



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
PSICOLÓGICOS

TESIS DOCTORAL
EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DE GÉNERO

ANA VICTORIA TORRES GARCÍA

DIRIGIDA POR

DR. MIGUEL PÉREZ FERNÁNDEZ

SALAMANCA 2014



VNiVERSiDAD D SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA
DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
PSICOLÓGICOS

TESIS DOCTORAL
EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN MUJERES VÍCTIMAS DE
VIOLENCIA DE GÉNERO

ANA VICTORIA TORRES GARCÍA

DIRIGIDA POR

DR. MIGUEL PÉREZ FERNÁNDEZ

SALAMANCA 2014



VNIVERSIDAD
D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

DEPARTAMENTO DE PERSONALIDAD EVALUACIÓN Y
TRATAMIENTO PSICOLÓGICOS

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Avda de la Merced 109-131.
37005 Salamanca

El Dr. D. MIGUEL PÉREZ FERNÁNDEZ, Doctor en Psicología, Profesor Titular del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, de la Universidad de Salamanca.

CERTIFICA QUE:

El presente trabajo titulado: **Evaluación neuropsicológica en mujeres víctimas de violencia de género** realizado por la doctoranda Dña. ANA VICTORIA TORRES GARCÍA, Licenciada en psicología, se ha desarrollado bajo mi dirección y supervisión, reuniendo, a mi juicio, los méritos suficientes de originalidad y rigor científico para obtener el Grado de Doctor en Psicología a través del programa de doctorado en ANTROPOLOGÍA Y SOCIEDAD ACTUAL.

Y para que conste, firmo la presente en Salamanca a 29 de Septiembre de dos mil catorce.

Firmado:

Dr. D. Miguel Pérez Fernández

A Laura
A mis padres
A mis hermanos

AGRADECIMIENTOS

Después de un largo camino en el que ha habido buenos y malos momentos, en el que el desánimo, pero también la motivación para seguir adelante se han ido encontrando, por fin puede ver la luz este trabajo, que en tantas ocasiones he imaginado acabado, por todo lo que este proceso ha conllevado es el momento de agradecer de la manera más sincera a todos aquellos que de una u otra forma han formado parte.

En primer lugar, mi deseo es poder expresar con palabras mi más sincero agradecimiento, al director de esta tesis el Dr. Miguel Pérez Fernández por todos los consejos, su escucha y su enorme paciencia a lo largo de estos años, que han sido necesarios para ver realizado este trabajo de investigación. Gracias por ese apoyo incondicional, por tu paciencia, tus orientaciones, el punto de vista crítico y profesional y porqué no, tus pequeños “enfados”. GRACIAS Miguel, tu confianza en mí ha hecho posible que haya crecido tanto profesional como personalmente, sabes que antes que director de mi tesis te considero un amigo.

También deseo agradecer las palabras de ánimo y aliento del Dr. Francisco Giner Abati, su amistad y sus sabios consejos. Gracias Paco.

Al Dr. Jesús López Lucas por su aportación a este trabajo, sin él la búsqueda de información habría sido mucho más difícil, además de un gran profesional eres un buen amigo. Muchas gracias Chuchi.

Mi agradecimiento al Dr. Ricardo García García por sus críticas objetivas, por creer en mí y ofrecerme su apoyo durante tantos y tantos años en los que he podido tener la suerte de contar con su amistad.

A D. José Manuel García de Cecilia por su ayuda en el proceso de elaboración de la parte metodológica, poder contar contigo sabes que me ha dado una gran tranquilidad, pero especialmente, por todos los años en los que tanto me has enseñado y como no, por permitirme contar con tu amistad.

A mi familia y amigos especialmente a Laura, mi hija y a mis padres, por su apoyo incondicional no solo durante la elaboración de este trabajo sino, durante todos estos años. Gracias por confiar en mí.

Por último, quiero agradecer a quienes han hecho posible que esta investigación sea una realidad. Este trabajo de investigación ha sido posible gracias a la investigación “Afectación neuropsicológica en las mujeres víctimas de maltrato físico”. Subvencionado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y al Instituto de la Mujer. Al Excmo. Ayuntamiento de Salamanca y a la Policía Local de Salamanca, gracias a la confianza depositada en nuestro proyecto, hemos podido continuar con nuestra labor investigadora y así poner nuestro pequeño granito de arena en la comunidad científica y poder contar con más información, formación e investigación en el campo de la violencia para que poco a poco entre todos seamos capaces de ir la erradicando.

Y por supuesto, mi más sincero agradecimiento a todas aquellas mujeres que han participado en nuestro trabajo de investigación y de manera especial, a aquellas que han sufrido cualquier tipo de violencia y a pesar de su difícil situación han sido capaces de iniciar los cambios hacia una vida mejor, lejos de la violencia, sin ellas no hubiera sido posible realizar la investigación. Gracias por vuestra participación, generosidad, paciencia y capacidad de salir adelante. GRACIAS, porque gracias a vosotras, otras mujeres se pueden beneficiar de los avances en la investigación de la violencia.

INDICE DE CONTENIDOS

1 NEUROPSICOLOGÍA	35
1.1 INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA.....	35
1.2 CONCEPTO DE NEUROPSICOLOGÍA.....	42
1.3 NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA.....	44
1.4 MODELO NEUROPSICOLÓGICO DE LURIA.....	49
1.5 DESCRIPCIÓN DE LA BATERÍA LURIA-DNA.....	56
2 MALTRATO A LA MUJER	71
2.1 INTRODUCCIÓN.....	71
2.2 DEFINICIÓN Y TIPOS DE MALTRATO HACIA LA MUJER.....	88
2.3 EL CICLO DE LA VIOLENCIA.....	95
2.4 CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO.....	99
2.5 REPERCUSIONES DEL MALTRATO EN LA SALUD. SECUELAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS.....	106
2.6 OTRAS PSICOPATOLOGÍAS ASOCIADAS AL MALTRATO: NUEVA ENTIDAD NOSOLÓGICA.....	126
3 NEUROPSICOLOGÍA Y MALTRATO	139
3.1 INTRODUCCIÓN.....	139
3.2 NEUROPSICOLOGÍA Y MALTRATO.....	140
3.3 NEUROPSICOLOGÍA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO.....	145
3.4 NEUROPSICOLOGÍA Y DEPRESIÓN.....	152
3.5 NEUROPSICOLOGÍA Y ANSIEDAD.....	155

3.6	NEUROPSICOLOGÍA Y SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA	158
3.7	NEUROPSICOLOGÍA Y DAÑO CEREBRAL	166
4	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	171
4.1	OBJETIVOS.....	172
5	METODOLOGÍA	175
5.1	DISEÑO	175
5.2	PARTICIPANTES.....	176
5.2.1	Tamaño de la muestra.....	178
5.2.2	Criterios de inclusión.....	178
5.2.3	Instrumentos	180
5.2.4	Procedimiento	184
5.2.5	Descripción de variables.....	184
5.2.6	Análisis estadístico	186
6	RESULTADOS	189
6.1	Distribución de frecuencias y análisis descriptivos de la muestra	190
6.2	Perfil del grupo de mujeres maltratadas.....	193
6.3	Comparación de mujeres maltratadas y no maltratadas en el rendimiento neuropsicológico de la batería Luria DNA.....	200
6.4	Relación entre la duración del maltrato y rendimiento neuropsicológico	207
6.5	Relación entre la red social y rendimiento neuropsicológico.....	220
6.6	Relación entre la convivencia y el rendimiento neuropsicológico.....	228
7	DISCUSIÓN	239
8	CONCLUSIONES	259
9	LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS FUTURAS	263

10 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	267
ANEXOS	296

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 6.1.1. Descriptivos Edad de la muestra total.....	191
Tabla 6.1.2. Correlación de Pearson. Edad.....	191
Tabla 6.1.3. Tabla de descriptivos. Nivel educativo.....	191
Tabla 6.1.4. Prueba Chi cuadrado. Nivel educativo.....	192
Tabla 6.1.5. Tabla de contingencia. Variable situación laboral.....	192
Tabla 6.1.6. Prueba de Chi cuadrado. Variable situación laboral.....	193
Tabla 6.2.1. Distribución de frecuencias: Situación laboral mujeres maltratadas.....	194
Tabla 6.2.2. Distribución de frecuencias: Estado civil mujeres maltratadas.....	195
Tabla 6.2.3. Distribución de frecuencias: Convivencia durante el maltrato.....	196
Tabla 6.2.4. Distribución de frecuencias: Tipo de convivencia durante el maltrato.....	196
Tabla 6.2.5. Distribución de frecuencias: Convivencia después del maltrato.....	197
Tabla 6.2.6. Distribución de frecuencias: Tipo de convivencia después del maltrato.	197
Tabla 6.2.7. Distribución de frecuencias: Tipo de maltrato.	198
Tabla 6.2.8. Distribución de frecuencias: Tipo de relación con el maltratador.....	198
Tabla 6.2.9. Distribución de frecuencias: Duración del maltrato.....	199
Tabla 6.3.1. Estadísticos descriptivos: Rendimiento neuropsicológico Muestra total.....	201
Tabla 6.3.2. Prueba de muestras independientes: Rendimiento neuropsicológico muestra total Área viso-espacial.....	202
Tabla 6.3.3. Prueba de muestras independientes: Rendimiento neuropsicológico muestra total Área lenguaje oral.....	203
Tabla 6.3.4. Prueba de muestras independientes: Rendimiento neuropsicológico muestra total Área de la memoria.....	204
Tabla 6.3.5. Prueba de muestras independientes: Rendimiento neuropsicológico muestra total Área intelectual.....	205
Tabla 6.3.6. Prueba de muestras independientes: Rendimiento neuropsicológico muestra total Área de atención.....	205
Tabla 6.3.7. Prueba de muestras independientes: Rendimiento neuropsicológico	

muestra total. Puntuación total.....	206
Tabla 6.3.8. Estadísticos de contraste.....	206
Tabla 6.4.1. Estadísticos descriptivos. Duración del maltrato y Luria DNA.....	209
Tabla 6.4.2. Prueba de homogeneidad de varianzas	210
Tabla 6.4.3. ANOVA. Área viso-espacial	211
Tabla 6.4.4. Prueba post-hoc Scheffé	211
Tabla 6.4.5. ANOVA. Área de lenguaje	213
Tabla 6.4.6. ANOVA. Área de memoria	214
Tabla 6.4.7. ANOVA. Área de procesos intelectuales	215
Tabla 6.4.8. ANOVA. Área de atención	217
Tabla 6.4.9. ANOVA. Puntuación total	217
Tabla 6.4.10. Pruebas robustas de igualdad de las medias.....	219
Tabla 6.5.1. Estadísticos descriptivos. Convivencia y Luria DNA.....	221
Tabla 6.5.2. Prueba de homogeneidad de varianzas	221
Tabla 6.5.3. ANOVA. Área viso-espacial.....	222
Tabla 6.5.4. ANOVA. Área de lenguaje.....	223
Tabla 6.5.5. ANOVA. Área de la memoria.....	224
Tabla 6.5.6. ANOVA. Área de procesos intelectuales.....	225
Tabla 6.5.7. ANOVA. Área de atención.....	226
Tabla 6.5.8. ANOVA. Puntuación total.....	227
Tabla 6.6.1. Estadísticos descriptivos. Tipo de convivencia y Luria DNA.....	228
Tabla 6.6.2. Prueba de homogeneidad de varianzas.....	230
Tabla 6.6.3. ANOVA. Área visoespacial.....	231
Tabla 6.6.4. ANOVA. Área de lenguaje.....	232
Tabla 6.6.5. ANOVA. Área de memoria.....	233
Tabla 6.6.6. ANOVA. Área de procesos intelectuales.....	235
Tabla 6.6.7. ANOVA. Área de atención.....	236
Tabla 6.6.8. ANOVA. Puntuación total.....	236

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1. Disciplinas relacionadas en neuropsicología. Grieve, J. (2000).	36
Figura 1.2. Modelo de procesamiento de la información (Grieve 1995).	41
Figura 6.1.1. Distribución de frecuencias: Grupo experimental y control.	190
Figura 6.1.2. Distribución de frecuencias: Variable Nacionalidad. Grupo control y experimental	190
Figura 6.1.3. Distribución de frecuencias: Nivel educativo.	192
Figura 6.1.4. Distribución de frecuencias: Situación laboral.	193
Figura: 6.2.1. Distribución de frecuencia: Edad mujeres maltratadas.....	194
Figura 6.2.2. Estado civil de las mujeres maltratadas.....	195
Figura 6.2.3. Tipo de convivencia después del maltrato.....	197
Figura 6.2.4. Tipo de maltrato y relación afectiva.	199
Figura 6.2.5. Distribución de frecuencia: Duración del maltrato.	200
Figura 6.4.1. Duración de maltrato y rendimiento neuropsicológico. Área viso-espacial.	212
Figura 6.4.2. Duración de maltrato y rendimiento neuropsicológico. Área de lenguaje. ...	213
Figura 6.4.3. Duración de maltrato y rendimiento neuropsicológico. Área de memoria. .	215
Figura 6.4.4. Duración de maltrato y rendimiento neuropsicológico. Área de los procesos intelectuales.	216
Figura 6.4.5. Duración de maltrato y rendimiento neuropsicológico. Área de atención y puntuación total.	218
Figura: 6.5.1. Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área viso-espacial.	222
Figura: 6.5.2. Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área de lenguaje.....	223
Figura: 6.5.3. Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área de memoria.	225

Figura: 6.5.4. Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área de los procesos intelectuales.	226
Figura: 6.5.5. Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área de atención y Puntuación Total.	227
Figura: 6.6.1. Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área viso-espacial.....	231
Figura: 6.6.2. Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área de lenguaje.....	233
Figura: 6.6.3. Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área de memoria.	234
Figura: 6.6.4. Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área de los procesos intelectuales.	235
Figura: 6.6.5. Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área de atención y Puntuación Total.	237

ÍNDICE DE ANEXOS

Folleto informativo de la investigación para instituciones y reclutamiento de la muestra.	297
Tarjeta informativa de la investigación para reclutamiento de la muestra.	301
Consentimiento informado.	302
Cuestionario semi-estructurado de evaluación de maltrato.	303
Cuaderno de respuestas Luria DNA. Diagnóstico neuropsicológico de adultos.....	314
Tablas de datos estadísticos.	333

ABREVIATURAS

APA: American Psychiatric Association

BUP: Bachiller Unificado Polivalente

CI: Coeficiente Intelectual

COU: Curso de Orientación Universitaria

DSM-II: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Second Edition.

DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition. Revised Edition.

DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition

DSM-IV-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Revised Edition.

FPI: Formación profesional 1^{er} grado

FPII: Formación profesional 2^o Grado

IRM: Imágenes por resonancia magnética

LCT: Lesión cerebral traumática

LURIA DNA: Diagnóstico neuropsicológico de Adultos

MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory (Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota)

SAM: Síndrome de Agresión a la Mujer

SAPVD: Síndrome de adaptación paradójica a la violencia de género

SCID: Structured Clinical Interview for DSM disorders

SIES-d: Síndrome de Estocolmo doméstico

SIMAN: Síndrome de maltrato a la mujer

SIMUM: Síndrome de la mujer maltratada

SNC: Sistema Nervioso Central

SPC: Síndrome de postconmoción

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TC: Tomografía computerizada

TEP: Tomografía de emisión de Positron

TEPT: Trastorno de Estrés Postraumático

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo

VCI: Violencia del compañero íntimo

RESUMEN

TÍTULO: EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

El maltrato hacia la mujer es un grave problema en la sociedad actual que repercute en un deterioro de la calidad de vida de las víctimas a nivel físico, psíquico y social. Las investigaciones realizadas con mujeres maltratadas se han centrado en los trastornos psicológicos que provocan (depresión, ansiedad, TEP. etc.) y en los síntomas físicos y psíquicos que estas mujeres presentan (dolores de cabeza, pérdida de memoria, falta de atención, somatizaciones, etc.). Esta investigación se ha centrado en poder demostrar, que cualquier tipo de violencia ejercida hacia la mujer de manera continuada produce un deterioro cognitivo. Este estudio se realizó, con una muestra total de 136 participantes, 68 mujeres víctimas de maltrato comparándolas con otras 68 mujeres que no habían sufrido violencia. Como instrumento de evaluación neuropsicológica se ha utilizado la batería Luria DNA. Diagnóstico neuropsicológico de adultos (Manga y Ramos 2000) y el Cuestionario semi-estructurado de evaluación del maltrato (Pérez, Torres, Velasco, Conde y García 2005) elaborado para dicha investigación.

Los resultados señalan que las mujeres víctimas de maltrato presentan un menor rendimiento en la ejecución de la batería Luria DNA, por lo que tenemos la evidencia de que el maltrato repercute a nivel neuropsicológico (déficit de atención, memoria, lenguaje, etc.).

A pesar de que los resultados apuntan a que el tiempo de exposición al maltrato no influye en las secuelas neuropsicológicas, este resultado hay que tomarlo con cautela,

era de esperar que a medida que la exposición al maltrato es más prolongada las puntuaciones serían más bajas, en contra de lo esperado, las mayores puntuaciones en la Bateria Luria DNA se detectan en el grupo de mujeres que permanecen en la situación de maltrato entre los cinco y los diez años, en las mujeres que han sufrido el maltrato desde el inicio hasta los cuatro años puntúan más bajo y las que lo sufren más de diez años puntúan mucho más bajo, esto hace que nos planteemos que están influyendo variables de tipo emocional pero que no podemos asegurar en nuestra investigación.

Por otra parte, es importante disponer de una red social, se ha podido demostrar que también influye en el rendimiento neuropsicológico, aunque no hay diferencias en el tipo de apoyo que sea, lo importante es que exista.

Sería importante continuar con esta línea de investigación neuropsicológica debido a que los estudios son inexistentes y pueden ser de gran importancia para los profesionales de diversa áreas como puede ser: apoyar los diagnósticos, las intervenciones terapéuticas e incluso para realizar peritajes

Palabras claves: mujeres maltratadas, evaluación neuropsicológica, secuelas neuropsicológicas, traumatismo, violencia doméstica.

ABSTRACT

Title: NEUROPSYCHOLOGICAL EVALUATION OF FEMALE VICTIMS OF GENDER-BASED VIOLENCE.

The physical abuse of women continues to be a serious problem in today's society that often leads to a deterioration in the victim's physical, psychological and social well-being. Studies have tended to focus on the psychological disorders that are provoked (depression, anxiety, PTSD, etc.) and on the physical and psychological symptoms that these women show (headaches, memory loss, inattentiveness, somatization, etc.). This thesis intends to demonstrate that any form of continued violence against a woman leads to cognitive impairment. For the purpose of this thesis, a total of 136 female participants were studied. Of these 136 participants, a comparison was made between 68 abused women and 68 women who had not suffered any form of gender-based violence. The Luria-DNA (*Neuropsychological Diagnosis of Adults*) battery (Manga & Ramos 2000) was used as a neuropsychological assessment tool and the semi-structured questionnaire of abuse assessment (Pérez, Torres, Velasco, Conde & Garcia 2005) was also applied for said investigation.

The results obtained show that abused women exhibit a lower performance in the Luria-DNA test battery, which proves that physical abuse does have neuropsychological repercussions (attention deficit, memory, language, etc.). Although the results suggest that the duration of the abuse does not influence the neuropsychological sequelae, this result should be viewed with caution as it was to be expected that the scores would be lower for those who were exposed to abuse over a longer period of time. In addition,

contrary to what was expected, the higher scores in the Luria-DNA battery were seen in the group of women who remained in abusive relationships for between five and ten years, those who suffered abuse from the beginning for a period of four years scored lower, and finally those who suffered for more than ten years scored much lower. This leads us to believe that certain emotional variables may influence the results but this cannot be proven in our research.

Moreover, a solid social network has been proven to influence neuropsychological performance; in fact, it is not even that important where this support system comes from, the most important thing is that there is one.

Owing to the fact that studies in this field are virtually nonexistent, it is vitally important to continue this line of neuropsychological research as it would be of great help to professionals in areas as diverse as diagnosis, therapeutic interventions and even in the production of specialist's reports.

Key words: Battered women, neuropsychological evaluation, neuropsychological impact, brain injury, domestic violence.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN

Tú no me conoces ni tampoco yo a ti, pero conozco tu voz, la de tu mujer y la de tu hijo, Javier. A través de las paredes de mi habitación, puedo conocer vuestro día a día. Pero sobre todo, puedo conocer tu imprevisibilidad, tu incapacidad de contención, tu irritación y crispación por cosas triviales, que no llego a comprender. ¡Eres tan...!

Lark

Primer premio 2º Bachiller.
Cartas a un maltratador. Edición 2005.

UN PEQUEÑO PASO MÁS.

Ha llegado el momento que en tantas y tantas ocasiones no veía claro que pudiera suceder, ahora sí, ahora estoy ante el reflejo de horas de esfuerzo, sacrificio, renunciadas, desmotivaciones, motivaciones, ilusiones, confianza y la superación personal, ahora si me puedo sentir orgullosa de lo que tengo ante mí.

Me siento orgullosa por todo lo que significa este trabajo, soy consciente que no es perfecto, pero las perfecciones no pueden mejorarse, realmente no existen y considero que siempre es mejor poder mejorar, eso significa superarse y lo que es más importante, por qué no, permitir que otros investigadores puedan continuar aportando más datos, nuevas intervenciones, instrumentos de medida fiables, etc. que puedan facilitar un poco más, el difícil proceso de salir de esta situación tan difícil por la que pasan las mujeres que viven o han vivido una situación de violencia.

Aunque cada día, se trabaja más de una forma interdisciplinar y se van dando pequeños pasos para erradicar esta lacra social, que es la violencia de género, somos

conscientes que todavía queda mucho por hacer. Con esa idea surgió la investigación que ahora podemos presentar a la comunidad científica. Conscientes de nuestras limitaciones nuestro objetivo era muy modesto, investigar en un área que hasta ahora apenas se había trabajado, al relacionar la neuropsicología con el maltrato. Como psicólogos comprendemos que es muy difícil, en determinados momentos, poder demostrar ciertos procesos psicológicos que están o han estado presentes en las víctimas a través del tiempo, al no existir escalas de medida objetivas, ni pruebas que a modo de “radiografía” puedan llegar a demostrar que pasar por situaciones de maltrato repercuten en la salud física y psíquica de quien lo sufre, aunque la mayor parte de los profesionales si aceptan que las secuelas psíquicas son mucho más graves que las físicas.

En el grave problema de la violencia solo vemos una pequeña parte, solo sale a la luz una punta del iceberg de la violencia, pero poco a poco esperemos que sean más los casos que se denuncian y sean mayores y más eficaces los recursos que puedan ponerse a disposición de las víctimas.

Este trabajo de investigación ha sido el resultado de horas dedicadas a lo que creíamos, horas de escucha, de largas entrevistas, búsqueda de información, discusiones, críticas, reflexiones que admitían o descartaban determinadas ideas que iban surgiendo a lo largo del propio proceso. Horas de enriquecimiento personal, horas de compartir el dolor y las duras situaciones vividas por las mujeres que, voluntariamente han querido participar en la investigación, horas por qué no, de aprendizaje, de intercambio de conocimiento y de experiencias con estupendos profesionales que a lo largo de nuestro camino nos hemos ido encontrado.

El motivo por el que ahora este trabajo es una realidad es lo de menos, lo más importante es lo que se pueda llegar a alcanzar en un futuro. Cuando se planteó esta investigación lo más difícil era darle una forma, poder establecer unos cimientos firmes,

revisando la bibliografía no encontramos estudios que hasta el momento relacionaran la neuropsicología y el maltrato en las mujeres de la forma en que nosotros lo hemos abordado.

Teníamos conocimiento de otros estudios con este grupo de población, hasta ahora se habían estudiado las secuelas de la violencia, las repercusiones físicas y psicológicas, las dificultades que impedían que las mujeres dieran el difícil paso de salir de esa situación.

La intención era que, esta investigación, nos pudiera dar una idea de cómo están afectados determinados procesos mentales para poder ayudar y entender determinados comportamientos de este grupo de población en concreto.

Toda esta investigación iba a ser un continuo descubrimiento, partíamos de una idea. Las mujeres víctimas de maltrato en comparación con las mujeres que no han sido víctimas de maltrato difieren en la ejecución de las pruebas en la Batería Luria DNA como consecuencia de la experiencia vivida.

La estructura de este trabajo podemos decir que, en una primera parte se hace una revisión de la neuropsicología y del maltrato, para así poder introducir al lector en los aspectos claves de la investigación y posteriormente aplicar el instrumento de medida, la batería neuropsicológica Luria-DNA y con ella poder decir en que procesos mentales superiores y en qué medida difieren las mujeres que han sido víctimas de maltrato de las que no lo han sido, teniendo en cuenta los resultados que se han obtenido en la ejecución de las diferentes pruebas, con la finalidad poder ayudarlas de manera más eficaz en su rehabilitación, recuperación y adaptación, en la resolución de problemas, en su día a día.

Ahora este trabajo de investigación puede ser presentado a la comunidad científica y aunque quizá, no llegue a ser imprescindible si es posible que sea necesario para seguir ampliando nuevas líneas de investigación

PARTE I:
REVISIÓN TEÓRICA

CAPÍTULO I: NEUROPSICOLOGÍA

1 NEUROPSICOLOGÍA

1.1 INTRODUCCIÓN A LA NEUROPSICOLOGÍA.

El origen de la neuropsicología para algunos autores se encuentra en la aportación realizada por médicos y neurólogos, entre los que podríamos citar a Broca, Bateria, Morgan, Dejerine, Morgan, etc.,... no obstante, la vertiente clínica es posterior, pudiéndose encuadrar en la segunda mitad del siglo XX (Pérez Fernández y Ramos, 1991).

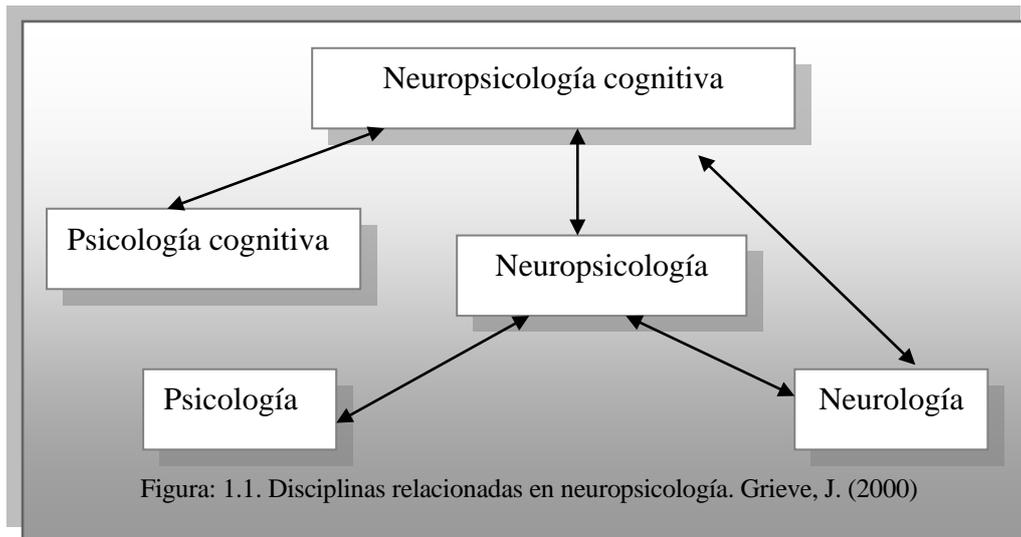
Desde 1950 la psicología cognitiva se ocupa del estudio de la información que llega al cerebro como una secuencia de procesos entre las aferencias del entorno y las aferencias de la respuesta que se manifiestan en acciones y comportamientos.

En 1970 la neuropsicología cognitiva evoluciona como una disciplina análoga aplicando la metodología de la psicología al estudio de los sistemas cognitivos afectados o limitados. El estudio de las funciones cerebrales humanas puede abordarse desde dos enfoques, principalmente: El enfoque de la localización y el enfoque holístico de procesamiento de la información.

El *Enfoque de localización* se basa en la relación de las áreas anatómicas y su función.

El *Enfoque holístico o de procesamiento de la información* se centra en la afluencia de información en el cerebro como un todo.

En definitiva, la neuropsicología surge, de la correlación entre la neurología la psicología y las diversas disciplinas interrelacionadas que estudian las funciones perceptivas y cognitivas, pero también, las repercusiones que tiene en la conducta el daño producido en el encéfalo.



Es interesante detenerse en la exposición de los enfoques que existen en neuropsicología, y que se han señalado anteriormente, el enfoque de localización y el enfoque holístico o de procesamiento de la información.

A.- Enfoque de Localización.

Desde este enfoque de la neuropsicología se analiza, el procesamiento mental en el encéfalo en componentes independientes, por un lado, la percepción y por otro, la acción. El daño cerebral se explica en términos de pérdida de algún componente específico o un fallo en la conexión entre componentes. A principios del siglo XIX los frenologistas, entre los que podemos citar a Gall, sugieren que el encéfalo está dividido en “órganos” o facultades con diferentes funciones intelectuales y emocionales, entre otras señalan la autoestima, precaución, firmeza, benevolencia, combatividad, etc. sugiriendo que, a mayor desarrollo de una determinada facultad mayor área de la corteza cerebral ocuparía, posteriormente pero todavía en el mismo siglo, al realizar el estudio “post mortem” de pacientes que presentaban déficit, Gall llegó a identificar áreas de los hemisferios

cerebrales relacionadas con la producción del habla (área de Broca) y los aspectos receptivos del habla y del lenguaje (área de Wernike) llegando a localizar por primera vez, las funciones del lenguaje en el hemisferio izquierdo. Por otra parte, los primeros experimentos neuropsicológicos realizados con animales, utilizaron técnicas de estimulación eléctrica en la superficie del encéfalo para determinar, que áreas de esa superficie producían movimiento en el lado opuesto. Otros estudios, con pacientes con epilepsia grave en los que se exploraba la superficie del encéfalo, realizados por el neurocirujano canadiense Penfield (1954), pretendía identificar el foco de la crisis comicial, se lograron importantes hallazgos como, la identificación de los lóbulos de los hemisferios cerebrales, el área para la audición, la visión así como el área de la sensibilidad corporal y el movimiento. Estas técnicas son válidas para la localización de áreas del cerebro sensitivas y motoras primarias, pero no, para las funciones cognitivas complejas. El desarrollo de técnicas de imágenes encefálicas, en la actualidad permiten, identificar donde está localizado el daño, así la tomografía computerizada (TC) se utiliza en la investigación de trastornos neurológicos además de poder ser utilizada para predecir posibles déficit cognitivos, las imágenes por resonancia magnética (IRM) localizan de forma clara los cambios de la sustancia blanca encefálica, esta técnica también ha sido adaptada para poder medir los cambios en el cerebro en el tiempo, conocida como fIRM. La tomografía de emisión de Positron (TEP) señala las áreas en las que hay una mayor actividad encefálica, identificando en diferentes momentos de forma localizada el ritmo de la corriente sanguínea. Las imágenes funcionales utilizando TEP y fIRM han permitido poder desarrollar el enfoque de localización al ser posible, identificar algunos de los puntos activos cerebrales cuando el sujeto desempeña tareas cognitivas en condiciones experimentales controladas (Posner, 1988).

La descripción de los patrones de las alteraciones, conocidos como síndromes, y que es frecuente que se presenten juntos, ha sido posible gracias a la neuropsicología.

Hemisferio derecho/izquierdo.

Los estudios de localización de la organización han permitido identificar las diferencias en la capacidad de procesar una información específica en cada uno de los hemisferios cerebrales. El hemisferio izquierdo, es con mayor frecuencia el dominante, siendo por lo general más grande y más pesado que el hemisferio derecho o no dominante. Las aferencias que provienen de los sentidos, de otras áreas del encéfalo, así como, de la médula espinal y que se dirigen hacia ambos lados, la mayoría de las veces son las mismas por lo que, cualquier diferencia entre los dos puede estar en la capacidad de cada uno de ellos para procesar diferente tipo de información (Grieve, 2000).

El *hemisferio izquierdo*, en la gran mayoría de las personas, es el dominante para las funciones del lenguaje: lectura, escritura, comprensión y producción del habla. Estas funciones también incluyen el procesamiento de secuencias; letra por letra, palabra por palabra, etc. también está asociado este hemisferio con las secuencias de la acción, las cuales, son la base de la mayoría de los movimientos. Al tener funciones secuenciales del lenguaje, numeración y movimiento, al hemisferio izquierdo también se le ha denominado “analizador”.

El *hemisferio derecho* tiene una mayor capacidad para el procesamiento de la información viso-espacial que no puede ser descrita con palabras. También se asocia con reconocimiento de objetos, posición de las partes del cuerpo y señales en el espacio extrapersonal. El hemisferio derecho se relaciona más con “el todo” que con “las partes” es el hemisferio “sintetizador”. Por otra parte, las diferencias existentes en el

procesamiento afectivo en los dos hemisferios han hecho que se denomine al hemisferio derecho “cerebro emocional”.

Hemisferio anterior/posterior.

Cada hemisferio cerebral está dividido por el surco central en una división posterior que incluye los lóbulos parietales, occipitales y temporales y una división anterior dónde se localiza el lóbulo frontal.

La división posterior recibe las vías ascendentes desde la médula espinal, proyectándose en ellas los haces de fibras provenientes de los sentidos.

La corteza posterior, es el lugar donde se lleva a cabo el procesamiento perceptivo de estas aferencias, también forman parte de las funciones de la corteza posterior aspectos perceptivos del lenguaje, comprensión de la palabra escrita y hablada.

La división anterior recibe aferencias de la corteza posterior (Luria 1980). Las funciones cognitivas superiores de planificación, control y modificación de la acción y comportamiento son funciones ejecutivas.

La visión general de la organización cerebral dividida en derecha/izquierda y anterior/posterior permite tener una guía para poder predecir los posibles problemas funcionales cuando se tiene localizada el área del cerebro que ha sido dañada, pero hay que tener también en cuenta, que influye la extensión del daño cerebral y las áreas que se encuentran implicadas, por lo cual, pacientes con alteraciones en una misma localización cerebral pueden tener diferentes secuelas.

B.- Enfoque holístico o enfoque del procesamiento de la información

Desde el enfoque holístico se propone, que el procesamiento mental se produce de forma paralela en módulos o subsistemas, que no necesariamente, están relacionados con áreas anatómicas. Cuando estos módulos están desorganizados pueden dar lugar a una actividad inferior que normalmente estaba “bloqueada” u “oculta” es lo que se conoce como perseveración, o incapacidad para iniciar y concluir una conducta, presente en pacientes que repiten una misma conducta. En el siglo XIX el fisiólogo francés Fluorens se opone al punto de vista del enfoque anterior, sugiriendo que la corteza cerebral funciona como un todo para todos los procesos mentales de percepción, cognición e intelecto, esta misma idea de función unitaria de la corteza cerebral fue apoyada por Lashley en la década de los años 30 del siglo XX.

Lashley en sus investigaciones realizadas con ratas llegó a la conclusión de que los déficits funcionales estaban relacionados con el tamaño total de la corteza dañada y no con la localización del daño. En fechas recientes se han utilizado los métodos de la neuropsicología cognitiva para la identificación de módulos en el procesamiento mental, en la evaluación de paciente con daño encefálico lo que sugiere que la alteración de un aspecto del rendimiento, pero la conservación de otros aspectos, confirma la existencia de un módulo separado de procesamiento. La investigación basada en el enfoque de los sistemas cognitivos, ha dado lugar a la aparición de métodos de evaluación de la función alterada y no relacionada con áreas encefálicas particulares, pero sí con los componentes de capacidades funcionales y habilidades del encéfalo.

Este enfoque es adoptado por la psicología cognitiva en la década de los 50 del pasado siglo XX para estudiar las funciones encefálicas, hoy en día no hay razón para

aceptar que todos los sistemas funcionales del encéfalo residen en áreas anatómicas distintas, teniendo claras evidencias a favor de la corriente holística y de manera especial en lo que se refiere a las funciones cognitivas superiores. Desde la psicología cognitiva se considera que la información que se filtra a través del encéfalo se procesa en etapas. El enfoque conocido como “de caja de flechas” de la función cerebral se debe a que cada etapa del procesamiento se dibuja como una caja y las flechas señalan el flujo de la información de una etapa a las siguientes. Cada una de estas etapas, pueden considerarse, como algunas neuronas que descargan juntas pero que pueden o no estar localizadas en un área encefálica particular.

Las etapas del procesamiento, en cada sistema cognitivo, siguen una secuencia general, la cual, pasaremos a detallar a continuación:

a. Procesamiento de entrada de la información proveniente de los sentidos que se integra en el encéfalo, lo que se denomina análisis perceptivo.

b. Procesamientos para representaciones o “imágenes” de la información para el reconocimiento, esto sería el análisis semántico o lo que es lo mismo, el procesamiento para el significado. Además de este procesamiento, existe el almacenamiento de la información que puede ser evocado con posterioridad.

c. Procesamiento de salida para que pueda ser transferido a una acción, pensamiento o conducta (Grieve, 1995). Figura 1.2.

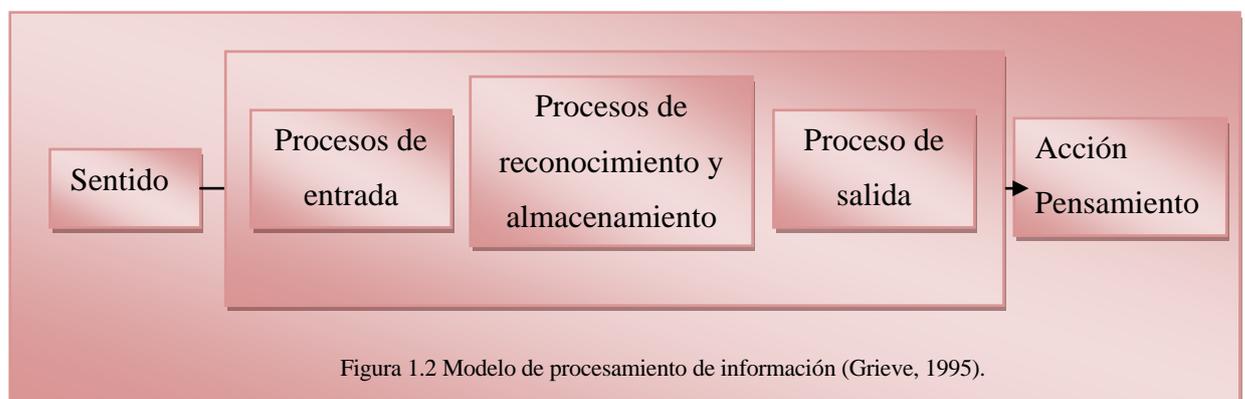


Figura 1.2 Modelo de procesamiento de información (Grieve, 1995).

El modelo de procesamiento de la información de la figura 1.2 muestra las etapas que ocurren en serie, desde su entrada hasta la salida, pero estas etapas de procesamiento también pueden producirse de forma paralela. La neuropsicología cognitiva utiliza el enfoque del procesamiento de la información para el estudio de funciones cognitivas alteradas. Los estadios del procesamiento, en los modelos de sistemas cognitivos desarrollados en neuropsicología cognitiva, son conocidos como módulos. Si los módulos del procesamiento cognitivo son independientes, puede predecirse que cada uno de ellos puede estar alterado selectivamente. Evaluando cada una de las etapas por separado, es posible identificar el nivel de déficit, pudiendo ser utilizados para establecer una planificación terapéutica o diseñar estrategias de compensación de ese déficit.

1.2 CONCEPTO DE NEUROPSICOLOGÍA

Hasta la década de los años 70 no se hace referencia al concepto de neuropsicología, como punto de referencia en la literatura científica. Por vez primera podemos encontrarla en el *"Psychological Abstracts"* en el año 1973, haciendo referencia a un trabajo de Luria, en el que desde una nueva perspectiva señala que la actividad psíquica se basa en un complejo sistema de zonas cerebrales (sistema funcional complejo) y no en áreas específicas localizadas, como se había venido planteando hasta entonces (Manga y Ramos, 1991).

Existen diversas definiciones podemos decir que la neuropsicología es la ciencia que investiga los fundamentos biológicos de la vivencia y del comportamiento, teniendo su punto de partida en la psicofísica moderna (Guttman 1976), o bien, el estudio de la relación entre la función cerebral y la conducta (Manga y Ramos, 1986) o bien, como señala Weigl (1981) basándose en ideas expuestas por Luria en 1984, define la

neuropsicología como una nueva rama de la ciencia cuyo fin único y específico es investigar el papel de los sistemas cerebrales particulares en las formas complejas de actividad mental (Luria 1984) pronostica que el futuro de la neuropsicología se diferenciará en una neuropsicología general sistemática, de investigación básica bajo condiciones normales, y en una neuropsicología clínica (clínico-patológica) para la construcción de baterías de test y métodos de rehabilitación programada en casos de patologías.

En 1982, aparece un monográfico dedicado a la neuropsicología en el *International Journal of Psychology* en el cual se planteaba una doble dimensión de la finalidad que presenta dicha área de trabajo. Por una parte, entendida como una **ciencia básica**, que tiene como objetivo, el conocimiento de los procesos neuronales que median en el comportamiento, por otra, como el área de la **ciencia aplicada** al diagnóstico y recuperación de aquellos procesos que están afectados por una lesión cerebral.

Desde una perspectiva neuropsicológica, podemos entender que existen tres presupuestos básicos que pueden sintetizarse de la siguiente forma: una visión de las contribuciones tanto teóricas como experimentales, las posibles repercusiones o incidencias que puedan aportar al diagnóstico, y por último, una mejora en la práctica terapéutica como consecuencia de los avances más recientes (Rosensweig, 1982).

Sin perder de vista la dimensión de la neuropsicología básica, en 1983 Costa pone de manifiesto una serie de reflexiones sobre el campo de la neuropsicología clínica relacionándola con otras disciplinas que son afines, la psicología aplicada y la medicina clínica, su finalidad es poder aprovechar el potencial diagnóstico y rehabilitador por los equipos multiprofesionales que trabajan en estas áreas, las líneas de investigación a tener en cuenta son evaluación, rehabilitación y asimetrías, las cuales son de una gran importancia para la neuropsicología clínica (Costa, 1983).

En 1986, Horton y Puente definen la neuropsicología como “el estudio científico de las relaciones cerebro-conducta” considerando varios subcampos, una “neuropsicología experimental”, una “neuropsicología clínica”, una “neuropsicología comportamental” y una “neurología comportamental”, abarcando la dimensión de ciencia básica la primera de las expuestas, y la dimensión como ciencia aplicada las tres restantes.

Independientemente de cuál sea la definición más acertada, se puede deducir como presupuesto básico que la Neuropsicología parte de la psicología, y cuyo objetivo es el preocuparse de aquellos procesos biológicos que se consideran el substrato inmediato de lo psíquico. Para ello se sirve de áreas diversas, entre las que podemos señalar la psicología cognitiva, la psicología fisiológica, la psicología básica o la psicología de la evaluación, por lo tanto se solapan teniendo puntos en común con otras disciplinas del campo de las neurociencias (Rosensweig, 1982). Está sobradamente justificado el denominar a esta ciencia como neuropsicología, debido a que no existen dudas en la importancia de los procesos nerviosos con relación a la vivencia y al comportamiento (Guttman, 1976).

1.3 NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA.

A la hora de definir la neuropsicología clínica, al igual que nos ocurre con la neuropsicología nos encontramos con un considerable número de definiciones de esta rama de la neuropsicología. Luria define la Neuropsicología Clínica como: una rama de la ciencia con el único y específico propósito de investigar el papel de los sistemas cerebrales individuales en las formas complejas de actividad mental (Luria, 1973).

Años más tarde, aparecen unas nuevas definiciones de neuropsicología clínica, por una parte, Parsons (1984) la define como: Aquella rama de la psicología que aplica el

conocimiento derivado de relevantes investigaciones experimentales y clínicas a problemas específicos cerebro-conducta en humanos, Horton y Puente (1986) consideran la neuropsicología clínica como: La aplicación de nuestra comprensión de las relaciones cerebro-conducta en humanos a problemas clínicos. Estas definiciones ponen de manifiesto que estamos ante una ciencia aplicada en cuanto a los problemas de relación cerebro-conducta que se presentan en la práctica clínica, así como su ámbito de aplicación que no es otro que el de los seres humanos.

Teniendo en cuenta estas definiciones, y considerando la neuropsicología clínica como una rama de la psicología, el neuropsicólogo es un psicólogo profesional con capacidad diagnóstica y psicométrica, siendo posible aplicar las técnicas neuropsicológicas a disfunciones conductuales que van asociadas a disfunciones del sistema nervioso central Horton y Puente (1986). Los instrumentos que utiliza la neuropsicología clínica podemos decir que son: la batería Halstead-Reitean y la batería Luria-Nebraska.

El ámbito de aplicación de la neuropsicología se centra en dos importantes aspectos del ser humano y que están implicados en la relación cerebro-conducta. Estos aspectos han sido señalados por Luria de forma clara:

El estudio de la Neuropsicología clínica tiene dos objetivos. Primero, al señalar con precisión las lesiones cerebrales responsables de trastornos comportamentales específicos, tenemos la esperanza de elaborar un medio de diagnóstico precoz y de localización precisa de los daños cerebrales (...). Segundo, la investigación neuropsicológica debería proporcionarnos un análisis factorial que nos llevará a una mejor comprensión de las complejas funciones psicológicas de que son responsables las diferentes partes del cerebro (Luria, 1970).

Teniendo en cuenta la evolución y desarrollo de la neuropsicología clínica, Goldstein (1981) señala tres aspectos a tener en cuenta y que son objeto de controversia:

El enfoque cuantitativo versus enfoque cualitativo, se ha venido utilizando en las evaluaciones neuropsicológicas, quizá haya sido el mayor polémica ha suscitado.

En segundo lugar la aportación teórica y como consecuencia de esta, su aplicación a la práctica clínica de Luria.

En tercer lugar, la importancia que desde la neuropsicología clínica se da a la intervención, especialmente aquellos aspectos relacionados con el tratamiento y a la rehabilitación de pacientes que presentan algún tipo de daño cerebral.

En el ámbito de la práctica clínica, existe división entre los neuropsicólogos, en cuanto a los métodos utilizados en el proceso de evaluación, pudiéndose observar diferencias en la utilización de los tipos de instrumentos utilizados, por una parte, quienes utilizan *baterías de test flexibles* y por otra, los que utilizan *baterías de test fijadas*.

Con relación al *enfoque cualitativo versus cuantitativo*, podemos señalar que el enfoque cualitativo, o lo que es lo mismo la neurología comportamental, está asociado a neuropsicólogos como Luria.

Este enfoque utiliza un modelo de caso único, utilizando procedimientos que se basan en la observación, por tanto el neuropsicólogo tiene que tener una gran destreza y experiencia para que el método pueda tener validez de diagnóstico y sea eficaz en el tratamiento.

Los profesionales de la neuropsicología que son partidarios de un enfoque cuantitativo, es decir de la denominada neurología clínica, utilizan criterios psicométricos, apoyándose en instrumentos estandarizados, esto es, baterías de test fijadas, entre las que podemos mencionar la batería Halstead-Reitan y la batería Neuropsicológica Luria-Nebraska (Goldstein, 1981).

A modo de conclusión, el enfoque cualitativo está interesado en la aplicación clínica poniendo de manifiesto el conocimiento científico mediante la aplicación de técnicas cualitativas, en las cuales la observación y la intuición tienen un gran peso. El objetivo que persigue la Neuropsicología Clínica son los mismos pero utilizando criterios de tipo psicométrico y cuantitativo (Manga y Ramos, 1991).

Llegado a este punto, podemos hacer una breve reseña de los diferentes enfoques o corrientes que se han venido desarrollando en el campo de la neuropsicología, entre los cuales podemos señalar los siguientes:

La *neuropsicología comportamental* que utiliza diversas técnicas de la terapia de conducta para así aplicarlas a sujetos que presentan lesiones de origen orgánico, y utiliza la evaluación neuropsicológica con vistas a una intervención. Su interés se basa más en la realización de un diagnóstico diferencial que en una recuperación o rehabilitación (Horton y Puente, 1986).

La *neuropsicología clínica* se preocupa por la correlación que pueda existir entre el daño producido en determinadas áreas o regiones del cerebro y sus repercusiones psicológicas, utilizando para ello, test psicológicos.

Por otra parte, los trabajos en el área de la neuropsicología tradicionalmente se han asociado a países como Norteamérica, la antigua Unión Soviética y Gran Bretaña (Beaumont, 1983).

La *neuropsicología norteamericana* se caracteriza por su enfoque sistemático, influenciada por la psicología americana basada en la evaluación de las diferencias individuales y los modelos psicológicos basados en las capacidades humanas, mediante la utilización de baterías de test y analizando las deficiencias y las capacidades que aún permanecen intactas se hace posible la realización de un diagnóstico de la disfunción que presenta el sujeto.

La *neuropsicología soviética* se basa, como ya hemos señalado anteriormente al hacer referencia a la neuropsicología de Luria, en un modelo de caso único, así como en las teorías que consideran la organización cerebral en términos de sistemas funcionales.

La *neuropsicología británica* está a caballo entre los dos enfoques ya señalados (enfoque cuantitativo y enfoque cualitativo). Por otro lado, tiene influencias tanto de la psicología como de la neurología que se ha venido practicando en este país, utiliza los datos obtenidos de grupos de población para la investigación neuropsicológica, y realiza una selección de test relativamente estandarizados para la exploración de los sujetos de forma individual (Beaumont, 1983).

Por último, la llamada, *neuropsicología clínico-patológica* se ocupa de la elaboración de baterías neuropsicológicas y programas de rehabilitación (Weigl 1981). Llevando a cabo la evaluación neuropsicológica desde diferentes perspectivas, se amplía tanto el campo teórico como el práctico (Benedet, 1986). La evaluación neuropsicológica es una forma de entender la evaluación psicológica, así como esa especialidad del psicodiagnóstico que se centra en el estudio de las conductas perturbadas por daño cerebral, con fines tanto de investigación como aplicados (Benedet, 1986).

Es importante tener en cuenta que la evaluación neuropsicológica no ha de ocuparse de manera exclusiva de los sujetos que presentan lesiones cerebrales sino también de sujetos normales, con la finalidad de poder realizar una mejor investigación en cuanto a los mecanismos de la mente.

Como observación final, diremos que el futuro de la Neuropsicología Clínica parece que está orientado hacia una mayor profundización de las dos ciencias que la comparten por un lado, la neuropsicología y por otro, la psicología, así como también es importante reflexionar sobre las bases teóricas en las que se sustenta y los métodos llevados a cabo en la evaluación.

1.4 MODELO NEUROPSICOLÓGICO DE LURIA.

La evaluación neuropsicológica aporta importantes contribuciones ya que hace posible una evaluación objetiva de la conducta en el contexto de la capacidad para la ejecución de tareas básicas. Cuando una batería de test neuropsicológicos se aplica de manera correcta nos permite comprender las aptitudes cognitivas y conductuales además de las debilidades que presenta. Proporciona al clínico y al investigador descripciones objetivas de las áreas cognitivas y conductuales que pueden ser un problema en el paciente. Los datos neuropsicológicos podríamos decir que son el acceso a los procesos mentales del paciente (Emilien, Penasse, y Waltregny, 2000).

La neuropsicología tiene una gran importancia en la práctica clínica, pero también, en el ámbito teórico, desde donde se hace posible establecer los fundamentos teóricos de una psicología científica y de este modo, poder comprender cuales son las estructuras implicadas en los procesos psíquicos, por tanto podemos decir que la neuropsicología es el complemento a la neurología clásica. La neuropsicología, adquiere una gran importancia en cuanto a la función diagnóstica respecto a las lesiones cerebrales locales. De este modo, establece una teoría científica, en lo que se refiere a la rehabilitación de las funciones superiores que se han visto afectadas por lesiones cerebrales locales.

Los psicólogos se han dedicado a estudiar, a lo largo de décadas, el funcionamiento de determinados procesos mentales como: percepción, atención, memoria, pensamiento, lenguaje, pensamiento y la acción entre otros

Luria en su obra, “El cerebro en acción” (1974) pone de manifiesto que: los procesos mentales son sistemas funcionales complejos y que no están “localizados” en áreas estrictas, circunscritas del cerebro, sino que tienen lugar a través de la participación de grupos de estructuras cerebrales, que trabajan concertadamente, cada

una de las cuales efectúa su particular aportación a la organización de este sistema funcional. O bien, los procesos psíquicos del hombre son sistemas funcionales complejos..... (Luria, 1983).

Siguiendo la línea de Luria, se pueden diferenciar **tres unidades funcionales del cerebro**, las cuales, son imprescindibles para cualquier tipo de actividad mental. Se puede afirmar, que existe una unidad para la regulación del tono o la vigilia, otra unidad para la obtención, procesamiento y almacenamiento de la información procedente del exterior y una tercera unidad que se encarga de la programación, regulación y verificación de la actividad mental. Cada una de estas unidades básicas están estructuradas de forma jerárquica, consistentes en tres zonas corticales una sobre la otra: el *área primaria* (de proyección) recibe o manda impulsos a la periferia; el *área secundaria* (de proyección-asociación) donde se procesa la información recibida, o se preparan los programas, y por último una tercera (zonas de superposición) formada por los últimos sistemas en desarrollarse en los hemisferios cerebrales, y que son las responsables de las más complejas formas de actividad mental, las cuales requieren la participación de numerosas áreas corticales.

Luria, después de hacer una revisión de los conceptos básicos de función, localización y síntoma, considera que no hay que hablar de “funciones” en el sentido tradicional, sino referirse a “sistemas funcionales” (Manga y Ramos, 1991). Las actividades psíquicas más complejas se caracterizan por poseer una estructura compleja formada por diversos eslabones o partes que actúan de manera conjunta. Estos eslabones son móviles y pueden situarse en diferentes niveles neurales. La capacidad de movilidad se refiere a que puede cambiar el modo de alcanzar el resultado final a pesar de mantenerse este invariable modificando los componentes del sistema que intervienen en el proceso. Son móviles porque manteniéndose invariable el resultado final de la

actividad, puede cambiar el modo de conseguirse dicho resultado al variar los componentes del sistema que de hecho intervienen en el proceso (Luria, 1983).

Como ya nos hemos referido anteriormente, las más complejas actividades psíquicas están organizadas de forma sistémica, esto es, compuesta de eslabones o partes, los cuales actúan de manera conjunta. Las propiedades de movilidad y su carácter de complejidad de los sistemas funcionales ponen de manifiesto la diferencia que existe en la teoría neuropsicológica de Luria con respecto, tanto del localizacionismo en sentido estricto, como del holismo en lo que se refiere a las funciones cerebrales. La correspondencia directa y exclusiva entre conductas específicas y áreas específicas del cerebro no existe, así como tampoco la relación cerebro-conducta es indiferenciada debido a que todas las áreas son funcionalmente equipotenciales. Por tanto, cualquier área específica del cerebro puede formar parte de más de un sistema funcional. De este modo si un área concreta del cerebro se daña, pueden verse alteradas diversas capacidades en cuya base sistémica esa área intervenía como componente, de esta forma se puede explicar la pluripotencialidad de las áreas cerebrales en relación con las conductas. Por otra parte, más de un sistema funcional puede ser responsable de cualquier conducta. Al ser los eslabones de los sistemas funcionales móviles, pueden existir sistemas funcionales alternativos. Cuando un sistema sufre daño en alguno de sus componentes es posible intercambiar dicho componente dañado por otro que permanece intacto.

En cuanto a la capacidad de movilidad, esta puede explicar el hecho de que los efectos de las lesiones cerebrales en los adultos sobre la conducta sean menos graves si la comparamos con las lesiones infantiles, esto es debido a que el cerebro en los adultos está dotado de un mayor número de sistemas alternativos, al tener un mayor número de sistemas funcionales formados (Plaisted, Gustavson, Wilkerning, y Golden, 1983).

Los sistemas funcionales por su propia naturaleza favorecen la sustitución de la función en el proceso de recuperación funcional subsiguiente a la lesión. De este modo, se produce una reorganización funcional de los mecanismos neurales subyacentes y que aún permanecen intactos.

Como ya hemos comentado, Luria plantea la organización del cerebro en áreas o bloques, en este sentido pueden distinguirse tres unidades funcionales del cerebro, siendo necesaria su intervención para poder llevar a cabo cualquier función psíquica.

El primero de ellos, el **bloque de activación** es el encargado de mantener el estado óptimo de activación de la corteza cerebral. Está formado por estructuras troncoencefálicas, diencefálicas y límbicas, y como parte importante la formación reticular, ascendente y descendente, debido a sus conexiones con la corteza frontal.

Pasaremos a describir las áreas en las que intervienen cada una de las estructuras implicadas:

El *tronco encefálico* está dividido en tres niveles, un nivel superior en el que se localiza el mesencéfalo, en el nivel medio se encuentra la protuberancia en la zona ventral y el cerebelo en la región dorsal y por último, en el nivel inferior se localiza el bulbo raquídeo. A pesar de que por algunos autores y debido a su localización dentro del sistema nervioso, muy cercano a la médula espinal, lo consideran como un nivel inferior es una zona muy compleja en la cual se llevan a cabo mecanismos de una elevada integración, además de ser una vía de paso hacia la corteza cerebral o la médula, se localizan importantes centros de activación sensorial. Las lesiones del tronco cerebral dan lugar a síndromes sensitivos disociados, con predominio de la afectación de una característica sensorial u otra.

El *diencefalo* es una estructura situada en la parte interna central de los hemisferios cerebrales. Se encuentra entre los hemisferios y el tronco del encéfalo, y a

través de él pasan la mayoría de fibras que se dirigen hacia la corteza cerebral. Está compuesto por el *tálamo*, *hipotálamo*, *subtálamo* y *epitálamo*.

El *tálamo* está formado por dos cuerpos ovoides de 3 cm de largo y aproximadamente 1,5 cm de espesor, que se asienta en la profundidad de cada hemisferio cerebral. Ambos tálamos están separados entre sí por el tercer ventrículo, aunque éstos permanecen unidos por puente de tejido talámico que se denomina masa intermedia. Los tálamos son masas de sustancia gris, por lo que contienen cuerpos neuronales y numerosas conexiones sinápticas. Desde el punto de vista funcional, el tálamo es una estación de relevo sensitivo. Los impulsos nerviosos hacen una escala a nivel talámico, estableciendo sinapsis antes de proseguir su recorrido hacia el córtex cerebral. El tálamo constituye también un centro sensitivo primitivo que sirve para registrar un tipo de sensación generalizada e imprecisa.

