



*Universitat
Abat Oliba CEU*

**VIOLENCIA CONTRA LA MUJER Y
PSICOPATOLOGÍA ASOCIADA:
CLAVES DE LA DETECCIÓN PRECOZ**

TRABAJO FIN DE GRADO

Autor: Abril Agustina Queiruga Carretero
Tutor: Dra. Marina Fernández Andújar
Grado en: Psicología
Universitat Abat Oliba CEU
Curso académico: 2021-22

DECLARACIÓN

El que suscribe declara que el material de este documento, que ahora presento, es fruto de mi propio trabajo. Cualquier ayuda recibida de otros ha sido citada y reconocida dentro de este documento. Hago esta declaración en el conocimiento de que un incumplimiento de las normas relativas a la presentación de trabajos puede llevar a graves consecuencias. Soy consciente de que el documento no será aceptado a menos que esta declaración haya sido entregada junto al mismo.



Firma:

Abril Agustina QUEIRUGA CARRETERO

When one woman doesn't speak, other women get hurt
TERRY TEMPEST WILLIAMS

Resumen

La violencia contra la mujer (VCM) se considera uno de los principales problemas de salud pública, debido a sus consecuencias psicológicas, sociales y laborales en las mujeres afectadas. Un 47,2% de mujeres españolas que se encuentran expuestas a situaciones de violencia acuden a los servicios de atención primaria (AP), siendo la primera toma de contacto de estas víctimas. Por este motivo se destaca la importancia de la detección de la VCM en este ámbito ya que permitirá, un abordaje temprano, integral y multidisciplinar, así como la derivación a servicios especializados cuando sea requerido. La presente investigación se trata de un estudio cuantitativo y transversal, iniciado en septiembre del 2018 hasta junio del 2021 compuesto por 415 usuarias del servicio “Atención a la Salud Sexual y Reproductiva” (ASSIR) de Cornellà. Los objetivos del presente TFG son: a) Detectar la prevalencia de alto riesgo de VCM mediante el cuestionario “*Woman Abuse Screening Test*” (WAST) en las consultas de AP (ASSIR) y b) estudiar la presencia en estas mujeres de alto riesgo de VCM de psicopatología asociada (concretamente ansiedad, depresión y sintomatología relacionada con el estrés postraumático). A todas las mujeres se les administró un cuestionario sociodemográfico, el cuestionario WAST y diferentes pruebas psicopatológicas (STAI, EPDS y UCLA). Los resultados obtenidos indican que el 95,7% obtuvo bajo riesgo en VCM mientras 4,3% presenta un alto riesgo de VCM. En relación con la psicopatología, se observa que cuanto mayor sea la puntuación obtenida en el WAST mayor presencia de psicopatología, principalmente de índole ansiosa y depresiva. En conclusión, la detección precoz de los casos de VCM desde la AP es primordial para el abordaje e intervención psicológica e interdisciplinaria precoz de las víctimas. Así mismo, con este estudio se resalta la importancia de formar a los profesionales del ámbito de la salud en VCM, así como la inclusión de psicólogos en estos servicios con el objetivo de detectar, explorar e intervenir con aquellas mujeres que presentan VCM y psicopatología asociada.

Palabras claves

Violencia contra la mujer – Detección precoz — Atención primaria – Psicopatología

Resum

La violència contra la dona (VCM) es considera un dels principals problemes de salut pública, a causa de les seves conseqüències psicològiques, socials i laborals en les dones afectades. Un 47,2% de dones espanyoles que es troben exposades a situacions de violència acudeixen als serveis d'atenció primària (AP), sent la primera presa de contacte d'aquestes víctimes. Per aquest motiu es destaca la importància de la detecció de la VCM en aquest àmbit ja que permetrà, un abordatge primerenc, integral i multidisciplinari, així com la derivació a serveis especialitzats quan sigui requerit. La present recerca es tracta d'un estudi quantitatiu i transversal, iniciat al setembre del 2018 fins a juny del 2021 compost per 415 usuàries del servei "Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva" (ASSIR) de Cornellà. Els objectius del present TFG són: a) Detectar la prevalença d'alt risc de VCM mitjançant el qüestionari "Woman Abusi Cribratge Test" (WAST) en les consultes d'AP (ASSIR) i b) estudiar la presència en aquestes dones d'alt risc de VCM de psicopatologia associada (concretament ansietat, depressió i simptomatologia relacionada amb l'estrès posttraumàtic). A totes les dones se'ls va administrar un qüestionari sociodemogràfic, el qüestionari WAST i diferents proves psicopatològiques (STAI, EPDS i UCLA). Els resultats obtinguts indiquen que el 95,7% va obtenir sota risc en VCM mentre 4,3% presenta un alt risc de VCM. En relació amb la psicopatologia, s'observa que com més gran sigui la puntuació obtinguda en el WAST major presència de psicopatologia, principalment d'índole ansiosa i depressiva. En conclusió, la detecció precoç dels casos de VCM des de l'AP és primordial per a l'abordatge i intervenció psicològica i interdisciplinària precoç de les víctimes. Així mateix, amb aquest estudi es ressalta la importància de formar als professionals de l'àmbit de la salut en VCM, així com la inclusió de psicòlegs en aquests serveis amb l'objectiu de detectar, explorar i intervenir amb aquelles dones que presenten VCM i psicopatologia associada.

Paraules claus

Violència contra la dona – Detecció precoç — Atenció primària – Psicopatologia

Abstract

Violence against women (VAW) is considered one of the main public health problems, due to its psychological, social and occupational consequences for the women affected. Some 47.2% of Spanish women who are exposed to situations of violence go to primary care (PC) services, which is the first point of contact for these victims. For this reason, the importance of detecting VAW in this setting is highlighted, as it will allow for an early, comprehensive, and multidisciplinary approach, as well as referral to specialized services when required. The present research is a quantitative and cross-sectional study, initiated in September 2018 until June 2021, comprising 415 users of the "Atención a la Salud Sexual y Reproductiva" (ASSIR) service in Cornellà. The objectives of this TFG are a) to detect the prevalence of high risk of VAW using the "Woman Abuse Screening Test" (WAST) questionnaire in PC consultations (ASSIR) and b) to study the presence in these women at high risk of VAW of associated psychopathology (specifically anxiety, depression and symptomatology related to post-traumatic stress). All the women were administered a socio-demographic questionnaire, the WAST questionnaire and different psychopathological tests (STAI, EPDS and UCLA). The results obtained indicate that 95.7% had a low risk of VAW while 4.3% had a high risk of VAW. In relation to psychopathology, the higher the score obtained in the WAST, the greater the presence of psychopathology, mainly of an anxious and depressive nature. In conclusion, the early detection of VAW cases in PC is essential for the early psychological and interdisciplinary approach and intervention of the victims. This study also highlights the importance of training health professionals in VAW, as well as the inclusion of psychologists in these services with the aim of detecting, exploring and intervening with women who present VAW and associated psychopathology.

Keywords

Violence against women – Early detection — Primary healthcare – Psychopathology

Sumario

Introducción.....	11
Marco teórico.....	13
1. Violencia de género.....	13
1.1 Tipos de violencia dentro de la pareja	18
1.2 Consecuencias psicológicas y físicas de la violencia contra la mujer	21
1.3 Fases del ciclo de violencia	23
2. Detección precoz de la violencia de género.....	26
3. Psicopatología asociada a la violencia de género	29
3.1 La ansiedad.....	30
3.2 Ansiedad y violencia contra la mujer.....	31
3.3 Indefensión aprendida.....	32
4. Metodología.....	33
4.1 Método	33
4.2 Participantes	33
4.3 Instrumentos	34
4.4 Procedimiento	37
4.5 Análisis de datos	38
5. Resultados	39
6. Discusión y conclusiones	49
Bibliografía	52
Anexos	57

Introducción

La violencia contra la mujer (VCM), según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), comprende todo acto de violencia basado en el género que tenga o pueda tener como resultado daño o sufrimiento físico, sexual o mental para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad (ONU, 2013). La VCM es considerada uno de los grandes problemas sociales y de la salud pública de la actualidad a nivel mundial por la elevada tasa de mujeres que lo padecen y por las consecuencias emocionales y conductuales en la afectada y su entorno más próximo (Plazaola-Castaño et al., 2008). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 1 de cada 3 mujeres de entre 15 a 49 años han sufrido, a lo largo de su vida, violencia física y/o sexual (OMS, 2021). Asimismo, los efectos de la VCM a nivel genérico suelen manifestarse en un estado pobre de salud, así como baja calidad de vida y un uso elevado de servicios médicos (Campbell, 2002).

En la literatura se ha demostrado consistentemente el impacto negativo psicológico, médico y social sobre las mujeres que han padecido o padecen VCM (Campbell, 2002). Concretamente se destacan diversas consecuencias psicológicas, comúnmente depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, tendencias suicidas y enfermedades mentales crónicas (Rivara et al., 2019). No siempre se reúnen todos los criterios para el diagnóstico *per se* de un trastorno mental, pero frecuentemente existe sintomatología que interfiere en la víctima como el insomnio, alteraciones del apetito, irritabilidad emocional e incluso pensamientos y/o conductas autolesivas (Sans y Sellarés, 2010) comprometiendo su calidad de vida y bienestar psicológico y emocional. La sintomatología física estaría relacionada con dolores lumbares, fibromialgias y cefaleas (Campbell, 2002). Por otro lado, nos encontramos con la siguiente problemática en la VCM: los criterios para su diagnóstico no están aún bien establecidos (Plazaola-Castaño et al., 2008). Por ello debemos ser conscientes de que se trata de una problemática multifactorial, por lo que su detección, seguimiento e intervención deberá ser abordada desde disciplinas sanitarias diferentes (médicas y psicológicas/psiquiátricas), además de recursos sociales y judiciales.

El objetivo general de este trabajo es exponer mediante un estudio empírico la importancia de la detección precoz de la VCM en los centros de atención primaria (AP), así como evaluar la relación entre el riesgo detectado de VCM y la psicopatología mental de dichas mujeres. Concretamente, los objetivos específicos son: a) Detectar la prevalencia de alto riesgo de VCM mediante el cuestionario WAST en las consultas de atención primaria (ASSIR) en Cornellà y b) Estudiar la

presencia de psicopatología asociada en dichas mujeres, concretamente ansiedad, depresión y sintomatología relacionada con el estrés postraumático. Más específicamente, este TFG parte de los datos empíricos obtenidos por el proyecto: “*Detección precoz de violencia contra la mujer en la pareja y las alteraciones psicopatológicas asociadas, mediante el cuestionario breve Woman Abuse Screening Tool (WAST) en la consulta de Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (ASSIR)*” cuya investigadora principal es Victoria Lebrón. Se trata de un estudio observacional, transversal y prospectivo, iniciando el reclutamiento de datos en septiembre de 2018 hasta junio de 2021. La participación en dicho estudio se dio a raíz de unas prácticas voluntarias del grado de psicología enmarcadas en la figura de Alumna Interna Investigadora (AII) a lo largo de octubre del 2020 hasta junio del 2021, coincidiendo con la pandemia provocada por la COVID-19.

Este trabajo consta de dos partes. Primero, se realizará un marco teórico que incluye la revisión de la literatura de la VCM como los tipos de violencia que se dan dentro del ámbito de la pareja, las consecuencias psicológicas y físicas de la VCM, así como el ciclo de dicha violencia. Seguidamente, se expondrá la relevancia de la detección precoz de los casos de VCM, así como la prevalencia y epidemiología registradas en España y los instrumentos ya existentes de los cuales se disponen para la detección de casos de VCM. Finalmente, en el apartado de psicopatología asociada a la VCM, se expondrá concretamente la ansiedad siendo ésta uno de los síntomas más frecuentemente reportados y con una mayor repercusión en la salud mental de la mujer. En la segunda parte del trabajo, se explicará el estudio llevado a cabo, los resultados obtenidos y las respectivas conclusiones, así como las limitaciones y las futuras líneas de investigación acerca del tema abordado.

Marco teórico

1. Violencia de género

Previo a adentrarnos en la VCM, definiremos el concepto de VG por ser un término más genérico y que se ha usado comúnmente hasta la actualidad. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002), la VG se define de la siguiente manera:

“Uso deliberado de fuerza física o poder, ya sea en grado de amenaza o efectivo, contra uno mismo u otro grupo o comunidad, que cause o tenga muchas posibilidades de causar lesiones, daño, muerte, trastornos psicológicos, trastornos en el desarrollo, o privaciones”.

El término de VG fue acuñado en la década de los 90 y a partir de ello se ha evaluado mediante instituciones internacionales y regionales de Derechos Humanos (Jaramillo-Bolívar y Canaval-Eraza, 2020). La VG, concretamente contra la mujer y ejercida por parte de su pareja o expareja, como se ha comentado, constituye uno de los grandes problemas de salud pública, además de ser una violación de los derechos humanos de las mujeres como indica la OMS. Siguiendo esta línea, vemos que las Naciones Unidas (ONU, 1993) concretamente definen VCM como:

“Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada”.

Las estimaciones indicadas por la OMS, cuyos datos fueron actualizados en marzo del 2021, indican que alrededor del 30% de mujeres han sufrido violencia física y/o sexual de pareja o expareja violencia sexual por terceros en algún momento de su vida. Este dato se traduciría en que una de cada tres mujeres a nivel mundial ha padecido dicha violencia independientemente de su origen, edad y otras variables socioculturales. Centrándonos pues en España, según los datos Estado Español, la prevalencia de VCM en población femenina es del 12%. Asimismo, la última actualización del portal estadístico del Gobierno de España (20 de abril de 2022), registró en lo que va de año 12 casos de víctimas mortales por VCM, de las cuales 4 constan en Cataluña (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2022).

