la prueba puede realizarse como autoinforme, de forma que el sujeto lea y conteste las preguntas o también puede ser el terapeuta el que pregunte y puntúe según las respuestas a los ítems.

2.1.2.5. Adaptación

Según Labrador et al. (2011), algunos de los instrumentos que se utilizan para medir la adaptación al medio y/o trastornos adaptativos son los siguientes:

a. Entrevistas:

- o Entrevista de Sucesos Vitales y Dificultades (*Life Events and Difficulties Schedule [LEDS]*) desarrollada por Brown y Harris (1989).

b. Cuestionarios, inventarios y escalas:

- o Cuestionario de cambios de vida recientes (*Recent Life Changes Questionnaire [RLCQ]*) desarrollada por Holmes y Rahe (1967) y Miller y Rahe (1997).
- o Listado de Experiencias Vitales (*Life Experience Survey [LES]*) desarrollada por Sarason, Johnson y Siegel (1978).
- o Escala de Inadaptación” de Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). (*Anexo XII*)

La Escala de inadaptación de Echeburúa (1998) citada en Soria (2006), valora los 6 campos que Echeburúa considera que conforman la plenitud de la persona. Estos son: trabajo/estudio, vida social, tiempo libre, relación de pareja, vida familiar y una escala global. Dentro de cada campo, el sujeto debe valorarlo del 0 al 5 dónde 0=nada y 5=mucho. Esta técnica nos es útil para poder saber el grado de integración y satisfacción en los distintos ámbitos de la vida del sujeto, así podemos observar su el desequilibrio es global, lo que podría corresponder a algún tipo de psicopatología a concretar o si sólo afecta a un ámbito. En este último caso también deberíamos concretar y complementar la causa u origen.

2.1.2.6. Ajuste diádico

- o Escala de Ajuste Diádico (DAS) de Spanier (1976).

Con esta prueba podemos evaluar el grado de compenetración de la pareja como tal, el grado de acuerdo y desacuerdo en el núcleo de la pareja, el grado de confianza y la percepción de cada miembro de la pareja de esta relación, y si ambas percepciones se ajustan o si existe una visión irreal o desajustada por parte de alguno de los miembros.

Es una escala que cuenta con 32 ítems. En su mayoría de ítems, el sujeto debe puntuar la afirmación en una escala de 0 a 5, donde 0 = siempre en desacuerdo y 5 = siempre de acuerdo. En alguno de los ítems se solicita otro tipo de respuesta, que requiere otro tipo de baremación, ya especificado en el ítem en concreto.

3. Evaluación de la víctima y del agresor

3.1. Credibilidad del testimonio

Arce, Fariña y Vilariño (2010), refieren que el evaluado está inmerso dentro de un contexto, en ocasiones judicial, por lo que hay que valorar a credibilidad de sus declaraciones porque ambos suelen mostrarse más deseables de lo que son.

Los mismos autores afirman que un testigo va a ser más creíble si demuestra: confianza (sinceridad y honradez), coherencia, espontaneidad, experiencia, así como otros factores comportamentales como son la mirada, la forma de hablar, su postura, etc. Sin embargo, no hay que desestimar todo lo relacionado con la atracción que puede ejercer el testigo sobre sus evaluadores. Dentro de esta atracción podemos señalar su simpatía, aspectos como belleza y atractivo físico, similitud, tanto física como psicológica con sus evaluadores.

El testimonio ha de mostrar seguridad y coherencia, ser espontáneo, extravertido, con un buen mantenimiento de la mirada –directa y cálida-, con lenguaje no dubitativo- sin titubeos y con buena entonación e intensidad-, implicado y moderadamente relajado, y, así será más persuasivo y será percibido como más creíble. Por tanto, para que haya credibilidad en un relato es necesario que se den una serie de criterios:

- Que el contenido del mensaje presente una proporción racional/cognitivo versus una proporción emocional
- La forma en que se realiza el mensaje, es decir, su intensidad, estilo, organización, argumentaciones, conclusiones explícitas o implícitas y orden de presentación sean de acuerdo a esas proporciones.

En la violencia de género, el delito se comete en un ámbito privado por lo que, en muchas ocasiones, el testimonio de la víctima es central. Para dotar de valor de prueba a éste, la jurisprudencia requiere de corroboraciones periféricas que lo avalen siendo crítica, entre ellas, la pericial psicológica de la credibilidad del testimonio.

Las evaluaciones psicológicas de la credibilidad del testimonio se realizan a través de sistemas de análisis de contenido. Las dos técnicas más conocidas y empleadas son el *Statement Validity Assessment* (SVA; Steller, 1989; Steller y Boychuck, 1992) y el *Reality Monitoring* (RM; Johnson y Raye, 1981) en la versión ampliada por Sporer (1997)

3.1.1. *Statement Validity Assessment* (SVA)

Arce, R., Fariña, F. y Vilariño, M. (2010) mencionan que el SVA, en la actualidad, representa probablemente el instrumento más usado en el estudio de la credibilidad. Su aplicación se compone de tres etapas que desarrollaremos a continuación:

- Se obtiene el testimonio mediante una entrevista semiestructurada llamada entrevista cognitiva.
- Se analiza la credibilidad de la declaración mediante el *Criteria Based Content Analysis* (CBCA; Steller y Köhnken, 1994).
- Se aplica un listado de validez.

3.1.1.1. *Entrevista cognitiva*

La entrevista cognitiva comprende cuatro técnicas generales de recuperación de memoria:

La 1ª técnica consiste en reconstruir mentalmente los contextos físicos y personales que existieron en el momento del suceso, es decir, la “reinstauración de contextos”. Se le pide al testigo que trate de situarse mentalmente en el lugar del suceso teniendo en cuenta:

- Elementos emocionales. Ejemplo “Trata de recordar cómo te sentías”.
- Elementos secuenciales. Ejemplo: “Piensa en lo que estabas haciendo en ese momento”.
- Características perceptuales: Ejemplo: “Ponte de regreso en la escena del crimen y haz un dibujo de la habitación ¿Cómo olía? ¿Qué podías oír?”.

La razón que subyace a esta técnica es el principio de codificación; la información contextual de un suceso se codifica junto con el evento y se conecta de una manera asociativa. La recuperación verbal del suceso depende del grado de los índices ambientales de la situación en la que se lleva a cabo el recuerdo que se solapa con las propiedades previamente codificadas. Diferentes investigaciones (Dando, Wilcock y Milne, 2009, citados en Arce, Fariña y Vilariño, 2010), han evidenciado

que la activación de la información contextual que se procesa con el evento objeto de recuerdo, incrementa la cantidad de información correcta que se recupera sobre el mismo sin que se produzca un aumento en el número de errores.

La 2ª técnica, recuerdo libre: consiste en pedirle al testigo narre todo lo sucedido, incluyendo la información parcial; tiene que informar absolutamente de todo, hasta de los pequeños detalles que considere superfluos, ya que éstos pueden llevar a otros, que asociados entre sí en la memoria, sean relevantes. Esta estrategia es importante para combinar la información de diferentes testigos. Se obtiene la primera versión de lo sucedido. Es de tipo narrativo, al sujeto se le deja hablar, no se le interrumpe y no se realizan preguntas.

La 3ª técnica, cambio de perspectiva: trata de animar al testigo a que se ponga en el lugar de la víctima. Los sujetos, al imaginarse los personajes de una historia, recuerdan más detalles propios de la perspectiva del personaje con quien se han identificado, que de otros personajes. Se obtiene una segunda versión de la entrevista, desde una perspectiva diferente.

La 4ª técnica, recuerdo en orden inverso: el individuo narra los hechos desde un orden diferente a como se desarrollaron, con el objetivo de recuperar pequeños detalles que pueden perderse al hacer una narración de los hechos siguiendo la secuencia temporal que tuvieron. Esta técnica es efectiva para obtener detalles adicionales y también intenta reducir:

- El efecto de los conocimientos previos.
- Las expectativas.
- Los esquemas que se producen en el recuerdo.

Bower y Morrow (1990, citados en Arce, Fariña y Vilariño, 2010), afirman que se tiende a recordar el esquema o modelo mental que nos formamos de un evento, más que el evento en sí mismo. Esta técnica presenta una utilidad adicional para el estudio de la credibilidad del testimonio, debido a que las declaraciones inventadas obtenidas en orden inverso contienen más indicios de engaño que las reales, lo que incrementa la capacidad de los evaluadores para detectar testimonios falsos.

| | | |
|-----------------|-----------------------------|---|
| Primera técnica | Reinstauración de contextos | Situarse mentalmente en el lugar del suceso |
| Segunda técnica | Recuerdo libre | Narrar todo lo sucedido |

| | | |
|-----------------|---------------------------|--|
| Tercera técnica | Cambio de perspectiva | El testigo se pone en el lugar de la víctima |
| Cuarta técnica | Recuerdo en orden inverso | Narrar un hecho desde un orden diferente a como se desarrollaron |

Por último, Arce, R., Fariña, F. y Vilariño, M. (2010) reseñan que la aplicación de la entrevista cognitiva no está limitada a la reproducción de un suceso de episodio único, ya que permite extender su utilización para recordar hechos que ocurren frecuentemente de una manera similar, tal y como es característico de los casos reales de violencia de género.

3.1.1.2. Análisis del contenido basado en criterios (CBCA)

Arce, R., Fariña, F. y Vilariño, M. (2010), refieren que este procedimiento parte de la *hipótesis de Undeutsch*, quien sostiene que las declaraciones derivadas de la vivencia de hechos reales se diferencian cualitativamente de aquellas que no se basan en la experiencia directa y que son fruto de la fantasía o inventiva del sujeto. Inicialmente, se desarrolló con el objetivo de analizar el testimonio de niños víctimas de abusos sexuales. Aun así, diversas investigaciones han evidenciado que puede detectar el engaño en declaraciones de adultos.

Godoy, V. y Higuera, L. (2005), nos explican que el CBCA consiste en puntuar la presencia o no de 19 factores o criterios que se agrupan en cinco categorías. Una puntuación de 0 indicaría que el criterio no se cumple, la puntuación de 1 indica que el criterio está presente y se puntúa con un 2 si se considera que está fuertemente presente. Los criterios agrupados por categorías son los siguientes:

Características generales: Los criterios aquí englobados se refieren a la declaración tomada en su totalidad.

1. Estructura Lógica. La declaración es coherente y consistente lógica y psicológicamente.
2. Elaboración inestructurada. La información se presenta en un orden no-cronológico.
3. Cantidad de detalles. La declaración es rica en detalles (lugares, sensaciones, información perceptual, etc.).

Contenidos Específicos: Se evalúan partes específicas del testimonio referidas a la presencia o fuerza de ciertos tipos de descripciones.

4. Engranaje Contextual (los hechos se sitúan en un tiempo y espacio).
5. Descripción de interacciones (la declaración contiene información en la que el agresor y la víctima interactúan).
6. Reproducción de conversaciones (diálogos específicos entre los actores de los hechos).
7. Complicaciones inesperadas durante el incidente (p.e., interrupción imprevista, incidente inesperado).

Peculiaridades del contenido. Se incluyen aquí aquellas características de una declaración que aumentan su concreción o viveza.

8. Detalles inusuales (detalles inesperados en el contexto de la declaración).
9. Detalles superfluos (detalles que no son relevantes para los hechos denunciados).
10. Incomprensión de detalles relatados con precisión (mención de detalles fuera del alcance de comprensión de la persona).
11. Asociaciones externas relacionadas.
12. Relatos del estado mental subjetivo (descripción de un cambio en los sentimientos, pensamientos, emociones o actitudes de la víctima durante el incidente).
13. Atribución del estado mental del autor del delito (descripciones por parte de la víctima del estado mental, motivos, estados fisiológicos o reacciones afectivas del agresor).

Contenidos Referentes a la Motivación: Estos criterios desvelan la motivación del testigo para hacer la declaración.

14. Correcciones espontáneas (corrección del testimonio ya prestado).
15. Admisión de falta de memoria (verbaliza que no recuerda información de los hechos).
16. Plantear dudas sobre el propio testimonio (la víctima manifiesta dudas sobre la exactitud del testimonio que está prestando).
17. Auto-desaprobación (información autoincriminatoria o desfavorable).
18. Perdón al autor del delito (la víctima emite afirmaciones favorecedoras o que excusan al acusado).

Elementos Específicos de la Agresión: Elementos del testimonio que no se relacionan con la viveza general de la declaración, sino con el delito.

19. Detalles característicos del delito (características de los hechos que contradicen las creencias habituales sobre cómo se producen este tipo de agresiones).

En cuanto a los criterios del CBCA, desde nuestra perspectiva, consideramos que algunos de estos criterios son muy subjetivos, por lo que pueden dar lugar a interpretaciones muy diversas dependiendo de cada evaluador. Eso conllevaría resultados diferentes según quién valore la entrevista cognitiva y podría cambiar el curso de una sentencia haciendo que una declaración falsa pudiera considerarse como verdadera y viceversa.

3.1.1.3. Prueba de validez

Si se produce una respuesta negativa a cada uno de los tópicos presentados en la lista, el resultado que se había obtenido gracias al CBCA se da por válido. En cambio, las respuestas afirmativas a aspectos de la lista levantan dudas sobre la validez de los resultados aportados por el Análisis del Contenido.

Ü Características psicológicas:

- Lenguaje y conocimientos inapropiados
- Afecto inapropiado
- Susceptibilidad a la sugestión

Ü Características de la entrevista:

- Preguntas sugerentes, directivas o coercitivas
- Inadecuación general de la entrevista

Ü Motivación:

- Motivos cuestionables a informar
- Contexto cuestionable en la investigación inicial o en el informe inicial
- Presiones para dar falso testimonio

Ü Cuestiones relativas a la investigación:

- Inconsistencia con las leyes naturales
- Inconsistencia con otras declaraciones
- Inconsistencia con otras evidencias

3.1.2. Reality Monitoring (RM)

Arce, R., Fariña, F. y Vilariño, M. (2010), refieren que el método de Control de la Realidad se fundamenta en la asunción de que los recuerdos varían en una serie de rasgos. Así, aquellos que poseen un origen externo, esto es, que se basan en la percepción de un suceso, presentan más información sensorial, mayor cantidad de

detalles contextuales y menos referencias a procesos cognitivos, que los que tienen un origen interno, es decir, inventados. Se basa en la distinción entre las características del recuerdo sobre una información percibida que ha sido realmente experimentada por el sujeto y las “memorias” sobre acontecimientos imaginados.

El núcleo principal del Control de la Realidad está basado en la idea de que las memorias que se han formado a partir de acontecimientos reales tienen unas características distintas de las memorias basadas en una ficción. Aunque en un principio no tiene nada que ver directamente con la detección de mentiras, sus principios son relevantes para detectar engaños. Desde este punto de vista, señala que una memoria real, es decir, un recuerdo sobre un acontecimiento en el que se ha tenido experiencia directa, tendrá unas características distintas en cuanto a calidad de lo recordado, que un acontecimiento que está inventado.

Todavía no se ha desarrollado un conjunto estandarizado de criterios que sea aceptado por la mayoría de investigadores. Pero, Baqués citado en Soria (2002), comprueba que hay un cierto solapamiento entre algunos criterios del Control de la Realidad con otros del Análisis del Contenido basado en criterios. En la lista que presentamos a continuación están contenidos ocho criterios en los cuales, los siete primeros son criterios de veracidad que se supone que es más factible que se encuentren en declaraciones verdadera que en declaraciones inventadas, y el último criterio, es un criterio de falsedad.

- Claridad: este criterio se refiere a la claridad y viveza de la declaración. Está presente cuando el informe es claro, nítido y vivido.
- Información perceptual: este criterio está presente si la declaración tiene experiencias sensoriales como sonidos.
- Información espacial: este criterio está presente si la declaración incluye información sobre la localización o sobre la organización espacial de las personas y los objetos.
- Información temporal: este criterio se halla presente si la declaración incluye información sobre cuándo ocurrió realmente el suceso. Este criterio está relacionado con el anclaje contextual del CBCA.
- Afecto: recoge como se sentía el participante durante los hechos. Este criterio es similar a las descripciones del estado mental subjetivo del CBCA.
- Reconstructibilidad de la historia: si es posible reconstruir el suceso a partir de la información aportada por el testimonio. Está relacionada con la estructura lógica, la producción desestructurada y la cantidad de detalles del CBCA.

- Realismo: este criterio está presente si la historia es plausible, realista, y tiene sentido. Se relaciona con la estructura lógica del CBCA y está relacionado con el criterio “Inconsistencia con las leyes naturales” del SVA.
- Operaciones cognitivas: está presente si se pueden encontrar las descripciones de inferencias hechas por los participantes en el momento de los hechos.