El *hipotálamo* como su nombre indica, se localiza debajo del tálamo. Desempeña una gran variedad de funciones, entre las que se encuentran la producción de al menos, dos hormonas, (oxitocina y vasopresina) y contiene centros reguladores de la actividad de la hipófisis anterior, el sistema nervioso autónomo, la temperatura corporal y la ingesta de agua y alimentos. Además, el hipotálamo se relaciona con el estado de vigilia y la sensibilidad emocional.

El *subtálamo* se localiza delante del tálamo y al lado del hipotálamo, su función principal se relaciona con el movimiento corporal. Las vías neuronales que lo atraviesan van hacia el tálamo, el cerebelo y los ganglios basales.

El *epitálamo* se sitúa en la parte posterior del diencefalo, al lado del mesencéfalo. Está formado por la glándula pineal o epífisis y los núcleos de la habénula. La epífisis es una glándula endocrina que segrega la hormona de la melatonina, esta secreción está relacionada con la cantidad de luz solar existente, a más luz más se segregará. La

habénula tiene la función de favorecer la comunicación entre el sistema límbico y la formación reticular.

El *sistema límbico*, es una parte de nuestro cerebro que está formado por un conjunto de estructuras (tálamo, hipotálamo, hipocampo y amígdala), relacionadas con las respuestas emocionales, el aprendizaje y la memoria.

El segundo bloque funcional, el **bloque del input**, al cual Luria lo denomina bloque de recepción, elaboración y almacenamiento de la información recibe, elabora, codifica y retiene la información en la memoria gracias a la activación de las zonas terciarias. Este bloque está localizado en las regiones posteriores del neocórtex, y abarca el lóbulo occipital (área visual) lóbulo temporal (área auditiva) y el lóbulo parietal (área somestésica).

Las zonas de este bloque se organizan de forma jerárquica, que va desde las áreas primarias que son en su mayoría de las células estrictamente modales hasta las áreas terciarias que tienen un carácter multimodal y sistémico. Entre estas áreas se localizan las gnósicas o áreas secundarias. Ontogénicamente hablando, las primeras en desarrollarse son las áreas primarias, siendo la región parietal inferior la que tiene el desarrollo más tardío. La interrelación de las áreas no es la misma en la infancia que en la edad adulta, según la ley de estructura jerárquica. En el niño es necesaria para alcanzar la maduración funcional de las áreas secundarias y terciarias, el mantenimiento de las áreas primarias, por lo que según señaló Vygotsky sigue la dirección “*de abajo a arriba*”. En cambio, en el adulto no existe peligro de que se produzca un estancamiento en las áreas secundarias y terciarias al estar completamente formadas, y son las terciarias las que dirigen la actividad de las secundarias; en etapas tardías de la ontogenia Vygotsky señaló que la interacción de las áreas la dirección es inversa, es decir, “*de arriba a abajo*”. Por consiguiente, las lesiones que se producen en las

diferentes áreas tienen un significado funcional muy diferenciada si se trata de niños o de adultos, siendo en los niños la lesión en las áreas primarias de mayor gravedad y en las áreas terciarias si se trata de adultos. La ley de especificidad decreciente (desde las áreas primarias a las áreas terciarias) viene a completar la noción de interacción entre áreas y modalidades sensorio-perceptivas.

Por último, la ley de la lateralización progresiva de las funciones, la cual se puede aplicar a al funcionamiento de toda la corteza cerebral. La lateralización funcional hemisférica tiene su importancia en las funciones mantenidas por las áreas secundarias y terciarias.

La tercera unidad es el **bloque de programación y control de la actividad**, abarca los sectores corticales que están situados por delante de la cisura central (de Rolando) y como lugar de salida la zona motora o circunvolución precentral, estas áreas obedecen a las leyes de estructuración jerárquica y de especificidad decreciente. El área primaria (circunvolución precentral) es un área de proyección de la corteza cerebral. Las áreas secundaria y terciaria es donde se lleva a cabo la programación, regulación y control de la actividad. De acuerdo a lo señalado por Luria (1983) con relación a los sectores prefrontales estos son los que juegan un papel decisivo en la formación de los propósitos y programas, en la regulación y el control de las formas más complejas de la conducta humana maduran en etapas muy tardías de la ontogenia y tan sólo, en niños comprendidos entre los 4-7 años aparecen dispuestos definitivamente para la acción. El bloque tercero, cumple su función por medio de las relaciones que establece tanto con las regiones posteriores como con la formación reticular. Los lóbulos frontales dirigen la atención gracias a su influencia sobre las áreas de asociación, y está relacionada con la forma en que dicha información se procesa en el cerebro, que no es otra que de manera simultánea y sucesiva. El *procesamiento secuencial* está asociado con la

audición y el movimiento, funciones que requieren un procesamiento de la información de forma serial o secuencial. Por otra parte, el *procesamiento simultáneo* está asociado con la visión y el tacto. En el modelo de Luria, la conducta inteligente es el producto de la interrelación dinámica de los tres bloques del cerebro con la activación, regulación y planificación de actos conscientes que comienzan en los lóbulos frontales (Reynolds, 1981).

1.5 DESCRIPCIÓN DE LA BATERÍA LURIA-DNA.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA BATERÍA LURIA-DNA.

Según sus autores (Manga y Ramos 2000), la batería Luria-DNA es un instrumento de evaluación y diagnóstico neuropsicológico para adultos basado en el modelo creado por Luria. Es un instrumento de utilidad para la evaluación neuropsicológica en la etapa adulta, además de una continuación en este tipo de evaluación de la batería Luria-DNI (Manga y Ramos 1991) con la creación de la batería Luria-DNA se completa la evaluación neuropsicológica en todas las etapas evolutivas, ya que esta batería puede aplicarse a sujetos comprendidos entre los 16 y los 65 años y la batería Luria-DNI de aplicación para la franja de edad comprendida entre los 5 y los 15 años. La batería contiene 81 ítems, distribuidos en 8 subtest.

La batería Luria-DNA está basada en la metodología utilizada por Luria, teniendo en cuenta la exposición que hace Christensen (1987), la batería cumple los criterios de minuciosidad y tiempo, necesarios en todas las baterías neuropsicológicas, según Kolb y Whishaw (1986). Teniendo esto en cuenta, esta batería es *comprehensiva* y al mismo tiempo *selectiva* (Manga y Ramos, 2000).

Se entiende que es *comprehensiva* por englobar las cinco áreas del funcionamiento cognitivo que son consideradas dominantes en la exploración de un posible deterioro desde la perspectiva de la práctica clínica. No hay que olvidar que la neuropsicología clínica ha surgido como especialidad con la finalidad de identificar, medir y describir cambios de conducta que van asociados a determinadas disfunciones cerebrales. Los cambios que se producen en las funciones superiores han de ser identificados, medidos y descritos en determinadas áreas. Dichas capacidades abarcan las siguientes áreas: viso-espacial, lenguaje, memoria, procesos intelectuales y atención Orsini, Van Gorp, y Boone, 1988; Lezak, 1986; Bilder, y Kane, 1991. El neuropsicólogo clínico evalúa el posible deterioro cognitivo originado por algún tipo de daño cerebral producido como consecuencia de una lesión cerebral o enfermedad degenerativa.

Por otra parte la batería Luria-DNA es **selectiva**, de tal modo que, hace posible explorar los procesos psicológicos superiores, en un corto periodo de tiempo (aproximadamente en unos 40 minutos de aplicación de la prueba, cuando se realiza por profesionales entrenados) utilizando los procedimientos y el orden de aplicación empleados por Luria que aparecen en Christensen (1987) y revisados por el propio Luria. Los procesos superiores se han seleccionado comenzando por el área Viso-espacial y se ha mantenido la misma designación mediante letras y números para el material de tarjetas requerido.

Una batería de este tipo se espera que sea *sensible* al mismo tiempo que *aporte resultados interpretables*. La batería es sensible si es capaz de detectar los diferentes cambios que se corresponden en las funciones cognitivas con zonas corticales diferenciadas, en uno u otro hemisferio, para lo cual, debe incluir los test adecuados. Cuando una batería es sensible, los patrones neuropsicológicos de ejecución, que se

conocen como perfil neuropsicológico, debe permitir la comparación del rendimiento de un individuo con el que un grupo normativo, o el rendimiento de dos grupos entre sí. Del mismo modo dentro de un mismo perfil neuropsicológico se podrán comparar los resultados obtenidos en el área verbal con los obtenidos en el área viso-espacial, también podrán compararse las habilidades verbales receptoras con las expresivas, las de un tipo de memoria con otro tipo de memoria, o los diferentes tipos de procesos intelectuales entre sí (Manga y Ramos, 2000).

La batería Luria DNA según señalan los autores, Manga y Ramos (2000), cumple los criterios de ser sensible al ofrecer, un **perfil neuropsicológico** con múltiples posibilidades de comparación, al mismo tiempo, que tanto sus puntos fuertes como sus puntos débiles, son interpretables desde la teoría neuropsicológica de Luria.

Al respecto de los datos normativos, se han obtenido para tres niveles de educación con muestras que no son excesivamente reducidas, tal como ocurre en la mayoría de las pruebas neuropsicológicas (Bornstein, 1985).

Evaluación cuantitativa-cualitativa.

Las baterías neuropsicológicas se caracterizan por presentar una combinación de la evaluación cualitativa del enfoque clínico junto a la evaluación cuantitativa del enfoque psicométrico. De las derivadas de los métodos de Luria (1980a); algunas batería solamente tienen un enfoque cualitativo y otras tienen al mismo tiempo el enfoque cualitativo y psicométrico (Osmon, 1989).

La batería Luria DNA formaría parte de este último grupo de baterías, siendo por lo tanto, **cuantitativa-cualitativa**. Se ha planteado un debate en los últimos años, entre aquellos que son partidarios de un tipo de evaluación cualitativa y los partidarios de la

evaluación cuantitativa. (Goldstein, 1981; Manga, 1987; Bilder y Kane, 1991; Lezak, 1986). Teniendo en cuenta lo señalado por Lezak los neuropsicólogos que tienen una mayor experiencia, en su práctica diaria, se apoyan tanto en los métodos clínicos como psicométricos, al utilizar test estandarizados garantizan la objetividad necesaria para comparar las respuestas de un paciente con un sujeto normal de la misma edad y mismo nivel de educación, o con las puntuaciones del mismo paciente obtenidas con anterioridad, en una medición test-retest. Los datos psicométricos que aportan pueden ser utilizados en las investigaciones (Manga y Ramos, 2000).

La cualidad de las respuestas significa que se puede obtener de forma diferente la misma puntuación en un test, así como también se puede obtener una puntuación distinta, sin que eso signifique que la puntuación inferior sea debido a falta de capacidad, puede ser debido a otras variables, entre las que podemos señalar falta de motivación, problemas de atención, ansiedad, etc.

Durante la realización de la prueba las observaciones y anotaciones permiten obtener información sobre las respuestas incorrectas que pueden equipararse a respuestas de perseveración o a otras circunstancias.

Por estas razones, las características cualitativas de la realización de las pruebas, han de tenerse en cuenta como índices útiles para valorar de forma adecuada la efectividad intelectual y cognitiva del paciente. Es importante que quien aplica la prueba esté entrenado tanto para obtener puntuaciones en test tipificados como para observar cómo el sujeto realiza las pruebas (Filskov y Leli, 1981).

Durante la aplicación de las pruebas de la batería se anotan las **observaciones** sobre su realización, en cada uno de los 9 subtest, además de señalar el número y tipo de “vacilaciones” que se producen en las respuestas dadas durante la realización de la prueba. Las vacilaciones forman parte de la dimensión cualitativa de la evaluación

neuropsicológica pero poder cuantificarlas, diferenciarlas y asignarlas a cada subtest, aportan una mayor información a la exploración e interpretación

Existen tres tipos de vacilaciones.

Vacilaciones de imprecisión (I) son respuestas imprecisas lingüística o conceptualmente. Es decir, dudas, titubeos, imprecisiones o correcciones válidas dentro del tiempo asignado.

Vacilaciones de tiempo (T) aquellas respuestas correcta pero fuera del tiempo establecido por ser insuficiente para la ejecución del ítems. Si no se dice otra cosa no se concede más de 10 segundos para cada respuesta.

Vacilaciones de atención (A) aquellas en las que se detecta falta de atención o solicita que se le vuelva a repetir el ítem, de manera excepcional se pueden repetir las instrucciones del ítem, pero se anota la vacilación de este tipo. En caso de problemas aritméticos en los que cuenta el tiempo de resolución del problema no se refleja la vacilación de atención al estar ya penalizada la repetición de la pregunta con un punto, debido a ese retraso.

ÁREAS QUE SE PUEDEN EXPLORAR CON LA BATERÍA LURIA-DNA

Área viso-espacial. Se exploran las funciones visuales superiores. El método utilizado es la observación durante la realización de la prueba de las respuestas verbales que el sujeto emite, esto hace que se tenga que poner especial atención y cuidado para poder determinar si los defectos de ejecución de la tarea son debidos a incapacidad específica en el dominio viso-espacial o a problemas disfásicos, atencionales o de otra índole. Las capacidades viso-espaciales requieren una mayor implicación del hemisferio cerebral derecho para la mayoría de los humanos, respecto a las capacidades verbales.

El deterioro de capacidades viso-espaciales puede presentarse de forma independiente del deterioro de las capacidades del área lingüística (Ramos y Manga, 1992). Con la batería Luria-DNA la exploración de las capacidades viso-espaciales incluye el estudio de la percepción de objetos y dibujos (subtest 1) así como la orientación espacial y las operaciones intelectuales en el espacio (subtest 2).

Percepción visual (Subtest 1). Explora la percepción por medio de la representación gráfica de objetos, es importante con respecto a la agnosia visual. La tarea consiste en nombrar, por parte del sujeto, dibujos de objetos o localizar figuras enmascaradas en una estructura más compleja, o identificara los elementos que faltan en una estructura que se presenta. Se requiere una capacidad compleja que se asocia a zonas occípito-parietales del córtex según Luria.

Orientación espacial (Subtest 2). Explora la capacidad para manejar espaciales básicas, además de las capacidades espaciales subyacentes a la actividad constructiva compleja y las operaciones intelectuales que se requieren para ello. La principal base cortical de esta actividad constructiva se localiza en zonas inferioparetales y parieto-occipitales del córtex.

Área de lenguaje. La comunicación verbal es un proceso complejo que incluye aspectos neuropsicológicos muy diversos. La producción y la recepción se pueden abordar en la exploración neuropsicológica. Analizar las alteraciones de la función del habla requiere una exploración que tenga en cuenta los diferentes niveles en los que se pueden producir las alteraciones. Si se realiza una comparación con las pruebas del área Viso-espacial el deterioro en el hemisferio izquierdo se podría inferir a partir de puntuaciones bajas en el área del lenguaje.

Habla receptiva (Subtest 3). Explora el reconocimiento de palabras aisladas que se presentan en tarjetas o bien palabras repetidas dentro de una misma secuencia. La

comprensión del significado de las expresiones mediante clasificaciones de tarjetas y la comprensión de frases cuyo contenido depende básicamente del encadenamiento sintáctico y la relación en secuencias largas han de retenerse en la memoria hacen posible que se complete la exploración de esta área. Están implicados los sistemas parieto-occipitales del hemisferio izquierdo así como el área de Wernicke que es la responsable de la comprensión del habla.

Habla expresiva (Subtest 4). La exploración del habla se lleva a cabo con tareas de repetición de palabras y secuencias de palabras y frases. También es posible explorar el proceso de incluir palabras en una determinada secuencia. La dificultad para emitir nombres genéricos de manera apropiada sugiere la presencia de alteraciones complejas de la función generalizadora del lenguaje y por tanto, alteraciones de la función nominativa a un alto nivel. Explora también el habla narrativa empleando series de palabras automatizadas y oraciones con palabras desordenadas. Puede existir deterioro del habla expresiva si existe daño en zonas corticales del hemisferio izquierdo.

Área de memoria. Los procesos mnésicos son uno de los campos de exploración más importantes para la neuropsicología. Los déficits que se estudian en esta área corresponden a dos tipos diferentes de memoria: memoria inmediata y memorización lógica.

La memoria inmediata está estrechamente relacionada con los procesos de percepción e incluye la consolidación directa de impresiones del sujeto. La memoria lógica está vinculada a formas intelectuales complejas y opera de forma indirecta mediante ayudas especiales.

Memoria inmediata (Subtest 5). Explora el proceso de aprendizaje mediante la presentación durante 5 ensayos de una serie de palabras que no tienen relación entre sí, que deben ser recordadas en cualquier orden. Por otra parte explora la retención y

evocación en tareas verbales y no verbales. La memoria verbal se examina de una forma más amplia utilizando palabras, números y frases en unas ocasiones con la presencia de interferencias y otras no. Esta exploración se completa con la presentación de una historia en la que el sujeto tiene que señalar los componentes semánticos esenciales y sirve al mismo tiempo de interferencia de ciertos órdenes verbales.

Memoria lógica (Subtest 6). Se explora la memorización indirecta mediante procesos de relación que se establecen entre palabras y tarjetas, o entre expresiones y dibujos realizados por el propio sujeto. El déficit en la utilización de recursos auxiliares activos que están al servicio de los procesos mnésicos en intelectuales está asociado con disfunciones en los lóbulos frontales.

Área de procesos intelectuales. Permite explorar la actividad constructiva. Se pretende detectar la presencia de deterioro intelectual general, con la posibilidad de descubrir los fallos que reflejen alteraciones específicas de las funciones corticales superiores.

Para la evaluación de esta área se utilizan dos subtest, por una parte, el de Dibujos temáticos y textos y por otra parte, el subtest de Actividad conceptual y discursiva.

Dibujos temáticos y textos (Subtest 7). Explora la comprensión de mensajes transmitidos de forma pictórica y verbal. El contenido de los dibujos, historias y expresiones, son relativamente complejos, adquiere significado como resultado de una actividad analítico-sintética.

El principio que rige en la organización de los dibujos consiste en que sólo puedan ser interpretados una vez llevada a cabo una serie de deducciones y llegar a sintetizar una serie de detalles. Los textos de las historias, a pesar de ser simples en su estructura gramatical, expresan un tema complejo. La comprensión de las metáforas indica que el

sujeto supera los límites de la simple función nominativa del habla, siendo capaz de dar un significado a determinadas expresiones en una situación concreta.

Actividad conceptual y discursiva (Subtest 8). La evaluación se realiza en dos partes, en la primera de ellas se analiza cómo se forman los conceptos, es decir, cual es el proceso de formación de las ideas abstractas. Este proceso se ve afectado si existe daño cerebral por lo cual, un trastorno en la actividad intelectual conceptual es considerado como uno de los signos básicos de cambio funcional. Se explora la capacidad del sujeto para pasar del nivel de operaciones concretas al nivel de categorías (nivel de abstracción) por medio de comparación de ideas.

La actividad intelectual discursiva y de resolución de problemas es analizado en la segunda parte. Según Luria, estas actividades reflejan de manera clara la estructura básica de los procesos intelectuales: para poder solucionar un problema se debe analizar lo que dicho problema exige, deben seleccionarse las relaciones esenciales y descubrir las operaciones intermedias para poder así lograr llegar a la solución final. La tarea consiste en solucionar determinados problemas aritméticos, que van aumentando el grado de dificultad por lo que es necesario recurrir a problemas intermedios que no se formulan de manera inmediata.

Prueba de atención. Las funciones de la atención desempeñan un importante papel en el funcionamiento cognitivo a pesar de que no son funciones cognitivas en sí mismas. Esta es la razón por la que la atención-concentración son áreas habituales de exploración neuropsicológica.

Los componentes atencionales que se tienen en cuenta en neuropsicología clínica y de los que se tiene conocimiento de cuál es su substrato neuroanatómico cerebral, son el estado de alerta, la actividad selectiva y la vigilancia. Pueden darse déficit en el estado de alerta debido a estimulación ambiental deficiente, fluctuaciones de la atención

selectiva al no ser capaces de obviar los estímulos irrelevantes o presentar dificultades para mantener la atención focalizada durante un determinado tiempo.

Control atencional. Está presente para averiguar la capacidad de control atencional o el funcionamiento de la atención, entre la exploración de las áreas visoespaciales y del lenguaje (Subtest 2 y 3). Se analiza la atención-concentración utilizando respuestas de contrarios, verbales y no verbales, el sujeto ha de seleccionar respuestas que entran en conflicto con las habituales, para ello tiene que inhibir otras respuestas más fáciles y que están automatizadas. La asociación de respuestas, su omisión, o sonidos que son difíciles de discriminar entre sí, también se exploran. Por último se explora la atención sostenida en el seguimiento de palabras que no contengan un sonido vocálico determinado. Con estos ítems se pone a prueba el estado momentáneo de la capacidad de atención selectiva y sostenida del sujeto que se evalúa.

MATERIAL NECESARIO Y NORMAS DE APLICACIÓN

5. 3.1. Material necesario

Para poder aplicar la batería Luria-DNA es necesario contar con el manual, el cuaderno del examinador, las tarjetas y el cronómetro, así como otros objetos de uso cotidiano, como un llavero, llave, goma de borrar, lápiz, moneda, etc.

Respecto a la recogida de datos se recogen los datos de identificación y una vez pasado el cuestionario que consta de 81 ítems distribuidos en 8 subtest correspondientes a las áreas que explora la batería y que ya se han comentado, las puntuaciones obtenidas se reflejan en el espacio de puntuaciones designado para ello.

Se dan las instrucciones para su aplicación y puntuación y se dispone de espacios para anotar los fallos y respuestas atípicas, cuando un espacio está en blanco se entiende que son aciertos. Pueden obtenerse dos puntos por cada ítem de manera general, en caso de que puedan obtenerse una mayor puntuación, debe advertirse y explicar cuál es el modo de obtener dicha puntuación

El orden de aplicar la prueba, viene dado por la numeración correlativa de los 81 ítems, de tal forma que las diferentes áreas de exploración siempre son pasadas en el mismo orden, en ningún caso, nunca de manera aleatoria así como las tarjetas que corresponden ser pasadas en cada momento de la prueba, en concreto para la aplicación de el diagnóstico de Luria (Christensen, 1987) la batería Luria-DNA utiliza un total de 91 tarjetas, siendo las tarjetas necesarias para su aplicación, en concreto son necesarias para cada uno de los 8 subtest las que a continuación se detallan:

Subtest 1. (8 tarjetas) G 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

Subtest 2. (10 tarjetas) G 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 30, 31, 32.

Subtest 3. (21 tarjetas, por bloques) H 7-25 y H 26-27.

Subtest 4. (8 tarjetas, por bloques) J 22-24, 25-27, 36-37.

Subtest 5. (5 tarjetas) M 3, 4, 5, 6, 7.

Subtest 6. (20 tarjetas, por bloques) M 10-19, 20-29.

Subtest 7. (12 tarjetas, por bloques) N 14-18, 20-21, 22-23, 24-25, 26.

Subtest 8. (7 tarjetas) N 28, 29, 32-33, 36-37.

Tanto las puntuaciones obtenidas en los ítems como el tipo y número de vacilaciones se anotan en el margen derecho de cada uno de los ítems, en el espacio destinado para ello y al final de cada subtest hay un espacio destinado para anotar el total de puntos obtenidos en el mismo.

5. 3.2. Normas de aplicación

1.- Es imprescindible utilizar un cronómetro y el examinador debe tener la habilidad suficiente para poder coordinar la utilización del cronómetro al mismo tiempo que la presentación del material para la ejecución de las pruebas y la observación de la ejecución de las mismas. Es importante ser precisos en el registro del tiempo que se tarda en ejecutar la prueba, hay que tener en cuenta que será un criterio para la valoración o bonificación de puntos en muchos de los ítems presentados.

2.- La aplicación de la batería se inicia en el ítems nº 3, en el caso de contestarlo correctamente, no es necesario pasar los dos primeros puntuándose con dos puntos cada uno de ellos.

3.- Cuando no se especifica otra cosa cada ítems se puntúa siempre con dos puntos y cada fallo que se cometa durante su realización le restará un punto.

4.- Como ya se ha señalado anteriormente, disponemos de dos columnas para anotar, en una de ellas los puntos obtenidos y en la otra las vacilaciones que se han observado en la realización de dicho ítems. Las vacilaciones como ya se ha señalado son de imprecisión, de atención y de tiempo. Si se produce algún tipo de vacilación esto no impide que se siga puntuando de forma correcta en dicho ítem.

5.- La puntuación total del subtest es la diferencia del total de puntos obtenidos en los ítems y las penalizaciones por vacilaciones producidas. Cada vacilación resta $\frac{1}{4}$ de punto. Por tanto la puntuación directa en un subtest se obtiene realizando la siguiente operación:

$$\text{Nº total de puntos obtenidos en los ítems} - (\text{total de vacilaciones en el subtest}/4)$$

6.- Por último, hay que tener en cuenta las correcciones que realiza el sujeto durante la ejecución del ítem. Si dentro del tiempo establecido modifica una respuesta

incorrecta por la que es correcta se valora dicha respuesta como correcta pero se anota una vacilación de imprecisión. Si corrige una respuesta dada de forma correcta por una que es incorrecta, se considera incorrecta por lo que pierde los puntos asignados para dicho ítem.

CAPÍTULO II. MALTRATO A LA MUJER

2 MALTRATO A LA MUJER

2.1 INTRODUCCIÓN.

Al plantearse el estudio de la violencia en cualquiera de las formas en que puede presentarse tenemos que diferenciar dos conceptos que en numerosas ocasiones van unidos, nos estamos refiriendo a la diferenciación entre agresividad y violencia a los que nos vamos a referir a continuación.

1.- LA AGRESIVIDAD

Autores como Lorenz, 1963; Eibl-Eibesfeldt, 1993; Sanmartín, 2002, entre otros, son de la opinión que el agresivo nace, esto es, la agresividad es innata. Para estos autores, la agresividad es un instinto, un rasgo seleccionado por la naturaleza que aumenta la eficacia biológica de quien lo posee.

Hay que tener en cuenta que la agresividad se da tanto dentro de una misma especie como entre especies distintas. Cuando dicha agresividad se da entre especies distintas suele estar relacionada con la supervivencia, con la necesidad de cubrir las necesidades más básicas como es la alimentación, sin embargo, cuando la agresividad está presente entre miembros de la misma especie suele ser defensiva u ofensiva (Sanmartín, 2004).

El tipo de agresividad que más preocupa y que ha sido y sigue siendo motivo de estudio es esta última, es decir, la agresividad intraespecífica. Pues que un animal llegue a matar a otro de una especie distinta para alimentarse con la finalidad de sobrevivir

entra dentro de una conducta normal y por tanto, para muchos autores la agresividad predatoria no es considerada agresividad.

Teniendo esto en cuenta, vamos a ver qué se entiende por agresividad intraespecífica (vamos a referirnos a ella como agresividad).

Hay que tener en cuenta, en primer lugar, que este rasgo no ha sido seleccionado de manera aislada por la naturaleza, sino que ha sido seleccionado unido a una serie de elementos que lo regulan o inhiben dentro del propio grupo.

En el grupo de animales, en la que no se incluye la especie humana parece existir un equilibrio natural entre los desencadenantes y la inhibición de la agresividad. Los inhibidores se ponen en marcha en el momento oportuno de tal modo que el ataque a la integridad física del otro pueda ocasionar su muerte. Según Eibl-Eibesfeldt (1987), en la naturaleza parece existir un código biológico por el cual no está permitido matar al compañero.

La agresividad, por tanto, hace posible que el individuo incremente su eficacia biológica sin que esto suponga un riesgo para el grupo pues si el grupo perdiera un determinado número de miembros estaría en riesgo de colocarse en una situación de vulnerabilidad para la especie.

Los inhibidores de la agresividad también están presentes en la especie humana, estos inhibidores son las expresiones faciales, principalmente la expresión de miedo (Darwin, 1872).

El comportamiento del hombre con miembros de su misma especie no es el mismo que el comportamiento entre los miembros de otras especies y con frecuencia la agresividad se descontrola y se manifiesta en actos contra la integridad física o psíquica del otro y en ocasiones lleva a la muerte.

2.- LA VIOLENCIA

Sanmartín (2004) considera la violencia como: “*la agresividad fuera de control, un descontrol que se traduce en la agresividad hipertrofiada*”.

Respecto a los factores que convierten la agresividad en violencia históricamente han existido dos posiciones enfrentadas, la biologicista y la ambientalista.

Los defensores de la orientación biologicista se refieren a una “determinación biológica” o “genética” y los ambientalistas apoyan la idea de un origen social o cultural de la violencia, estas posturas son muy extremas por lo que ha surgido una posición interaccionista defendiendo que ni todo es genético ni todo ambiente cuando se habla de violencia.

Esta postura mantiene que la violencia es la alteración del instinto de la agresividad y puede estar motivada por factores tanto biológicos como ambientales.

La mayor parte de los estudios realizados en esta área el porcentaje de casos de violencia causados por la influencia de factores biológicos no supera el 20% el resto de casos es debido a factores ambientales, hay que tener en cuenta que tanto los factores ambientales como los biológicos que causan la violencia inciden en un rasgo, es decir, sobre un carácter hereditario, la agresividad. Es importante investigar el sustrato biológico de la agresividad y poder entender cómo actúan sobre él los factores que lo alteran. En este sentido, las líneas de investigación señalan que los factores ambientales, no solo los biológicos, y de manera especial las experiencias personales pueden configurar su propia biología *moldean* su cerebro haciendo que algunos circuitos neuronales se construyan *ex novo* o potenciando otros ya existentes (Mora, 2002).

3. - EL SISTEMA EMOCIONAL

3.1 LA RESPUESTA AGRESIVA: SUS COMPONENTES.

Las respuestas que se ponen en marcha ante un ataque son las que se señalan a continuación:

Respuesta somática: sería el conjunto de movimientos musculares que se realizan para poder adoptar determinadas posturas y expresiones faciales.

Respuesta autónoma: son aquellas respuestas automáticas que realiza el organismo para poner en marcha toda la energía necesaria para la situación concreta, se modifica el ritmo cardiaco, aumenta el flujo sanguíneo.

Respuesta hormonal: que refuerza el componente autónomo que ya se ha señalado con la segregación de las hormonas correspondientes.

Respuesta neurotransmisora: entre los neurotransmisores relacionados con la agresividad hay que señalar dos de suma importancia, la noradrenalina y la serotonina. La noradrenalina es la responsable de hacer frente a las situaciones del entorno y la serotonina está unida a la agresividad, cuando baja su nivel en el cerebro aumenta la irritabilidad.

3.2. ESTRUCTURAS IMPLICADAS

En los componentes de la conducta agresiva que hemos señalado, al menos están implicadas, las siguientes áreas; tronco encefálico, tálamo, hipotálamo y amígdala.

Respuestas neurotransmisoras

Los núcleos de rafe están localizados en el tronco encefálico, a la altura de la protuberancia y el mesencéfalo. Estos núcleos que están formados por neuronas serotoninérgicas, son los responsables de llevar la serotonina a gran parte del cerebro, inhibiendo su excitación.

Por otra parte, el locus coeruleus, localizado en la protuberancia, y que está formado por un reducido número de neuronas noradrenérgicas, es responsable de llevar la noradrenalina a buena parte del cerebro, el cual es estimulado con el fin de producir, un estado de vigilancia.

Respuestas somáticas

La sustancia gris periacueductual se localiza en el mesencéfalo, está integrada por circuitos neurales que controlan los movimientos típicos de diversas conductas y de manera especial las conductas de lucha.

Respuesta autónoma y hormonal

El sistema nervioso autónomo, interviene en la mayoría de los cambios fisiológicos implicados en las emociones, entre los que podemos señalar la respiración, la frecuencia cardíaca, la sudoración, etc. La parte “parasimpática” reduce las diferentes actividades fisiológicas, y produce un aumento de la energía almacenada en el cuerpo.

Por el contrario, la parte “simpática” gasta la energía acumulada mediante el incremento de la actividad fisiológica.

El hipotálamo es una estructura cerebral que hace de mediador entre diversas zonas del encéfalo y los grupos de neuronas responsables de las respuestas del sistema autónomo. Así mismo tiene proyecciones hacia el núcleo del tracto solitario, que está

localizado en el bulbo raquídeo y al mismo tiempo se proyecta hacia neuronas del sistema parasimpático que están localizadas en el troncoencéfalo y son las encargadas de controlar la temperatura, la respiración, la frecuencia cardíaca y la presión sanguínea. El hipotálamo también tiene proyecciones hacia determinadas zonas del troncoencéfalo las cuales están situadas en el área rostral ventral del bulbo y que regula la respuesta autónoma del sistema simpático como son el incremento de la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea o la sudoración, entre otras.

Por otra parte, el hipotálamo también tiene un papel importante en la regulación del sistema hormonal a través del control que tiene sobre la hipófisis.

4.- LA AMÍGDALA

La amígdala es un conjunto complejo de núcleos subcorticales que están localizados en el lóbulo temporal y están relacionados con diferentes manifestaciones emocionales, entre otras, con el miedo.

En la actualidad, se considera que la amígdala actúa como una “unidad central de mando”, de la que surgen las órdenes para que las respuestas de tipo somático, autónomo, hormonal y neurotransmisor se produzcan o finalicen (Damasio, 1996; LeDoux, 1999).

Se cree que ante un determinado estímulo, el tálamo retransmite la señal adecuada hacia la amígdala. En el caso, por ejemplo, de un estímulo que indica la amenaza de un ataque, las proyecciones de la amígdala que inervan los nervios motores de los nervios facial y trigémino generarán en la potencial víctima expresiones faciales de miedo. Estas expresiones, reconocidas por el agresor, podrán hacerle desistir en su ataque; en el reconocimiento de la expresión facial del miedo también está implicada la amígdala.

Otras proyecciones de esta estructura se dirigen hacia la sustancia gris periacueductal y se traducen en una postura paralizadora o de inmovilidad.

Las proyecciones de la amígdala hacia el hipotálamo hacen que éste envíe instrucciones al sistema autónomo y endocrino. Como resultado se produce un aumento del ritmo cardíaco, la presión sanguínea, o la palidez, entre otras, y al mismo tiempo se produce la liberación de hormonas como el cortisol, en el torrente sanguíneo.

5.- LA CORTEZA PREFRONTAL

La *corteza prefrontal* es la única parte de la corteza cerebral que está poco relacionada con las tareas cotidianas de la vida y que se realizan de manera autónoma. Está unida a aquellas capacidades del ser humano consideradas más nobles: la reflexión y, a través de ella, la toma de consciencia de las emociones, los sentimientos (Damasio, 1996) y su regulación y control.

Se pueden distinguir tres áreas en la corteza prefrontal, cuyas funciones clarifican cómo ésta potencia o inhibe las emociones, dando las ordenes adecuadas en cada momento.

La *corteza dorsolateral* actúa como una memoria a corto plazo que permite elegir entre varias opciones posibles y al mismo tiempo permite aprender de los errores.

La *corteza orbitofrontal* situada en la parte inferior de los lóbulos prefrontales y encima de los ojos, posee la capacidad de poner en práctica la opción elegida. Si existen problemas en esta área, la persona puede llegar a elegir de manera adecuada, entre varias opciones posibles pero no podrá poner en práctica dicha opción seleccionada, por otra parte suele tratarse de personas que solo actúan a corto plazo, para tratar de satisfacer sus necesidades o deseos más inmediatos.

La *corteza ventromedial* tiene la capacidad de dotar de sentido a las percepciones y de significado emocional a las acciones.

6. ¿POR QUÉ SOMOS VIOLENTOS?

Podemos señalar algunas causas por las que las personas somos o llegamos a comportarnos de manera violenta. Como ya hemos señalado, el sistema complejo regido por la amígdala, en interconexiones con la corteza prefrontal, puede presentar alteraciones de origen biológico y eso ocasiona que el comportamiento sea violento. Es posible que biológicamente exista una mutación de un gen para la serotonina de tal forma que este transmisor no llegue a ser capaz de provocar los cambios comportamentales normales. A pesar de que esto pueda ser posible en la mayor parte de los casos, hay quien habla de más de un 80%, la violencia es el resultado de factores aprendidos y factores culturales.

Las experiencias y la historia de vida personal vienen condicionadas por múltiples factores. Estos factores podemos decir que pueden ser personales, familiares, el entorno en el que viven, y también factores relacionados con las ideas, los prejuicios, aprendizaje, principios y valores, etc. lo que va a determinar cómo se relacione con las personas y el entorno.

6.1.- FACTORES INDIVIDUALES Y FACTORES SOCIALES

Los **factores individuales y sociales** pueden influir en que la persona de tal forma que llegue a comportarse de manera violenta. Existen múltiples factores de los cuales, algunos de ellos comentaremos al considerar, que tienen su importancia para poder

comprender, entender o explicar determinadas conductas, de todos modos, hay que dejar claro que no son los únicos responsables de la conducta violenta. Podemos decir que son facilitadores o pueden contribuir a que unidos a otros factores exista una mayor probabilidad de que se presente dicha conducta. Entre otros podemos señalar el haber sufrido malos tratos en la infancia, historia de aprendizaje y socialización, uso y abuso de sustancias tóxicas y factores de personalidad y especialmente en el caso de aquellas personas celosas.

Algunas investigaciones, han analizado el posible efecto de determinadas características individuales, familiares o sociales sobre el potencial para el maltrato físico en adultos (De Paul, Pérez-Albéniz, Paz, Alday, y Mocoroa, 2002). La investigación señala que el abuso de drogas (Widom, 2000), el abandono temprano del hogar (Kaufman, y Widom, 1999), un deficitario autoconcepto (Muller, y Lemieux, 2000), un estilo atribucional interno y estable ante los fracasos (Dodge, Bates, y Pettit, 1990; Widom, 2000) y la falta de apoyo social (Ezzell, Swenson, y Brondino, 2000) pueden ejercer un efecto mediador entre la historia de maltrato y la condición de maltratador físico. Es importante, por tanto, continuar avanzando en estas líneas de investigación y profundizar en el estudio del efecto mediador de procesos cognitivos y emocionales desarrollados en relación a la experiencia de haber sido víctima de maltrato físico.

6.1.1. Historia de aprendizaje y socialización

En cada sociedad los procesos de socialización pueden variar pero lo que sí es cierto es que, en todas ellas se produce la socialización, esto es un elemento clave y fundamental en el desarrollo de cada ser humano. La socialización es un proceso mediante el cual, la persona va adoptando aquellos elementos socioculturales de la

sociedad en la cual está inmerso, la integración de los valores de la misma en su personalidad hacen posible la adaptación a dicho entorno.

Los espacios que por la cercanía y la accesibilidad a ellos son los que un mayor peso e importancia tienen en el proceso de socialización son la familia, la escuela, el grupo de iguales.

La familia es el primer grupo de referencia que tenemos desde el momento en que nacemos. Es en este sistema donde comienza el proceso de socialización, de conocimiento, descubrimiento del mundo e interiorización de los principios y valores que se transmiten a través de las conductas y estilos educativos.

Según señala Pérez Fernández (2005) la violencia de género no es un producto intrínseco de la cultura, la cual no está presente en todas las sociedades, sino en sociedades muy concretas, en concreto en aquellas en las que la organización social está asentada en un sistema denominado patriarcado. Parece que queda clara la idea de que la violencia de género es una característica de este tipo de sociedades. Es difícil comprender el origen y más aún, el hecho de que se mantenga la violencia de género a lo largo de los siglos si la cultura dominante estuviera en contra de ella. Esto es lo que ocurre en determinadas culturas primitivas donde el patriarcado convive en armonía de la mano del matriarcado; por citar un ejemplo, el pueblo Himba (Namibia) donde apenas se conocen casos de violencia de género, a lo largo de sus más de cinco mil años de historia. A este tipo de violencia sus leyes le dan el mismo trato severo que a cualquier otro tipo de violencia. (Giner Abati, 1992; Pérez Fernández, 1997).

Esta idea es criticable, pues a pesar de que los dos sistemas puedan convivir en armonía como señalan los autores, parece que existe una disonancia entre la realidad y las leyes en este sentido y teniendo en cuenta lo señalado por Giner Abati (1992) es posible que los episodios de violencia apenas se produzcan pero sus leyes tienen una

base claramente diferenciada a favor del sexo masculino que le otorga una serie de derechos sobre la mujer, como se pone de manifiesto en la regulación de este tipo de atentados contra la persona, en este caso, la mujer.

Respecto a los casos de violación y maltrato hacia la mujer, en el caso de que se produzca una violación, cosa que es muy infrecuente, el hombre deberá pagar con dos bueyes a la familia de la mujer que ha sufrido el daño. En el caso en que un hombre pegara a la mujer de otro, caso rarísimo, tendrá que pagar un buey, pues está *“muy prohibido pegar a la mujer de otro”*. Podría haber sucedido que la mujer insultara al hombre y en ese caso, no tendría que pagar, sino contárselo al marido. Pero curiosamente, si un hombre pega a una mujer, *“si es la suya, tiene todo el derecho”* (Giner Abati, 1992).

6.1.2.- Historia de maltrato en la infancia, como forma especial de aprendizaje.

Desde los primeros estudios que se han realizado sobre el maltrato infantil se ha planteado la hipótesis de que existe un denominado ciclo de transmisión de la violencia familiar (Steele, y Pollock, 1968) dicho ciclo de transmisión también se ha tratado de aplicar a la violencia de pareja (Yanes, y González, 2000). La experiencia de los profesionales y los datos obtenidos en las primeras investigaciones (Hunter, y Kilstrom, 1979) coincidían en señalar que la mayoría de los maltratadores habían tenido una historia de maltrato en la infancia y/o que la historia de maltrato en la infancia se consideraba un importante factor de riesgo para convertirse en un padre o madre maltratador. Algunas explicaciones etiológicas del maltrato infantil (Crivillé, 1990; Crittenden, 1988; Wolfe, 1985) se han desarrollado teniendo en cuenta la posible transmisión intergeneracional. En

la actualidad, quienes estudian el fenómeno de la violencia familiar consideran de manera más compleja el ciclo de transmisión intergeneracional del maltrato infantil.

En este sentido, la revisión realizada por Kaufman y Zigler (1987) teniendo en cuenta los resultados obtenidos por Hunter y Kilstrom (1979) y diferentes estudios longitudinales llevados a cabo (Altemeier, O'Connor, Sherrod, y Tucker, 1986; Smith, y Thornberry, 1995; Widom, 1989; Zingraff, Leiter, Myers, y Johnsen, 1993) señalan que la experiencia de maltrato infantil constituye un importante factor de riesgo para desarrollar un comportamiento maltratante como adulto, pero que la relación entre ambas variables no se debe entender como “directa e inevitable” (Widom, 2000). Teniendo en cuenta este punto de vista, es importante dedicar tiempo a estudiar los posibles efectos mediadores que determinan variables que explicarían los resultados de algunos estudios longitudinales (Altemeier, O'Connor, Sherrod, y Tucker, 1986) en los que la historia de maltrato infantil no aparece como factor de riesgo para convertirse en maltratador adulto.

6.1.3. Uso y abuso de sustancias tóxicas

Una de las variables que pueden estar implicadas en la facilitación de que se perpetúe o mantenga las situaciones de violencia en el ámbito familiar es el consumo de alcohol, es frecuente la presencia del alcohol en delitos de violencia doméstica según los datos aportados por el informe para la Unión Europea emitido en 1999 situaba este problema en las familias entre el 11 % y el 32%. Por otra parte, el mismo informe recoge las consecuencias del consumo de alcohol en los diferentes miembros de la familia. De este modo el/la esposo/a no bebedor ha de soportar, en una alta proporción, la violencia ejercida por el compañero/a sentimental. En general, hay una relación significativa entre las palizas y el abuso de alcohol. Según el mismo informe, los

resultados señalan que el 48,4% de abuso de alcohol en una muestra de hombres que habían ejercido violencia doméstica, sitúa el origen de la misma en la interacción entre el alcohol y el daño cerebral 61,3%. También se ha encontrado relación entre el elevado consumo de alcohol y las agresiones prematrimoniales. Además se han señalado interacciones significativas entre el abuso de alcohol y la insatisfacción conyugal así como hostilidad por parte del marido y la creencia de que el alcohol constituye una excusa para la agresión.

En esta misma línea, los datos obtenidos en el informe internacional 2003: *Violencia contra la mujer en las relaciones de pareja: Estadísticas y legislación*. Centro Reina Sofía para el estudio de la violencia, señala que tanto el alcohol como las drogas correlacionan de forma muy significativa con la violencia, el alcohol por poner un ejemplo, está presente en más del 50% de los casos de violencia contra la mujer en el mundo. De cualquier modo hay que tener presente, como se viene señalando que el alcohol no es el responsable de las situaciones de violencia hacia la mujer.

Debemos dejar claro que el alcohol, en ninguno de los casos de violencia hacia la mujer es un factor etiológico directo, a pesar de que se ha recurrido a él como el causante o al menos el precipitante del maltrato.

6.1.4. Factores de personalidad

1. Los celos

Las personas tenemos la capacidad experimentar y expresar sentimientos, estos pueden ser positivos, que sirven de enriquecimiento personal y de estabilidad psicológica o negativos, que llevan a la destrucción de la persona y a la inestabilidad emocional. Los celos, por lo tanto, son sentimientos que pueden ser positivos cuando

son adaptativos y sirven de protección de aquellas personas a las que queremos y son más indefensos, sirven de protección de posibles riesgos o amenazas, dando seguridad y estabilidad, sin embargo, cuando son sentimientos negativos, generan un malestar causado como consecuencia de un temor, sospecha o incluso la certeza de que la persona querida, a quien se desea en exclusiva, pueda mostrar interés por otras personas. Los celos al ser un sentimiento que se experimenta ante el temor de sufrir una pérdida de la persona, están presentes en las relaciones de pareja, entre amigos especialmente en la etapa de la adolescencia, entre padres e hijos, etc.

Si bien es cierto, que la mayoría de las personas han experimentado o experimentarían celos a lo largo de su vida, esto se considera normal puede ser debido a un distanciamiento real o imaginario, esto no quiere decir que la persona que los siente tenga un problema psicológico, cumplen una función adaptativa. Los celos se consideran un problema, cuando se convierten en patológicos. Los celos patológicos tienen la finalidad de querer retener a quien se considera que es de su propiedad (Echeburúa, y Fernández-Montalvo, 2001).

Para poder entender de una forma clara, la dinámica que se desarrolla cuando los celos aparecen hay que tener en cuenta sus componentes: amar a una persona, afán de posesión, fidelidad pactada y desprestigio social de la infidelidad.

Los rasgos de personalidad influyen, en mayor o menor medida, en la vulnerabilidad psicológica de los celos, en las personas celosas suelen estar presentes ciertas características personales que señalamos a continuación:

Inseguridad en uno mismo y dependencia emocional:

Una persona insegura, es mucho más dependiente y demanda mucha más atención, presenta una mayor rigidez cognitiva, falta de sentido del humor, etc.

Desconfianza hacia los demás:

Este aspecto está muy relacionado con el anterior, podemos decir, que la desconfianza genera inseguridad lo cual se generaliza a todas las áreas de la vida y hacia aquellas persona que rodea a quien la presentan.

Baja autoestima:

La baja autoestima genera sentimientos de inferioridad, con lo cual, suelen pensar que los demás son más válidos, siendo esto una amenaza para la persona celosa al interpretar, que cualquier otro posible rival tiene más cualidades para seducir a quien es su pareja.

Inferioridad y carencia de recursos sociales:

Las personas que son introvertidas suelen ser más solitarias que las extrovertidas, con lo cual su red de relaciones sociales se verá mermada. Esto, entre otras cosas, hace que sea más dependiente de su pareja.

Estas características de personalidad hacen que se instaure en la persona celosa, una preocupación enfermiza por la infidelidad de la pareja, al estar aterrado por la posibilidad de la pérdida. En estas situaciones pueden aparecer dos tipos de celos, los *celos preventivos*, implican conductas de control con la finalidad de evitar que se relacione con otras personas. Por el contrario, los *celos reactivos*, como el propio término indica aparecen como respuesta a la rabia emocional ante la pérdida de afecto que se experimenta después de una infidelidad.

2. Los celos en la pareja.

Como cualquier otro sentimiento, los celos, pueden aparecer en cualquier momento de la relación de pareja: en los inicios de la relación, en la etapa de estabilidad y por supuesto en los momentos de crisis y/o de ruptura.

La desconfianza origina tensión emocional en la persona que siente celos y también en su pareja, que se siente vigilada o interrogada continuamente. Los celos, repercuten de manera negativa, en la relación de pareja pudiendo acabar con ella, deteriorándola, o lo que es más grave, pueden llegar a ocasionar episodios de violencia.

Existen momentos en la relación de pareja en los que se es más vulnerable, esto facilita su aparición, algunos de ellos pueden ser el inicio de un nuevo trabajo, los continuos viajes por motivos laborales, el éxito profesional, el nacimiento de un hijo, etc. no tienen por qué ser solo los acontecimientos negativos los que desencadenen los celos.

La frecuencia de los celos en hombres y mujeres, es similar, lo que sí es diferente son sus manifestaciones. En el hombre, generalmente se presentan en forma de ira y agresividad, los modelos educativos que se han transmitido, basados en el patriarcado, hacen que el hombre tenga mayores dificultades en aceptar una infidelidad y su autoestima se ve más afectada. En la mujer, suelen manifestarse en forma de tristeza, depresión y autorreproches, la autculpabilización por algo que ha hecho o ha dejado de hacer, tiende a buscar en sí misma la causa de una infidelidad real o imaginaria (Echeburúa, y Fernández-Montalvo, 2001).

3. Celos patológicos y violencia familiar.

Los celos patológicos pueden llegar a convertir en un infierno la convivencia de la pareja, pueden destruir la relación de pareja, e incluso a desencadenar la violencia en la pareja. Echeburúa *et al.* (2001) señalan que cuando la persona celosa no consigue retener a la persona querida puede llegar a intentar destruirla para no sentirse humillado al no poseerla ya.

Cuando los celos son irracionales, son una de las variables que influyen en la aparición o mantenimiento de la violencia doméstica. A pesar de que no siempre se conocen las causas concretas de la violencia familiar lo cierto es que existe una serie de factores que predisponen al desencadenamiento de dicha violencia. No hay que perder de vista que la conducta violenta en el hogar es la consecuencia de un estado emocional intenso, la ira, que interactúa con unas actitudes de hostilidad, un repertorio pobre de conductas (déficit de habilidades de comunicación y solución de problemas) unos factores precipitantes (situaciones de estrés, consumo abusivo de alcohol, celos patológicos, etc.) y una percepción de vulnerabilidad de la víctima, este factor es muy importante, por lo general, se descarga la agresividad sobre aquellas personas que se perciben como indefensas, que tienen una menor capacidad de respuesta y generalmente, en un entorno en el que existe un mayor anonimato y puede ser más fácil mantener el secreto, al mismo tiempo que hay una mayor impunidad Echeburúa (2001).

Es relativamente frecuente, encontrar casos en los que los celos irracionales son el desencadenante de conductas violentas. Estas conductas violentas pueden llevar a la persona que sufre los celos a perpetrar un crimen pasional. Los crímenes pasionales según Echeburúa son un homicidio contra la pareja o ex pareja que se produce bajo los efectos de una gran tensión emocional siendo los celos la causa principal. Las causas

más frecuentes de este tipo de crímenes son los ataques de celos, el sentirse engañado unido a comportamientos agresivos anteriores, repertorio de conducta e intereses muy limitados, baja autoestima y/o déficit de habilidades sociales entre otros.

2.2 DEFINICIÓN Y TIPOS DE MALTRATO HACIA LA MUJER

En términos generales teniendo en cuenta el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua el **maltrato** es la acción y efecto de maltratar o maltratarse y **maltratar** es tratar mal a uno de palabra u obra.

Las Naciones Unidas en su 85ª sesión plenaria, el 20 de diciembre de 1993, ratificó la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer, donde se afirma que esta violencia es un grave atentado a los derechos humanos de la mujer y de la niña.

En el artículo 1 define la violencia contra la mujer:

A los efectos de la presente Declaración, por “violencia contra la mujer” se entiende, todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la vida privada (ONU 1993).

La **violencia contra las mujeres** se distingue de otra forma de violencia en la fuerza o coerción que está presente bien sea esta física, sexual, psicológica, o económica, la cual es tolerada por la sociedad. Tanto si se aplica de una forma consistente con el objeto de mantener el control por parte del maltratador, como si no existe dicha intención, lo que sí es claro es que sus efectos causan daño que hacen que la mujer se sienta subordinada.

Para poder entender este problema es necesario definir qué es lo que se entiende por violencia hacia la mujer y sus diferentes formas en las que se manifiesta.

Pero esto, no es suficiente, como definición hay que ir más lejos pues, de otro modo, la visión sería muy reduccionista, es importante contar con definiciones más específicas, al entender que, también hay muchos tipos de maltrato y va a ser diferente dependiendo hacia quien se dirija, por las características propias de cada grupo que lo sufre, en este sentido estaríamos ante peculiaridades propias si el maltrato se ejerce hacia la infancia, la mujer, los ancianos, personas con discapacidad o cualquier otro tipo de manifestación de violencia como los atentados, secuestros, torturas, etc.

Violencia intrafamiliar.

Aquel acto de poder u omisión recurrente, intencional y cíclico dirigido a dominar, someter, controlar o agredir física, verbal, psicoemocional o sexualmente a cualquier miembro de la familia, dentro o fuera del domicilio familiar, que tenga alguna relación de parentesco por consanguinidad, tenga o lo haya tenido por afinidad civil: matrimonio, concubinato o mantenga una relación de hecho y que tiene por efecto causar daño, y que puede ser de cualquiera de las siguientes clases: maltrato físico, maltrato psicológico y/o maltrato sexual.

Violencia contra la mujer.

Cualquier acto de fuerza física o verbal, coerción o privación que atente contra la vida, dirigido hacia una mujer o niña, que cause daño física o psicológico, humillación o

privación arbitraria de la libertad y que perpetúe la subordinación femenina (Heise, Pitanguy, y Geramian, 1994)

En lo que se refiere al maltrato a la mujer, este se encuentra tipificado de forma clara pero a la vez poco extenso, a diferencia de lo que ocurre con el maltrato en la infancia, en parte debido a las características propias de cada grupo de población. En el caso del maltrato en la infancia hay que tener presente no solo aspectos evolutivos y/o psicológicos, si no también, aspectos legales, por el mero hecho de ser menores de edad, tienen un tratamiento legal especial, sus capacidades y habilidades también son distintas, tanto física como psicológicamente, en cada etapa evolutiva del periodo comprendido en la infancia y la adolescencia, esto da lugar a contemplar algunos tipos de maltrato en la infancia que no tienen sentido en la edad adulta entre otros, la negligencia física y/o psíquica, el abandono físico y/o psíquico, determinados matices de los abusos sexuales o del Síndrome de Munchausen por poderes, por señalar algunos. Por tanto, es importante tener en cuenta una serie de variables que van a estar presentes y van a diferenciar un tipo de maltrato de otros, la edad de inicio (infancia, adolescencia, edad adulta o vejez), forma de manifestarse (físico, psicológico, sexual), nivel de gravedad (leve, grave, severo.....), frecuencia y duración (días, meses, años) hacia quien va dirigido (niños, mujeres, ancianos, etc.).

El maltrato doméstico es definido por el grupo de trabajo en Violencia y Familia de la Asociación Americana de Psicología (Walker, 1999) como: Un patrón de conductas abusivas que incluye un amplio rango de maltrato físico sexual y psicológico, usado por una persona en una relación íntima contra otra, para ganar poder o para mantener el abuso de poder, control y autoridad sobre esa persona.

Los malos tratos a la mujer pueden presentarse de diversas formas, si tenemos en cuenta el tipo de conductas que realiza quien lleva a cabo la agresión, podemos hablar de

maltrato físico, psicológico y sexual, aunque debemos señalar, que no vamos a encontrarnos en la práctica clínica o en la investigación un maltrato puro, lo habitual es que se presenten de manera conjunta, en la mayoría de los casos. Algunos autores señalan como características de este tipo de violencia el control y la dominación. De este modo, Dutton (1992) señala como rasgo central el control de la víctima para poder considerar una conducta como abusiva y Walker (1984) señala que, por lo general, el abuso es parte de un patrón de conductas abusivas, más que la expresión de pérdida de control. De todos modos, es importante definir cada uno de ellos para tener una idea clara de ante qué estamos, cuando nos encontramos con dicho problema.

Aunque los diferentes autores que han definido los tipos de maltrato puedan incluir alguna pequeña matización en su definición, hay una gran unanimidad a la hora de dar sus definiciones, algunas de las definiciones son las que a continuación pasamos a señalar:

2.2.- Maltrato físico

Cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar el organismo de otra persona, de modo que encierre riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor, con independencia de los resultados de dicha conducta (Labrador, Rincón, De Luis, y Fernández-Velasco, 2004).

Estaríamos ante un **maltrato físico** cuando las conductas que se presentan, golpes, patadas, puñetazos, intentos de estrangulamiento, etc. son el reflejo de un abuso físico. (Echeburúa, 2002).

Hay que tener presente que dichas conductas pueden ser por acción o por omisión o dicho de otro modo, activas o pasivas. Las primeras serían conductas como empujar, golpear, dar patadas, puñetazos, así como, utilizar objetos o cualquier tipo de arma o

sustancias que tienen como finalidad causar un daño. Las conductas pasivas o por omisión podrían contemplarse aquellas encaminadas a no facilitar cuidados o prestar atención ante situaciones que pueden ser de riesgo para la víctima, como la privación de cuidados médicos o no prevenir de posibles riesgos.

El maltrato físico es el más fácil de detectar y al mismo tiempo, es el que desaparece de forma más rápida, cuando las secuelas no son graves que no deje un amargo recuerdo del mismo, como cicatrices, cojera, mutilaciones, etc. es el tipo de maltrato al que se le ha prestado más atención y sobre el que se ha actuado de forma más rápida.