Por otro lado, según la macroencuesta de violencia contra la mujer del 2019 realizada por el gobierno de España, del total de mujeres de 16 o más años, el 11,0% ha sufrido violencia física por parte de su pareja actual o de algún momento de su vida; 8,9% ha sufrido violencia sexual y respecto a la violencia psicológica y emocional, se observa que un 23,2% ha sufrido este tipo de VG (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2019).

Según el Portal Estadístico del Gobierno de España, estos son los datos recogidos en los últimos años (2018; 2019; 2020; 2021; 2022) en Cataluña y España.

Tabla 1. *Número de llamadas pertinentes al 061 por VCM en Cataluña*

Comunidad autónoma	Año	Número de llamadas pertinentes
Cataluña	Año 2018	8.919
	Año 2019	8.303
	Año 2020	9.935
	Año 2021	11.294
	Año 2022	1.507

Fuente. Portal Estadístico de Violencia de Género (2022)

En Cataluña (Tabla 1) se observa un cambio notable entre el año 2020, en el cual inició la pandemia, respecto al 2021 generándose un incremento del 12,3%. En relación con la población española, centrándonos en la cantidad de denuncias registradas por VG son las siguientes cifras (Tabla 2). Como se puede observar, el número de denuncias ha ido creciendo con casos más notables como es en la Comunidad de Madrid con un aumento de 11,75% en el año 2021 con respecto al 2020 y en Cataluña un aumento de casos del 8,8%.

Tabla 2. Número de denuncias por violencia de género en España

Comunidad autónoma	Número de denuncias por violencia de género			
	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021
Andalucía	33.859	33.977	30.847	33.325
Aragón	4.053	4.244	3.277	4.008
Principado de Asturias	3.109	2.889	2.650	2.532
Illes Balears	5.352	6.493	5.880	6.363
Canarias	8.342	9.786	8.926	9.002
Cantabria	2.000	2.004	1.668	1.898
Castilla y León	5.239	5.270	4.759	5.170
Castilla-La Mancha	5.672	6.051	5.541	6.543
Cataluña	23.098	22.508	19.926	21.857
Comunitat Valenciana	22.920	23.932	21.954	22.654
Extremadura	2.470	2.513	2.262	2.592
Galicia	6.537	6.551	6.078	6.259
Comunidad de Madrid	26.965	26.166	22.463	25.454
Región de Murcia	8.250	6.426	6.103	6.750
Comunidad Foral de Navarra	1.887	1.957	1.796	1.630
País Vasco	5.640	5.927	5.355	5.357
La Rioja	839	822	768	823
Ceuta	280	264	228	275
Melilla	449	388	323	356

Fuente. Portal Estadístico de Violencia de Género (2022)

Tabla 3. Número de mujeres víctimas mortales en España

Comunidad autónoma	Número de mujeres víctimas mortales				
	Año 2018	Año 2019	Año 2020	Año 2021	Año 2022
Andalucía	12	14	10	8	1
Aragón	4	1	0	2	0
Principado de Asturias	3	0	1	1	0
Illes Balears	2	1	3	1	0
Canarias	3	9	3	0	0
Cantabria	0	2	1	1	0
Castilla y León	2	3	1	3	0
Castilla-La Mancha	2	0	4	1	3
Cataluña	9	8	8	9	4
Comunitat Valenciana	2	7	6	7	0
Galicia	3	3	4	1	0
Comunidad de Madrid	5	6	3	7	1
Región de Murcia	2	1	2	0	1
Comunidad Foral de Navarra	2	0	0	1	1
País Vasco	2	0	1	2	0
Ceuta	0	0	0	0	1

Fuente. Portal Estadístico de Violencia de Género (2022)

Por lo que refiere al número mujeres víctimas mortales de la VCM (Tabla 3), se observa en Cataluña una media de 7,6 teniendo en cuenta que el último registro de 2022 fue del mes de abril. En Andalucía también se observan niveles elevados de víctimas mortales, destacando el 2019 con 14 víctimas registradas.

Según los datos indicados en el Portal Estadístico del Gobierno de España, las denuncias reportadas el primer año de registro de VCM en 2009, se obtuvo 135.539 denuncias y en 2021 se obtuvo un total de 162.848. Podemos decir que la cantidad de casos denunciados registrados ha tenido un aumento del 16,7% desde el primer año de registro.

Otros datos aportados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) indican que los confinamientos durante la pandemia de Sars-Covid-19 (que, por otro lado, coincidió con una parte del tiempo en el cual se reclutó a las mujeres para este estudio), han supuesto un aumento de la exposición de las mujeres a los comportamientos abusivos y a otros factores de riesgo conocidos, acompañado de

las tensiones relacionadas con las repercusiones sociales y económicas que contrajo la pandemia. Además, las situaciones de crisis humanitarias pueden agravar la violencia, en especial la VCM por parte de pareja, dando también lugar a nuevas formas de violencia contra las mujeres (OPS, 2020). Principalmente, la forma más novedosa de violencia se da mediante el uso de redes sociales como medio para controlar e intimidar a la pareja o expareja (Fernández et al., 2019).

Cuando se detecta VCM en espacios sanitarios como la AP, se puede abordar con mayor antelación las consecuencias psicológicas y físicas mediante la derivación a servicios especializados (Rodríguez-Blanes et al., 2017). Como se ha dicho, la VCM puede conllevar grandes consecuencias negativas en la salud física, psicológica de la mujer y su entorno próximo. En este sentido, el sistema sanitario juega un papel importante en atender de manera completa a dichas mujeres. Además, los servicios de AP son un punto de acceso universal al cual acuden estas personas y, por tanto, se convierten en un servicio estratégico para la detección, evaluación y tratamiento de las consecuencias de la VCM (Rodríguez-Blanes et al., 2017) (Sans y Sellarés, 2010). En este sentido, es importante remarcar que, en el ámbito sanitario, se ha hallado que el 48,6% de las mujeres que visitan la AP, el 28,1% de las mujeres que visitan los servicios de salud mental, y el 20% de las atendidas en urgencias hospitalarias sufren maltratos por lo que respecta a la población española (Sans y Sellarés, 2010). Estos datos ponen de relevancia la gran relevancia de incorporar un cuestionario de cribaje de VCM, así como de psicopatología en las consultas de AP a las cuales acuden todas las mujeres por diferentes motivos y a cualquier edad.

1.1 Tipos de violencia dentro de la pareja

Como se ha indicado anteriormente, la VCM suele ser definida como agresión física, sexual y psicológica por parte de la pareja íntima del hombre hacia la mujer. A continuación, se definirán los tipos de violencia que se pueden dar y que han sido reportados a lo largo del estudio por las diferentes mujeres.

- La violencia **física** alude al empleo de fuerza con la intención de dañar, infligir o causar la muerte; además, viene acompañada de conductas como empujar, abofetear, patear o utilizar armas (Hacialiefendioglu et al., 2021). Este tipo de violencia suele ser la más evidente y la más rápida de ser percibida por terceros. La consecuencia más grave que se observa en esta violencia es el asesinato de la víctima, en este caso, de la mujer. En este sentido, los datos son alarmantes. Revisando la última actualización del portal estadístico del Gobierno de España, en lo que llevamos de 2022 ya se han registrado 12 casos como víctimas mortales por VG de las cuales 4 fueron registrados en Cataluña.
- Violencia **psicológica** refiere al uso tanto del lenguaje tanto verbal como no verbal con la intención de herir mental y emocionalmente a la persona. Algunos ejemplos de abuso psicológico/emocional, los cuales fueron además fueron empleados para realizar el cuestionario WAST, son la ira explosiva, el control coercitivo, la degradación y el aislamiento (Hacialiefendioglu et al., 2021). Según Echeburúa y Corral (2002) este tipo de violencia supone la desvalorización reiterada, mediante humillaciones, críticas y amenazas con las que el agresor atenta contra la víctima e incluso hacia sí mismo.

En este tipo de violencia, se observan también conductas de control hacia la mujer, ejerciendo violencia verbal y todo tipo de acciones que provoquen a la víctima sentirse molesta o inadecuada. Se contemplan también amenazas e intimidaciones, la privación de necesidades emocionales esenciales, así como el aislamiento a partir de la privación de libertad personal (Tullio et al., 2021).

Justamente, dentro de la violencia psicológica, las formas de maltrato psicológico más difíciles de visibilizar son aquellos comportamientos enmascarados, como la manipulación de la información, la negligencia afectiva, la negación de la violencia o la atribución de responsabilidad a la víctima del episodio violento (Jiménez y Varela, 2017). Asimismo, la víctima suele estar inmersa en un espiral donde su juicio sobre la realidad no es tomado en cuenta y, por lo tanto, es comprensible que no halle una salida a

su problemática e incluso pueden llegar a creerse que no existe dicha problemática justificando así la conducta del agresor (Jiménez y Varela, 2017).

Taverniers (2001) categorizó los indicadores de maltrato psicológico y la clasificación se compone de la siguiente manera (Alonso et al., 2010):

1. Desvalorización en el que se ejerce mediante la ridiculización, las descalificaciones, trivializaciones, oposiciones y desprecios a la mujer
2. Hostilidad manifestada en reproches, insultos y amenazas
3. Indiferencia a través de la falta de empatía y apoyo, así como la monopolización
4. Intimidación a través de juzgar, criticar y corregir. Además, se pueden realizar dan posturas y gestos amenazantes hacia la víctima, así como conductas destructivas por parte del agresor
5. Imposición de conductas como el bloqueo social, las órdenes, desviaciones, insistencia abusiva, invasiones de privacidad o sabotajes
6. Culpabilización expresada en acusaciones, *gaslighting*, negación y/o manipulación de la realidad

Refiriendo a *gaslighting*, este concepto hace referencia a una forma de abuso psicológico el cual provoca el cuestionamiento de la percepción de propia realidad, en este caso de la víctima (Jiménez y Varela, 2017). Los comportamientos propios son de negación y descalificación de tanto sentimientos como percepciones de la mujer. Manipulando las emociones generando culpa en las víctimas, fomentan la sensación de estar perdiendo la cordura. Incluso, según Jiménez y Varela (2017) se puede hablar en algunos casos del concepto “racionalización masculina” a partir de lo cual la mujer piensa que cualquier hombre haría lo mismo en aquellas circunstancias debido a la conducta realizada por la propia mujer.

- En relación con la violencia **sexual** se incluye aquellas acciones sexuales cometidas o intentadas que no cuentan con el consentimiento de la víctima o que se dan a pesar de la negativa de esta. Asimismo, tiene en cuenta aquellas situaciones en las que se presenta la presión por tener relaciones sexuales sea del tipo que sea. Estas situaciones suponen un riesgo claro para la salud física y psicológica de la mujer elevan la intensidad de la VCM

e incluso hay autores como Campbell (2002) que hablan de que las consecuencias de esta violencia en particular podrían ir desde de amenazas verbales hasta homicidios cometidos. En este tipo de violencia a partir de la cual se corrompe la libertad sexual se pueden diferenciar tres tipos:

- El **acoso** sexual: consiste en la presencia de intimación verbal o escrita para tener relaciones sexuales, haciendo uso de conductas coercitivas, intimidantes y/o humillantes.
- La **agresión** sexual: violación o intentos de ésta además de cualquier contacto sexual no deseado, realizado mediante violencia física o intimidación.
- El **abuso** sexual: acción sexual realizada sin consentimiento de la víctima, independientemente de que se haya ejercido violencia o intimidación. Es considerado abuso aquellos casos que, sin consentimiento, son efectuados en menores de trece años, personas que se hallan privadas de sentido, que presenten discapacidad o trastorno mental que dificulte la comprensión de lo cometido o casos en los que se aprovecha la situación de superioridad que restringe la libertad de la víctima.

En los últimos años se ha podido identificar otro tipo de violencia que se refleja en la esfera económica, la cual se manifiesta por el uso de la otra persona con el fin de conseguir recursos físicos y/o materiales en beneficio de otros, además de coartar el desarrollo personal de la persona (Cuervo y Martínez, 2013). Además, implica el manejo abusivo de los recursos económicos de la víctima, así como de sus bienes materiales. Es importante tener en cuenta este tipo de violencia se presenta en todos los rangos sociales, independientemente de los ingresos económicos de la víctima o del estatus social.

1.2 Consecuencias psicológicas y físicas de la violencia contra la mujer

En cuanto a las consecuencias psicológicas y físicas de la VCM, como ya se ha mencionado, son varios los autores que destacan el pobre estado de salud que pueden sufrir las mujeres víctimas de VCM. Los efectos de la VCM suelen manifestarse en un estado pobre de salud, así como baja calidad de vida y un uso elevado de servicios médicos (Campbell, 2002). Sin embargo, dado que se trata de una problemática multifactorial dependiendo de la violencia ejercida en la mujer, así como otras características, las consecuencias entre las mujeres serán distintas.

A continuación, se describirán las principales consecuencias psicológicas/físicas en los diferentes tipos de maltrato/abuso. En el maltrato físico, se identifican principalmente en las mujeres daños en la cabeza, cara, cuello, tórax, pechos y abdomen (Campbell, 2002). Además, también se han reportados dolores crónicos a consecuencia de los daños, el miedo y el estrés asociado a la VCM. Se han reportado también casos de asfixia por estrangulamiento incompleto e incluso golpes que causan pérdida de conocimiento, además de existir un riesgo elevado de secuelas neurológicas relevantes. Por otra parte, los datos indican que las mujeres maltratadas tienen más riesgo de padecer asma; alteraciones gastrointestinales, como es el síndrome de colon irritable, así como enfermedades de transmisión sexual (Rivara et al., 2019). Asimismo, la consecuencia más dramática como se ha comentado en este tipo de violencia es la muerte de la víctima, ya sea por homicidio o por suicidio (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2022).