Tiene sentido comparar el Control de la Realidad con el CBCA ya que existen algunos solapamientos entre ambos. El método del Control de la Realidad es más efectivo con las declaraciones de adultos, mientras que el CBCA está especialmente diseñado para ser usado con niños. Aunque, Soria (2002), afirma que combinar ambos tiene muchos beneficios.

Desde nuestra perspectiva, consideramos que ambos tienen una limitación muy importante. Ésta es el grado de subjetividad que encontramos en estas técnicas, y esto podría dar lugar a errores de evaluación en las declaraciones que podrían, como ya hemos dicho, cambiar el curso de una sentencia. Por ello, realizar ambas pruebas nos aporta más información y probablemente menos posibilidad de error. Debemos tener en cuenta que, como hemos ido explicando a lo largo de este capítulo, a la víctima y al agresor se le administrarán una serie de pruebas tanto clínicas como de credibilidad en las que los resultados deben concordar. Por ello, queremos resaltar la importancia de la evaluación con cada parte ya que cuanto más información y riqueza del relato, mayor facilidad encontraremos en el momento de realizar el informe pericial.

3.1.3. Simulación

Minkowski citado en Soria (2002), define la simulación como un proceso psíquico caracterizado por la decisión consciente de reproducir trastornos patológicos valiéndose de la imitación más o menos directa, con la intención de engañar a alguien, manteniendo el engaño con la ayuda de un esfuerzo continuo durante un tiempo más o menos prolongado.

De esta definición, podemos deducir los siguientes rasgos del concepto de simulación:

- Voluntariedad consciente del fraude
- Imitación de trastornos patológicos o sus síntomas
- Finalidad utilitaria, beneficio o provecho para el simulador

La explotación de la simulación en el ámbito forense es relevante ya que son importantes los beneficios que, en principio, el acusado puede conseguir. Hay que recordar que en la simulación:

- Existe un incentivo externo
- Hay una compensación económica
- Se evita una responsabilidad legal
- Puede considerarse adaptativo bajo ciertas circunstancias
- Los objetivos son aparentes, es decir, los síntomas desaparecen en cuanto ya no son útiles

Soria (2002) refiere que existen una serie de estrategias que nos pueden facilitar la detección de la simulación:

- El “efecto suelo”: se da cuando el acusado suele fallar en aquellas tareas que incluso completarían con éxito personas muy deterioradas, pero que por su afán de querer aparentar deterioro o carencias no prevén que son respuestas muy sencillas.
- “Curva de rendimiento”: en algunos casos nos encontramos con sujetos que fallan respuestas muy fáciles y, por el contrario, aciertan aquellas consideradas difíciles.
- “Evaluación de la validez sintomática”: son pruebas de tareas de elección forzada en que se considera indicador de simulación cuando el rendimiento se halla por debajo de lo esperado.
- “Secuelas psicológicas asociadas”: cuando el sujeto realiza una atribución de muchos síntomas psicológicos o actitudes que son atípicas a su déficit.

Soria (2002), menciona que el lenguaje verbal y no verbal del simulador es muy enriquecedor pues, en muchas ocasiones, nos acercará a aquello que el acusado quiere esconder. Cuando el acusado demuestra un falso “temor”, el indicio conductual de esa falsedad es que hay una ausencia de expresión fidedigna en la frente; cuando hay un “entusiasmo o interés por lo que se está diciendo”, el indicio conductual es que no aumenta la cantidad de ilustraciones o es incorrecta su secuencia temporal; cuando demuestra “emociones negativas”, el indicio conductual es la ausencia de sudor, de alteraciones en el ritmo respiratorio, de aumento en la cantidad de manipulaciones.

Barea y Villegas citados en Soria (2002), afirman que hay otros tipos de intentos de ocultación o manipulación de información por parte del entrevistado:

- Disimulación: es el antónimo de la simulación. Trata de ocultar el padecimiento de algún trastorno o minimizarlo.

- Retrosimulación: exposición de cuadros clínicos padecidos anteriormente.
- Metasimulación: hacer ver que se inicia una patología con visión de futuro, planteada por los presos que preparan su pronta salida de la cárcel sin voluntad de modificar su conducta delictiva.

Soria (2002), refiere que no existen indicios conductuales que estén libres de error a la hora de ser utilizados en la detección del engaño. Estos indicios conductuales deben ser interpretados en el contexto social y psicológico de la situación específica donde se produzcan.

3.1.3.1. *Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS)*

González, Capilla, Matalobos (2008), nos explican que el *Structured Inventory of Malingered Symptomatology* (Widows y Smith, 2005 y 2009), es un instrumento de evaluación mediante autoinforme que pretende detectar patrones de exageración de síntomas de carácter psicopatológico y neuropsicológico. Su aplicación puede resultar útil, administrando como medida de screening o formando parte de una batería de evaluación más completa y pormenorizada, tanto en contextos clínicos como médico-legales o forenses. (*Anexo XIII*)

Permite obtener una puntuación total que se refiere al perfil de simulación general que presenta el sujeto y cinco escalas específicas referidas a la simulación de síntomas de distintos trastornos psicopatológicos y neuropsicológicos:

- Psicosis: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas psicóticos inusuales o extravagantes que no son típicos de la patología psicótica real.
- Deterioro Neurológico: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas de tipo neurológico ilógicos o muy atípicos.
- Trastornos Amnésicos: evalúa el grado en que el sujeto presenta síntomas relacionados con trastornos de memoria que son inconsistentes con los patrones de deterioro producidos por disfunción o daño cerebral real.
- Baja Inteligencia: evalúa el grado en que el sujeto exagera su déficit intelectual al fallar preguntas sencillas de conocimiento general.
- Trastornos Afectivos: evalúa el grado en que el sujeto informa de síntomas atípicos de depresión y ansiedad.

El SIMS presenta una consistencia interna y una adecuada validez predictiva para discriminar entre simuladores y no simuladores, con un 94,8% de sensibilidad, un 94,5% de especificidad y un índice de exactitud global de la prueba (AUC) de 97.

A su vez, los resultados del SIMS son concordantes con las escalas de validez del MMPI-2-RF que son sensibles a la exageración de síntomas y están inversamente relacionados con las escalas de defensividad proporcionando una adecuada evidencia de validez convergente. González, Capilla, Matalobos (2008), afirman que el SIMS es un instrumento de screening que puede resultar muy útil a la hora de proporcionar información que favorezca la convergencia de los datos para determinar simulación.

V. CASO PRÁCTICO

Para realizar el siguiente caso hemos mantenido tres entrevistas con la Sra. P., víctima de violencia de género. Nos hemos visto limitados en cuanto a información, debido a la negativa del Sr. A., por lo que nos ha sido imposible la evaluación del agresor. Por ello, basaremos el caso en los datos que hemos obtenido a través de la víctima.

La primera sesión consistió en una entrevista clínica para crear el *rapport* con la víctima. En ésta observamos una sintomatología asociada al maltrato que había sufrido, por ello consideramos adecuada la posterior administración de diferentes pruebas que detallaremos a continuación. Además, nos proporcionó una serie de informes pasados en los que había sido diagnosticada de diversas patologías.

La segunda entrevista comenzó con la selección de una serie de preguntas de la “Entrevista Semiestructurada para víctimas del Maltrato Doméstico” de Echeburúa y cols. (1998) para la recogida de datos acerca de la historia del maltrato doméstico y sobre aspectos de la relación con su expareja. También, nos ha servido para valorar la intensidad, el grado de violencia y la afectación. Asimismo, hemos tratado de basar esta parte de la sesión en la entrevista cognitiva del *Statement Validity Assessment* (SVA) ya que deberemos valorar la credibilidad del testimonio. Por otro lado, administramos el MMPI-2-RF, para hacer un screening por si existiera un trastorno de personalidad, y el Inventario de Depresión de Beck (BDI) debido a que en la entrevista clínica observamos sintomatología depresiva.

En las dos primeras sesiones tratamos de dejar que la narración fuera lo más libre posible para el posterior análisis del contenido de la declaración. Además, con la administración del MMPI-2-RF obtendremos unos resultados de fiabilidad y validez que nos ayudarán para complementar la credibilidad del testimonio.

En la tercera y última entrevista, hemos considerado interesante para la completa evaluación administrarle la “Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático” de Echeburúa y cols. (1997) ya que la situación que ha sufrido la evaluada se trata de un suceso vital estresante. Por otro lado, el “Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)” de Spielberger y otros (1998) que nos ha servido para valorar el grado de ansiedad que manifiesta como estado así como rasgo en general en el momento actual. Además, en los resultados del “Inventario de

depresión de Beck” (BDI) observamos una clara falta de autoestima en la víctima por lo que en esta sesión le pasamos la “Escala de Autoestima” de Rosenberg (1965).

Por último, le administramos la “Escala de ideación suicida” de Beck y otros (1988) ya que en la entrevista clínica nos comentó una serie de conductas que nos hacían sospechar acerca de la existencia de posibles intentos autolíticos.

En los siguientes párrafos vamos a proceder a detallar la información obtenida a lo largo de las tres entrevistas realizadas con la Sra. P. así como a la interpretación de los resultados de las pruebas administradas.

1. Anamnesis

La Sra. P, de 38 años de edad, es natural de Cabezuela del Valle. Tiene una hermana mayor y un hermano más pequeño.

Manifiesta que su infancia fue traumática por varios motivos; por una parte, refiere haber sufrido malos tratos por parte de su padre, los cuales fueron denunciados por los servicios sociales; por otra parte afirma, haber padecido abusos sexuales por parte de su tío paterno desde los 4 años de edad y hasta los 17 años de edad. Ante estas situaciones altamente estresantes, afirma no haber sentido ningún tipo de apoyo ni afecto por parte de su madre.

En cuanto a antecedentes psicológicos, fue diagnosticada de trastorno mixto de la personalidad con predominio de rasgos límites en el año 2002 y en otro informe del año 1993 se le diagnosticó de tener rasgos histero-obsesivos. A los 13 años fue diagnosticada de padecer anorexia nerviosa y fue tratada de forma intermitente. Es posible que este trastorno de la conducta alimentaria fuera una consecuencia de los posibles abusos sexuales, debido a que esta sintomatología es más frecuente en personas que han sufrido situaciones infantiles estresantes. En el informe del Parc Sanitari de San Juan de Dios del año 2011, fue diagnosticada de padecer un trastorno ansioso-depresivo causado por la situación de separación conflictiva en la que está sometida. (*Anexo XIV*)

En cuanto a antecedentes médicos no refiere haber padecido enfermedades físicas significativas.

A los 17 años de edad, coincidiendo con la última vez que su tío supuestamente intentó abusar de ella, abandonó el domicilio familiar y se independizó.

A los 20 años conoció a su ex marido, el Sr. A., en Mallorca. Al cabo de pocos meses de noviazgo, se casaron y nació su primera hija, G. En este punto, la Sra. P. resalta la excesiva necesidad que tenía de ser madre y así tener un motivo por el cual levantarse todos los días. A partir de aquí, decidieron irse a vivir a Nonaspe. Al cabo de tres años nació su segundo hijo, A. Actualmente los hijos tienen 15 y 12 años respectivamente.

Según refiere la explorada, a partir del nacimiento de su segundo hijo, empezaron los malos tratos de tipo psicológico y en menor medida, también de tipo físico, ejercidos por su esposo. En un principio, ella creyó que la situación cambiaría y que la relación mejoraría, es decir, se dio un acostumbamiento progresivo a esa situación. Además, destaca su personalidad dependiente, necesita que la quieran y se ocupen de ella. Esto se relaciona con la clara dependencia emocional que tenía con su ex marido, por lo que alejarse de él le costó años de sufrimiento debido a su gran temor de separación.

Asimismo, ella no trabajaba, por lo que además de esta dependencia emocional, existía una clara dependencia económica, por lo que no se veía capacitada para huir. Por otro lado, el excesivo miedo causado por las continuas amenazas de su ex marido posponía que la Sra. P. se marchase de casa. Tenía miedo a dejar sus hijos a solas con él ya que ella no tenía recursos económicos para hacerse cargo del cuidado de los mismos.

Con el tiempo, refiere que la violencia fue aumentando progresivamente hasta que afirma que era insostenible, motivo por el cual decidió abandonar el domicilio y por consiguiente, denunciar los hechos. A partir de entonces, estuvieron inmersos en un proceso judicial de divorcio contencioso.

En este punto se observa claramente la *teoría del ciclo de la violencia* que hemos visto en Walker (1984). Todo comienza con la acumulación de tensión en la pareja y los malos tratos psicológicos. Poco a poco las humillaciones se hacen más agudas, sus acciones verbales duran más tiempo y son más hostiles. Los incidentes menores de agresión se hacen más frecuentes y los enfados duran periodos de tiempo más largos. Llega un momento en el que las agresiones se producen como castigo sobre ella y es cuando esa tensión acumulada en la primera fase encuentra una

canalización inapropiada en relación a este caso. Todo empieza con el marido queriendo dar una lección por lo que ellos tratan de justificarse con ello. La Sra. P. nos describe a su ex marido como una persona con muchos altibajos, tenía “días buenos” en los que todo era perfecto y “días malos” en los que sucedían este tipo de incidentes. Ella refiere que cada mañana esperaba a ver de qué humor se despertaba él. Después de estos hechos tan desagradables en sus “días buenos” prometía que no volvería a hacerlo más y se comportaba de manera encantadora y cariñosa. Ella creía que la situación iba a mejorar y trataba de “pasar página”. Él creía que ella ya habría aprendido la lección y ella que él no volvería a actuar de esa manera. Desgraciadamente ese ciclo volvía a repetir, al acabar la fase de arrepentimiento volvían a acumular tensión de una manera que ella ni se daba cuenta.

En cuanto a los episodios de maltrato comenta que le provocaron una enorme inestabilidad, afectaron a su autoestima y al estado de ánimo. La Sra. P. tenía miedo a que el maltrato afectara a sus hijos. Refiere que se miraba al espejo y sólo veía reflejado tristeza y debilidad. Se define como una persona muy activa e intranquila. Comenta su clara preocupación excesiva por las cosas así como su necesidad de identificarse, saber quién es.

Le preguntamos acerca del tema sexual y nos afirmó que él le obligaba a mantener relaciones si a ella no le apetecía. Ella lo hacía porque creía que al ser su mujer estaba obligada a complacer su apetito sexual. Además, si no lo hacía, el Sr. A. se pondría violento delante de los hijos. A estos hechos ella no los consideraba maltrato sexual.

La Sra. P. nos comenta que en ocasiones el Sr. A. ha humillado a sus hijos. Al pequeño le ha llamado “cagón” y “meón” e incluso en alguna ocasión, según refiere la víctima, le hizo comer sus heces ya que el niño tuvo la desgracia de sufrir enuresis y encopresis hasta los 10 años. La mayor sufre bulling en el colegio y actualmente no acude a la escuela. El Sr. A. ha menospreciado a su hija con adjetivos como “tonta” sabiendo la delicada situación que sufre en la escuela. Nos ha confesado que tuvo algún intento autolítico cuando estaba con su exmarido para “llamar su atención”.

Actualmente tiene una segunda relación afectiva con el Sr. V., con el que convive y afirma que tiene por parte del mismo un apoyo incondicional, especialmente en el

tema de la custodia de los hijos de su ex pareja. De esta nueva relación, tienen un hijo de un año de edad.

1.1. Exploración clínica y psicopatológica

La Sra. P. acude a las entrevistas programadas, llegando puntualmente y mostrando una actitud colaboradora.

Aspecto externo y presentación: su presencia externa, en cuanto a aseo, presentación y atuendo, es adecuada.

Inteligencia: adecuada, comprendiendo bien cuantas cuestiones le han sido planteadas durante las entrevistas.

Conciencia: estado de vigilia y lucidez, sin que se observen signos propios de intoxicación o somnolencia.

Orientación: correcta, tanto en el tiempo como en el espacio, conociendo su identidad, circunstancias y situándose en el entorno.

Memoria: conservada, tanto para eventos pasados como recientes.

Senso-percepción y curso del pensamiento: no se observan signos de alteraciones perceptivas ni ideas de contenido delirante.

Afectividad: se observan elementos propios de un síndrome ansioso-depresivo, debidos a las secuelas de su anterior relación de pareja y a los conflictos derivados del actual proceso judicial por la custodia de sus hijos.

Consumo de tóxicos: No ha habido ni en el pasado ni en el presente hábitos tóxicos.

Personalidad: los resultados de las pruebas psicométricas muestran un perfil global de personalidad dentro de los parámetros de la normalidad, tal como se detalla en el siguiente punto de este informe.

2. Resultados de las pruebas psicométricas

2.1. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI-2-RF) (Anexo XV)

Las puntuaciones obtenidas en las Escalas de segundo orden (Dimensiones globales) de personalidad indican que el funcionamiento psicológico de la Sra. P. está dentro de los parámetros considerados normales, tanto a nivel emocional, conductual y de pensamiento.