2.3.- Maltrato psicológico

Cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que trata de producir en las víctimas intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. Humillaciones descalificaciones o ridiculizaciones, tanto en público como en privado, aislamiento social y económico, amenazas de maltrato, daño físico o tortura a la mujer o a sus seres queridos, destrucción o daño de propiedades valoradas por la víctima (objetos o animales), amenazas repetidas de divorcio o abandono, etc., son ejemplo de este tipo de maltrato. También la negación del maltrato, o la culpabilización y atribución de responsabilidad absoluta a la víctima en los episodios de maltrato. Este tipo de violencia es más difícil de identificar, en especial si se disfraza de “atención” o “preocupación” por la víctima, o se consigue convencer a ésta de que ella es la responsable del comportamiento del agresor. Quizá por eso se le da menos relevancia, en especial desde el punto de vista social, pero no por ello menos importante, y desde luego es el que más frecuentemente aparece (Labrador *et al.*, 2004).

En este tipo de maltrato son frecuentes las desvalorizaciones (críticas y humillaciones permanentes), posturas y gestos amenazantes (amenazas de violencia, de suicidio o de llevarse a los niños), conductas de restricción (control de las amistades, limitación del dinero o restricción de las salidas de casa), conductas destructivas (referidas a objetos de valor económico o afectivo o al maltrato de animales domésticos) y, por último, culpabilizar a ella de las conductas violentas de él (Caño, 1995).

En el maltrato psicológico pueden verse reflejadas determinadas actitudes del maltratador entre las que podemos mencionar la hostilidad, desvalorización o indiferencia. La **hostilidad** suele manifestarse mediante reproches, amenazas, insultos; la **desvalorización** en conductas como hacer de menos a la otra persona, despreciando sus opiniones, o no teniéndolas en cuenta, menospreciando sus cualidades, exaltando sus debilidades o defectos, así como, no teniendo en cuenta sus cualidades o capacidades, al mismo tiempo que, incide en la falta de capacidad o habilidades de la víctima; la indiferencia, se manifiesta mediante la falta de atención a las necesidades afectivas, aislamiento, o falta total de preocupación por el estado de ánimo de la mujer. Este tipo de maltrato es el que menos se ha desarrollado tanto en la investigación como en la clínica. Los malos tratos psicológicos son aquellas conductas que pueden producir en la víctima desvalorización o sufrimiento, llega incluso a ser más difícil de soportar que el maltrato físico.

2.4.- Maltrato sexual.

Se refiere a todas aquellas relaciones sexuales que se imponen a la mujer contra su voluntad, las cuales pueden ser percibidas como degradantes por la mujer, y no hay ningún tipo de manifestación afectiva por parte del maltratador (Corsi, 1995).

Dicho de otro modo, se entiende por maltrato sexual, cualquier intimidad sexual forzada por parte de la pareja, ya sea con amenazas, intimidación coacción o por llevarse a cabo en estado de inconsciencia o indefensión de la mujer. Incluye todo tipo de conductas de carácter sexual, no limitándose a la penetración vaginal o anal. Aunque esta categoría en realidad es un tipo de maltrato físico, se suele considerar de forma diferenciada por tener connotaciones muy particulares. Por un lado, la mayor intimidad asumida para este tipo de comportamientos, por otro, el que con frecuencia se considera que es un “deber” u “obligación” realizar este tipo de comportamientos con la pareja. En consecuencia, muchas mujeres piensan que no pueden negarse a realizar este tipo de conductas con su pareja, aunque no lo deseen, e incluso sean violentamente exigidas, por lo que es poco frecuente que las mujeres consideren que han padecido violencia sexual por su pareja (Labrador *et al.*, 2004).

2.5.- Otros tipos de maltrato

Aunque los tipos de maltrato que se han señalado, son los que recogen con mayor frecuencia las distintas tipologías, también pueden encontrarse otras categorías de maltrato como el **maltrato social** y el **maltrato económico**, el primero se refiere a aislar a la víctima de su entorno social a través del control de sus relaciones familiares y de amistad se manifiesta, no permitiendo que hable o visite a sus amistades o familiares al mismo tiempo que los desacredita o desvalora continuamente y el segundo, una forma de control de la mujer por medio de los recursos económicos de la víctima, haciendo que necesite depender de él. Entre las conductas que están presentes se pueden señalar, un control y manejo del dinero, propiedades y/o de los recursos de la familia por parte de la pareja. Algunas manifestaciones de este tipo de violencia son: hacer que la mujer tenga

que dar todo tipo de explicaciones cada vez que necesita dinero, bien para uso familiar o propio, darle menos dinero del que sabe que necesita a pesar de contar con él, decirle que no hay dinero para gastos que la mujer consideren importantes, gastar sin consultar con ella cuando él quiere algo o considera que es importante, disponer de su dinero, tener a su nombre las propiedades derivadas del matrimonio, etc.

Estos dos tipos de maltrato suelen considerarse como subcategorías de la violencia psicológica, al tener como objetivo, controlar a la mujer por medio de la instauración de un sentimiento de desvalorización e indefensión (Labrador *et al.*, 2004).

2.3 EL CICLO DE LA VIOLENCIA

La forma en la que aparece y se instaura la violencia hacia la mujer es muy variada del mismo modo que también lo es, el tipo de maltrato que se ejerce, con unas peculiaridades y características determinadas en cada uno de los casos. En muchos de los casos se instaura de forma discreta y paulatina, de tal modo que cuando la mujer que lo sufre se da cuenta de lo que posiblemente esté ocurriendo ya es bastante difícil salir de la situación.

Es cierto que el inicio de esta violencia puede ser impredecible, lo que sí parece ser cíclico son los episodios de violencia. Cuando se ha producido un episodio de violencia es altamente probable que vuelvan a producirse, es como si se disparara un dispositivo especial, un resorte, que hace que la violencia aparezca en cualquier momento en el que la persona tiene un contratiempo, una frustración, etc. y no posee la habilidad para solucionar las dificultades de manera adecuada, culpabilizando así, en la mayoría de los casos a su pareja o descargando su ira contra ella en forma de golpes, insultos, humillaciones, etc.

Existen diversas teorías sobre el ciclo de la violencia y todas ellas parecen compartir elementos comunes, entre otros autores Deschner (1984); Walker (1979, 1989) y que es importante describir para poder entender como en parte, se mantiene dicha violencia.

En todos ellos en términos generales se produce una acumulación de tensión, a lo que le sigue una explosión o la agresión como tal para finalizar el episodio con un arrepentimiento y reconciliación de la pareja.

Hay que tener en cuenta unas consideraciones:

- 1.- Es posible que no todas las fases del ciclo se den siempre.
- 2.- La violencia no es estrictamente cíclica, puede aparecer de forma repentina y su ritmo no es regular.
- 3.- Las características del maltrato suelen producir respuestas de indefensión y sumisión en la mujer que facilitan que se repitan las conductas agresivas (Labrador *et al.*, 2004).

A.- Fase de acumulación de tensión.

En esta primera fase es frecuente que las agresiones sean más de tipo psicológico, repentinos cambios en el estado de ánimo, pequeños incidentes de malos tratos, como empujones, pequeños golpes, etc. En esta fase es frecuente que la mujer, para intentar que se calme su pareja adopte una postura de sumisión o ignorar el comportamiento que está teniendo y que hace que cada vez se vaya acumulando mucha más tensión. En esta fase puede llegar a minimizar lo que está ocurriendo y en numerosas ocasiones justificar estos incidentes y que son debido a factores externos y no intrínsecos a la persona, por

lo cual es habitual que la mujer llegue a pensar que si desaparecen esos problemas externos, ya no ocurrirán más episodios violentos. Habitualmente esto no es lo que ocurre sino lo contrario, estos episodios cada vez van a más produciendo cada vez una mayor escalada de agresividad.

En esta primera fase, la mujer todavía es capaz de tener el control sobre determinados comportamientos de su pareja, pero a medida que la tensión va aumentando, va disminuyendo dicho control. La mujer adopta una serie de estrategias con el fin de poder manejar la situación, salir de la situación, alejándose del agresor, no entrar en la dinámica de la violencia, increpando o enfrentándose a su agresor, etc. a la vez que va adquiriendo determinados mecanismos de defensa psicológicos. Ante la situación de sumisión que adopta la mujer el maltratador interpreta que tiene todo el “derecho” a maltratarla al comprobar al mismo tiempo que es una eficaz forma de tener el control sobre ella. Poco a poco va acumulándose más tensión que terminará con la fase de explosión.

B.- Fase de explosión o agresión.

La tensión que se ha venido acumulando en la fase anterior llega a tal nivel que tiene que descargarse de alguna forma, esta canaliza en forma de violencia y esta puede ser en cualquiera de las manifestaciones, físico, psicológico y/o sexual. En esta fase hay una pérdida total de control por parte del agresor y una mayor capacidad de ocasionar graves daños a la mujer, a pesar de ser relativamente su duración. El agresor puede reconocer que esa pérdida de control ha sido desmedida, pero terminará encontrando una justificación de lo ocurrido.

Es en esta fase en la que se producen los mayores daños físicos en la víctima e incluso pueden alcanzar tal magnitud que ponga en peligro su vida. A pesar de esta gravedad la mayoría de las víctimas no buscan ayuda en los profesionales, es habitual que oculten el suceso permaneciendo en casa sin salir y cuando acuden a los servicios de salud sea después de pasados unos días, entre otros motivos para evitar que identifiquen a su agresor al mismo tiempo que quitan importancia a la gravedad de la situación. Esta actitud es lo que ha denominado Lorente (1998) Síndrome de paso a la acción retardo.

C.- Fase de reconciliación o luna de miel.

En esta fase la tensión y la agresión han desaparecido, es el momento en el que el maltratador pide perdón a la víctima y la promesa de que no volverá a ocurrir nunca más. Se vuelve incluso amable y cariñoso. Él mismo cree que nunca más va a hacer daño a su pareja y que esa situación va a ser capaz de controlarla.

Esta situación es vista por la mujer como una pérdida de control momentánea por parte de su pareja y que no va a volver a repetirse, piensa que ella va a poder cambiar a su pareja con su amor y si se comporta de la manera que él espera.

Es frecuente que en esta fase el agresor ponga en marcha estrategias encaminadas a que la mujer le perdone utilizando y manipulando incluso a otros miembros de la familia. Esto hace que de una manera más o menos inconsciente la mujer se siente culpable en cierto modo y a pesar de que la conducta del agresor no es justificable, se termine viendo ella misma como la responsable de la agresión. Considera que es el agresor quien necesita ayuda y en esas circunstancias no puede abandonarlo, sino intentar ayudarlo para solucionar el problema.

Por otra parte es más difícil que la mujer abandone la situación de violencia, en cierto modo debido a que su pareja está mucho más relajada y permite que haga cosas que en otros momentos no le permitiría.

La duración de esta fase es muy variable, pero lo habitual es que sea mucho más corta en el tiempo que la primera fase y más larga que fase de explosión.

Después de esta fase vuelve a repetirse el ciclo en futuros episodios y cada vez son más frecuentes y más cercanos en el tiempo dichos episodios además de entrañar más peligro para la víctima (Labrador *et al.*, 2004).

2.4 CARACTERÍSTICAS DE LAS MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO.

3.4 .1.-INTRODUCCIÓN

El maltrato a la mujer es una realidad que, como tal, hay que prestarle una especial atención por parte de la investigación, con la finalidad de aportar a los profesionales de todas las áreas implicadas (sanitaria, social, jurídica, etc.) herramientas y datos que faciliten su trabajo a favor de la erradicación de este problema.

El maltrato a la mujer se considera, cada vez con mayor frecuencia, como un fenómeno global que se extiende por todos los países; afectando a mujeres de todos los niveles sociales, culturales y económicos. Este fenómeno supone un impacto tal, en la salud, que recientemente se está considerando un problema de salud pública (Suriá, Rosser y Villegas 2014).

El maltrato a la mujer existe en todas las esferas de la sociedad, no hace distinción de raza, nivel económico, edad, etc., aunque es cierto que, los estudios realizados, tienen unas características determinadas y podemos caer en la equivocación de pensar que,

solo se produce en determinados estratos de la sociedad, siendo conscientes que las muestras son sesgadas, por diversas razones, entre las que podemos señalar: una mayor accesibilidad a determinadas poblaciones como son aquellas mujeres que acuden a los servicios sociales, centros de salud, policía, casas de acogida, etc. la mayor o menor identificación de la mujer que sufre el maltrato con la imagen de la víctima que, hasta ahora, se ha dado en los diferentes medios de comunicación (prensa, televisión, cine, etc.) frente a grupos de mujeres que, tienen mayor posibilidad de solucionar el problema, al contar con un mayor apoyo social, medios económicos, etc. que pueden facilitar el acceso a profesionales especializados en consultas privadas, siendo más difícil acceder a este tipo de población.

3.4.2. LA MUJER: VÍCTIMA DE LA VIOLENCIA.

La situación de violencia contra la pareja o ex pareja mantiene una estrecha relación con los condicionantes socio-culturales, tanto en su origen, como en su manifestación y consideración (Lorente-Acosta, Lorente-Acosta, y Martínez-Vilda, 2000). Así, la gravedad de los efectos de dicha violencia y la victimización que produce está definida por el resultado, es decir, por las lesiones directas que ocasiona, pero sin dejar de lado el particular contexto en el que se producen (ámbito doméstico y familiar) y la relación existente entre la víctima y el autor de dichas lesiones, una relación afectiva (Lorente-Acosta, y Lorente-Acosta, 1998).

La víctima suele presentar unas características que pueden hacernos pensar, de manera equivocada, que parte de la situación de violencia puede estar condicionada o mantenida por ella. Los primeros estudios centrados en la víctima, partían de la hipótesis de que la conducta es el resultado de la persona con una determinada

situación, por lo que se llegó a pensar que determinadas conducta de algunas mujeres hacían que fuera más alta la probabilidad de ser maltratadas. Estos estudios, se realizaron con muestras de mujeres que habían sido agredidas y presentaban una serie de síntomas que fueron considerados como la causa de la violencia (Schultz, 1960; Kleckner, 1978; Symonds, 1979; Walker, 1979).

Posteriores investigaciones demostraron que los estudios anteriores confundían la etiología con las consecuencias, quedando invalidados, realizaban un análisis no acertado de la interacción de la persona y la situación.

Un estudio realizado por Koss (1991) en el que comparaba tres grupos de mujeres, por un lado, mujeres víctimas de maltrato que no habían puesto en marcha ninguna conducta para acabar con la situación hasta fases avanzadas, un segundo grupo de mujeres que si habían tenido una actitud más activa en contra de la violencia y por último, un grupo de mujeres que no habían sido víctimas de violencia, se llegó a la conclusión que no existen diferencias significativas en las características de personalidad entre los grupos analizados. Sin embargo, si se encontró lo que se puede denominar un **“perfil de riesgo”** (Koss y Dinero, 1989) en el que el riesgo de ser maltratadas era dos veces más alto que en el resto, aunque solo llegaba a afectar a un 10% de las mujeres.

El principal factor de riesgo era el haber sufrido abuso sexual en la infancia, las consecuencias del abuso y las alteraciones de conducta derivadas del mismo. En las víctimas tampoco se puede decir que exista relación del maltrato con variables como nivel de ingresos, educación, trabajo desempeñado y de manera especial aquellos relacionados con las tareas del hogar, u otras variables de personalidad como pasividad, autoestima, hostilidad, por citar algunas, consumo de alcohol o ejercer maltrato hacia los hijos. Hotaling y Sugarman (1986) afirman que el precipitante más influyente para la

víctima es ser mujer. La victimización de las mujeres puede ser mejor comprendida como la realización de una conducta masculina. Una posible explicación de que se produzca la victimización, después de sufrir abusos sexuales en la infancia, en la vida adulta por diferentes tipos de agresores, incluso por sus parejas. Esto puede ser debido a dificultades en desarrollar mecanismos adecuados de protección unidos a otros efectos postraumáticos, como la dificultad de análisis de la situación o de las personas con relación al peligro, la sensación de incapacidad y desamparo. También, puedes ser debido, a respuestas no adecuadas desencadenadas ante una amenaza de peligro, como la negación, embotamiento psíquico o incluso la disociación (Herman, 1992).

Si revisamos los datos aportados por algunas de las investigaciones realizadas podemos señalar que la media de edad de estas mujeres está en torno a los 37-38 años, con independencia de cuál sea su estado civil aunque, como es lógico, predomina el número de mujeres que están casadas, seguidas de aquellas en trámites de separación, generalmente todas tienen hijos menores, el nivel económico por lo general es bajo, seguido de un nivel medio, sin olvidar que hay un porcentaje de mujeres víctimas con un nivel económico alto, en el nivel de estudios predominan las mujeres con estudios primarios sobre aquellas que no tienen estudios pero también lo sufren aquellas que tienen estudios universitarios, en cuanto a la profesión apenas hay diferencias significativas entre aquel grupo de mujeres que son amas de casas y las que desempeñan otro tipo de profesiones, que no guardan relación con el servicio doméstico, otra serie de dificultades como una vivienda con grandes deficiencia, hacinamiento, escaso apoyo social, presencia de trastornos psiquiátricos previos a la situación de maltrato o como consecuencia dicha situación (Echeburúa, Corral, Sarasua, y Zubizarreta 1996).

Estudios posteriores en esta misma línea de investigación, teniendo en cuenta tanto las características sociodemográficas de las mujeres víctimas de maltrato y la

problemática de dichas mujeres (Fassler, Hauser e Iens, 1997; Gelles y Straus, 1990; González y Gimeno, 2009; Matud, Fortes y Rosales, 2007; Pastor Carballo, 2001; Patró y Lumiñana, 2005; Plichta, 1996; Redondo Rodríguez, Graña Gómez y González Cieza, 2009; Rodríguez Franco, López-Cepero y Rodríguez Díaz, 2009), tenían niveles de estudios y laborales muy diversos, siendo diverso el número de hijos y su estado civil. También se encontró variación en su entorno familiar; así, por ejemplo, se ha detectado que algunos agresores y sus víctimas no mantenían relación con su familia (Suría et. al. 2014).

Del mismo modo, podemos señalar que el inicio en edades tempranas de la relación de pareja y la permanencia en el tiempo, va a dar lugar a que dicho maltrato se convierta en crónico. Las mujeres víctimas de maltrato permanecen en esta situación, por término medio, durante un periodo de 10 años (Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca, y Emparanza, 1994). Así mismo, Ruiz-Hernández, López-Angulo, Hernández-Cabrera, Castañeda-Álvarez y Águila-Rodríguez (2013) examinaron el perfil sociodemográfico de las mujeres maltratadas con edades comprendidas entre 30 y 39 años, con estudios secundarios que presentan violencia de género en un 36,5% de los casos, y física en un 28,6%.

Este tipo de estudios, por tanto, echan por tierra los estereotipos que se han estado manteniendo desde décadas referentes a las características de las víctimas, lo mismo ocurre si consideramos aspectos psicológicos de este grupo de mujeres, nos planteamos si estas características de personalidad ya estaban presentes antes del inicio de esta situación, son factores predisponentes, o por el contrario, son consecuencia de dicha situación.

Puede suceder que determinadas características de personalidad como señalan Echeburúa y Corral (1995) pueden facilitar que la violencia continúe a lo largo de los

años, habituarse a dicha situación, contrariamente a lo que podríamos pensar, no protege más a la víctima de posibles consecuencias psicológicas, sino que la anula y la incapacita todavía más, agravando mucho más dicha situación, y siendo cada vez más difícil que salga de ese círculo de violencia. Entre las características de personalidad podemos señalar la presencia de baja autoestima, déficit de habilidades sociales y de asertividad, escasa capacidad de iniciativa, incapacidad para tomar decisiones, inseguridad, etc. En este sentido hay autores que consideran que las mujeres que sufren este tipo de maltrato no tienen una personalidad definida, sino que dicha personalidad se va perfilando a medida que se producen los episodios violentos, señalan características de personalidad similares a las ya expuestas, sometimiento al grupo y a sus normas, facilidad para conformarse, sentimientos de culpabilidad, poca fuerza del ego y baja autoestima (Cerezo, 2000).

Teniendo esto en cuenta estaríamos ante una población de mujeres con características de personalidad normales las cuales han sufrido un trauma, que trae como consecuencia un deterioro de sus capacidades y van a repercutir en todas las áreas de la vida.

El hecho de que la mujer tolere esta situación aversiva, puede estar mantenida por una serie de factores, podemos señalar factores económicos, familiares sociales y psicológicos, generalmente estas mujeres, dependen económicamente de su pareja, necesitan proteger a los hijos, están o se sienten aisladas además de la opinión de los demás, suelen ser las causas que hacen que se mantenga dicha situación. En cuanto a las variables psicológicas suele presentarse una minimización del problema debido que se han habituado a dicha situación, miedo a sufrir consecuencias más graves si intentan salir de dicha situación, no reconocer que la relación ha fracasado o miedo a enfrentarse a un futuro en soledad (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua, y Zubizarreta, 1997). Por

otra parte, las víctimas de violencia doméstica son muy sensibles y susceptibles a todos los posibles comentarios o juicios de valor que se pueden llegar a hacer en relación a su situación, se sienten implicadas parcialmente en la situación de violencia y con sentimientos de culpabilidad, llegándose a recriminarse por la situación.

Características de personalidad como baja autoestima, déficit en asertividad, falta de iniciativa van a facilitar que el problema se cronifique llegando a adoptar conductas de sumisión que se refuerzan al tratar de evitar consecuencias desagradables como bofetadas, broncas, humillaciones, etc.

Estar expuestas a estas situaciones, que se prolongan tanto en el tiempo, hace que se encuentren expuestas a continuas fuentes de estrés y los procesos de afrontamiento a la situación de violencia van a generar una serie de fenómenos, por una parte, se produce una disonancia cognitiva lo cual va a tener como consecuencia una reducción de su capacidad de afrontamiento, y por otra parte, va a sentirse incapaz de huir de la situación debido en gran parte a la existencia de vínculos de relación y/o afectivos con el maltratador, lo cual va a generar un progresivo sentimiento de indefensión con el agresor con el progresivo deterioro de la situación.

2.5 REPERCUSIONES DEL MALTRATO EN LA SALUD. SECUELAS FÍSICAS Y PSICOLÓGICAS

No debemos olvidar que, las secuelas del maltrato son difíciles de borrar especialmente, cuando es más prolongado, severo y despiadado. La huella del maltrato físico con el paso del tiempo puede ir desapareciendo, o por el contrario ser un recuerdo para toda la vida, de quien fue o sigue siendo el que tiene el control de la vida de esa mujer, sin embargo, la huella del maltrato psicológico, termina siendo más profunda y difícil de borrar si no se solicita ayuda, este tipo de maltrato se instaura de manera más sutil, puede pasar más desapercibido pero, va dejando constancia de su presencia por medio de un dolor invisible, del mismo modo que, el efecto de una gota de agua que cae sobre la roca, termina erosionándola, por dura que esta sea, así actúa el maltrato psicológico, va minando la autoestima y anulando a la persona lenta pero de forma eficaz. Cuando se le pregunta sobre esto a las mujeres coinciden en señalar que no saben realmente cuando empezó, cuando se dieron cuenta, ya no eran la sombra de lo que fueron, el daño psicológico no se percibe a corto plazo, sus secuelas se manifiestan a largo plazo, el daño físico, por el contrario, si es más fácil de detectar, y sus secuelas pueden desaparecer a corto plazo.

Por tanto, no cabe duda, que estar expuesto a esta situación va a tener consecuencias en la salud de quien lo sufre, no sólo física sino también psicológicamente. La violencia del compañero íntimo (VCI) impacta significativamente en el bienestar mental y físico de las mujeres, y por lo tanto representa un problema de salud pública mundial. Una clara asociación entre VCI y un mayor riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático (TEPT) se ha podido comprobar documentalmente.

Sin embargo, pocos estudios han examinado cómo las diferentes características de VCI (física, psicológica, sexual) interactúan con otras experiencias de estrés postraumático (abuso infantil físico, psicológico y sexual y la victimización en la edad adulta por la pareja) en la determinación de TEPT (Pico-Alfonso, 2005).

SECUELAS FÍSICAS

En el estado físico la exposición a estas situaciones como señala Echeburúa (2004) produce un estrés crónico, siendo frecuente la presencia de niveles altos de cortisol, que origina una serie de consecuencias negativas para la salud como, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales (colon irritable), bajo nivel de defensas del sistema inmunológico, sensación de fatiga crónica y un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. El cortisol y la aldosterona actúan especialmente, cuando no se dispone de estrategias de afrontamiento para hacer frente a aquellos estímulos que generan estrés, esto es, cuando no se tiene otra opción y tienen que soportar la situación de malestar. El mecanismo de actuación del estrés crónico es suprimiendo la respuesta inmunológica de manera directamente proporcional a la intensidad del estresor, por lo cual, puede debilitar el sistema inmunológico siendo así más vulnerable a las enfermedades.

Sufrir situaciones de estrés crónico, por otra parte, va a facilitar la automedicación y la dependencia a determinados fármacos, como analgésicos y ansiolíticos, con la finalidad de poder enfrentarse a ese malestar que genera la situación de maltrato. Por lo tanto, hay una pérdida de calidad de vida que es atribuible a la situación de violencia habitual (Villavicencio, y Sebastián, 1999).

En un estudio realizado respecto a la frecuencia y localización de lesiones relacionadas con la violencia las más comunes eran las faciales como los hematomas

faciales en el 83 % de los casos, las laceraciones faciales estaban presentes en el 44 %, y el daño en las dentadura en el 20 % de la muestra. En el 56% de las mujeres tenían una marca o cicatriz como resultado de las lesiones agudas.

La presencia de las lesiones relacionadas con la violencia se asoció con los síntomas de estrés postraumático y la depresión, como consecuencia del maltrato físico y psicológico perpetrado durante el último año (Weaver & Resick, 2014).

Es importante, tener en cuenta, los estudios realizados en otras áreas, como es el caso de la medicina en general y de la medicina legal en particular, con el objetivo de dar una visión multidisciplinar del problema de la violencia hacia la mujer.

En este sentido Lorente (1998) describe de manera clara desde la visión de la Medicina Legal, la situación de maltrato viene definida por el resultado, es decir, las lesiones, pero sin olvidar el contexto en el que se produce, así como la relación del autor de las lesiones con la víctima, que es una relación afectiva. Las lesiones que se derivan del denominado *Síndrome de Agresión a la Mujer (SAM)*, al que haremos referencia de forma más detallada más adelante, pueden ser físicas y/o psicológicas, las secuelas psicológicas van a estar siempre presentes al tratarse de un tipo de violencia que cursa de forma crónica, tanto en los momentos próximos a la agresión física, como posteriormente, siendo el puente de unión entre cada una de las agresiones.

Las lesiones producidas por este tipo de agresiones abarcan todos los tipos de lesiones traumatológicas desde las simples contusiones y erosiones hasta las heridas producidas por cualquier tipo de arma. Estas lesiones, pueden abarcar cualquier parte de la anatomía y las distintas estructuras orgánica (huesos, piel, mucosas, vísceras, etc.). Sin embargo, el cuadro de lesiones más frecuente suele estar formado por contusiones, rozaduras y heridas superficiales en cabeza, cara, cuellos, pecho y zona abdominal. En el momento de la exploración, el cuadro típico que presenta la víctima, son múltiples y

diferentes tipos de lesiones, combinadas con hematomas o lesiones en diferentes fases de cicatrización y dolores o molestias leves que no son causa del motivo de consulta.

En comparación con el Síndrome del Niño Maltratado, Lorente (1998) señala como característico en este cuadro clínico, la presencia de lesiones producidas por el efecto de defenderse, no se presentan lesiones que indique una pasividad extrema por parte de la mujer (quemaduras múltiples producidas por cigarrillos, pinchazos leves y repetitivos en una zona localizada, etc.) además de la localización de la mayor parte de las lesiones en zonas no visibles al exterior cuando está vestida. Stark, Flitcraft, y Frazier (1979) encontraron que las víctimas de violencia presentan una probabilidad 13 veces mayor, en comparación con otro tipo de accidentes, de lesiones localizadas en el pecho, tórax o zona abdominal. El estudio realizado por Muellerman, Lennaghan, y Pakieser (1996) en una muestra de 9000 mujeres que acudieron al servicio de urgencias de diez hospitales diferentes, encontraron como dato significativo, que la lesión que aparecía con más frecuencia era la **rotura de tímpano** y tenían una mayor probabilidad de presentar lesiones localizadas en la parte superior del cuerpo -cabeza, tronco y cuello-, sin embargo las mujeres que no habían sufrido maltrato presentaban con mayor frecuencia lesiones en la columna vertebral y en las extremidades inferiores.

El cuadro de lesiones que presentan las víctimas de maltrato dependen del grado de violencia empleado, la agresión reiterada y la unión del maltrato a otro tipo de acontecimientos (Browne, 1987). Estos factores unido a otra serie de acontecimientos durante el incidente, van a aumentar la capacidad lesiva, conlleva un aumento del grado de violencia e incapacita a la víctima para poder protegerse de la siguiente agresión, al no estar recuperada y encontrarse en un estado físico y psicológico de aturdimiento, debido a la frecuencia de los episodios de violencia (Patterson, 1982; Reid, Taplin, y Lorber, 1981).

A pesar de las lesiones que produce el maltrato, muchas mujeres no acuden a los servicios de urgencia debido a la vergüenza, las amenazas del agresor si solicita ayuda y al miedo a que el personal sanitario de parte de las lesiones al juzgado y se tomen medidas que van a afectar no solo a ella, sino a toda la familia. Resulta significativo que la mayoría de las mujeres que han sido víctimas de maltrato y acuden al médico como consecuencia de las lesiones, cuando vuelven de nuevo por que se ha producido otro episodio de violencia, las lesiones que presentan son aún más graves (Koss, Koss, y Woodruff, 1991).

Estudios anteriores se centraron principalmente en las lesiones cerebrales físicas y estructurales de las mujeres con antecedentes de violencia en la pareja, pero poca atención se le ha dado al impacto biológico y la disfunción cognitiva que resulta de tal estrés psicológico. El estudio realizado por Wong, Fong, Lai, & Tiwari, (2014) pretende establecer la conexión entre el maltrato y el cerebro, teniendo en cuenta (1) los mecanismos biológicos que vinculan el maltrato, el estrés y el cerebro, (2) las consideraciones funcionales y anatómicas del cerebro en las mujeres maltratadas y (3) las respuestas comportamentales de las mujeres maltratadas, incluyendo el miedo, el dolor y la regulación de las emociones mediante técnicas de neuroimagen. La gran importancia de este estudio es poner de relieve la necesidad de avanzar más allá de los auto-informes y para obtener pruebas científicas de los efectos neurológicos y disfunción cognitiva en las mujeres maltratadas.

SECUELAS PSICOLÓGICAS

Psicológicamente, las consecuencias del maltrato prolongado pueden ser demoledoras para la estabilidad emocional de quien lo sufre. En general, no estaríamos

ante la presencia de limitaciones de la personalidad de la mujer víctima de maltrato, sino ante una reacción psicológica a la violencia crónica. Las primeras reacciones de la mujer víctima de violencia ejercida en el seno de una relación íntima se caracterizan por sentimientos de humillación, vergüenza y preocupación; además de la percepción de pérdida de control, confusión, sentimientos de culpa y miedo vinculados al paso del tiempo (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa, y Corral, 2007). Este contexto de violencia ejercida por la pareja/ex pareja resulta una de las variables predictoras de la salud física y mental de la población general de mujeres (Kolbrun, Svavardottir, y Orlygsdottir, 2009), además de afectar a la calidad de vida de las mismas debido a la sensación de amenaza vital y pérdida del bienestar emocional (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa, y Corral, 2007).

Las lesiones psíquicas agudas o crónicas, estas últimas perduran a lo largo del tiempo. Los trabajos que se han realizado en las últimas décadas, han puesto de manifiesto los síntomas psicológicos presentes en las víctimas de violencia.

Diversos estudios realizados en la década de los 80, haciendo un análisis comparativo de la respuesta de la persona ante un trauma, se encontró una estrecha correlación entre la sintomatología que presentan las víctimas de maltrato y las respuesta a determinadas situaciones estresantes, llegando a la conclusión que los síntomas psicológicos presentes en las víctimas tienen que considerarse como una secuela de las agresiones sufridas y no como una situación anterior a la situación de violencia (Marginin, 1988).

Las lesiones agudas son las que se presentan después de la agresión y las lesiones a largo plazo son las que aparecerían como consecuencia de la situación de maltrato (Lorente, 1998)

Otros autores, plantean clasificación similar del daño psicológico, al que denominan "herida invisible". Este daño psicológico estaría compuesto de *lesiones psíquicas* y de

secuelas emocionales, las primeras producen un daño agudo que en algunos casos remiten con el paso del tiempo, con una red social adecuada o con tratamiento psicológico, las secuelas emocionales sería un daño crónico y por tanto, persisten en la persona de forma crónica como consecuencia de acontecimiento sufrido, interfiriendo de manera negativa en la vida de la persona (Pynoos, Sorenson, y Steinberg, 1993).

Respecto a las lesiones psíquicas agudas diferentes autores han expuesto modelos diferentes de explicar las respuestas ante situaciones violentas, en este sentido, Symonds (1979) propone la “Psicología de los sucesos catastróficos” como modelo para analizar las respuestas emocionales y conductuales de las mujeres que habían sido víctimas de algún tipo de violencia, concluye que las reacciones ante esta situación presentan características comunes a las víctimas de otros tipos de sucesos traumáticos.

Entre las reacciones más frecuentes que aparecen en los primeros momentos consisten en una protección de la integridad física y en tratar de sobrevivir al suceso (Kerouac, y Lescop, 1986). Reacciones de shock, negación, confusión, abatimiento, aturdimiento y temor. Durante la agresión, e incluso, después de la misma, la víctima puede ofrecer muy poca o ninguna resistencia para tratar de minimizar las posibles lesiones o para evitar que se produzca una nueva agresión (Walker, 1979; Browne, 1987). Las mujeres víctimas de maltrato, teniendo en cuenta los diversos estudios clínicos, vive con la incertidumbre de cuando se va a producir una nueva agresión, pues saben que esta se va a producir, la respuesta a esta potencial peligro, en algunas mujeres está presente una ansiedad extrema, que puede desencadenar situaciones de pánico, la mayor parte de estas mujeres presentan síntomas de incompetencia, sensación de no tener ninguna valía, culpabilidad, vergüenza y temor a la pérdida de control, teniendo en cuenta esta sintomatología la mayor parte de las víctimas se fueron diagnosticadas de depresión (Hilberman, 1980).

A medida que va transcurriendo el tiempo y se van produciendo nuevos episodios de violencia, la sintomatología va cambiando y después del tercer incidente el componente de shock desciende significativamente Browne (1993) ha comprobado que estas mujeres a menudo desarrollan nuevas habilidades de supervivencia más que respuestas de huida, adentrándose en poner en marcha estrategias de mediación o para hacer que desaparezca la situación violenta.

Existen dos condicionamientos fundamentales típicos del SIMAM en relación a las lesiones psíquicas según Lorente (1998).

La situación de la víctima respecto a la agresión: La presencia de la violencia de forma repetida produce un mayor daño psíquico, no solo por los efectos acumulativos de cada agresión también por la ansiedad mantenida durante el periodo de latencia hasta el siguiente ataque.

La situación del agresor respecto a la víctima: Desde el punto de vista personal el agresor es alguien a quien ella quiere, alguien a quien se supone que debe creer y alguien de quien depende, en cierto modo.

Esto va a repercutir en la percepción y análisis que la mujer lleva a cabo para encontrar posibles alternativas, presentando muchas limitaciones y las dificultades propias de tomar una decisión adecuada la reinterpretación de la visión de la vida y de las relaciones interpersonales quedan bajo un prisma de continuos ataques y de un aumento de los niveles de violencia, lo que ocasiona que la respuesta psicológica al trauma y la realidad del peligro existente condicionen las lesiones a largo plazo.

Lesiones psicológicas a largo plazo.

Las respuestas psicológicas a largo plazo de la mujeres víctimas de violencia física y psicológica pueden ser muy diversas entre las que se encuentran temor, ansiedad, fatiga, alteraciones del sueño y del apetito, pesadillas reacciones intensas de sobresaltos y diversas quejas somáticas como molestias y dolores inespecíficos (Goodman, Koss, y Russo, 1993). Después de una agresión las mujeres pueden convertirse en dependiente y sugestionables, siendo muy difícil para ellas tomar decisiones o hacer planes para el futuro. Como intento de evitar un abatimiento psíquico pueden llegar a adoptar expectativas irreales con relación a recuperarse adecuadamente, llegando a convencerse ellas mismas de que serán capaces de reconstruir la relación. (Walker, 1979). Las mujeres aprenden a sopesar todas las alternativas frente a percepción de la conducta violenta del agresor. Esta actitud que es similar a la producida en otro tipo de agresiones o en situaciones de cautividad, los efectos en las víctimas de maltrato se sustentan sobre la base de que el agresor es alguien con quien están o han estado unidas y se ha creado un cierto grado de dependencia (Browne, 1991). En estos casos la percepción de vulnerabilidad, de estar desorientadas, perdidas, o tener la idea de traición puede estar presente de forma muy marcada (Walker, 1979).

Por otra parte, la alexitimia, síntomas depresivos, y un estilo de apego inseguro se correlacionaron negativamente con la capacidad de manejar el estrés por parte de las mujeres maltratadas comparándolas con las que no han sufrido maltrato (Craparo, Gori, Petruccelli, Cannella, y Simonelli, 2014).

Un estudio realizado sobre las respuesta psicológica de mujeres maltratadas y sus posibles efectos potenciales a largo plazo (Walker, 1979) obtiene como resultado la presencia de una serie de síntomas entre los que señala sentimientos de baja autoestima, depresión, reacciones de stress intensas y sensación de desamparo e impotencia. A estos síntomas hay que unir las manifestaciones de las víctimas refiriendo e insistiendo en la incapacidad para controlar el comportamiento violento de sus agresores. Sin embargo, en contra de lo que se esperaba, estas mujeres presentaban un **elevado control interno**, quizá porque están muy pendientes de manejar sus propias respuestas al trauma y a las amenazas, al mismo tiempo que se encuentran inmersas en las necesidades de la familia y en otras responsabilidades.

Otro estudio en el que se compara las víctimas de violencia doméstica con la violencia que han sufrido los prisioneros de guerra, encontraron tres aspectos comunes (Romero, 1985).

El abuso psicológico que se produce dentro de un contexto de amenazas de violencia física conduce al temor y debilitación de las víctimas.

El aislamiento de las víctimas respecto a anteriores fuentes de apoyo (amigos o familia) y la restricción de las actividades fuera del ambiente familiar, conlleva a una dependencia del agresor y la aceptación o validación de las acciones del agresor y de sus puntos de vista.

Existencia de un refuerzo positivo de manera intermitente originado por el temor y la pérdida personal, el cual refuerza la dependencia emocional de la víctima a su agresor.

Los síntomas que se presentan de manera significativa son los siguientes: ansiedad extrema, depresión, pérdida de autoestima, sentimientos de culpabilidad,

aislamiento social y dependencia emocional (Echeburúa, y Corral, 1995, 1998; Sarasua, y Zubizarreta, 2000).

ANSIEDAD

Se produce al estar en una situación de continua amenaza que no es posible controlar, no pudiendo garantizar su propia seguridad y supone un grave peligro para la integridad física de la persona.

La violencia que se produce, de forma continuada, pero al mismo tiempo, de manera intermitente, unida a los episodios de arrepentimiento salpicados de muestras de afecto y ternura, por parte del agresor, provocan en la mujer una respuesta de alerta y permanentes sobresaltos. Cualquier estímulo por insignificante que pueda parecer (un sonido, un golpe, una puerta que se cierra, el sonido de la llave en la cerradura, el sonido de sus pasos al fondo del pasillo, etc.) desencadena un estado de ansiedad. Estas situaciones de ambivalencia, por parte del agresor, hacen que el maltrato en la mayoría de los casos no llegue a denunciarse, pero en el caso de denunciarse en un alto porcentaje la mujer perdona al agresor y retira la denuncia.

DEPRESIÓN Y PÉRDIDA DE AUTOESTIMA

Los síntomas propios de la depresión como desesperanza, sentimientos de culpabilidad, indefensión, apatía, anhedonia, entre otros, ayudan a mantener el problema, haciendo que sea mucho más difícil poder tomar la decisión de abandonar esa situación y por supuesto hace muy difícil que soliciten ayuda.

Echeburúa (2003) señala, que la prevalencia de síntomas depresivos en las víctimas de maltrato es alta, o al menos en la misma proporción que en el caso de víctimas de agresiones sexuales, en víctimas de incesto (McLeer, Deblinger, Atkins, Foa, y Ralphe, 1988) y de violación (Atkeson, Calhoun, Resick, y Ellis, 1982; Kilpatrick, Veronen, y Best, 1985). Existen estudios que sitúan la incidencia de depresión en el maltrato entre un 75% (Prescott, y Letko, 1977) y un 80% (Rounsaville, y Lifton, 1983) de los casos.

En el estudio de Weissman (1977) un 37% de la muestra cumplía los criterios de neurosis depresiva y un 10% los de depresión mayor con abuso de alcohol según los criterios diagnósticos del DSM-II (APA, 1968).

Un estudio reciente realizado por Sato y Heiby (1991) de mujeres víctimas de maltrato físico severo detectaron la presencia síntomas depresivos en un 47% de la muestra. Otras variables analizadas, que podrían estar relacionadas con la depresión, son: historia previa de depresión, escasa habilidad de autorefuerto, existencia de pérdidas significativas y evaluar de forma realista el maltrato.

Los datos obtenidos de los estudios, nos permiten afirmar que, la mujer víctima de maltrato, tiene un riesgo significativo de padecer depresión (Rosewater, 1988; Straus, 1987).

Características propias del maltrato están relacionadas con la aparición de la depresión (Staats, y Heiby, 1985).

En *primer lugar*, el maltrato que se ejerce por el agresor ante las respuestas adaptativas de la víctima como: expresar miedo, enfado o los intentos de buscar ayuda, disminuyen la probabilidad de que se manifieste una depresión en el futuro. El maltrato, como ciclo de violencia que es, tiene efectos mucho más negativos cuando es más impredecible, esporádico y aleatorio.

En *segundo lugar*, la disminución de refuerzo social está relacionado con el maltrato y la depresión (Lewinshon, 1974). Es frecuente que el maltratador impida a la víctima, que se relacione con su red social, (familiares, amigos, etc.) se produce así, un aislamiento social, que favorece, mayor dependencia del agresor y un mayor control de la situación por parte de este.

En *tercer lugar*, determinadas conductas inadaptadas, que son reforzadas en la situación de violencia, facilitan que se instaure la depresión en la víctima (Lewinsohn, 1974). El refuerzo de estas conductas puede ser positivo o negativo, el refuerzo negativo mantiene la depresión cuando conductas propias de este trastorno, producen una disminución de las agresiones, el refuerzo puede ser positivo cuando la mujer lleva a cabo determinadas comportamientos inapropiados como conductas de sumisión de dependencia, pasivas o conciliadoras (Maccoby, 1990; Rohrbaugh, 1979).

Los sentimientos de culpabilidad y la baja autoestima son síntomas propios de la depresión. Atribuirse la responsabilidad de la violencia, está relacionada con la aparición de la depresión en la víctima (Cascardi, y O'Leary, 1992). Sin embargo, en la mayor parte de los estudios, las conclusiones que se obtienen respecto a la culpabilidad señalan lo contrario, la mayoría de las mujeres no se culpan a ellas mismas de la violencia (Frieze, 1979; Holtzworth-Monroe, 1988; Miller, y Porter, 1983).

El nivel de autoestima está relacionado con la frecuencia y severidad del abuso y con la presencia de la depresión. Una situación de violencia continuada puede tener graves efectos sobre la autoestima y puede hacer que sea, más vulnerable a la depresión. Cuando la autoestima está en unos niveles óptimos actúa como amortiguador de la depresión (Cascardi, y O'Leary, 1992).

El *sentimiento de culpabilidad* puede llegar a ser tan fuerte que, la víctima, se puede sentir empujada a realizar determinadas conductas para evitar los episodios de

violencia como: mentir, encubrir al agresor, consentir relaciones sexuales no deseadas, e incluso, permitir el maltrato hacia los hijos. Un porcentaje muy alto de mujeres, en torno al 50%, se atribuyen la responsabilidad de la situación, incluso pueden pensar, de forma equivocada, basándose en los estereotipos sociales, que tal vez ellas se lo han buscado.

La culpabilidad puede ser percibida de dos formas:

Culpabilidad debida a determinados comportamientos: La mujer se siente culpable por conductas que ha tenido: no callarse, no acceder a peticiones *razonables* de la pareja, no hacer algo que según su pareja debería estar hecho etc.

Culpabilidad debida a su personalidad: La mujer se siente culpable por su forma de ser: Ser tonta, estúpida, inculta, poco atractiva y en algunos casos incluso ser atractiva y provocadora, aunque esto es menos frecuente, cuando ocurre provoca un mayor impacto psicológico.

Aislamiento social y ocultación de lo ocurrido: Esto trae como consecuencia una mayor dependencia del agresor, cuanto más aislada se encuentre la víctima es mayor el control de la situación por parte del agresor, al percibir que su red de relaciones sociales es muy deficitaria.

TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El estrés es un tipo de reacción que se activa en situaciones en las que percibimos que no tenemos suficientes recursos para atender a las demandas (Lazarus, 1990). Este mecanismo pone en marcha un proceso de activación a nivel cognitivo, fisiológico y conductual, que se detiene cuando se consigue el objetivo deseado (Merín, Cano-Vindel, y Miguel-Tobal, 1995). La energía y los recursos que se agotan en este proceso,

vuelven a recuperarse con el descanso, de tal manera que se trata de un proceso normal de adaptación al entorno que nos rodea (Cano-Vindel, y Serrano-Beltrán, 2006).

De tal manera, que si nuestro cuerpo y nuestra mente están activándose de forma permanente y esta activación no permita la recuperación pueden surgir los problemas con el estrés. Cuando esto sucede el estrés puede provocar la aparición de ciertos síntomas, tanto físicos como psicológicos, entre los que podemos señalar, problemas de concentración, olvidos, pérdida de rendimiento, alta activación fisiológica, agotamiento, insomnio, dolor de cabeza, dolores musculares, contracturas, ansiedad, irritabilidad, aumento del consumo de tranquilizantes, etc. (Cano-Vindel, y Serrano-Beltrán, 2006; González-Ramírez, y Landero-Hernández, 2006; Lazarus, 1990). Por supuesto, cuando la situación que provoca el estrés alcance tal magnitud que nos supere por completo y no nos permita dar respuesta alguna, aparecerán problemas más importantes como sucede por ejemplo en los atentados terroristas, o en situaciones igualmente traumáticas, como la violación o el maltrato. En estos casos, además de los citados síntomas, suelen aparecer algunos trastornos mentales como el trastorno por estrés postraumático (TEP) y la depresión, especialmente en el caso de las mujeres (Calvete, 2005).

Si tenemos en cuenta el DSM-IV (1994) y el DSM-IV-TR (2000), el trastorno de estrés postraumático aparece cuando la persona ha sufrido, o bien ha sido testigo, de una agresión física o una amenaza para la vida de uno mismo o de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. A diferencia del DSM-III-R (1987) el suceso vivido no tiene necesariamente que encontrarse fuera del marco habitual de la experiencia humana. El DSM-IV pone, especial énfasis, en la reacción de la persona más que en el tipo de acontecimiento traumático (Barlow, 1993).

El TEP es un trastorno de ansiedad que suele producirse tras haber sufrido u observado un acontecimiento altamente traumático (guerra, atentado, violación, asalto, secuestro, accidente, catástrofes, enfermedad mortal, etc.), en el que está en juego nuestra vida o la vida de otras personas (Dongil, 2008; Iruarrizaga, Miguel-Tobal, Cano-Vindel, y González-Ordi, 2004; Iruarrizaga, Dongil, y Cano, 2009; Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González, y Galea, 2004; Moya-Albiol, y Occhi, 2007; Olivares-Crespo, Sanz-Cortés, y Roa-Álvaro, 2004; Albuquerque, 1992; Echeburúa, Corral, Sarasua, y Zubizarreta, 1995; Alario, 1993; Blanchard, Hickling, Taylor, y Loos, 1996; Hodgkinson, Joseph, Yule, y Williams, 1995; Hodgkinson, y Stewart, 1991). Este trastorno psicológico, como consecuencia de un delito puede estar presente en un 25% de las víctimas y en el caso de mujeres víctimas de una agresión sexual puede llegar a un 50-60% (Corral, Echeburúa, Sarasua, y Zubizarreta, 1992).

Este tipo de experiencias es posible que originen un aprendizaje emocional que no tiene otro fin que proteger al individuo frente a nuevas situaciones similares (Conejero, De-Rivera, Páez, y Jiménez, 2004) pero que va a ocasionar toda una serie de síntomas agrupados en tres tipos diferentes: rememoración o reexperimentación, hiperactivación fisiológica y evitación (junto con embotamiento afectivo). Las imágenes de la situación traumática han quedado grabadas en una memoria emocional imborrable las cuales vuelven a reexperimentarse una y otra vez con gran viveza, en contra de la propia voluntad, a pesar del paso del tiempo, con todo lujo de detalles, como si estuviera sucediendo de nuevo (flashback). Estos procesos cognitivos van a disminuir la capacidad de concentración, memoria, toma de decisiones, produciendo reacciones emocionales muy fuertes, en las que están presentes intensas respuestas de ansiedad (preocupación, miedo intenso, falta de control, alta activación fisiológica, evitación de situaciones relacionadas, etc.), irritabilidad, ira, tristeza, culpa y otras emociones

negativas. Todo ello genera una gran activación fisiológica, un tremendo malestar psicológico acompañado de una continua hipervigilancia que mantiene la reacción de estrés, como si volviera a repetirse actualmente la situación traumática, o pudiera repetirse en cualquier momento, generando agotamiento, emociones intensas, pensamientos irracionales, sesgo atencional (todo el tiempo se piensa en lo mismo), sesgo interpretativo (estímulos que antes eran neutros ahora se viven como amenazantes y se evitan), que aumentan aún más la intensidad de las respuestas de ansiedad, sumando más impotencia, debilidad, agotamiento, etc. (Dongil, 2008).

El trastorno de estrés postraumático, (TEPT) se ha propuesto como un diagnóstico apropiado en los casos de maltrato (Douglas, 1987; Walker, 1989) pero también otros posibles diagnósticos que se recogen en el DSM-IV como el “*trastorno de secuelas de victimización*”, o el “*trastorno de estrés extremo, no clasificado en otro lugar*” (Sato, y Heiby, 1991).

Además de los estudios realizados con el objetivo de poder determinar los síntomas que están presentes en quienes sufren la situación de violencia, se ha tenido en cuenta las investigaciones realizadas en otros grupos de población que han sido víctimas de violencia, como es el caso de víctimas de agresiones sexuales, accidentes de tráfico, o de excombatientes de guerra. Hay que tener en cuenta que, son muy reducidos, aislados y presentan deficiencias metodológicas, los estudios que se refieren a los tres grupos de síntomas rectores que configuran el trastorno de estrés postraumático –re-experimentación del acontecimiento traumático en forma de imágenes y constantes recuerdos involuntarios flashbacks- pesadilla, evitación de estímulos asociados al trauma, un profundo malestar psicológico, y aumento del nivel de *arousal*, hiperactividad fisiológica ante estímulos internos y externos asociados al suceso- pero confirman la presencia del trastorno. En los estudios realizados puede observarse la

presencia de síntomas como la hipervigilancia y la re-experimentación del suceso puestos de manifiesto en pensamientos recurrentes y pesadillas (Douglas, 1987), aislamiento social y evitación de estímulos asociados a la situación traumática (Mitchell, y Hodson, 1983) así como niveles altos de activación y de irritabilidad (Walker, 1984).

En situaciones de maltrato, están presentes, algunos factores que suelen ser predictores del trastorno de estrés postraumático: larga duración del abuso (Foy, Sippelle, Rueger, y Carroll, 1984), lesiones y amenazas contra la vida de la mujer y/o de los hijos, las consecuencias del trauma, pérdida de seres queridos (Wilson, Smith, y Johnson, 1985) presencia de sucesos estresantes anteriores, apoyo social deficitario y escasos recursos económicos (Steketee, y Foa, 1988).

En el estudio que evalúa la presencia de estrés postraumático en víctimas de maltrato (Houskamp, y Foy, 1991) utilizando la Entrevista Clínica Estructurada del DSM-III (SCID) y otros autoinformes que miden síntomas psicopatológicos (Spitzer, y Williams, 1985) encontraron que un 45% de la muestra cumplía los criterios diagnósticos del trastorno de estrés postraumático y que también correlacionaban con puntuaciones de otras medidas psicopatológicas. Este estudio aporta otros resultados, la existencia de una relación significativa entre la intensidad de la violencia experimentada y el trastorno de estrés postraumático. Otro estudio, realizado con víctimas de maltrato que sufren estrés postraumático (Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca, y Emparanza, 1994) arroja datos similares, dicho trastorno está presente en un 45-50% de la muestra. Estos datos son similares al registrado en las víctimas de agresiones sexuales y, en cualquier caso, muy superior al de víctimas que manifiestan este trastorno como consecuencia de cualquier otro tipo de delito (Zubizarreta *et al.*, 1994).

A pesar de las pocas investigaciones existentes, las realizadas hasta el momento se inclinan a mantener que el trastorno de estrés postraumático está presente en víctimas de violencia de género. La prevalencia de este trastorno en otros grupos de víctimas y la presencia de variables predictoras en la relación abusiva hacen necesario seguir investigando en esta área (Sato, y Heiby, 1991).

Continuando con los estudios realizados del trastorno de estrés postraumático, se puede decir, que su prevalencia en población adulta es de 1-2% siendo similar a la esquizofrenia (Keane, 1989). Los grupos de población en los que se ha estudiado son excombatientes, de manera especial de la guerra de Vietnam y en víctimas de agresiones sexuales. Existe una mayor probabilidad de experimentar este trastorno en mujeres que han sido víctimas de agresión sexual que en los excombatientes de guerra, debido a que el suceso traumático se produce, con frecuencia, en un ambiente *seguro* para la víctima, casa, ascensor, portal, lugar de trabajo, etc. Por otra parte, los *ex combatientes* saben que, es muy baja la probabilidad de estar expuestos de nuevo a esa situación de estrés ya que no van a volver a la guerra, sin embargo, *las víctimas de agresiones sexuales* tienen que volver a su vida cotidiana, en numerosas ocasiones, en el lugar en que ocurrió el suceso, por lo que está presente, de manera constate, el miedo a volver a pasar por la misma situación. Por tanto, podemos deducir que el trastorno va a presentar unas características diferentes dependiendo del acontecimiento que lo provoque.

En el caso de *agresiones sexuales*, es significativo el papel que desempeña el aumento del nivel de arousal, al ser frecuente que la agresión se produzca en el lugar en que la víctima habitualmente desarrolla su vida y en un porcentaje muy alto, más de la mitad, son perpetradas por personas cercanas a la víctima. Por lo tanto, el aumento del nivel de arousal funciona como respuesta adaptativa ante el temor de volverse a producir una nueva agresión. Otros síntomas, como las pesadillas, son secundarios,

debido a que la mayor parte de las víctimas, han estado expuestas a la situación en una sola ocasión, exceptuando los casos de abuso sexual infantil. (Echeburúa, Corral, Zubizarreta, Sarasua, y Páez, 1993).

En el caso de *excombatientes*, el trastorno de estrés postraumático, se caracteriza por la presencia de apatía, pesadillas, flasback o imágenes recurrentes de la situación vivida, que pueden ser probablemente explicadas por el contacto prolongado a los estímulos aversivos, en contraposición, el aumento de la activación, no es una respuesta adaptativa, al no encontrarse en el lugar que dio lugar a la aparición del trastorno y lo más probable es que no vuelva a estar en él (Albuquerque, 1992).

Por otra parte, la amnesia selectiva, los fenómenos disociativos -atribuir los síntomas a circunstancias ajenas al trauma- y las complicaciones asociadas a este cuadro clínico- depresión, alcoholismo, dependencia a otras drogas, etc.-son mucho más frecuentes entre los excombatientes que en las víctimas de agresiones sexuales. En mujeres víctimas de maltrato, señala Echeburúa (2002), el abuso de fármacos y abuso de alcohol puede estar aparecer bien, de forma temporal o permanente, como una forma inadecuada de estrategia de afrontamiento para enfrentarse a los problemas.

La pérdida de interés puede presentarse de forma aún más complicada si, este cuadro clínico, aparece asociado a la depresión (Foa, Steketee, y Rothbaum, 1989).

Sin embargo, no todos los excombatientes y víctimas de agresiones sexuales desarrollan este trastorno ni lo sufren en la misma intensidad. La respuesta psicológica ante la situación vivida va a depender de la intensidad del trauma, las circunstancias del suceso, edad, existencia de agresiones anteriores, así como de los recursos psicológicos de la persona, apoyo social y familiar, estabilidad emocional previa al acontecimiento, autoestima, etc. Estas variables interactúan de forma variable en cada caso y conforman

las diferencias individuales que se constatan entre las víctimas de un mismo acontecimiento traumático (Echeburúa *et al.*, 1990).

El primer gran estudio (Walker, 1979) que se realizó sobre la respuesta psicológica de la mujer maltratada recoge los efectos potenciales a largo plazo que podrían estar presentes. Como resultado de este estudio es la descripción de una serie de síntomas entre los que se encontraban sentimientos de baja autoestima, depresión, reacciones de estrés intensas y sensaciones de desamparo e impotencia. Sin embargo, en contra de lo que se esperaba estas mujeres presentaban un elevado control interno.

Otros estudios (Romero, 1985) en los cuales se comparan las reacciones de las mujeres maltratadas con las de los prisioneros de guerra se han encontrado tres áreas comunes a ambos tipos de víctimas:

- El abuso psicológico que se produce dentro de un contexto de amenazas de violencia física conduce el temor y debilitamiento de las víctimas.
- El aislamiento de las víctimas respecto a anteriores fuentes de apoyo (amigos, familia) y a las actividades fuera de su ambiente provocan una dependencia del agresor y la aceptación de las conductas del agresor y su forma de pensar.
- La existencia de un refuerzo positivo de forma intermitente producido por el temor y la pérdida personal que refuerza la dependencia emocional de la víctima hacia el agresor.