En el ámbito psicológico, se incluye la propensión a la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático, los pensamientos y conductas suicidas, así como la cronicidad de enfermedades mentales (Rivara et al., 2019). Este mismo autor indica que en las mujeres víctimas de VCM presentan más dificultades en la conducta del sueño, dolores crónicos, frecuentes jaquecas y un mayor abuso de sustancias en comparación con la población femenina.

Dentro de la línea psicológica, las mujeres maltratadas suelen presentar una serie de cogniciones y creencias disfuncionales, que normalmente suelen sentir vergüenza por denunciar o desvelar su situación, ya sea a la justicia como también denunciarlo a su familia o entorno más próximo (Arcas, 2014). Asimismo, adquieren la idea de que la familia debe ser mantenida a cualquier coste y esto se agrava cuando hay hijos, ya que se da la convicción de que los hijos necesitan vivir con los padres juntos o que la víctima desconfía de la capacidad para mantener ella misma

a sus hijos. Según este autor, la víctima tiene la idea de que con el tiempo mejorara la conducta de su pareja y que ella es la persona que lo sacara de esa agresión a través del amor.

Relacionado con el daño psicológico, se podría hablar de la indefensión aprendida, teoría desarrollada por Seligman (1975). Dicha teoría pretende explicar la conducta humana en aquellos casos en los cuales se percibe la pérdida de control del ambiente. Este tipo de conducta suele ser sumamente común en las víctimas de VG debido a que aprenden a modificar su comportamiento para hacer frente a las situaciones adversas a las que se enfrentan. Sin embargo, el fenómeno psicológico subyacente radica en disminuir el dolor en vez de detener el maltrato. Debido a que, como explicaré más adelante las fases propias a la VCM, los períodos de explosión de violencia son cada vez más constantes, la mujer se percibe incapaz de manejar o enfrentar las situaciones.

En relación con el abuso económico que puede integrarse dentro del maltrato psicológico debido a que es una forma más de coacción a la víctima (Asensi, 2008), se observa en las víctimas una menor habilidad para ser económicamente independientes, así como la pérdida de productividad, desempleo e inestabilidad en la vivienda (Rivara et al., 2019). La violencia económica y patrimonial dentro del ámbito familiar tienen una característica en común: se ejercen por el agresor de una manera muy sutil e imperceptible al inicio; es por ello que se considera muy difícil de identificar (López, 2017).

Por otra parte, se observa desde la vertiente sexual de la pareja que, en los casos que se presenta maltrato existe un mayor riesgo de que la víctima sea dominada por el agresor a la hora de controlar la salud sexual o de tomar decisiones. Aumenta a su vez el riesgo de enfermedades de transmisión sexual, así como embarazos frecuentes y no deseados (Breiding et al., 2015). Según este mismo autor se incluye también en este tipo de violencia el no permitir el uso de anticonceptivos, la interrupción forzada de embarazo y la esterilización forzada de embarazo y la esterilización forzada debido al abuso (Breiding et al., 2015).

En los casos que la pareja tiene hijos durante la etapa de maltrato, estos también sufren los daños colaterales que supone la VG. Dichos hijos pueden experimentar múltiples consecuencias psicológicas, sociales, físicas y cognitivas, desde la desregulación emocional y comportamientos de internalización o externalización, así como sufrir las consecuencias del estrés crónico (Rivara et al., 2019).

1.3 Fases del ciclo de violencia

Para entender el ciclo de violencia intrínseco en cualquier situación de VCM, a continuación, se describirá el “Ciclo de Violencia” el cual se compone de tres fases (Walker, 1979):

1. **Acumulación de tensión:** En dicha fase se presentan una serie de situaciones que generan una escalada gradual de tensión y presión, marcada por una hostilidad notoria por parte del hombre sin ningún motivo identificable por parte de la mujer. Asimismo, se intensifica la violencia verbal e incluso se pueden ir manifestando los primeros indicios de violencia física. Los eventos son aislados, por lo que provocan en la mujer una sensación de posibilidad de control y esperanza de mejora con el anhelo de que éstos cesen. Sin embargo, a medida que se producen más episodios, mayor es la acumulación de tensión física y psicológica.
2. **Explosión violenta o agresión:** A raíz del acopio de tensión se genera el estallido de violencia, produciéndose en esta etapa las agresiones, tanto físicas, psicológicas como sexuales. Es una descarga de todo lo acumulado anteriormente, en el que el agresor pierde el control sobre la víctima. Es la fase con mayor capacidad destructiva y suele ser donde la mujer realiza denuncias o pide ayuda.
3. **Luna de miel:** Se caracteriza por ser la fase de reconciliación, en el que el maltratador transmite su arrepentimiento y pide perdón a la víctima. El agresor suele mostrarse dócil, cariñoso e intenta complacer a la mujer con el objetivo de retenerla junto a él. Asimismo, la intencionalidad de este cambio guarda estrecha relación con la retirada de denuncias en el caso de que se hayan hecho con anterioridad (Walker, 1979). El maltratador en este punto suele emplear estrategias propias de la manipulación afectiva, utilizando regalos, caricias y promesas. Esto genera en la mujer la esperanza del cambio, creyendo que las conductas presenciadas en la etapa explosiva no son propias de su pareja. A medida que las fases explosivas van ganando terreno, esta fase de calma se ve constantemente reducida, necesitando menor acumulación para que se de violencia y quedando prácticamente inexistente esta última etapa del ciclo.

Posteriormente, y basándose en este ciclo, otro estudio realizado por Cuervo y Calvera en 2013, describió el contenido psicológico y psicosocial de cada fase con sus subcategorías y elementos propios de las mismas. Se obtuvieron resultados como los siguientes:

- En la **fase de acumulación** descrita anteriormente se suele presentar:
 - Sensación de **incertidumbre** por parte de la víctima de ser abandonada por parte del agresor. Esto incluye la preocupación incesante de la posible ruptura afectiva como consecuencia de las amenazas recibidas por parte de su pareja o expareja, ya sean directa o indirectamente. Además, debido a la fluctuación de las amenazas, se genera en la mujer una sensación de pérdida de control.
 - Los **detonantes** son siguientes a la incertidumbre. Dichos detonantes suelen ser falsos e irreales. El agresor aprovecha cualquier evento o palabra por parte de la víctima con el afán de que este sirva como pretexto y justificación para realizar cualquier agresión.
 - Los **actos de tensión** son momentos concretos que generan dolor o malestar en la víctima, ya sean físicos o emocionales. Además, debido a que previamente el agresor ha ido conociendo los puntos más vulnerables de la víctima le resulta más sencillo identificar y emplear la agresión más adecuada.

- Respecto a la **fase de explosión** violenta:
 - Se observa la **violencia per se**. Se denomina violencia a aquel comportamiento directo que imparte el agresor sobre su víctima generando consecuencias físicas, emocionales o psicológicas notables. Están fundando por los detonantes y situaciones que el agresor mismo ha ido presentando en la primera etapa mediante empujones, patadas, tirar del cabello y todas las acciones que el agresor ha justificado como castigo hacia la víctima por los detonantes supuestamente presentados.
 - La **defensa / autoprotección** que se presenta en la víctima puede ser de dos tipos. Por una parte, puede asumir un rol sumiso, pero a veces no es así y puede responder a la agresión mediante algún tipo de violencia; por otra parte, se observan víctimas que, frente a las situaciones violentas, se ven apoderadas por el temor y no efectúan una respuesta evidente de defensa.

- Finalmente, la última **fase de reconciliación**:
 - Se observa el **arrepentimiento** por la violencia ejercida por parte del agresor, prometiendo el cambio. En la mayoría de las ocasiones esto

no se da, sino que, al contrario, se mantiene la conducta hasta tal punto que el arrepentimiento no es más necesario porque la denominada fase de “luna de miel” va desapareciendo paulatinamente.

- La **justificación** se genera cuando la víctima accede a la reconciliación. En ocasiones se observa como la mujer asume la culpa, aludiendo a que la conducta violenta surgió a causa de su mal comportamiento como le ha hecho creer su agresor.
- La **aceptación** radica en la cotidianidad de los actos. Debido a que las agresiones están cada vez más presentes, la víctima los asume como una estrategia para solucionar los conflictos de la pareja, además de que en la mayoría de los casos la mujer asume la responsabilidad de las agresiones recibidas. En caso de que las agresiones se generen en un ambiente familiar, estas conductas se asumen como característica propia de la dinámica familiar.

Se debe tener en cuenta que en el mencionado estudio de Cuervo y Calvera (2013) se identificaron dos categorías adicionales en dicho ciclo:

- La **dependencia** es lo que evita la ruptura del ciclo y perpetúa en muchas ocasiones relaciones de VCM que duran años. La dependencia se da por el temor infundado del abandono y la ruptura afectiva entre ambos miembros. Este hecho, a su vez, permite que se toleren los actos de agresión y la repetición de éstos ya que se concibe la idea de que se debe mantener la relación, sin importar el coste físico, psicológico y emocional que este suponga.
- Se identifica también una categoría singular la cual comporta la **ruptura del ciclo**. Sucede cuando la víctima se torna consciente de que el cambio en el agresor es inviable y que las promesas no dejan de ser un método para retenerla en la relación de pareja. Este cambio lo realiza la víctima y es el primer paso para romper y regenerar su vida en el área personal, familiar y social.

2. Detección precoz de la violencia de género

A continuación, se explicará la importancia de la detección y evaluación precoz psicológica y física en las mujeres con VCM. Las mujeres que han sufrido VCM a menudo acuden a los servicios sanitarios como primera opción para ser atendidas por este u otros motivos de salud. De esta manera, la AP y en concreto los servicios del ASSIR suelen ser el primer contacto, incluso el único, que establecen las víctimas que han experimentado abuso físico y/o sexual. Asimismo, el personal sanitario suelen ser las figuras en las que más confían las afectadas por lo que se considera que son las más convenientes a realizar el primer abordaje respecto a la violencia (Ramsay et al., 2012).

La OMS, mediante los informes publicados en 2021 realizan un reclamo al personal sanitario, el cual radica en la involucración de los profesionales de la salud por la lucha contra la VCM como uno de los problemas a abordar desde la salud pública. Se hace hincapié la necesidad de actuar urgentemente para reducir la estigmatización de las víctimas, así como la importancia de formar a los profesionales de la salud para que aprendan a preguntar a las víctimas mostrando compasión y empatía (OMS, 2021). En esta línea, la importancia de detectar el alto riesgo de VCM en un servicio sanitario es la posibilidad de derivación a diferentes servicios y el trabajo multidisciplinar y en red que se puede realizar. Concretamente, en este estudio cuando se detectaba una mujer con alto riesgo de VCM, se consideraba la derivación a los servicios especializados como el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) de Cornellà para un abordaje e intervención mucho más específica a nivel psicológico y psiquiátrico. Asimismo, se daba la posibilidad de derivar al “Centre d’informació i recursos per a dones” (CIRD) para que se incluya la atención social y jurídica requerida.

Los profesionales que trabajan en el campo de la AP (médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeras y demás profesionales) deben conocer que hay una serie de signos y síntomas que pueden generar la sospecha de que una mujer sufre VCM. A continuación, en la Tabla 4 se presentan los signos de sospecha de VCM.

Tabla 4. Listado de síntomas y signos de sospecha de VCM

<p>Antecedentes de haber sufrido o presenciado maltratos en la infancia; personales y de hábitos de vida</p> <p>Lesiones frecuentes</p> <p>Abuso de alcohol u otras drogas; medicamentos, sobre todo psicofármacos</p> <p>Problemas ginecológicos u obstétricos; ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados)</p> <p>Dispareunia, dolor pelviano, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea; historia de abortos repetidos; hijos con bajo peso al nacer; retraso en la solicitud de atención prenatal</p> <p>Insomnio, depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático; intentos de suicidio, agotamiento psíquico, irritabilidad, trastornos de la conducta alimentaria, labilidad emocional, síntomas físicos frecuentes, cefalea, mareo, dolor crónico, dificultades respiratorias</p> <p>Utilización de servicios sanitarios, frecuentes hospitalizaciones, acudir a consulta con la pareja cuando previamente no lo hacía; situaciones de mayor vulnerabilidad y dependencia de la mujer</p> <p>Situaciones que aumentan la dependencia: aislamiento familiar y social, migración, enfermedad discapacitante, dependencia física o económica, dificultades laborales y desempleo, dificultades de formación y de ascenso en el trabajo, ausencia de habilidades sociales; situaciones de exclusión social (reclusas, prostitución, indigencia)</p>

Fuente. Sans y Sellarés (2010, p.108)

Por otro lado, como indica Sans y Sellarés (2010) la entrevista clínica es la principal herramienta para la detección, el diagnóstico y la atención a estas mujeres tanto por lo que se refiere a la VCM como a la psicopatología asociada que presentan. En esta línea, estos autores destacan que es importante la exploración de la mujer a solas sin su pareja, que se facilite la expresión de sus sentimientos, mantengamos se mantenga una actitud empática, acompañada de la escucha activa y se continúe una secuencia lógica de preguntas más generales e indirectas a otras más concretas.

En España, cerca del 42,7% de mujeres que se encuentran expuestas a VCM acuden a los servicios de AP (Murillo et al., 2018). Asimismo, otro estudio transversal realizado en el ámbito de AP indicó que alrededor del 32,7% de las usuarias encuestadas se encontraban en situación de violencia. Sin embargo, solo una pequeña parte de los casos son detectados (Montero et al., 2011). Es por ello por lo que se remarca la importancia de la formación de los profesionales de AP; en España, en el 2004 se creó la Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género, la cual ha habilitado el desarrollo de intervenciones, así como la formación de profesionales en este ámbito de VCM. Además, se aportaron recursos como es el “Protocolo Común de Atención a la Violencia de Género” del Sistema Nacional de Salud (Murillo et al., 2018). Asimismo, la sociedad Española de Medicina aconseja a los médicos de familia y comunitaria presentar una actitud de alerta frente a situaciones de riesgo, así como ante los indicios o síntomas relacionados a la VCM detectados para el abordaje precoz de estas víctimas (Rodríguez-Blanes et al., 2017).