En cuanto a las Escalas Clínicas Reestructuradas (RC), destaca, por una parte, la puntuación obtenida en la escala de Ideas persecutorias (RC6), la cual indica una

cierta tendencia a desconfiar de los demás así como la creencia de que otras personas tienen la intención de perjudicarlas o hacerles daño. Cabe apuntar que es común que personas implicadas en procesos judiciales obtengan puntuaciones altas en esta escala, puesto que un proceso de estas características implica la existencia de un conflicto abierto y explícito, y por tanto genera temor a ser perjudicado. Por otra parte, destaca también una alta puntuación obtenida en la escala de Quejas somáticas (RC1), la cual indica la presencia en la evaluada de múltiples quejas físicas y/o problemas de salud, así como una preocupación por la salud y propensión a desarrollar síntomas físicos como respuesta al estrés, como son dolor de espalda, de cabeza, o mareos. En este sentido, en las escalas referentes a Problemas específicos somáticos y cognitivos, despierta, por un lado, la puntuación obtenida en Dolor de cabeza (HPC), que indica la presencia de dolor crónico, dificultades para concentrarse, y tendencia a desarrollar dolor de cabeza u otro dolor físico en situaciones de estrés; y por otro lado, sobresale también la puntuación obtenida en Quejas cognitivas (COG), la cual indica un patrón difuso de dificultades cognitivas, especialmente relacionadas con la concentración, la memoria, la atención y la gestión del estrés. Cabe señalar que las dificultades cognitivas y los problemas somáticos son elementos típicos del síndrome ansioso-depresivo.

Asimismo, en las escalas referentes a Problemas específicos de internalización, la Sra. P. obtiene una puntuación elevada en las subescala de Ansiedad (AXY), lo cual revela que la evaluada afirma sentir ansiedad psicológica y física, la cual puede conllevar alteraciones en el sueño y el funcionamiento cognitivo, disminuyendo sus capacidades. Además, destaca una elevada puntuación en la subescala de Miedos incapacitantes (BRF), lo que indica que la evaluada presenta diversos miedos que restringen su comportamiento tanto dentro como fuera del hogar, hecho que también es susceptible de influir en su capacidad para tomar decisiones, y que por otra parte suele estar relacionado con una baja autoestima e inseguridad.

En las escalas referentes a problemas interpersonales, destaca la puntuación obtenida en Problemas familiares (FML), la cual señala la presencia de relaciones familiares distorsionadas y conflictivas así como la percepción por parte de la evaluada de carecer de apoyo por parte del resto de miembros; este hecho se relaciona con lo manifestado por la Sra. P. que desde pequeña le ha faltado apoyo y afecto por parte de su madre. Además la reconocida refiere haber sufrido abusos en su familia de origen, por parte de su tío, así como malos tratos por parte de su marido, lo cual explicaría esta puntuación.

En cuanto a los escalas de personalidad patológica (PSY-5), la Sra. P. obtiene una puntuación elevada en la escala de Emocionalidad negativa / Neuroticismo revisada (NEGE-r), la cual indica que la evaluada experimenta emociones negativas, tales como ansiedad, inseguridad y preocupación, por cuya presencia ella se inhibe en su comportamiento, así como también indica una cierta tendencia a la autocrítica, al sentimiento de culpa y al catastrofismo. Esta puntuación coincide con una baja autoestima.

2.2. Inventario de depresión de Beck (BDI)

La Sra. P. ha respondido el total de los 21 ítems que forman el inventario y ha obtenido una puntuación directa de 20. Este resultado sería interpretado como depresión moderada y de intensidad moderada. Este resultado no sorprende excesivamente debido a la situación que está viviendo la víctima y las posibles secuelas que el maltrato ha dejado en ella.

2.3. Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático

La Sra. P. ha obtenido una puntuación de 3 en la escala de reexperimentación, 6 en evitación y 7 en activación. La puntuación obtenida es igual a la puntuación de corte en evitación y superior en aumento de la activación.

2.4. Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

Las puntuaciones obtenidas en este inventario denotan un elevado nivel de ansiedad-estado por tanto, nos indica que la ansiedad que padece la Sra. P. es totalmente concordante con la situación judicial por la que está atravesando desde hace 3 años. Esta sintomatología se ve aumentada por el sufrimiento que tiene debido a la separación con sus hijos, ya que ellos viven en Nonaspe y ella en Barcelona.

2.5. Escala de Autoestima

En la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Sra. P. ha obtenido una puntuación por debajo de los 25 puntos por lo que se trata de una persona con una autoestima muy baja, dato que coincide con nuestras impresiones y su discurso a lo largo de la entrevista clínica. Nos comentó que los problemas de autoestima tuvieron origen en la infancia pero actualmente observamos que estos son muy significativos y podría

ser que se agravaran hasta llegar a este punto a través de los sucesivos maltratos domésticos que ha recibido.

2.6. Escala de Ideación Suicida (SSI)

Como sabemos, la Escala de Ideación Suicida de Beck y cols. no pretende poder predecir el intento suicida, pero sí valorar la intensidad del deseo de suicidarse. En cuanto a los resultados obtenidos en la Sra. P. podemos observar que no tiene ideación suicida. Nos comentó que hace años tuvo un intento autolítico pero que fue para llamar la atención de su exmarido. Actualmente tiene ganas de luchar por la custodia de sus hijos y cuidar de ellos con su nueva pareja. Su explicación coincide con los datos obtenidos en la prueba.

2.7. Credibilidad del testimonio

En cuanto a la credibilidad de la Sra. P. nos gustaría mencionar una serie de aclaraciones. Una vez escuchado el caso en un estilo narrativo libre hemos procedido a la valoración conjunta de la entrevista cognitiva el análisis basado en criterios (CBCA) y la prueba de validez.

En relación a la entrevista cognitiva destacamos que en la reinstauración de contextos le pedimos que se situara mentalmente en el lugar de los sucesos más relevantes y pudimos observar una gran aportación de detalles emocionales, secuenciales y perceptuales. Por otro lado, la técnica de recuerdo libre y la del cambio de perspectiva han sido limitadas debido a la falta de la declaración del agresor y con ello la imposibilidad de comparar los dos testimonios. Por último, en el recuerdo en orden inverso vemos que la víctima ha podido recuperar pequeños detalles que en la narración libre no le había dado tanta importancia.

El Análisis de los Contenidos basado en Criterios aplicado en la víctima ha sido favorable porque hemos visto que cumple los requisitos para que la narración pueda considerarse cierta. Encontramos cantidad de detalles, una estructura lógica y coherencia así como errores típicos de falta de memoria al recordar sucesos de este tipo o correcciones espontáneas. Es una prueba muy subjetiva pero basándonos en los parámetros que tiene actualmente determinamos que no habría posibilidad de decir que la víctima miente.

Por último, la respuesta negativa a cada uno de los tópicos presentados en la lista de prueba de validez del SVA confirman que el resultado que se había obtenido gracias al CBCA se da por válido.

Por otro lado, la prueba de control de la realidad (RM), también ha sido superada con éxito ya que la Sra. P. ha explicado con mucha claridad y precisión en cuanto a tiempo y espacio así como expresando su afectividad en momentos duros de la entrevista. Estos resultados además, coinciden con los obtenidos en el CBCA ya que existe un solapamiento entre ciertos aspectos de ambas pruebas. Aunque, como hemos explicado en el capítulo anterior estas pruebas tienen algunos criterios de interpretación subjetiva, por ello, hemos intentado evitar caer en la subjetividad y valorar la narración lo más objetivamente posible. Asimismo, la posibilidad de poner en común todas las pruebas clínicas junto con las de credibilidad para un posterior análisis global nos permite disminuir el margen de error.

Respecto a la simulación, no hemos detectado indicios que nos lleven a la conclusión de que la Sra. P. está tratando de fingir una sintomatología o inventándose unos hechos. Cuando nos relataba su historia sobre la infancia de abusos o la vivida con su ex marido pudimos observar en ella un rostro apenado e inmerso en lágrimas de tristeza. En cuanto al lenguaje no verbal creemos que la víctima reflejaba la imagen de una mujer que ha sido sometida a malos tratos desde su infancia con su familia hasta hace pocos años con su ex pareja. Además, le hemos administrado el SIMS y los resultados son concordantes con las escalas de validez del MMPI-2-RF sensibles a la exageración de síntomas. Por tanto, podemos concluir que la Sra. P. no pretende exagerar su sintomatología ni falsear acerca de los hechos sucedidos.

3. Conclusiones acerca del caso

Hemos visto que la Sra. P. cumple el perfil de víctima descrito en las páginas anteriores. Su inseguridad y el miedo son características muy remarcables de su personalidad. Debido a la gran dependencia que tenía con su ex marido no fue capaz de abandonar el hogar familiar antes y sobre todo por el miedo a dejar a sus hijos solos con su marido.

Por otro lado, observamos un gran sentimiento de vergüenza y fracaso de su relación anterior, pero la Sra. P., por lo que hemos observado, ha podido rehacer su vida de nuevo. Estos sentimientos deberían disminuir con el paso del tiempo,

teniendo en cuenta que todavía está pasando por un proceso judicial es habitual esta sintomatología.

Un aspecto que nos gustaría remarcar es la necesidad que tiene la Sra. P. de identificarse, de saber quién es. Eso denota una pérdida de la identidad social que como hemos visto en la descripción de la víctima es algo que se suele dar. Para ellas, la desaparición de la violencia también significa en muchos casos perder todo aquello que le resulta familiar en su vida. Es por eso que tiene la necesidad de identificarse ya que desde que huyó de su residencia familiar y vino a Barcelona se encuentra “pérdida”.

Las características propias de la personalidad de la Sra. P. concuerdan con los hechos por los que supuestamente ha vivido, es decir, esta baja autoestima, inseguridad y dificultades para tomar decisiones, son congruentes con sus experiencias traumáticas infantiles, pero que en la actualidad, gracias al apoyo de su pareja y a que ha ido madurando con la experiencia, se van mitigando y equilibrando así su carácter.

En cuanto a la credibilidad del testimonio, quisiéramos destacar las limitaciones que nos hemos encontrado debido a la negativa del Sr. A y la posterior comparación de ambos relatos. Aunque con la información obtenida de las pruebas clínicas administradas, el SVA, el RM y el SIMS llegamos a la conclusión de que la Sra. P. está diciendo la verdad. Además, podemos observar en el MMPI-2-RF que no es una persona que trate de falsificar la realidad. A pesar de todo, seguimos pensando que hubiera sido interesante contrastar esta evaluación con la valoración del agresor.

Conclusiones

Tal y como anticipábamos en nuestra introducción, la evaluación de la violencia de género es todavía una cuestión incipiente en psicología, por lo que existe un amplio margen de desarrollo y mejora de las valoraciones. Así, hemos podido comprobar a lo largo de nuestro análisis como algunas de las técnicas actuales utilizadas por peritos, e incluso por miembros de organismos técnicos consultivos de la Administración de Justicia, son muy subjetivas en su interpretación, lo que puede traducirse en un importante margen de error en cuanto a la apreciación de la existencia o no de la violencia de género y de su intensidad. Se trata de un tema de crucial importancia, pues puede dar lugar a que personas inocentes pierdan la libertad por una interpretación errónea de estas técnicas, o a que personas que han ejercido la violencia de género sean exoneradas de responsabilidad, sin que se haga justicia y se consume un nuevo agravio para la víctima.

Por lo tanto, resulta crítico combinar pruebas y técnicas aplicadas adaptándose a cada situación en particular, de manera que podamos contrastar los resultados de pruebas que consideramos que tienen un alto grado de subjetividad mediante la aplicación de otras pruebas más fiables. Un claro ejemplo de la subjetividad de determinados instrumentos lo encontramos en algunos de los criterios de las pruebas de Análisis de Contenido Basado en Criterios (CBCA) y del Control de la Realidad (RM), que pueden dar lugar a interpretaciones muy diversas en función del evaluador. En cambio, tras nuestro estudio pormenorizado de las técnicas de evaluación, podemos concluir que el Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota (MMPI-2-RF) junto al Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS) nos aportan, con un alto grado de fiabilidad, información acerca de la validez y deseabilidad de la persona. Por lo tanto, desde nuestra perspectiva, combinar estas pruebas con otras de carácter más subjetivo como el Control de la Realidad (RM) o el *Statement Validity Assessment* (SVA), diseñado para abusos sexuales, nos ayudará a minimizar errores en la evaluación y favorecerá la acción de la justicia.

Igualmente, hemos observado que existen otros factores propios de la aplicación de estas técnicas que deben tenerse en cuenta para dar una mayor fiabilidad al resultado, como serían la forma de llevar a cabo la entrevista, de tratar a la víctima o al agresor, la preparación del entrevistador, la espontaneidad de las preguntas que se hacen o el saber captar detalles periféricos.

Desafortunadamente, en el desarrollo de nuestro caso práctico únicamente hemos podido tener en cuenta a una de las partes por la negativa del presunto agresor a participar del mismo, lo que nos ha limitado mucho la información. Sin embargo, este inconveniente no hace sino reafirmarnos en nuestra certeza de que las evaluaciones actuales son mayoritariamente parciales e incompletas, pues no consiguen obtener una visión global y cierta de los hechos. Consideramos que el futuro de estas técnicas pasa por hacerlas más globales tratando de incluir siempre al agresor, con quien estas técnicas de evaluación pueden resultar igualmente eficaces, con lo que podremos comparar las evaluaciones y obtener una mejor visión de los hechos valorando toda la violencia de género en base a dos relatos.

A modo de corolario, proponemos profundizar en el camino recorrido para que todas estas técnicas sean mejoradas teniendo en cuenta los márgenes de error o de interpretación a los que se ha hecho referencia. Si bien somos conscientes de que nuestro análisis práctico, por su parcialidad, resulta incompleto para objetivar la credibilidad del testimonio, esperamos que ilustre las carencias actuales de la evaluación de la violencia de género y sirva de acicate para ahondar en su desarrollo teórico y práctico, asegurando la evolución de la psicología judicial.

Bibliografía

A) Bibliografía básica

ALBERDI, I. Y MATAS, N. (2002). La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España. Barcelona: La Caixa (colección Estudios Sociales nº 10).

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR* (4th ed. Text revision). Washington, DC: APA.

ARCE, R., FARIÑA, F. Y VILARIÑO, M. (2010). Contraste de la Efectividad del CBCA en la Evaluación de la Credibilidad en Casos de Violencia de Género. *Intervención psicosocial*, (vol. 19, nº2), 109-119.

CORSI J., LILIANA M. Y SOTÉS M.A. (1995). *Violencia masculina en la pareja: una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Barcelona: Paidós

CORSI, J. (1999). *Violencia masculina en la pareja; una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.

ECHEBURÚA E. Y REDONDO S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino?* Madrid: Pirámide.

ECHEBURÚA, E. Y CORRAL, P (2002). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.

GODOY, V. E HIGUERAS, L. (2005). El análisis de contenido basado en criterios (CBCA) en la evaluación de la credibilidad del testimonio. *Revista Papeles del psicólogo*, (vol.26), 92-98.

GONZÁLEZ, CAPILLA, MATALOBOS (2008). Simulación del dolor en el contexto médico-legal. *Clínica y Salud, 2008, vol. 19 n.º 3 (Pp. 393-415)*.

LABRADOR, F.J., RINCÓN P.P., DE LUÍS P., FERNÁNDEZ-VELASCO R. (2011). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica: Programa de actuación*. Madrid: Pirámide.

LABRADOR, F.J., Y RINCÓN P.P. (2002). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*, 28 (122), 905-932.

SALBER P. Y TALIAFERRO E. (2000). *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*. Barcelona: Cedecs.

SORIA, M. A. (2006). *Violencia doméstica*. Sevilla: Mad.

SORIA, M.A. (2002). *Manual de Psicología penal forense*. Barcelona: Atelier.

WALKER, L.E. (1999). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, 44 (4), (pp. 695-702).

B) Bibliografía complementaria

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (1999). *Resolution on male Violence Against Women*. Washington, DC: APA.

ANDREWS, B. Y BERWIN, C. R. (1990). Attributions of blame for marital violence: A study of antecedents and consequences, *Journal of Marriage and the Family*, 52.

BOURDIEU P. Y PASSERON JC. (2001). Fundamentos de una teoría de la violencia simbólica, en Bourdieu, Pierre y Passeron. *La Reproducción. Elementos para una teoría del sistema de enseñanza, Libro 1*. Editorial Popular, España (pp. 15-85).

CORRAL, P. (2004). El perfil del agresor doméstico. En J.Sanmartín (ed.), *El laberinto de la violencia* (pp. 239-250). Barcelona: Ariel.

DELGADO-MARTÍN, J. (2001). *La violencia doméstica. Tratamiento jurídico: problemas penales y procesales; la jurisdicción civil*. Madrid: Colex.