2.6 OTRAS PSICOPATOLOGÍAS ASOCIADAS AL MALTRATO: NUEVA ENTIDAD NOSOLÓGICA

A pesar de que la gran mayoría de las mujeres víctimas de maltrato presentan síntomas comunes a los trastornos que ya hemos señalado, los resultados de algunos

estudios hacen que se plantee la idea de que puede ser más acertado hablar de un síndrome de la mujer maltratada. En relación a este concepto de síndrome de la mujer maltratada existen estudios a favor y otros en contra y ha sido muy discutido (Douglas 1987; Schiller, y Vidmar, 1992), incluso ha sido utilizado como autodefensa en el caso de mujeres víctimas de violencia que han matado a su agresor (Thyfault, Browne, y Walker, 1987). Nosotros lo hemos tenido en cuenta debido la sintomatología que presenta y que consideramos que en cierto modo comparte con el estudio que hemos abordado.

Hay que tener en cuenta que este concepto no es nuevo, existe desde hace más de dos décadas aunque no se ha hablado mucho de él hasta los últimos años. Douglas (1987) define este síndrome como un conjunto de características específicas y los efectos del abuso sobre la mujer maltratada.

Las características a las que hacer referencia Douglas se dividen en tres categorías: los efectos traumáticos de la victimización, indefensión y respuestas autodestructivas para hacer frente a la violencia. Los efectos de la victimización compartirían sintomatología con el TEPT: indefensión aprendida, re-experimentación del trauma, recuerdos intrusivos, ansiedad generalizada, baja autoestima y aislamiento social. Además de respuestas emocionales que aparentemente son opuestas entre sí: capacidad reducida de respuesta ante estímulos y una hiperactividad generalizada, que pueden estar relacionadas con la acumulación de estrés debido a la situación de violencia. De una manera secundaria pueden también estar presentes otras respuestas como la idealización del agresor, la negación de peligro y la ausencia de respuestas de ira por parte de la víctima.

El estudio realizado posteriormente por Dutton y Painter (1993) confirma la hipótesis de que las mujeres maltratadas experimentan sintomatología del síndrome de

la mujer maltratada como es una sintomatología relacionada con el trauma, baja autoestima y aunque paradójico, una mayor unión con el agresor. La sintomatología relacionada con el trauma que presentaban las mujeres del estudio eran un mayor nivel de ansiedad, disociación, depresión y trastornos del sueño, la mayor parte de estos síntomas estaban asociados a la relación de maltrato, la gravedad e intermitencia del maltrato psicológico y la relación de dominio por parte del agresor, permaneciendo dichos síntomas incluso 6 meses después de abandonar la relación. Los datos sugieren que la intermitencia del maltrato es un determinante importante en el síndrome de la mujer maltratada y en la angustia por separación que experimentan estas mujeres

Una de las críticas que se hace al Síndrome de la Mujer maltratada (Schuller, y Vidmar, 1992) es que se ha centrado la teoría del ciclo de la violencia descrito por Walker (1984), que describe las conductas del agresor y señala que la violencia puede ser predecible y una importante fuente de estrés no siempre está presente. Schuller y Vidmar (1992) concluyeron que: “no todas las parejas pasan por el ciclo de la violencia ni tampoco existe un periodo de tiempo universal para el ciclo”. Por otra parte, los síntomas del síndrome no han sido demostrados empíricamente. Posteriormente el síndrome de la mujer maltratada se ha definido como TEPT (Walker, 1992).

Dutton (1996) hace una serie de críticas al concepto “Síndrome de mujer maltratada” que vamos a exponer a continuación:

No hay un perfil único de mujer maltratada: El efecto que tiene el maltrato en la víctima no es único por lo que no se puede hablar de un perfil. Las reacciones de las mujeres ante la violencia y los abusos son muy variadas, incluyen reacciones emocionales (temor, enojo, tristeza...), cambios en el sistema de creencias, actitudes hacia sí misma o hacia los demás, (sentimientos de culpa, desconfianza, creencias de que el mundo no es seguro) y la sintomatología psicológica asociada (depresión,

flashbacks, ansiedad, problemas de sueño, abuso de sustancias, etc.). Las respuestas a la situación de maltrato van a depender de una serie de variables que incluyen las características de la violencia, características de la víctima, contexto en el que se produce, además de factores culturales, educativos, raciales, sociales y redes sociales disponibles, entre otros.

El término síndrome de mujer maltratada es vago: No existen unos criterios claramente definidos para hablar de síndrome de la mujer maltratada. Si este término solo se aplica a aquellas mujeres que presentan unas determinadas respuestas como puede ser sintomatología de TEPT entonces su utilización es confusa y más si tenemos en cuenta que no está reconocido en el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994).

El trastorno de estrés postraumático, no es especialmente relevante para la comprensión legal o clínica relacionada con la violencia. El TEPT debido a la violencia doméstica puede explicar el miedo de la víctima a mantener determinadas conductas o a estar en determinadas situaciones. No existe una base científica para sugerir que el TEPT tiene una mayor importancia que otras reacciones psicológicas ante la violencia a nivel legal o clínico. Hay que tener en cuenta determinadas respuestas dan lugar a diagnósticos que no necesariamente son TEPT, entre los que hay que tener en cuenta el trastorno de estrés agudo, amnesia disociativa o depresión mayor entre otros, además de sintomatología que no constituyen un diagnóstico clínico, temor, enojo, reacciones disociativas, vergüenza o desconfianza entre otras y en algunos casos puede tener una mayor relevancia para su comprensión jurídica o clínica.

La información relevante se basa en la prueba pericial en las causas judiciales, la defensa y la intervención clínica en que la víctima maltratada va más allá de los efectos psicológicos del maltrato.

Este tipo de información incluye un análisis de la dinámica de la violencia, las respuestas de la víctima ante dicha violencia (resistencia, evitación, escape, etc.) cual ha sido el efecto a corto y largo plazo así como el contexto social y psicológico en el que se produjo el maltrato (factores culturales, raciales, económicos, educativos, red social, experiencias anteriores, respuesta de los profesionales, etc.), (Dutton, 1993; Gordon, y Dutton, 1996).

El término síndrome de mujer maltratada crea una imagen de patología: Una mujer, que sufre síndrome de mujer maltratada se interpreta como una mujer anormal. Es cierto que muchas mujeres víctimas de la violencia sufren los efectos negativos de la violencia, utilizar el término síndrome pone un mayor énfasis en una patología.

A pesar de estas críticas los resultados de los últimos estudios hacen que sea más acertada la idea de hablar de “síndrome de la mujer maltratada”, (Lorente, Lorente, Martínez, y Villanueva 1998), estos autores, plantean unos nuevos síndromes.

SÍNDROME DE AGRESIÓN A LA MUJER (SAM)

Para poder entender el significado de la agresión es necesario encuadrarla en el contexto en el que se produce. Toda conducta humana tiene dos componentes, uno *instrumental* y otro *afectivo o emocional*. El componente instrumental hace referencia a la motivación de la conducta que se lleva a cabo y está orientado a lograr unos objetivos más o menos determinados; el componente afectivo dota de carga emocional la realización de la conducta. Teniendo esto en cuenta, en el caso de la agresión a la mujer, en el componente instrumental no existe un objetivo concreto ni delimitado, la desproporción entre, la conducta en sí misma y el resultado de la misma, es muy grande,

en definitiva, el único objetivo es mantener una posición de poder del hombre sobre la mujer.

Entre los factores que facilitan la agresión a la mujer podemos señalar el rol que se ha atribuido a cada uno de los géneros, normas culturales, creencias, educación en general y en particular la educación sexual, que se ha dado a los niños en función del sexo, otros factores como los problemas en el trabajo, altas tasas de desempleo, consumo de alcohol y otras drogas, etc. también ayudan a instaurar este grave problema en el hogar, canalizando la agresividad del hombre hacia la mujer en forma de violencia y activando el mecanismo de control, tan característico de la violencia (Lorente *et al.*, 1998).

Por medio de las normas sociales se ejerce un *control informal*, que existe en todas las sociedades y es definido como: todas aquellas respuestas que suscitan determinados comportamientos que vulneran las normas sociales que no cumplen las expectativas de comportamiento asociadas a determinado género o rol (Larrauri, 1994). Pero también existe un *control formal* representado por el propio derecho penal, esta autora encuentra un tratamiento distinto de la mujer, en la propia norma o en las posibilidades de su aplicación.

Todas estas circunstancias han permitido definir el *Síndrome de Agresión a la Mujer (SAM)* como: Agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el género masculino y femenino, situándola en una posición de subordinación al hombre, y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona: maltrato en el medio familiar, agresión sexual en la vida, en la sociedad y acoso en el medio laboral (Lorente, 1998). Por tanto, el síndrome queda definido como, un hecho general, caracterizado por la realización de una serie de conductas agresivas hacia la mujer en las que en circunstancias especiales

se desarrolla la violencia, persigue unos determinados objetivos y está motivado por determinados factores comunes.

SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA (SIMUM)

El *síndrome de la mujer maltratada (SIMUM)* se refiere a las alteraciones psíquicas y sus consecuencias por la situación de maltrato continuado, no debe confundirse con el Síndrome de agresión a la mujer (SAM) ni con el Síndrome de Maltrato a la mujer (SIMAM) estos se centran en el conjunto de lesiones y de las características de las variables que lo configuran, respectivamente, el Síndrome de la Mujer Maltratada (SIMUM) es una consecuencia del maltrato que se ejerce contra la mujer. Las alteraciones psicológicas, unidas al aislamiento, que el agresor consigue que se instaure en la mujer, dejándola sin una red de apoyo social y el contexto socio-cultural que minimiza la agresión, justifica y trata de comprender más al agresor que a la víctima, esto explica lo difícil que puede ser para la mujer salir de la situación de violencia o como pueden presentarse reacciones agresivas de la mujer hacia el agresor.

SÍNDROME DE MALTRATO A LA MUJER. (SIMAM)

El *Síndrome de Maltrato a la Mujer (SIMAM)* se caracteriza por su relación estrecha con los condicionantes socio-culturales, no solo en su origen, también en sus manifestaciones, así como la reciprocidad de la agresividad. Todo esto, hace que la violencia sea especialmente intensa, que estén presentes lesiones de defensa y que el daño psicológico sea uno de los componentes más importantes.

Teniendo esto en cuenta, no podemos comparar el *Síndrome de Maltrato a la Mujer (SIMAM)*, a otros tipos de violencia, como el maltrato en la infancia, abusos, etc. puesto que, a pesar de compartir características comunes son más las diferencias que los separan, entre las que podemos mencionar las siguientes, la violencia a la mujer también se produce fuera del ámbito familiar, incluso antes de formarse el núcleo familiar, como es el caso de la violencia durante la etapa de noviazgo y por supuesto, una vez finalizada la relación familiar.

Todas estas características, hacen incidir en la independencia y autonomía del concepto respecto a otras citaciones de violencia en los que la mujer puede ser la víctima, como la violencia familiar, en la que el maltrato hacia la mujer puede presentarse como una manifestación más de la situación de violencia. También es importante no designarlo con términos que pueden inducir a error, como “violencia familiar” o “violencia doméstica”, al no ser solo la mujer la víctima de estas situaciones, la violencia se puede extender a todos o parte de los miembros de la familia, (hijos, padre, madre, abuelos,...) y puede ser ejercida por cualquier miembro del grupo familiar y siendo los objetivos mucho más específicos que en el caso del *Síndrome de Maltrato a la Mujer (SIMAM)*. Por tanto, el *Síndrome de Maltrato a la Mujer (SIMAM)* se define como: El conjunto de lesiones físicas y psíquicas resultantes de las agresiones repetidas llevadas a cabo por el hombre sobre su cónyuge, o mujer a la que estuviese o haya estado unido por análogas relaciones de afectividad (Lorente, 1998).

SÍNDROME DE ADAPTACIÓN PARADÓJICA A LA VIOLENCIA DE GÉNERO (SAPVD)

Algunas investigaciones han tratado de encontrar una explicación a los vínculos paradójicos que se producen entre la víctima y el agresor (Montero, 2001) teniendo en cuenta los aspectos afectivos o emocionales que están presentes en el contexto del entorno traumático y en otras ocasiones, esgrimiendo descripciones similares a las propuestas para el Síndrome de Estocolmo, como es un conjunto de mecanismos psicológicos que van a ser determinante en la formación de un vínculo afectivo de dependencia entre la víctima y el secuestrador, y especialmente, el asumir por parte de las víctimas las ideas, creencias o motivos que manejan los secuestradores para llevar a cabo la acción de privación de libertad (Strentz, 1980; Montero, 1999).

Por tanto, en numerosas ocasiones se puede observar en mujeres que se supone que tienen una independencia personal o económica además de la posibilidad de acceder a recursos para salir de la situación, continúan en relaciones íntimas de violencia. Estas mujeres que en otras áreas de la vida son capaces de desenvolverse con cierto éxito tanto social como profesional, se sienten incapaces de denunciar a sus agresores y abandonar la relación.

En numerosas ocasiones este tipo de mujeres, con un perfil social que se considera independiente y el grupo de mujeres más dependientes al núcleo familiar, comparte la reacción paradójica de desarrollar un vínculo afectivo va siendo más fuerte de forma gradual, llegando incluso a admitir las excusas utilizadas por el agresor para cada uno de los episodios de violencia y al mismo tiempo aceptando el arrepentimiento, lo que lleva a la retirada de denuncias o la paralización de procesos judiciales (Montero, 2001).

SÍNDROME DE ESTOCOLMO DOMÉSTICO (SIES-d)

Este síndrome puede describirse como: un vínculo interpersonal de protección, construido entre la víctima y su agresor, en el marco de un ambiente traumático de restricción estimular, a través de la inducción en la víctima de un modelo mental (red intersituacional de esquemas mentales y creencias).

El SIES-d estaría determinado por un patrón de cambios cognitivos, con una función adaptativa, resultado de un proceso reactivo producido en la víctima ante la situación traumática.

Este proceso consta de cuatro fases: desencadenante, reorientación, afrontamiento y adaptación.

En la fase desencadenante, las primeras agresiones rompen el espacio de seguridad que se había construido por la pareja sustentado en una relación afectiva, en este espacio la mujer habría depositado su confianza y sus expectativas. Dicha ruptura desencadena en la víctima un patrón general de desorientación, la pérdida de referentes, reacciones de estrés que tenderían cronificarse e, incluso, depresión.

En la segunda fase, la de reorientación, la mujer busca nuevos referentes de futuro al mismo tiempo que trata de reordenar los esquemas cognitivos en base al principio de la congruencia actitudinal, con la finalidad de evitar la disonancia que se produce entre su conducta de elección y compromiso con la pareja y la realidad traumática que está viviendo. La mujer se autoinculpa de la situación por lo que entra en un estado de indefensión y resistencia pasiva. En esta situación llega a una fase de afrontamiento, en la que asume el modelo mental de su pareja y busca posibles vías de protección a su integridad psicológica, al mismo tiempo que trata de manejar esta situación traumática.

Por último, en la fase de adaptación, se produce una proyección de parte de la culpa al exterior, hacia otras personas, y el Síndrome de Estocolmo Doméstico se consolida a través de un proceso de identificación en torno al modelo mental de su pareja de la explicación de las situaciones vividas y las causas que las han originado.

El SIES-d como un tipo de trastorno de adaptación, sería el responsable del efecto paradójico presente en muchas mujeres que sufren maltrato, y por lo cual estas mujeres defenderían a sus agresores, justificando que la conducta agresiva que presentan hacia ellas es fruto de una sociedad injusta y los propios agresores fueran víctimas del entorno que los hace ser violentos (Montero, 2001).

PERSONALIDAD BONSAI

El término “Personalidad Bonsai” es adoptado por Lorente (2001) para explicar una situación paradójica debido a que el agresor va cortando los lazos de la mujer con el mundo exterior. La mujer víctima de maltrato por lo tanto, queda recluida en su propio hogar, que es donde se producen las agresiones pero al mismo tiempo es donde recibe las pequeñas dosis de afecto que le proporciona su agresor durante la fase de afecto. Del mismo modo que a un Bonsai, el agresor va “podando” de una manera sistemática cualquiera de las iniciativas que tome la mujer encaminadas a facilitar su crecimiento personal, pero al mismo tiempo el agresor es el único que le aporta las pocas manifestaciones de afecto que recibe. Esta situación hace que la mujer se vaya sintiendo cada vez más pequeña y el agresor pueda manejarla a su voluntad.

CAPÍTULO III: NEUROPSICOLOGÍA Y MALTRATO

3 NEUROPSICOLOGÍA Y MALTRATO

3.1 INTRODUCCIÓN

El poder estudiar el maltrato que sufren las mujeres por parte de sus parejas, en cualquiera de sus manifestaciones y al mismo tiempo realizar una evaluación neuropsicológica con la Batería Luria DNA, como uno de los instrumentos más actuales para el examen neuropsicológico, que de forma sistemática explora una completa gama de funciones y habilidades que han sido agrupadas por áreas (viso-espacial, lenguaje, memoria, procesos intelectuales y atención) es un reto que abre nuevas líneas de investigación.

La evaluación neuropsicológica en mujeres víctimas de maltrato está todavía en los inicios, en la literatura apenas podemos señalar alguna investigación en esta línea. Uno de los trabajos que relaciona la evaluación neuropsicológica y el maltrato infantil en población institucionalizada llega a la conclusión que *“los niños maltratados, independientemente de la edad, cometían más errores que los niños no maltratados cuando se evaluaba memoria involuntaria audio verbal, memoria visual, memoria con interferencia, regulación y control, denominación de objetos, oído fonemático y analizador cinestésico y memoria táctil. Los tipos de errores fueron cambio de orden, sustitución fonológica, dificultades espaciales, intrusiones, contaminaciones, circunloquios y sustituciones semánticas. Siendo los niños de edades comprendidas entre los 5 y 6 años quienes cometieron más errores independientemente del tipo de maltrato y en comparación con los niños que no habían sufrido maltrato. Estos resultados reflejan que el maltrato infantil es una variable de gran impacto en el desarrollo de los factores neuropsicológicos y del trabajo concertado inter e intra hemisférico, reconociendo la participación del hemisferio derecho no solamente en la regulación de las necesidades, motivos y afectos, sino también como corresponsable en*

la actividad cognoscitiva del ser humano, encontrándose en la base de las dificultades del desarrollo cognoscitivo, comportamental y emocional que refiere la literatura especializada” (Cerezo, 2000, 2002).

Por lo tanto, continuar investigando las repercusiones que el maltrato puede provocar en el rendimiento neuropsicológico, es de gran importancia, no solo para el área clínica y rehabilitadora, para poder entender ciertos comportamientos y aplicar las técnicas terapéuticas más adecuadas para la rehabilitación de las secuelas neuropsicológicas, sino también en el área jurídica, al poder aportar pruebas que demuestren la existencia de situaciones de maltrato, tan difíciles de probar, como en el caso del maltrato psicológico, y facilitar, de esta forma, las labores de peritaje.

3.2 NEUROPSICOLOGÍA Y MALTRATO

Las mujeres que han sufrido violencia de género presentan una multitud de problemas físicos, emocionales, neurológicos y cognitivos (Campbell, y Lewandowski, 1997; Valera, y Berenbaum, 2003). Aún así, la mayor parte de la investigación se ha centrado en averiguar de qué manera esta situación está afectando a la salud física y mental en esta población (Coker, Smith, y Fadden, 2005; Dutton, 2009; Hathaway, Mucci, Silverman, Brooks, Mathews, y Pavlos, 2000; Kolbrun, Svavardottir, y Orlygsdottir, 2009; Pico-Alfonso, Echeburúa, y Martínez, 2008, Twamley, Allard, Thorp, Norman, Hami-Cissell, Hughes-Berardi, Grimes, y Stein; 2009). En cuanto a los hallazgos cognitivos, hemos de reconocer que existe un reducidísimo número de trabajos que hayan estudiado cómo el maltrato puede afectar al cerebro, aunque bien es verdad que las últimas investigaciones van en esta dirección.

La investigación sobre las secuelas cognitivas en mujeres víctimas de violencia de género considera que dicha afectación se puede producir por daño directo como consecuencia de golpes en la cabeza, también al daño indirecto a través de las

alteraciones cerebrales que producen las secuelas psicológicas, especialmente, el estrés postraumático y a través del efecto que produce en el cerebro, el cortisol que se produce en situaciones de estrés crónico (Hidalgo-Ruzzante, Gómez, Bueso-Izquierdo, Martín, y Pérez-García, 2012).

Los datos empíricos que avalan la primera de las causas, esto es, el maltrato físico, muestran que el 92% de las mujeres han sido golpeadas en la cabeza y cara durante la violencia ejercida por su pareja (Jackson, Philip, Nuttall, y Diller, 2002). Como cualquier otro traumatismo craneo-encefálico, estos golpes pueden afectar al sistema nervioso central (SNC) de distintas formas. Así, algunas investigaciones se centran en el daño cerebral vinculado a los traumatismos directos que reciben dichas mujeres en la cabeza (tanto en el punto del impacto del golpe como en la parte opuesta del cerebro) como por los intentos de estrangulamiento y/o secuelas de la posible anoxia o hipoxia cerebral durante dichos golpes, entre otros daños (Kwako, Glass, Campbell, Melvin, Barr, y Gill, 2011; Valera, y Berenbaum, 2003).

Con respecto a la segunda causa, recientes trabajos han demostrado que las secuelas psicológicas, especialmente el estrés postraumático, pueden producir alteraciones en el funcionamiento cerebral (Fonzo, Simmons, Thorp, Norman, Paulus, y Stein, 2010; Simmons, Paulus, Thorp, Matthews, Norman, y Stein, 2008), y su consecuente repercusión en áreas como la atención, la función ejecutiva y el procesamiento del dolor (Strigo, Simmons, Matthews, Grimes, Allard, Reinhardt, Paulus, y Stein, 2010).

Por último, se ha encontrado en mujeres víctimas de violencia de género altos niveles de cortisol en saliva, que muchas veces están unidos a la historia de victimización y la probable salud mental deteriorada tras el maltrato sufrido y mantenido en el tiempo, manifestando como consecuencia el estrés crónico sufrido

(Inslicht, Marmar, Neylan, Metzler, Hart, Otte, McCaslin, Larkin, Hyman y Baum, 2006; Johnson, Delahanty, y Pinna, 2008; Pico-Alfonso, García-Linares, Celda-Navarro, Herbert, y Martínez, 2004). La secreción de glucocorticoides, y concretamente el cortisol, afecta al rendimiento cognitivo de diversas maneras, y posiblemente, explique un síntoma al que se refieren frecuentemente las mujeres víctimas de violencia de género como son los problemas de memoria.

Todas estas formas de afectación del SNC pueden ocasionar alteraciones neuropsicológicas, como está documentado de manera extensa en otras afectaciones cerebrales. Sin embargo, apenas existen estudios acerca de las secuelas neuropsicológicas unidas al maltrato físico, y menos aún las vinculadas a las alteraciones emocionales como consecuencia de una situación de maltrato psicológico (Kay, 1992). Se ha intentado demostrar la compleja relación existente desde el número de lesiones cerebrales y tiempo transcurrido desde las mismas, la severidad del abuso de la pareja, el funcionamiento cognitivo y la psicopatología desarrollada en los casos en que se cometió abuso físico en exclusividad (Valera, y Berenbaum, 2003). Los estudios encontrados sobre la prevalencia de déficits neuropsicológicos presentan dificultades cognitivas graves que tienen una clara relación con el funcionamiento cotidiano actual de las mujeres, como trastornos de memoria, atención y concentración (Se distraen con facilidad, dificultades de concentración, de recuerdo de acontecimientos cotidianos, atención dividida y atención sostenida), habilidades visoconstructivas, velocidad de procesamiento motor, fluidez y función ejecutiva (toma de decisiones e inhibición de respuesta) concurrentes tras las situaciones de maltrato físico (Browne, 1993; Jackson, Philip, Nuttall, y Diller, 2002; Stein, Kennedy, y Twamley, 2002; Twamley, Allard, Thorp, Norman, Hami-Cissell, Huhes-Berardi, Grimes, y Stein, 2009; Valera, y Berenbaum, 2003).

Una adecuada evaluación neuropsicológica podría evaluar de manera objetiva las posibles alteraciones cognitivas, emocionales o conductuales producidas por el daño cerebral (Pérez, Puente, y Vilar-López, 2009). En la actualidad, las mujeres maltratadas no son evaluadas de manera rutinaria, para el diagnóstico de un posible deterioro cognitivo, y menos aún cuando no existen antecedentes de haber sido víctimas de maltrato físico, o dicho de otra forma, solamente han sido víctimas de maltrato psicológico. Por otra parte, los tratamientos que se realizan con estas mujeres no reflejan una intervención sobre este tipo de secuelas neuropsicológicas (Jackson, Philip, Nuttall, y Diller, 2002).

Por todo ello, se considera imprescindible trabajar sobre en desarrollo de protocolos de valoración neuropsicológica adecuados para las mujeres víctimas de violencia de género que sirvan para tal objeto en los procesos judiciales, y programas de evaluación y rehabilitación de estas secuelas cognitivas orientados a la autonomía y reincorporación social y laboral.

Parece plausible que en relación con las mujeres que han sufrido violencia de género, y por tanto, que pueden padecer multitud de problemas cognitivos como consecuencia de los golpes directos, así como del maltrato psicológico y el estrés crónico que este produce, se haga necesario realizar más investigaciones, dirigidas a explicar el daño cerebral traumático producido como consecuencia de la violencia ejercida por la pareja, que evalúe el funcionamiento cognitivo, y que desarrolle estrategias de evaluación y tratamiento de las potenciales secuelas del maltrato en esta población (Jackson, Philip, Nuttall, y Diller, 2002; Kwako, Glass, Campbell, Melvin, Barr, y Gill, 2011).

De la investigación que están realizando Hidalgo-Ruzzante, *et al.* (2012) ya se puede contar con algunos de los resultados que han obtenido respecto a la evaluación

del sesgo atencional en las palabras neutras con contenido de maltrato en mujeres víctimas de violencia física y psicológica. La evaluación de este sesgo atencional se midió con un Stroop Emocional (Baños, Quero, y Botella, 2005) el cual fue creado específicamente para dicha investigación. Dicha prueba mide la capacidad de procesar emociones a través de la respuesta a palabras con contenido emocional positivo y negativo, de relaciones de pareja, de maltrato y neutro, en varios colores. A mayor contenido emocional de la palabra, mayor es el tiempo que se tarda en responder.

Los resultados obtenidos en esta investigación ponen de manifiesto que existen diferencias significativas en el tiempo de procesamiento de las palabras con contenido de maltrato y en palabras con contenido negativo y se han encontrado diferencias aunque no llegan a ser significativas, en el procesamiento de palabras de maltrato con contenido de pareja.

Por lo tanto, puede concluirse que si se tiene en cuenta que un sujeto que manifieste una atención diferencial hacia los estímulos amenazantes, sus tiempos de reacción serán más lentos al nombrar el color de una palabra de un significado de amenaza, este hecho no ocurriría si no estuviese tan altamente sensibilizado con el contenido amenazante de la palabra. Las mujeres víctimas de violencia de género muestran un tiempo bajo de reacción ante palabras negativas y de maltrato. Este hecho puede deberse a la necesidad constante de estar alerta ante estos contenidos amenazantes, lo cual -en lugar de provocar mayor afectación en los tiempos de reacción- produce una sensibilización emocional y un procesamiento emocional más rápido (Hidalgo-Ruzzante, *et al.*, 2012).

El estudio realizado por Jackson; Philp, Nuttall; y Diller, (2002) sobre el efecto a nivel cognitivo de los golpes en la cabeza en las mujeres víctimas de violencia, encontraron una correlación significativa entre la frecuencia de los golpes y la gravedad

de los síntomas cognitivos, por lo cual un significativo número de mujeres maltratadas pueden sufrir secuelas debido a las lesiones en la cabeza. Walker (1991) ponía de manifiesto que las mujeres maltratadas con frecuencia presentaban “*signos neurológicos que parece ser, que han sido causados por reiteradas lesiones en la cabeza*”, aunque este campo no ha sido estudiado suficientemente. Es recomendable, que las mujeres realicen revisiones rutinarias con el objetivo de poder detectar si existe lesión cerebral traumática (LCT) y el síndrome de postconmoción (SPC) este último mediante pruebas neuropsicológicas.

La mayor parte de los estudios que evalúan funciones neuropsicológicas han dado como resultado la existencia de afectación en los pacientes que presentan trastorno de estrés postraumático, la mayoría de estos estudios provienen de muestras de pacientes graves que buscan tratamiento y han tenido relación con el abuso de sustancias. Apenas hay estudios realizados con sujetos expuestos al trauma y que no presentaran TEPT y aún son menos los que se han centrado en muestras de mujeres.

3.3 NEUROPSICOLOGÍA Y TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

El funcionamiento neurológico en el TEPT ha despertado un importante interés debido a las quejas de los pacientes con problemas de memoria, atención y concentración.

Estudios realizados sobre alteraciones de la memoria en el TEPT concluyen que existen lagunas en la memoria para los acontecimientos cotidianos (amnesia disociativa) (Bremner *et al.*, 1993b) déficits en memoria autobiográfica (McNally *et al.*, 1994), sesgo atencional para aspectos relacionados con el trauma (Beck *et al.*, 2001; Bryant, y Harvey, 1995; Cassidy *et al.*, 1992; Foa *et al.*, 1991; McNally *et al.*, 1990; 1993; McNeil *et al.*, 1999; Moradi *et al.*, 2000; Thrasher *et al.*, 1994) relación estrecha entre la

exposición a un trauma psicológico y el déficit de memoria (Buckley *et al.*, 2000; Elzinga, y Bremner, 2002) y problemas relacionados con el lóbulo frontal (Beckham, 1998). Estos estudios sugieren que los traumas como el maltrato en la infancia asociado a trastornos de estrés postraumático, presentan déficits en memoria declarativa verbal. No está claro si los déficits cognitivos en quienes sobreviven al maltrato en la infancia son específicos de trastorno de estrés postraumático y no están relacionados con efectos no específicos del maltrato.

Otras investigaciones, se han centrado en demostrar que las secuelas psicológicas, especialmente del estrés postraumático, pueden producir alteraciones en el funcionamiento cerebral (Fonzo, Simmons, Thorp, Norman, Paulus y Stein, 2010; Simmons, Paulus, Thorp, Matthews, Norman y Stein, 2008), y su consecuente repercusión en áreas como la atención, la función ejecutiva y el procesamiento del dolor (Strigo, Simmons, Matthews, Grimes, Allard, Reinhardt, Paulus y Stein, 2010).

Diversos estudios han podido constatar la existencia de una disminución del rendimiento en memoria verbal y aprendizaje en sujetos que presentaban TEPT al compararlos con el grupo control (Elzinga, y Bremner, 2002; Gil, Calev, Greenberg, Kugelmass, y Lerer, 1990; Golier, y Yehuda, 2002; Horner, y Hamner, 2002; Koenen *et al.*, 2001; Uddo, Vasterling, Brailey, y Sutker, 1993; Yehuda *et al.*, 1995). La diferencia existente entre los grupos con y sin TEPT en las áreas de memoria de trabajo y atención (Brandes *et al.*, 2002; Gilbertson, Gurvits, Lasko, Orr, y Pitman, 2001; Vasterling, Brailey, Constans, y Sutker, 1998; Vasterling *et al.*, 2002) y en velocidad de procesamiento (Brandes *et al.*, 2002) han sido constatados en otros estudios. También se ha podido comprobar en numerosos estudios una disminución del hipocampo (Bremner *et al.*, 1995, 1997; Gilbertson *et al.*, 2002; Gurvits *et al.*, 1996; Stein, Koverola, Hanna, Torchia, y McClarty, 1997; Villarreal *et al.*, 2002) así como una disminución de N-

acetil aspartato en el hipocampo (Freeman, Cardwell, Karson, y Komoroski, 1998; Schuff *et al.*, 1997, 2001), otras asociaciones que se han encontrado son la atrofia del hipocampo y una deficiente memoria verbal en el TEPT (Bremner *et al.*, 1995).

A pesar de que en los estudios realizado por Brandes *et al.* (2002), y Uddo *et al.* (1993) se ha detectado un deterioro en la memoria visual en personas diagnosticadas de TEPT, la mayor parte de los estudios, no han podido demostrar la existencia de déficit en la memoria verbal relacionados con el TEPT (Bremner *et al.*, 1995; Stein, Kennedy, y Twamley, 2002; Vasterling *et al.*, 1998, 2002; Zalewski, Thompson, y Gottesman, 1994). Los hallazgos de déficits neuropsicológicos detectados en el TEPT no son consistentes, y en este sentido, algunos estudios no han podido demostrar en muestras de sujetos con y sin TEPT diferencias en el rendimiento de la memoria (Crowell, Kieffer, Siders, y Vanderploeg, 2002; Neylan, 2004; Stein, Hanna, Vaerum, y Koverola, 1999; Stein *et al.*, 2002; Zalewski *et al.*, 1994) o en la atención (Golier *et al.*, 1997; Yehuda *et al.*, 1995). Las inconsistencias en los resultados pueden atribuirse, en parte, a las propias limitaciones de las muestras en la población diagnosticada de TEPT. Otros estudios neuropsicológicos se han realizados con muestras de veteranos de guerra que presentaban TEPT, y TEPT crónico y asociados otros trastornos psicopatológicos comórbidos, en particular, tasas altas de abuso de alcohol están presentes en el TEPT, por lo que puede atribuirse la existencia de déficit neuropsicológico al TEPT y generar cierta confusión. En este sentido, Keane y Kaloupek (1997) constataron que existía relación entre el abuso de alcohol y la tasa de dependencia entre el 24% y el 84% en sujetos con TEPT. Debido a que el alcoholismo por sí mismo, puede afectar al funcionamiento neuropsicológico presente en los pacientes con TEPT. Las investigaciones realizadas sobre los déficits neuropsicológicos en población alcohólica se inclinan hacia la existencia de déficits más graves en las funciones visuales y

espaciales que en las funciones verbales (Butters, Cermak, Montgomery, y Adinofli, 1977; Donat, 1986; Fabian, Parsons, y Sheldon, 1994; Leber, Jenkins, y Parsons, 1981; Ryan y Butters, 1980 Brandt, Butters, Ryan, y Bayog, 1983; Fama, Pfefferbaum, y Sullivan, 2004).

Por otra parte, el impacto de los trastornos psicopatológicos comórbidos, han sido analizados en un amplio estudio de neurocognición en los veteranos con y sin TEPT, Barrett, Green, Morris, Giles, y Croft (1996). Los veteranos de guerra con TEPT no presentaron puntuaciones más bajas en las mediciones del funcionamiento neuropsicológico en comparación con el grupo control. Por otra parte, los veteranos con TEPT con un diagnóstico asociado de depresión, ansiedad o abuso de sustancias obtuvieron menores resultados. Estos resultados sugieren que el diagnóstico de TEPT, por sí solo, no está altamente asociado con el deterioro neuropsicológico (Kristin, Samuelson, Metzler, Rothlind, Choucroun, Neylan, Lenoci, Henn-Haase, Weiner, y Marmar, 2006).

Por otra parte, los diagnósticos comórbidos de depresión presentan un reto adicional a la investigación de TEPT. La revisión realizada por Keane y Kaloupek (1997) aporta datos entre el 28% y el 84% de presencia de depresión en personas con TEPT. Los efectos que tiene la depresión sobre el funcionamiento neuropsicológico han sido documentados en la literatura científica (Snyder, y Nussbaum, 1998). La alta tasa de comorbilidad y solapamiento de síntomas entre los dos trastornos hace que sea muy difícil excluir a los sujetos con depresión a partir de los estudios de TEPT. Sin embargo, es importante tener en cuenta la presencia de depresión comórbida e incluir medidas de depresión como covariable en los estudios de TEPT. Por otra parte, las dificultades de atención que se ha demostrado estar presentes en el TEPT (Uddo *et al.*, 1993; Vasterling *et al.*, 1998, 2002) hacen que sea más difícil la interpretación de las puntuaciones más

bajas en las medidas de la memoria en este trastorno. Una posible explicación para las dificultades de memoria en el TEPT es que el rendimiento de la memoria explícita puede verse afectada por deficiencias de atención durante el proceso (Brewin, Kleiner, Vasterling, y Field, 2007). Siegel (1995) y otros autores ponen de manifiesto que interfieren en los recursos atencionales unos niveles más altos de reactividad en aquellos sujetos que presentan TEPT. Esto es debido a que las dificultades de atención y concentración son parte de la sintomatología del TEPT, dichos déficit atencionales se han observado en los veteranos de guerra con TEPT y posiblemente las diferencias observadas en la memoria en realidad sean un reflejo de una atención deficiente. Debido a que las dificultades de atención y concentración, como se ha señalado, son síntomas del TEPT, el deterioro de dicha atención impide el registro de información de manera suficiente, al mismo tiempo que dificulta la consolidación y recuperación de la memoria. Gilbertson *et al.*, (2001) pudieron comprobar que una vez controladas las diferencias atencionales, las tareas neuropsicológicas (funcionamiento ejecutivo, velocidad motor-perceptual y habilidades viso-espaciales) no estaban afectadas en el TEPT a excepción del funcionamiento de la memoria explícita que fue evaluada con la escala de Wechler (WSM-III Wechsler, 1997b).

Diversos aspectos de las funciones neuropsicológicas parece que están alterados en los pacientes con TEPT, la mayor parte de estos datos provienen de estudios realizados en muestras con enfermos graves que buscan tratamiento y con una importante comorbilidad en el consumo de sustancias. Pocos estudios han incluido sujetos que han estado expuestos a la situación traumática y no presentan TEPT y menos aún, centrado en las mujeres. En cuanto a las investigaciones relacionadas con nuestro estudio hay que señalar la realizada por Stein, Kennedy y Twamley (2002) que se ha centrado en analizar las funciones neuropsicológicas en mujeres víctimas de

violencia con y sin trastorno de estrés postraumático. En el estudio realizado sobre una muestra de 39 mujeres víctimas de violencia perpetrada por sus parejas, 22 mujeres no presentaban diagnóstico de TEPT y las 17 restantes sí, en cuanto al grupo control estaba compuesto por un total de 22 mujeres que no habían sido víctimas de maltrato. Las pruebas que se aplicaron aportaban información en las áreas de atención, apraxia constructiva, capacidad de lenguaje, aprendizaje, memoria y tareas ejecutivas. Los resultados que se obtuvieron de este estudio, es que tanto el grupo de mujeres víctimas de violencia como el grupo control, que no habían experimentado situaciones de violencia, no presentaban diferencias significativas en la mayor parte de las pruebas neuropsicológicas, exceptuando las pruebas de memoria de trabajo, apraxia constructiva y funcionamiento ejecutivo.

Las mujeres víctimas de violencia, independientemente de la gravedad del TEPT, obtuvieron peores resultados en tareas de velocidad, atención auditiva sostenida y memoria de trabajo (Paced Auditory Serial Addition Test) e inhibición de respuestas (Stroop). Por otra parte, aquellas mujeres que habían sido víctimas de maltrato, con independencia del TEPT, obtuvieron un peor rendimiento en juego de tareas alternantes (Trail Making Test, parte B), respecto a las mujeres que no habían sufrido violencia. Por otra parte, no ha sido posible encontrar una relación consistente entre el funcionamiento neuropsicológico y la gravedad de los abusos en la infancia o las experiencias de violencia doméstica. Sin embargo este patrón es consistente en mujeres traumatizadas y que presentan disfunción fronto-subcortical. Estos resultados tienen una gran importancia clínica y es necesario realizar un mayor número de estudios.

El estudio realizado por Bremner, Vermetten, Afzal, y Vythilingam (2004) planteaba como objetivo evaluar la función de la memoria declarativa en mujeres víctimas de abuso sexual infantil, y en mujeres que no fueron víctimas de abuso sexual

en la infancia, y su relación con el trastorno de estrés postraumático. Se ha señalado en diferentes estudios la existencia de deficiencias de memoria en la función declarativa verbal en el Trastorno de estrés postraumático (TEPT), no obstante, mayor parte de ellos se han realizado en hombres combatientes que presentaban TEPT en comparación con sujetos sanos, son escasos los conocimientos sobre la función de la memoria en mujeres con TEPT relacionado con el abuso y si estos efectos son específicos del TEPT o son un resultado de la exposición al abuso en la infancia.

El estudio estuvo formado por una muestra de 43 mujeres con y sin antecedentes de abuso sexual en la infancia y TEPT que se sometieron a pruebas neuropsicológicas con la subescala de memoria verbal y visual del Wechsler Memory Scale-Revised y la subescala del Wechsler Adult Intelligence Scale para medir el CI además de la escala de conducta del TEPT y otros síntomas psicopatológicos. Las mujeres que presentaban TEPT y habían sufrido abusos sexuales presentaron déficit en la memoria declarativa verbal medida con el subtest del Wechsler Memory Scale-Revised en comparación con aquellas mujeres que sufrieron abuso sexual y no habían desarrollado el TEPT y las mujeres que no fueron abusadas sexualmente y tampoco presentaban TEPT. No había diferencias significativas en el CI. Los déficits en la memoria declarativa verbal se correlacionaron con un aumento de los síntomas de TEPT y la gravedad de los abusos sufridos en la infancia. Estas diferencias continuaron estando presentes entre los sujetos con TEPT y el grupo control, una vez controladas variables como CI, años de educación o abuso de alcohol. Entre las posibles explicaciones a los resultados de este estudio, se podría señalar, que el estrés puede provocar alteraciones en el hipocampo, que desempeña un papel crítico en la memoria (Arbel *et al.*, 1994; Diamond *et al.*, 1996; Gould *et al.*, 1997, 1998; Luine *et al.*, 1994; McEwen *et al.*, 1992; Sapolsky, 1990, 1996). Las medidas de la memoria declarativa verbal evaluadas posiblemente

involucren un circuito neuronal que conecta el hipocampo a la corteza prefrontal y por lo tanto las alteraciones que se producen en estas medidas pueden incluir déficits prefrontales (Selemon, y Goldman Rakic, 1988). Por otra parte puede ser que los déficit inherentes a la función de la memoria representan un factor de riesgo para el TEPT (Gilbertson *et al.*, 2002). Como puntos débiles de esta investigación hay que señalar que los cuestionarios utilizados (WAIS y WMS) proporcionan una limitada evaluación de la memoria y el CI, las mujeres con TEPT tenían menos años de educación, así como, mayores niveles de abuso de alcohol que el grupo control.

3.4 NEUROPSICOLOGÍA Y DEPRESIÓN

La evaluación neuropsicológica aporta importantes contribuciones ya que hace posible una evaluación objetiva de la conducta en el contexto de la capacidad para la ejecución de tareas básicas. Cuando una batería de test neuropsicológicos se aplica de manera correcta nos permite comprender las aptitudes cognitivas y conductuales además de las debilidades que presenta. Proporciona al clínico y al investigador descripciones objetivas de las áreas cognitivas y conductuales que pueden ser un problema en el paciente. Los datos neuropsicológicos podríamos decir que son el acceso a los procesos mentales del paciente (Emilien, Penasse, y Waltregny, 2000).

Durante los episodios depresivos los pacientes muestran deterioro del proceso de información, parece ser que utilizan estrategias de codificación débiles o incompletas para organizar y transformar los eventos para ser recordados, por lo que hace que estos sucesos sean más difíciles de recordar al presentarse como menos conocidos o familiares. Es evidente que el grado de depresión correlaciona de manera inversa con la cantidad de información que puede ser aprendida y recordada. Los déficits cognitivos se mitigan a medida que el estado de ánimo deprimido disminuye. Los procesos cognitivos que se han visto alterados en el estado de ánimo tienen que ver con las áreas de

atención, percepción, velocidad de respuesta cognitiva y resolución de problemas, además de la memoria y el aprendizaje. En los pacientes con depresión la memoria episódica es un indicador muy sensible de la disfunción cerebral. (Weingartner, y Silberman, 1982). Los pacientes con depresión presentan deterioro de las funciones de memoria, están alteradas tanto la memoria de reconocimiento como la memoria de evocación (Austin, Ross, y Murray, 1992).

La investigación (Emilien *et al.*, 2000) se plantea como objetivo descubrir la implicación e importancia de la neuropsicología clínica en la evaluación de la gravedad del deterioro cognitivo en la depresión, además de la utilidad que puede tener en el seguimiento del paciente, al poder evaluar las respuestas favorables y la mejoría tras el tratamiento. Es importante considerar la posibilidad de incluir la neuropsicología clínico en el proceso de diagnóstico diferencial de la depresión y la ansiedad. La muestra de pacientes de este estudio (4 mujeres y 2 hombres de edad comprendida entre los 16 y 54 años) con trastornos depresivos se sometió a una exploración clínica neuropsicológica. La evaluación de la memoria evaluada con el test de figuras complejas de Rey-Osterrieth en función de las puntuaciones obtenidas se clasificaron en dos grupos: sin deterioro de memoria o con deterioro leve (deterioro <20%), deterioro moderado (disminución del 20-40%) o alteración severa (deterioro >60%). La medición de la memoria también se realizó con otros cuestionarios (Escala de memoria de Wechsler y Test de aprendizaje de diseño visual de Rey). Los sujetos con afectación de deterioro severo de la memoria mostraron afectación grave en todas las pruebas de memoria. La gravedad del trastorno cognitivo estaba relacionado con los trastornos neuropsicopatológicos de los pacientes, mostrados mediante la evaluación de la personalidad (MMPI, IDA y los cuestionarios de Eysenck) o mediante detalles personales evaluados durante la entrevista. Esta investigación es de importancia e

utilidad para una evaluación neuropsicológica completa de los pacientes deprimidos y poder considerar la posibilidad de utilizarla para abordar la evaluación del tratamiento farmacológico.

Otra línea de investigación es la relacionada con los diferentes mecanismos de afrontamiento y como se ven afectados en el caso de la situación de violencia.

Es interesante, el estudio realizado sobre los mecanismos de afrontamiento cognitivo, en la interacción de la violencia de la pareja y la depresión (Calvete, Corral, y Estévez, 2007) en una muestra de 298 mujeres maltratadas. Los resultados de este estudio indicaron que los esquemas cognitivos desadaptativos se asocian con un menor proceso de afrontamiento y en contraposición, una mayor desconexión. En particular, los esquemas cognitivos que presentan una mayor desconexión son aquellos que están relacionados con el maltrato psicológico y un menor porcentaje de afrontamiento. Por otra parte, los problemas de afrontamiento están relacionados con los esquemas cognitivos y los síntomas depresivos. Sin embargo es discutido el papel que desempeñan los esquemas cognitivos, como las limitaciones personales que afectan a la elección de afrontamiento y sus implicaciones en las intervenciones con las víctimas.

Este estudio examinó los esquemas cognitivos y las respuestas de afrontamiento, como mecanismos para explicar la presencia de síntomas depresivos en las víctimas de maltrato. Las autoras de este estudio propusieron un modelo doblemente mediacional, por una parte, la violencia estaba relacionada con el afrontamiento a través de esquemas desadaptativos y estos esquemas fueron asociados con síntomas depresivos a través del afrontamiento. Los resultados apoyaron este modelo para el maltrato físico y psicológico, pero no para una agresión, e indicaron que el maltrato psicológico se relaciona tanto con la desconexión-rechazo y esquemas de autonomía deteriorados, pero sólo se asociaron con el afrontamiento los esquemas de desconexión-rechazo. Estos

resultados son consistentes con la creciente bibliografía que demuestra la importancia de la necesidad de pertenencia, particularmente entre las mujeres (Calvete y Cardeñoso, 2005; Nolen-Hoeksema, y Girgus, 1994), y sugieren que el maltrato psicológico puede, por lo tanto, ser más perjudicial que el maltrato físico, ya que parece estar actuando directamente contra esta necesidad. Incluir en el modelo el maltrato físico y psicológico permite evaluar de qué manera repercute cada tipo de maltrato, e indica que el maltrato psicológico podría estar mediado por esquemas cognitivos y de afrontamiento, mientras que la agresión física y la angustia están directamente relacionadas, aunque en menor grado. Por otra parte, estos resultados son consistentes con la literatura que pone su énfasis en la importancia del maltrato psicológico, en contraste con la agresión física, para el desarrollo de la depresión (Arias, y Pape, 1999; Marshall, 1996; Street, y Arias, 2001). El principal hallazgo de este estudio fue que los esquemas desadaptativos se asociaron de forma negativa con el porcentaje del control primario y secundario para hacer frente y de manera positiva con el porcentaje de retirada de afrontamiento. Este resultado apoya el papel de los esquemas desadaptativos como limitaciones personales que afectan a la elección de hacer frente, lo que es consistente con los modelos de estrés y afrontamiento (Holahan *et al.*, 1995; Lazarus, y Folkman, 1984).

3.5 NEUROPSICOLOGÍA Y ANSIEDAD

Los trastornos de ansiedad junto con los del estado de ánimo son unas de las enfermedades más frecuentes en la sociedad actual. Los trastornos de ansiedad tienen una prevalencia entre el 2% y 5% de la población (APA, 1994). Tan sólo en Estados Unidos se estima que 1 de cada 5 personas sufrirán a lo largo de su vida uno o incluso varios de estos trastornos (Kessler *et al.*, 1994).

Los resultados del proyecto Estudio Europeo de la Epidemiología de los Trastornos Mentales (European Study of the Epidemiology of Mental Disorders,

ESEMeD), señalan que el 13,6% de la población de seis países europeos (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda y España) ha padecido algún trastorno de ansiedad a lo largo de su vida (prevalencia-vida) y el 6,4% en el último año del estudio (prevalencia-año) (Alonso *et al.*, 2004).

Durante la última década se han publicado numerosos estudios relacionados con el funcionamiento neuropsicológico en los trastornos de ansiedad, aunque la mayoría centrados en el TOC (Airaksinen, Larsson, y Forsell, 2004). La investigación del funcionamiento cognitivo en el TOC ha puesto de manifiesto que existen deficiencias en la memoria episódica, en la información no verbal (Dirson *et al.*, 1995; Savage *et al.*, 1996, 1999) y verbal (Savage *et al.*, 2000; Zitterl *et al.*, 2001). Por otra parte, los déficits de rendimiento se han obtenido en las tareas de funcionamiento ejecutivo (Martinot *et al.*, 1990; Purcell *et al.*, 1998a, b; Veale *et al.*, 1996; Head *et al.*, 1989) algunos estudios han obtenido resultados de un funcionamiento ejecutivo normal en los sujetos afectados por el TOC (Boone *et al.*, 1991; Christensen *et al.*, 1992; Zielinski *et al.*, 1991).

Son escasos los estudios del funcionamiento neuropsicológico, en otros trastornos de ansiedad según el DSM-IV y los resultados que se han obtenido muestran un patrón mixto en los resultados.

Respecto a la memoria episódica, (Lucas *et al.*, 1991), las personas con Trastorno de Pánico presentaban deficiencias en el rendimiento de la información visual como verbal. Otras investigaciones reflejan una significativa disfunción ejecutiva en el trastorno de pánico (Cohen *et al.*, 1996). En contraposición con estos resultados, otros investigadores no encontraron evidencia empírica de disfunción en la memoria episódica en el trastorno de pánico, en cuanto a estímulos verbales y visuales (Gladsjo *et al.*, 1998).

Los resultados del estudio de Purcell *et al.* (1998a, b), comparando los grupos de pacientes con TOC, trastorno de pánico y depresión mayor con el grupo control indicaron que solamente los pacientes con TOC presentaron alteraciones en la función ejecutiva, atención y memoria episódica, mientras que no ocurría en el trastorno de pánico y la depresión mayor ni en el grupo control. Es probable que estos resultados inconsistentes se deban a diferencias metodológicas en los estudios respecto a la selección de la muestra, estado del paciente, material utilizado en la prueba de memoria y la evaluación del rendimiento de la memoria.

La investigación realizada con relación al funcionamiento neuropsicológico en los trastornos de ansiedad está basada en muestras clínicas y mayoritariamente en el Trastorno obsesivo-compulsivo, siendo muy reducido el conocimiento de las funciones cognitivas en otros trastornos de ansiedad. En el caso de las mujeres víctimas de violencia apenas hay referencias. El estudio realizado por Airaksinen, *et al.* (2004) se planteaba como objetivo examinar si las personas que habían sido diagnosticadas de un trastorno de ansiedad presentaban alteraciones neuropsicológicas en comparación con un grupo control de personas sanas, en tareas de memoria episódica, fluidez verbal, velocidad psicomotora y funciones ejecutivas. La muestra estaba formada por sujetos que presentaban trastorno de pánico con y sin agorafobia, o agorafobia (n=33), fobia social (n=32), trastorno de ansiedad generalizada (n=7), trastorno obsesivo-compulsivo (n=16) y fobia específica (n=24), el grupo control con el que se compararon (n=175). En general el grupo que presentaba trastorno de ansiedad presentaban un deterioro significativo en memoria episódica y funcionamiento ejecutivo. Cuando se analizaron los grupos por separado, el trastorno de pánico con y sin agorafobia y el TOC estaban relacionados con déficits tanto en memoria episódica como en funcionamiento ejecutivo. Por otra parte, la fobia social se asoció con disfunción en la memoria

episódica. No estando afectadas por la ansiedad la fluidez verbal y la velocidad psicomotora. Por último, tanto la fobia específica como el trastorno de ansiedad generalizada no presentaban afectación en el funcionamiento neuropsicológico.

3.6 NEUROPSICOLOGÍA Y SÍNDROME DE LA MUJER MALTRATADA

En relación al concepto de síndrome de mujeres maltratadas existen diversos estudios al respecto, de los cuales unos están a su favor y otros en contra, ha sido discutido de forma muy amplia (Douglas, 1987; Schiller, y Vidmar, 1992) además de ser utilizado como criterio de autodefensa en el caso de mujeres víctimas de maltrato que han matado a sus agresores (Thyfault, Browne, y Walker, 1987) Nosotros lo hemos tenido en cuenta debido la sintomatología que presenta y que consideramos que en cierto modo comparte con el estudio que hemos abordado. Hay que tener en cuenta los diferentes puntos de vista, los cuales vamos a reflejar en base a diversos estudios.

El concepto de síndrome de mujer maltratada existe desde hace más de veinte años aunque no se ha hablado mucho de ello hasta los últimos años, en este sentido Douglas (1987) define este síndrome como “un conjunto de características específicas y los efectos del abuso sobre la mujer maltratada”. Estas características se dividen en tres categorías: los efectos traumáticos de la victimización, indefensión y respuestas autodestructivas para hacer frente a la violencia.

Douglas argumentó que los efectos de la victimización comparten sintomatología con el trastorno de estrés postraumático: indefensión aprendida, reexperimentación del trauma, recuerdos intrusivos, ansiedad generalizada, baja autoestima y aislamiento social. Por otra parte, son comunes las respuestas emocionales aparentemente opuestas entre sí: la capacidad reducida de respuesta para el mundo y la hiperactivación generalizada, respuestas que parecen estar relacionadas con la acumulación del estrés debido a las situaciones de violencia. Por otra parte, Douglas describe como

consecuencia de la violencia, además de lo ya señalado, otras respuestas que pueden estar presentes aunque de manera secundaria: idealización del agresor, la negación de peligro y la ausencia de ira por parte de la propia víctima.

Walker (1979), describió en un principio tres etapas del ciclo del maltrato, la acumulación de tensión, el maltrato y la constrictión, que era previsible a la víctima. Las secuelas que estaban presentes debido a la violencia reiterada eran respuestas de estrés, baja autoestima e indefensión aprendida, las cuales afectaron en la motivación para dejar esa relación abusiva.

Estas respuestas también son comunes en la literatura del trauma (Van der Kolk, 1987) los cuales se entienden para hacer frente a la respuesta que se produce bajo extrema presión. La idealización del agresor está relacionada con la fuerza de la unión continua con él a pesar de que la relación ha terminado (Dutton, y Painter, 1981).

Dutton y Painter mantienen que la idealización del maltratador está relacionada con los aspectos estructurales de la relación abusiva: el diferencial de poder y la intermitencia del abuso, esto se ha encontrado en una amplia variedad de estudios tanto en humanos como en animales (Fischer, 1995; Harlow, y Harlow, 1971; Rajecki, Cordero, y Obsmacher, 1987; Scott, 1963).

Schuller y Vidmar (1992) plantean una crítica al síndrome de la mujer maltratada planteando dos cuestiones, en primer lugar, sostienen que el “ciclo de la violencia”, planteado por Walker (1984) como una descripción del estrés no siempre está presente, datos aportados por Walker ponen de manifiesto que sólo el 65% de los casos estaba presente la fase de tensión y en el 58 % la fase de constrictión.

El estudio realizado por Dutton (1993) confirma, por una parte la hipótesis de que las mujeres maltratadas experimentan tres aspectos del síndrome de mujeres

maltratadas: un número elevado de síntomas de trauma, baja autoestima y paradójicamente una mayor unión con el agresor.

Los síntomas del trauma que sufren las mujeres que han formado parte del estudio son los siguientes: mayor nivel de ansiedad, disociación, depresión y trastornos del sueño. La mayor parte de estos síntomas se atribuyen a la variable relación, es decir, la gravedad e intermitencia del maltrato psicológico, la dominación y el maltrato en la relación que acaba de terminar, estos síntomas estaban presentes incluso después de transcurridos 6 meses de la finalización de dicha relación.

Una de las críticas del síndrome de la mujer maltratada (Schuller, y Vidmar, 1992) se ha centrado en el “ciclo de la violencia” descrito por Walker (1979, 1984) en el que el maltratador pasa por tres fases: acumulación de tensión, explosión violenta y arrepentimiento o luna de miel. Los datos sugieren que la intermitencia del maltrato es un importante determinante de la angustia por separación y el síndrome de la mujer maltratada.

En este sentido un “ciclo de violencia” describe que la violencia puede ser predecible y el término de “intermitencia” se limita a indicar que el comportamiento extremo positivo y otro extremo negativo se producen de forma contigua en el tiempo, no tiene que ser cíclico y predecible. En este estudio en la muestra de mujeres se encontró el comportamiento de su pareja predecible, la previsibilidad y la intermitencia no se correlacionaron de forma significativa.