Siguiendo la línea de la detección precoz y dado que es un ámbito poco desarrollado en el territorio español y catalán, se expondrá el siguiente estudio reciente realizado por Lozano et al. (2020). Este estudio se basó en identificar mejoras para el abordaje de VCM mediante la implementación del Protocolo para el Abordaje de la Violencia Machista (PAVIM), el cual se aplicó en 2009 con la intención de conocer la situación de la violencia machista en Cataluña. En el estudio se identificó que, durante el 2018, 5.510 mujeres fueron identificadas con una situación de VCM. De este total, el 72,1% fueron atendidas en AP (Lozano et al., 2020).

En el mismo estudio, se destaca la importancia de una formación transversal para el equipo y reconocida, con carácter práctico. Asimismo, se destaca que se debe fomentar la coordinación entre los diferentes ámbitos de salud, ya que la VCM es un problema multidimensional, requiriendo de un abordaje complejo por lo que el trabajo debe darse en red entre salud y otros ámbitos asociativos para influir positivamente en el seguimiento y proceso de recuperación de las víctimas (Lozano et al., 2020). En el protocolo usado se realizan tres preguntas para evaluar la sospecha de VCM. Las preguntas estuvieron basadas en el WAST y el *Abuse Assessment Screen* (AAS). Este último mide la presencia de VCM en los 12 meses previos a la detección, así como la presencia de antecedentes de violencia a lo largo de la vida y se caracteriza por su brevedad, simplicidad y fácil cumplimentación (Ministerio de Sanidad, 2021).

3. Psicopatología asociada a la violencia de género

En el siguiente punto se desarrollará las características psicopatológicas vinculadas a la VCM. Principalmente, los diversos estudios exponen la gravedad psicopatológica que experimentan las mujeres a consecuencia de la violencia vivenciada (Plazaola-Castaño et al., 2008; Arreaga, 2018; Rosales et al., 2014; Manes y Niro, 2014; Dillon et al., 2013; Pico-Alfonso, 2006). En esta línea, se reporta una conexión entre la experiencia de VCM y el trauma, así como el desarrollo de síntomas propios del trastorno del estrés postraumático (TEPT) y depresión, los cuales son factores de riesgo para la revictimización de la VCM (Tullio et al., 2021). Asimismo, la VCM por parte de la pareja o exparejas se asocia a un incremento de consumo de sustancias psicoactivas, ansiedad y suicidio (Plazaola-Castaño et al., 2008).

En concreto, la ansiedad y la depresión vienen a ser expresiones de indefensión que experimenta la víctima y su incapacidad para tomar decisiones oportunas y firmes (Rosales et al., 2014). A nivel psicológico, la sintomatología más común observada en las víctimas de VCM son los siguientes:

Tabla 5. Síntomas en la mujer víctima de VCM

Baja autoestima	Proceso lento de destrucción de la personalidad y autoimagen, mermando la estabilidad emocional y menoscabando la autoestima como efecto demoledor
Síntomas depresivos	La imposibilidad de responder de forma adaptativa o de encontrar solución a la violencia crónica injustificada, que limita el interés por las cosas y el estado de ánimo
Estrés y alteraciones psicosomáticas	La experiencia de maltrato ejerce una reacción en el organismo con un estado de alerta permanente, que se traduce en una depresión del sistema inmunitario y una modificación a nivel neuropsicológico y neuroquímico. Concretamente se podrían incluir palpitaciones, sensaciones de opresión, ahogo y fatiga, trastornos de sueño, nerviosismo, irritabilidad, cefaleas, trastornos digestivos y dolores abdominales
Impotencia y sensación de abandono	Tendencia al aislamiento social y ocultamiento de la experiencia abusiva. Ante la incapacidad de prever las conductas y reacciones del agresor, surgen sentimientos de impotencia y abandono
Sentimientos de culpabilidad e intentos de justificar la agresión	La mujer desarrolla sentimientos injustificados de culpa por sus actuaciones tendentes a evitar la violencia como mentir, encubrir al agresor, aceptar contactos sexuales no deseados, no proteger a sus hijos, o aceptar la responsabilidad de todas las situaciones violentas que ella misma vive

Fuente. Arreaga (2018, p.25)

3.1 La ansiedad

Los seres humanos disponemos de un mecanismo psicológico sofisticado para defendernos, denominado la ansiedad. Spielberger (1980) expone una adecuada definición de la ansiedad, diferenciándola entre la ansiedad como estado transitorio o como un rasgo relativamente estable de la personalidad. Este autor, clasifica a la ansiedad de la siguiente forma:

- Ansiedad-estado es un estado ansioso caracterizado por sentimientos subjetivos como la percepción consciente de tensión y una elevada actividad del sistema nervioso autónomo
- Ansiedad-rasgo es la tendencia o predisposición relativamente estable a presentar ansiedad como aspecto de la personalidad

Así pues, para Spielberger la ansiedad es el proceso que inicia con una valoración por parte de la persona. Cuando estos estímulos no son valorados como amenazantes, no se producirán reacciones de ansiedad; en cambio, si la valoración es positiva, la persona mostrará un incremento de ansiedad o intentará reducir dicho estado (Rosales et al., 2014).

La misión de la ansiedad se basa en anticipar y resolver antes que ocurra un evento y sea demasiado tarde y prepararse antes de que el peligro esté presente (Manes y Niro, 2014). En este punto, la ansiedad sería adaptativa y se consideraría normal. Sin embargo, ésta difiere de la patológica ya que esta última presenta una respuesta de alerta desproporcionada que se prolonga excesivamente en el tiempo o se presenta sin ningún motivo aparente (Navarro, 2003).

3.2 Ansiedad y violencia contra la mujer

En la VCM la ansiedad es relevante ya que se hace evidente en mayor o menor grado en todas las agresiones físicas, psicológicas, sexuales y económicas que sufren las mujeres (Rosales et al., 2014). Cuando nos referimos a la ansiedad en la VCM, concretamente ésta es relevante pues se ha relacionado con el deterioro significativo del equilibrio psicológico, deformando la personalidad e induciendo al agotamiento (Rodríguez, 2021). Esto conlleva a una baja efectividad en la capacidad de resistencia, así como a una menor actividad social que puede conducir a estados depresivos o consumo de sustancias, haciendo muy vulnerable a la mujer (Arreaga, 2018).

Respecto a la vulnerabilidad que la víctima presenta, a consecuencia de las experiencias de violencia en las que se encuentra o se ha encontrado en su pasado, se observa una baja autoestima, la cual se traduce sentimientos de inferioridad respecto a las personas de su entorno, en especial su pareja; comparación negativa; desprecios y dudas constantes sobre su valía; se percibe insignificante, defectuosa; y sobre todo, aceptan las críticas y rechazos (violencia física, psicológica, sexual) creyéndose merecedora de estos (Deza, 2012).

Concretamente, se ha relacionado casos muy elevados de ansiedad con al VCM (Dillon et al., 2013). Asimismo, se observa un vínculo entre la severidad de los síntomas de ansiedad y la comorbilidad con depresión, siendo mayor la gravedad de los síntomas ansiosos en aquellas mujeres víctimas de maltrato y de depresión (Pico-Alfonso et al., 2006). Las relaciones en las que la violencia psicológica está

presente de una manera más o menos insidiosa y con actitudes como el control, las amenazas, los celos o comentarios hirientes sobre el entorno de la víctima, generaban una dinámica en la pareja de una constante sensación de confusión y ansiedad (Lindgren & Renck, 2008). Se ha observado mayor gravedad de la sintomatología ansiosa en aquellas mujeres en las que la experiencia de violencia ha sido más frecuente, más intensa o que lleva muchos años ocurriendo (Ansara y Hindin, 2010; Pico-Alfonso et al., 2006).

3.3 Indefensión aprendida

Seligman (1974) desarrolló la Teoría de Indefensión Aprendida, la cual se refiere a la “expectativa de controlabilidad”. Esta expectativa radica en la creencia de que la relación entre las respuestas y reforzadores no guardan relación. Es decir, las respuestas que la persona emite ante determinados estímulos o situaciones no alterarán o cambiarán dichos resultados. En el caso de las víctimas de VCM, debido a que han estado expuestas durante un período prolongado a hechos que no son posibles de controlar como es la violencia se genera de manera muy frecuente este mecanismo (Barreto, 2020). Asimismo, el hecho de haberse encontrado en un contexto de violencia se generan desajustes o déficits en las áreas como la motivación, la cognición y el fisiológico-emocional.

En el estudio realizado por Barreto (2020) se observa que ante la vivencia de contextos hostiles, adversos, causantes de dolor e infelicidad conllevando constante tristeza, ansiedad e incluso dolor físico provoca no sólo la presencia de indefensión aprendida, sino que además caen en un estado conocido como desamparo aprendido. A raíz de que la expectativa de controlabilidad va decayendo, la motivación para poder realizar cambios en el entorno entra en decadencia. Esto se debe a que la actitud previa a afrontar la adversidad es de fracaso y de imposibilidad de cambiar la realidad que rodea a la víctima (Barreto, 2020).

En relación con las conductas que ponen en manifiesto la indefensión y el desamparo aprendido, principalmente se observa que la víctima empieza a temer el hecho de hablar o de hacer algo y obtener la crítica de su pareja. Asimismo, comienza a notarse deprimida y débil (Deza, 2012). Otras de las manifestaciones de la indefensión aprendida son la inhibición de la conducta, la pasividad, pensamientos disfuncionales, así como sensación de impotencia, estrés, ansiedad y aislamiento (Barreto, 2020).

4. Metodología

4.1 Método

Como se ha comentado, este TFG tiene como objetivos concretos:

- a) Detectar la prevalencia de alto riesgo de VCM mediante el cuestionario WAST en las consultas de atención primaria (ASSIR) en Cornellà
- b) Estudiar la presencia de psicopatología en las mujeres con alto riesgo de VCM (ansiedad, depresión y sintomatología relacionada con el estrés postraumático)

La hipótesis planteada en relación con el primer objetivo es obtener, en la muestra estudiada, una prevalencia de alto riesgo de VCM acorde con la literatura y, por tanto, estos datos de prevalencia se sitúen dentro del porcentaje 4,34% comparado con la población general. Con relación al segundo objetivo, la hipótesis es que se plantea es que las mujeres con alto riesgo de VCM presenten con mayor frecuencia las tres variables psicopatológicas seleccionadas comparado con las mujeres de bajo riesgo.

La muestra obtenida de este TFG corresponde al centro ASSIR “8 de març” de Cornellà (Barcelona). La población de referencia general es de 45.966 mujeres residentes en el municipio de Cornellà de Llobregat en 2021 (Instituto de Estadística de Cataluña, 2021). Asimismo, previo al inicio de la entrevista de detección de VCM y psicopatología, debían de presentar su consentimiento informado en el que la mujer firmaba un documento acerca de la confidencialidad de la información facilitada y el anonimato de las participantes en el estudio. En total, para este TFG se analizaron los datos de 415 mujeres.

4.2 Participantes

Como se ha comentado, la muestra estuvo compuesta por 415 mujeres con edades comprendidas entre los 18 y los 69 años cumplidos, además ser parte de la población residente en Cornellà del Llobregat, Barcelona. La muestra fue aleatoria ya que toda mujer que se visitara en el ASSIR era invitada a participar en el estudio si no cumplía con ningún criterio de exclusión. Concretamente, todas las mujeres visitadas por las comadronas durante los jueves y viernes (días en los cuales se realizaba el estudio) se les ofrecía participar en el estudio. El procedimiento llevado a cabo se explicará detalladamente más adelante.

Concretamente, los criterios de inclusión de las mujeres a la muestra del estudio fueron:

- Ser usuaria del ASSIR de 18 a 69 años cumplidos
- Tener pareja en la actualidad o haber tenido pareja en el último año
- Firmar el consentimiento informado

Por otro lado, los motivos de exclusión que se tuvieron presentes fueron:

- Usuarías que presentaban barrera idiomática (concretamente se excluyeron 100 mujeres)
- Que no tuvieran pareja en el último año (exclusión de 30 mujeres)
- Que presentaran capacidad cognitiva disminuida que impidieran la comprensión y respuesta de los cuestionarios utilizados (exclusión de 2 usuarias)
- Que no aceptaran entrar a la visita sin la pareja u otros familiares o conocidos (un total de 66 mujeres fueron excluidas).

Como se ha dicho, el reclutamiento se inició en febrero de 2018 y finalizó en junio de 2021. Los datos obtenidos de los cuestionarios fueron insertados en una planilla Excel donde se aportaban las puntuaciones codificadas y posteriormente se introdujeron en el programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), a partir del cual se realizaron los análisis y se extrajeron los resultados. Una vez obtenida la información actualizada, se procedió a la interpretación de los resultados acompañado de una revisión de la literatura obtenida hasta el momento.

4.3 Instrumentos

A todas las mujeres que cumplieron con los criterios de inclusión y las cuales entraron a formar parte de la muestra de este estudio, se les administró la misma exploración. En cuanto a la valoración del riesgo de VCM se les administró el cuestionario *Woman Abuse Screening Tool* (WAST) de Fogarty y Brown (1996). Para la exploración de la psicopatología se administró el *The State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) de Spielberger et al (1983) y adaptado al castellano por Buela-Casal et al. (2002) para valorar la presencia de sintomatología afectiva, concretamente de índole ansiosa; el *Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) de Garcia-Esteve (2003) para valorar la presencia o no de síntomas de índole

depresiva y el *University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction* (UCLA) creado por Steinberg et al. (2004) para analizar la presencia de sintomatología propia del trastorno del estrés postraumático (TEPT). En relación con el *Woman Abuse Screening Test* (WAST), Fogarty y Brown (1996) tradujeron y validaron la versión española en 2002.