DÍAZ-AGUADO, M.J. Y MARTÍNEZ ARIAS, R., (2002). *Guía de buenas prácticas para paliar los efectos de la violencia contra las mujeres y conseguir su erradicación*. Madrid: Instituto de la mujer.

GIL-RUIZ, J.M. (2003). Análisis teórico y jurisprudencial de la violencia doméstica en el nuevo marco penal, en *Análisis jurídico de la violencia contra las mujeres*. Guía de argumentación para Operadores Jurídicos. Sevilla: Instituto Andaluz de la Mujer.

INSTITUTO DE LA MUJER (2003). *La Violencia contra las Mujeres. Resultados de la Macroencuesta. II Parte*. Madrid: Instituto de la Mujer.

JENKINS, A (1990). *Invitations to responsibility: the therapeutic engagement of men who are violent and abusive*. Dulwich Centre Publ.: Adelaida.

JEWKES R. (2002). *Intimate partner violence: causes and prevention*. The Lancet: Philadelphia.

KRUG, E. G.; DAHLBERG, L. L.; MERCY, J. A.; ZWI, A. B. & LOZANO, R. (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.

LANZOS, A. (2001). La violencia doméstica (una visión general). En C.G.P.J., *La Violencia en el Ámbito Familiar. Aspectos Sociológicos y Jurídicos. Cuadernos de Derecho Judicial, V-2001* (pp. 133-149). Madrid: Lerko Print, S.A.

LÁZARO, F. (2000). *El dardo en la palabra. Vísperas navideñas*. Barcelona: El País.

LORENTE, M. (2001). *Mi Marido me Pega lo Normal*. Barcelona: Ares y Mares.

MULLENDER A. (1996). *La...violencia...doméstica: una nueva visión de un viejo problema*. Barcelona: Paidós.

NACIONES UNIDAS (1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Naciones Unidas: Nueva York.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. Washington, DC: OMS.

PIAGET, J. (1993). *Personas dominantes*. Buenos Aires: Vergara.

PUEYO Y LÓPEZ (2005). *Manual para la valoración del riesgo de violencia contra la pareja (S.A.R.A.)*. Barcelona: Universitat de Barcelona.

RINCÓN, P. P. (2001). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención. (Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid, 2001).

SORIA M.A. [coord.],(2001). *Perfil psicològic de l'agressor domèstic homicida i no homicida*. Barcelona: CDES.

VARELA, N. (2002). *Íbamos a Ser Reinas*. Barcelona: Ediciones B, S. A.

WALKER, L.E. (1984). *The battered Woman Syndrome*. New York: Springer.

ZARZA Y FROJÁN (2005). Estudio de la violencia doméstica en una muestra de mujeres latinas residentes en Estados Unidos. *Anales de psicología*, vol. 21, (pp.18-26).

Anexo I

Rincón (2001)

Ficha de antecedentes personales

Nombres: _____ Fecha de entrevista: _____
 Apellidos: _____ Fecha de nacimiento: _____
 Estado civil: _____ Hijos: No Sí Cuántos: _____ Edad: _____
 Nivel Educativo: _____ Profesión: _____
 Ocupación: _____
 Horario disponible: _____
 Clase social subjetiva: Baja Media baja Media Media alta Alta
 Teléfonos: Casa: _____ Móvil: _____ Trabajo: _____
 Con quién vive: _____
 Con el agresor: No Sí Depende económicamente de él: No Sí
 Domicilio: _____
 Código postal: _____

Resumen evaluación

| DIMENSIÓN EVALUADA | RESULTADOS |
|------------------------------------|--|
| Trastorno de estrés posttraumático | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Puntuación total: Reexperimentación: Evitación: Aumento activación: |
| Depresión | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Puntuación: Diagnóstico: |
| Ansiedad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Puntuación: Diagnóstico: |
| Otro trastorno de ansiedad | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diagnóstico: |
| Abuso y dependencia de sustancias | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Diagnóstico: |
| Autoestima | Puntuación: |
| Inadaptación | Trabajo-Estudios: Vida social: Tiempo libre: Relación pareja: Vida familiar: Escala global: |
| Cogniciones posttraumáticas | Si mismo: El mundo: Autopunición: Escala global: |

Anexo II

Labrador y Rincón (2002)

Pauta de entrevista para víctimas de violencia doméstica

Se comienza con las siguientes instrucciones: *A continuación voy a hacerle unas preguntas en relación al problema de violencia o maltrato que ha vivido. Sé que es difícil hablar de ello, pero necesito saber algunas cosas para poder prestarle una ayuda adecuada.*

1. ¿Cómo describiría usted el maltrato al que se ha visto sometida?
2. Explíqueme de la manera más clara posible lo que le pasa o siente al respecto (Énfasis en la atribución de responsabilidad).
3. ¿Podría describir detalladamente la última vez que esto sucedió?
4. ¿Cuándo y cómo sucedió por primera vez?
5. ¿Cuál ha sido el incidente más grave?
6. ^{no} *Si la paciente vive con el agresor, preguntar: ¿Con qué frecuencia se da el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año? ¿Y en el último mes?*
^{no} *Si la paciente ya no vive con el agresor, preguntar: ¿Durante el tiempo en que usted vivía con su pareja, con qué frecuencia se daba el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año que vivieron juntos? ¿Y en el último mes de convivencia?*
7. ¿El maltrato ha afectado a sus hijos? ¿De qué manera? (Le ha maltratado en su presencia, ha amenazado con maltratarlos a ellos o lo ha hecho).
8. ¿De qué manera le ha afectado este problema en su vida?
9. ¿En qué momento o situación el problema ha sido más intenso o le ha afectado más?
10. ¿En qué momento o situación el problema ha tenido menos intensidad o le ha afectado menos?
11. ¿Cómo sitúa su estado actual, en relación a los dos momentos anteriores?
12. ¿Qué ha hecho usted para solucionar este problema?
13. ¿Qué resultados ha obtenido con esto?
14. A. ¿Ha denunciado el maltrato?
Sí: ^{no} 14B. No: ^{no} 15.
B. ¿Cuántas veces?
C. ¿Cómo ha reaccionado él?
D. ¿Ha retirado alguna denuncia? ¿Cuántas veces? ¿Por qué motivos?
E. ¿Tiene denuncias en curso en este momento?
15. A. ¿Ha tenido que abandonar su hogar debido al maltrato?
Sí: ^{no} 15B. No: ^{no} 16.

Anexo III

De Luís (2001)

Entrevista de valoración de peligrosidad

1. ¿Vive con el agresor? (☒)
2. ¿El agresor conoce dónde vive, trabaja, sus horarios, rutinas, etc.? (☒)
3. ¿Ha denunciado alguna vez al agresor? ¿Cómo ha reaccionado él? (☒)
4. ¿Alguna vez ha tenido usted que abandonar su casa? ¿Cómo ha reaccionado él? (☒)
5. ¿Ha recibido asistencia médica por lesiones provocadas por el maltrato? ¿De qué tipo o gravedad? ¿Cuántas veces? (☒)
6. ¿Alguna vez usted ha devuelto la agresión? ¿Cómo ha reaccionado él?
7. ¿Ha habido en su familia de origen experiencias de maltrato? (☒)
8. ¿Tienen hijos?
9. ¿Depende económicamente de él? ¿Tienen cuentas corrientes en común, préstamos, hipotecas?
10. ¿Depende de él por motivos de trabajo? ¿Está vinculada a él a nivel laboral?
11. ¿Siente que depende de él emocionalmente? ¿No es capaz de realizar actividades o relacionarse con personas sin la aceptación de su pareja?
12. ¿Tienen amigos en común?
13. ¿Cuenta con personas que le apoyen o a las que pueda acudir?
14. ¿Cuenta con algún recurso económico propio o ayuda económica de algún familiar?
15. ¿Tiene posibilidad de conseguir un trabajo?
16. ¿Conoce o dispone de alguna ayuda social?
17. ¿Hay algún sitio donde pueda acudir en caso de emergencia? ¿El agresor podría localizarla allí?
18. Describame el maltrato que ha sufrido. (☒)
19. Desde cuándo recibe usted malos tratos por parte de su pareja? (☒)
20. ¿Podría describir detalladamente la última vez que esto sucedió? (☒)
21. ¿Cuándo y cómo sucedió por primera vez? ¿Cómo finalizó? (☒)
22. ¿Cuál ha sido el incidente más grave? ¿Qué lo motivó? ¿Cómo finalizó? (☒)

23. ¿Con qué frecuencia se da el maltrato? ¿Cuántas veces en el último año? ¿Y en el último mes? (2)
24. ¿Tiene usted libertad para actuar independientemente? ¿El agresor le controla sus actividades? (le impide ver a sus amistades o familiares, manifiesta celos, le acusa de ser infiel, controla su dinero, le ha seguido, ha escuchado sus conversaciones telefónicas o violado su privacidad en otro sentido).
25. ¿Su pareja habitualmente se muestra violento con otras personas? ¿Ha agredido a otras personas?
26. ¿Pierde habitualmente el control?
27. ¿Se muestra celoso?
28. ¿Toma algún tipo de drogas o alcohol?
29. ¿Tiene algún trastorno mental?
30. ¿Ha habido en la familia de origen de él algún tipo de maltrato?
31. ¿Cómo de peligroso diría usted que es su compañero?
32. ¿De qué le cree usted capaz?
33. ¿El agresor la ha amenazado de muerte? ¿Ha intentado hacerlo en alguna ocasión? ¿Cree que es capaz de hacerlo?
34. ¿Le ha agredido en alguna ocasión en presencia de sus hijos? (2)
35. ¿Le ha amenazado con agredir a sus hijos o a otros miembros de la familia? (2)
36. ¿Se comporta de forma violenta con sus hijos u otros miembros de la familia? (2)
37. ¿Sabe si tiene o suele llevar algún arma?

Anexo IV

Zimmermann (1994)

Entrevista Estructurada Diagnóstico DSM-IV de Trastornos de Ansiedad

TRASTORNO DE ANGUSTIA

Inclusión: A
Exclusión: B, C

☞ Nota diagnóstica: El trastorno de angustia puede ser diagnosticado con o sin agorafobia. Para las preguntas de agorafobia, véase la sección siguiente.

(A) Crisis de angustia inesperadas recidivantes, en que al menos una de las crisis se ha seguido durante 1 mes (o más) de uno (o más) de los siguientes síntomas: 1) inquietud persistente ante la posibilidad de tener más crisis, 2) preocupación por las implicaciones de las crisis o sus consecuencias (p. ej., perder el control, sufrir un infarto al miocardio, «volverse loco», o 3) cambio significativo del comportamiento relacionado con las crisis.

1. A. Una crisis de angustia o ansiedad es un arrebato repentino de miedo, ansiedad o malestar muy intensos, que surge repentinamente sin razón alguna. ¿Ha experimentado esto alguna vez?
Sí: ** 1B. No: ** 3.
- B. ¿Me lo podría describir? ¿Cuántas crisis ha experimentado? ** 2.
¿Alguna vez se ha despertado a causa de ellas?
¿Hay alguna situación que provoque estas crisis?
Sí: ** 1C. No: ** 1D.
- C. ¿Le ha ocurrido esto sólo en esas situaciones o también ha tenido estas crisis debido a desánimo o en situaciones en que no se lo esperaba?
- D. ¿Le ha preocupado el que las crisis se repitan en el futuro?
Sí: ** 1E. No: ** 1F.
- E. Cuando se ha sentido preocupada porque las crisis se repitan, ¿cuánto tiempo pasa hasta que usted deja de preocuparse por la ocurrencia de una nueva crisis?
- F. ¿Qué preocupaciones ha tenido en relación a estas crisis? (¿Le ha preocupado que pueda tener un ataque al corazón? ¿O que pueda volverse loca o perder el control?...)
Sí: ** 1G. No: ** 1H.
- G. ¿Durante cuánto tiempo le han preocupado estas consecuencias?
- H. ¿Ha habido algún cambio en su comportamiento o en sus rutinas diarias desde que comenzaron estas crisis?
2. A. Piense en la última crisis que ha tenido. ¿Cuándo sucedió? ¿Dónde estaba usted en ese momento? Le voy a preguntar acerca de algunos síntomas que puede haber experimentado durante la crisis:

- a) ¿Sentía que su corazón latía fuerte o rápidamente?
 - b) ¿Sudaba?
 - c) ¿Temblaba o se estremecía?
 - d) ¿Tenía problemas para respirar o tenía sensación de ahogo?
 - e) ¿Tenía la sensación de que se iba a atragantar?
 - f) ¿Tenía dolor, presión o malestar en el pecho?
 - g) ¿Tenía náuseas, dolor en el estómago o le parecía que podía tener diarrea?
 - h) ¿Se sentía mareada, débil o le parecía que se podía desmayar?
 - i) ¿Tenía la sensación de que las cosas a su alrededor no eran reales, como si estuviera en un sueño, la sensación de que algunas partes de su cuerpo no eran reales o no le pertenecían, o la sensación de que usted estaba fuera de sí misma, como mirándose desde fuera?
 - j) ¿Tenía miedo de volverse loca o perder el control?
 - k) ¿Tenía miedo de morir?
 - l) ¿Tenía sensación de hormigueo o adormecimiento en los dedos de las manos o en los pies?
 - m) ¿Tenía sofocos o escalofríos?
- B. Durante la crisis ¿cuánto tiempo suele pasar entre que se inicia y usted tiene la mayoría de estos síntomas? **Si la respuesta no es clara o parece apuntar a más de 10 minutos preguntar:**
- C. ¿Alguna vez los síntomas han comenzado rápidamente, dentro de los primeros 10 minutos en que empieza la crisis? **Regresar página anterior, ve IB.**

(B) Excluir el diagnóstico si los síntomas se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo).

(C) Excluir el diagnóstico si la crisis de angustia se puede explicar mejor por la presencia de otro trastorno mental, como por ejemplo, fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés post-traumático o trastorno por ansiedad de separación.

AGORAFOBIA

| |
|---------------------------------|
| Inclusión: A, B Exclusión: C |
|---------------------------------|

⇨ Nota diagnóstica: La agorafobia puede ser diagnosticada con o sin historia de trastorno de angustia. Las preguntas de trastorno de angustia están en la sección anterior.

(A) Aparición de ansiedad al encontrarse en lugares o situaciones donde escapar puede resultar difícil (o embarazoso) o donde, en el caso de aparecer una crisis de angustia inesperada o más o menos relacionada con una situación, o bien síntomas similares a la angustia, puede no disponerse de ayuda. Los temores agorafóbicos suelen estar relacionados con un conjunto de situaciones características, entre las que se incluyen estar solo fuera de casa, mezclarse con la gente o hacer cola, pasar por un puente, o viajar en autobús, tren o automóvil.

NOTA: Considerar el diagnóstico de fobia específica si el comportamiento de evitación se limita a una o pocas situaciones específicas, o de fobia social si tan sólo se relaciona con acontecimientos de carácter social.

3. A. Algunas personas tienen miedos muy intensos al estar en ciertos lugares o situaciones. ¿Se siente usted atemorizada, ansiosa o nerviosa ante alguna de las siguientes situaciones?

- a) Estar sola fuera de casa.
- b) Estar en lugares muy concurridos o llenos de gente, como los cines, supermercados, centros comerciales, iglesias, restaurantes, etc.
- c) Esperar haciendo cola.
- d) Atravesar un puente o un túnel.
- e) Viajar en autobús, tren o avión.
- f) Conducir o montar en coche.
- g) Estar sola en casa.
- h) Estar en grandes espacios abiertos, como por ejemplo, un parque.
- i) Estar en lugares cerrados, como por ejemplo, un cuarto pequeño o un ascensor.

Sí a cualquiera: = 3B.

No: = 5.

B. Sé que puede ser difícil de describir, pero ¿qué es exactamente lo que le preocupa en relación a la (FOBIA)?

¿Qué cree que puede sucederle?

¿Qué es lo que le atemoriza de eso?

(B) Estas situaciones se evitan (p. ej., se limita el número de viajes), se resisten a costa de un malestar o ansiedad significativos por temor a que aparezca una crisis de angustia o síntomas similares a la angustia, o se hace indispensable la presencia de un conocido para soportarlas.

4. A. ¿En qué grado usted evita la (FOBIA)? *Si no hay evitación preguntar:*

B. Entonces, ¿qué hace? ¿Cómo afronta esa situación?

¿Necesita que haya alguien con usted en esa situación para afrontarla?

¿El problema (FOBIA) se da sólo cuando usted está con alguien?

¿El problema (FOBIA) se da cuando usted está sola?

Sí a cualquiera: ** 4C.

No: ** 5.

C. ¿Hasta qué punto llega a ponerse nerviosa o ansiosa?
¿Qué es lo que le produce ansiedad?

(C) Excluir el diagnóstico si la ansiedad o comportamiento de evitación puede explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, como fobia social, fobia específica, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático o trastorno de ansiedad por separación.