En este estudio no se ha abordado la indefensión aprendida (Walker, 1979) un déficit de motivación adquirida pensado para socavar los intentos de dejar al agresor. Sin embargo para las variables estudiadas, la autoestima, el apego y los síntomas del trauma demuestran una similitud en la forma de “comportarse” en respuesta a las características del abuso previo, la intermitencia y las diferencias de poder. Estas

características junto con el extremo abuso físico y emocional deberían formar parte de la evaluación de la dinámica de las palizas (Dutton, 1993).

Desde el campo legal también se han realizado investigaciones relacionadas con este síndrome, (Dutton, 1996) la revisión de este concepto arroja unas críticas al mismo. El concepto ha evolucionado desde sus inicios a finales de los 70. Inicialmente, fue concebido como “indefensión aprendida”, una condición para explicar la incapacidad de la víctima para protegerse contra la repetida violencia del agresor, pero no los esfuerzos para hacerlo (Walker, 1977).

Otra formulación temprana de síndrome de la mujer maltratada es el que se refiere al ciclo de la violencia (Walker, 1984), una teoría que describe la dinámica del comportamiento del agresor. El ciclo de la teoría de la violencia puede ser utilizada para explicar el modo en que las víctimas maltratadas se comportan de nuevo en la relación cuando el maltratador es atento después de la violencia. Estudios más recientes, definen el síndrome de la mujer maltratada como trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Walker, 1992) una condición psicológica que resulta de la exposición a un trauma severo. Entre otras cosas, el TEPT puede explicar por qué una víctima maltratada puede reaccionar, ya sea por medio de recuerdos y otras experiencias intrusivas como resultado de la victimización previa, una situación como peligrosa, incluso cuando no lo es.

En este estudio se han realizado una serie de críticas que vamos a exponer a continuación:

1.- No hay un perfil único de mujer maltratada.

A pesar de que el síndrome de la mujer maltratada sugiere que el impacto psicológico del maltrato se define por un conjunto de síntomas, no hay un único perfil de los efectos del maltrato.

Las reacciones de las mujeres maltratadas a la violencia y los abusos varían, e incluyen desde reacciones emocionales (temor, enojo, tristeza...), cambios en las creencias y actitudes acerca de si misma, otros y el mundo (por ejemplo, sentimientos de culpa, desconfianza, creencia generalizada de que el mundo no es seguro), y los síntomas de los trastornos psicológicos o disfunciones (por ejemplo, depresión, flashbacks, ansiedad, problemas de sueño, abuso de sustancias). Una mujer maltratada puede experimentar ciertas reacciones que pueden o no cumplir los criterios para garantizar un diagnóstico clínico. Las variaciones en la respuesta traumática de la mujer al maltrato se basan en una serie de características, la violencia y el abuso, la víctima maltratada, y el contexto o entorno en el que se produce el maltrato y en el que la mujer debe salir y reponerse del mismo, entre otros factores hay que tener en cuenta los relativos a la cultura, raza, clase social y apoyo social.

2.- El término “síndrome de mujer maltratada” es vago.

No existe un criterio que esté definido de forma clara para definir el “síndrome de la mujer maltratada” Si esta etiqueta solo se aplica a mujeres con determinados tipos de reacciones (trastorno de estrés postraumático, por ejemplo) su utilización, es confusa si tenemos en cuenta que el síndrome de mujeres maltratadas, no está reconocido por el DSM-IV (A P A, 1994).

3.- El trastorno de estrés postraumático, en comparación con otras reacciones psicológicas a los golpes no es especialmente relevante para la comprensión legal u otros temas relacionados con la violencia.

El trastorno de estrés postraumático puede resultar de la exposición a la violencia doméstica y puede ser relevante para explicar el miedo de la víctima u otras conductas en una determinada situación: Sin embargo no existe ninguna base para sugerir que el TEPT tiene una importancia exclusiva o aún mayor ya sea para temas legales o clínicos, que otras reacciones psicológicas a los golpes. Es importante destacar que la ausencia de trastornos de estrés postraumático no es señal de la falta de otras reacciones de estrés postraumático ni tampoco negar la razonabilidad del miedo de una mujer maltratada. Para reacciones que dan lugar a otros diagnósticos (trastorno de estrés agudo, amnesia disociativa, trastorno depresivo mayor, entre otros) así como aquellos que no constituyen el diagnóstico clínico (por ejemplo, temor, enojo, reacciones disociativas transitorias, vergüenza, desconfianza) en determinados casos puede ser más relevantes para la comprensión de determinadas cuestiones jurídicas o clínicas.

4.-La información relevante se basa en la prueba pericial en las causas judiciales, la defensa y la intervención clínica en que la víctima maltratada va más allá de los efectos psicológicos del maltrato.

Este tipo de información incluye un análisis de la dinámica de la violencia y el abuso, las respuestas estratégicas a la víctima maltratada a la violencia (es decir, lo que hizo en el intento de resistir, evitar, escapar o detener la violencia), el resultado a corto y largo plazo de estos efectos, y el contexto social y psicológico en el que el maltrato se produjo (por ejemplo, factores culturales y étnicos, los factores económicos, la red

social, la víctima maltratada, experiencias traumáticas anteriores, la respuesta de los profesionales de la policía y otras instituciones) (Dutton, 1993; Gordon, y Dutton, 1996)

5.- El término “síndrome de mujer maltratada” crea una imagen de patología.

La utilización del término síndrome de mujer maltratada crea una imagen estereotipada de patología. Una mujer que sufre síndrome de mujer maltratada se interpreta como una mujer anormal. Es cierto que muchas mujeres víctimas de la violencia sufren los efectos negativos de la violencia, utilizar el término síndrome pone un mayor énfasis en una patología.

Lorente (1998) habla del denominado Síndrome de Agresión a la Mujer (SAM), en el que las lesiones derivadas de la situación de maltrato pueden ser físicas y/o psicológicas. Estas últimas van a estar siempre presentes, al tratarse de un tipo de violencia que cursa de forma crónica, tanto en los momentos próximos a la agresión física, como posteriormente, siendo el puente de unión entre cada una de las agresiones (Lorente-Acosta, y Lorente-Acosta, 1998).

En esta línea de investigación se ha definido este síndrome como “Agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el género masculino y femenino, situándola en una posición de subordinación al hombre, y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona. Maltrato en el medio familiar, agresión sexual en la vida en sociedad y acoso en el medio laboral” (Lorente-Acosta, 1998).

Esta definición la plantea en base al contexto en que se produce la agresión. Hay que señalar que toda conducta humana, presenta dos componentes fundamentales, el instrumental y el efectivo. El componente instrumental hace referencia a la motivación

de la conducta que se realiza y va dirigido a la consecución de unos objetivos, y el componente afectivo presenta una carga emocional a la realización de dicha conducta. En el caso de la mujer maltratada en el componente instrumental no existe un objetivo concreto ni delimitado, existiendo una desproporción entre la conducta y el resultado respecto a los motivos que la desencadenan o los objetivos que pretende conseguir, que no es otro que mantener la posición de superioridad del hombre y la subordinación de la mujer.

El agresor y la víctima se encuentran en lo que se ha definido por Lorente como contexto individual, ya que está estrechamente relacionado con las circunstancias de la pareja, tanto en lo que se refiere a la personalidad de cada uno de ellos, como al ambiente en el que se relaciona. Otros factores que influyen son el género, las normas culturales, las creencias sociales, especialmente relacionadas con la educación en general y la educación sexual en particular y la relación de estos hechos con la ingesta de bebidas alcohólicas, el desempleo o los problemas laborales. Todo esto genera un ambiente propicio para originar y canalizar la agresividad del hombre hacia la mujer en forma de violencia y al mismo tiempo actúa como mecanismo de control.

Se ejerce un control informal definido por Larrauri (1994) como “todas aquellas respuestas de que suscitan determinados comportamientos que vulneran las normas sociales que no cumplen las expectativas de comportamiento asociadas a un determinado género o rol”. Para esta autora también existe un control formal representado por el propio derecho penal, al encontrar que existe un tratamiento distinto de la mujer, en la propia norma o en las posibilidades de su aplicación.

Esto ha permitido definir el Síndrome de Agresión a la Mujer (SAM) (Lorente, 1998) como “Agresiones sufridas por la mujer como consecuencia de los condicionantes socioculturales que actúan sobre el género masculino y femenino,

situándola en una posición de subordinación al hombre, y manifestadas en los tres ámbitos básicos de relación de la persona: maltrato en el medio familiar, agresión sexual en la vida en sociedad y acoso en el medio laboral”.

Por otra parte el síndrome de maltrato a la mujer (SIMAN) viene caracterizado por su estrecha relación con los condicionantes socio-culturales, tanto en su origen, como en su manifestación y consideración, así como la reciprocidad de la agresividad.

Se considera el Síndrome de maltrato a la Mujer (SIMAN) (Lorente, 1998) como “El conjunto de lesiones físicas y psíquicas resultantes de las agresiones repetidas llevadas a cabo por el hombre sobre su conyugue, o mujer a la que estuviese o haya estado unido por análogas relaciones de afectividad”.

3.7 NEUROPSICOLOGÍA Y DAÑO CEREBRAL

Las mujeres víctimas de maltrato además de las secuelas físicas y psicológicas también se ha podido demostrar que presentan importantes problemas neurológicos y cognitivos (Campbell, y Lewandowski, 1997; Díaz-Olavarrieta, Campbell, García, Paz, y Villa, 1999; Consejo de Asuntos Científicos, 1992; Koss, *et al.*, 1994.; Warshaw, 2001). Se ha podido demostrar que en este grupo de mujeres las tasas de depresión, ansiedad, y trastorno de estrés postraumático son altas, (Harway, y Hansen, 1994; Koss *et al.*, 1994; McGrath, Keita, Strickland, y Russo, 1990; Vitanza, Vogel, y Marshall, 1995) y existe afectación cognitiva, entre otras, las dificultades para recordar, concentrarse y mantener la atención (Dutton, 1992; Harway, y Hansen, 1994; Walker, 1994). Muchos de estos problemas son el resultado o están relacionados con el maltrato que estas mujeres han sufrido (Dutton, 1992; Goodman, Koss, y Russo, 1993; Harway, y Hansen, 1994). Varias investigaciones procedentes del campo de la violencia han

sugerido que las lesiones cerebrales debidas al maltrato pueden estar contribuyendo a los problemas que sufren las mujeres maltratadas (Dutton, 1992; McGrath *et al.*, 1990; Walker, 1994). Sin embargo, no se ha investigado la posible asociación entre las lesiones cerebrales, las funciones neuropsicológicas y las psicopatologías que presentan las mujeres maltratadas. Las mujeres víctimas de violencia con frecuencia sufren lesiones cerebrales (Alexander, 1995) como consecuencia de golpes en la cabeza (Campbell, y Lewandowski, 1997), violentas sacudidas o como consecuencia de anoxias o hipoxias provocadas por estrangulamiento (Hawley, McClane, y Strack, 2001; Smith, Mills, y Taliaferro, 2001). Estas conductas pueden causar contusiones, moratones en el cerebro, en la zona del impacto o en la parte opuesta al punto del impacto, además de poder provocar desgarros en las fibras neuronales que conectan las diferentes partes del cerebro, como consecuencia de situaciones en las que se produce una rápida aceleración y deceleración de fuerzas. Estos tipos de lesiones pueden producirse sin que haya pérdida de consciencia (Gennarelli, Adams, y Graham, 1981; Leininger, Gramling, Farrell, Kreutzer, y Peck, 1990). Aunque lo más probable es que el maltrato continuado produzca traumatismos leves y no lesiones cerebrales moderadas o graves (Valera, y Berenbaum, 2003). Se tiene constancia de que los síntomas provocados por lesiones cerebrales son los mismos con independencia de la causa que los originó, en este sentido, las mujeres víctimas de violencia, también manifiestan problemas de concentración y memoria, trastornos del sueño, dolores de cabeza, depresión y ansiedad (Alexander, 1995; Bohnen, y Jolles, 1992; Cicerone, y Kalmar, 1995; Harway, y Hansen, 1994; Kay, Newman, Cavallo, Ezrachi, y Resnick, 1992; Koss *et al.*, 1994; McGrath *et al.*, 1990; Rimel, Giordani, Barth, Boll, y Jane, 1981). La hipótesis que se plantea es que las lesiones cerebrales son la causa de la presencia de dificultades tanto cognitivas como emocionales y para esto existen varias razones que lo

pueden avalar, por una parte, quienes han sufrido lesiones cerebrales, con independencia del nivel de gravedad de las mismas, obtienen peores resultados en las pruebas de rendimiento neuropsicológico (Bohnen, Jolles, Twijnstra, Mellink, y Wijnen, 1995; Dikmen, McLean, Temkin, y Wyler, 1986; Levin *et al.*, 1987) y por otra parte, dichas lesiones cerebrales, con frecuencia producen cambios emocionales, los cuales también afectan en el funcionamiento neuropsicológico. Se ha demostrado que las lesiones producidas en lóbulo frontal o en sus conexiones se asocian con la depresión (Mayberg, 2001). Por otra parte, otra de las importantes razones, es que las mujeres víctimas de maltrato presentan quejas emocionales y cognitivas similares a quienes han sufrido lesiones cerebrales.

El estudio realizado por Valera y Berenbaum (2003) con una muestra de mujeres maltratadas que residían en casas de acogida en comparación con el grupo de mujeres que no residían en casa de acogida, en caso de que presentaran lesiones cerebrales como consecuencia de la violencia ejercida por sus parejas, si dicho tipo de lesiones cerebrales se relacionaba con la gravedad del maltrato, deterioro cognitivo o psicopatología. Por otra parte, se quería comprobar si la relación entre lesiones cerebrales, deterioro cognitivo y psicopatología, son al menos en parte, independientes de otros factores como la gravedad del maltrato. Los resultados de la investigación señalan que las lesiones cerebrales estaban presentes en los dos grupos de mujeres, a pesar de que los golpes y lesiones en la cabeza eran más frecuentes en el grupo de mujeres en casas de acogida, sin embargo la presencia de lesiones cerebrales leves eran casi idénticas en los dos grupos. Estos resultados hay que tomarlos cierta prudencia, no puede ser generalizado a toda la población de mujeres maltratadas pues el tamaño de muestra es pequeño pero lo que sí se puede afirmar es que las lesiones cerebrales no son exclusivas de las mujeres que están en casas de acogida. Se ha podido comprobar que las lesiones

cerebrales se asocian con una disminución de habilidades cognitivas, lo que podría explicar los problemas de memoria atención y concentración que presentan muchas mujeres maltratadas, siendo este tipo de trastornos también consistentes con lo que se ha descrito de los efectos neuropsicológicos de las lesiones cerebrales debidas a la anoxia o hipoxia provocada por estrangulamiento (Dikmen, McLean, y Temkin, 1986; Kay *et al.*, 1992; Rimel *et al.*, 1981; Rourke, y Adams, 1996).

Por otra parte, también se ha puesto de manifiesto que las lesiones cerebrales se han asociado con otras patologías como malestar general, trastornos del sueño, anhedonia, depresión, ansiedad y TEPT en los cuales se detecta un agravamiento de los síntomas. Dichos resultados son los mismos que se han encontrado en los numerosos estudios que correlacionan mayores índices de depresión y TEPT después de haber sufrido lesiones cerebrales (Bryant, y Harvey, 1998; Busch, y Alpern, 1998).

La mayor parte de los modelos de funcionamiento cognitivo en mujeres maltratadas sugieren que el trauma psicológico que se produce como consecuencia de experimentar una situación de maltrato es lo que causa los problemas de funcionamiento a nivel cognitivo (Cascardi, y O'Leary, 1992; Houskamp, y Foy, 1991). Los resultados de este estudio, apoya este modelo, mostrando que la gravedad del maltrato ejercido por la pareja, está asociado a dificultades de memoria y aprendizaje, debido al deterioro de determinadas capacidades cognitivas, al mismo tiempo que afecta a otros problemas psicopatológicos. Cuando se intenta separar los posibles efectos de las lesiones cerebrales de la gravedad del maltrato, los resultados que se obtienen, es que existe una relación compleja entre el número y el alcance de las lesiones cerebrales, así como la gravedad del maltrato, con el funcionamiento cognitivo y los trastornos psicopatológicos. Esta línea de investigación, debería ampliarse en futuras investigaciones que hagan posible esclarecer dichas relaciones.

CAPÍTULO IV: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

4 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La violencia hacia la mujer es un grave problema y que presenta una difícil solución, múltiples variables influyen en la instauración y mantenimiento del problema. Estas variables dependen de la sociedad, el entorno, el maltratador y la víctima, aunque la mayoría de las veces, estas causas permanecen ocultas debido a varias razones entre las que se pueden señalar el miedo que produce esta situación y los lazos afectivos que unen a la víctima con el maltratador. Por otra parte, las consecuencias físicas y psicológicas que conlleva la situación de violencia que se produce de manera intermitente a lo largo de los años, hacen que se produzca en la víctima una situación de indefensión aprendida que dificultan en mayor medida salir de dicha situación.

Las investigaciones realizadas hasta el momento, para poder entender el problema, se han centrado en las secuelas físicas y psicológicas, que produce el maltrato en las víctimas a lo largo de los años. Nosotros, hemos querido dar un paso más e investigar, los efectos neuropsicológicos que la violencia produce en las mujeres sometidas a esta situación. Para ello, partimos de la idea de que el patrón de rendimiento neuropsicológico de las mujeres víctimas de maltrato será inferior al de las mujeres que no han sufrido dicho maltrato. Por lo tanto, se pretende poder conectar dos áreas que hasta ahora han discurrido de forma separada como son la neuropsicología y la violencia de género.

4.1 OBJETIVOS

Partiendo de la inexistencia de estudios realizados de la violencia de género y los efectos a nivel neuropsicológicos que pueden manifestarse hemos diseñado el estudio planteando los siguientes objetivos:

OBJETIVO GENERAL

Analizar las secuelas que desde una perspectiva neuropsicológica presentan las mujeres víctimas de maltrato. Lo que repercute en un rendimiento cognitivo inferior con respecto a las mujeres no maltratadas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo 1: Evaluar desde una perspectiva neuropsicológica, si las mujeres maltratadas registran un menor rendimiento neuropsicológico con respecto a las mujeres no maltratadas.

Objetivo 2: Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en el rendimiento neuropsicológico de las mujeres maltratadas en función del tiempo que han estado expuestas a la situación de violencia.

Objetivo 3: Analizar si existen diferencias estadísticamente significativas en el rendimiento neuropsicológico de las mujeres maltratadas que disponen de una red social cuando han abandonado la relación de violencia.

HIPÓTESIS GENERAL

Las mujeres víctimas de maltrato presentan deterioro neuropsicológico como consecuencia del maltrato continuado.

HIPÓTESIS ESPECÍFICAS

Hipótesis 1: Las mujeres víctimas de maltrato obtienen puntuaciones inferiores en la ejecución de la batería Luria DNA en comparación con las mujeres que no han sufrido maltrato.

Hipótesis 2: El rendimiento neuropsicológico en la ejecución de la batería Luria DNA es inferior cuando la duración del maltrato es más prolongada.

Hipótesis3: Las mujeres víctimas de maltrato que disponen de una red social cuando salen de la situación de maltrato obtienen puntuaciones superiores en la ejecución de la batería Luria DNA.

Hipótesis 4: El tipo de red social de las mujeres víctimas de maltrato cuando salen de la situación de maltrato influye en los resultados de la batería Luria DNA.

CAPÍTULO V: METODOLOGÍA

5 METODOLOGÍA

5.1 DISEÑO

En esta investigación nos planteamos, aportar nuevos datos con el objetivo de solventar algunas de las lagunas que existen desde el área de la neuropsicología en relación con las mujeres que han sido y siguen siendo víctimas de un maltrato prolongado en el tiempo, con independencia del tipo que se produzca (maltrato físico, psicológico, o la combinación de alguno o de todos ellos).

Pretendemos, averiguar en qué medida dichas mujeres presentan un patrón de rendimientos neuropsicológicos diferentes al patrón que presentan las mujeres que no han sufrido maltrato.

La investigación que realizamos tiene carácter *descriptivo* debido a que se pretende poder describir como la muestra se comporta en las diferentes áreas neuropsicológicas de la batería Luria-DNA. Por otra parte tiene un carácter empírico al no existir ningún tipo de manipulación en las variables independientes, debido a que los acontecimientos ya se han producido, por lo que nosotros nos limitamos a observar el comportamiento de las mismas y realizar las posibles inferencias sobre las relaciones entre ellas, no existiendo ningún tipo de intervención o influencia directa por parte del investigador.

El diseño es *transversal* ya que recogemos los datos de la muestra en un solo momento, no en diferentes momentos a lo largo del tiempo, debido a que nuestro objetivo es obtener los datos para poder analizar su repercusión en ese momento. La muestra está formada por dos grupos independiente, por un lado, el grupo de mujeres víctimas de violencia y por otro, el grupo de mujeres que no han sufrido violencia.

El estudio es comparativo porque se establece una comparación entre las dos muestras para poder determinar si existen diferencias entre ellas y en qué medida.

5.2 PARTICIPANTES

La selección de la muestra se ha realizado mediante un método de muestreo de tipo *no probabilístico voluntario*, combinado con un *muestreo intencionado* las muestras como su propio nombre indica, se componen de individuos que acuden voluntariamente al estudio pero al mismo tiempo, se escogen con una clara intención, que no es otra que obtener la máxima información posible.

En estas circunstancias, es muy fácil que la muestra sea sesgada, debido a que los participantes voluntarios presentan unas características muy distintas, a los sujetos no voluntarios.

No hay que perder de vista las limitaciones de los muestreos no probabilísticos, ante la imposibilidad de realizar un muestreo de tipo aleatorio, se utilizan aquellos elementos de la población que resultan más accesibles, o que cumplen mejor con ciertas propiedades características de la población objeto de estudio. A pesar de ser un procedimiento de selección informal y un tanto arbitrario, podríamos pensar que los resultados estadísticos tendrían un valor limitado y relativo a la muestra en sí, pero no extrapolable a la población. Esto no implica que no sea posible conseguir muestras estadísticamente representativas de la población, lo que sucede es que no disponemos de información acerca del grado de representatividad.

La obtención de la muestra de mujeres maltratadas ha sido posible gracias a la colaboración de diversos organismos tanto públicos como privados, entidades que trabajan con este grupo de mujeres (Casas de Acogida de Mujeres víctimas de maltrato,

Centros de Acción Social (CEAS), Centros hospitalarios, Policía Local, Policía Nacional, Guardia Civil, Universidad, etc.). Para poder reclutar la muestra, se contactó, por parte del equipo de investigación, con las diferentes instituciones a quienes se les presentó la investigación por medio de una entrevista y se les facilitó la información correspondiente mediante la emisión de folletos y tarjetas informativas, que facilitarían dicho contacto. La muestra se ha recogido en su mayor parte en Salamanca, debido a la mayor accesibilidad y una mejor gestión de los recursos materiales y humanos, aunque también se han incluido, a aquellas mujeres procedentes otras provincias de la Comunidad de Castilla y León y del resto del territorio nacional. La muestra está formada mayoritariamente por mujeres españolas aunque también se han incluido mujeres de otras nacionalidades, siempre teniendo en cuenta que comprendieran de manera adecuada el idioma.

La recogida de la muestra de las mujeres no maltratadas se ha realizado gracias a la colaboración voluntaria de aquellas mujeres que conocieron la investigación por medio de la difusión en los medios de comunicación, prensa, radio, televisión local, universidad, etc. Como en el caso de las mujeres maltratadas mayoritariamente la muestra está formada por mujeres españolas aunque se siguieron los mismos criterios de inclusión de mujeres de otros países de procedencia, tratando de asemejar este grupo control lo más posible al grupo de mujeres maltratadas en variables sociodemográficas.

La **recogida de datos** se ha realizado de manera anónima y siempre por parte del equipo de investigación con formación en psicología y así se le hizo saber a las mujeres que participaron en la investigación. Las participantes firmaban un consentimiento informado en el que autorizaban que se pudieran utilizar sus datos en la investigación y por nuestra parte se garantizaba la protección de datos.

5.2.1 Tamaño de la muestra

Teniendo en cuenta el enfoque propuesto por Neyman y Pearson, el tamaño mínimo de muestra necesaria para un estudio científico que tenga asociado el uso de una metodología estadística, depende de tres factores: a) nivel de confianza α que se establece a priori y habitualmente es ,05; b) la potencia deseada que preferiblemente superior al 85% aunque es preferible que esté por encima del 90% y nunca por debajo del 80% y c) el valor del tamaño del efecto mínimo que se considera imprescindible para que se produzca la mejora pretendida. Una muestra tiende a distribuirse normalmente cuando cuenta con 100 o más elementos, aspecto que es necesario cuando se realizan inferencias de tipo estadístico, en nuestro caso el tamaño de muestra, ha sido inferior aunque se cumple en este caso el supuesto de *normalidad*, es decir que la variable dependiente, maltrato, se distribuye normalmente en la población.

La muestra está formada por un total de 136 mujeres, en un rango de edad de 16 a 65 años. La muestra de mujeres víctimas de maltrato está compuesta por 68 mujeres, extraída de una población de más de un centenar de mujeres de las cuales hemos excluido las que no cumplían los criterios experimentales establecidos para formar parte de la investigación. Todas ellas tenían en común haber sufrido maltrato en cualquiera de sus manifestaciones. La muestra de mujeres no maltratadas está formada por 68 mujeres, siendo motivo de exclusión las que no cumplían los criterios establecidos.

5.2.2 Criterios de inclusión

Los criterios de inclusión de la muestra fueron establecidos previamente por el equipo de investigación y teniendo en cuenta las características de la población a estudiar y los criterios de los instrumentos a aplicar en dicho estudio.

Estos criterios son los que se detallan a continuación:

- ✚ Tener en el momento de la exploración una edad comprendida entre los 16 y los 65 años, criterio que era necesario para poder aplicar la batería luria DNA.
- ✚ Presentar un coeficiente intelectual comprendido entre 90 y 100, lo que corresponde a una puntuación media.
- ✚ No presentar adicciones a cualquier tipo de drogas que pudieran interferir en los resultados de la ejecución de las pruebas.
- ✚ Ser o haber sido víctima de violencia de género en cualquiera de sus manifestaciones en el momento de ser evaluadas.
- ✚ La violencia podía ser ejercida por cualquier persona que tuviera una relación de tipo afectiva con la víctima (pareja, padre, hermano, hijo, etc.).
- ✚ Estar en el proceso de toma de decisión de abandonar la situación de maltrato o haberla abandonado.
- ✚ No presentar diagnóstico de patología específica relacionada con el maltrato, depresión, ansiedad, TEPT, etc. aunque sí podían presentar cierta sintomatología comórbida con estas patologías.

Las participantes de la muestra de mujeres no maltratadas tenían que cumplir como requisitos mínimos los tres primeros del grupo experimental y no haber sufrido la violencia.

5.2.3 Instrumentos

Batería Luria DNA (Diagnóstico neuropsicológico de adultos).

En este apartado haremos una breve reseña de la batería Luria DNA que ya se ha detallado en el capítulo II.

La batería Luria DNA a la que ya nos hemos referido en diferentes momentos es un instrumento de evaluación y diagnóstico neuropsicológico para adultos basado en el modelo creado por Luria. Es un instrumento de utilidad para la evaluación neuropsicológica en la etapa adulta, abarcando todas las etapas evolutivas, ya que puede aplicarse a sujetos comprendidos entre los 16 y los 65 años. La batería contiene 81 ítems, comprendidos en 4 áreas y distribuidas en 8 subtest.

La batería Luria-DNA cumple los criterios de minuciosidad y tiempo necesarios en todas las baterías neuropsicológicas, según Kolb y Whishaw (1986) y se define como comprehensiva y al mismo tiempo, selectiva (Manga y Ramos 2000).

Es comprehensiva porque engloba las cinco áreas del funcionamiento cognitivo que son consideradas dominantes en la exploración de un posible deterioro desde la perspectiva de la práctica clínica y selectiva porque permite explorar los procesos psicológicos superiores, en un corto periodo de tiempo (aproximadamente en unos 40 minutos de aplicación de la prueba, cuando se realiza por profesionales entrenados). Los procesos superiores se han seleccionado comenzando por el área viso-espacial y se ha mantenido la misma designación mediante letras y números para el material de tarjetas requerido.

Dicha batería es calificada como sensible, (Manga y Ramos, 2000) dado que los patrones neuropsicológicos de ejecución que se conocen como perfil neuropsicológico,

deben permitir la comparación del rendimiento de un individuo con el que un grupo normativo, o el rendimiento de dos grupos entre sí. Del mismo modo dentro de un mismo perfil neuropsicológico se podrán comparar los resultados obtenidos en el área verbal con los obtenidos en el área viso-espacial, también podrán compararse las habilidades verbales receptoras con las expresivas, las de un tipo de memoria con otro tipo de memoria, o los diferentes tipos de procesos intelectuales entre sí (Manga y Ramos, 2000).

La batería Luria DNA forma parte de las baterías de corte cualitativo y psicométrico (Osmon, 1989), siendo por lo tanto, cuantitativa-cualitativa. Según Lezak (1986) los neuropsicólogos que tienen una mayor experiencia, en su práctica diaria, se apoyan tanto en los métodos clínicos como psicométricos, al utilizar test estandarizados garantizan la objetividad necesaria para comparar las respuestas de un paciente con un sujeto normal de la misma edad y mismo nivel de educación, o con las puntuaciones del mismo paciente obtenidas con anterioridad, en una medición test-retest. Los datos psicométricos que aportan pueden ser utilizados en las investigaciones (Manga y Ramos, 2000).

La batería Luria DNA explora las siguientes áreas:

Área Viso-espacial: Encargada de explorar las funciones visuales superiores.

Consta de dos subtest:

Subtest 1: Percepción visual. La percepción es explorada a través de la representación pictórica de objetos. Requiriéndose para ella una capacidad compleja que están asociadas con zonas occípito-parietales del córtex.

Subtest 2: Orientación espacial. Explora la capacidad para manejar coordenadas espaciales esenciales. Localizándose el substrato cortical principal de esta actividad constructiva en zonas inferoparietales y parieto-occipitales del córtex.

Área de lenguaje: Se explora la comunicación verbal en las dos categorías recepción y producción. Está compuesta por dos subtest:

Subtest 3: Habla receptiva. Explora el reconocimiento de palabras aisladas, señalando el sujeto en tarjetas o sobre sí mismo. Están implicados los sistemas parieto-occipitales del hemisferio izquierdo, además de la zona de comprensión del habla, o área de Wernicke.

Subtest 4: Habla expresiva. Se explora la producción del habla mediante la repetición de palabras, secuencias de palabras y frases a la vez que se puede explorar el daño en diversas zonas corticales del hemisferio izquierdo.

Área de Memoria. Los procesos mnésicos son uno de los campos más importantes de exploración neuropsicológica. Los dos subtest que lo componen evalúan dos tipos diferentes de memoria.

Subtest 5: Memoria inmediata. Se evalúa un tipo de memoria vinculado al proceso de percepción e incluye la consolidación de impresiones del sujeto.

Subtest 6: Memorización lógica. Evalúa un tipo de memoria vinculado a procesos intelectuales complejos. Se asocia con disfunciones de los lóbulos frontales el déficit en la utilización de medios auxiliares activos al servicio de los procesos mnésicos e intelectuales.

Área de procesos intelectuales. Se explora la actividad constructiva. Incluye dos subtest.

Subtest 7: Dibujos temáticos y textos. Explora la comprensión de mensajes transmitidos de forma pictórica y verbal.

Subtest 8 Actividad conceptual y discursiva. Explora la formación de los conceptos y la capacidad de los sujetos a pasar del nivel de operaciones concretas al

nivel de categorías (nivel de abstracción), además de la actividad intelectual discursiva y de solución de problemas.

Prueba de atención. Las funciones de la atención juegan un papel importante en el funcionamiento cognitivo, debido a que puede presentarse un déficit por alerta insuficiente a la estimulación del ambiente, debido a fluctuaciones de la atención selectiva o debido a dificultades en mantener la atención focalizada durante un tiempo prolongado. Los cinco ítems de los que está compuesta la prueba mide la capacidad de atención selectiva y sostenida del sujeto.

Durante la realización de la prueba, las observaciones y anotaciones permiten obtener información sobre las respuestas incorrectas que pueden equipararse a respuestas de perseveración o a otras circunstancias. Por estas razones, las características cualitativas de la realización de las pruebas, han de tenerse en cuenta como índices útiles para valorar de forma adecuada la efectividad intelectual y cognitiva del paciente. Es importante que quien aplica la prueba esté entrenado tanto para obtener puntuaciones en test tipificados como para observar como el sujeto realiza las pruebas (Filskov y Leli, 1981).

Durante la aplicación de las pruebas de la batería se anotan las observaciones sobre su realización, en cada uno de los ocho subtest, además de señalar el número y tipo de “vacilaciones” que se producen en las respuestas dadas durante la realización de la prueba. Las vacilaciones forman parte de la dimensión cualitativa de la evaluación neuropsicológica y enriquece la exploración al cuantificarlas, diferenciarlas y asignarlas.

Cuestionario semi-estructurado de Evaluación de Maltrato

Cuestionario elaborado para esta investigación con un doble objetivo, por una parte, recabar información de recoger datos que nos aportaran información de la población

motivo de estudio con el fin de evaluar las características socio-demográficas, circunstancias del maltrato, entorno familiar y la respuesta que éste tiene ante la situación de violencia; y por otra, crear una relación con la persona entrevistada. La duración de esta entrevista tiene una duración aproximada de 20-30 minutos.

5.2.4 Procedimiento

En un primer momento, se aplicó el “*Cuestionario semi-estructurado de Evaluación de Maltrato*” (Pérez, Torres, Velasco, & Conde, 2005) con el fin de evaluar las características socio-demográficas, circunstancias del maltrato, entorno familiar y la respuesta que éste tiene ante la situación de violencia; con un doble objetivo, por una parte, recabar información y por otra, crear una relación con la persona entrevistada, la duración de esta entrevista tenía una duración aproximada de 20-30 minutos. Posteriormente, se procedió a aplicar de forma sistematizada la Batería Luria-DNA: Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos (Manga y Ramos 2000) a todas las mujeres participantes en el estudio, de forma voluntaria e individualizada, con una duración aproximada de 30-45 minutos la sesión. En el caso de las mujeres maltratadas se realizaba en dos momentos distintos las entrevistas, con la finalidad de que no influyera en el rendimiento factores como cansancio, estado emocional que evocaba la entrevista inicial, etc.

5.2.5 Descripción de variables

El maltrato está influido por una diversidad de variables que provocan como ya hemos señalado diversas secuelas al mismo tiempo esto hace más difícil salir de dicha situación al producir una mayor vulnerabilidad en las víctimas.

Entre las variables que influyen podemos señalar las socio-demográficas edad, tipo y duración del maltrato, nivel educativo, ocupación, red social, así como variables biológicas presencia de enfermedad física o mental, coeficiente intelectual, entre otras.

El objetivo de esta investigación es poder determinar si existe afectación neuropsicológica debido a la situación de maltrato por lo cual, se han incluido mujeres de diferentes grupos de edad y duración del maltrato, teniendo en cuenta los criterios de evaluación de la batería neuropsicológica.

Se han analizado variables que podrían alterar los resultados de la investigación como puede ser el nivel educativo, ocupación, presencia de medicación con la finalidad de poder determinar posibles influencias en los resultados de las participantes.

Las variables que presentan un interés directo, motivo del estudio son aquellas asociadas a los procesos neuropsicológicos determinadas por las diferentes áreas que evalúa la batería Luria DNA: área viso-espacial, lenguaje, memoria, procesos intelectuales y atención.

Por último, señalar que se controlaron otras variables para evitar posibles interferencias en los resultados:

Administración de las pruebas: Se garantizó que fueran las mismas condiciones de la administración de la prueba para todos los participantes, controlando el espacio de la entrevista, evitando ruidos, interrupciones etc.

Evaluadores: Esta variable se controló instruyendo previamente a los evaluadores, todos ellos expertos en la batería y con conocimientos en el área de la psicología. Las instrucciones de la aplicación de los cuestionarios se explicaron de manera clara por los evaluadores, siguiendo todos ellos el mismo protocolo.

Selección de la muestra: Se definieron unos criterios claros de inclusión en el estudio.

Procedimientos estadísticos: Se aplicaron las técnicas estadísticas adecuadas al estudio teniendo en cuenta las variables a analizar.

5.2.6 Análisis estadístico

Las técnicas estadísticas utilizadas para realizar los análisis estadísticos son los que se detallan a continuación: análisis exploratorio y descriptiva comparada de variables cuantitativas con el test de bondad de ajuste (Kolmogorov-Smirnov) al modelo de normalidad de Gauss así como, diagrama de cajas para detectar posibles valores atípicos (*outliers*); del grupo experimental y el grupo control con el objetivo de comprobar que no difieren tanto en variables demográficas como biológicas y poder realizar el perfil del grupo de mujeres víctimas de maltrato, modelo de distribución de probabilidad y pruebas no paramétricas; prueba Chi cuadrado para contrastar las variables nominales, prueba de significación de diferencia de medias: T de student para muestras independientes; y su alternativa no paramétrica Mann-Whitney y Wilcoxon. Análisis de varianza: Anova.

Los datos objeto de estudio se analizaron utilizando el software estadístico *Statistical Package for the Social Sciences IBM SPSS Statistics 19* y a partir del cual se obtuvieron los resultados:

Distribución de frecuencias de las variables demográficas de la muestra.

Estadísticos descriptivos que han permitido determinar las características de la muestra.

Técnica de bondad de ajuste a la normalidad Kolmogorov-Smirnov que establece que la variable dependiente se distribuye normalmente en la población.

Técnicas inferenciales, alternativas paramétricas y no paramétricas para la verificación de las hipótesis.

CAPÍTULO VI: RESULTADOS

6 RESULTADOS

A continuación vamos a describir los resultados obtenidos en la investigación, teniendo en cuenta los objetivos e hipótesis que se plantearon.

Se ha realizado un análisis tanto exploratorio como descriptivo de las variables que componen la muestra para poder demostrar que el grupo control y el grupo experimental no difieren significativamente en lo que se refiere a las variables sociodemográficas. Se ha tenido especial atención a la presencia o no, de valores extremos así como al ajuste al modelo de la curva normal de Gauss, comprobando que la muestra se distribuye normalmente.

En los resultados generales de estos análisis no se ha detectado la existencia de valores atípicos en las variables relacionadas con el maltrato y la batería Luria DNA. Respecto a la bondad de ajuste con el modelo normal de Gauss, se ha cumplido el ajuste, no presentando diferencias estadísticamente significativas con $p > ,05$ en la mayor parte de las variables. En aquellas variables que existía un cierto desajuste, la desviación estaba comprendida entre los valores $p < ,05$ y $p > ,01$, siendo por lo tanto despreciable. Por esto, se priorizan las pruebas estadísticas paramétricas para los análisis de significación de las diferencias. De todos modos, se realizó la prueba alternativa no paramétrica y se obtuvieron los mismos resultados.

En primer lugar vamos a describir las muestras teniendo en cuenta los datos obtenidos del análisis descriptivo.

6.1 Distribución de frecuencias y análisis descriptivos de la muestra

El tamaño de muestra, como podemos ver en la Figura 6.1.1, es igual en los dos grupos de estudio, 68 mujeres maltratadas y 68 mujeres no maltratadas, lo que corresponde a un total de 136 participantes.

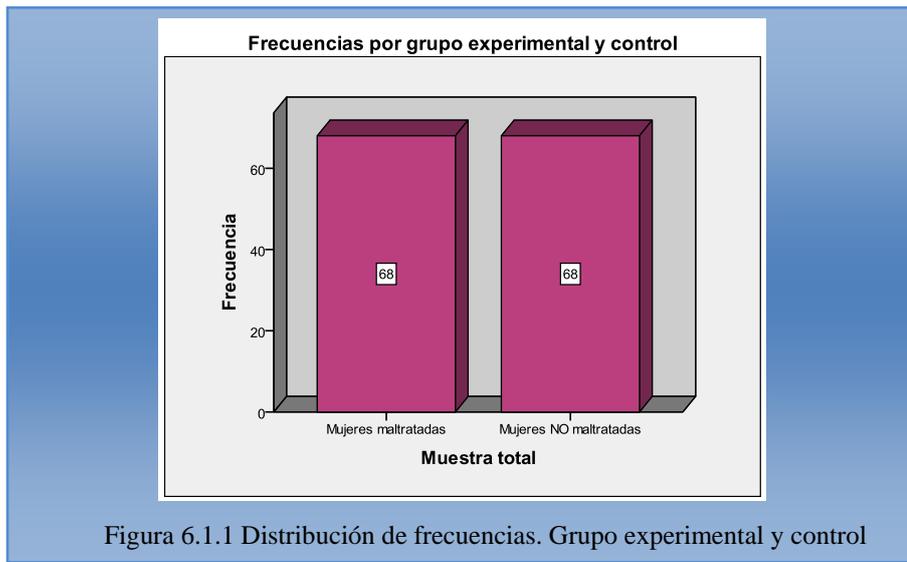


Figura 6.1.1 Distribución de frecuencias. Grupo experimental y control

Los grupos, respecto a la variable *nacionalidad*, son equivalentes, están equilibrados en la muestra, no existiendo diferencias significativas entre sí como se puede ver en la Figura 6.1.2.

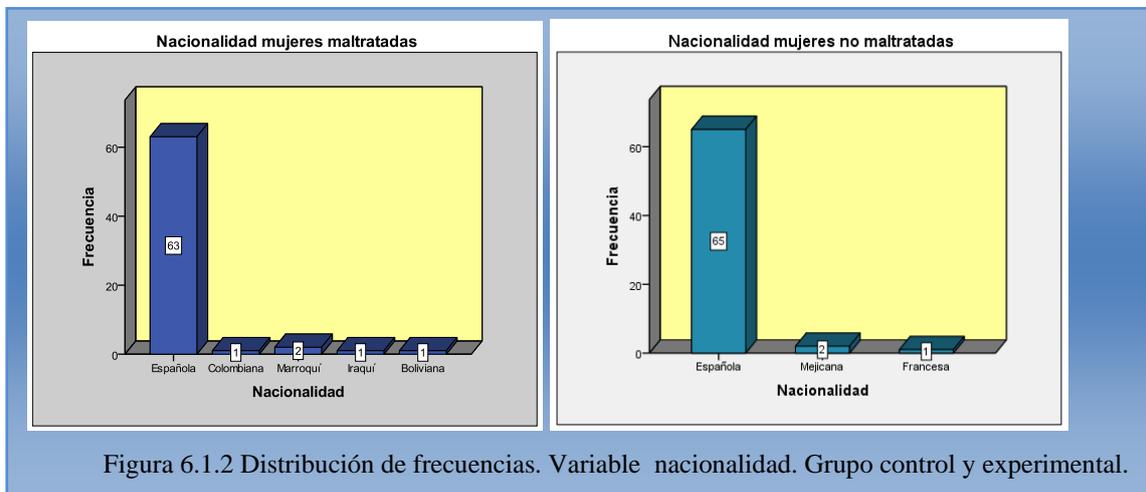


Figura 6.1.2 Distribución de frecuencias. Variable nacionalidad. Grupo control y experimental.

Respecto a la *variable edad*, las muestras son equivalentes ($\bar{X}=36,24$ mujeres maltratadas y $\bar{X}=33,90$ mujeres no maltratadas) y se distribuyen normalmente, $p\text{-sig}=.235$, como se puede ver en la Tabla 6.1.1 y 6.1.2.

Tabla 6.1.1 Descriptivos Edad de la muestra total					
Muestra	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ
M. maltratadas	68	15	62	36,24	11,99
M. no maltratadas	68	17	58	33,90	10,85

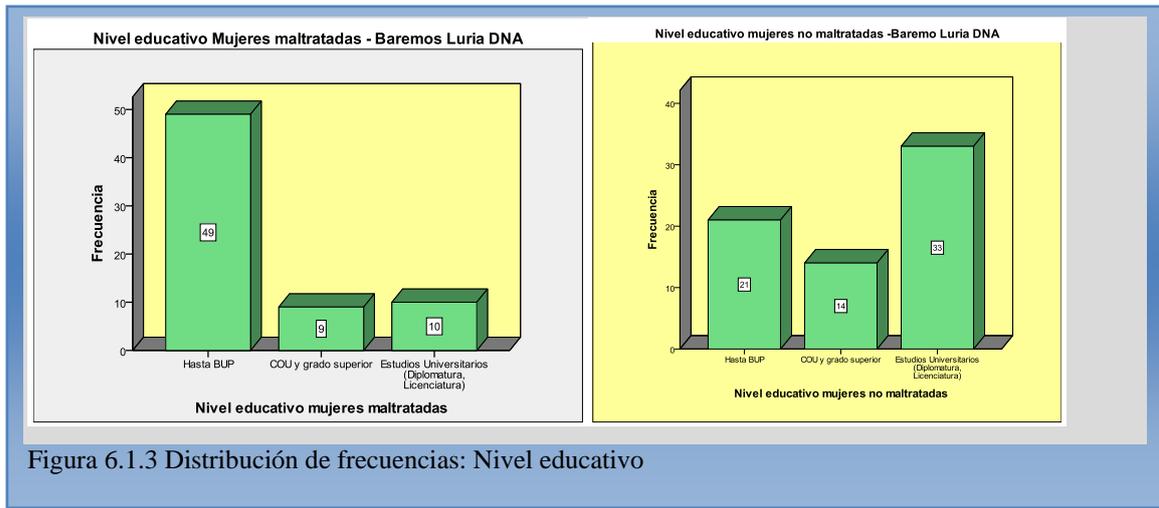
Tabla 6.1.2 Correlación de Pearson. Edad			
		Edad en años	Grupo
Edad en años	Correlación de Pearson	1	-,102
	Sig. (bilateral)		,235
	N	136	136
Grupo	Correlación de Pearson	-,102	1
	Sig. (bilateral)	,235	
	N	136	136

En la *variable nivel educativo*, se ha observado que, en el grupo de mujeres no maltratadas existe cierta desigualdad; no obstante, a pesar de esto, se ha obtenido una puntuación $\chi^2_2=24,58$ con una $p\text{-sig}=.000$ lo que indica que estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Tabla 6.1.3. Descriptivos Nivel educativo			
Nivel educativo	M. maltratada	M. no maltratada	Total
Hasta BUP	49	21	70
COU y grado superior	9	14	23
E. universitarios	10	33	43
Total	68	68	136

Tabla 6.1.4. Prueba Chi cuadrado Nivel educativo			
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,589	2	,000**
N de casos válidos	136		

En la Figura 6.1.3, podemos observar la distribución del nivel educativo en cada grupo.

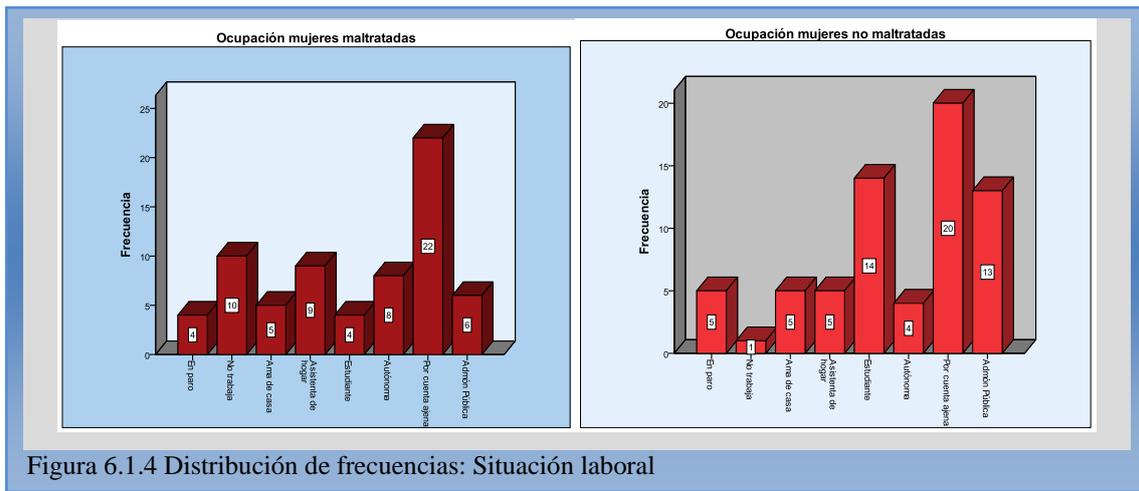


En relación a la variable *situación laboral*, los datos se resumen en las Tabla 6.1.5 y Tabla 6.1.6. Como podemos observar en el grupo de mujeres maltratadas, hay mayor número de mujeres en desempleo y con trabajos con una menor estabilidad, como es el servicio doméstico, $\chi^2_7 = 18,17$ con una $p\text{-sig} = .011$, por lo que podemos señalar que las diferencias son significativas.

Tabla 6.1.5 Tabla de contingencia Variable situación laboral				
		M. maltratadas	M. no maltratadas	Total
Ocupación	En paro	4	5	9
	No trabaja	10	1	11
	Ama de casa	5	5	10
	Asistenta de hogar	9	5	14
	Estudiante	4	14	18
	Autónoma	8	4	12
	Por cuenta ajena	22	20	42
	Admón. Pública	6	13	19
Total		68	67	135

Tabla 6.1.6 Prueba de Chi cuadrado. Variable Situación laboral.			
	Valor	gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	18,174	7	,011
N de casos válidos	135		

La variable *situación laboral* de cada uno de los grupos que hemos comentado, se puede observar en la Figura 6.1.4.



6.2 Perfil del grupo de mujeres maltratadas

A continuación pasaremos a describir el perfil de las mujeres maltratadas de nuestra investigación:

El grupo de mujeres maltratadas, como ya se ha señalado, está formado por un total de 68 mujeres, el rango de edad está entre los 16 y los 65 años. Aunque la muestra es representativa en todas las edades hay que señalar que el mayor número de mujeres, es decir 12, tenían 35 años en el momento de realizar el estudio, como se puede ver en la Figura 6.2.1.

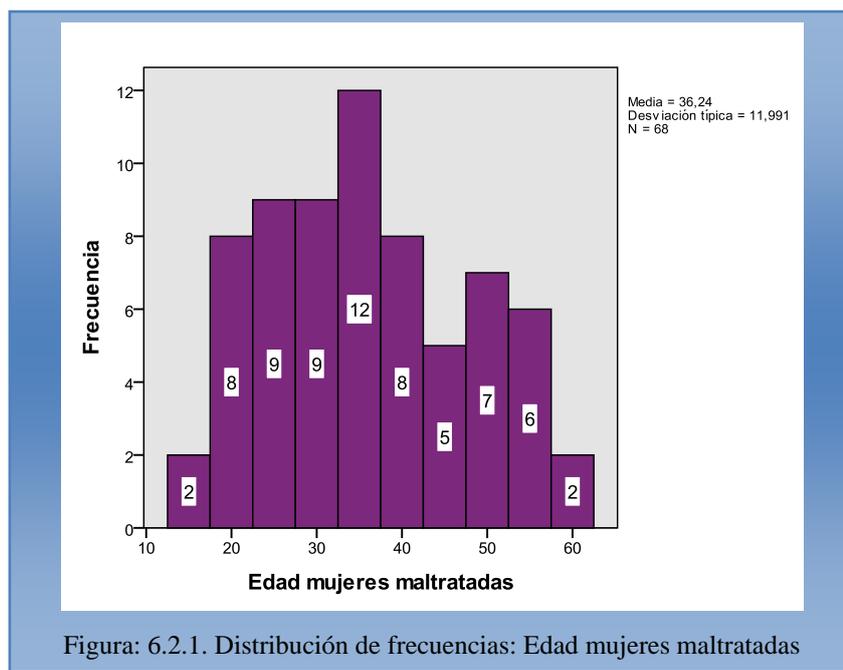


Figura: 6.2.1. Distribución de frecuencias: Edad mujeres maltratadas

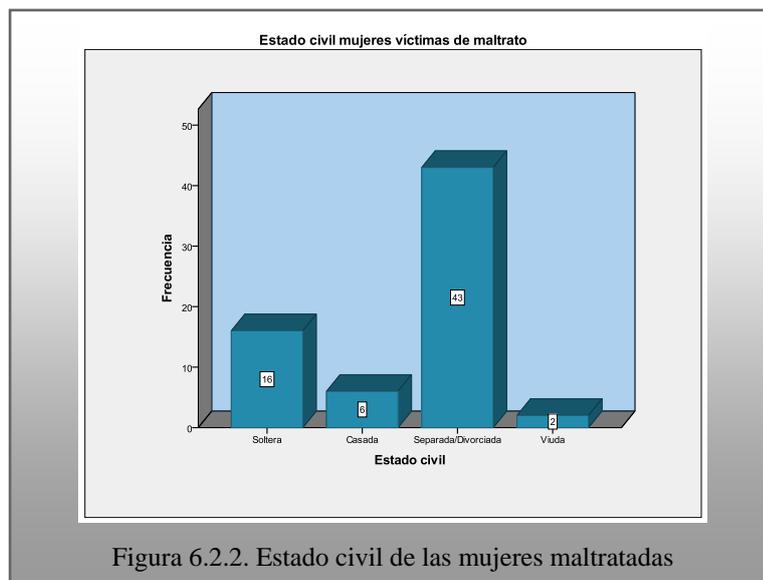
Respecto a la *situación laboral*, de las mujeres maltratadas, como se puede ver en la Tabla 6.2.1, en contra de lo que se podría esperar, observamos que un alto porcentaje de mujeres trabajan, solamente 10 mujeres no trabajaban lo que corresponde al 14,7% y 4 de ellas estaban en situación de desempleo, o lo que es lo mismo, un 5,9%. En cuanto a la ocupación de las mujeres, vemos que el mayor número de mujeres trabaja por cuenta ajena, es decir 22 del total de la muestra, lo que corresponde al 32,4 %. Estos datos, van en la línea de otras investigaciones, en las que se pone de manifiesto, que la dependencia económica no es una variable que haga permanecer a las mujeres con el maltratador, sino un vínculo afectivo, el responsable de que continúen a su lado. (Montero 2001).

Tabla 6.2.1 Distribución de frecuencias: Situación laboral Mujeres maltratadas		
	Frecuencia	Porcentaje
En paro	4	5,9
No trabaja	10	14,7
Ama de casa	5	7,4
Asistenta del hogar	9	13,2
Estudiante	4	5,9
Autónoma	8	11,8
Por cuenta ajena	22	32,4
Admón. pública	6	8,8
Total	68	100,0

En cuanto al *estado civil*, en el grupo de las mujeres maltratadas, estaban separadas o divorciadas el 64,2%, solteras el 23,9% y viudas el 3%, mientras que solo el 9% permanecían casadas, como podemos ver en la Tabla 6.2.2.

Tabla 6.2.2 Distribución de frecuencias: Estado civil Mujeres maltratadas					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Solteras	16	23,5	23,9	23,9
	Casadas	6	8,8	9,0	32,8
	Separadas/Divorciadas	43	63,2	64,2	97,0
	Viudas	2	2,9	3,0	100,0
	Total	67	98,5	100,0	
Perdidos		1	1,5		
	Total	68	100,0		

A continuación podemos observar en la Figura 6.2.2, el estado civil de las mujeres maltratadas, que hemos comentado anteriormente.



Hemos considerado importante analizar qué tipo de convivencia mantenían las mujeres durante y después de la situación de maltrato, con la finalidad de poder comprobar cuál era su red social más próxima.

Cuando las mujeres estaban siendo maltratadas, el porcentaje de mujeres que no convivían con nadie era del 15,4% y en el caso de las mujeres que mantenían algún tipo de convivencia era del 84,6%, como podemos ver en la Tabla 6.2.3.

Tabla 6.2.3 Distribución de frecuencias: Convivencia durante el maltrato					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	No convivencia	10	14,7	15,4	15,4
	Si convivencia	55	80,9	84,6	100,0
	Total	65	95,6	100,0	
Perdidos		3	4,4		
Total		68	100,0		

Respecto a las mujeres maltratadas, que mantenían algún tipo de convivencia durante la situación de maltrato, es interesante saber con quiénes convivían, y en este sentido, observamos que el 70,8% lo hacían con su pareja, que era el que ejercía el maltrato, esto es, 46 mujeres; el 10,8% convivían con sus padres, en total 7 mujeres; el 3,1 % convivían con otras personas (amigos, compañeros de vivienda, etc.), 2 mujeres; y un 15,4% vivían solas, es decir 10 mujeres. Como podemos ver en la Tabla 6.2.4.

Tabla 6.2.4 Distribución de frecuencias Tipo de convivencia durante el maltrato					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sola	10	14,7	15,4	15,4
	Pareja	46	67,6	70,8	86,2
	Padres	7	10,3	10,8	96,9
	Otros	2	2,9	3,1	100,0
	Total	65	95,6	100,0	
Perdidos		3	4,4		
Total		68	100,0		

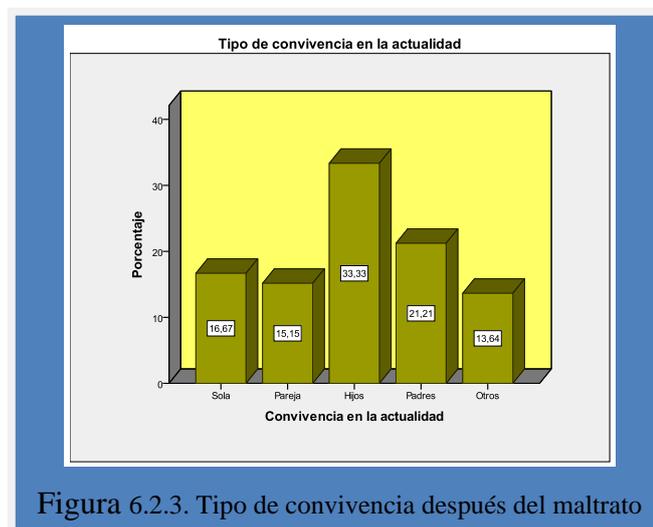
Cuando las mujeres maltratadas salían de la situación de maltrato, en la mayor parte de los casos reestructuraban su vida, estando acompañadas por alguien de su red social próxima en el 82,5%, sin embargo, las mujeres que no convivían con ninguna persona perteneciente a su red social próxima era en el 17,5% de los casos. Dicho de otra forma, son 52 y 11 mujeres respectivamente, como podemos ver en la Tabla 6.2.5.