En la investigación se tuvo en cuenta la evaluación de la ansiedad, la depresión y el trastorno de estrés postraumático ya que son las alteraciones psicopatológicas más comunes que se encuentran en la VCM como así lo han indicado numerosos investigadores (Plazaola-Castaño et al., 2008; Arreaga, 2018; Rosales et al., 2014; Manes y Niro, 2014; Dillon et al., 2013; Pico-Alfonso, 2006; Sans y Sellarés, 2010). No obstante, en este trabajo nos centraremos en la ansiedad. El motivo de dicha elección es que en la literatura se ha relacionado consistentemente la ansiedad con la VCM (Lindgren y Renck, 2008; Ansara y Hindin, 2010; Pico-Alfonso et al., 2006; Arreaga, 2018; Rodríguez, 2021; Rosales et al., 2014; Manes y Niro, 2014; Tullio et al., 2021; Plazaola-Castaño et al., 2008; Campbell, 2002) y ello predispone a un estado psicopatológico malo, así como una mala calidad de vida en las mujeres con VCM. Además, la ansiedad inclina a la presencia de estados depresivos, así como genera una mayor exposición a consumo de tóxicos y gravedad sintomatológica en la vida de las mujeres que lo padecen (Arreaga, 2018; Pico-Alfonso et al., 2006).

Cada instrumento presenta distintas formas de puntuación e interpretación, los cuales se describirá a continuación:

- ***Woman Abuse Screening Tool*** (1996) es un instrumento de cribaje universal creado para que en los servicios de AP se identifiquen y valoren a las usuarias que presentan posibles exposiciones al abuso físico o emocional por parte de la pareja. El instrumento cuenta con 7 ítems en el que se pregunta por el grado de tensión y de dificultades existentes en la pareja, así como episodios violentos, ya sean de índole sexual, emocional o física. La intensidad se ve indicada mediante una escala tipo *Likert* que va del 1 al 3. El 1 se indica cuando se da menor intensidad y el 3 cuando se presenta mayor intensidad. Este cuestionario presenta una sensibilidad del 93% y una especificidad del 68% (Plazaola-Castaño et al., 2008). El tiempo de administración del WAST-Largo es entre 10 o 15 minutos aproximadamente. Es importante destacar este tiempo breve de administración pues hay que tener en cuenta que el WAST es un cuestionario de cribaje que se administra en el ASSIR de manera universal a la población femenina y este es un servicio no especializado en VCM ni en salud mental.

La versión WAST-Largo, la intensidad o frecuencia de cada una de las cuestiones se valora en una escala tipo *Likert* de 1 a 3. La puntuación total de la escala (8-24) se obtiene sumando las puntuaciones correspondientes a los 8 ítems. A efectos de análisis de este estudio, se establecieron las puntuaciones de 8 a 15 como bajo riesgo de VCM y de 16 a 24 como de alto riesgo.

- **Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)** creado por Spielberg et al. en 1970, es un cuestionario evaluador del posible trastorno de la ansiedad. Su objetivo es evaluar la ansiedad rasgo y la ansiedad estado mediante 20 preguntas, con una escala de respuesta tipo *Likert* ordenada de la siguiente manera: (0) indica nada, (1) algo, (2) bastante y (3) mucho. En ambos estilos de ansiedad, un porcentaje de preguntas se enfocan al bienestar o a la ausencia de ansiedad, mientras que las preguntas restantes aluden a la presencia de ansiedad. La puntuación total se obtiene mediante la suma de las respuestas más 20 con relación al número de ítems, teniendo en cuenta que los ítems referidos a aspectos positivos, el formato de puntuación se ve invertido, siendo 3 indicador de “nada” y 0 indicador de “mucho”. Presenta una sensibilidad del 85,8% y una especificidad del 88,4% para la población española.
- **Cuestionario de Depresión Posnatal de Edimburgo (EPDS)** de Cox et al., (1987) es una escala de valoración de la sintomatología depresiva, formada por 10 ítems con 4 opciones de respuesta. Todas ellas se califican de 0 a 3 puntos, a partir de los cuales se puede explorar síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo durante los últimos 7 días. El punto de corte que determina la presencia de sintomatología depresiva es un resultado igual o superior a 11. La sensibilidad de dicho instrumento es del 79% y la especificidad del 95,5% (García-Esteve et al., 2003).
- **University of California at Los Angeles post-traumatic stress disorder reaction (UCLA-PTSD)** por Steinberg et al., (1985). Se trata de un instrumento que evalúa la respuesta a un trauma vivido por la persona. No es una prueba diagnóstica, sino que se centra en la orientación para conocer la frecuencia de algunos síntomas relacionados con el trastorno estrés postraumático (TEPT) en la persona, a partir del cual se deberá realizar una exploración psicológica mucho más exhaustiva y completa. Las preguntas están creadas bajo los criterios del *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-V, 2013). En relación con la temporalidad, se tiene en cuenta el último

mes para responder a las preguntas planteadas. Las opciones de respuesta cuentan con 5 posibilidades, presentadas en escala tipo *Likert* (0 = ninguna vez); (1 = pocas veces); (2 = algunas veces); (3 = muchas veces); (4 = la mayoría de las veces). En este estudio, la prueba sirvió para saber si la usuaria había vivido o vive en la actualidad experiencias atemorizantes, peligrosas o violentas. Respecto a los valores psicométricos del instrumento, se han obtenido resultados de consistencia interna de 0.92 y fiabilidad de 0.73 (Cramer y Barry, 1999).

4.4 Procedimiento

Para que la muestra obtenida fuese representativa de la población de Cornellà, el proceso de reclutamiento consistía en el siguiente procedimiento. Las comadronas participantes en el estudio disponían de un listado con las visitas de la jornada. A las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión descritos anteriormente, se les ofrecía la participación en el estudio y las mismas comadronas de manera breve informaban del procedimiento que se llevaría a cabo. Si la paciente accedía a participar, se le presentaba un consentimiento informado. A partir de que la mujer firmara dicho documento, la misma comadrona apuntaba los datos de identificación y sociodemográficos de la mujer. Concretamente, las variables recopiladas eran las siguientes:

- Fecha y hora de la visita
- Teléfono
- Número de caso
- Edad de la mujer
- Sexo y edad de la pareja
- Región de origen familiar de la mujer y de la pareja
- Estudios de la mujer y de la pareja
- Estado civil y convivencia con la pareja
- Situación laboral y nivel económico
- Tipo de convivencia y número de convivientes
- Número de hijos en casa
- Tiempo de convivencia de pareja

- Embarazo a término, prematuros, abortos, hijos vivos

Una vez obtenido estos datos, la mujer se trasladaba a la consulta en la cual me encontraba yo, establecida en el mismo espacio del ASSIR. En dicha visita se repasaban los datos comentados con la comadrona y se procedía a administrar la versión del WAST, así como las pruebas psicológicas descritas anteriormente. Debido a la coincidencia durante la etapa pandémica por la Sars-Covid-19, se procedió a contactar a las mujeres vía telemática. Dicha forma de procedimiento se efectuó desde febrero del 2021 hasta mayo de 2021.

En el caso de que la paciente presentara sintomatología ansiosa, depresiva o propia del trastorno del estrés postraumático y que los resultados obtenidos en los diferentes instrumentos reflejaran lo observado en consulta, se valoraba la posibilidad de derivación a un Centro de Salud Mental de Cornellà (CSMA). Asimismo, el protocolo contemplaba que si se detectaban síntomas de alto riesgo de VCM se realizaba una derivación al Centro de la Mujer. Este centro cuenta con servicios especializados para ayudar a la mujer en temas jurídicos y sociales.

Paralelamente, se realizó el registro de las usuarias que no desearon participar o que se excluyeron por otras razones. Los motivos más usuales, como se han comentado, fueron: usuarias que presentan barrera idiomática (n=100), no tienen pareja en el último año (n=30), que presentan capacidad cognitiva reducida que dificultaba la comprensión de las preguntas realizadas (n=2), mujeres que rechazaron la participación al no poder realizar la visita acompañada por su pareja u otros familiares (n=66). Otros motivos registrados han sido por ser menor o mayor a las edades requeridas para participar (n=7), por no disponer de tiempo (n=136), y por motivos desconocidos (n=2). En total, desde 2019, 343 mujeres fueron excluidas del estudio.

4.5 Análisis de datos

Para proceder a un adecuado análisis de la información obtenida, se tomaron en cuenta en primer lugar las variables sociodemográficas descriptivas de la muestra. Por otra parte, se obtuvieron los resultados obtenidos tras la administración del WAST-Largo y la psicopatología, obteniendo la media, la desviación típica y el número total de mujeres que obtuvieron alto riesgo de VCM. Posteriormente, se realizó los análisis de correlaciones entre las mujeres con alto riesgo de VCM, la psicopatología, concretamente con la ansiedad. Dichos análisis fueron realizados mediante SPSS y el criterio de significación asignado fue inferior o igual a 0.005.

5. Resultados

A continuación, se explicarán los resultados obtenidos de los análisis de los datos de la muestra de 415 usuarias del ASSIR “8 de març” siguiendo los objetivos del presente TFG indicados con anterioridad. Además, antes de ello, se destacarán los datos sociodemográficos más relevantes de la muestra para comprender las características de ésta. Respecto a la forma de puntuación del WAST, siguiendo con las indicaciones de los autores, una puntuación de 0 se relaciona con “no riesgo de VCM” mientras que 1 se asocia a “riesgo de VCM” (Fogarty y Brown, 1996).

Los resultados de la muestra total (n = 415) indicaron que las participantes tuvieron una media de edad de 35 años [Desviación estándar (DS = 10,29)], las parejas una media de 37,54 (DS = 10,54); en lo que respecta al tiempo de convivencia con la pareja, se obtuvo una media de 8,8 años (DS = 10,03) y pasando a la prueba de cribado WAST-Largo, la media obtenida ha sido de 9,51 (DS = 2,58) considerándose como se ha comentado bajo riesgo de 8-15 puntos y >15 puntos alto riesgo de VCM.

Por lo que respecta a la región de origen de la mujer (Tabla 6) vemos que las regiones que presentan un mayor número de usuarias ha sido España con un resultado de 222 mujeres (53,49%), Sudamérica con 129 usuarias (31,08%) y tanto en Centroamérica y Norte de África con 18 mujeres (4,33%). Continuando con la región de origen de la pareja (Tabla 7) se registraron 238 españoles (57,34%), siguiendo con 105 usuarios sudamericanos (25,30%) y 20 del Norte de África (4,81%).

Tabla 6. *Región de origen familiar de la mujer*

		Puntuación WAST-Largo		
Región de origen familiar de la mujer		0	1	Total
España	Recuento	214	8	222
	% dentro de Región de origen familiar de la mujer	96,5%	3,6%	100,0%
Europa Occidental	Recuento	3	0	3
	% dentro de Región de origen familiar de la mujer	100,0%	0,0%	100,0%
África subsahariana	Recuento	5	0	5
	% dentro de Región de origen familiar de la mujer	100,0%	0,0%	100,0%
Norteamérica	Recuento	1	0	1
	% dentro de Región de origen familiar de la mujer	100,0%	0,0%	100,0%
Europa del este	Recuento	10	1	11
	% dentro de Región de origen familiar de la mujer	90,9%	9,1%	100,0%
Norte de África	Recuento	18	0	18
	% dentro de Región de origen familiar de la mujer	100,0%	0,0%	100,0%
Centro de Europa	Recuento	5	0	5
	% dentro de Región de origen familiar de la mujer	100,0%	0,0%	100,0%
Sudamérica	Recuento	121	8	129
	% dentro de Región de origen familiar de la mujer	93,8%	6,2%	100,0%
Centroamérica	Recuento	17	1	18
	% dentro de Región de origen familiar de la mujer	94,4%	5,6%	100,0%
Asia	Recuento	3	0	3
	% dentro de Región de origen familiar de la mujer	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	397	18	415
	% dentro de Región de origen familiar de la mujer	95,7%	4,3%	100,0%

Fuente: extraído de SPSS

Tabla 7. *Región de origen familiar de la pareja*

Región de origen familiar de la pareja		Puntuación WAST-Largo		
		0	1	Total
España	Recuento	232	6	238
	% dentro de Región de origen familiar de la pareja	97,5%	2,5%	100,0%
Europa Occidental	Recuento	7	0	7
	% dentro de Región de origen familiar de la pareja	100,0%	0,0%	100,0%
África subsahariana	Recuento	7	0	7
	% dentro de Región de origen familiar de la pareja	100,0%	0,0%	100,0%
Norteamérica	Recuento	2	0	2
	% dentro de Región de origen familiar de la pareja	100,0%	0,0%	100,0%
Europa del este	Recuento	8	1	9
	% dentro de Región de origen familiar de la pareja	88,9%	11,1%	100,0%
Norte de África	Recuento	19	1	20
	% dentro de Región de origen familiar de la pareja	95,0%	5,0%	100,0%
Centro de Europa	Recuento	6	0	6
	% dentro de Región de origen familiar de la pareja	100,0%	0,0%	100,0%
Sudamérica	Recuento	97	8	105
	% dentro de Región de origen familiar de la pareja	92,4%	7,6%	100,0%
Centroamérica	Recuento	16	2	18
	% dentro de Región de origen familiar de la pareja	88,9%	11,1%	100,0%
Asia	Recuento	3	0	3
	% dentro de Región de origen familiar de la pareja	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	397	18	415
	% dentro de Región de origen familiar de la pareja	95,7%	4,3%	100,0%

Fuente: extraído de SPSS

Sobre los estudios que poseían las mujeres (Tabla 8), se ha observado 144 (34,69%) registros en estudios superiores, continuando con 114 (27,46%) mujeres en estudios secundarios y 106 (25,54%) usuarias en Formación Profesional (FP). En cambio, los estudios registrados en las parejas (Tabla 9), el más elevado ha estado en estudios secundarios con 130 (31,32%), siguiendo con 104 (25,06%) en estudios superiores y 102 (24,57%) en FP.