FOBIA SOCIAL

| |
|------------------------------------|
| Inclusión: A, E Exclusión: F, G |
|------------------------------------|

(A) Temor acusado y persistente por una o más situaciones sociales o actuaciones en público en las que el sujeto se ve expuesto a personas que no pertenecen al ámbito familiar o a la posible evaluación por parte de los demás. El individuo teme actuar de un modo (o mostrar síntomas de ansiedad) que sea humillante o embarazoso.

5. A. Algunas personas sienten un miedo muy intenso al estar en situaciones en que son observadas o evaluadas por otros. ¿Se siente usted preocupada porque pueda hacer o decir algo embarazoso frente a otras personas, o que las otras personas puedan pensar mal de usted?
- B. Déjeme preguntarle sobre algunas situaciones específicas. ¿Alguna de las siguientes situaciones la hacen sentirse más atemorizada, ansiosa o nerviosa que la mayoría de la gente?
- a) Comer frente a otros.
 - b) Escribir frente a otros.
 - c) Hablar en público.
 - d) Decir algo cuando se encuentra en un grupo de gente.
 - e) Hacer una pregunta cuando se encuentra en un grupo de gente.
 - f) Orinar en servicios públicos.
 - g) Asistir a reuniones de negocios.
 - h) Asistir a fiestas.

Sí a cualquiera: ** 5C.

No: ** 10.

- C. ¿Cree usted que es mucho más ansiosa que otras personas?
- D. Sé que es difícil de describir, pero ¿qué es lo que le preocupa acerca de (FOBIA)? (p. ej., atorarse mientras come, que le tiemblen las manos al escribir, ser incapaz de orinar, no ser capaz de completar una lectura, discurso o presentación).

(B) La exposición a las situaciones sociales temidas provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación.

6. A. En el momento en que usted se enfrenta a la (FOBIA) ¿inmediatamente se siente ansiosa o nerviosa?

Sí: ** 6B.

No o hay evitación
del estímulo fóbico: ** 6C.

B. ¿Qué le ocurre? ¿A qué se parece?

¿Tiene una crisis de angustia?

C. ¿Y cómo era en el pasado?, ¿qué le ocurría antes?

(C) El individuo reconoce que este temor es excesivo e irracional.

7. A. ¿Cree usted que la (FOBIA) le preocupa o atemoriza más que lo que debería?

Sí: ** 8.

No: ** 7B.

B. ¿Realmente no cree que se preocupa mucho por la (FOBIA)?

Sí: ** 7C.

No: ** 8.

C. Entonces, ¿por qué cree usted que otras personas no están tan preocupadas por (FOBIA)?

(D) Las situaciones sociales o actuaciones en público temidas se evitan o bien se experimentan con ansiedad o malestar intensos.

8. A. ¿En qué grado usted evita la (FOBIA)? *Si no hay evitación preguntar:*

B. ¿Hasta qué punto se pone ansiosa? ¿Tiene una crisis de angustia?

(E) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar que aparece en la(s) situación(es) social(es) o actuación(es) en público temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal del individuo, con sus relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien producen un malestar clínicamente significativo.

9. A. ¿Qué problemas le ha causado en su vida el miedo o la evitación a (FOBIA)?
- B. ¿Le ha causado problemas laborales (o académicos) como ser despedida (suspender) o tener dificultades para ascender?
- C. ¿Ha tenido problemas de pareja como consecuencia de lo que le ocurre?
- D. ¿Ha interferido en sus relaciones de amistad?
- E. ¿Le ha afectado en sus actividades de ocio?
- F. ¿Hasta qué punto le resulta molesto tener este miedo a (FOBIA)?

(F) Excluir el diagnóstico si el miedo o el comportamiento de evitación se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica y pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej. trastorno de angustia con o sin agorafobia, trastorno de ansiedad por separación, trastorno dismórfico corporal, un trastorno generalizado del desarrollo o trastorno esquizoide de la personalidad).

FOBIA ESPECÍFICA (FOBIA SIMPLE)

| |
|---------------------------------|
| Inclusión: A, E Exclusión: F |
|---------------------------------|

(A) Temor acusado y persistente que es excesivo e irracional, desencadenado por la presencia o anticipación de un objeto o situación específicos (p. ej., volar, precipicios, animales, administración de inyecciones, visión de sangre).

10. A. Algunas personas sienten un miedo muy intenso a ciertos objetos o situaciones. ¿Alguno de los siguientes objetos o situaciones le provocan un gran temor o la hacen sentir muy nerviosa?
- a) Alturas.
- b) Estar cerca de mascotas como perros o gatos.
- c) Arañas, insectos, serpientes, ratones o murciélagos.
- d) Volar.
- e) Ver sangre.
- f) Estar en el agua (p. ej., piscinas, lagos).
- g) Tormentas.
- h) Recibir una inyección.
- Sí a cualquiera: ** 10B. No a todas: ** 15.
- B. ¿Cree usted que es más ansiosa que otras personas?

(B) La exposición al estímulo fóbico provoca casi invariablemente una respuesta inmediata de ansiedad, que puede tomar la forma de una crisis de angustia situacional o más o menos relacionada con una situación determinada.

11. A. En el momento en que usted se enfrenta a la (FOBIA) ¿inmediatamente se siente ansiosa o nerviosa?

Sí: ☞ 11B.

No o hay evitación
del estímulo fóbico: ☞ 11C.

B. ¿Qué ocurre? ¿A qué se parece?

¿Tiene una crisis de angustia?

C. ¿Y qué ocurría en el pasado, qué pasaba antes?

(C) El individuo reconoce que este miedo es excesivo e irracional.

12. A. ¿Cree usted que la (FOBIA) le preocupa o atemoriza más que lo que debería?

Sí: ☞ 13.

No: ☞ 12B.

B. ¿Realmente no cree que se preocupa mucho por la (FOBIA)?

Sí: ☞ 12C.

No: ☞ 13.

C. Entonces, ¿por qué cree usted que otras personas no están tan preocupadas por (FOBIA)?

(D) La(s) situación(es) fóbica(s) se evita(n) o se soporta(n) a costa de una intensa ansiedad o malestar.

13. A. ¿En qué grado usted evita la (FOBIA)? *Si no hay evitación preguntar:*
B. ¿Hasta qué punto llega a estar ansiosa? ¿Cuánto malestar le ocasiona la (FOBIA)?

(E) Los comportamientos de evitación, la anticipación ansiosa, o el malestar provocados por la(s) situación(es) temida(s) interfieren acusadamente con la rutina normal de la persona, con las relaciones laborales (o académicas) o sociales, o bien provocan un malestar clínicamente significativo.

14. A. ¿Qué problemas le ha causado en su vida el miedo o la evitación a (FOBIA)? ¿Ha interferido con su vida cotidiana?
B. ¿Le ha causado problemas laborales (o académicos)?
C. ¿Ha tenido problemas de pareja como consecuencia de lo que le ocurre?
D. ¿Ha interferido en sus relaciones de amistad?
E. ¿Le ha afectado en sus actividades de ocio (p. ej., salidas o vacaciones)?
F. ¿Hasta qué punto le resulta molesto tener este miedo a (FOBIA)?

(F) Excluir el diagnóstico si la ansiedad, las crisis de angustia, o los comportamientos de evitación fóbica asociados a objetos o situaciones específicos pueden explicarse mejor por la presencia de otro trastorno mental, por ejemplo, un trastorno obsesivo compulsivo (p. ej., miedo a la suciedad en un individuo con ideas obsesivas de contaminación), trastorno de estrés postraumático (p. ej., evitación de estímulos relacionados con un acontecimiento altamente estresante), trastorno de ansiedad por separación (p. ej., evitación de ir a la escuela), fobia social (p. ej., evitación de situaciones sociales por miedo a que resulten embarazosas), trastorno de angustia con agorafobia o agorafobia sin historia de trastorno de angustia.

TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA

Inclusión: A, B, al menos 3 de C, E
Exclusión: D, F

(A) Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

15. A. En general, ¿es usted una persona nerviosa? ¿Es aprensiva?
Sí: 15B. No: 19.
- B. ¿Qué le preocupa?
¿Le dice la gente que se preocupa demasiado por ese motivo?
¿Piensa usted lo mismo?
¿Cree que su ansiedad es poco realista o excesiva?
¿Le preocupa que vayan a sucederle cosas negativas o malas?
¿Le preocupa que le puedan suceder cosas negativas a personas cercanas a usted?
¿Con qué frecuencia le preocupan esas cosas? (¿La mayoría de los días?).
¿Desde hace cuánto tiempo le sucede esto? (Al menos 6 meses).

(B) Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

16. A. ¿Le es difícil controlar estas preocupaciones?

(C) La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

17. A. Ahora voy a preguntarle sobre algunos síntomas físicos que frecuentemente acompañan a la ansiedad y al nerviosismo. Durante los pasados 6 meses, cuando se ha sentido tensa o nerviosa, frecuentemente:
- a) ¿Se ha sentido inquieta, intranquila, nerviosa, tensa, en el límite o ha tenido dificultad para mantenerse quieta?
 - b) ¿Se ha sentido cansada muy fácilmente?
 - c) ¿Ha tenido problemas de concentración o se le queda la mente en blanco?
 - d) ¿Se ha sentido irritable?
 - e) ¿Ha sentido tensión, dolores o molestias en sus músculos?
 - f) ¿Ha tenido problemas para quedarse dormida o para dormir?
- B. ¿Con qué frecuencia ha tenido estos síntomas físicos? (¿La mayoría de los días?).

(D) Excluir el diagnóstico si el centro de la ansiedad y de la preocupación se limita a los síntomas de un trastorno del Eje I; por ejemplo, la ansiedad o preocupación hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno de estrés posttraumático.

(E) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

8. A. ¿Qué efectos ha tenido la ansiedad, la preocupación y (SÍNTOMAS DE C) en su vida?
- B. ¿Le ha causado molestias sentirse de ese modo?
- C. ¿Ha afectado a su trabajo (estudios)? ¿Su relación de pareja? ¿Sus relaciones de amistad? ¿Su vida social? ¿Sus actividades de ocio?

Sí: ** 18D.

No: ** 19.

- D. ¿De qué manera? ¿Interfiere con sus actividades diarias?

(F) Excluir el diagnóstico si los síntomas son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

TRASTORNO OBSESIVO-COMPULSIVO

Inclusión: A1-A4 para obsesiones o
A1-A2 para compulsiones
B y C para ambas.
Exclusión: D, E

OBSESIONES — Se requieren A1-A4

(A1) Pensamientos, impulsos o imágenes recurrentes y persistentes que se experimentan en algún momento del trastorno como intrusos e inapropiados, y causan ansiedad o malestar significativos.

19. A. Algunas personas frecuentemente sufren malestar por pensamientos intrusivos, absurdos, desagradables u horribles, que parecen ser irracionales o no tener sentido, pero que se repiten una y otra vez. Por ejemplo, pensamientos repetitivos e intrusivos acerca de herir o matar a alguien querido incluso con la intención de no hacerlo; que alguien querido está herido; que uno dirá obscenidades en público, que uno está contaminado por gérmenes o por suciedad, o que uno va a atropellar a alguien mientras conduce. ¿Algo como esto ha sido un problema para usted?

Sí: **19B.**

No: **22.**

B. Describa qué es lo que le ocurre.

¿Con qué frecuencia aparece?

¿Cómo se siente cuando tiene esos pensamientos?

¿Hay imágenes repetitivas, frecuentes o intrusivas?

Sí: **19C.**

No: **20.**

C. Hábleme acerca de ellas, describámelas.

¿Con qué frecuencia aparecen?

¿Cómo se siente cuando le vienen esas imágenes?

(A2) Los pensamientos, impulsos o imágenes no se reducen a simples preocupaciones excesivas sobre problemas de la vida real.

(A3) La persona intenta ignorar o suprimir estos pensamientos, impulsos o imágenes, o bien intenta neutralizarlos mediante otros pensamientos o actos.

20. A. ¿Qué hace usted para manejar estos pensamientos o imágenes?
B. ¿Trata de ignorarlos o de librarse de esos pensamientos/imágenes y ponerlos fuera de su mente?
C. ¿Se dice a sí misma cosas o imagina otras imágenes para neutralizar o contrarrestar esos pensamientos/imágenes desagradables?

(A4) La persona reconoce que estos pensamientos, impulsos o imágenes obsesivos son el producto de su mente (y no vienen impuestos como en la inserción de pensamiento).

21. A. ¿Esos pensamientos son suyos o usted cree que alguien, o alguna fuerza o poder externo, los ha puesto en su mente? *Si cree que no son propios, preguntar:*
B. Cuénteme cómo ha sucedido eso.

COMPULSIONES — Se requieren A1 y A2

(A1) Comportamientos (p. ej., lavado de manos, puesta en orden de objetos, comprobaciones) o actos mentales (p. ej., rezar, contar o repetir palabras en silencio) de carácter repetitivo, que el individuo se ve obligado a realizar en respuesta a una obsesión o con arreglo a ciertas reglas que debe seguir estrictamente.

22. A. Algunas personas frecuentemente sufren malestar porque tienen que hacer algo una y otra vez y no pueden resistirse cuando lo intentan. Por ejemplo, se lavan las manos de manera repetida, chequean si la puerta está cerrada o si el horno está apagado, o cuentan cosas excesivamente. ¿Ha tenido usted dificultades como éstas?

Sí: ⇨ 22B.

No: ⇨ 24 o dé por terminada la entrevista si venía de pregunta 19.

- B. ¿Como qué? Describa qué es lo que le ocurre.
C. ¿Tiene algún ritual que siempre tenga que hacer en un orden particular, y si ese orden se ve interrumpido usted debe empezar todo de nuevo desde el principio?

Sí: ⇨ 22D.

No: ⇨ 23.

- D. ¿Como qué?

(A2) El objetivo de estos comportamientos u operaciones mentales es la prevención o reducción del malestar o la prevención de algún acontecimiento o situación negativos; sin embargo, estos comportamientos u operaciones mentales, o bien no están conectados de forma realista con aquello que pretenden neutralizar o prevenir, o bien resultan claramente excesivos.

23. A. ¿Si usted no realiza (COMPULSIÓN) se siente muy ansiosa o tensa?

Sí: ☞ 23C.

No: ☞ 23B.

B. Entonces ¿por qué lo hace?

C. ¿Qué cree que puede suceder si usted no realiza (COMPULSIÓN)?

Los criterios B-E son los mismos tanto para obsesiones como para compulsiones.

(B) En algún momento del curso del trastorno la persona ha reconocido que estas obsesiones o compulsiones resultan excesivas e irracionales.

24. A. ¿Parece la (OBSESIÓN/COMPULSIÓN) irracional o excesiva, pero a pesar de ello usted se siente obligada a realizarla?

Sí: ☞ 25.

No: ☞ 24B.

B. ¿Alguna vez ha pensado que la (OBSESIÓN/COMPULSIÓN) era irracional o excesiva?

Sí: ☞ 25.

No: ☞ 24C.

C. ¿Otras personas han pensado eso?

Sí: ☞ 24D.

No: ☞ 25.

D. ¿Qué le han dicho?

¿Usted cree que ellos estaban equivocados?

(C) Las obsesiones o compulsiones provocan un malestar clínico significativo, representan una pérdida de tiempo (suponen más de 1 hora al día) o interfieren marcadamente con la rutina diaria del individuo, sus relaciones laborales (o académicas) o su vida social.

25. A. ¿Le ha causado molestias el tener que (OBSESIÓN/COMPULSIÓN)?

B. ¿Qué efectos ha tenido en su vida?

C. ¿Ha afectado a su trabajo (estudios)? ¿Su matrimonio? ¿Sus relaciones de amistad? ¿Su vida social? ¿Sus actividades de ocio?

Sí: 25D.

No: 25E.

D. ¿En qué forma?

E. ¿Le permiten realizar sus rutinas y tareas diarias?

F. ¿Cuánto tiempo al día gasta usted en realizar (OBSESIÓN/COMPULSIÓN)?

(D) Excluir el diagnóstico si, habiendo otro trastorno del Eje I, el contenido de las obsesiones o compulsiones se limita a él (p. ej., preocupaciones por la comida en un trastorno alimentario, arranques de cabellos en la tricotilomanía, inquietud por la propia apariencia en el trastorno dismórfico corporal, preocupación por las drogas en un trastorno por consumo de sustancias, preocupación por estar padeciendo una grave enfermedad en la hipocondría, preocupación por las necesidades o fantasías sexuales en una parafilia o sentimientos repetitivos de culpabilidad en el trastorno depresivo mayor).

(E) Excluir el diagnóstico si los síntomas son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o de una enfermedad médica.