Tabla 6.2.5 Distribución de frecuencias: Convivencia después del maltrato					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sola	11	16,2	17,5	17,5
	Acompañada	52	76,5	82,5	100,0
	Total	63	92,6	100,0	
Perdidos		5	7,4		

Cuando la mujer sale de la situación de violencia tiene que reestructurar su vida y eso incluye en gran parte su red social más próxima. Y en este sentido, podemos observar que el 33,3% vive con sus hijos, el 21,2% vuelve a convivir con sus padres, el 15,2% con una pareja, un 13,6% tienen otro tipo de relaciones (amigos, compañeros de piso, etc.) y el 16,7% viven solas, como podemos ver en la Tabla 6.2.6.

Tabla 6.2.6 Distribución de frecuencias: Tipo de convivencia después del maltrato					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Sola	11	16,2	16,7	16,7
	Pareja	10	14,7	15,2	31,8
	Hijos	22	32,4	33,3	65,2
	Padres	14	20,6	21,2	86,4
	Otros	9	13,2	13,6	100,0
	Total	66	97,1	100,0	
Perdidos		2	2,9		

A continuación podemos observar en la Figura 6.2.3, el tipo de convivencia de las mujeres después de la situación de violencia.



En las situaciones de violencia es habitual que se produzcan al mismo tiempo diferentes tipos de maltrato. Teniendo esto en cuenta, hemos agrupado la presencia de los diferentes tipos de maltrato sufridos por las mujeres que participaron en nuestra investigación. Nuestros datos apoyan los resultados de otras investigaciones en las cuales se ha detectado que es habitual que las mujeres sufran de forma continuada diferentes manifestaciones del maltrato, como podemos ver en la Tabla 6.2.7.

Tipo de maltrato	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Psicológico	7	10,3	10,3	10,3
Físico y Psicológico	8	11,8	11,8	22,1
Abuso sexual	1	1,5	1,5	23,5
Psicológico y A. sexual	14	20,6	20,6	44,1
Psicológico, Físico y A. sexual	38	55,9	55,9	100,0
Total	68	100,0	100,0	

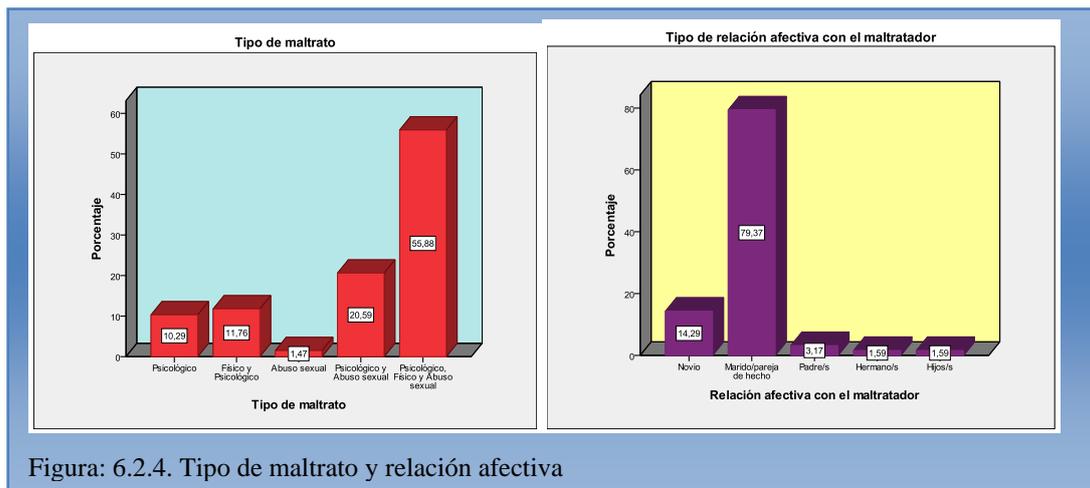
El maltrato físico y psicológico se presentaba en un 11,8% de los casos, el maltrato psicológico unido al abuso sexual estaba presente en el 20,6% de los casos y el maltrato psicológico, el físico y el abuso sexual ejercido simultáneamente se producía en el 55,9% de las mujeres.

Está claro, que el maltrato se produce en el entorno familiar, donde en el 79,4% el maltratador era el marido o la pareja de hecho. Por otra, parte también se confirma que en numerosas ocasiones la situación de maltrato se inicia en la etapa de noviazgo, hecho que hemos observado que ha ocurrido en el 14,3%, como podemos ver en la Tabla 6.2.8.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Novio	9	13,2	14,3	14,3
	Marido/pareja de hecho	50	73,5	79,4	93,7
	Padre/s	2	2,9	3,2	96,8
	Hermano/s	1	1,5	1,6	98,4

Hijos/s	1	1,5	1,6	100,0
Total	63	92,6	100,0	
Perdidos	5	7,4		
Total	68	100,0		

A continuación podemos observar de forma gráfica en la Figura 6.2.4, el tipo de maltrato y la relación afectiva de quien ejerce el maltrato.

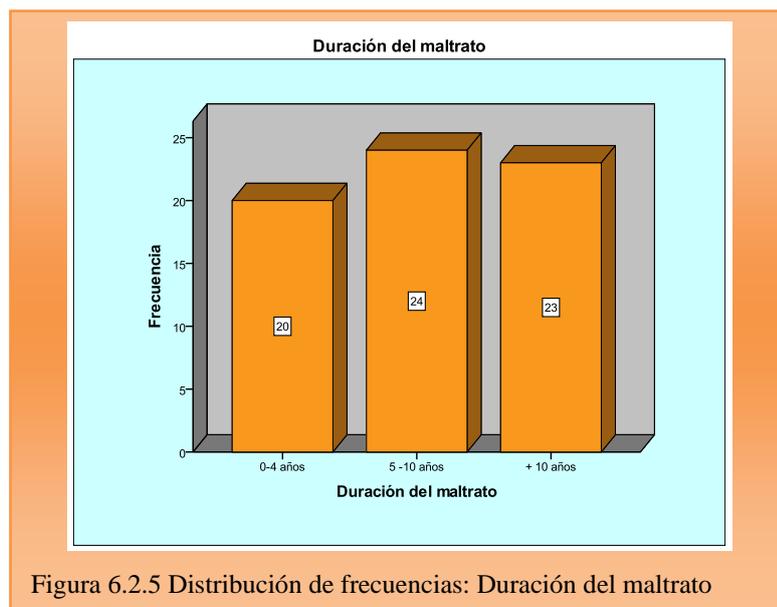


Los datos en cuanto a la duración de la convivencia de las víctimas con el maltratador que se han obtenido en nuestra investigación, como se puede ver en la tabla 6.2.11, están en la misma línea de las obtenidas en investigaciones anteriores. Las mujeres víctimas de maltrato permanecen en esta situación, por término medio, durante un periodo de 10 años (Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Saucá y Emparanza, 1994). En nuestra investigación, como podemos ver en la Tabla 6.2.9, del total de mujeres víctimas de violencia, 23 mantuvieron una relación con el maltratador de más de 10 años, que corresponde al 33,8%.

Tabla 6.2.9. Distribución de frecuencias: Duración del maltrato					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0-4 años	20	29,4	29,9	29,9
	5-10 años	24	35,3	35,8	65,7
	+ 10 años	23	33,8	34,3	100,0

	Total	67	98,5	100,0
Perdidos Sistema		1	1,5	
Total	68	100,0		

En la Figura 6.2.5, podemos ver la distribución de las mujeres con relación al tiempo en que permanecen en la situación de violencia.



6.3 Comparación de mujeres maltratadas y no maltratadas en el rendimiento neuropsicológico de la batería Luria DNA.

Hipótesis 1: Las mujeres víctimas de maltrato obtienen puntuaciones inferiores en la ejecución de la batería Luria DNA en comparación con las mujeres que no han sufrido maltrato.

A continuación, en la Tabla 6.3.1, se puede observar las puntuaciones medias que cada grupo obtiene en las diferentes áreas. Las mujeres maltratadas, obtienen puntuaciones medias inferiores respecto a las mujeres no maltratadas en todas las áreas evaluadas de la batería Luria DNA.

Tabla 6.3.1. Estadísticos descriptivos. Rendimiento neuropsicológico Muestra total.

Subtest	Muestra	N	Media	Desv. Típica	Error típico de la media
Percepción visual	M. maltratadas	68	39,93	16,173	1,961
	M. no maltratadas	68	46,54	12,225	1,482
Orientación espacial	M. Maltratadas	68	40,96	13,829	1,677
	M. no maltratadas	68	48,82	10,863	1,317
Habla receptiva	M. maltratadas	68	46,03	11,082	1,344
	M. no maltratadas	68	50,51	9,586	1,162
Habla expresiva	M. Maltratadas	68	48,97	11,149	1,352
	M. no maltratadas	68	53,46	9,354	1,134
Memoria inmediata	M. maltratadas	68	41,32	14,978	1,816
	M. no maltratadas	68	48,01	13,134	1,593
Memorización lógica	M. Maltratadas	68	37,21	19,440	2,357
	M. no maltratadas	68	44,63	14,541	1,763
Dibujos temáticos	M. maltratadas	67	40,07	15,163	1,852
	M. no maltratadas	68	46,32	13,428	1,628
Actividad conceptual	M. Maltratadas	67	42,84	10,233	1,250
	M. no maltratadas	68	49,85	11,875	1,440
Control atencional	M. maltratadas	68	40,74	18,310	2,220
	M. no maltratadas	68	48,68	13,147	1,594
Puntuación total	M. maltratadas	67	38,13	18,066	2,207
	M. no maltratadas	67	49,93	14,499	1,771

Se ha comprobado mediante la **prueba de Levene** si las muestras cumplen la condición de homocedasticidad o igualdad entre varianzas, según el modelo lineal general, y en base a los resultados podemos decir que existe diferencia de variabilidad, o lo que es lo mismo, falta de homocedasticidad.

Los resultados en cada una de las áreas que componen la batería Luria DNA, de la prueba T de student que podemos ver en las Tablas 6.3.2 a 6.3.7, son los que pasaremos a comentar a continuación

ÁREA VISO-ESPACIAL incluye los subtest percepción visual y orientación espacial.

En *percepción visual* las mujeres maltratadas obtuvieron una media de 39,93 puntos ($Sx.=16,17$), mientras que las mujeres no maltratadas, alcanzaron una media de 46,54 ($Sx.=12,23$). La significatividad entre las medias se pueden comprobar con los resultados obtenidos en la prueba T de student, se obtiene una puntuación $t_{124,720}=-2,692$

con una $p\text{-sig}=,004$ las mujeres maltratadas presentan un rendimiento menor al de las mujeres no maltratadas. En el test de *orientación espacial* las mujeres maltratadas obtienen una media de 40,96 puntos ($Sx=13,83$) y las mujeres no maltratadas una media de 48,82 puntos ($Sx=10,86$), observamos que se obtiene una $t_{126,883}=-3,689$ con una $p\text{-sig}= ,000$ estas puntuaciones son más bajas en el grupo de mujeres maltratadas, como podemos ver en la Tabla 6.3.2.

Tabla 6.3.2. Prueba de muestras independientes Rendimiento neuropsicológico muestra total Área viso-espacial											
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas			Prueba T para igualdad de medias						
		F	sig	T	gl	Sig (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia		
										Inferior	superior
Percepción visual	Se han asumido varianzas iguales	4,230	,042	-2,692	134	,008	-6,618	2,459	-11,480	-1,755	
	No se han asumido varianzas iguales			-2,692	124,720	,008**	-6,618	2,459	-11,483	-1,752	
Orientación espacial	Se han asumido varianzas iguales	5,703	,018	-3,689	134	,000	-7,868	2,133	-12,085	-3,650	
	No se han asumido varianzas iguales			-3,689	126,883	,000**	-7,868	2,133	-12,088	-3,648	

N.S. = no significativo ($p>,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

ÁREA DEL LENGUAJE ORAL se compone de los subtest habla receptiva y habla expresiva

Los resultados en *habla receptiva* obtenidos por las mujeres maltratadas también se encuentran por debajo de las puntuaciones que obtienen las mujeres no maltratadas, obtuvieron una puntuación media de 46,03 ($Sx = 11,08$) frente a la puntuación de las mujeres no maltratadas con una media de 50,51 ($Sx = 9,59$).

El estadístico de contraste que se ha obtenido es $t_{131,279} = -2,524$ con una $p\text{-sig} = ,007$. Del mismo modo, las puntuaciones en *habla expresiva* son más bajas en las mujeres maltratadas, obtienen una media de 48,97 ($Sx = 11,15$) y las mujeres no maltratadas, una media de 53,46 ($Sx = 9,35$), el estadístico de contraste que se ha obtenido es $t_{130,075} = -2,541$ y con una $p\text{-sig} = ,006$, como podemos ver en la Tabla 6.3.3.

Tabla 6.3.3. Prueba de muestras independientes Rendimiento neuropsicológico muestra total Área lenguaje oral										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas			Prueba T para igualdad de medias					
		F	sig	T	gl	Sig (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	superior	
Habla receptiva	Se han asumido varianzas iguales	,306	,581	-2,524	134	,013	-4,485	1,777	-8,000	-,971
	No se han asumido varianzas iguales			-2,524	131,279	,013**	-4,485	1,777	-8,000	-,970
Habla expresiva	Se han asumido varianzas iguales	2,220	,139	-2,541	134	,012	-4,485	1,765	-7,976	-,995
	No se han asumido varianzas iguales			-2,541	130,075	,012**	-4,485	1,765	-7,977	-,994

N.S. = no significativo ($p > ,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

ÁREA DE LA MEMORIA está compuesta por los subtest memoria inmediata y memorización lógica

En *memoria inmediata* las mujeres maltratadas también obtienen puntuaciones inferiores a las alcanzadas por las mujeres no maltratadas. El grupo de mujeres maltratadas en este subtest obtiene una media de 41,32 puntos ($Sx = 14,98$) y las puntuaciones obtenidas por las mujeres no maltratadas son de media 48,01 puntos

($S_x=13,13$) la puntuación de estadístico de contraste que se ha obtenido es $t_{131,751}=-2,770$ con una $p\text{-sig}=.003$.

En *memorización lógica* las puntuaciones que obtuvieron las mujeres maltratadas también son inferiores. Las mujeres maltratadas obtienen una puntuación media de 37,21 puntos ($S_x=19,44$) y las mujeres no maltratadas una media de 44,63 ($S_x=14,54$), por otra parte, se ha obtenido una puntuación $t_{124,098}=-2,534$ que con una $p\text{-sig}=.007$, como podemos ver en la Tabla 6.3.4.

Tabla 6.3.4. Prueba de muestras independientes Rendimiento neuropsicológico muestra total Área de la memoria										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas			Prueba T para igualdad de medias					
		F	sig	T	gl	Sig (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior		superior
Memoria inmediata	Se han asumido varianzas iguales	1,550	,215	-2,770	134	,006	-6,691	2,416	-11,469	-1,913
	No se han asumido varianzas iguales			-2,770	131,751	,006**	-6,691	2,416	-11,470	-1,913
Memorización lógica	Se han asumido varianzas iguales	8,331	,005	-2,523	134	,013	-7,426	2,944	-13,249	-1,604
	No se han asumido varianzas iguales			-2,523	124,098	,013**	-7,426	2,944	-13,253	-1,600

N.S. = no significativo ($p>.050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

El **ÁREA INTELECTUAL** está compuesta por los subtest Dibujos temáticos y Actividad conceptual y discursiva.

En cuanto a *dibujos temáticos* el rendimiento también es menor en el caso de las mujeres maltratadas, quienes obtuvieron una media de 40,07 puntos ($S_x=15,16$) mientras que las mujeres no maltratadas, alcanzaron una media de 46,32 ($S_x=13,43$). La significatividad entre las medias, se pueden comprobar con los resultados obtenidos en la prueba T de student, se obtiene una puntuación $t_{130,594}=-2,534$ con una $p\text{-sig}=.006$ las mujeres maltratadas, obtienen un rendimiento menor al de las mujeres no maltratadas. En el test de *actividad conceptual y discursiva*, las mujeres maltratadas obtienen una media de 42,84 puntos ($S_x=10,23$) y las mujeres no maltratadas una media de 49,85 puntos

($Sx=11,87$), observamos que se obtiene una $t_{130,689}=-3,680$ con una $p\text{-sig}=,000$, podemos afirmar que estas puntuaciones, son más bajas en el grupo de las mujeres maltratadas, como podemos ver en la Tabla 6.3.5.

Tabla 6.3.5. Prueba de muestras independientes Rendimiento neuropsicológico muestra total Área intelectual										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para igualdad de medias				
		F	sig	T	gl	Sig (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	superior	
Dibujos temáticos	Se han asumido varianzas iguales	1,518	,220	-2,536	133	,012	-6,249	2,464	-11,123	-1,375
	No se han asumido varianzas iguales			-2,534	130,594	,012**	-6,249	2,466	-11,128	-1,370
Actividad conceptual	Se han asumido varianzas iguales	3,314	,071	-3,676	133	,000	-7,017	1,909	-10,793	-3,241
	No se han asumido varianzas iguales			-3,680	130,689	,000**	-7,017	1,907	-10,790	-3,244

N.S. = no significativo ($p>,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

La **PRUEBA DE ATENCIÓN** incluye el subtest control atencional.

En *control atencional* las mujeres maltratadas obtienen una media de 40,74 ($Sx=18,31$) y las mujeres no maltratadas 48,68 puntos ($Sx=13,15$), por lo tanto, las mujeres maltratadas obtienen puntuaciones inferiores.

La significatividad entre las medias, puede comprobarse con los resultados obtenidos en la prueba T de student, $t_{121,577}=-2,905$ con una $p\text{-sig}=,002$, como podemos ver en la Tabla 6.3.6, las mujeres maltratadas, obtienen un rendimiento menor al de las mujeres no maltratadas.

Tabla 6.3.6. Prueba de muestras independientes Rendimiento neuropsicológico muestra total Prueba de atención										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para igualdad de medias				
		F	sig	T	gl	Sig (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	superior	
Control atencional	Se han asumido varianzas iguales	7,992	,005	-2,905	134	,004	-7,941	2,734	-13,348	-2,535
	No se han asumido varianzas iguales			-2,905	121,577	,004**	-7,941	2,734	-13,353	-2,530

N.S. = no significativo ($p>,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

Por último, como podemos ver en la Tabla 6.3.7, si tenemos en cuenta la *Puntuación total* de la batería Luria DNA las mujeres maltratadas, como era de esperar, obtienen puntuaciones inferiores. Las mujeres maltratadas alcanzan una puntuación media de 38,13 puntos ($Sx=18,06$) y las mujeres no maltratadas 49,93 puntos de media ($Sx=14,50$). La significatividad entre las medias, puede comprobarse en los resultados obtenidos en la prueba T de studente son $t_{126,091}=-4,166$ con una $p\text{-sig}=,000$, es decir, las mujeres maltratadas, obtienen un rendimiento menor al de las mujeres no maltratadas.

Tabla 6.3.7. Prueba de muestras independientes Rendimiento neuropsicológico muestra total. Puntuación total.										
		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas				Prueba T para igualdad de medias				
		F	sig	T	gl	Sig (bilateral)	Diferencia de medias	Error típico de la diferencia	95% intervalo de confianza para la diferencia	
								Inferior	superior	
Puntuación total	Se han asumido varianzas iguales	3,301	,072	-4,166	132	,000	-11,791	2,830	-17,389	-6,193
	No se han asumido varianzas iguales			-4,166	126,091	,000**	-11,791	2,830	-17,392	-6,191

N.S. = no significativo ($p>,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

Por otra parte, se realizó la prueba alternativa no paramétrica U de Mann-Whitney, para corroborar dichos resultados y estos fueron equivalentes, como podemos ver en la Tabla 6.3.8.

Tabla 6.3.8. Estadísticos de contraste ^a				
	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Percepción visual	1708,000	4054,000	-2,653	,008
Orientación espacial	1533,500	3879,500	-3,416	,001
Habla receptiva	1749,000	4095,000	-2,479	,013
Habla expresiva	1754,500	4100,500	-2,456	,014
Memoria inmediata	1735,000	4081,000	-2,527	,012
Memorización lógica	1824,500	4170,500	-2,131	,033
Dibujos temáticos	1757,000	4035,000	-2,308	,021
Activ. conceptual y discursiva	1470,500	3748,500	-3,597	,000
Control atencional	1716,500	4062,500	-2,628	,009
Puntuación total Batería Luria DNA	1383,000	3661,000	-3,853	,000

a. Variable de agrupación: Muestra

Por lo tanto, podemos decir que en todas las pruebas de la batería Luria DNA, las mujeres maltratadas, obtienen puntuaciones inferiores a las mujeres no maltratadas, con correlaciones altamente significativas ($p < .001$), por lo cual, podemos afirmar que las mujeres maltratadas presentan un rendimiento neuropsicológico más bajo comparándolas con las mujeres no maltratadas, lo que confirma la hipótesis “*Las mujeres víctimas de maltrato obtienen puntuaciones inferiores en la ejecución de la batería Luria DNA en comparación con las mujeres que no han sufrido maltrato*”.

6.4 Relación entre la duración del maltrato y rendimiento neuropsicológico

Hipótesis 2: El rendimiento neuropsicológico en la ejecución de la batería Luria DNA es inferior cuando la duración del maltrato es más prolongada.

Podemos ver en la Tabla 6.4.1, los valores de las medias estimadoras de los parámetros μ que están implicados en el contraste. Como se puede observar, en la mayor parte de los subtest, las puntuaciones más altas se registran en el intervalo de 5-10 años de duración del maltrato, en el *área viso-espacial*, en los dos subtest que la componen, es decir, test de percepción visual y orientación espacial, en el *área de lenguaje* tanto en el subtest habla receptiva como habla expresiva, en el *área de la memoria* en el subtest de memoria inmediata, en el *área de los procesos intelectuales* en el subtest actividad conceptual y discursiva y en el *área de la atención* en el subtest control atencional. En el caso de las mujeres maltratadas durante menos tiempo, entre 0-4 años, obtienen puntuaciones más altas en el *área de la memoria* en el subtest de memorización lógica y en el *área de los procesos intelectuales* en el subtest dibujos temáticos.

Respecto a las puntuaciones más bajas, éstas se obtienen en el intervalo en que las mujeres permanecen menos tiempo siendo víctimas de la violencia (0-4 años) en el *área viso-espacial* en el test de orientación espacial y en el intervalo en que las mujeres soportan mayor tiempo la violencia (>10 años) en el *área viso-espacial* en el subtest de percepción visual, en el *área del lenguaje*, tanto en el subtest habla receptiva como habla expresiva en el *área de la memoria* los dos subtest memoria inmediata y memorización lógica y en el *área de procesos intelectuales* en el subtest actividad conceptual y discursiva, por último, puntúan más bajo las mujeres que están en el intervalo intermedio (5-10 años) en el *área de procesos intelectuales* en el subtest dibujos temáticos. Si tenemos en cuenta la puntuación total de la batería Luria DNA podemos concluir que, tanto en el grupo de menor duración del maltrato (0-4 años) y el de mayor duración del maltrato (>10 años), las puntuaciones son más bajas ($\bar{X}=40,42$ y $\bar{X}=30,71$). Estos resultados son llamativos debido a que se esperaba encontrar una relación directa entre duración del maltrato y ejecución de la batería, es decir, a mayor duración del maltrato las puntuaciones en la batería Luria DNA serían menores pero lo sorprendente es que esto también ocurriera en los primeros años de la violencia.

Tabla 6.4.1. Estadísticos descriptivos. Duración del maltrato y Luria DNA

Subtest	Años	N	Media	Desv. típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	máximo
						Lím. inferior	Lim. superior		
Percepción visual	0-4 años	25	42,20	11,733	2,347	37,36	47,04	15	65
	5-10 años	22	42,50	20,045	4,274	33,61	51,39	0	80
	>10 años	21	34,52	15,645	3,414	27,40	41,65	10	70
	Total	68	39,93	16,173	1,961	36,01	43,84	0	80
Orientación espacial	0-4 años	25	39,40	14,166	2,833	33,55	45,25	10	65
	5-10 años	22	42,50	14,289	3,046	36,16	48,84	20	65
	>10 años	21	41,19	13,408	2,926	35,09	47,29	10	60
	Total	68	40,96	13,829	1,677	37,61	44,30	10	65
Habla receptiva	0-4 años	25	47,00	11,365	2,273	42,31	51,69	20	70
	5-10 años	22	50,45	9,117	1,944	46,41	54,50	35	65
	>10 años	21	40,24	10,545	2,301	35,44	45,04	15	60
	Total	68	46,03	11,082	1,344	43,35	48,71	15	70
Habla expresiva	0-4 años	25	48,60	11,413	2,283	43,89	53,31	30	70
	5-10 años	22	53,18	11,603	2,474	48,04	58,33	30	75
	>10 años	21	45,00	9,083	1,982	40,87	49,13	25	60
	Total	68	48,97	11,149	1,352	46,27	51,67	25	75
Memoria inmediata	0-4 años	25	40,80	15,524	3,105	34,39	47,21	10	65
	5-10 años	22	46,14	14,304	3,050	39,79	52,48	15	70
	>10 años	21	36,90	14,184	3,095	30,45	43,36	10	65
	Total	68	41,32	14,978	1,816	37,70	44,95	10	70
Memorización lógica	0-4 años	25	41,00	20,259	4,052	32,64	49,36	0	70
	5-10 años	22	38,64	19,711	4,202	29,90	47,38	0	70
	>10 años	21	31,19	17,529	3,825	23,21	39,17	0	60
	Total	68	37,21	19,440	2,357	32,50	41,91	0	70
Dibujos temáticos	0-4 años	24	42,08	16,676	3,404	35,04	49,12	10	65
	5-10 años	22	38,86	16,969	3,618	31,34	46,39	0	65
	>10 años	21	39,05	11,360	2,479	33,88	44,22	20	55
	Total	67	40,07	15,163	1,852	36,38	43,77	0	65
Actividad conceptual	0-4 años	24	42,71	9,086	1,855	38,87	46,55	30	65
	5-10 años	22	45,45	12,432	2,650	39,94	50,97	25	75
	>10 años	21	40,24	8,584	1,873	36,33	44,15	25	60
	Total	67	42,84	10,233	1,250	40,34	45,33	25	75
Control atencional	0-4 años	25	40,80	16,181	3,236	34,12	47,48	0	60
	5-10 años	22	43,18	19,973	4,258	34,33	52,04	0	60
	>10 años	21	38,10	19,396	4,232	29,27	46,92	0	60
	Total	68	40,74	18,310	2,220	36,30	45,17	0	60
Puntuación total	0-4 años	24	40,42	17,503	3,573	33,03	47,81	5	70
	5-10 años	22	42,73	19,440	4,145	34,11	51,35	15	75
	>10 años	21	30,71	15,515	3,386	23,65	37,78	0	55
	Total	67	38,13	18,066	2,207	33,73	42,54	0	75

Se ha realizado la prueba de homogeneidad de varianza y se ha comprobado mediante la **prueba de Levene**, si las muestras cumplen la condición de homocedasticidad o igualdad entre varianzas, según el modelo lineal general, y en base a los resultados podemos decir que existe diferencia de variabilidad, o lo que es lo mismo falta de homocedasticidad.

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	sig
Percepción visual.	1,554	2	65	,219 ^{NS}
Orientación espacial	,011	2	65	,989 ^{NS}
Habla receptiva	,307	2	65	,736 ^{NS}
Habla expresiva	1,948	2	65	,151 ^{NS}
Memoria inmediata	,397	2	65	,674 ^{NS}
Memorización lógica	,230	2	65	,795 ^{NS}
Dibujos temáticos	2,540	2	64	,087 ^{NS}
Actividad conceptual y discursiva	2,066	2	64	,135 ^{NS}
Control atencional	,579	2	65	,563 ^{NS}
Total Luria DNA	1,017	2	64	,367 ^{NS}

A continuación pasaremos a explicar los resultados de la ejecución de la batería Luria DNA, los cuales reflejan en qué modo la duración del maltrato influye en el rendimiento neuropsicológico. Como se puede observar en la tabla 6.4.2, no se han detectado diferencias significativas en la ejecución de los diferentes subtest que componen la batería Luria DNA.

La significación de la diferencia comentada en el párrafo anterior y el resto de las diferencias se deducen del ANOVA, como podemos ver en las Tablas 6.4.3 a 6.4.8.

ÁREA VISO-ESPACIAL

En el test de *percepción visual* se ha obtenido una $F_{(2,65)} = 1,735$ con una $p = ,185$ lo que nos permite concluir que no existe relación directa entre la duración del maltrato y el rendimiento neuropsicológico.

En el caso de la *orientación espacial* los resultados han sido $F_{(2,65)} = ,292$ con una $p\text{-sig} = ,748$ y podemos concluir que nuestros datos aportan la evidencia estadística de que no existe relación directa entre la duración del maltrato y el rendimiento neuropsicológico, como podemos ver en la Tabla 6.4.3.

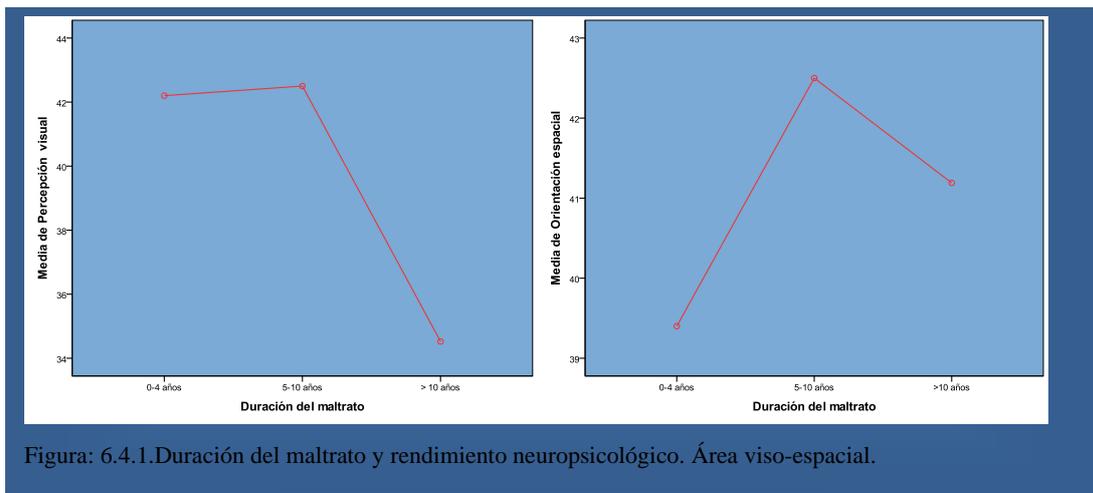
Tabla 6.4.3. ANOVA Área viso-espacial						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Percepc. visual	Inter-grupos	887,894	2	443,947	1,735	,185 ^{NS}
	Intra-grupos	16636,738	65	255,950		
	Total	17524,632	67			
Orientac. espacial	Inter-grupos	114,130	2	57,065	,292	,748 ^{NS}
	Intra-grupos	12698,738	65	195,365		
	Total	12812,868	67			
NS = no significativo ($p > ,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%						

Se ha realizado la alternativa no paramétrica Scheffe y los resultados confirman los ya obtenidos en el Anova, como podemos ver en la Tabla 6.4.4.

Tabla 6.4.4. Prueba post hoc Scheffé ^{ab}		
Percepción visual		
Duración del maltrato	N	Subconjunto para alfa = 0.05
		1
>10 años	21	34,52
0-4 años	25	42,20
5-10 años	22	42,50
Sig		,254
Orientación espacial		
0-4 años	25	39,40
>10 años	21	41,19
5-10 años	22	42,50
Sig		,759
Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.		
a. Usa el tamaño muestral de la media armónica = 22,544		
b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.		

A continuación, en la Figura 6.4.1, podemos observar el rendimiento neuropsicológico de las mujeres maltratadas, en función del tiempo de exposición al maltrato en el área viso-espacial. En el subtest *percepción visual* las mujeres obtienen un rendimiento neuropsicológico similar cuando la duración del maltrato es menor (0-4

años) y en el periodo intermedio (5-10 años), cuando la situación de violencia es superior a los 10 años el rendimiento neuropsicológico disminuye; en el subtest de *orientación espacial*, las mujeres maltratadas, en los primeros años de sufrir la violencia cuando la duración del maltrato es de 0-4, obtienen puntuaciones más bajas que el grupo de mujeres que sufren la violencia durante más de 10 años, las puntuaciones más altas se observan en el grupo de mujeres maltratadas entre 5-10 años.



ÁREA DEL LENGUAJE

En el test *habla receptiva* las puntuaciones que se han obtenido son $F_{(2,65)}=5,327$ con una $p\text{-sig}=,007$ por lo que podemos concluir que existe relación directa entre la duración del maltrato y el rendimiento neuropsicológico observado en las mujeres maltratadas.

En la ejecución del test de *habla expresiva* se obtiene una $F_{(2,65)}=3,098$ con una $p\text{-sig}=,052$, esto nos permite concluir que no existe relación directa entre la duración del maltrato y el rendimiento neuropsicológico aunque está muy próxima a ser significativa, como podemos ver en la Tabla 6.4.5.

Tabla 6.4.5. ANOVA Área de lenguaje						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Habla receptiva	Inter-grupos	1158,677	2	579,339	5,327	,007*
	Intra-grupos	7069,264	65	108,758		
	Total	8227,941	67			
Habla expresiva	Inter-grupos	724,668	2	362,334	3,098	,052 ^{NS}
	Intra-grupos	7603,273	65	116,973		
	Total	8327,941	67			

NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

En la Figura 6.4.2, que se muestra a continuación, observamos cómo es el rendimiento neuropsicológico, en el área de lenguaje, de las mujeres maltratadas, en función del tiempo de exposición al mismo. El rendimiento en el test está afectado por la duración del maltrato, el rendimiento es menor en los primeros años del maltrato, de 0 a 4 años y cuando el maltrato dura más de 10 años, obteniendo un mejor rendimiento neuropsicológico las mujeres maltratadas entre 5-10 años.

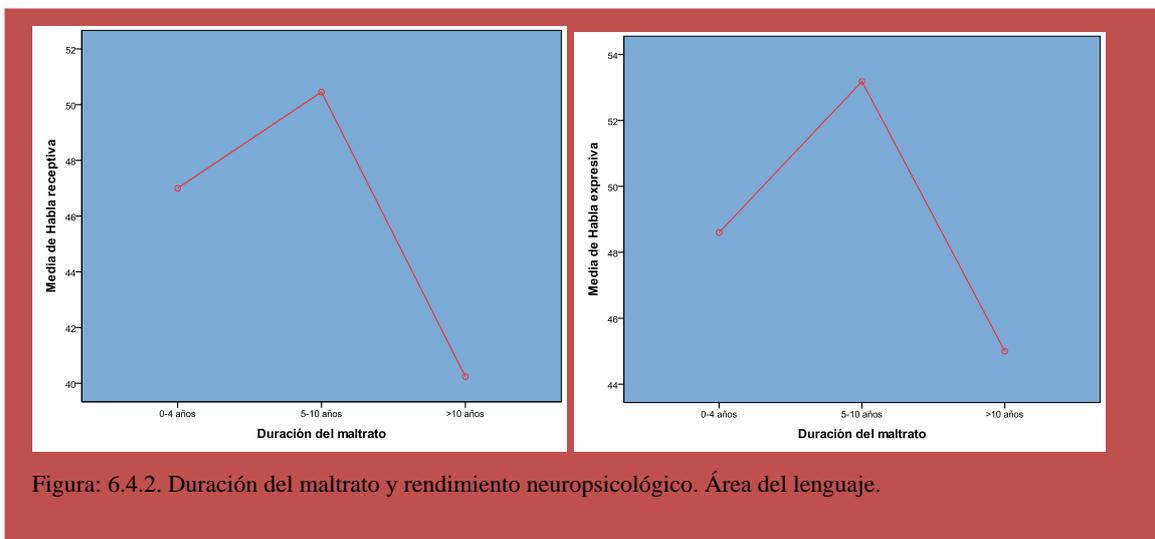


Figura: 6.4.2. Duración del maltrato y rendimiento neuropsicológico. Área del lenguaje.

ÁREA DE MEMORIA

En el test *memoria inmediata* se ha obtenido una $F_{(2,65)}=2,135$ con una $p\text{-sig}=.126$ lo que nos permite concluir que nuestros datos aportan la evidencia estadística de que no existe relación directa entre la duración del maltrato y el rendimiento neuropsicológico.

En el test de *memorización lógica* el valor que se obtiene es $F_{(2,65)}=1,567$ con una $p\text{-sig}=.216$ lo que nos permite concluir que no existe relación directa entre la duración del maltrato y el rendimiento neuropsicológico, como podemos ver en la Tabla 6.4.6.

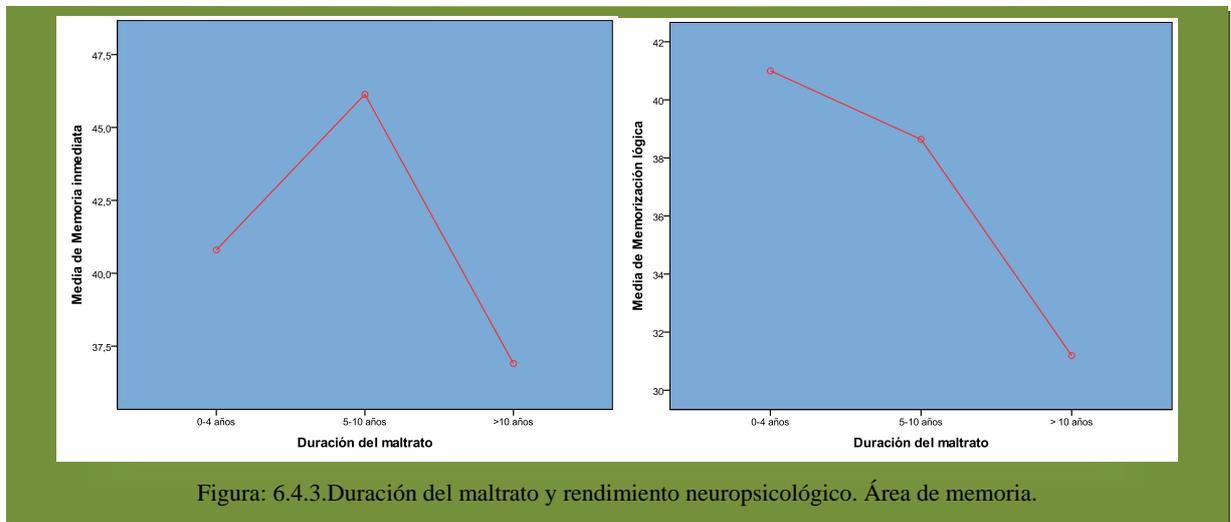
Tabla 6.4.6. ANOVA Área de memoria						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Memoria inmediata	Inter-grupos	926,482	2	463,241	2,135	,126 ^{NS}
	Intra-grupos	14104,400	65	216,991		
	Total	15030,882	67			
Memorización lógica	Inter-grupos	1164,789	2	582,394	1,567	,216 ^{NS}
	Intra-grupos	24154,329	65	371,605		
	Total	25319,118	67			
NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%						

A continuación podemos observar el rendimiento neuropsicológico de las mujeres maltratadas, en función del tiempo de exposición al maltrato, en el área de memoria.

En el caso de la *memoria inmediata* como podemos observar en la Figura 6.4.3, el rendimiento en el test está afectado por la duración del maltrato, los resultados ponen de manifiesto que el rendimiento es menor en los primeros años del maltrato, de 0 a 4 años y cuando el maltrato dura más de 10 años, las mujeres que están en el periodo de 5 a 10 años obtienen un mejor rendimiento.

En el caso del subtest *memorización lógica* los resultados van en la línea de la hipótesis planteada, las puntuaciones más altas se obtienen cuando la duración del

maltrato es menor y a medida que el maltrato se prolonga en el tiempo el rendimiento neuropsicológico está más afectado.



ÁREA DE PROCESOS INTELECTUALES

En *Dibujos temáticos* se ha obtenido una $F_{(2,64)}=,322$ con una $p\text{-sig}=,726$ lo que nos permite concluir que no existe relación directa entre la duración del maltrato y el rendimiento neuropsicológico.

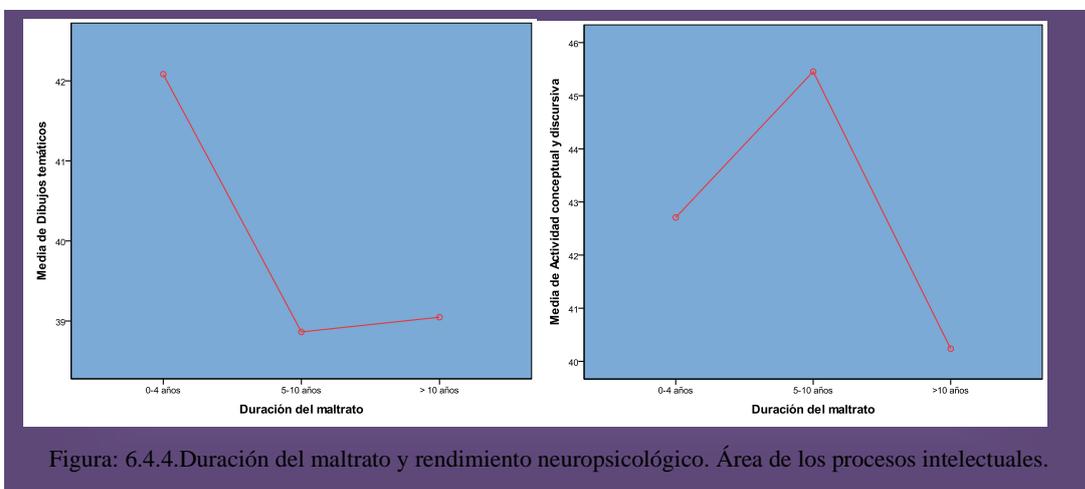
En *Actividad conceptual y discursiva* el valor de $F_{(2,64)}=1,417$ con una $p\text{-sig}=,250$ nos permite concluir que no existe relación directa entre la duración del maltrato y el rendimiento neuropsicológico, como podemos ver en la Tabla 6.4.7.

Tabla 6.4.7. ANOVA Área de procesos intelectuales						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Dibujos temáticos	Inter-grupos	151,250	2	75,625	,322	,726 ^{NS}
	Intra-grupos	15023,377	64	234,740		
	Total	15174,627	66			
Actividad conceptual y discursiva	Inter-grupos	292,972	2	146,486	1,417	,250 ^{NS}
	Intra-grupos	6618,222	64	103,410		
	Total	6911,194	66			
NS = no significativo ($p>,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%						

El rendimiento neuropsicológico de las mujeres maltratadas, en función del tiempo de exposición al maltrato, en el área de los procesos intelectuales es el que se representa a continuación en la Figura 6.4.4.

Las puntuaciones del rendimiento en este área, en el caso de *dibujos temáticos* el rendimiento neuropsicológico es mejor cuando las mujeres han sufrido menos tiempo el maltrato. Es significativo que el rendimiento más bajo se detecta entre los 5-10 años de maltrato y el rendimiento, aunque de forma poco apreciable, es mejor cuando la duración del maltrato es superior a los 10 años.

En el subtest *actividad conceptual y discursiva* está afectado por la duración del maltrato pero no como era de esperar, que a mayor duración del maltrato el rendimiento sea menor, los resultados, ponen de manifiesto que el rendimiento es menor en los primeros años del maltrato, de 0 a 4 años y cuando el maltrato dura más de 10 años, en el intervalo de 5-10 años el rendimiento neuropsicológico es mejor.



PRUEBA DE ATENCIÓN

En *Control atencional* se ha obtenido una $F_{(2,65)}=,407$ lo que nos permite concluir con una $p\text{-sig}=,667$ que no existe relación directa entre la duración del maltrato y el rendimiento neuropsicológico, como podemos ver en la Tabla 6.4.8.

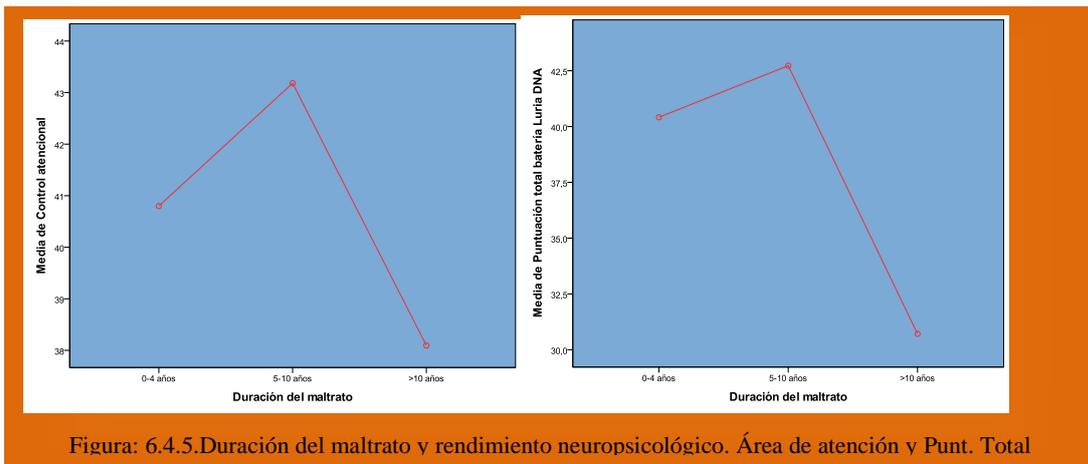
Tabla 6.4.8. ANOVA Prueba de atención						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Control atencional	Inter-grupos	278,153	2	139,077	,407	,667 ^{NS}
	Intra-grupos	22185,082	65	341,309		
	Total	22463,235	67			
NS = no significativo ($p>,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%						

PUNTUACIÓN TOTAL

En la *puntuación total de la batería Luria DNA* como podemos ver en la Tabla 6.4.9 se ha obtenido una $F_{(2,64)}=2,821$ con una $p\text{-sig}=,067$ nos permite concluir que no existe relación directa entre la duración del maltrato y el rendimiento neuropsicológico.

Tabla 6.4.9. ANOVA Puntuación total						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Punt. total Luria DNA	Inter-grupos	1745,308	2	872,654	2,821	,067 ^{NS}
	Intra-grupos	19796,483	64	309,320		
	Total	21541,791	66			
NS = no significativo ($p>,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%						

Por último, se puede ver en la Figura 6.4.5, de forma representativa, el efecto de la duración del maltrato en el rendimiento neuropsicológico en la prueba de atención y la puntuación total. La duración del maltrato influye en los resultados obtenidos, el rendimiento es menor en los primeros años del maltrato, de 0-4 años y cuando el maltrato dura más de 10 años, sin embargo en el periodo de 5-10 años el rendimiento en la prueba es mayor, lo cual no deja de ser llamativo.



Como conclusión, el tiempo de duración del maltrato no influye en el rendimiento de la ejecución de la batería Luria DNA, a pesar de que al inicio del maltrato (0-4 años) y cuando el maltrato se prolonga en el tiempo (>10 años) en la ejecución de algunas de las pruebas se obtienen puntuaciones más bajas.

Se realiza la alternativa no paramétrica para poder observar los resultados en las diferentes áreas. Los resultados, como se puede ver en la Tabla 6.4.10, confirman los obtenidos con el Análisis de Varianza. La duración del maltrato solamente influye en el *área de lenguaje* en los dos subtest que la componen, habla receptiva y habla expresiva.

Tabla 6.4.10 Pruebas robustas de igualdad de las medias						
Subtest	Prueba	Estadístico ^a	gl1	gl2	Sig	
Percepc. visual	Welch	1,859	2	39,417	,169 ^{NS}	
	Brown-Forsythe	1,682	2	52,960	,196 ^{NS}	
Orientac. espacial	Welch	,278	2	42,914	,759 ^{NS}	
	Brown-Forsythe	,293	2	64,445	,747 ^{NS}	
Habla receptiva	Welch	5,707	2	42,891	,006*	
	Brown-Forsythe	5,395	2	63,717	,007*	
Habla expresiva	Welch	3,291	2	42,968	,047*	
	Brown-Forsythe	3,144	2	63,212	,050*	
Memoria inmediata	Welch	2,244	2	43,094	,118 ^{NS}	
	Brown-Forsythe	2,155	2	64,909	,124 ^{NS}	
Memorización lógica	Welch	1,681	2	43,115	,198 ^{NS}	
	Brown-Forsythe	1,585	2	64,642	,213 ^{NS}	
Dibujos temáticos	Welch	,300	2	41,759	,743 ^{NS}	
	Brown-Forsythe	,328	2	59,586	,721 ^{NS}	
Act. conceptual y discursiva	Welch	1,317	2	41,539	,279 ^{NS}	
	Brown-Forsythe	1,413	2	56,356	,252 ^{NS}	
Control atencional	Welch	,354	2	41,517	,704 ^{NS}	
	Brown-Forsythe	,400	2	60,528	,672 ^{NS}	
Puntuación total Luria DNA	Welch	3,081	2	42,294	,056 ^{NS}	
	Brown-Forsythe	2,835	2	62,000	,066 ^{NS}	

a Distribuidos en F asintóticamente

Por lo tanto, podemos decir que no existe una relación directa estadísticamente significativa entre la duración del maltrato y el rendimiento neuropsicológico, es decir, que con independencia del tiempo que las mujeres estén sometidas a la violencia, el rendimiento va a estar afectado, a excepción del área de lenguaje que se ve afectado en función del tiempo, y por tanto no se cumple parcialmente la hipótesis planteada en la investigación: *“El rendimiento neuropsicológico en la ejecución de la batería Luria DNA es inferior cuando la duración del maltrato es más prolongada”*.

6.5 Relación entre la red social y rendimiento neuropsicológico

Hipótesis 3: Las mujeres víctimas de maltrato que disponen de una red social cuando salen de la situación de maltrato, obtienen puntuaciones superiores en la batería Luria DNA.

En la Tabla 6.5.1 podemos ver los valores de las medias estimadoras de los parámetros μ que están implicados en el contraste. En la mayor parte de las pruebas evaluadas, las puntuaciones más elevadas se observan cuando la mujer vive en compañía de otras personas, a excepción del área de lenguaje en el subtest *habla receptiva*.

Tabla 6.5.1. Estadísticos descriptivos. Convivencia y Luria DNA									
Subtest	Convivencia	N	Media	Desv. típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	máximo
						Lím. inferior	Lim. superior		
Percepción visual	Sola	11	35,00	17,176	5,179	23,46	46,54	10	55
	Acompañada	52	41,35	16,483	2,286	36,76	45,93	0	80
	Total	63	40,24	16,642	2,097	36,05	44,43	0	80
Orientación espacial	Sola	11	36,36	10,975	3,309	28,99	43,74	20	50
	Acompañada	52	42,50	14,502	2,011	38,46	46,54	10	65
	Total	63	41,43	14,069	1,772	37,89	44,97	10	65
Habla receptiva	Sola	11	49,09	11,580	3,491	41,31	56,87	35	70
	Acompañada	52	46,06	10,494	1,455	43,14	48,98	20	65
	Total	63	46,59	10,657	1,343	43,90	49,27	20	70
Habla expresiva	Sola	11	47,73	11,261	3,395	40,16	55,29	35	70
	Acompañada	52	50,58	10,556	1,464	47,64	53,52	30	75
	Total	63	50,08	10,644	1,341	47,40	52,76	30	75
Memoria inmediata	Sola	11	36,36	15,507	4,675	25,95	46,78	10	60
	Acompañada	52	43,27	14,716	2,041	39,17	47,37	10	70
	Total	63	42,06	14,963	1,885	38,30	45,83	10	70
Memorización lógica	Sola	11	31,82	22,054	6,649	17,00	46,63	0	70
	Acompañada	52	39,81	18,149	2,517	34,76	44,86	0	70
	Total	63	38,41	18,940	2,386	33,64	43,18	0	70
Dibujos temáticos	Sola	11	38,18	15,045	4,536	28,07	48,29	20	60
	Acompañada	52	41,54	14,903	2,067	37,39	45,69	0	65
	Total	63	40,95	14,861	1,872	37,21	44,70	0	65

Actividad conceptual	Sola	11	40,91	8,893	2,681	34,93	46,88	25	60
	Acompañada	52	44,04	10,339	1,434	41,16	46,92	30	75
	Total	63	43,49	10,106	1,273	40,95	46,04	25	75
Control atencional	Sola	11	34,09	22,563	6,803	18,93	49,25	0	60
	Acompañada	52	43,27	17,486	2,425	38,40	48,14	0	60
	Total	63	41,67	18,600	2,343	36,98	46,35	0	60
Puntuación total	Sola	11	33,18	16,624	5,012	22,01	44,35	5	65
	Acompañada	52	40,48	18,103	2,510	35,44	45,52	0	75
	Total	63	39,21	17,943	2,261	34,69	43,73	0	75

A continuación pasaremos a explicar los resultados de la ejecución de la batería Luria DNA. Como podemos ver en la Tabla 6.5.2, reflejan en qué modo la convivencia influye en el rendimiento neuropsicológico. Como se puede observar, no se han detectado diferencias que puedan ser significativas en la ejecución de los diferentes subtest que componen la batería Luria DNA.

Tabla 6.5.2. Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	sig
Percepción visual.	,354	1	61	,554 ^{NS}
Orientación espacial	1,571	1	61	,215 ^{NS}
Habla receptiva	,483	1	61	,490 ^{NS}
Habla expresiva	,000	1	61	,985 ^{NS}
Memoria inmediata	,036	1	61	,851 ^{NS}
Memorización lógica	,984	1	61	,325 ^{NS}
Dibujos temáticos	,078	1	61	,781 ^{NS}
Actividad conceptual y discursiva	1,320	1	61	,255 ^{NS}
Control atencional	2,521	1	61	,118 ^{NS}
Total Luria DNA	,783	1	61	,380 ^{NS}

La significación de la diferencia comentada en el párrafo anterior y el resto de las diferencias se deducen del ANOVA. Como podemos ver en las Tablas 6.5.3 a 6.5.8.

Los resultados son los que comentaremos a continuación teniendo en cuenta las áreas de la batería Luria DNA.

ÁREA VISO-ESPACIAL

En el test de *percepción visual* con un resultado $F_{(1,61)} = 1,327$ nos permite concluir con una $p\text{-sig} = ,254$, que no existe una relación directa entre la convivencia y el rendimiento neuropsicológico.

En el test de *orientación espacial* se ha obtenido una $F_{(1,61)} = 1,748$ lo que nos permite concluir con una $p\text{-sig} = ,191$, que no existe relación directa entre la convivencia y el rendimiento neuropsicológico, como podemos ver en la Tabla 6.5.3.

Tabla 6.5.3. ANOVA Área viso-espacial						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Percepc. visual	Inter-grupos	365,659	1	365,659	1,327	,254
	Intra-grupos	16805,769	61	275,504		
	Total	17171,429	62			
Orientac. espacial	Inter-grupos	341,883	1	341,883	1,748	,191
	Intra-grupos	11929,545	61	195,566		
	Total	12271,429	62			

NS = no significativo ($p > ,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

A continuación, podemos observar en la Figura 6.5.1, el rendimiento neuropsicológico de las mujeres maltratadas en función de la convivencia, en el área viso-espacial. En el subtest *percepción visual* y el subtest *orientación espacial*, las mujeres maltratadas obtienen las puntuaciones más bajas cuando viven solas que cuando están acompañadas.

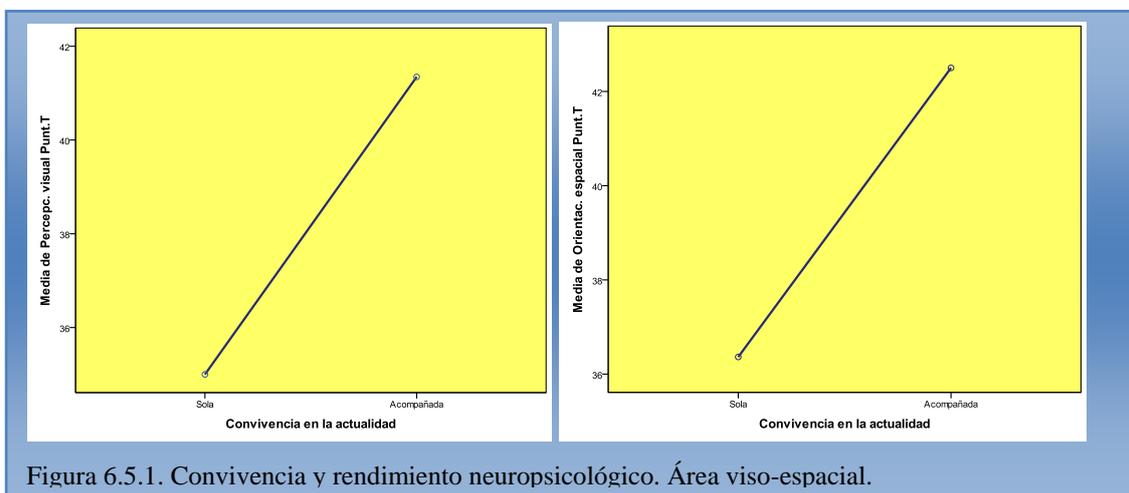


Figura 6.5.1. Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área viso-espacial.

ÁREA DEL LENGUAJE

En el test *habla receptiva* las puntuaciones que se han obtenido son $F_{(41,61)} = ,732$ con una $p\text{-sig} = ,395$, por lo que podemos concluir que no existe relación directa entre la convivencia y el rendimiento neuropsicológico.

En la ejecución del test de *habla expresiva* se obtiene una $F_{(1,61)} = ,647$ con una $p\text{-sig} = ,424$, que nos permite concluir que no existe relación directa entre la convivencia y el rendimiento neuropsicológico, como podemos ver en la Tabla 6.5.4.