Tabla 8. Estudios de la mujer

Estudios de la mujer		Puntuación WAST-Largo		
		0	1	Total
Sin estudios	Recuento	2	0	2
	% dentro de Estudios de la mujer	100,0%	0,0%	100,0%
Estudios primarios	Recuento	45	4	49
	% dentro de Estudios de la mujer	91,8%	8,2%	100,0%
Estudios secundarios	Recuento	109	5	114
	% dentro de Estudios de la mujer	95,6%	4,4%	100,0%
FP	Recuento	100	6	106
	% dentro de Estudios de la mujer	94,3%	5,7%	100,0%
Estudios superiores	Recuento	141	3	144
	% dentro de Estudios de la mujer	97,9%	2,1%	100,0%
Total	Recuento	397	18	415
	% dentro de Estudios de la mujer	95,7%	4,3%	100,0%

Fuente: extraído de SPSS

Tabla 9. Estudios de la pareja

Estudios de la pareja		Puntuación WAST-Largo		
		0	1	Total
Sin estudios	Recuento	6	1	7
	% dentro de Estudios de la pareja	85,7%	14,3%	100,0%
Estudios primarios	Recuento	57	12	69
	% dentro de Estudios de la pareja	82,6%	17,4%	100,0%
Estudios secundarios	Recuento	129	1	130
	% dentro de Estudios de la pareja	99,2%	0,8%	100,0%
FP	Recuento	102	0	102
	% dentro de Estudios de la pareja	100,0%	0,0%	100,0%
Estudios superiores	Recuento	101	3	104
	% dentro de Estudios de la pareja	97,1%	2,9%	100,0%
Total	Recuento	395	17	412
	% dentro de Estudios de la pareja	95,9%	4,1%	100,0%

Fuente: extraído de SPSS

Por lo que respecta al estado civil de la mujer (Tabla 10), se unifica el registro tanto de casadas como de aquellas que viven en pareja, dando un resultado de 312 (75,18%) usuarias registradas. En lo que respecta a las solteras, separadas y divorciadas se obtiene un total de 92 (22,16%) mujeres en este estado.

Tabla 10. Estado civil de la mujer

Estado civil de la mujer		Puntuación WAST-Largo		
		0	1	Total
Soltera	Recuento	77	7	84
	% dentro de Estado civil de la mujer	91,7%	8,3%	100,0%
Casada	Recuento	181	6	187
	% dentro de Estado de la mujer	96,8%	3,2%	100,0%
Viuda	Recuento	1	0	1
	% dentro de Estado civil de la mujer	100,0%	0,0%	100,0%
Separada	Recuento	4	2	6
	% dentro de Estado de la mujer	66,7%	33,3%	100,0%
Divorciada	Recuento	12	0	12
	% dentro de Estado civil de la mujer	100,0%	0,0%	100,0%
Vive en pareja	Recuento	122	3	125
	% dentro de Estado civil de la mujer	97,6%	2,4%	100,0%
Total	Recuento	397	18	415
	% dentro de Estado civil de la mujer	95,7%	4,3%	100,0%

Fuente: extraído de SPSS

En relación con la situación laboral que presenta la mujer (Tabla 11), se observa un mayor registro en trabajadoras activas, con un resultado de 275 (66,26%) usuarias, siguiendo con 67 (16,14%) en situación de desempleo. Se obtuvo un registro menor en aquellas que efectúan un trabajo doméstico no remunerado con 36 (8,67%) usuarias y mujeres estudiantes solo se anotó 23 (5,54%).

Tabla 11. Situación laboral de la mujer

Situación laboral de la mujer		Puntuación WAST-Largo		
		0	1	Total
Trabajo doméstico no remunerado	Recuento	33	3	36
	% dentro de Situación laboral de la mujer	91,7%	8,3%	100,0%
Trabajadora activa	Recuento	267	8	275
	% dentro de Situación laboral de la mujer	97,1%	2,9%	100,0%
Desempleada	Recuento	62	5	67
	% dentro de Situación laboral de la mujer	92,5%	7,5%	100,0%
Jubilada	Recuento	14	0	14
	% dentro de Situación laboral de la mujer	100,0%	0,0%	100,0%
Estudiante	Recuento	21	2	23
	% dentro de Situación laboral de la mujer	91,3%	8,7%	100,0%
Total	Recuento	397	18	415
	% dentro de Situación laboral de la mujer	95,7%	4,3%	100,0%

Fuente: extraído de SPSS

Finalmente, del registro de embarazadas (Tabla 12), se observan que 228 (54,93%) usuarias no presentan embarazo en la actualidad mientras sí se daba embarazo en 187 (45,06%) mujeres.

Tabla 12. Embarazo actual

Embarazo actual		Puntuación WAST-Largo		
		0	1	Total
NO	Recuento	211	17	228
	% dentro de Embarazo actual	92,5%	7,5%	100,0%
SI	Recuento	186	1	187
	% dentro de Embarazo actual	99,5%	0,5%	100,0%
Total	Recuento	397	18	415
	% dentro de Embarazo actual	95,7%	4,3%	100,0%

Fuente: extraído de SPSS

Siguiendo con el primer objetivo, el cual hace referencia a la detección de prevalencia de alto riesgo de VCM mediante el cuestionario WAST-Largo en las consultas del ASSIR, el resultado de mujeres que indicaron alto riesgo de VCM evaluado mediante el WAST fue de 18 mujeres (4,3% de la muestra total) frente a 397 mujeres que indicaron un resultado de bajo riesgo de VCM (95,7%). Si

desglosamos estos resultados lo aplicamos en cada variable sociodemográfica registrada, los resultados que se obtienen son los siguientes.

Por cada región de origen de la mujer, de las 222 usuarias con origen español, el 3,6% (8 mujeres) indicaron alto riesgo de VCM. En la misma línea, de las 129 mujeres sudamericanas, el 6,2% (8 mujeres) señalaron alto riesgo en VCM. Por otra parte, en relación con las 18 mujeres centroamericanas, solo el 5,6% presenta alto riesgo en VCM (1 mujer). Respecto a los estudios de la mujer se observan que de las 144 usuarias que presenta estudios superiores, el 2,1% presenta alto riesgo en VCM (3 mujeres). En relación con aquellas que cuentan con estudios secundarios con 114 registros, el 4,4% resultaron presentar alto riesgo en VCM (5 mujeres). De las 106 usuarias con FP, el total obtenido de alto riesgo en VCM fue de 5,7% (6 mujeres). Finalmente, de aquellas 49 usuarias con estudios primarios, 8,2% (4 mujeres) obtuvieron alto riesgo de VCM. Por los que respecta al estado civil de mujeres, vemos que de las 187 usuarias están casadas el 3,2% indicaron alto riesgo en VCM (6 mujeres) y de aquellas 125 viven en pareja el total de porcentaje de 2,4% (3 mujeres) indicaron alto riesgo VCM. De las 84 solteras, el 8,3% obtuvieron alto riesgo en VCM (7 mujeres); de las 6 usuarias separadas el 33,3% presentan alto riesgo en VCM (2 mujeres). En cuanto a la situación laboral de la mujer los resultados obtenidos indican que las 275 usuarias trabajadoras activas, el 2,9% presentan alto riesgo en VCM (8 mujeres). De las 67 desempleadas, el 7,5% indicaron alto riesgo en VCM (5 mujeres). Por otra parte, de las 36 usuarias trabajadoras domésticas no remuneradas el 8,3% presentaron alto riesgo en VCM (3 mujeres) y de las 23 estudiantes, el 8,7% se encontraba en alto riesgo de VCM (2 mujeres). Por último, en relación con la presencia de embarazo en la actualidad, se registra que de las 228 mujeres que no presentan embarazo, el 7,5% resultaron tener alto riesgo en VCM (17 mujeres) mientras que de las 187 usuarias registradas en el estudio si estaban embarazadas en el momento de la prueba, el 0,5% presentaron alto riesgo en VCM (1 mujer).

Por lo tanto, en relación con el primer objetivo del estudio, se observa que mediante el cuestionario WAST, de las 415 usuarias participantes en el estudio, un total de 18 mujeres presentaron un resultado de alto riesgo en VCM, representado el 4,3% de la muestra total de mujeres que sufren VCM. Este dato, como se comentará posteriormente, coincide con la prevalencia de VCM en población española.

Seguidamente nos centraremos en los resultados correspondientes al segundo objetivo y tercer objetivo que se ha considerado explicarlos de manera unida para una mayor clarificación e interpretación de los datos. Como se ha comentado el

segundo y tercer objetivo hacían referencia a la detección de sintomatología psicopatológica, concretamente ansiedad, depresión y sintomatología relacionada con el estrés postraumático, en aquellas mujeres que presentan alto riesgo de VCM.

Tabla 13. Frecuencias de variables cuantitativas

Estadísticos		PD STAI	EPDS	UCLA B	UCLA C	UCLA D
N	Válido	415	415	415	415	415
	Perdidos	0	0	0	0	0
Media		28,10	3,62	2,00	2,91	2,51
Desv. Estándar		12,16	5,26	3,15	4,78	3,51

Fuente: extraído de SPSS

Empezando por la primera prueba psicológica administrada en el estudio, (STAI) se obtuvo una media de 28,10 (DS = 12,16) (Tabla 13). Se observa que 397 usuarias presentaron bajo riesgo, con una puntuación media de 27 puntos en esta prueba. En cambio, las 18 mujeres que presentaron alto riesgo se relacionan a una puntuación media superior, concretamente de 52 puntos. Además, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos siendo muy superior la puntuación media de las mujeres con alto riesgo de VCM respecto a aquellas con bajo riesgo de VCM ($p < 0,001$) (Tabla 14).

Tabla 14. Correlación WAST-Largo y prueba PD STAI

		WAST Largo			
		N	Media	Desv. Desviación	p
PD_STAI	8-15 bajo riesgo	397	27,01	10,922	<0,001
	>15 alto riesgo	18	52,00	13,949	

Fuente: extraído de SPSS

Por lo que respecta a la prueba de sintomatología depresiva medido con el cuestionario (EPDS) se observa una media de 3,62 (DS = 5,26) (Tabla 13). Nuevamente, 397 usuarias presentaron bajo riesgo con una puntuación media de 3,14 mientras que aquellas 18 mujeres con alto riesgo de VCM, presentaron puntuaciones elevadas en la prueba, con una puntuación media de 14,22. Se debe tener presente que a partir de un resultado igual o mayor a 11 puntos en este cuestionario se interpreta como la presencia significativa de sintomatología de índole depresiva que posteriormente debe ser explorada por los servicios de salud mental correspondientes (CSMA). En este caso, se vuelve a observar una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos ($p < 0,001$) (Tabla 15).

Tabla 15. Correlación WAST-Largo y prueba EPDS

		WAST Largo			
		N	Media	Desv. Desviación	p
EPDS	8-15 bajo riesgo	397	3,14	4,511	<0,001
	>15 alto riesgo	18	52,00	13,949	

Fuente: extraído de SPSS

La última prueba administrada tenía como objetivo registrar la presencia de sintomatología relacionada con el trastorno de estrés postraumático. La herramienta empleada ha sido UCLA. Primeramente, se preguntaba a la mujer si recuerda haber vivido una experiencia atemorizante, peligrosa o violenta, con la finalidad de conocer si presentaba antecedentes de VCM dentro o fuera de la pareja. En el caso de que se diera en la usuaria el relato de la experiencia, posteriormente se procedía a realizar preguntas relacionadas con dicha vivencia. El instrumento consta de tres criterios (B, C y D) los cuales agrupan las distintas cuestiones abordadas, teniendo su base en los criterios diagnósticos del Trastorno de Estrés Postraumático estipulados por el DSM-V.

En términos generales se observan los siguientes resultados (Tabla 16). De las 415 usuarias participantes, 105 han obtenido en la prueba UCLA un resultado de alto riesgo al presentar los tres criterios evaluados. De estas 105 mujeres, 14 han obtenido alto riesgo en el WAST.

Tabla 16. Resultados UCLA (B, C, D)

Total UCLA		Puntuación WAST-Largo		
		0	1	Total
2	Recuento	91	14	105
	% dentro de Total UCLA	86,7%	13,3%	100,0%
	% dentro de Recodificado WAST-Largo	22,9%	77,8%	25,3%

Fuente: extraído de SPSS

El criterio B, el cual consta de cinco preguntas, alude a aquella sintomatología intrusiva, planteando cuestiones como pensamientos intrusivos, presencia de sueños desagradables que referencien la experiencia o la presencia de sensaciones físicas molestas al recordar el evento. UCLA B presenta una media de 2 (DS = 3,15) (Tabla 13). Como se puede ver en la siguiente tabla se encontró una diferencia significativa entre aquellas usuarias que indicaron bajo riesgo y aquellas que mostraron alto riesgo en VCM ($p < 0,001$) (Tabla 17).

Tabla 17. Correlación WAST-Largo y prueba UCLA B

		WAST Largo			
		N	Media	Desv. Desviación	p
UCLA_B	8-15 bajo riesgo	397	1,70	2,666	<0,001
	>15 alto riesgo	18	11,72	5,337	

Fuente: extraído de SPSS

El criterio C hace referencia a síntomas de evitación. En esta clasificación, se obtuvo una media de 2,91 (DS = 4,78) (Tabla 13) y se halló una diferencia significativa superior entre las usuarias con bajo riesgo y las mujeres de alto riesgo de VCM ($p < 0,001$) (Tabla 18).