Anexo V

Spielberg, Gorsuch y Lushene (1970)

Inventario de Evaluación de la Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

N.º 124

STAI

A / E F D = 80 + - -

A / R F D = 81 + - -

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| | + | - | - | - |
| | + | - | - | - |

AUTOEVALUACION A (E/R)

Apellidos y nombre Edad Sexo
 Centro Curso/Puesto Estado civil V & M
 Otros datos Fecha

A-E INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *AHORA MISMO*, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

| | | Nada | Algo | Bastante | Mucho |
|---|---|------|------|----------|-------|
| 1. Me siento calmado | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 2. Me siento seguro | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 3. Estoy tenso | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 4. Estoy contrariado | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 5. Me siento cómodo (estoy a gusto) | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 6. Me siento alterado | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 7. Estoy preocupado ahora por posibles desgracias futuras | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 8. Me siento descansado | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 9. Me siento angustiado | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 10. Me siento confortable | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 11. Tengo confianza en mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 12. Me siento nervioso | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 13. Estoy desasosgado | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 14. Me siento muy «atado» (como oprimido) | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 15. Estoy relajado | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 16. Me siento satisfecho | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 17. Estoy preocupado | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 18. Me siento aturdido y sobreexcitado | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 19. Me siento alegre | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |
| 20. En este momento me siento bien | 0 | 1 | 2 | 3 | 3 |

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES CON UNA SOLA RESPUESTA
 Ahora, vuelva la hoja y lea las Instrucciones antes de comenzar a contestar a las frases.

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo.

Lea cada frase y señale la puntuación 0 a 3 que indique mejor cómo se *SIENTE* Vd. *EN GENERAL* en la mayoría de las ocasiones. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando lo que mejor describa cómo se siente Vd. generalmente.

| | Casi nunca | A veces | A menudo | Casi siempre |
|--|------------|---------|----------|--------------|
| 21. Me siento bien | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 22. Me canso rápidamente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 23. Siento ganas de llorar | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 24. Me gustaría ser tan feliz como otros | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 25. Pierdo oportunidades por no decidirme pronto | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 26. Me siento descansado | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 27. Soy una persona tranquila, serena y sosegada | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 28. Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 30. Soy feliz | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 31. Suelo tomar las cosas demasiado seriamente | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 32. Me falta confianza en mí mismo | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 33. Me siento seguro | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 34. Evito enfrentarme a las crisis o dificultades | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 35. Me siento triste (melancólico) | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 36. Estoy satisfecho | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 37. Me rondan y molestan pensamientos sin importancia | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 38. Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 39. Soy una persona estable | 0 | 1 | 2 | 3 |
| 40. Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso y agitado. | 0 | 1 | 2 | 3 |

Tabla 9. Baremos
Adolescentes y Adultos, Varones y Mujeres

| Centiles | Puntaciones directas | | | | | | | | Decatipos |
|--------------|----------------------|-------|---------|-------|---------|-------|---------|-------|--------------|
| | Adolescentes | | | | Adultos | | | | |
| | VARONES | | MUJERES | | VARONES | | MUJERES | | |
| | Estado | Rasgo | Estado | Rasgo | Estado | Rasgo | Estado | Rasgo | |
| 99 | 47-60 | 46-60 | 53-60 | 49-60 | 47-60 | 46-60 | 54-60 | 49-60 | 10 |
| 97 | 45 | 41 | 44 | 43 | 43 | 39-40 | 49 | 45 | 9 |
| 96 | 44 | 40 | 42-43 | 42 | 42 | 38 | 48 | 44 | 9 |
| 95 | 43 | 39 | 41 | 41 | 40-41 | 37 | 47 | 43 | 9 |
| 90 | 38 | 33 | 39 | 36 | 37 | 33 | 41 | 40 | 8 |
| 89 | 37 | 32 | 38 | 35 | 36 | 32 | 40 | 39 | 8 |
| 85 | 36 | 30 | 36 | 33 | 33 | 29 | 37 | 37 | 8 |
| 80 | 34 | 28 | 34 | 31 | 30 | 27 | 34 | 34 | 7 |
| 77 | 32 | 27 | 33 | 30 | 29 | 26 | 32 | 33 | 7 |
| 75 | 31 | 26 | 31 | 29 | 28 | 25 | 31 | 32 | 7 |
| 70 | 28 | 24 | 28 | 27 | 25 | 24 | 29 | 30 | 7 |
| 65 | 26 | 23 | 26 | 26 | 23 | 23 | 26 | 29 | 6 |
| 60 | 24 | 22 | 25 | 25 | 21 | 21 | 24 | 27 | 6 |
| 55 | 22 | 21 | 23 | 23 | 20 | 20 | 23 | 26 | 6 |
| 50 | 20 | 20 | 22 | 22 | 19 | 19 | 21 | 24 | 6 |
| 45 | 19 | 19 | 20 | 21 | 18 | 18 | 19 | 23 | 5 |
| 40 | 17 | 18 | 19 | 20 | 16 | 17 | 18 | 21 | 5 |
| 35 | 16 | 17 | 18 | 19 | 15 | 16 | 17 | 20 | 5 |
| 30 | 14 | 16 | 17 | 18 | - | 15 | 16 | 18 | 4 |
| 25 | 13 | 15 | 16 | 17 | 14 | 14 | 15 | 17 | 4 |
| 23 | - | - | 15 | - | 13 | - | 14 | - | 4 |
| 20 | 12 | 14 | 14 | 16 | 12 | 13 | 13 | 16 | 4 |
| 15 | 11 | 13 | 13 | 15 | 10 | 11 | 12 | 14 | 3 |
| 11 | - | - | 12 | 14 | 9 | 10 | 11 | 13 | 3 |
| 10 | 10 | 12 | 11 | 13 | 8 | 9 | 10 | 12 | 3 |
| 5 | 9 | 11 | 8 | 12 | 6 | 8 | 7 | 11 | 2 |
| 4 | 8 | 10 | 7 | 11 | 5 | 7 | 6 | 10 | 2 |
| 1 | 0-2 | 0-6 | 0-4 | 0-7 | 0-2 | 0-4 | 0-2 | 0-7 | 1 |
| N | 146 | 151 | 169 | 180 | 295 | 318 | 365 | 387 | N |
| Media | 22,35 | 21,30 | 23,28 | 23,42 | 20,54 | 20,19 | 23,30 | 24,99 | Media |
| Desv. típica | 11,03 | 8,53 | 10,56 | 9,10 | 10,56 | 8,89 | 11,93 | 10,05 | Desv. típica |

Anexo VI

Beck y Steer (1961)

Inventario de Depresión de Beck (BDI)

- | | | | |
|---|---|----|--|
| 1 | 0 No me siento triste. 1 Me siento triste. 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo. 3 Me siento tan triste o tan desgraciada que no puedo soportarlo. | 7 | 0 No estoy decepcionada de mí misma. 1 Estoy decepcionada de mí misma. 2 Me da vergüenza de mí misma. 3 Me detesto. |
| 2 | 0 No me siento especialmente desanimada respecto al futuro. 1 Me siento desanimada respecto al futuro. 2 Siento que no tengo que esperar nada. 3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán. | 8 | 0 No me considero peor que cualquier otro. 1 Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores. 2 Continualmente me culpo por mis faltas. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede. |
| 3 | 0 No me siento fracasada. 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas. 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada. | 9 | 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería. 2 Desearía suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviera la oportunidad. |
| 4 | 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas. 3 Estoy insatisfecha o aburrida de todo. | 10 | 0 No lloro más de lo que solía. 1 Ahora lloro más que antes. 2 Lloro continuamente. 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera. |
| 5 | 0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones. 2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones. 3 Me siento culpable constantemente. | 11 | 0 No estoy más irritada de lo normal en mí. 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes. 2 Me siento irritada continuamente. 3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme. |
| 6 | 0 No creo que esté siendo castigada. 1 Me siento como si fuese a ser castigada. 2 Espero ser castigada. 3 Siento que estoy siendo castigada. | 12 | 0 No he perdido el interés por los demás. 1 Estoy menos interesada en los demás que antes. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás. 3 He perdido todo interés en los demás. |

- 13 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 1 Evito tomar decisiones más que antes.
 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 3 Ya me es imposible tomar decisiones.

- 14 0 No creo tener peor aspecto que antes.
 1 Me temo que ahora parezco más vieja o poco atractiva.
 2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractiva.
 3 Creo que tengo un aspecto horrible.

- 15 0 Trabajo igual que antes.
 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo.
 3 No puedo hacer nada en absoluto.

- 16 0 Duermo tan bien como siempre.
 1 No duermo tan bien como antes.
 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

- 17 0 No me siento más cansada de lo habitual.
 1 Me canso más que antes.
 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 3 Estoy tan cansada que no puedo hacer nada.

- 18 0 Mi apetito no ha disminuido.
 1 No tengo tan buen apetito como antes.
 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
 3 He perdido completamente el apetito.

- 19 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
 1 He perdido más de 2 kilos.
 2 He perdido más de 4 kilos.
 3 He perdido más de 7 kilos.

Estoy bajo dieta para adelgazar:
 Sí NO

- 20 0 No estoy más preocupada por mi salud que lo normal.
 1 Estoy preocupada por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
 2 Estoy preocupada por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 3 Estoy tan preocupada por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.

- 21 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesada en el sexo que antes.
 2 Estoy mucho menos interesada por el sexo.
 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Anexo VII

Rosenberg (1965)

Escala de Autoestima

Por favor, conteste a los siguiente ítems rodeando con un círculo la respuesta que considere adecuada:

| | |
|--------------------|-----------------------|
| 1 = Muy de acuerdo | 3 = En desacuerdo |
| 2 = De acuerdo | 4 = Muy en desacuerdo |

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.

| | | | |
|-------------------------|------------|---------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| ----- ----- ----- ----- | | | |
| Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |

2. Me inclino a pensar que, en conjunto, soy una fracasada.

| | | | |
|-------------------------|------------|---------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| ----- ----- ----- ----- | | | |
| Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |

3. Creo que tengo varias cualidades buenas.

| | | | |
|-------------------------|------------|---------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| ----- ----- ----- ----- | | | |
| Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |

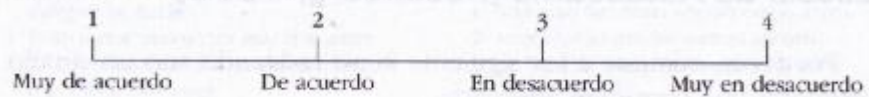
4. Puedo hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.

| | | | |
|-------------------------|------------|---------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| ----- ----- ----- ----- | | | |
| Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |

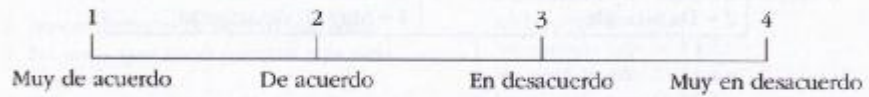
5. Creo que no tengo muchos motivos para sentirme orgullosa de mí.

| | | | |
|-------------------------|------------|---------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| ----- ----- ----- ----- | | | |
| Muy de acuerdo | De acuerdo | En desacuerdo | Muy en desacuerdo |

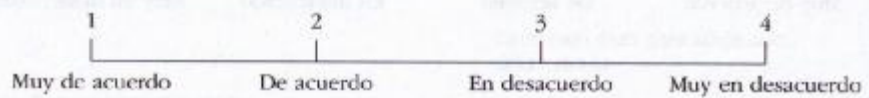
6. Tengo una actitud positiva hacia mí misma.



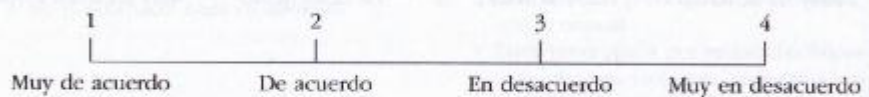
7. En general, estoy satisfecha conmigo misma.



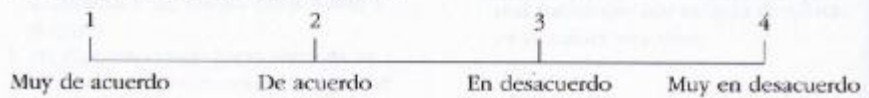
8. Desearía valorarme más a mí misma.



9. A veces me siento verdaderamente inútil.



10. A veces pienso que no sirvo para nada.



Anexo VIII

Echeburúa y cols. (1997)

Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático

Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa y cols., 1997)

SUCESO TRAUMÁTICO (Definir tipo de maltrato a que está o estuvo sometida): _____

¿Cuánto tiempo hace que ocurrió el primer incidente (meses/años)? _____

¿Desde cuándo experimenta el malestar? _____

Colóquese en cada frase la puntuación correspondiente de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad del síntoma.

- 0: NADA
- 1: UNA VEZ POR SEMANA O MENOS / POCO
- 2: DE 2 A 4 VECES POR SEMANA / BASTANTE
- 3: 5 O MÁS VECES POR SEMANA / MUCHO

REEXPERIMENTACIÓN

1. ¿Tiene recuerdos desagradables y recurrentes del suceso, incluyendo imágenes, pensamientos o percepciones? _____
2. ¿Tiene sueños desagradables y repetitivos sobre el suceso? _____
3. ¿Realiza conductas o experimenta sentimientos que aparecen como si el suceso estuviera ocurriendo de nuevo? _____
4. ¿Sufre un malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? _____
5. ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso? _____

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE REEXPERIMENTACIÓN (Rango 0-15) _____

EVITACIÓN

1. ¿Se ve obligada a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas al suceso? _____
2. ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso? _____
3. ¿Se siente incapaz de recordar alguno de los aspectos importantes del suceso? _____
4. ¿Observa una disminución marcada del interés por las cosas o de la participación en actividades significativas? _____
5. ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás? _____
6. ¿Se siente limitada en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de enamorarse)? _____
7. ¿Nota que los planes o esperanzas de futuro han cambiado negativamente como consecuencia del suceso (por ejemplo, realizar una carrera, casarse, tener hijos, etc.)? _____

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE EVITACIÓN (Rango 0-21) _____

AUMENTO DE LA ACTIVACIÓN

1. ¿Se siente con dificultad para conciliar o mantener el sueño? _____
2. ¿Está irritable o tiene explosiones de ira? _____
3. ¿Tiene dificultades de concentración? _____
4. ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor, etc.) desde el suceso? _____
5. ¿Se sobresalta o alarma más fácilmente desde el suceso? _____

PUNTUACIÓN SÍNTOMAS DE ACTIVACIÓN (Rango 0-15) _____

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS
POSTRAUMÁTICO (Rango 0-51)

Trastorno de estrés postraumático

Se requiere la presencia de 1 síntoma en el apartado de reexperimentación; de 3 en el de evitación; y de 2 en el de aumento de la activación.

- Sí
Agudo (1-3 meses)
Crónico (> 3 meses)
Con inicio demorado
No

Gravedad del trastorno de estrés postraumático

| | PUNTO DE CORTE | PUNTUACIÓN OBTENIDA |
|---------------------------------------|----------------|---------------------|
| ESCALA GLOBAL (Rango 0-51) | 15 | |
| ESCALAS ESPECÍFICAS | | |
| Reexperimentación (Rango 0-15) | 5 | |
| Evitación (Rango 0-21) | 6 | |
| Aumento de la activación (Rango 0-15) | 4 | |

Anexo IX

Foa y cols. (1999)

Inventario de cogniciones postraumáticas

Estamos interesados en el tipo de pensamientos que puede haber tenido después de la experiencia traumática de violencia doméstica. A continuación hay un número de frases que pueden o no ser representativas de sus pensamientos. Por favor, lea cuidadosamente cada frase y díganos su grado de acuerdo o desacuerdo con cada una de ellas. Las personas reaccionan a los sucesos traumáticos de muchas maneras diferentes. No hay respuestas correctas o incorrectas para estas frases.