Tabla 6.5.4. ANOVA Área de lenguaje						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Habla receptiva	Inter-grupos	83,534	1	83,534	,732	,395
	Intra-grupos	6957,736	61	114,061		
	Total	7041,270	62			
Habla expresiva	Inter-grupos	73,729	1	73,729	,647	,424
	Intra-grupos	6950,874	61	113,949		
	Total	7024,603	62			

NS = no significativo ($p > ,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

Si observamos la Figura 6.5.2, las gráficas del rendimiento neuropsicológico de las mujeres víctimas de maltrato en función de la convivencia en el área del lenguaje, en el subtest *habla receptiva* obtienen las puntuaciones más altas cuando viven solas que cuando están acompañadas y sin embargo, en el subtest *habla expresiva*, las mujeres víctimas de maltrato obtienen las puntuaciones más altas cuando están acompañadas.

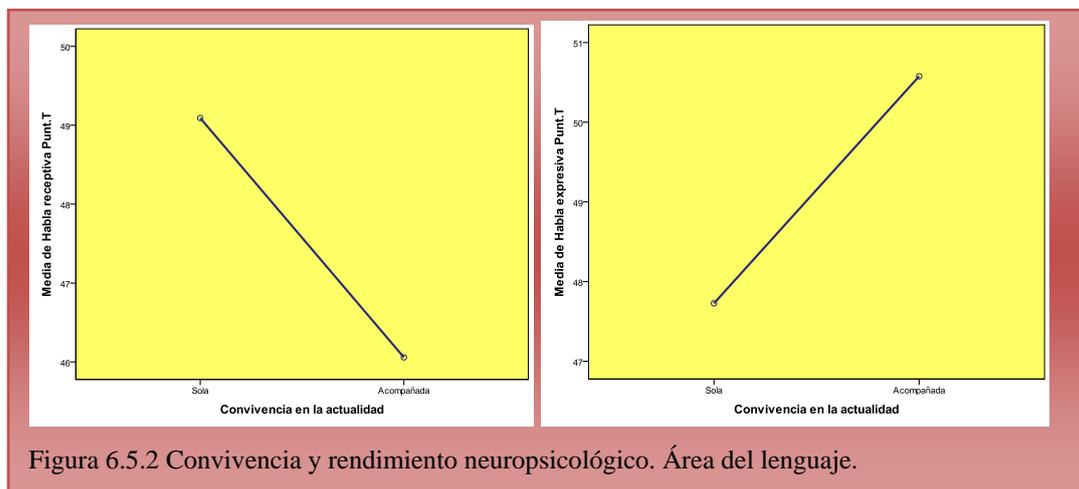


Figura 6.5.2 Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área del lenguaje.

En el test *memoria inmediata* se ha obtenido una $F_{(1,61)}=1,964$, lo que nos permite concluir con una $p\text{-sig}=.166$ que nuestros datos aportan la evidencia estadística de que no existe relación directa entre la convivencia y el rendimiento neuropsicológico.

En el test de *memorización lógica* el valor que se obtiene es $F_{(1,61)}=1,632$, lo que nos permite concluir con una $p\text{-sig}=.206$ que no existe relación directa entre la convivencia y el rendimiento neuropsicológico, como podemos ver en la Tabla 6.5.5.

Tabla 6.5.5. ANOVA Área de la memoria						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Memoria inmediata	Inter-grupos	432,970	1	432,970	1,964	,166
	Intra-grupos	13448,776	61	220,472		
	Total	13881,746	62			
Memorización lógica	Inter-grupos	579,557	1	579,557	1,632	,206
	Intra-grupos	21661,713	61	355,110		
	Total	22241,270	62			
NS = no significativo ($p>.050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%						

A continuación, en la Figura 6.5.3, podemos observar el rendimiento neuropsicológico de las mujeres maltratadas, en función de la convivencia, en el área de memoria.

En el caso de la *memoria inmediata* las puntuaciones más bajas se obtienen cuando no existe ningún tipo de convivencia (hijos, pareja, padres, etc.) y las más altas cuando sí existe algún tipo de convivencia.

En el caso del subtest *memorización lógica* las puntuaciones más bajas se obtienen cuando viven solas y las más altas cuando conviven con otras personas.

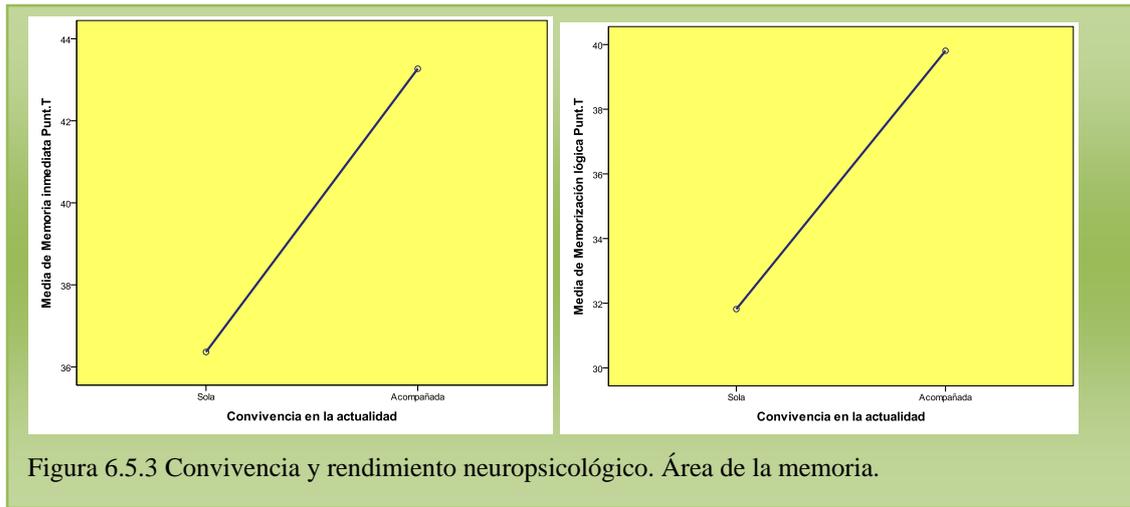


Figura 6.5.3 Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área de la memoria.

ÁREA DE PROCESOS INTELECTUALES

En *Dibujos temáticos* se ha obtenido una $F_{(1,61)} = ,459$, lo que nos permite concluir con una $p\text{-sig} = ,501$ que no existe relación directa entre la convivencia y el rendimiento neuropsicológico.

En *Actividad conceptual y discursiva* se ha obtenido el valor de $F_{(1,61)} = ,869$ con una $p\text{-sig} = ,355$, que nos permite concluir que no existe relación directa la convivencia y el rendimiento neuropsicológico en este área, como podemos ver en la Tabla 6.5.6.

Tabla 6. 5.6. ANOVA Área de procesos intelectuales						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Dibujos temáticos	Inter-grupos	102,298	1	102,298	,459	,501
	Intra-grupos	13590,559	61	222,796		
	Total	13692,857	62			
Actividad conceptual y discursiva	Inter-grupos	88,914	1	88,914	,869	,355
	Intra-grupos	6242,832	61	102,342		
	Total	6331,746	62			

NS = no significativo ($p > ,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

A continuación, podemos observar el rendimiento neuropsicológico de las mujeres maltratadas, en función de la convivencia, en el área de memoria en la Figura 6.5.4. En el caso de *dibujos temáticos*, las puntuaciones más bajas se obtienen cuando

viven solas y las más altas por lo tanto, cuando están acompañadas. Al igual que en el caso del subtest *actividad conceptual y discursiva*, donde las puntuaciones más bajas se obtienen cuando viven solas y las más altas cuando están acompañadas.

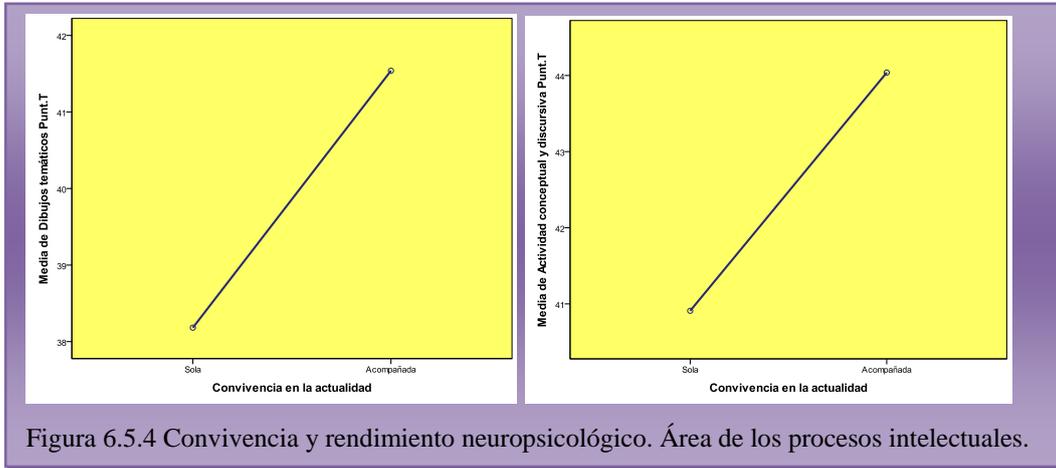


Figura 6.5.4 Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área de los procesos intelectuales.

PRUEBA DE ATENCIÓN

En el test *Control atencional* se ha obtenido una $F_{(1,61)} = 2,256$, lo que nos permite concluir con una $p\text{-sig} = ,138$ que no existe relación directa entre la convivencia y el rendimiento neuropsicológico, como podemos ver en la Tabla 6.5.7.

Tabla 6.5.7. ANOVA Prueba de atención						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Control atencional	Inter-grupos	764,860	1	764,860	2,256	,138
	Intra-grupos	20685,140	61	339,101		
	Total	21450,000	62			
NS = no significativo ($p > ,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%						

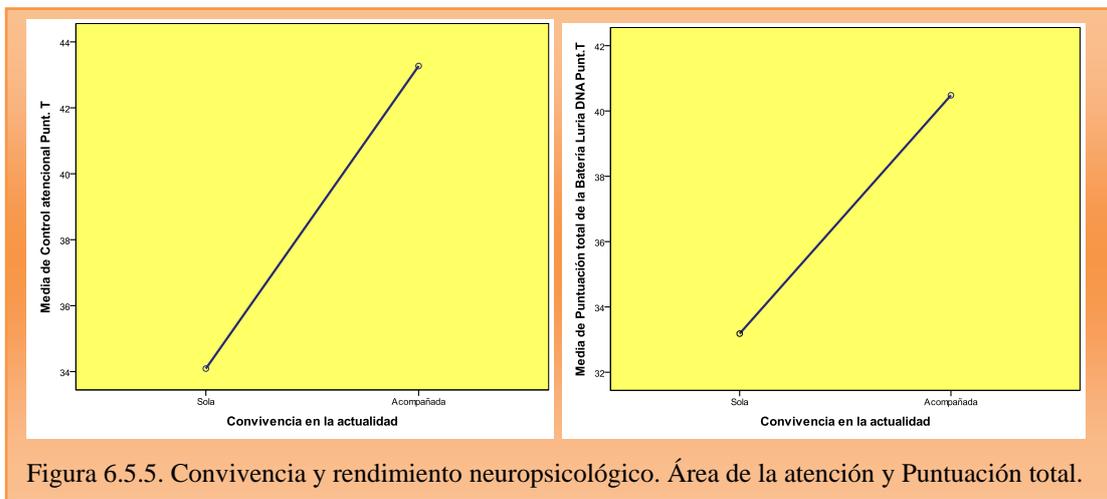
PUNTUACIÓN TOTAL

En la *puntuación total de la batería Luria DNA* se ha obtenido una $F_{(1,61)}=1,515$, que nos permite concluir con una $p\text{-sig}=,223$ que no existe relación directa entre la convivencia y el rendimiento neuropsicológico, como podemos ver en la Tabla 6.5.8.

Tabla 6.5.8. ANOVA Puntuación total						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Punt. total Luria DNA	Inter-grupos	483,700	1	483,700	1,515	,223
	Intra-grupos	19476,617	61	319,289		
	Total	19960,317	62			
NS = no significativo ($p>,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%						

Por último, se puede ver de forma representativa en la Figura 6.5.5, el efecto de la convivencia en el rendimiento neuropsicológico, en la prueba de atención y la puntuación total. En el caso del control atencional las puntuaciones más bajas se obtienen cuando la mujer maltratada no convive con nadie.

En la puntuación total, los resultados obviamente están en la línea de lo que hemos venido comentando, que las puntuaciones más altas se observan cuando la mujer está acompañada.



Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, podemos concluir que se cumple la hipótesis planteada: “Las mujeres víctimas de maltrato que disponen de una red social cuando salen de la situación de maltrato, obtienen puntuaciones superiores en la batería Luria DNA”.

6.6 Relación entre la convivencia y el rendimiento neuropsicológico.

Hipótesis nº 4. “El tipo red social de las mujeres víctimas de maltrato cuando salen de la situación de maltrato influye en los resultados en la batería Luria DNA”.

Analizando los valores de las medias estimadoras de los parámetros μ que están implicados en el contraste, vemos que en todas las pruebas evaluadas, las puntuaciones más elevadas se registran en la convivencia con los hijos y las más bajas cuando la mujer vive sola; cuando la mujer vive con sus padres, las puntuaciones son más altas que cuando vive con su pareja, dependiendo del área que se esté midiendo. Las puntuaciones son mayores en el caso de la convivencia con los padres comparándolas con la convivencia con la pareja en todas las áreas a excepción del área de memoria y procesos intelectuales, en concreto en los subtest de memorización lógica y actividad conceptual, como podemos ver en la Tabla 6.6.1.

Tabla 6.6.1. Estadísticos descriptivos. Tipo de convivencia y Luria DNA									
Subtest	Convivencia	N	Media	Desv. típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%		Mínimo	máximo
						Lím. inferior	Lim. superior		
Percepción visual	Sola	11	35,00	17,176	5,179	23,46	46,54	10	55
	Pareja	10	40,00	11,785	3,727	31,57	48,43	20	55
	Hijos	22	41,82	20,151	4,296	32,88	50,75	0	80
	Padres	14	41,43	14,862	3,972	32,85	50,01	15	65
	Otros	9	41,11	12,937	4,312	31,17	51,06	20	65
	Total	43	40,23	15,772	2,405	35,38	45,09	10	80
Orientación espacial	Sola	11	36,36	10,975	3,309	28,99	43,74	20	50
	Pareja	10	37,50	16,874	5,336	25,43	49,57	10	60

	Hijos	22	44,77	12,581	2,682	39,19	50,35	20	65
	Padres	14	40,36	17,261	4,613	30,39	50,32	10	65
	Otros	9	44,44	8,819	2,940	37,67	51,22	35	60
	Total	66	41,29	13,793	1,698	37,90	44,68	10	65
Habla receptiva	Sola	11	49,09	11,580	3,491	41,31	56,87	35	70
	Pareja	10	44,00	11,255	3,559	35,95	52,05	20	60
	Hijos	22	46,36	9,902	2,111	41,97	50,75	35	65
	Padres	14	44,29	10,535	2,816	38,20	50,37	20	60
	Otros	9	51,11	9,610	3,203	43,72	58,50	35	65
	Total	66	46,67	10,464	1,288	44,09	49,24	20	70
Habla expresiva	Sola	11	47,73	11,261	3,395	40,16	55,29	35	70
	Pareja	10	48,50	13,550	4,285	38,81	58,19	30	70
	Hijos	22	50,23	8,519	1,816	46,45	54,00	35	60
	Padres	14	49,64	11,345	3,032	43,09	56,19	30	65
	Otros	9	51,11	12,937	4,312	41,17	61,06	30	75
	Total	66	49,55	10,768	1,325	46,90	52,19	30	75
Memoria inmediata	Sola	11	36,36	15,507	4,675	25,95	46,78	10	60
	Pareja	10	40,00	12,472	3,944	31,08	48,92	20	60
	Hijos	22	44,09	13,420	2,861	38,14	50,04	25	65
	Padres	14	43,57	18,752	5,012	32,74	54,40	10	70
	Otros	9	41,11	15,964	5,321	28,84	53,38	15	60
	Total	66	41,67	15,047	1,852	37,97	45,37	10	70
Memorización lógica	Sola	11	31,82	22,054	6,649	17,00	46,63	0	70
	Pareja	10	38,00	23,476	7,424	21,21	54,79	0	65
	Hijos	22	39,77	15,077	3,215	33,09	46,46	5	60
	Padres	14	36,07	17,004	4,545	26,25	45,89	0	65
	Otros	9	45,00	22,500	7,500	27,70	62,30	10	70
	Total	66	38,11	18,969	2,335	33,44	42,77	0	70
Dibujos temáticos	Sola	11	38,18	15,045	4,536	28,07	48,29	20	60
	Pareja	10	38,00	18,439	5,831	24,81	51,19	0	60
	Hijos	22	43,86	13,357	2,848	37,94	49,79	20	65
	Padres	14	40,00	15,933	4,258	30,80	49,20	10	60
	Otros	9	37,78	15,635	5,212	25,76	49,80	10	60
	Total	66	40,38	15,072	1,855	36,67	44,08	0	65
Actividad conceptual	Sola	11	40,91	8,893	2,681	34,93	46,88	25	60
	Pareja	10	44,50	9,846	3,114	37,46	51,54	30	60
	Hijos	22	44,55	10,791	2,301	39,76	49,33	30	75
	Padres	14	42,14	10,690	2,857	35,97	48,32	30	70
	Otros	9	41,67	11,180	3,727	33,07	50,26	25	65
	Total	66	43,03	10,186	1,254	40,53	45,53	25	75
Control atencional	Sola	11	34,09	22,563	6,803	18,93	49,25	0	60
	Pareja	10	33,50	25,717	8,133	15,10	51,90	0	60
	Hijos	22	46,59	14,175	3,022	40,31	52,88	0	60
	Padres	14	45,71	15,915	4,254	36,53	54,90	10	60
	Otros	9	36,67	13,693	4,564	26,14	47,19	15	55

	Total	66	40,98	18,527	2,281	36,43	45,54	0	60
Puntuación total	Sola	11	33,18	16,624	5,012	22,01	44,35	5	65
	Pareja	10	34,50	20,877	6,602	19,57	49,43	0	60
	Hijos	22	42,05	16,879	3,599	34,56	49,53	20	75
	Padres	14	39,29	19,101	5,105	28,26	50,31	5	70
	Otros	9	40,00	17,854	5,951	26,28	53,72	15	65
	Total	66	38,56	17,862	2,199	34,17	42,95	0	75

A continuación pasaremos a explicar los resultados de la ejecución de la batería Luria DNA, los cuales reflejan en qué modo, el tipo de convivencia que mantienen las mujeres maltratadas, después de salir de la situación de maltrato, influye en el rendimiento neuropsicológico. Como se puede observar, no se han detectado diferencias que puedan ser significativas en la ejecución de los diferentes subtest que componen la batería Luria DNA a excepción del área de *control atencional*, esta diferencia es significativa al 1%, como podemos ver en la Tabla 6.6.2.

Tabla 6.6.2. Prueba de homogeneidad de varianzas				
	Estadístico de Levene	gl1	gl2	sig
Percepción visual.	,765	4	61	,552 ^{NS}
Orientación espacial	2,248	4	61	,074 ^{NS}
Habla receptiva	,249	4	61	,909 ^{NS}
Habla expresiva	,715	4	61	,585 ^{NS}
Memoria inmediata	1,060	4	61	,384 ^{NS}
Memorización lógica	1,865	4	61	,128 ^{NS}
Dibujos temáticos	,289	4	61	,884 ^{NS}
Actividad conceptual y discursiva	,337	4	61	,852 ^{NS}
Control atencional	4,430	4	61	,003**
Total Luria DNA	,437	4	61	,781 ^{NS}

La significación de la diferencia comentada en el párrafo anterior y el resto de las diferencias se deducen del ANOVA, como podemos ver en las Tablas 6.6.3 a 6.6. 8.

Los resultados son los que comentaremos a continuación, teniendo en cuenta las áreas de la batería Luria DNA.

ÁREA VISO-ESPACIAL

En el test de *percepción visual*, como podemos ver en la Tabla 6.6.3 con un resultado $F_{(4,61)} = ,346$, nos permite concluir con una $p\text{-sig} = ,846$, que no existe una relación directa entre la convivencia y el rendimiento neuropsicológico.

En el test de *orientación espacial* se ha obtenido una $F_{(4,61)} = 1,026$, lo que nos permite concluir con una $p\text{-sig} = ,401$, que no existe relación directa entre la convivencia y el rendimiento neuropsicológico.

Tabla 6.6.3. ANOVA Área viso-espacial						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Percepc. visual	Inter-grupos	384,001	4	96,000	,346	,846
	Intra-grupos	16937,590	61	277,665		
	Total	17321,591	65			
Orientac. espacial	Inter-grupos	779,185	4	194,796	1,026	,401
	Intra-grupos	11586,346	61	189,940		
	Total	12365,530	65			

NS = no significativo ($p > ,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

A continuación, podemos observar de forma gráfica en la Figura 6.6.1, el rendimiento neuropsicológico de las mujeres víctimas de maltrato en función del tipo de convivencia en el área viso-espacial. En el subtest *percepción visual* y el subtest *orientación espacial*, las mujeres víctimas de maltrato, obtienen las puntuaciones más bajas cuando viven solas y las más altas cuando la convivencia es con los hijos.

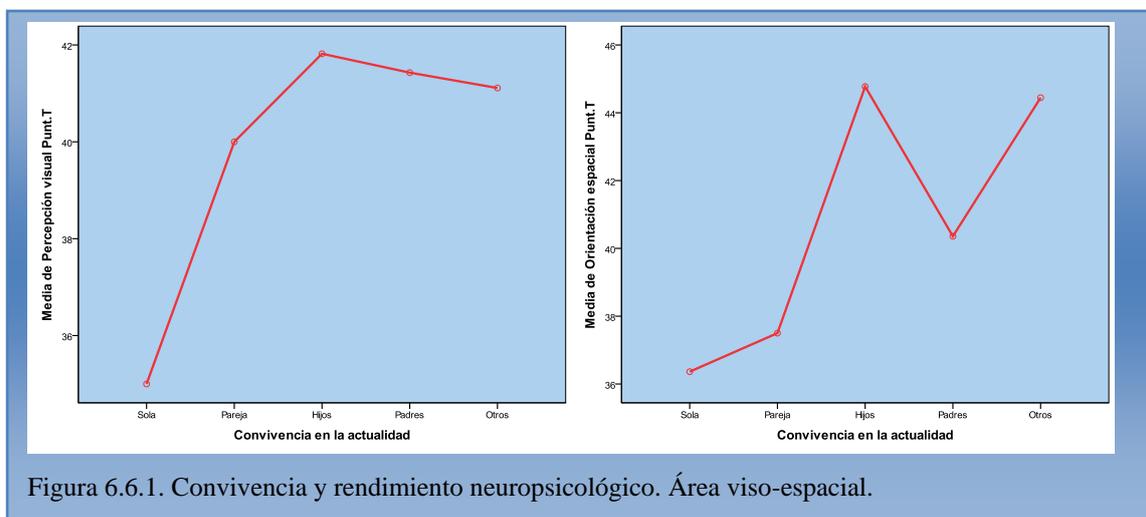


Figura 6.6.1. Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área viso-espacial.

ÁREA DEL LENGUAJE

En el test *habla receptiva* las puntuaciones que se han obtenido son $F_{(4,61)} = ,896$ con una $p\text{-sig} = ,472$, por lo que podemos concluir que no existe relación directa entre el tipo de convivencia y el rendimiento neuropsicológico.

En la ejecución del test de *habla expresiva* se obtiene una $F_{(4,61)} = ,163$ con una $p\text{-sig} = ,956$, nos permite concluir que no existe relación directa entre el tipo de convivencia y el rendimiento neuropsicológico como podemos ver en la Tabla 6.6.4.

Tabla 6.6.4. ANOVA Área de lenguaje

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Habla receptiva	Inter-grupos	394,921	4	98,730	,896	,472
	Intra-grupos	6721,746	61	110,193		
	Total	7116,667	65			
Habla expresiva	Inter-grupos	79,715	4	19,929	,163	,956
	Intra-grupos	7456,649	61	122,240		
	Total	7536,364	65			

NS = no significativo ($p > ,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

Si observamos la Figura 6.6.2, el rendimiento neuropsicológico de las mujeres maltratadas, en el área de lenguaje, teniendo en cuenta el tipo de convivencia, son los que vamos a comentar a continuación.

En *habla receptiva*, las mujeres maltratadas que conviven con su pareja o con sus padres obtienen las puntuaciones más bajas, seguida aquellas mujeres que conviven con sus hijos y las puntuaciones más altas las obtienen las mujeres que no conviven con nadie o conviven con otras personas.

En *habla expresiva*, las mujeres maltratadas puntúan más bajo cuando no conviven con nadie, seguido de aquellas mujeres que conviven con su pareja y las puntuaciones más altas se obtienen, cuando conviven con sus hijos y con otras personas que no son las mencionadas (amigos, compañeros, etc.).

En cuanto al habla expresiva, las puntuaciones más bajas se obtienen cuando viven solas, y las más altas cuando viven con otras personas, seguida de la convivencia con los hijos.

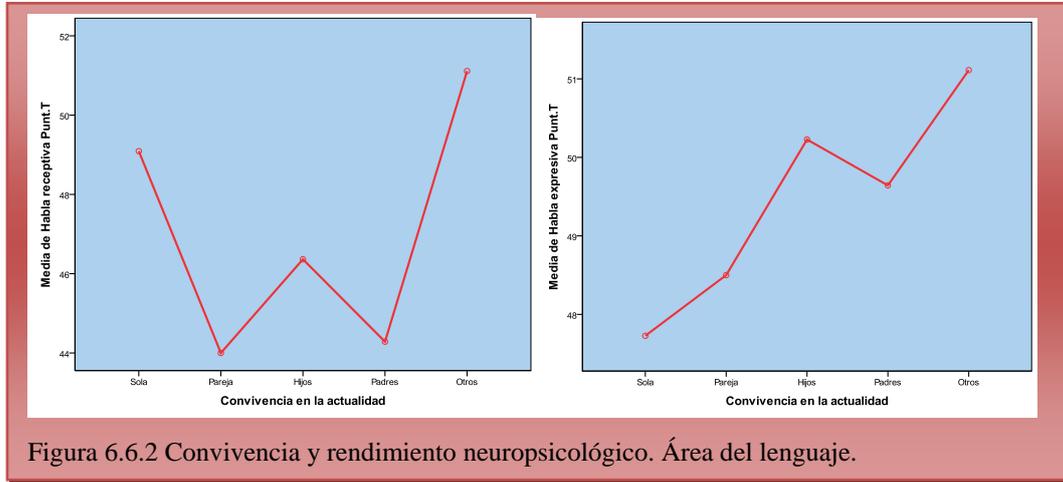


Figura 6.6.2 Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área del lenguaje.

En el test *memoria inmediata* se ha obtenido una $F_{(4,61)}=,559$, lo que nos permite concluir con una $p\text{-sig}=,694$ que nuestros datos aportan la evidencia estadística de que no existe relación directa entre el tipo de convivencia y el rendimiento neuropsicológico.

En el test de *memorización lógica* el valor que se obtiene es $F_{(4,61)}=,668$, lo que nos permite concluir con una $p\text{-sig}=,617$ que no existe relación directa entre el tipo de convivencia y el rendimiento neuropsicológico, como podemos ver en la Tabla 6.6.5.

Tabla 6.6.5. ANOVA Área de la memoria						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Memoria inmediata	Inter-grupos	519,986	4	129,996	,559	,694
	Intra-grupos	14196,681	61	232,732		
	Total	14716,667	65			
Memorización lógica	Inter-grupos	981,829	4	245,457	,668	,617
	Intra-grupos	22406,429	61	367,319		
	Total	23388,258	65			
NS = no significativo ($p>,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%						

A continuación podemos observar el rendimiento neuropsicológico de las mujeres víctimas de maltrato en función del tipo de convivencia, en el área de memoria.

En el caso de la *memoria inmediata* las puntuaciones más bajas se obtienen cuando no existe convivencia y las más altas cuando esta convivencia es con los hijos.

En el caso del subtest *memorización lógica* las puntuaciones más bajas se obtienen cuando viven solas y las más altas cuando conviven con otras personas que no son familiares o pareja como podemos ver en la Figura 6.6.3.

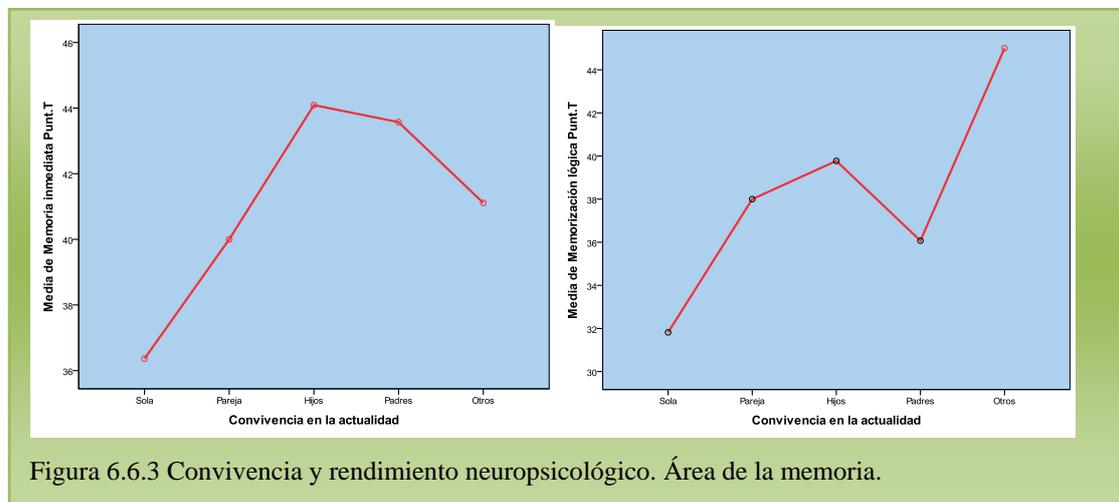


Figura 6.6.3 Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área de la memoria.

ÁREA DE PROCESOS INTELECTUALES

En *Dibujos temáticos* se ha obtenido una $F_{(4,61)} = ,468$, lo que nos permite concluir con una $p\text{-sig} = ,759$ que no existe relación directa entre tipo de convivencia y el rendimiento neuropsicológico.

En *Actividad conceptual y discursiva* el valor de $F_{(4,61)} = ,345$ con una $p\text{-sig} = ,846$ nos permite concluir que no existe relación directa entre el tipo de convivencia y el rendimiento neuropsicológico, como podemos ver en la Tabla 6.6.6.

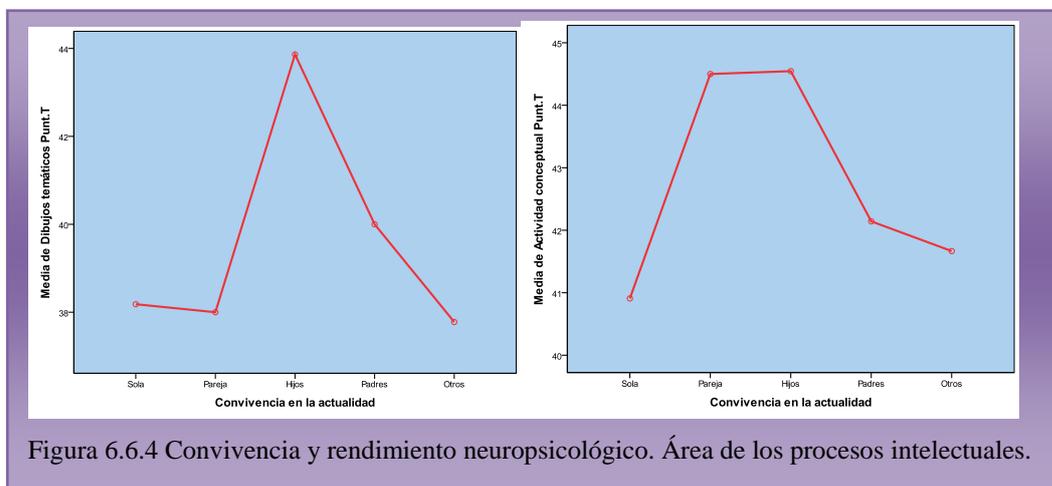
Tabla 6.6.6. ANOVA Área de procesos intelectuales						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Dibujos temáticos	Inter-grupos	439,747	4	109,937	,468	,759
	Intra-grupos	14325,783	61	234,849		
	Total	14765,530	65			
Actividad conceptual y discursiva	Inter-grupos	149,361	4	37,340	,345	,846
	Intra-grupos	6594,578	61	108,108		
	Total	6743,939	65			

NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

A continuación, en la Figura 6.6.4 podemos observar el rendimiento neuropsicológico de las mujeres víctimas de maltrato en función del tipo de convivencia, en el área de los procesos intelectuales.

En el caso de *dibujos temáticos* las puntuaciones más bajas se obtienen cuando no existe convivencia y las más altas cuando esta convivencia es con los hijos.

En el caso del subtest *actividad conceptual y discursiva* las puntuaciones más bajas se obtienen cuando viven solas y las más altas cuando conviven con la pareja o con los hijos.



PRUEBA DE ATENCIÓN

En el test de *Control atencional* se ha obtenido una $F_{(4,61)}=1,715$, lo que nos permite concluir con una $p\text{-sig}=,158$ que no existe relación directa entre el tipo de convivencia y el rendimiento neuropsicológico, como podemos ver en la Tabla 6.6.7.

Tabla 6.6.7. ANOVA Prueba de atención						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Control atencional	Inter-grupos	2255,400	4	563,850	1,715	,158
	Intra-grupos	20055,584	61	328,780		
	Total	22310,985	65			
NS = no significativo ($p>,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%						

PUNTUACIÓN TOTAL

Como podemos ver en la Tabla 6.6.8, en la *puntuación total de la batería Luria DNA* se ha obtenido una $F_{(4,61)}=,993$, que nos permite concluir con una $p\text{-sig}=,669$ que no existe relación directa entre el tipo de convivencia y el rendimiento neuropsicológico.

Tabla 6.6.8. ANOVA Puntuación total						
		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Punt. total Luria DNA	Inter-grupos	776,310	4	194,077	,593	,669
	Intra-grupos	19961,948	61	327,245		
	Total	20738,258	65			
NS = no significativo ($p>,050$) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%						

Por último, se puede ver de forma representativa el efecto de la convivencia en el rendimiento neuropsicológico en la prueba de atención y la puntuación total. En el caso del control atencional las puntuaciones más bajas se obtienen cuando la convivencia es con la pareja seguida de cuando no existe convivencia, y las más altas cuando la convivencia es con los hijos.

En la puntuación total los resultados están en la línea de lo que hemos venido comentando, que las puntuaciones más altas son en el caso de la convivencia con los hijos y las más bajas cuando no existe convivencia, como podemos ver en la Figura 6.6.5.

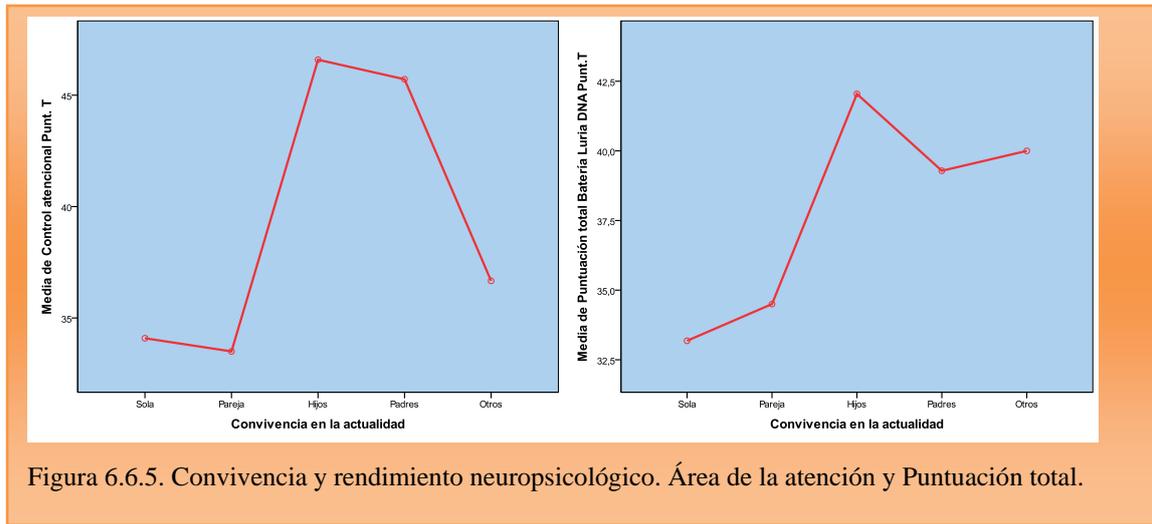


Figura 6.6.5. Convivencia y rendimiento neuropsicológico. Área de la atención y Puntuación total.

Todo lo comentado nos lleva a afirmar que, el tipo de convivencia no influye en el rendimiento neuropsicológico. Por lo tanto no se cumple la hipótesis planteada en nuestra investigación. “*El tipo red social de las mujeres víctimas de maltrato cuando salen de la situación de maltrato influye en los resultados en la batería Luria DNA*”.

CAPÍTULO VII: DISCUSIÓN

7 DISCUSIÓN

En un primer momento, vamos a comentar algunos aspectos de la parte descriptiva de la investigación, que facilitan la contextualización de los resultados que hemos obtenido, teniendo en cuenta las variables sociodemográficas de la muestra.

Respecto al *tamaño de muestra*, es cierto que los estudios revisados para esta investigación difieren mucho en este aspecto, nuestra investigación partía de una muestra de más de 230 participantes en la que tuvieron que eliminarse un importante número de casos debido a que no cumplían los criterios establecidos. A pesar de esto, la muestra cumple el criterio de normalidad estando formada por el mismo número de mujeres en el grupo experimental y en el grupo control, que como ya se ha señalado, suman un total de 136 participantes.

La *procedencia de las mujeres* que han colaborado en la investigación, como ya se ha comentado anteriormente, en el caso de las mujeres maltratadas, debido a sus características y dificultades que conlleva el maltrato, eran derivadas en su mayor parte de entidades públicas y privadas que trabajan con esta población, por lo que la muestra pudiera estar sesgada hacia el grupo de mujeres con menos recursos.

El *nivel educativo* incluye todos los niveles que se han tenido en cuenta en la investigación, pero como ya se ha comentado en el caso de las mujeres maltratadas tienen menor nivel educativo y esto pudiera estar influyendo, en cierta medida, en los resultados obtenidos. Esta es una característica común a otros estudios, podemos hacer referencia entre otros, a los realizados por Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta (1996), en los que el nivel de estudios de estas mujeres predominan aquellas que tienen estudios primarios sobre las que no tienen estudios, pero como ya se ha demostrado en otras ocasiones, también sufren el maltrato quienes tienen estudios universitarios y esto

también se ha detectado en nuestra investigación, por lo que las conclusiones son las mismas, es decir, el maltrato se produce en todos los niveles educativos.

Por otra parte, en relación con la variable situación laboral, en nuestra muestra el mayor porcentaje de mujeres estaban trabajando por cuenta ajena, por lo que podemos pensar que cuentan con una cierta red social que es esencial para un mejor ajuste emocional y facilita una mayor independencia económica del maltratador. En otros estudios, tampoco hay diferencias significativas entre el grupo de mujeres que son amas de casa y las que desempeñan otro tipo de profesiones no relacionadas con el servicio doméstico (Echeburúa *et al.*, 1996). En la línea de otras investigaciones, se pone de manifiesto que la dependencia económica no parece ser una variable que haga permanecer a las mujeres con el maltratador, es más bien el vínculo afectivo lo que hace que permanezcan al lado de su verdugo. En muchas ocasiones, mujeres con un perfil que se considera independiente socialmente, al igual que aquellas mujeres que son más dependientes, paradójicamente desarrollan un vínculo afectivo que va haciéndose gradualmente más fuerte, lo que hace que incluso acepten los motivos del agresor para perpetuar la violencia e incluso, crean en su arrepentimiento lo que provoca que les perdonen en numerosas ocasiones e incluso, retiran las denuncias interpuestas o paralizan los procesos judiciales (Montero 2001).

La variable *edad* se ha tenido en cuenta ya que influye en el rendimiento neuropsicológico. El rango de edad (16-65 años) permite poder evaluar a las mujeres en edades en las que las capacidades cognitivas, en principio, no están alteradas. En este sentido, la edad de la muestra evaluada está en la línea de otras investigaciones. El mayor número de mujeres se concentra entre los 30 y 40 años. Como ya se ha señalado, en otras investigaciones realizadas, la media de edad de estas mujeres está en torno a los 37-38 años (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996).

Otra variable que se ha evaluado es el *estado civil*, en nuestro caso, el mayor porcentaje de mujeres estaban separadas/divorciadas o en trámites de separación, esto marca una diferencia con los estudios realizados en décadas anteriores en los que predominaban el número de mujeres casadas seguidas de aquellas que estaban en trámites de separación (Echeburúa *et al.*, 1996), por lo que podemos pensar que se está produciendo un cambio en la situación de la mujer maltratada.

Realizada esta breve reseña de la parte descriptiva de la investigación, ahora pasaremos a abordar la parte relacionada con las hipótesis y los objetivos planteados en nuestra investigación.

Como recordaremos, se pretendía averiguar en qué medida las mujeres maltratadas presentan un patrón de rendimiento neuropsicológico diferente al que presentan las mujeres no maltratadas y partiendo de esta premisa se definieron los objetivos e hipótesis.

✚ *Hipótesis 1: Las mujeres víctimas de maltrato obtienen puntuaciones inferiores en la ejecución de la batería Luria DNA en comparación con las mujeres que no han sufrido maltrato.*

Los estudios existentes sobre la prevalencia de déficits neuropsicológicos hacen referencia a dificultades cognitivas graves, que tienen una clara relación con el funcionamiento cotidiano de las mujeres maltratadas, como son los trastornos de memoria, atención y concentración (ser fácilmente distraídas, dificultades en la concentración, de recuerdo de acontecimientos cotidianos, atención dividida y atención sostenida), habilidades visoconstructivas, velocidad de procesamiento motor, velocidad de fluidez y función ejecutiva (toma de decisiones e inhibición de respuestas) presentes tras la situación de maltrato físico (Browne, 1993; Jackson, Philip, Nuttall y Diller, 2002;

Stein, Kennedy y Twamley, 2002; Twamley, Allard, Thorp, Norman, Hami Cissell, Huhes Berardi, Grimes y Stein, 2009; Valera y Berenbaum, 2003).

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos, las mujeres víctimas de maltrato, comparándolas con el grupo control, obtienen un rendimiento menor en la ejecución de la batería Luria DNA. Podemos deducir que no sólo las secuelas emocionales persisten en el tiempo, sino que también está presente un claro deterioro cognitivo en las mujeres víctimas de maltrato. En este sentido, en comparación con el grupo control, se ha podido demostrar la existencia de diferencias en la ejecución de las pruebas en la batería Luria DNA, presentando en todas ellas, el grupo de mujeres maltratadas, un rendimiento inferior, lo que demuestra que existe dicha afectación neuropsicológica en las diferentes áreas evaluadas, esto es, en el área viso-espacial (percepción visual y orientación espacial), área del lenguaje (habla receptiva y habla expresiva), área de la memoria (memoria inmediata y memoria lógica), área intelectual (dibujos temáticos y actividad conceptual) y en la prueba de atención (control atencional). Por lo tanto, podemos afirmar que estos resultados están en la línea de otras investigaciones, que han detectado que las mujeres víctimas de maltrato pueden presentar una gran diversidad de problemas cognitivos relacionados con el maltrato físico, el maltrato psicológico y el estrés crónico que dicho maltrato produce (Jackson, Philip, Nuttall y Diller, 2002; Kwako, Glass, Campbell, Melvin, Barr, y Gill, 2011). Por otra parte, otros estudios más actuales (Hidalgo-Ruzzante *et al.*, 2012) donde se analiza la evaluación del sesgo atencional en las palabras neutras que presentaban contenido de maltrato en mujeres víctimas de violencia física y psicológica, confirman que a mayor contenido emocional de la palabra, mayor es el tiempo que tarda en responder. En relación con este aspecto, en nuestra investigación se observa un rendimiento más bajo en la prueba de atención en las mujeres maltratadas, pero debemos señalar que nuestra evaluación neuropsicológica es neutra en cuanto a ítems de contenido de maltrato, por lo que las

repuestas emitidas no están influenciadas por una carga emocional asociada a la situación de violencia.

Investigaciones como la realizada por Margolin (1988), señalan que los síntomas psicológicos presentes en las víctimas que han sufrido maltrato, se deben considerar como secuelas del mismo y no como características anteriores a la situación de violencia. Así mismo, en nuestro estudio hemos encontrado que existen diferencias entre el grupo de mujeres víctimas de maltrato y el grupo de mujeres control. Esto puede significar que la variable que hace que el rendimiento neuropsicológico sea menor, es el maltrato sufrido y no determinadas características presentes en la mujer.

En este sentido, en comparación con el grupo control, se han observado diferencias significativas en la ejecución de las pruebas, siempre con un rendimiento inferior el grupo de mujeres maltratadas; lo que puede permitir concluir que existe afectación en las diferentes áreas que evalúa la Luria-DNA en este grupo de mujeres.

Hipótesis 2: El rendimiento neuropsicológico en la ejecución de la batería Luria DNA es inferior cuando la duración del maltrato es más prolongada”.

Respecto a la *duración de la situación de maltrato*, los datos van en la misma línea que investigaciones anteriores. Las mujeres víctimas de maltrato permanecen en esta situación, por término medio, durante un periodo de 10 años (Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Sauca, y Emparanza, 1994). En nuestra investigación, un 39% de las víctimas de violencia mantuvieron una relación con el maltratador de más de 10 años.

Anteriores investigaciones apuntaban a que es posible que determinadas características de personalidad, como señalan Echeburúa y Corral (1995), puedan facilitar que la violencia continúe a lo largo de los años, habituarse a dicha situación, contrariamente a lo que podríamos pensar, no protege más a la víctima de posibles consecuencias psicológicas, sino que la anula y la incapacita todavía más, agravando

mucho más dicha situación, y siendo cada vez más difícil que salga de ese círculo de violencia. Cuando la experiencia de maltrato es prolongada pueden detectarse déficit de habilidades sociales y de asertividad, escasa capacidad de iniciativa, incapacidad para tomar decisiones, inseguridad, un mayor sometimiento al grupo y a sus normas, mayor facilidad para conformarse y sentimientos de culpabilidad en las mujeres maltratadas (Cerezo, 2000), es posible que los pensamientos negativos sobre sí mismas y la baja autoestima, aumenten el riesgo de depresión (Aguilar, Nightingale y Barnett, 2001), dificultades para adaptarse a la vida cotidiana y un mayor riesgo de suicidio (Amor *et al.*, 2002, 2006; Mertin y Mohr, 2000; Moscicki, 1989).

Existen estudios sobre las relaciones de pareja en situaciones de violencia que demuestran que a pesar de la insatisfacción marital, algunas mujeres continúan viendo aspectos positivos en la relación, lo que dificulta salir de esa situación debido a que puede estar relacionado con expresiones de afecto y cohesión (Davins, Bartolomé, Salamaro, y Pérez Testor, 2010).

Por otra parte, aquellas mujeres maltratadas que estaban en proceso de separación del agresor y quienes habían sufrido la violencia más recientemente presentaban más síntomas de ansiedad, depresión y más baja autoestima, sintiéndose más inseguras que aquellas mujeres que aun habiendo sufrido la violencia se habían separado del agresor y habían conseguido rehacer su vida (Matud, 2004).

Investigaciones posteriores han tratado de encontrar una explicación a la permanencia de la mujer en la situación de maltrato, refiriéndose a los vínculos paradójicos que se producen entre la víctima y el agresor (Montero, 2001), en los cuales se tienen en cuenta aspectos afectivos o emocionales presentes en el contexto del entorno traumático o haciendo referencia a características similares al “Síndrome de Estocolmo” cuyos mecanismos psicológicos pueden ser determinantes en la formación de un vínculo

afectivo de dependencia (Strentz, 1980; Montero, 1999). Por tanto, en numerosas ocasiones, se puede observar en mujeres maltratadas, que se supone que tienen una independencia personal o económica, además de la posibilidad de acceder a recursos para salir de la situación, que continúan en relaciones íntimas en las que sufren violencia. Estas mujeres, que en otras áreas de la vida son capaces de desenvolverse con cierto éxito, tanto social como profesional, se sienten incapaces de denunciar a sus agresores y abandonar la relación. Otra posible hipótesis, es que las mujeres tengan expectativas de que la violencia remita de forma espontánea (Lorente, 2001), o la creencia de que ellas pueden cambiar a sus agresores (Puertas y Cano, 2007) y esto provoque permanecer a su lado, para lograr su objetivo, podría ser que este espacio temporal en el que la mujer se encuentra con más fuerza para luchar por su pareja, coincida con el periodo intermedio de la duración del maltrato, cuando la mujer maltratada obtiene mejores puntuaciones en la batería Luria-DNA, aunque en nuestra investigación no podemos confirmarlo, esta sería otra de las posibles líneas de investigación.

La hipótesis que hemos planteado, en relación a la permanencia en la situación de maltrato y sus repercusiones neuropsicológicas se confirma parcialmente, en contra de lo que se esperaba. Se sabe que las mujeres maltratadas padecen una multitud de problemas físicos, psicológicos y cognitivos (Campbell y Lewandowski, 1997; Valera y Berenbaum, 2003). Los resultados confirman que existe una relación entre la duración del maltrato y un menor rendimiento neuropsicológico en el área de lenguaje, estando muy próximos a la significatividad. En las diferentes áreas, a pesar de que existe relación entre la duración del maltrato y el rendimiento neuropsicológico, esta relación parece estar desvirtuada debido a que en el intervalo entre los 5 y 10 años de duración del maltrato, la afectación neuropsicológica es menor que en los otros intervalos (De 0-4 años y +10 años). Estos resultados provocan que dicha relación no sea significativa.

El hecho de que no se confirme la hipótesis, como ya hemos señalado, cuanto menos, es sorprendente, lo esperable sería que a medida que las mujeres permanecen más tiempo en la situación de maltrato el rendimiento neuropsicológico sea menor. Los datos obtenidos en esta investigación consideramos que hay que manejarlos con cierta cautela, debido a que el grupo de mujeres que permanecen en la situación de maltrato entre los 5 y 10 años presentan una afectación neuropsicológica menor a lo que podríamos esperar, lo que influye en que los resultados no sean significativos. En este sentido, las mujeres maltratadas presentan un patrón de respuesta neuropsicológica diferente a lo que se podría esperar, sobre todo en el rango de 5 a 10 años de duración.

No obstante, el rendimiento neuropsicológico es menor al inicio del maltrato (entre 0-4 años) en todas las áreas excepto en el área de memoria en el subtest de memorización lógica, y sobre todo, cuando la duración del maltrato supera los 10 años, donde el rendimiento neuropsicológico es todavía menor a lo que ocurre en los primeros años, las puntuaciones que obtienen en las pruebas son menores en todas las áreas excepto en los subtest de memorización lógica y dibujos temáticos. No obstante, en el área viso-espacial el rendimiento neuropsicológico es muy similar en el intervalo de 0-4 años y de 5-10 años de duración del maltrato.

En el caso de las mujeres maltratadas que han sufrido la violencia entre los 5 y 10 años, obtienen un mayor rendimiento neuropsicológico en todas las áreas excepto en el subtest dibujos temáticos.

La realidad es que no podemos saber a qué se deben estos resultados, pero lo que sí sabemos es que se produce un cambio que los provoca. Podría ser debido a diversas causas. Podría tener una *explicación de tipo emocional*; como respuesta a la violencia, las mujeres maltratadas en los primeros años están emocionalmente anuladas por el maltratador, pasada esa primera etapa, pasarían a una fase, como ya hemos señalado, en

la que tienen la creencia de que ellas pueden salvar la situación y tienen que luchar para cambiar a sus agresores, por lo que necesitan permanecer a su lado (Puertas y Cano, 2007). Podría ser que cuando la mujer maltratada se encuentra con más fuerza tanto física como psicológica, para luchar por su relación, coincida con el periodo intermedio de la duración del maltrato que es cuando se detectan mejores rendimientos en la evaluación neuropsicológica. Después de un tiempo luchando por la relación y no lograr cambiar a su pareja, abandona este objetivo, esto provoca sentimientos negativos de culpabilidad y emocionalmente se hunde, esto puede estar repercutiendo a nivel neuropsicológico, que se manifiesta en un menor rendimiento en la ejecución de la batería Luria-DNA.

Aunque en nuestro estudio no podemos confirmarlo, esta circunstancia abriría nuevas líneas de investigación, en las cuales se avanzaría en el estudio de estas repercusiones psicológicas. En este sentido, en investigaciones realizadas hace más de 20 años ya se hacía referencia a determinadas repercusiones psicológicas. Tal y como afirman Koss, Koss, y Woodruff (1991), de los resultados obtenidos en sus estudios, se han podido comprobar las repercusiones psicológicas de las agresiones en las víctimas, lo que supone un riesgo para la salud. A través de los datos de la presente investigación, se puede comprobar que existe evidencia de ese impacto psicológico, al presentar puntuaciones inferiores en el rendimiento neuropsicológico por parte de las mujeres que han sufrido maltrato. Igualmente, se ha comprobado en otras investigaciones, las repercusiones negativas que las agresiones producen en el estado de salud física de la persona que las sufre (Echeburúa, 2004), ya que produce estrés crónico, siendo frecuente la presencia de niveles altos de cortisol, dolores de cabeza, problemas gastrointestinales bajo nivel de defensas del sistema inmunológico, sensación de fatiga crónica y un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. Como afirman Villavicencio y Sebastián (1999), las situaciones estresantes producen una pérdida de calidad de vida que es atribuible a la

situación de violencia habitual. La secreción de glucocorticoides, y en concreto el cortisol, afecta el rendimiento cognitivo de diversas maneras, y muy probablemente, explique un síntoma muy referido en mujeres maltratadas como son los problemas de memoria. Estas afectaciones del SNC pueden ocasionar alteraciones neuropsicológicas (Hidalgo-Ruzzante *et al.*, 2012). En este sentido, estamos en condiciones de afirmar por los datos obtenidos en nuestra investigación, que la pérdida de calidad de vida de las víctimas que sufren maltrato se aprecia en las puntuaciones obtenidas en las pruebas neuropsicológicas que se han pasado a estas mujeres maltratadas, con puntuaciones inferiores a las obtenidas por las mujeres que no han sufrido maltrato, viéndose afectadas entre otras, las áreas viso-espacial, lenguaje, memoria, procesos atencionales, etc.

Otra posible explicación estaría basada en la sintomatología detectada en investigaciones con mujeres maltratadas, que puede ser aguda o crónica y va a repercutir a nivel psicológico. Por lo tanto, es de esperar que a mayor tiempo de maltrato el rendimiento neuropsicológico sea menor y es lo que estaría ocurriendo en el caso del grupo de mujeres maltratadas que experimentan la violencia más de 10 años. Por otra parte, las consecuencias agudas aparecen de manera inmediata a la agresión y podrían explicar el rendimiento neuropsicológico de las mujeres maltratadas que permanecen menos tiempo en la situación de violencia, de 0 a 4 años (Lorente, 1998).

Por el contrario, las secuelas emocionales, que persisten como consecuencia de hechos traumáticos sufridos, podrían estar presentes en las mujeres que llevan más de 10 años en la situación de violencia, lo que interferiría de manera negativa en su vida y podría explicar el menor rendimiento neuropsicológico (Pynoos, Sorenson, y Steinberg, 1993). Otras investigaciones hacen referencia a los posibles daños indirectos que produce el maltrato, a través de las alteraciones cerebrales que producen las secuelas psicológicas, especialmente el estrés postraumático (Hidalgo-Ruzzante *et al.*, 2012). Siguiendo en esta

línea, trabajos recientes han demostrado que las secuelas psicológicas, especialmente el estrés postraumático, pueden producir alteraciones en el funcionamiento cerebral (Fonzo, Simmons, Thorp, Norman, Paulus y Stein, 2010; Simmons, Paulus, Thorp, Matthews, Norman y Stein, 2008).

A partir de los resultados obtenidos en la investigación podemos reforzar y complementar las conclusiones obtenidas por estos autores, ya que podemos deducir que no sólo persisten en el tiempo las secuelas emocionales, sino que también existe un deterioro en los procesos cognitivos que han sido evaluados.

Por último, nuestra investigación, en cuanto al rendimiento neuropsicológico y la duración del maltrato, aporta nuevas líneas de investigación que hasta el momento no se habían detectado. El rendimiento de las mujeres es inferior en los cuatro primeros años de maltrato y cuando la duración de maltrato supera los diez años, mejorando dicho rendimiento en el período de tiempo entre los cinco y los diez años. Por lo que podemos concluir que existen diferencias en el rendimiento neuropsicológico de las mujeres víctimas de maltrato en función del tiempo que han estado expuestas a la situación de violencia.

Por último, es posible que estos resultados también estén afectados por la variable *edad*, en nuestra investigación la media de edad es de 36,24 años, y teniendo en cuenta los resultados de la investigación realizada por Perea y Ladera (1995) con sujetos adultos normales, donde se pone de manifiesto que el rendimiento en la ejecución de pruebas neuropsicológicas utilizadas para valorar los procesos mnésicos está asociada con la edad. De todas las variables que analizaron (edad, nivel educativo y sexo) la variable edad es la que más peso tiene en la ejecución de tareas que requieren la evocación retardada de un material verbal estructurado (Historia de Babcock), en la retención y evocación inmediata de un material verbal no estructurado (Audio Verbal de Rey), en la memoria visual

constructiva-activa (Figura Compleja de Rey) y en la memoria visual constructiva pasiva (Test de Retención visual de Benton). En nuestra investigación se ha observado que el rendimiento es menor en la ejecución de todas las áreas evaluadas, por lo que podemos pensar que existen secuelas neuropsicológicas en las mujeres víctimas de maltrato físico, aunque la relación entre duración del maltrato y rendimiento neuropsicológico no podemos decir que sea significativa.