Tabla 18. Correlación WAST-Largo y prueba UCLA C

		WAST Largo			
		N	Media	Desv. Desviación	p
UCLA_C	8-15 bajo riesgo	397	2,51	4,153	<0,001
	>15 alto riesgo	18	11,72	8,295	

Fuente: extraído de SPSS

El criterio D del UCLA aborda las cogniciones y el estado de ánimo negativo. De la misma manera, presenta una media de 2,52 (DS = 3,51) (Tabla 13) y nuevamente se obtiene diferencia significativa ($p < 0,001$) (Tabla 19) entre el grupo con alto riesgo de VCM comparado con el grupo de bajo riesgo.

Tabla 19. Correlación WAST-Largo y prueba UCLA D

		WAST Largo			
		N	Media	Desv. Desviación	p
UCLA_D	8-15 bajo riesgo	397	2,22	3,155	<0,001
	>15 alto riesgo	18	8,83	4,902	

Fuente: extraído de SPSS

6. Discusión y conclusiones

A continuación, se discutirán y se realizará una conclusión general del presente TFG. Como se ha indicado previamente los objetivos planteados han sido detectar las prevalencias de elevado riesgo en VCM mediante el cuestionario WAST y conocer la presencia de psicopatología en aquellas usuarias con alto riesgo de VCM, concretamente ansiedad, depresión y trastorno del estrés postraumático.

En relación con el primer objetivo y teniendo en cuenta la literatura con respecto a la prevalencia de VCM nuestros datos estarían en la línea de los datos actuales. Estos datos indican que, en España, cerca del 42,7% de mujeres que se encuentran expuestas a VCM acuden a los servicios de AP (Murillo et al., 2018). Asimismo, otro estudio transversal realizado en el ámbito de AP indicó que alrededor del 32,7% de las usuarias encuestadas se encontraban en situación de violencia y habían sido detectadas en este servicio. Sin embargo, con todo, solo una pequeña parte de los casos de VCM son detectados (Montero et al., 2011). Englobando los resultados obtenidos, se puede observar que en el estudio realizado el instrumento WAST Largo continúa presentando una sensibilidad de 100% y una especificidad del 85,89%, observándose coincidencias respecto a otros estudios. Revisando la literatura, vemos que el estudio realizado por Plazaola-Castaño et al. (2008) presenta una sensibilidad del 93% y una especificidad del 68%. En otro estudio aportado por el Departamento de promoción de la Salud de la Mujer y Recién Nacido de la Universidad de Chile, se observó que la versión culturalmente adaptada del instrumento WAST obtuvo unos valores del 100% de sensibilidad y una especificidad de 96,43% (Binfa et al., 2018).

En relación con el segundo objetivo se observa que realmente, como indica Rivara et al. (2019), se observan consecuencias psicológicas siendo las más comunes la depresión, ansiedad y el trastorno del estrés postraumático. Como se ha podido apreciar en las puntuaciones obtenidas y presentadas en resultados, se confirma la presencia de sintomatología asociada a dichas patologías evaluadas en el estudio, especialmente si se compara el grupo de mujeres con alto riesgo de VCM con el de bajo riesgo. Además, la baja calidad de vida de estas mujeres víctimas de VCM comporta que hagan un uso más elevado de los servicios médicos (Campbell, 2002) aspecto que, por otro lado, puede ayudar a que se detecte esta problemática si se instaurará la administración de algún cuestionario de cribado breve como el WAST en estos servicios. En esta línea, en este estudio, de las 415 participantes, el 4,3% resultaron tener un alto riesgo de VCM, las cuales afortunadamente fueron

detectadas en el ámbito de AP, concretamente en el centro ASSIR “8 de març” de Cornellà mediante el WAST y posteriormente, fueron derivadas a los servicios pertinentes.

En relación con el segundo objetivo, el cual se enfoca en estudiar la correlación de los datos psicopatológicos con la presencia de VCM se observa que en nuestra muestra hay una correlación entre una mayor puntuación en la prueba WAST con una mayor puntuación en las pruebas psicopatológicas. Dicha correlación concuerda con la literatura relacionada que indican que la ansiedad y la depresión vienen a ser expresiones de indefensión que experimenta la víctima (Rosales et al., 2014). Por otro lado, a lo largo del proceso de recogida de datos, se han podido obtener testimonios tanto de VCM por parte de la pareja, así como antecedentes de maltrato o abuso fuera de la pareja e incluso haber sido testigo de VCM en algún momento de la vida. Algunos autores como Plazaola-Castaño et al. (2008) indican que no está claro el balance entre riesgo y beneficio de la actuación profesional en cuanto a la situación en la que quedará la víctima (dado que muchas veces cuentan con pocos recursos y apoyo social). Además, este mismo autor también destaca que no hay evidencias claras de que el cribado disminuya la morbimortalidad por violencia, pues los recursos asistenciales y de tratamiento del problema son aún escasos en nuestro país. No obstante, la detección es crucial y necesaria puesto que influirá en la evolución y pronóstico del caso en el ámbito de la salud física, psicológica y social de la mujer.

Enfocándonos en las limitaciones halladas en el estudio, la principal ha sido el único empleo de un instrumento para valorar la VCM, siendo el elegido el WAST. Sin embargo, hay muchos más cuestionarios que se usan a nivel internacional que podrían aportar y enriquecer dicha valoración como por ejemplo *Brief Spousal Assault Form of the Evaluation of Risk* (B-SAFER) empleado en Canadá (Kropp et al., 2005), *Danger Assessment Tool* (DA) (Campell et al., 2009) y el *Spousal Abuse Risk Assessment* (SARA). Asimismo, nos encontramos con la misma situación frente a la valoración psicopatológica y los instrumentos empleados.

A pesar de la fiabilidad psicométrica que se presenta en todas las pruebas administradas, el empleo de más pruebas podría recoger mayores matices y detalles de las usuarias participantes en el estudio. Para futuros estudios, se podría administrar varios instrumentos para cada tipo de sintomatología teniendo en cuenta que se trata de una detección breve que deberá ser evaluada, en cualquier caso, y

de manera extensa por parte de profesionales especializados. Además, también se debería tener en cuenta que la evaluación en un servicio no especializado de salud mental no puede requerir de mucho tiempo en la administración de este tipo de pruebas. Como se ha indicado al inicio del trabajo, la VCM es uno de los principales problemas de salud pública, el cual engloba consecuencias psicológicas, físicas sociales y laborales en las víctimas. La literatura ha demostrado el impacto negativo de distintas áreas vitales en las mujeres que han padecido o padecen VCM (Campbell, 2002). Asimismo, las psicopatologías estudiadas en la investigación han sido ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático, siendo éstas las más comunes y destacadas (Rivara et al., 2019). Por otra parte, se destacan síntomas como el insomnio, alteraciones del apetito, irritabilidad emocional y/o conductas autolesivas (Sans y Sellarés, 2010). Asimismo, el 47,2% de mujeres españolas acuden a los servicios de AP, siendo este el primer contacto con profesionales de la salud. Al tratarse de una problemática multifactorial, su detección, seguimiento e intervención precoz es la clave para que estas víctimas sean abordadas desde distintas disciplinas sanitarias.

Por lo tanto, después de los datos obtenidos y expuestos en el estudio, se ratifica la importancia de la formación de profesionales en el ámbito de la VCM, así como la administración de cuestionarios breves de cribaje de la VCM, además de valorar la necesidad de integrar psicólogos en los servicios de AP para una detección y abordaje precoz a las víctimas de VCM y trabajar su psicopatología asociada.

Bibliografía

- Alonso, M.B et al. (2010). *Revisión teórica del maltrato psicológico en la violencia conyugal*. *Psicología y Salud*, 20 (1), 65-75. <https://doi.org/10.25009/pys.v20i1.618>
- Álvarez-Dardet, S. M et al. (2013). *La violencia de pareja contra la mujer en España: Cuantificación y caracterización del problema, las víctimas, los agresores y el contexto social y profesional*. Elsevier. <https://doi.org/10.5093/in2013a6>
- Ansara. D. L y Hindin M.J (2010) *Psychosocial Consequences of Intimate Partner Violence for Women and Men in Canada* <https://doi.org/10.1177/0886260510370600>
- Arcas, M. (2014). *Vulnerabilidad En Mujeres Maltratadas*, 19 (Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica), 53–55.
- Arreaga, J. D. O. (2018). *Ansiedad y violencia intrafamiliar*. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar.
- Asensi, L. (2008). La prueba pericial psicológica en asuntos de violencia de género. *Revista Internauta de Práctica Jurídica*, 21, 15-29.
- Barreto, M. (2020). *Defensa activa frente a la indefensión aprendida en mujeres violentadas en tiempos de COVID 19*. *SCIÉENDO*, 23 (4), 287-292. <https://doi.org/10.17268/sciendo.2020.034>
- Binfa, L et al. (2018). *Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud*. *Revista médica de Chile*, 146(3), 331–340. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000300331>
- Breiding, M.J et al. (2015) *Intimate partner violence surveillance uniform definitions and recommended data elements*. National Center for Injury Prevention and Control. Division of violence Prevention. CDC.
- Cramer, K.M & Barry, J. E (1999) *Conceptualizations and measures of loneliness: a comparison of subscales*. Pergamon. 27 (3). [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00257-8](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00257-8)
- Cuervo, M. M., & Martínez, J. F. (2013). *Descripción y caracterización del Ciclo de Violencia que surge en la relación de pareja*. *Revista Tesis Psicológica*, 8 (1), 80-88. [ISSN 1909-8391](https://doi.org/10.1016/S1909-8391)

- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (2022). *Portal Estadístico Violencia de Género*. Portal Estadístico Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
- Deza, S. V. (2012). *¿Por qué las mujeres permanecen en relaciones de violencia?* Avances En Psicología, 20 (1), 45–55. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2012.v20n1.1942>
- Dillon, G et al. (2013) *Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature*. <https://doi.org/10.1155/2013/313909>
- Doric, A et al. (2019) *UCLA PTSD reaction index for DSM-5 (PTSD-RI-5): a psychometric study of adolescents sampled from communities in eleven countries*. European Journal of Psychotraumatology, 10:1, 1605282, <https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1605282>
- Estévez, A et al. (2018). *El papel de la dependencia emocional en la relación entre el apego y la conducta impulsiva*. Anales de psicología, 34(3), 438–445. <https://doi.org/10.6018/analesps.34.3.313681>
- Fernández, D. J. M et al. (2019). *Violencia hacia la mujer en la etapa de enamoramiento a través de las redes sociales*. SciELO. ISSN 1988-348X
- Fundación de Ayuda contra la Drogadicción. (29 de septiembre de 2021). *Crece el porcentaje de chicos jóvenes (15 a 29 años) que niega la violencia de género o le resta importancia*. FAD. <https://www.fad.es/notas-de-prensa/crece-el-porcentaje-de-chicos-jovenes-15-a-29-anos-que-niega-la-violencia-de-genero-o-le-resta-importancia/#:~:text=En%20cuatro%20a%C3%B1os%20desde%202017,solo%20un%20%E2%80%9Cinvento%20ideal%C3%B3gico%E2%80%9D>.
- Garcia-Esteve, L et al. (2003) Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. J Affect Disord. Jun;75(1):71-6 [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00020-4](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00020-4)
- Hacialiefendioğlu, A et al. (2021). Co-occurrence Patterns of Intimate Partner Violence. *Pacific Symposium on Biocomputing*. Pacific Symposium on Biocomputing, 26, 79–90.

- Instituto de la Mujer III (2010). *Macroencuesta sobre la Violencia contra las Mujeres informe de resultados 2006*.
- Instrumento común estandarizado para la detección temprana de la violencia de género en el Sistema Nacional de Salud (2021).
- Iskandar L & Braun K Katz A. *Testing the Woman Abuse Screening Tool to Identify Intimate Partner Violence in Indonesia*. J Interpers Violence [Internet] 2015; 30 (7): 1208-25. <https://doi.org/10.1177/0886260514539844>
- Jaramillo-Bolívar, CD y Canaval-Eraza, GE (2020). *Violencia de género: Un análisis evolutivo del concepto*. Univ. Salud.; 22(2):178-185. <https://doi.org/10.22267/rus.202202.189>
- Jiménez, J.S y Varela, M. R. F. (2017). *Gaslighting. La invisible violencia psicológica Gaslighting*. UARICHA.
- Leite, F. M. C. (2019). *Violência contra a mulher e sua associação com o perfil do parceiro íntimo: estudo com usuárias da atenção primária*. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190056>
- Lindgren M.S & Reck B. (2008). "It is still so deep-seated, the fear': psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence". 219-228. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2007.01215.x>
- López, O.C (2017). *La violencia económica y/o patrimonial contra las mujeres en el ámbito familiar*. Persona Y Familia, 1(6), 39–58. <https://doi.org/10.33539/peryfa.2017.n6.468>
- López, O.F et al. (2012). Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos. *MediSur*, 10(5), 466-479. ISSN:1727-897X
- Lozano et al. (2020). *Propuesta para el abordaje de la violencia machista en el ámbito de la salud. Un análisis cualitativo*. Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102045>
- Manes, F. & Niro, M. (2010). *Ser humanos: Todo lo que necesitas saber sobre el cerebro* (1.ª ed.). Paidós.
- Montero, I et al. (2011). *Violence Against Women from Different Relationship Contexts and Health Care Utilization in Spain*. Women's Health Issues. 400-406, 21 (5). <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.04.003>