- | |
|-----------------------------------|
| 1. Estoy totalmente en desacuerdo |
| 2. Estoy muy en desacuerdo |
| 3. Estoy levemente en desacuerdo |
| 4. Me es indiferente |
| 5. Estoy levemente de acuerdo |
| 6. Estoy muy de acuerdo |
| 7. Estoy totalmente de acuerdo |

| Lea atentamente: | | | | | | | |
|--|--------------------------|-------------------|-------------------------|-------------|----------------------|----------------|-----------------------|
| | Totalmente en desacuerdo | Muy en desacuerdo | Levemente en desacuerdo | Indiferente | Levemente de acuerdo | Muy de acuerdo | Totalmente de acuerdo |
| 1. El suceso ocurrió debido a la forma en que yo actué. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2. No confío en que haré las cosas bien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3. Soy una persona débil. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4. No seré capaz de controlar mi ira y haré algo terrible. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5. No puedo controlar ni siquiera la más mínima molestia o enojo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6. Solía ser una persona feliz, pero ahora me siento siempre desdichada. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7. No se puede confiar en las personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8. Tengo que estar alerta todo el tiempo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9. Me siento muerta interiormente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10. No puedes saber quién te hará daño. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11. Tengo que ser especialmente cuidadosa porque nunca se sabe que puede ocurrir después. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 12. Soy una persona incompetente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 13. No seré capaz de controlar mis emociones y pasará algo terrible. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 14. Si pienso en el suceso, no seré capaz de controlarlo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 15. El suceso me ocurrió por la clase de persona que soy. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 16. Mis reacciones desde el suceso me hacen pensar que estoy enloqueciendo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 17. Nunca seré capaz de sentir de nuevo emociones normales. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 18. El mundo es un lugar peligroso. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 19. Otras personas podrían haber detenido el suceso y no les hubiese pasado nada malo. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 20. Permanentemente he cambiado a peor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 21. Me siento como un objeto, no como una persona. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 22. Otras personas no hubieran caído en esta situación. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 23. No puedo confiar en otras personas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 24. Me siento apartada y aislada de otros. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 25. No tengo futuro. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 26. No puedo hacer nada para que no me sucedan cosas malas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 27. Las personas no son lo que parecen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

| | | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|---|---|
| 28. Mi vida ha sido destrozada por el trauma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 29. Como persona hay algo equivocado en mí. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 30. Mis reacciones desde el suceso demuestran que soy una perdedora. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 31. Algo en mí hace que las cosas me sucedan. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 32. No seré capaz de soportar mis pensamientos acerca del suceso, y caeré en el aislamiento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 33. Me siento como si no me conociera nada en absoluto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 34. Nunca puedes saber cuándo sucederá algo horrible. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 35. No puedo confiar en mí misma. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 36. Nunca más puede sucederme nada bueno. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Anexo X

Beck (1974)

Escala de Ideación Suicida (SSI)

Nombre _____

I. CARACTERÍSTICAS DE LA ACTITUD HACIA LA VIDA/MUERTE

1. Deseo de vivir

- 0. Moderado a intenso
- 1. Débil
- 2. Ninguno

2. Deseo de morir

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado o intenso

3. Razones para vivir/morir

- 0. Las razones para vivir son superiores a las de morir
- 1. Iguales
- 2. Las razones para morir son superiores a las de vivir

4. Deseo de realizar un intento activo de suicidio

- 0. Ninguno
- 1. Débil
- 2. Moderado a intenso

5. Intento pasivo de suicidio

- 0. Tomaría precauciones para salvar su vida
- 1. Dejaría su vida/muerte en manos del azar (por ej. cruzar descuidadamente una calle muy transitada).
- 2. Evitaría los pasos necesarios para salvar o mantener su vida (por ej. un diabético que deja de tomar la insulina)

II. CARACTERÍSTICAS DE LOS PENSAMIENTOS/DESEOS SUICIDAS

6. Dimensión temporal: Duración

- 0. Breve, períodos pasajeros
- 1. Períodos más largos
- 2. Continuo (crónico), o casi continuo

7. Dimensión temporal: Frecuencia

- 0. Rara, ocasional
- 1. Intermitente
- 2. Persistente o continuo

8. Actitud hacia el pensamiento/deseo

- 0. Rechazo
- 1. Ambivalencia, indiferencia
- 2. Aceptación

9. Control sobre la acción del suicidio o el deseo de llevarlo a cabo.

- 0. Tiene sensación de control
- 1. No tiene seguridad de control
- 2. No tiene sensación de control

10. Factores disuasorios del intento activo. El terapeuta debe anotar cuáles son (ej. familia, religión, posibilidad de quedar seriamente lesionado si fracasa el intento, irreversibilidad).

- 0. No intentaría el suicidio debido a algún factor disuasorio
- 1. Los factores disuasivos tienen cierta influencia
- 2. Influencia mínima o nula de los factores disuasorios (si existen factores disuasorios, indicarlos)

11. Razones del proyecto de intento

- 0. Manipular el medio, atraer la atención, venganza
- 1. Combinación de 0 y 2
- 2. Escapar, acabar, resolver problemas

III. CARACTERÍSTICAS DEL PROYECTO DE INTENTO

12. Método: especificación/planes

- 0. No los ha considerado
- 1. Los ha considerado, pero sin detalles específicos
- 2. Los detalles están especificados/bien formulados

13. Método: accesibilidad/oportunidad

- 0. Método no disponible; no hay oportunidad
- 1. El método llevaría tiempo/esfuerzo; la oportunidad no es accesible fácilmente
- 2 a. Método y oportunidad accesible
- 2 b. Oportunidades o accesibilidad futura del método proyectado

14. Sensación de "capacidad" para llevar a cabo el intento.

- 0. No tiene coraje, demasiado débil, temeroso, incompetente
- 1. Inseguro de su coraje, competencia
- 2. Seguro de su competencia, coraje

15. Expectativas/anticipación de un intento real

- 0. No
- 1. Incierto, no seguro
- 2. Sí

IV. REALIZACIÓN DEL INTENTO PROYECTADO

16. Preparación real

0. Ninguna
1. Parcial (ej. empezar a recoger píldoras)
2. Completa (ej. tener las píldoras, la navaja, la pistola cargada)

17. Notas acerca del suicidio

0. No escribió ninguna nota
1. Empezaba pero no completada, solamente pensó en dejarla
2. Completada

18. Preparativos finales ante la anticipación de la muerte (ej. seguro, testamento, donaciones)

0. Ninguno
1. Pensamientos de dejar algunos asuntos arreglados
2. Hacer planes definitivos o dejarlo todo arreglado

19. Engaño/encubrimiento del intento proyectado (se refiere a la comunicación de su idea al terapeuta).

0. Reveló estas ideas abiertamente
1. Fue reacio a revelarlas
2. Intentó engañar, encubrir, mentir

V. FACTORES DE FONDO

20. Intentos previos de suicidio

0. Ninguno
1. Uno
2. Más de uno

21. Intención de morir asociada al último intento

0. Baja
1. Moderada, ambivalente, insegura
2. Alta

Anexo XI

Plutchik (1994)

Escala de Riesgo suicida (RS)

Nombre _____

Preguntas: Responda solo sí o no:

1. Usted acostumbra a tomar pastillas como aspirina o tabletas para dormir.
Sí _____ No _____
2. Usted tiene problemas para quedarse dormido.
Sí _____ No _____
3. Usted algunas veces siente que va a perder el control de sí mismo.
Sí _____ No _____
4. Tiene usted poco interés en estar con personas.
Sí _____ No _____
5. Usted presiente que su futuro va a ser más malo que bueno.
Sí _____ No _____
6. Usted alguna vez ha sentido que vale poco.
Sí _____ No _____
7. Se siente desesperanzado en cuanto a su futuro.
Sí _____ No _____
8. Usted a menudo se siente tan frustrado que solo desea estar acostado y libre de conflictos.
Sí _____ No _____
9. Usted se siente deprimido ahora.
Sí _____ No _____
10. Está usted separado, divorciado o viudo.
Sí _____ No _____
11. Alguien en su familia ha tratado de suicidarse.
Sí _____ No _____
12. Ha estado usted alguna vez tan bravo que ha sentido que podría matar a alguien.
Sí _____ No _____
13. Usted ha pensado alguna vez en suicidarse.
Sí _____ No _____
14. Alguna vez le ha dicho a alguien que usted podría suicidarse.
Sí _____ No _____
15. Alguna vez ha tratado de matarse.
Sí _____ No _____

Anexo XII

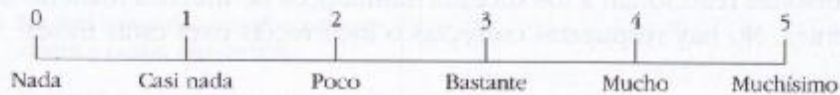
Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000)

Escala de Inadaptación

Rodee con un círculo el número que mejor describa su situación actual acerca de los aspectos de su vida cotidiana que se le señalan a continuación.

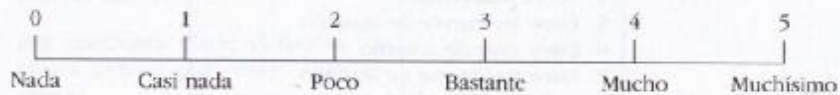
TRABAJO Y/O ESTUDIOS

A causa de mis problemas actuales, mi funcionamiento en el trabajo y/o en los estudios se ha visto afectado:



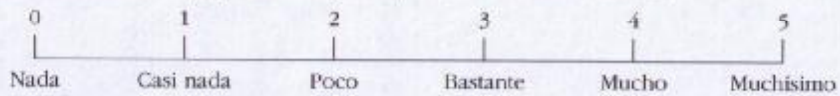
VIDA SOCIAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida social habitual (relaciones de amistad con otras personas) se ha visto afectada:



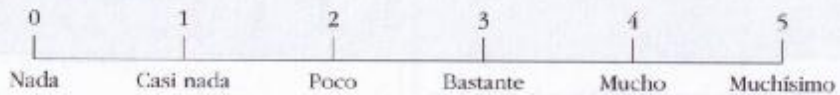
TIEMPO LIBRE

A causa de mis problemas actuales, mis actividades habituales en los ratos libres (salidas, cenas, excursiones, viajes, práctica deportiva, etc.) se han visto afectadas:



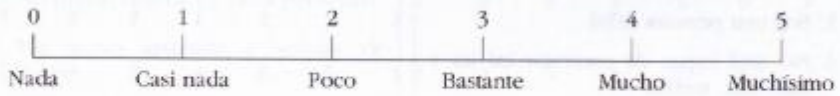
RELACIÓN DE PAREJA

A causa de mis problemas actuales, mi relación de pareja (o la posibilidad de encontrarla) se ha visto afectada:



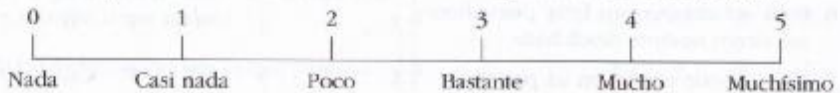
VIDA FAMILIAR

A causa de mis problemas actuales, mi relación familiar en general se ha visto afectada:



ESCALA GLOBAL

A causa de mis problemas actuales, mi vida normal en general se ha visto afectada:



Anexo XIII

Widows y Smith, 2005 y 2009

Inventario Estructurado de Simulación de Síntomas (SIMS)



Por favor, antes de comenzar a leer las instrucciones complete los siguientes datos de identificación.

Nombre y apellidos

Sexo V M Edad Fecha de evaluación / /

Centro

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de frases o afirmaciones. Si usted está de acuerdo o piensa que es verdad o generalmente cierto en su caso, rodee con un círculo la casilla "V" de VERDADERO. Si usted no está de acuerdo con la frase o piensa que es falsa o generalmente falsa en su caso, rodee la "F" de FALSO.

Por favor, asegúrese de responder a todas las preguntas, sin dejar ninguna en blanco. Trate de responder lo mejor que pueda a todas las frases, incluso si alguna le resulta difícil de responder o no se aplica a usted en absoluto.

Por ejemplo, si usted no tiene problemas con su memoria, o si los cambios en su memoria han sido graduales, podría responder a la siguiente afirmación marcando la F de "FALSO":

Ejemplo He experimentado cambios bruscos en mi memoria V F

Si comete un error o quiere cambiar la respuesta, simplemente marque con una X la respuesta que quiere cambiar y rodee con un círculo la nueva respuesta tal como se indica en el ejemplo:

Ejemplo He experimentado cambios bruscos en mi memoria V F

NO ABRA EL CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUE EL EXAMINADOR.



Autores: Michelle R. Widows y Glenn P. Smith • Adaptación española: H. González Ordi y P. Santamaría Fernández.
Copyright © 2005 by PAR, Psychological Assessment Resources, Inc.
Copyright de la adaptación española © 2009 by TEA Ediciones, S.A. - Edita: TEA Ediciones, S.A. Madrid (ESPAÑA).
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Printed in Spain. Impreso en España.

| | | | | |
|----|--|---|---|----|
| 1 | A veces pierdo la sensibilidad en mi mano de tal forma que siento como si llevara un guante puesto en ella. | V | F | 1 |
| 2 | Cuando mi depresión se agrava, salgo a dar largos paseos y realizo algo de ejercicio para reducir la tensión. | V | F | 2 |
| 3 | Creo que el número de teléfono de una persona no se asigna aleatoriamente, sino que es la forma que tiene Dios de decidir qué persona se salvará. | V | F | 3 |
| 4 | Si su sombra apunta hacia el sureste, el sol está situado en el noreste del cielo. | V | F | 4 |
| 5 | La comida no me sabe igual que antes. | V | F | 5 |
| 6 | Rara vez me río. | V | F | 6 |
| 7 | El oro y la plata son similares porque ambos son metales. | V | F | 7 |
| 8 | Me he dado cuenta de que mi sombra baila como loca incluso cuando me quedo quieto. | V | F | 8 |
| 9 | Puedo recordar qué es lo que hice hace una hora. | V | F | 9 |
| 10 | Me he dado cuenta de que mi cuerpo cambia de forma incluso si mi peso no varía. | V | F | 10 |
| 11 | La capital de Italia es Hungría. | V | F | 11 |
| 12 | Tengo dificultades para recordar la dirección en la que vivo. | V | F | 12 |
| 13 | No hay nada que pueda hacer, aparte de tomar medicación, que tenga algún efecto sobre las voces que oigo. | V | F | 13 |
| 14 | Barcelona es la capital de España. | V | F | 14 |
| 15 | El mayor problema que tengo es mi memoria. | V | F | 15 |
| 16 | Incluso estando deprimido la mayor parte del tiempo, me siento mejor por la mañana tras una buena noche de sueño. | V | F | 16 |
| 17 | Mi estado de ánimo es peor por la noche. | V | F | 17 |
| 18 | Más de tres veces al día, me levanto para coger algo pero olvido qué es lo que era. | V | F | 18 |
| 19 | A veces estoy tan deprimido que me voy a dormir hasta que se me pase esta sensación. | V | F | 19 |
| 20 | Mi mayor problema es que mi cerebro está enfermo. | V | F | 20 |
| 21 | Una semana tiene seis días. | V | F | 21 |
| 22 | Últimamente, me he dado cuenta de que mi memoria ha empeorado tanto que ha habido días enteros que no consigo recordar. | V | F | 22 |
| 23 | Lloro en muy raras ocasiones. | V | F | 23 |
| 24 | Cuanto más deprimido me siento más ganas de comer me entran. | V | F | 24 |
| 25 | En ocasiones he sido incapaz de recordar los nombres o las caras de familiares cercanos, de forma que me resultan unos completos extraños. | V | F | 25 |
| 26 | Caminar me resulta muy difícil debido a mis problemas de equilibrio. | V | F | 26 |
| 27 | Tengo dificultades para recordar el día de la semana. | V | F | 27 |
| 28 | Creo que el gobierno ha instalado cámaras de vídeo en las señales de tráfico para espiarme. | V | F | 28 |
| 29 | A veces cuando escribo un número de teléfono, me doy cuenta de que los números salen al revés aunque yo no lo intente. | V | F | 29 |
| 30 | Tengo dificultades para recordar qué fecha es hoy. | V | F | 30 |
| 31 | La gente introduce pensamientos en mi cabeza en contra de mi voluntad. | V | F | 31 |
| 32 | Tengo dificultades para dormir. | V | F | 32 |
| 33 | Mi vida pasada y acontecimientos importantes se vuelven borrosos durante la noche. | V | F | 33 |
| 34 | Creo que si uno se concentra mucho puede llegar a ver los pensamientos de los otros. | V | F | 34 |
| 35 | En ocasiones mis músculos se mueven con dificultad sin razón aparente, hasta el punto de que siento mis brazos y piernas como si pesaran una tonelada. | V | F | 35 |
| 36 | Tengo dificultades para recordar mi número de teléfono. | V | F | 36 |
| 37 | Mi estado de ánimo empeora a medida que pasa el día. | V | F | 37 |

| | | | | |
|----|---|---|---|----|
| 38 | La voz o voces que oigo, y que otros no oyen, nunca han cesado desde que empezaron. | V | F | 38 |
| 39 | Siento tanto dolor en mi cuerpo que parece como si tuviera bichos andando bajo mi piel. | V | F | 39 |
| 40 | No puedo recordar si estoy casado o no. | V | F | 40 |
| 41 | No puedo contar hacia atrás de 20 a 1 sin cometer errores. | V | F | 41 |
| 42 | Las flores tienen poderes mágicos, como hablarle a las personas. | V | F | 42 |
| 43 | No tengo problemas para conciliar el sueño pero me despierto a menudo durante la noche. | V | F | 43 |
| 44 | Siento un zumbido constante en mis oídos. | V | F | 44 |
| 45 | Me hicieron un comentario sobre una reunión en la que me mostré enfadado con alguien pero no lo recuerdo en absoluto. | V | F | 45 |
| 46 | Las velas que se encienden están hechas de cera. | V | F | 46 |
| 47 | Me siento deprimido todo el tiempo. | V | F | 47 |
| 48 | La voz o voces que oigo, y que otros no oyen, provienen de fuera de mi cabeza. | V | F | 48 |
| 49 | A veces olvido cómo llegar a casa mientras conduzco. | V | F | 49 |
| 50 | Tengo dificultades para reconocer palabras escritas o habladas. | V | F | 50 |
| 51 | Tengo tanto miedo a que alguien me haga daño que sé exactamente cómo y cuándo lo haría. | V | F | 51 |
| 52 | Me parece que no tengo tanta energía como solía tener. | V | F | 52 |
| 53 | Cuando no puedo recordar algo, las instrucciones o consejos no me sirven de ayuda. | V | F | 53 |
| 54 | No he experimentado cambios en mi sentido del olfato. | V | F | 54 |
| 55 | Cuanto estoy deprimido, me animo con mis amigos, intereses y aficiones. | V | F | 55 |
| 56 | Un juez y un abogado son similares puesto que ambos son parte del sistema legal. | V | F | 56 |
| 57 | Un día, de repente, empecé a oír una o más voces que nadie más oía. | V | F | 57 |
| 58 | Una puerta y una verja son similares porque ambas se abren. | V | F | 58 |
| 59 | Siento partes de mis extremidades entumecidas, aunque puedo moverlas sin dificultad. | V | F | 59 |
| 60 | Parece que no puedo expresar mis sentimientos. | V | F | 60 |
| 61 | Tengo dificultades para recordar el día de mi cumpleaños. | V | F | 61 |
| 62 | En mis visiones suelo ver partes de mi cuerpo cubiertas de sangre. | V | F | 62 |
| 63 | Cristóbal Colón descubrió América. | V | F | 63 |
| 64 | A veces mis pantorrillas están tan entumecidas que soy incapaz de moverlas. | V | F | 64 |
| 65 | Cuando oigo voces que parecen provenir de ningún sitio en especial, quiero echar a correr pero me doy cuenta de que no puedo hacerlo sin gran dificultad. | V | F | 65 |
| 66 | Trabajo muy lentamente y mi rendimiento es muy reducido porque mi capacidad está muy limitada. | V | F | 66 |
| 67 | Si usted tiene 1,50 euros y se gasta cincuenta céntimos, le quedan setenta y cinco céntimos de euro. | V | F | 67 |
| 68 | En la serie: 1 + 12 + 123, la siguiente respuesta sería 456. | V | F | 68 |
| 69 | Cuando oigo voces siento como si salieran de mi cuerpo a través de mis dientes. | V | F | 69 |
| 70 | El mayor problema que tengo es que las cosas son difíciles de entender para mí. | V | F | 70 |
| 71 | Una vez a la semana, súbitamente, siento frío aunque la temperatura ambiental sea cálida. | V | F | 71 |
| 72 | Aunque las cosas estén realmente mal, trato de mantenerme esperanzado hasta que mejoren. | V | F | 72 |
| 73 | Un hombre tiene 56 manzanas y un vecino le regala 37 más. Ahora tiene 83 manzanas. | V | F | 73 |
| 74 | Tengo dolor de cabeza y mareos justo cuando olvido algo. | V | F | 74 |
| 75 | En la serie: 11 + 22 + 33, la siguiente respuesta sería 44. | V | F | 75 |

FIN DE LA PRUEBA. Compruebe que ha contestado a todas las cuestiones.

Anexo XIV

Caso práctico

Demanda judicial

31-09-13112117 10 2/

MINISTERIO DEL INTERIOR

DIRECCION GENERAL DE LA POLICIA Y LA GUARDIA CIVIL
CUERPO NACIONAL DE POLICIA
COMISARIA LOCAL DE CALATAYUD

Instructor: 89501 Atestado n°: 146004
Secretario: 95669

Surel 777/10
DPS 601/10

-- En Calatayud, siendo las 16 horas 14 minutos del día 4 de Septiembre del año 2010, ante el Instructor y Secretario arriba mencionados.

-- **COMPARECE:** En calidad de DENUNCIANTE, quien mediante DNI nº _____ acredita ser P _____ país de nacionalidad ESPAÑA, mujer, nacida en MADRID, el día 25/08/1975, hija de MANUEL Y MARIA ELENA, con domicilio en _____

-- **MANIFIESTA:** Que comparece en este acto para formular denuncia de malos tratos psíquicos sufridos por el/la compareciente. Que los malos tratos fueron causados por A _____ con domicilio en _____ Se significa que los hechos se produjeron a las 14:46 horas, del día 04/09/2010, en _____

-- Que la relación familiar que le une a A _____ es la de ser su cónyuge.

-- Que en este acto y por el Sr. Instructor se le informa de la obligación que tiene, según lo dispuesto por el artículo 433 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal de ser veraz y en su caso de las penas con que el Código Penal castiga el delito de falso testimonio (artículos 456 a 460).

-- Que la denunciante se presenta en estas dependencias para dar cuenta de una amenaza de muerte formulada por su actual cónyuge, si bien ya no conviven juntos.

-- Que en el día y a la hora anteriormente mencionada se encontraba de viaje en la A2 en dirección Madrid, en compañía de su actual pareja V _____ momento en que recibió una llamada a su teléfono móvil del número desconocido hasta el momento para ella, de quien resultó ser su cónyuge y le dijo, " escucha voy a cortar la línea del teléfono porque si quieres llamar a los críos tiene que ser a través de este nuevo número " a lo que contestó la declarante que él no podía hacer eso e incomunicarla con sus hijos, siendo contestada por su cónyuge que a ella nunca le importaron sus hijos, que les perjudicaba con las llamadas, como contestación la declarante le dijo que si era cierto que lo demostrase el día 30/09/2010 en el juicio que tienen pendiente.

-- Que su cónyuge tras escuchar la respuesta de la declarante empezó a insultarla y amenazarla de muerte diciéndole "ni se te ocurra acercarte por aquí, porque eres una guarra, acabaré contigo, te voy a matar", siendo repetida hasta tres veces al comentarle la dicente que no le oía.

-- Que en este acto es informada de la posibilidad de solicitar una ORDEN DE PROTECCIÓN, manifestando que desea tramitarla.

-- PREGUNTADA sobre si ha existido habitualidad en el maltrato, y en caso positivo desde cuando.- DICE: Sí, las ha repetido varias veces siempre con los hijos delante, a su opinión para que no se defendiera, incrementándose el mes en el que tuvo que irse de casa.

-- PREGUNTADA si existe convivencia con el agresor, y en caso negativo cuanto

COMISARIA DE POLICIA - CALATAYUD
OPCIONES DESPACHOS

Folio 1

C/Coral Bibiliana s/n
50300 - CALATAYUD
TEL. - 975 339450
FAX. - 975 889464

Atestado Número: 146004



tiempo han convivido juntos.- DICE: Que ya no convive con él desde las 12:00 horas del día 27/01/2010, si bien han vivido juntos aproximadamente unos 13 años.

--PREGUNTADA sobre cuáles cree que son los motivos esgrimidos por el autor.- DICE: Que lo hace porque la odia, su cónyuge es muy machista y posesivo, pensando que ser padre es una responsabilidad muy grande para él.

--PREGUNTADA por el tipo de maltrato y los medios utilizados.- DICE que han sido físico y psicológico.

--PREGUNTADA por si ha habido hechos anteriores, aunque no los haya denunciado DICE.- Que sí.

--PREGUNTADA por los lugares que frecuenta el agresor.- DICE que suele estar en uno de los bares del pueblo, si bien no es muy consciente ya que siempre estaba con sus hijos.

--PREGUNTADA por los lugares que frecuenta la víctima.- DICE que ya no vive en el pueblo.

--PREGUNTADA si presenta algún tipo de lesiones.- DICE: No.

--PREGUNTADA sobre la profesión y situación laboral del agresor.- DICE: Es pensionista, tiene el 100% de invalidez, si bien continúa trabajando en el gremio de la construcción por su cuenta.

--PREGUNTADA sobre el comportamiento del agresor con las cargas familiares.- DICE: Que ambos se hacían cargo, manifestando que é siempre vivía por encima de sus posibilidades.

--PREGUNTADA sobre los datos del núcleo familiar (hijos comunes o no).- DICE: Tienen dos hijos en comun.

--PREGUNTADA sobre la descripción del temperamento del agresor. DICE: Que es violento sobre todo verbalmente, callado, reservado, nada dialogante, muy impulsivo.

--PREGUNTADA sobre las armas que posea (y si conoce si su tenencia es legal o ilegal).- DICE: Que lo desconoce.

--PREGUNTADA sobre los vehículos que posea el agresor.- DICE: Que tiene una furgoneta volkswagen, desconoce si alguno más.

--PREGUNTADA sobre la existencia de procedimientos civiles de separación o divorcio.- DICE: Que están en proceso unas medidas provisionales urgentes.

--PREGUNTADA sobre la situación laboral de la víctima.- DICE: Que posee una pensión no contributiva del gobierno de Aragón, aunque el último ingreso fue en Mayo.

--PREGUNTADA sobre el régimen matrimonial.- DICE: Bienes Gananciales en el Régimen Matrimonial Aragonés.

--PREGUNTADA sobre familiares o amigos que puedan prestar ayuda.- DICE: Que sí.

--PREGUNTADA sobre las medidas de seguridad con que cuenta la vivienda.- DICE: Que su marido no sabe donde vive.

--PREGUNTADA sobre Situación de la vivienda.- DICE: Que es alquilada.

--PREGUNTADA sobre otras viviendas de su propiedad.- DICE: No tiene.

--PREGUNTADA sobre vehículos propiedad de la víctima.- DICE: No tiene

--PREGUNTADA sobre el estado de salud de la víctima. DICE: Que tiene trastornos emocionales.

Folio 2

MINISTERIO
 DEL INTERIOR
 DIRECCIÓN GENERAL
 DE LA POLICIA

57



-PREGUNTADA sobre si goza del amparo de alguna orden de Protección.-
DICE: No.-----

-PREGUNTADA sobre si el maltrato se ha producido en presencia de menores.-
DICE: Si

-PREGUNTADA sobre si algún miembro de la unidad familiar o conviviente, ha sido igualmente maltratado DICE: Que psicológicamente a los hijos.-----

-- Que no tiene más que decir, firmando su declaración en prueba de conformidad, en unión del Instructor. CONSTE Y CERTIFICO.-----



[Firmas manuscritas]



MINISTERIO
DEL INTERIOR



58
DIRECCIÓN GENERAL DE LA
POLICIA NACIONAL
CUERPO NACIONAL DE POLICIA
COMISARIA LOCAL DE CALATAYUD

Instructor: 89501
Secretario: 95669

Atestado nº: 146004

- **DILIGENCIA:** Se extiende para hacer constar, que una vez finalizada la declaración, la denunciante manifiesta que podrá ser localizada en la dirección: C/ Valencia nº 568-1º-4, (Barcelona). CONSTE Y CERTIFICO.



- **DILIGENCIA DE INFORMACIÓN DE DERECHOS:** Se extiende para hacer constar que esta Instrucción ha informado a la perjudicada, Dña. P. de los derechos que le asisten como tal, quedando constancia en el Acta de Información de Derechos al Perjudicado u Ofendido que se adjunta. CONSTE Y CERTIFICO.

- **DILIGENCIA DE ANTECEDENTES:** Se extiende para hacer constar que consultados los servicios informáticos de la D.G.P. y la G.C., sobre los antecedentes obrantes de los dos encartados en las presentes. La denunciante **CARECE DE ANTECEDENTES** desfavorables. Al denunciado le consta:-----
- TRATO DEGRADANTE, de fecha 29/12/2009. Atestado 29.082.435, puesto de Maella, Guardia Civil. CONSTE Y CERTIFICO.

- **DILIGENCIA DE CONSULTA AL R.C.P.V.V.D.:** Se extiende para hacer constar que mediante telefonema número 562, de estas dependencias, se ha procedido a consultar los datos obrantes de los encartados en las presentes, en el Registro Central Para la Protección de las Víctimas de Violencia Doméstica. CONSTE Y CERTIFICO.

- **DILIGENCIA DE RECEPCIÓN DE FAX:** Se extiende para hacer constar, que se recibe FAX del Centro de Comunicaciones Internacionales (CENCI), en el que consta consulta al R.C.P.V.V.D, sobre los encartados en las presentes. CONSTE Y CERTIFICO.

Folio 1

C/Corral Bilibiana s/n
50320 - CALATAYUD
TEL.- 976 829450
FAX.- 976 809454

Atestado Número: 146004



-- **DILIGENCIA:** Se extiende para hacer constar, que esta instrucción se ha puesto en contacto con la Guardia Civil de Caspe-Zaragoza, (puesto al que pertenece Nonaspe) para poner en conocimiento los hechos denunciados, quedando reflejado todo ello en el Libro Oficial de Telefonemas con número 563. CONSTE Y CERTIFICO.-----



-- **DILIGENCIA DE TRASPASO:** Se extiende para hacer constar que en este estado las presentes son traspasadas, al turno entrante para su continuación y posterior remisión a la autoridad Judicial. CONSTE Y CERTIFICO.-----

[Handwritten signature]



MINISTERIO DEL INTERIOR



DIRECCIÓN GENERAL DE LA POLICIA Y DE LA GUARDIA CIVIL
CUERPO NACIONAL DE POLICIA
COMISARIA DE POLICIA DE CALATAYUD

Instructor: 99680
Secretario: 0

Atestado nº: 146004
Dependencia: Comisaría de Calatayud

-- DILIGENCIA DE ACEPTACIÓN: Se extiende para hacer constar, que las presentes diligencias son aceptadas por el turno de guardia entrante Instructor número 99680 para su correspondiente continuación y posterior remisión a la Autoridad Judicial.

-- CONSTE Y CERTIFICO.

-- DILIGENCIA DE IDENTIFICACION COMPLETA: Se extiende para hacer constar que por parte de esta Instrucción y consultados los servicios informaticos de la Direccion General de Policia y Guardia Civil, se realizan las gestiones pertinentes para la identificacion del encartado en las presentes resultando ser:--

--A con Dni nº nacido el 03/09/1956 en hijo de Adolfo y Josefa, y con domicilio en

CONSTE Y CERTIFICO.

-- DILIGENCIA DE CONSULTA A INTERVENCIÓN DE ARMAS DE LA GUARDIA CIVIL: Se extiende, a las 09 horas 00 minutos del día 06/09/2010, para hacer constar que por parte de esta Instrucción se pone en contacto con Guardia Civil para comprobar si consta algun tipo de arma a nombre del denunciado A con Dni. NO CONSTANDOLE NINGUN ARMA DE FUEGO A SU NOMBRE quedando reflejado en el libro que obra en estas dependencias con nº 564. CONSTE Y CERTIFICO.





0 años

Sexo

Fecha de aplicación

29/01/2013

Baremo general

ESCALAS

| | | PD | T | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|----|
| Validad | Interrogante | ? | 0 | |
| | Inconsist. resp. variab. | VRIN-r | 5 | 49 |
| | Inconsist. resp. verdad. | TRIN-r | 14 | 66 |
| | Infrecuencia | F-r | 6 | 54 |
| | Psicopat. infrecuente | Fp-r | 8 | 79 |
| | Quejas somáticas infrec. | Fs | 7 | 80 |
| | Validez de los síntomas | FBS-r | 19 | 80 |
| | Virtudes inusuales | L-r | 5 | 55 |
| | Validez del ajuste | K-r | 3 | 38 |
| | D. globales | Alt. emoc. o internaliz. | EID | 20 |
| Alt. pensamiento | | THD | 6 | 61 |
| Alt. comport. o external. | | BXD | 9 | 55 |
| Clínicas reestructuradas | Desmoralización | RCd | 14 | 59 |
| | Quejas somáticas | RC1 | 15 | 71 |
| | Escasez emoc. positivas | RC2 | 6 | 52 |
| | Desconfianza | RC3 | 9 | 54 |
| | Conducta antisocial | RC4 | 8 | 59 |
| | Ideas persecutorias | RC6 | 6 | 67 |
| | Emoc. negativas disfunc. | RC7 | 13 | 59 |
| | Experiencias anormales | RC8 | 6 | 61 |
| | Activación hipomaniaca | RC9 | 15 | 50 |

PD = Puntuación directa

PT = Puntuación típica T (Media=50; Dt = 10)

Ítems críticos:

RC6. Ideas persecutorias (Puntuación T = 47): 92(V) 110(V) 194(V) 212(F) 233(V) 287(V)

AXY. Anidad (Puntuación T = 74): 79(V) 146(V) 228(V) 289(V)