- Murillo, P et al. (2018). *Factors associated with primary care professionals' readiness to respond to intimate partner violence in Spain*. Gaceta Sanitaria. 433-438, 32 (5). <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.03.003>
- Naciones Unidas. *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer*. Nueva York, Naciones Unidas, 1993.
- Navarro, C et al. (2020) *Análisis de las consecuencias cognitivas y afectivas de la violencia de género en relación con el tipo de maltrato*. Vol. 26; p 39-45. <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.01.003>
- Navarro, J. S. (2003). *La ansiedad*. Universidad de Navarra, Ediciones, S. A.
- Ocampo Otálvaro, L. E. (2015). *Autoestima y adaptación en víctimas de maltrato psicológico por parte de la pareja*. Psicología desde el Caribe, 32(1), 145–168. <https://doi.org/10.14482/psdc.32.1.5204>
- Organización mundial de la salud (OMS). (1998-2002). *Plan de acción contra la violencia doméstica*. Revista del ministerio de trabajo y asuntos sociales.
- Pérez, V.F.A et al. (2006). *Las dificultades en la cuantificación de la violencia contra las mujeres en la pareja: análisis psicosocial*. SciELO.
- Pichiule Castañeda, M et al. (2008). *Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool (WAST) en población general*. Gaceta sanitaria. 595-600. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.006>
- Pico-Alfonso, MA et al. (2006). *The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate Male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, State Anxiety, and Suicide*. 599-611 <https://doi.org/10.1089/jwh.2006.15.599>
- Plazaola-Castaño, J et al. (2008). *Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España*. Gaceta Sanitaria, 22(5), 415–420. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.04.006>
- Ramsay, J et al. (2012). *Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians*. British Journal of General Practice. 647-655. <https://doi.org/10.3399/bjgp12x654623>
- Rivara, F et al. (2019). *The Effects Of Violence On Health*. Health Affairs. 1622–1629. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2019.00480>

- Rodríguez-Blanes, G et al. (2017). *Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados*. *Gaceta Sanitaria*, 410-415, 31 (5).
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.11.008>
- Rodríguez, S.S.V (2021). Programa de intervención para reducir la ansiedad en mujeres víctimas de pareja: una revisión sistemática.
- Sánchez, R. M. (2020). Indefensión aprendida: qué es y cuál es su origen Las personas que presentan indefensión aprendida, asumen que no tienen ningún control sobre las cosas malas que van a sucederles. *Fuentes*, (5). <https://hdl.handle.net/20.500.12672/15559>
- Sans, M., & Sellarés, J. (2010). *Detección de la violencia de género en atención primaria*. *Revista Española de Medicina Legal*, 36(3), 104–109.
[https://doi.org/10.1016/s0377-4732\(10\)70038-9](https://doi.org/10.1016/s0377-4732(10)70038-9)
- Tullio, V et al. (2021). Violence against women in heterosexual couples: A review of psychological and medico-legal considerations. *Medicine, science, and the law*, 61(1_suppl), 113–124.
<https://doi.org/10.1177/0025802420936081>

Anexos

1. Cuaderno de recogida de datos, CRD

A) Antecedentes psicológicos/psiquiátricos

B) Tratamiento actual psicológico/psiquiátrico

4. Versión corta del "Woman Abuse Screening Tool" (WAST-short)

1. En general, ¿cómo describiría usted su relación con su pareja?

En general, ¿com descriuria vostè la seva relació amb la seva parella?

- Mucha tensión (1) Alguna tensión (1) Sin tensión (0)
 Molta tensió (1) Alguna tensió (1) Sense tensió (0)

2. Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:

Vostè i la seva parella solucionen les seves discussions amb:

- Mucha dificultad (1) Alguna dificultad (1) Sin dificultad (0)
 Molta dificultat (1) Alguna dificultat (1) Sense dificultat (0)

Puntuación (suma ítems 1 y 2) =

- Si puntuación: **0 a 1**→**Resultado negativo** → **STOP TEST**
- Si puntuación: **≥ 2**→**Resultado positivo:**

Administrar versión completa del WAST (a continuación)

5. Versión Ampliada del Woman Abuse Screening Tool (WAST)

Brown, J.B., Lent, B., Brett, P., Sas, G. y Pederson, L.L. (1996)

3. ¿Las discusiones con su pareja le hacen sentir mal consigo misma?

Les discussions amb la seva parella malament?

- Muchas veces (1) A veces (2) Nunca (3)
 Freqüentment (1) De vegades (2) Mai (3)

4. ¿Las discusiones terminan en golpes, patadas o empujones?

Les discussions us porten a empentes, insults o cops?

- Muchas veces (1) A veces (2) Nunca (3)
 Freqüentment (1) De vegades (2) Mai (3)

5. ¿Alguna vez ha sentido miedo de lo que su pareja diga o haga?

Alguna vegada s' ha sentit espantada pel que la seva parella diu o fa?

- Muchas veces (1) A veces (2) Nunca (3)
 Freqüentment (1) De vegades (2) Mai (3)

6. ¿Su pareja ha abusado de usted físicamente?

La seva parella l'ha maltractat físicament?

- Muchas veces (1) A veces (2) Nunca (3)
 Freqüentment (1) De vegades (2) Mai (3)

7. ¿Su pareja ha abusado de usted emocionalmente?

La seva parella l'ha maltractat emocionalment?

- Muchas veces (1) A veces (2) Nunca (3)
 Freqüentment (1) De vegades (2) Mai (3)

8. ¿Su pareja ha abusado de usted sexualmente?

La seva parella l'ha maltractat sexualment?

- Muchas veces (1) A veces (2) Nunca (3)
- Freqüentment (1) De vegades (2) Mai (3)

Puntuación =

ANEXO 3. Cuestionario de Autoevaluación Ansiedad Estado/Rasgo (STAI; Seisdedos, 1990)

STAI

AUTOEVALUACIÓN A (E/R)

Número de inclusión Edad SexoV o M

Centro Curso/Puesto Estado civil

Otros datos Fecha

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse una a sí misma.

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 calmada	0	1	2	3
2. Me siento segura	0	1	2	3
3. Estoy tensa	0	1	2	3
4. Estoy contrariada	0	1	2	3
5. Me siento cómoda (estoy a gusto)	0	1	2	3
6. Me siento alterada	0	1	2	3
7. Estoy preocupada ahora por posibles desgracias futuras	0	1	2	3
8. Me siento descansada	0	1	2	3
9. Me siento angustiada	0	1	2	3
10. Me siento confortable	0	1	2	3
11. Tengo confianza en mi misma	0	1	2	3
12. Me siento nervios	0	1	2	3
13. Estoy desasosegada	0	1	2	3
14. Me siento muy "atada" (como oprimida)	0	1	2	3
15. Estoy relajada	0	1	2	3
16. Me siento satisfecha	0	1	2	3
17. Estoy preocupada	0	1	2	3
18. Me siento aturdida y sobreexcitada	0	1	2	3
19. Me siento alegre	0	1	2	3
20. En este momento me siento bien	0	1	2	3

ANEXO 4. Cuestionario de Depresión Postnatal de Edimburgo (EPDS;
Garcia-Esteve L, 2003)

SCREENING DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS (EPDS)

Número de inclusión.....

Por favor MARQUE la respuesta que más se acerca a como se ha sentido
DURANTE LOS ÚLTIMOS 7 DÍAS, no sólo en el día de hoy.

Este es un ejemplo ya completo:

Me he sentido contenta:

- Si, siempre
- Si, casi siempre
- No muy a menudo
- No, nunca

Esto significaría que me he sentido casi siempre feliz durante la semana pasada.

Por favor, complete las siguientes preguntas de la misma manera.

Durante los últimos 7 días:

D1. He sido capaz de reírme y ver el lado divertido de las cosas:

- 0. Igual que siempre
- 1. Ahora, no tanto como siempre
- 2. Ahora, mucho menos
- 3. No, nada en absoluto

D2. He mirado las cosas con ilusión

- 0. Igual que siempre
- 1. Algo menos de lo que es habitual en mi
- 2. Bastante menos de lo que es habitual en mi
- 3. Mucho menos que antes

D3. Me he culpado innecesariamente cuando las cosas han salido mal

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo
- 2. Sí, a veces
- 1. No muy a menudo
- 0. No, en ningún momento

D4. Me he sentido nerviosa o preocupada sin tener motivo

- 0. No, en ningún momento

- 1. Casi nunca
- 2. Sí, algunas veces
- 3. Sí, con mucha frecuencia

D5. He sentido miedo o he estado asustada sin motivo

- 3. Si, bastante
- 2. Si, a veces
- 1. No, no mucho
- 0. No, en absoluto

D6. Las cosas me han agobiado

- 3. Sí, la mayoría de las veces no he sido capaz de afrontarlas
- 2. Sí, a veces no he sido capaz de afrontarlas tan bien como siempre
- 1. No, la mayor parte de las veces las he afrontado bastante bien
- 0. No, he afrontado las cosas tan bien como siempre

D7. Me he sentido tan infeliz que he tenido dificultades para dormir

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo
- 2. Si, a veces
- 1. No muy a menudo
- 0. No, en ningún momento

D8. Me he sentido triste o desgraciada

- 3. Si, la mayor parte del tiempo
- 2. Sí, bastante a menudo
- 1. No con mucha frecuencia
- 0. No, en ningún momento

D9. Me he sentido tan infeliz que he estado llorando

- 3. Sí, la mayor parte del tiempo
- 2. Sí, bastante a menudo
- 1. Sólo en alguna ocasión
- 0. No, en ningún momento

D10. He tenido pensamientos de hacerme daño

- 3. Sí, bastante a menudo
- 2. A veces
- 1. Casi nunca
- 0. En ningún momento

EPDS Puntuación Global:

ANEXO 5. Entrevista UCLA PTSD Index for DSM-IV (Steinberg, 2004)

UCLA

Número de inclusión

Edad _____ Sexo _____

Fecha _____

A continuación, se encuentra una lista de cosas ATEMORIZANTES, PELIGROSAS O VIOLENTAS que a veces les suceden a las personas. Estas son ocasiones en las que alguien ha sido MUY MAL HERIDO O MUERTO, o bien podría haberlo sido. Algunas personas han tenido estas experiencias, algunas personas no han tenido estas experiencias. Por favor, se honesto al responder si la cosa violenta te ha pasado, o si no te ha pasado.

PARA CADA PREGUNTA:

Marca "Sí" si esta cosa atemorizante, te ha pasado.

Marca "No" si no te ha pasado

a) ¿Acerca de cuánto tiempo hace que esta cosa mala ¿tu respuesta a la [a] o [b] te ha sucedido? _____

b) Por favor, escribe lo que sucedió:

7. Cuestionario TEPT UCLA

Aquí está una lista de problemas que la gente tiene a veces después de que suceden cosas malas. Por favor PIENSA en la cosa mala que te ha sucedido y has escrito en la pregunta 14. En la página 2. Luego LEE cada problema en esta lista cuidadosamente. HAZ UN CIRCULO en los números (0, 1, 2, 3, o 4) que indican con qué frecuencia te ha ocurrido el problema en este mes pasado. Utiliza la Hoja de clasificación en la última página para ayudarte a decidir con qué frecuencia el problema te ha pasado en el último mes.

POR FAVOR NO TE OLVIDES DE CONTESTAR TODAS LAS PREGUNTA

<i>CUANTAS VECES TE HA OCURRIDO DURANTE EL MES PASADO?</i>	<i>Ninguna</i>	<i>Pocas</i>	<i>Algunas</i>	<i>Muchas</i>	<i>Mayoría</i>
1 _{D4} Estoy pendiente de peligros o cosas que me dan miedo.	0	1	2	3	4
2 _{B4} Cuando algo me recuerda lo que ocurrió, me siento muy molesto, con miedo o triste.	0	1	2	3	4
3 _{B1} Tengo pensamientos, imágenes o sonidos de lo que ocurrió que vienen a mi mente cuando no quiero que lo hagan.	0	1	2	3	4
4 _{D2} Me siento de mal humor, enojado/a o furioso/a.	0	1	2	3	4
5 _{B2} Tengo sueños sobre lo que pasó o malos sueños.	0	1	2	3	4
6 _{B3} Siento que estoy volviendo al momento de lo que pasó, como si estuviera viviéndolo otra vez.	0	1	2	3	4
7 _{C4} Tengo ganas de estar quedarme solo/a y no estar con mis amigos.	0	1	2	3	4
8 _{C5} Dentro de, me siento solo/a y no cerca de otras personas.	0	1	2	3	4
9 _{C1} Trato de no hablar, pensar, o tener sentimientos sobre lo que pasó.	0	1	2	3	4
10 _{C6} Tengo problemas para sentir felicidad o amor.	0	1	2	3	4
11 _{C6} Tengo problemas para sentir tristeza o rabia.	0	1	2	3	4
12 _{D5} Me siento nervioso o me sobresalto fácilmente, como cuando oigo un ruido fuerte o cuando algo me sorprende.	0	1	2	3	4

13 _{D1} Tengo problemas a la hora de ir a dormir o me despierto a menudo durante la noche.	0	1	2	3	4
14 _{AF} Creo que una parte de lo que pasó es culpa mía.	0	1	2	3	4
15 _{C3} Tengo problemas para recordar una parte importante de lo que pasó.	0	1	2	3	4
¿CUÁNTAS VECES TE HA OCURRIDO DUEÑTE EL MES PASADO	Ninguna	Pocas	Algunas	Muchas	Mayoría
16 _{D3} Tengo problemas para concentrarse o prestar atención.	0	1	2	3	4
17 _{C2} Trato de mantenerme alejado/a de las personas, lugares o cosas que me recuerdan lo que pasó.	0	1	2	3	4
18 _{B5} Cuando algo me recuerda lo que pasó, tengo sensaciones muy fuertes en mi cuerpo, como mi corazón latiera más rápido, me duele la cabeza, o me duele el estómago.	0	1	2	3	4
19 _{C7} Creo que no voy a vivir una vida larga.	0	1	2	3	4
20 _{D2} Tengo discusiones o peleas físicas.	0	1	2	3	4
21 _{C7} Me siento pesimista o negativo sobre mi futuro.	0	1	2	3	4
22 _{AF} Temo que lo malo va a suceder de nuevo.	0	1	2	3	4