✚ *Hipótesis nº 3. Las mujeres víctimas de maltrato que disponen de una red social cuando salen de la situación de violencia, obtienen puntuaciones superiores en la batería Luria DNA.*

En la última década se ha producido un aumento de investigaciones acerca del rol del apoyo social en las situaciones de violencia hacia las mujeres. Estudios realizados sugieren que el apoyo social desempeña un papel importante en el bienestar y la salud mental de las mujeres (Buesa y Calvete, 2013). En el caso del apoyo social, el aspecto al que más atención se le ha prestado es la resiliencia, estudios que han analizado la interacción entre el apoyo social y la violencia, han puesto de manifiesto que el apoyo social es un importante factor de resiliencia para las víctimas de violencia, reduce sus niveles de ansiedad, el riesgo de suicidio y los síntomas de estrés postraumático (Brewin, Andrews y Valentine, 2000; Carlson, McNutt, Choi y Rose, 2002; Coker, Smith, Thompson, Mckeown, Berhea y Davis, 2002; Coker, Waltkins, Smith y Brandt, 2003; Kaslow, Thompson, Meadows, Jacobs, Chance, Gibb, *et al.*, 1998). Por otra parte, cuando el maltrato es muy severo parece ser que la influencia amortiguadora del apoyo social es menor (Carlson *et al.*, 2002).

En lo que se refiere a los problemas de salud mental de las mujeres expuestas a agresiones por parte de su pareja, diversas investigaciones han demostrado que los niveles más altos de apoyo están asociados con una adaptación más positiva (Anderson,

Saunders, Yoshihama, Bybee, & Sullivan, 2003; Campbell, Sullivan & Davidson, 1995; Carlson, McNutt, Choi & Rose, 2002; Thompson *et al.*, 2000). El apoyo social ayuda a manejar la depresión menor, incrementa las habilidades de afrontamiento, autoestima, la sensación de bienestar y la disponibilidad de recursos sociales (Carlson *et al.*, 2002). De los escasos estudios del apoyo social respecto al impacto de la violencia de género en los síntomas de depresión, el realizado por Mertin & Mohr (2001) con un total de 59 mujeres residentes en casas de acogida en Australia, encontraron que un mayor apoyo social percibido (percepción de la disponibilidad de apoyo general de amigos y familiares) se asoció con menor intensidad de los síntomas de TEP, depresión y ansiedad evaluados. Nurius *et al.*, (2003) encontraron que las relaciones sociales positivas medidas con la Escala de Adaptación social (Weissman, Prusoff, Thompson, Harding & Myers, 1978) se asociaron con menos depresión, y por el contrario, las relaciones sociales negativas correlacionaban con una mayor depresión, teniendo en cuenta un estudio realizado con una muestra de 448 mujeres víctimas de abuso o con una orden de protección. Estas asociaciones se mantenían aún controlando otros predictores de la depresión, como la severidad del abuso, la evaluación de vulnerabilidad de las mujeres y los recursos socioeconómicos. Estudios longitudinales han examinado las asociaciones entre las agresiones a la pareja, el apoyo social y los síntomas depresivos (Campbell *et al.*, 1995). Después de evaluar a un total de 141 mujeres que convivieron en casas de acogida, los resultados sugieren una mayor cantidad y calidad de apoyo social percibido se asocia con menor gravedad de los síntomas de la depresión. En un estudio más reciente, partiendo de una submuestra de la investigación de Campbell *et al.*, (1995) se investigaron los predictores longitudinales de los síntomas depresivos en un total de 94 mujeres que permanecieron separadas de sus agresores por un periodo de tiempo de 2 años (Anderson, Saunders, Yoshihama, Bybee & Sullivan 2003). Los resultados sugieren que un mayor

apoyo social, a lo largo del tiempo, se asocia con un menor número de síntomas depresivos.

En la investigación sobre el apoyo social y síntomas depresivos en una muestra de 150 mujeres maltratadas durante un periodo de dos años (Beeble, Bybee, Sullivan & Adams, 2009) después de evaluar los síntomas y la calidad y cantidad percibida del apoyo social, entre los que se incluía el apoyo emocional, consejo y compañerismo estos investigadores encontraron que un menor apoyo social estaba asociado con niveles más altos de depresión y por el contrario un mayor apoyo social estaba asociado con una mayor caída de los síntomas depresivos.

En la investigación realizada por Suvak, Taft, Goodman & Dutton, (2013) la principal conclusión es que la pertenencia o disponibilidad percibida de las personas con quienes pueden hacer alguna actividad era la única dimensión del apoyo social que provoca los cambios previstos en los síntomas depresivos. Los mayores niveles de pertenencia se asocian con mayores descensos de los síntomas depresivos cuando se han controlado los síntomas depresivos iniciales.

En este sentido, en nuestra investigación hemos podido comprobar que las mujeres que disponen de una red social cuando salen de la situación de maltrato, obtienen mejor rendimiento en la ejecución de la batería Luria DNA, y a pesar de que no se ha evaluado el apoyo social percibido, estos resultados pueden estar en la línea de las investigaciones que hemos señalado.

🚩 Hipótesis 4: El tipo red social de las mujeres víctimas de maltrato cuando salen de la situación de maltrato ejerce un efecto significativo de cambio en los resultados de la batería Luria DNA”.

Las características de la red social de la que disponen las mujeres víctimas de maltrato es una variable a tener en cuenta. Como ya hemos comentado anteriormente, la

literatura en relación al rol del apoyo social en la violencia contra las mujeres ha aumentado en la última década. Los resultados de los estudios realizados sugieren que el apoyo social desempeña un papel fundamental en el bienestar y la salud de estas mujeres (Buesa y Calvete, 2013).

La mayor parte de los estudios que se han realizado en este ámbito se han centrado en el apoyo social informal (Coker *et al.*, 2002). Este tipo de apoyo se entiende como la creencia de que otros se preocupan por una, la estiman y la valoran, en una red de obligación común y mútua (El-Bassel, Gilbert, Rajah, Folleno y Frye, 2001) e incluye las relaciones con familiares, amigos, compañeros de trabajo, vecinos, etc. En contraste, el rol del apoyo social formal, es decir, el grado de asistencia o ánimo que una mujer maltratada recibe de personas con las que contacta, o que contactan con ella, cuando su relación está basada en responsabilidades profesionales hacia ella (Belknap, Melton, Denney, Fleury-Steiner y Sullivan, 2009) apenas se ha investigado. En el estudio de Belknap *et al.*, (2009) se encontró que el apoyo social informal tiene un impacto mucho mayor en el bienestar emocional y la salud mental de las víctimas que el apoyo social institucional. Por otra parte, además de su papel en la salud mental y emocional de las mujeres, el apoyo social juega un rol muy importante en la seguridad de las mismas (Goodman y Smyth, 2011). El apoyo social puede mejorar las habilidades de las mujeres para acceder a recursos que les pueden ayudar a protegerse del maltrato (Bosch y Schumm, 2004; Bybee y Sullivan, 2005, Goodkind, Gillum, Bybee y Sullivan, 2003; Sullivan y Bybee, 1999). El apoyo social también puede favorecer la ruptura con la relación abusiva (Goodman, Dutton, Vankos y Weinfurt, 2005; Hage, 2006; Zlotnick, Jonson y Kohn, 2006) y la prevención de nuevas victimizaciones (Bender, Cook y Kaslow, 2003; Sepúlveda, Troncoso y Álvarez, 1998).

El análisis comparativo entre el apoyo informal y el formal revela que las mujeres víctimas de violencia de género tiende a recurrir con mayor frecuencia a su red de apoyo informal (Horton y Johnson, 1993), especialmente a amistades y a personas cercanas de su red familiar (Klinck, Paavilainen & Astedt-Kurki, 2005); Ingram, 2007; Waalen, Goodwin, Spitz, Petersen & Saltzman, 2000; Waldrop & Resick, 2004). Entre las razones para recurrir preferentemente a las fuentes de apoyo informal se encuentran la preocupación por la reacción del agresor, el miedo a perder la custodia de los hijos (Laughon, 2007; Sullivan, 2011) y la preocupación por las consecuencias inesperadas o no deseadas que pueden desencadenarse de forma irreversible si acuden a servicios formales (Bograd, 1999; Sabina y Tindale, 2008).

Diversos estudios concluyen que, en general, las mujeres suelen recurrir en mayor medida al apoyo formal cuando el maltrato es continuo y se vuelve más severo. Parece que en estos momentos, cuando las mujeres perciben una amenaza a su integridad física y toma conciencia del potencial mortal del abuso, adoptan estrategias de afrontamiento tales como romper la relación, denunciar o acudir a las instituciones a pedir ayuda (Hadded y El-Bassel, 2006). En esta línea, algunas investigaciones han demostrado que el apoyo social de tipo formal afecta a la manera en la que las víctimas afrontan el abuso, influyendo en su decisión de romper con una relación de maltrato y en su recuperación de la misma (Campbell, Sullivan y Davidson, 1995; Follingstad, Brennan, Hause, Polek y Rutledge, 1991) y reduciendo el riesgo de violencia en el futuro (Sullivan y Bybee, 1999). En relación con esto, de los pocos estudios que han analizado la relación entre el apoyo social y las relaciones de las mujeres con sus parejas maltratadoras, Belknap, Melton, Denney, Fleurey-Steiner y Sullivan (2009) encontraron que las mujeres que permanecían con sus parejas percibían tener menor apoyo por parte de amistades y significativamente menos apoyo institucional.

Los resultados del estudio realizado por Buesa y Calvete (2013) indican que el papel del apoyo social es limitado debido a que únicamente el apoyo social informal por parte de una persona significativa parece tener un impacto relevante. Estos resultados son consistentes con los estudios que muestran cómo las mujeres víctimas de maltrato prefieren recurrir a personas muy cercanas a su red de apoyo para solicitar ayuda y hablar sobre el tema (Flink *et al.*, 2005; Frost, 1999; Ingram, 2007; Johnson y Ferraro, 2000; Waalen *et al.*, 2000; West, Kaufman, Kantor y Jasinski, 1998) así como los resultados del estudio de Belknap *et al.*, (2009) respecto al papel del apoyo social informal en el bienestar y la salud mental de estas mujeres. De esta forma, el apoyo por parte de una persona significativa se considera como el apoyo más importante para el bienestar psicológico de las mujeres. Este apoyo se asocia de manera significativa a una menor presencia de depresión y estrés postraumático en las mujeres maltratadas. Sin embargo, estos resultados contrastan con el hecho de que precisamente este apoyo social informal es el que las mujeres manifiestan tener en menor medida. Concretamente, un 72,9% de las víctimas manifiesta carecer de apoyo por parte de una persona significativa, mientras que el porcentaje de mujeres con escaso apoyo social percibido por parte de su familia o amigos se sitúa en torno al 30%. Por otra parte, el apoyo social formal resultó tener poco o nulo impacto en el bienestar psicológico de las víctimas, a pesar de ser percibido por las mujeres como el mayor apoyo con el que contaban (Buesa y Calvete 2013).

Respecto al apoyo social formal, a pesar de la falta de asociación entre dicho tipo de apoyo y síntomas psicológicos, este se relacionó significativamente con la ruptura de la relación de maltrato, mientras que esto no ocurría con los demás tipos de apoyo. Esto implica que el hecho de contar con recursos y medios de apoyo a nivel institucional es clave para que las mujeres abandonen las relaciones de maltrato. Estas investigaciones sugieren que si el apoyo que las víctimas reciben en los servicios y recursos de la

comunidad es inadecuado, se contribuye a menudo a que permanezcan en las relaciones abusivas (Barnett, 2001; Hadeed y El-Bassel, 2006).

En nuestra investigación se ha tenido en cuenta el apoyo social informal, las mujeres cuando salen de la situación de maltrato, disponen de una red social próxima y en concreto, aquellas que reestructuraban su vida conviviendo con sus hijos puntuaban más alto en todas las áreas evaluadas seguidas de aquellas que convivían con sus padres, por el contrario cuando la mujer vivía sola obtenían las puntuaciones más bajas en la ejecución de la batería Luria DNA.

Por otra parte, podemos hacer referencia a la investigación realizada por Coohy (2007) donde no se encontraron diferencias en el número de miembros de la familia, que facilitaban el apoyo emocional. Sin embargo, el grupo de madres que fueron víctimas de las agresiones más graves tenían menos amistades a largo plazo y un menor contacto con ellos y además, eran menos escuchadas y apoyadas emocionalmente.

El apoyo social es fundamental para cualquier persona, pero lo es más en situaciones de vulnerabilidad, como es el caso de las mujeres que sufren situaciones de violencia. El apoyo social puede incluso llegar a reducir el riesgo de entrar en el círculo de las relaciones violentas, pero también en el caso de aquellas mujeres que permanecen en situaciones de violencia, se puede llegar a reducir el impacto negativo de la violencia ejercida por su pareja. En la investigación realizada por Katerndahl, Burge, Ferrer, Becho y Wood (2013), se comparó el tamaño, la estructura y composición de las redes sociales de las mujeres víctimas de violencia en comparación con las mujeres que no habían sido víctimas de violencia. Después de comparar el tipo de red social de cada una de las muestras, llegaron a la conclusión de que las redes sociales de las mujeres maltratadas eran más pequeñas en cuanto al tamaño, pero más eficientes en su capacidad para llegar a sus miembros en comparación con las redes sociales de las mujeres no maltratadas. En

proporción, las redes de las mujeres no maltratadas estaban formadas por un mayor número de personas, pero al mismo tiempo estas mujeres recibían menos apoyos que las mujeres maltratadas.

A pesar de la importancia de la red social para las mujeres víctimas de maltrato, en el caso de las redes informales que hemos tenido en cuenta en nuestra investigación, no hemos podido demostrar que el tipo de red social de que disponen estas mujeres al salir del maltrato, influya en los resultados en la batería Luria DNA

CAPÍTULO VIII: CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Ha quedado demostrado que existe una relación entre el maltrato y las repercusiones neuropsicológicas en las víctimas, ya que las mujeres víctimas de maltrato, comparándolas con el grupo control, obtienen un rendimiento menor en la ejecución de la batería Luria-DNA.

El deterioro neuropsicológico que se observa en las mujeres maltratadas no depende del tiempo de exposición a la situación de violencia, es decir, que las víctimas están afectadas tanto en los primeros años como cuando el maltrato se prolonga en el tiempo.

El rendimiento neuropsicológico de las mujeres maltratadas es inferior en los cuatro primeros años de maltrato y cuando la duración de maltrato supera los diez años, con una mínima mejoría de dicho rendimiento en el periodo de tiempo entre los cinco y los diez años.

Se ha podido observar que las mujeres maltratadas que disponen de una red social cuando salen de la situación de maltrato obtienen mejor rendimiento en la ejecución de la batería Luria-DNA

No se ha observado que el tipo de convivencia influya en el rendimiento neuropsicológico de las mujeres víctimas de maltrato.

Se ha observado que ninguna de las variables controladas en la investigación influyen de forma significativa en la presencia del deterioro neuropsicológico, siendo la variable dependiente investigada, esto es, el maltrato, la responsable de explicar el mayor porcentaje de varianza.

Consideramos que esta investigación puede tener gran importancia para su aplicación en los procesos de diagnóstico y su aplicación práctica en los procesos terapéuticos, ya que ayudará a entender desde otra perspectiva determinadas respuestas que presentan las mujeres maltratadas.

Sería interesante poder realizar estudios longitudinales en los cuales pudieran observarse los cambios en las respuestas neuropsicológicas y poder determinar si las secuelas neuropsicológicas continúan a lo largo del tiempo o desaparecen al estar alejadas de la situación de maltrato. Lo que hace necesario continuar con esta línea de investigación para profundizar en estas conclusiones obtenidas a partir del presente trabajo.

CAPÍTULO IX: LIMITACIONES Y PROSPECTIVA

8 LIMITACIONES Y PROSPECTIVAS FUTURAS

En esta investigación se ha analizado la afectación neuropsicológica de las mujeres víctimas de maltrato a partir de la batería Luria DNA. Se han podido obtener conclusiones interesantes que pueden abrir nuevas líneas de investigación, sin embargo, este estudio sólo es el comienzo y también presenta sus limitaciones.

La primera de las limitaciones se refiere a la muestra, que al tratarse de casos clínicos, existe una limitación de rango y a pesar del tamaño de muestra y que los grupos no difieren significativamente en variables demográficas importantes (edad, nivel socioeconómico, situación laboral...) sería necesario ampliar el tamaño de muestra para poder obtener resultados más concluyentes.

Sería necesario poder obtener una mayor muestra de los diferentes *grupos de edad*. En nuestra investigación el grupo de edad mayoritario se sitúa entre los 30 y 40 años ($\bar{X}=36,24$ y $Sx=11,99$) y es posible que los resultados sean diferentes en otros grupos de edad, y poder determinar en qué medida los resultados de la ejecución de la batería son debidos a la edad, al maltrato, o a la interacción de las dos variables.

Respecto a la red social con la que cuenta la mujer maltratada, se debería estudiar cuál es su disponibilidad real, no solamente cuando sale de la situación de violencia, sino también cuando está viviendo el maltrato, para poder determinar si esta variable afecta en la toma de decisiones y en su posterior recuperación.

Sería necesario estudiar las características de la red social informal en cuanto a sus características, número de personas que la componen, accesibilidad a la misma, capacidad de apoyo real, tipo de relación de la misma, etc. para poder determinar si estas variables influyen de forma significativa.

Por otra parte, sería importante ampliar las investigaciones teniendo en cuenta la estructura, disponibilidad y apoyo de las redes formales, así como la calidad de las mismas y disponibilidad de los diferentes profesionales que forman parte de ella y su influencia tanto en el proceso de toma de decisiones para abandonar la situación de maltrato y su recuperación posterior.

Limitaciones de estudios en el área de la neuropsicología y el maltrato hacen que este campo tenga muchas vertientes sin explorar. En los estudios sobre violencia generalmente se ha investigado relacionandolos con psicopatologías asociadas. Poder continuar las investigaciones del maltrato en el ámbito de la neuropsicología puede aportar información muy valiosa para los diferentes profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

9 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Airaksinen, E., Larsson, M., & Forsell, Y. (2005). Neuropsychological functions in anxiety disorders in population-based samples: evidence of episodic memory dysfunction. *Journal of psychiatric research*, 39(2), 207–214.
- Airaksinen, E., Larsson, M., Lundberg, I., & Forsell, Y. (2004). Cognitive functions in depressive disorders: evidence from a population-based study. *Psychological Medicine*, 34(1), 83–91.
- Alario, S. (1993). Tratamiento conductual de un trastorno por estrés postraumático. En S. Alario (ed.). *Estudio de casos en terapia del comportamiento*. Valencia: Promolibro.
- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica. Informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: Fundación La Caixa.
- Albuquerque, A. (1992). Tratamiento del estrés postraumático con ex-combatientes, En E. Echeburúa (ed.) *Avances en el tratamiento psicológico de los trastornos de ansiedad*. Madrid: Pirámide.
- Alexander, M. P. (1995). Mild traumatic brain injury: pathophysiology, natural history, and clinical management. *Neurology*. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&uid=1996-92438-001>
- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, (420), 21-27. doi:10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x
- Alonso, J., Angermeyer, M.C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T.S., Bryson, H., Girolamo, R., Graaf, K., Demyt-tenaere, I., Gasquet, J.M., Haro, S.J., Katz, R.C., Kessler, V., Kovess, J.P., Lépine, J., Ormel, G., Polidori, L.J., Russo, G., Vilagut, J., Almansa, S., Arbabzadeh-Bouchez, J., Autonne, M., Bernal, M.A., Buist-Bouwman, M., Codony, A., Domingo-Salvany, M., Ferrer, S.S., Joo, M., Martínez-Alonso, H., Matschinger, F., Mazzi, Z., Morgan, P., Morosini, C., Palacín, B., Romera, N., Taub, W.A. y Vollebergh, W.A.M. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109 (Suppl. 420), 21–27
- Altemeier, W., O'Connor, S., Sherrod, K., & Tucker, D. (1986). Outcome of abuse during childhood among pregnant low income women. *Child Abuse & Neglect*, 10(3), 319-330. doi:10.1016/0145-2134%2886%2990007-4
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2ª ed.) Washington, D. C: Autor

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM-IV). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (DSM-IV-TR). Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994) *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (4th ed.). Washington, DC: Autor.
- Amor, P. J., Echeburúa, E., Corral, P. de, Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (2001). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y en víctimas de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27(113), 605-629.
- Arbel, I., Kadar, T., Silbermann, M., & Levy, A. (1994). The effects of long-term corticosterone administration on hippocampal morphology and cognitive performance of middle-aged rats. *Brain research*, 657(1), 227-235.
- Arenas, M. C., & Puigcerver, A. (2009). Diferencias entre hombres y mujeres en los trastornos de ansiedad: una aproximación psicobiológica. *Escritos de Psicología (Internet)*, 3(1), 20-29.
- Atkeson, B., Calhoun, K., Resick, P., & Ellis, E. (1982). Victims of rape: Repeated assessment of depressive symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(1), 96-102. doi:10.1037/0022-006X.50.1.96
- Austin, M.-P., Ross, M., Murray, C., O'Caíroll, R. E., Ebmeier, K. P., & Goodwin, G. M. (1992). Cognitive function in major depression. *Journal of affective disorders*, 25(1), 21-29.
- Baños Rivera, R. M., Botella Arbona, C., & Quero Castellano, S. (2005). Sesgos atencionales en la fobia social medidos mediante dos formatos de la tarea Stroop emocional (de tarjetas y computarizado) y papel mediador de variables clínicas. *International journal of clinical and health psychology*, 5(1), 23-42.
- Barlow, D. H. (1993). *Conceptions of generalized anxiety disorder and related states in DSM-IV: Implications for treatment*. Symposium presented to the 23(rd) European Congress of Behavior & Cognitive Therapist. London, England.
- Barnett, O. W. (2001). Why Battered women do not leave, part 2. External inhibiting factors-social support and internal inhibiting factors. *Trauma, Violence and Abuse*, 2, 3-35.
- Barrett, D. H., Green, M. L., Morris, R., Giles, W. H., & Croft, J. B. (1996). Cognitive functioning and posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&uid=1996-00488-019>
- Beaumont, J. G. (1983). *Introduction to neuropsychology*. Oxford:Blackwell Scientific Publications.
- Beck, A. T. (2003). *Prisioneros del odio. Las bases de la ira, la hostilidad y la violencia*. Barcelona:Paidós.

- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Belknap, J., Melton, H., Denney, J., Fleurey-Steiner, R., & Sullivan, C. (2009). The Levels and Roles of Social Support on the Well-Being of Survivors of Intimate Partner Violence Across 2 Years. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 718-729.
- Bender, M., Cook, S., & Kaslow, N. (2003). Social support as a mediator of revictimization of low-income African American women. *Violence and Victims*, 18, 419-431.
- Benedet, M. J. (1986): *Evaluación neuropsicológica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bilder, R. M., y Kane, J. M (1991). Evaluación de los trastornos mentales orgánicos. En S. Wetzler (Ed.) *Medición de las enfermedades mentales: Evaluación psicométrica para los clínicos*, 183-203. Barcelona: Áncora.
- Blanchard, E., & Hickling, E. (1999). Who develops PTSD from motor vehicle accidents, and who subsequently recovers? *Hickling, Edward J [Ed]*, 185-198.
- Blanchard, E., Hickling, E., Taylor, A., Loos, W., Forneris, C., & Jaccard, J. (1996). Who develops PTSD from motor vehicle accidents? *Behaviour Research and Therapy*, 34(1), 1-10. doi:10.1016/0005-7967%2895%2900058-6
- Bograd, M. (1999). Strengthening domestic violence theories: intersections of race, class, sexual orientation, and gender. *Journal of Marital and Family Therapy*, 25, 275-289.
- Bohnen, N. I., Jolles, J., Twijnstra, A., Mellink, R., & Wijnen, G. (1995). Late neurobehavioural symptoms after mild head injury. *Brain Injury*, 9(1), 27-34.
- Bohnen, N., & Jolles, J. (1992). Neurobehavioral aspects of postconcussive symptoms after mild head injury. *The Journal of nervous and mental disease*, 180(11), 683.
- Bohnen, N., Jolles, J., Twijnstra, A., Mellink, R., & Wijnen, G. (1995). Late neurobehavioural symptoms after mild head injury. *Brain Injury*, 9, 27-33.
- Boone, K. B., Ananth, J., Philpott, L., Kaur, A., & Djenderedjian, A. (1991). Neuropsychological characteristics of nondepressed adults with obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 4(2), 96-109.
- Bornstein, R. (1985). Normative data on selected neuropsychological measures from a nonclinical sample. *Journal of Clinical Psychology*, 41(5), 651-659. doi:10.1002/1097-4679%28198509%2941:5%3C651::AID-JCLP2270410511%3E3.0.CO;2-C
- Bosch, K., & Schumm, W. R. (2004). Accessibility to resources: Helping rural women in abusive partner relationships become free from abuse. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 30, 357-370.

- Brandt, J., Butters, N., Ryan, C., & Bayog, R. (1983). Cognitive loss and recovery in long-term alcohol abusers. *Archives of General Psychiatry*, 40(4), 435.
- Bremner, J. D., Randall, P., Scott, T. M., Bronen, R. A., Seibyl, J. P., Southwick, S. M., ... Innis, R. B. (1995). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combat-related posttraumatic stress disorder. *The American journal of psychiatry*, 152(7), 973.
- Bremner, J. D., Scott, T. M., Delaney, R. C., Southwick, S. M., Mason, J. W., Johnson, D. R., ... Charney, D. S. (1993). Deficits in short-term memory in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1015–1015.
- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 748-766.
- Brewin, C. R., Kleiner, J. S., Vasterling, J. J., & Field, A. P. (2007). Memory for emotionally neutral information in posttraumatic stress disorder: A meta-analytic investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 448. doi:10.1037/0021-843X.116.3.448
- Browne, A. (1987). *When Battered Women Kill*. New York: Free Press.
- Browne, A. (1991). The victim's experience: Pathways to disclosure. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(1). Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/journals/pst/28/1/150/>
- Browne, A. (1992). Violence against women: relevance for medical practitioners. *Journal of the American Medical Association*, 267(23), 3184–3189.
- Browne, A. (1993). Violence against women by male partners: Prevalence, outcomes, and policy implications. *American Psychologist*, 48(10), 1077.
- Browne, A. (2008). *When battered women kill*. Free Press. Recuperado a partir de <http://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=ybx5jZPxsbkC&oi=fnd&pg=PA1741&dq=+When+Battered+Women&ots=vUxG-iS2eA&sig=OAIwJApfn-ZBIUdxenSfLcA1jWs>
- Browne, A., & Williams, K. R. (1993). Gender, intimacy, and lethal violence: Trends from 1976 through 1987. *Gender & Society*, 7(1), 78–98.
- Bryant, R. A., & Harvey, A. G. (1998). Relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder following mild traumatic brain injury. *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 625–629.
- Buckley, T. C., Blanchard, E. B., & Neill, W. T. (2000). Information processing and PTSD: A review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20(8), 1041–1065.
- Buesa, S., & Calvete, E. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés postraumático: el papel del apoyo social. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 13(1), 31-45.

- Buesa, S., & Zumalde, E. C. (2013). Violencia contra la mujer y síntomas de depresión y estrés posttraumático: papel del apoyo social. *International journal of psychology and psychological therapy*, 13(1), 31-46.
- Busch, C. R., & Alpern, H. P. (1998). Depression after mild traumatic brain injury: a review of current research. *Neuropsychology review*, 8(2), 95-108.
- Butters, N., Cermak, L. S., Montgomery, K., & Adinolfi, A. (1977). Some comparisons of the memory and visuoperceptive deficits of chronic alcoholics and patients with Korsakoff's disease. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1(1), 73-80.
- Bybee, D., & Sullivan, M. C. (2005). Predicting re-victimization of battered women 3 years after exiting a shelter program. *American Journal of Community Psychology*, 36, 58-96.
- Bäckman, L., & Forsell, Y. (1994). Episodic memory functioning in a community-based sample of old adults with major depression: Utilization of cognitive support. *Journal of abnormal psychology*, 103(2), 361.
- Cáceres Carrasco, J. (2007). Violencia doméstica: lo que revela la investigación básica con parejas. *Papeles del psicólogo*, 28(1), 57-62.
- Calvete, E. (2005). Género y vulnerabilidad cognitiva a la depresión: el papel de los pensamientos automáticos. *Ansiedad y Estrés*, 11(2-3), 203-214.
- Campbell, D., Campbell, J., King, C., Parker, B., & Ryan, J. (1994). The reliability and factor structure of the Index of Spouse Abuse with African-American women. *Violence and Victims*, 9(3), 259-274.
- Campbell, D., Campbell, J., King, C., Parker, B., & Ryan, J. (2001). The reliability and factor structure of the Index of Spouse Abuse with African-American women. *O'Leary, K*, 101-118.
- Campbell, J. C. (1995). Prediction of homicide of and by battered women. En J. C. Campbell (Ed.). *Assessing the risk of dangerousness: Potential for further violence of sexual offenders, battered, and child abusers* (pp. 96-113). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Campbell, J. C. (in press). Safety planning based on lethality assessment for partners of batterers in treatment. In R. Geffner (Ed.), *Family violence and sexual assault*, Binghamton, NY: The Hayworth Maltreatment and Trauma Press.
- Campbell, J. C., & Humphreys, J. (1993). *Nursing care of survivors of family violence*. St. Louis, MO: Mosby.
- Campbell, J. C., & Lewandowski, L. A. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children. *Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 353-374.
- Campbell, J. C., Miller, P., Cardwell, M. M., & Belknap, R. A. (1994). Relationship status of battered women over time. *Journal of Family Violence*, 9(2), 99-111.

- Campbell, J. C., Pugh, L. C., Campbell, D., & Visscher, M. (1995). The influence of abuse on pregnancy intention. *Women's health issues: official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 5(4). Recuperado a partir de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8574118>
- Campbell, J., Kub, J., Belknap, R., & Templin, T. (1997). Predictors of depression in battered women. *Violence Against Women*, 3(3), 271-293. doi:10.1177/1077801297003003004
- Campbell, R., Sullivan, C. M. & Davidson, W. S. (1995). Women who use domestic violence shelters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 237-255.
- Caño, X. (1995). *Maltratadas. El infierno de la violencia sobre las mujeres*. Madrid: Temas de Hoy.
- Cano-Vindel, A. & Serrano-Beltrán, M. (2006). *Para no enfermar de estrés. Cómo combatir la ansiedad laboral*. Madrid: Recoletos Grupo de Comunicación.
- Carlson, B. E., McNutt, L. A. Choi, D., & Rose, I. (2002). Intimate partner abuse and mental health: The role of social support and other protective factors. *Violence Against Women*, 8,720-745.
- Cascardi, M., & O'Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family violence*, 7(4), 249–259.
- Cascardi, M., & O'Leary, K. D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family violence*, 7(4), 249–259.
- Cerezo, A. I. (2000). *El homicidio en la pareja: tratamiento criminológico*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Christensen, A. L. (1987). *El diagnóstico neuropsicológico de Luria*. (2ª. ed. rev.). Madrid: Visor.
- Christensen, K. J., Kim, S. W., Dysken, M. W., & Maxwell Hoover, K. (1992). Neuropsychological performance in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 31(1), 4–18.
- Cicerone, K. D., & Kalmar, K. (1995). Persistent postconcussion syndrome: The structure of subjective complaints after mild traumatic brain injury. *The journal of head trauma rehabilitation*, 10(3), 1–17.
- Coker, A. L., Smith, P. H., & Fadden, M. K. (2005). Intimate partner violence and disabilities among women attending family practice clinics. *Journal of Women's Health*, 14(9), 829–838.
- Coker, A. L., Walkins, K. W., Smith, P. H., & Brandt, H. M. (2003). Social support reduces the impact of partner violence on health: Application of structural equation models. *Preventative Medicine*, 37, 259- 267.

- Coker, A., Smith, P., Thompson, M., Mckeown, R., Bethea, L., & Davis, K., (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. *Journal of Women's Health and Gender-based medicine*, 11, 465-476.
- Conejero, S., de Rivera, J., Páez, D., & Jiménez, A. (2004). Alteración afectiva personal, atmósfera emocional y clima emocional tras los atentados del 11 de marzo. *Ansiedad y estrés*, 10(2-3), 299-312.
- Corsi, J. (1994). (Comp.). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (Ed.) (1995). *Violencia masculina en la pareja. Una aproximación al diagnóstico y a los modelos de intervención*. Buenos Aires: Paidós.
- Corsi, J. (ed.). (1995). *Violencia Familiar*. Barcelona: Paidós.
- Costa, L. (1983). Clinical neuropsychology: A discipline in evolution. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 5(1), 1-11.
- Craparo, G., Gori, A., Petruccelli, I., Cannella, V., & Simonelli, C. (2014). Intimate partner violence: Relationships between alexithymia, depression, attachment styles, and coping strategies of battered women. *Journal of Sexual Medicine*.
- Crittenden, P. M. (1988). Distorted patterns of relationship in maltreating families: The role of internal representation models. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 6(3), 183-199.
- Crivillé, A. (1990). La sociedad, los profesionales y la familia del niño maltratado. Dinámica relacional. *Infancia y sociedad*, 2, 75-91.
- Damasio, A. (1996). *El error de Descartes*. Barcelona: Crítica.
- Darwin, Ch. (1984). *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre*. Madrid: Alianza
- Davins, M., Bartolomé, D., Salamero, M., & Pérez-Testor, C. (2011). Mujeres maltratadas y calidad de la relación de pareja. *Aloma: Revista de Psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport*, (27). Recuperado a partir de <http://revistaaloma.net/index.php/aloma/article/view/18>
- De Paúl, J., Pérez-Albéniz, A., Paz, P. M., Alday, N., & Mocoroa, I. (2002a). Recuerdos de maltrato infantil en maltratadores y potencial de maltrato en víctimas de maltrato físico y abuso sexual. *Psicothema*, 14(1), 53-62.
- Deschner, J. P. (1984). *How to end the biting habit*. New York: Free Press.
- Deschner, J. P., McNeil, J. S., & Moore, M. G. (1986). A treatment model for batterers. *Social Casework*. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&uid=1987-22722-001>

- Diamond, D. M., Fleshner, M., Ingersoll, N., & Rose, G. (1996). Psychological stress impairs spatial working memory: relevance to electrophysiological studies of hippocampal function. *Behavioral neuroscience*, *110*(4), 661.
- Diaz-Olavarrieta, C., Campbell, J., Garcia de la Cadena, C., Paz, F., & Villa, A. R. (1999). Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders. *Archives of Neurology*, *56*(6), 681.
- Dikmen, S., McLean, A., Temkin, N., & Wyler, A. (1986). Neuropsychologic outcome at one-month postinjury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *67*(8), 507–513.
- Dikmen, Sureyya, McLEAN, A., & Temkin, N. (1986). Neuropsychological and psychosocial consequences of minor head injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, *49*(11), 1227–1232.
- Dirson, S., Bouvard, M., Cottraux, J., & Martin, R. (2010). Visual memory impairment in patients with obsessive-compulsive disorder: a controlled study. *Psychotherapy and psychosomatics*, *63*(1), 22–31.
- Dodge, K. A., Bates, J. E., & Pettit, G. S. (1990). Mechanisms in the cycle of violence. *Science*, *250*(4988), 1678-1683.
- Donat, D. C. (1986). Semantic and visual memory after alcohol abuse. *Journal of clinical psychology*, *42*(3), 537–539.
- Dongil Collado, E. (2008). Reestructuración cognitiva: un caso de estrés postraumático. *Ansiedad y Estrés*, *14*(2-3), 265–288.
- Douglas, M. A. (1987). The battered woman syndrome, En D. J. Sonkin (ed.). *Domestic Violence on Trial: Therapeutic and Legal Dimensions of Family Violence*. New York: Springer.
- Duarte, J. M., Sánchez del Pino, M., Barroso, J., & Nieto, A. (2001). Rendimiento de hispanoparlantes ancianos y de bajo nivel cultural en tests neuropsicológicos de memoria de uso frecuente. En *First Internacional Congress on Neuropsychology in Internet*. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de La Laguna. Recuperado a partir de <http://www.uninet.edu/union99/congress/libs/val/v05.html>
- Dunham, K., & Senn, C. Y. (2000). Minimizing negative experiences. Women's disclosure of partner abuse. *Journal of Interpersonal Violence*, *15*, 251-261.
- Dutton, M. A. (1992). Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder among battered women. En D. W. Foy (ed.), *Treating PTSD. Cognitive-behavioral Strategies*, New York: Guilford Press.
- Dutton, M. A. (1992). *Empowering and healing the battered woman: A model for assessment and intervention*. New York: Springer Publishing Company.
- Dutton, M. A. (2009). Pathways linking intimate partner violence and posttraumatic disorder. *Trauma, Violence, & Abuse*, *10*(3), 211–224.

- Echeburúa, E. & Amor, P. J. (1999). Hombres violentos en el hogar: perfil psicopatológico y programas de intervención. En C. Rechea (Ed.). *Criminología aplicada*, 99-128. Madrid. Consejo General del Poder Judicial.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín & F. Ramos (eds.), *Manual de psicopatología (vol.2)*. Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E. (2003). *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E. (2004). *Superar un trauma. El tratamiento de los sucesos violentos*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., & Amor, P. J. (1999). Hombres violentos en el hogar: perfil psicopatológico y programas de intervención. En C. Rechea (Ed.). *Criminología aplicada*, 99-128. Madrid: Consejo General del Poder Judicial.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2001). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6(3), 167-178.
- Echeburúa, E., & Corral, P. (2002) Manual de violencia familiar. (2ª ed.). Madrid. Siglo XXI.
- Echeburúa, E., & Fernández- Montalvo, J. (2001). *Celos en la pareja: una emoción destructiva. Un enfoque clínico*. Barcelona: Ariel.
- Echeburúa, E., Amor, P. J. & Fernández-Montalvo, J. (2002). *Vivir sin violencia. Aprender un nuevo estilo de vida*. Madrid: Pirámide.
- Echeburúa, E., Corral, P. de, Amor, P. J., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1997a). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P. de, Amor, P. J., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1997b). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1), 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., & Javier Amor, P. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14(Suplemento), 139-146.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I., & Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y modificación de conducta*, 23(90), 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., Zubizarreta., y Sauca, D. (1990). *Malos tratos y agresiones sexuales: lo que la mujer debe saber y puede hacer*. Vitoria: Servicio de Publicaciones de Emakunde/ Instituto Vasco de la Mujer.
- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (1995). *Trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales*. La Coruña: Fundación Paideia.

- Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., Sarasua, B., & Paéz, D. (1993). *Estrés postraumático, expresión emocional y apoyo social en víctimas de agresiones sexuales*. Valencia: Promolibro
- Echeburúa, E., De Corral, P., & Amor, P. J. (1999). *Violencia familiar*. Madrid: UNED-FUE.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1987). *Guerra y Paz*. Barcelona: Salvat.
- Eibl-Eibesfeldt, I. (1993). *Biología del comportamiento humano. Manual de etología humana*. Madrid: Alianza Psicología.
- El-Bassel, N., Gilbert, L., Rajah, V., Folleno A., & Frye, V. (2001). Social support among women in methadone treatment who experience partner violence: Isolation and male controlling behavior. *Violence Against Women*, 7, 246-275.
- Ellis, R. J., & Oscar-Berman, M. (1989). Alcoholism, aging, and functional cerebral asymmetries. *Psychological Bulletin*, 106(1), 128–147.
- Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2002). Are the neural substrates of memory the final common pathway in posttraumatic stress disorder (PTSD)? *Journal of affective disorders*, 70(1), 1–17.
- Esbec, E. (1994a). Víctimas de delitos violentos. Victimología general y forense. En S. Delgado (ed.). *Psiquiatría legal y forense* (vol. 2º). Madrid: Cóllex.
- Esbec, E. (1994b). Daño físico y su reparación en víctimas de delitos violentos. En S. Delgado (ed.). *Psiquiatría legal y forense* (vol. 2º). Madrid: Cóllex.
- Ezzell, C. E., Swenson, C. C., & Brondino, M. J. (2000). The relationship of social support to physically abused children's adjustment. *Child abuse & neglect*, 24(5), 641-651.
- Fabian, M. S., Parsons, O. A., & Sheldon, M. D. (1984). Effects of gender and alcoholism on verbal and visual-spatial learning. *The Journal of nervous and mental disease*, 172(1), 16–20.
- Fama, R., Pfefferbaum, A., & Sullivan, E. V. (2004). Perceptual learning in detoxified alcoholic men: contributions from explicit memory, executive function, and age. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(11), 1657–1665.
- Fassler, C., Hauser, P. e Iens, I. (1997). *Familia, Género y Políticas Sociales*, Montevideo, Trilce.
- Fernández, M., & Ramos, F. (1991). El aprendizaje de la lectura. Reflexión sobre la validez de los modelos explicativos actuales. *Logopedia, Foniatría y Audiología*, 9(2), 197–203.
- Filskov, S. B. & Leli, D. A. (1981). Assessment of the individual in neuropsychological practice. En S. B. Filskov y T. J. Boll (Eds.), *Handbook of clinical neuropsychology*, 545-576. New York: Wiley.

- Finkelhor, D., & Yllo, K. (1985). *License to rape: Sexual abuse of wives*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Flinck, A., Paavilainen, E., & Astedt-Kurki, P. (2005). Survival of intimate partner violence as experienced by women. *Journal of Clinical Nursing*, 14(3), 383-393. doi:10.1111/13652702200401073
- Foa, E. B., & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Nueva York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. (2003). *Tratamiento del estrés postraumático*. Barcelona. Ariel.
- Foa, E. B., Steketee, G., & Rothbaum, B. O. (1989). Behavioral cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior therapy*, 20(2), 155-176.
- Follingstad, D. R., Brennan, A. F., Hause, E. S., Polek, D. S. & Rutledge, L. L. (1991). Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence*, 6, 81-95.
- Fonzo, G. A., Simmons, A. N., Thorp, S. R., Norman, S. B., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2010). Exaggerated and disconnected insular-amygdalar blood oxygenation level-dependent response to threat-related emotional faces in women with intimate-partner violence posttraumatic stress disorder. *Biological psychiatry*, 68(5), 433-441.
- Foy, D. W. (1984). Etiology of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans: analysis of premilitary, military, and combat exposure influences. *Journal of consulting and clinical psychology*, 52(1), 79-87.
- Fraser, G. E., Singh, P. N., & Bennett, H. (1996). Variables associated with cognitive function in elderly California seventh day adventists. *American journal of epidemiology*, 143(12), 1181-1190.
- Frieze, I. H. (1979) Perception of Battered wives, En I. H. Frieze, D. Bar-Tal y J. S. Carroll (eds.). *New Approaches to Social Problems*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Frost, L. (1999). Women, Appearance and Mental Health. En J Arthurs y J Grimshaw (Eds.), *The Body in Culture, History and Society*. London: Cassel.
- García de Cecilia, J. M. (2008) Manual de estadística con SPSS para estudiantes de psicología. Kadmos. Salamanca.
- Garrido, V. (2001). *Amores que matan: acoso y violencia contra las mujeres*. Alzira, Valencia: Algar.
- Garrido, V. (2002). *Contra la violencia. Las semillas del bien y del mal*. Alzira, Valencia. Algar

- Gelles, R. J. y Straus, M. A. (1990). The medical and psychological costs of family violence. In Straus M, Gelles, R. J. (eds): *Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families*. New Brunswick, N.J, Transaction.
- Gennarelli, T. A., Adams, J. H., & Graham, D. I. (1981). Acceleration induced head injury in the monkey. I. The model, its mechanical and physiological correlates. En *Experimental and Clinical Neuropathology* (pp. 23–25). Springer. Recuperado a partir de http://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-642-81553-9_7
- Gilbertson, M. W., Gurvits, T. V., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2001). Multivariate assessment of explicit memory function in combat veterans with posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress, 14*(2), 413–432.
- Gilbertson, M. W., Shenton, M. E., Ciszewski, A., Kasai, K., Lasko, N. B., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2002). Smaller hippocampal volume predicts pathologic vulnerability to psychological trauma. *Nature neuroscience, 5*(11), 1242–1247.
- Giner Abati, F. (1992). *Los Himba. Etnografía de una cultura ganadera de Angola y Namibia*. Salamanca. Amarú.
- González Ramírez, M. T., & Landero Hernández, R. (2006). Síntomas psicósomáticos y teoría transaccional del estrés. *Ansiedad y estrés, 12*(1), 45–61.
- González Sala, F., & Gimeno Collado, A. (2009). Violencia de género: Perfil de mujeres con ayuda social. *Intervención psicosocial, 18* (2), 165-175.
- Goodkind, J. R., Gillum, T. L., Bybee, D. I., & Sullivan, C. M. (2003). The impact of family and friends` reactions on the well-being of women with abusive partners. *Violence Against Women, 9*, 347-373.
- Goodman, L. A., Koss, M. P., & Felipe Russo, N. (1993a). Violence against women: Physical and mental health effects. Part I: Research findings. *Applied and Preventive Psychology, 2*(2), 79-89.
- Goodman, L. A., Koss, M. P., & Felipe Russo, N. (1993b). Violence against women: Physical and mental health effects. Part I: Research findings. *Applied and Preventive Psychology, 2*(2), 79–89.
- Goodman, L. A., Koss, M. P., & Russo, N. F. (1993). Violence against women: Mental health effects. Part II. Conceptualizations of posttraumatic stress. *Applied and Preventive Psychology, 2*(3), 123-130.
- Goodman, L., & Smyth, K. (2011). A Call for a Social Network-Oriented Approach to Services for Survivors of Intimate Partner Violence. *Psychology of Violence, 1*, 79-92.
- Goodman, L., Dutton, M. A. Vankos, N., & Weinfurt, K. (2005). Women` s resources and use of strategies as risk and protective factors for reabuse over time. *Violence Against Women, 11*, 311-336.

- Gould, E., McEwen, B. S., Tanapat, P., Galea, L. A., & Fuchs, E. (1997). Neurogenesis in the dentate gyrus of the adult tree shrew is regulated by psychosocial stress and NMDA receptor activation. *The Journal of neuroscience*, 17(7), 2492–2498.
- Gould, E., Tanapat, P., McEwen, B. S., Flügge, G., & Fuchs, E. (1998). Proliferation of granule cell precursors in the dentate gyrus of adult monkeys is diminished by stress. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 95(6), 3168–3171.
- Grieve, J. (1995). *Neuropsicología para terapeutas ocupacionales: evaluación de la percepción y de la cognición*. Bogotá: Médica Panamericana
- Grieve, J. (2000). *Neuropsicología para terapeutas ocupacionales. Evaluación de la percepción y cognición. (2ª ed.)*. Madrid: Médica Panamericana.
- Grieve, J. (2000). *Neuropsicología. Evaluación de la percepción y de la cognición. (3ª Ed)*. Madrid: Médica Panamericana
- Guttman, G. (1976). *Introducción a la Neuropsicología*. Barcelona: Herder.
- Haddad, L. & El-Bassel, N. (2006). Social support among Afro-Trinidadian women experiencing intimate partner violence. *Violence Against Women*, 12, 740-760.
- Hage, S. M. (2006). Profiles of women survivors: The development of agency in abusive relationships. *Journal of Counseling and Development*, 84, 83-94.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... Grupo ESEMeD-España. (2006). Prevalence of mental disorders and associated factors: results from the ESEMeD-Spain study. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.
- Harway, M., & Hansen, M. (1994). *Spouse abuse: Assessing and treating battered women, batterers, and their children*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Hathaway, J. E., Mucci, L. A., Silverman, J. G., Brooks, D. R., Mathews, R., & Pavlos, C. A. (2000). Health status and health care use of Massachusetts women reporting partner abuse. *American journal of preventive medicine*, 19(4), 302.
- Hawley, D. A., McClane, G. E., & Strack, G. B. (2001). A review of 300 attempted strangulation cases Part III: Injuries in fatal cases. *The Journal of emergency medicine*, 21(3), 317–322.
- Head, D., Bolton, D., & Hymas, N. (1989). Deficit in cognitive shifting ability in patients with obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 25(7), 929–937.
- Heilman, K. M., y Valenstein, E. (1993). *Clinical neuropsychology*. New York: Oxford University Press.
- Heise, L. Pitanguy, J. y Geramian, A. (1994). *Violence against women. The hidden health burden*. Washington: The World Bank.

- Heise, L. y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E.G. Krug, L.L. Dahlberg y J.A. Mercy (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 88-121). Ginebra: World Health Organization.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.
- Hidalgo-Ruzzante, N., Gómez Medialdea, P., Bueso-Izquierdo, N., Jiménez González, P., Martín del Moral, E., & Pérez-García, M. (2012) Secuelas cognitivas en mujeres víctimas de violencia de género. *III Congreso para el estudio de la violencia contra las mujeres: Justicia y Seguridad. Nuevos retos*. Granada.
- Hilberman, E. (1980). Overview: the «wife-beater's wife» reconsidered. *The American journal of psychiatry*, 137(11), 1336-1347.
- Hodgkinson, P. E., Joseph, S., Yule, W., & Williams, R. (1995). Measuring grief after sudden violent death: Zeebrugge bereaved at 30 months. *Personality and individual differences*, 18(6), 805-808.
- Hodgkinson, P.E. y Stewart, M. (1991). *Coping with catastrophe. A handbook of disaster management*. London: Routledge.
- Holen, A. (1991). A longitudinal study of the occurrence and persistence of post-traumatic health problems in disaster survivors. *Stress Medicine*, 7(1), 11-17.
- Holtzworth-Munroe, A. (1988). Causal attributions in marital violence: Theoretical and methodological issues. *Clinical psychology review*, 8(3), 331-344.
- Horton, A. L., & Johnson, B. (1993). Profile and Strategies of Women Who Have Ended Abuse. *Journal of Contemporary Human Services*, 481-492.
- Horton, A. M., & Puente, A. E. (1986). Human neuropsychology: An overview. En D. Wedding, A. M. Horton, & J. Webster (Eds.), *The neuropsychology handbook: Behavioral and clinical perspectives* 3-22. New York: Springer Publishing Company.
- Hotaling, G. T., & Sugarman, D. B. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and victims*, 1(2), 101-124.
- Houskamp, B. M., & Foy, D. W. (1991a). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(3), 367-375.
- Houskamp, B. M., & Foy, D. W. (1991b). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence*, 6(3), 367-375.
- Hunter, R. S., & Kilstrom, N. (1979). Breaking the cycle in abusive families. *The American journal of psychiatry*. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&uid=1980-03462-001>
- Ingram, E. M. (2007). A comparison of help seeking between latino and non-latinovictims of intimate partner violence. *Violence Against Women*, 13, 159-171.

- Inslicht, S. S., Marmar, C. R., Neylan, T. C., Metzler, T. J., Hart, S. L., Otte, C., ... Baum, A. (2006). Increased cortisol in women with intimate partner violence-related posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 428–429.
- Iruarrizaga Diez, I., Dongil Collado, E., & Cano Vindel, A. (2009). El trastorno por estrés postraumático. Poderoso enemigo en el proceso rehabilitador. En F. Tortosa-Gil & C. Civera-Mollá (Eds.), *Prevención de Riesgos en los Comportamientos Viales* (pp. 243-267). Valencia: Precovir-08.
- Jackson, H., Philp, E., Nuttall, R. L., & Diller, L. (2002). Traumatic brain injury: A hidden consequence for battered women. *Professional psychology, research and practice*, 33(1), 39–45.
- Jacobson, N., & Gottman, J. (2001). *Hombres que agreden a sus mujeres: como poner fin a las relaciones abusivas*. Barcelona: Paidós.
- Jenkins, M. A., Langlais, P. J., Delis, D., & Cohen, R. (1998). Learning and memory in rape victims with posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(2), 278–279.
- Johnson, D. M., Delahanty, D. L., & Pinna, K. (2008). The cortisol awakening response as a function of PTSD severity and abuse chronicity in sheltered battered women. *Journal of anxiety disorders*, 22(5), 793–800.
- Johnson, M. P. & Ferraro, K. J. (2000). Research on domestic violence in the 1990s: making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 948-963.
- Kantor, G. K., & Straus, M. A. (1987). The « drunken bum » theory of wife beating. *Social problems*, 213-230.
- Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Meadows, L. A. Jacobs, D., Chance, S., Gibb, B. *et al.* (1998). Factors that mediate and moderate the link between partner abuse and suicidal behavior in African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 533-540.
- Katerndahl, D. Burge, S. Ferrer, R. Becho, & J. Wood, R. (2013). Differences in social network structure and support among women in violent relationships. *Journal of Interpersonal Violence*. Vol.28(9), 1948-1964.
- Kaufman, J. G., & Widom, C. S. (1999). Childhood victimization, running away, and delinquency. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 36(4), 347-370.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *The American journal of orthopsychiatry*, 57(2), 186-192.
- Kay, T. (1992). Minor TBI: An update on research with clinical issues. Comunicación presentada en el *Pacific Coast Brain Injury Conference*, Vancouver, British Columbia, Canadá.

- Kay, T., Newman, B., Cavallo, M., Ezrachi, O., & Resnick, M. (1992). Toward a neuropsychological model of functional disability after mild traumatic brain injury. *Neuropsychology*, 6(4), 371.
- Keane, T. M., & Kaloupek, D. G. (1982). Imaginal flooding in the treatment of a posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(1), 138-40.
- Keane, T. M., & Kaloupek, D. G. (1997). Comorbid psychiatric disorders in PTSD. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821(1), 24-34.
- Keane, T. M., Fairbank, J. A., Caddell, J. M., & Zimering, R. T. (1989). Implosive (flooding) therapy reduces symptoms of PTSD in Vietnam combat veterans. *Behavior Therapy*, 20(2), 245-260.
- Keane, T. M., Zimering, R. T., & Caddell, J. M. (1985). A behavioral formulation of posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. *The Behavior Therapist*. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&uid=1985-20292-001>
- Keane, T.M. (1998b): Psychological and behavioral treatments of post-traumatic stress disorder. En Nathan, P.E. y Gorman, J.M. (eds): *A guide to treatments that work*, 398-407. New York: Oxford University Press.
- Keane, T.M., Albano, A. M. & Blake, D. D. (1992): Current trends in the treatment of post-traumatic stress disorder. En M. Basoglu (ed.), *Torture and its consequences: Current treatment approaches*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kérouac, S., Taggart, M.-E., Lescop, J., & Fortin, M.-F. (1986). Dimensions of health in violent families. *Health Care for Women International*, 7(6), 413-426.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8.
- Kilpatrick, D. G., Best, C. L., Veronen, L. J., Amick, A. E., Villepontoux, L. A., & Ruff, G. A. (1985). Mental health correlates of criminal victimization: a random community survey. *Journal of consulting and clinical psychology*, 53(6). Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&uid=1986-11874-001>
- Kleckner, J. H. (1978). Wife beaters and beaten wives: Co-conspirators in crimes of violence. *Psychology: A Journal of Human Behavior*. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&uid=1979-11117-001>
- Koss, M. P. (1990). The women's mental health research agenda: Violence against women. *American Psychologist*, 45(3). Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&doi=10.1037/0003-066X.45.3.374>
- Koss, M. P., Goodman, L. A., Browne, A., Fitzgerald, L. F., Keita, G. P., & Russo, N. F. (1994). Physical and psychological outcomes of partner violence. En *No safe*

haven: Male violence against women at home, at work, and in the community (pp. 69–93). Washington, DC: American Psychological Association.

- Koss, M. P., Koss, P. G., & Woodruff, W. J. (1991). Deleterious effects of criminal victimization on women's health and medical utilization. *Archives of internal medicine*, 151(2). Recuperado a partir de <http://archinte.ama-assn.org/cgi/reprint/151/2/342.pdf>
- Koss, M.P., Dinero, T. E. (1988). Predictors of sexual aggression among a national sample of male college students. En RA Prentky & VL Quinsey (Eds.), *Human sexual aggression: Current perspectives*. Annals of the New York Academy of Sciences (Vol. 528, pp. 133-146).
- Kwako, L. E., Glass, N., Campbell, J., Melvin, K. C., Barr, T., & Gill, J. M. (2011). Traumatic brain injury in intimate partner violence: a critical review of outcomes and mechanisms. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(3), 115–126.
- Labrador, F. J., Paz Rincón, P., De Luis, P., & Fernández-Velasco, R. (2004). Mujeres víctimas de violencia doméstica. Programa de actuación. Madrid: Pirámide.
- Landenburger, K. (1989). A process of entrapment in and recovery from an abusive relationship. *Issues in Mental Health Nursing*, 10, 209-227.
- Larrauri, E. (comp) (1994). *Mujeres y Derecho Penal*. Madrid: Siglo XXI
- Lashley, K. S. (1929). *Brain Mechanisms and Intelligence*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lashley, K. S. (1929). *Brain Mechanisms and Intelligence*. Chicago: University of Chicago Press.
- Laughon, K. (2007). Abused African American women's processes of staying healthy. *Western Journal of Nursing Research*, 29, 365-384.
- Lazarus, R. S. (1990). Stress, coping and illness. In H. S. Friedman (Ed.) *Personality and disease*. *Wiley series on health psychology/behavioral medicine* (pp. 97-120). Oxford: John Wiley & Sons.
- Leber, W. R., Jenkins, R. L., & Parsons, O. A. (1981). Recovery of visual-spatial learning and memory in chronic alcoholics. *Journal of clinical psychology*, 37(1), 192–197.
- LeDoux, J. (1999). *El cerebro emocional*. Barcelona: Ariel.
- Leininger, B. E., Gramling, S. E., Farrell, A. D., Kreutzer, J. S., & Peck, E. A. (1990). Neuropsychological deficits in symptomatic minor head injury patients after concussion and mild concussion. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 53(4), 293–296.
- Levin, H. S., Mattis, S., Ruff, R. M., Eisenberg, H. M., Marshall, L. F., Tabaddor, K., ... Frankowski, R. F. (1987). Neurobehavioral outcome following minor head injury: a three-center study. *Journal of neurosurgery*, 66(2), 234–243.

- Lewinshon, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. En R. J. Friedman y M. M. Katz (eds.). *The therapy of Depression: Contemporary Theory and Research*. Washington, D. C.: Winston and Sons.
- Lezak, M. D. (1986). Neuropsychological assesment. En L. Teri y P. M. Lewinshon (eds.), *Geropsychological assesment and treatment* 3-37. New York: Springer.
- Lorente Acosta, M. (2001) *Mi marido me pega lo normal: agresión a la mujer: realidades y mitos*. Barcelona: Ares y Mares.
- Lorente Acosta, M., Lorente Acosta, J. A., Lorente Acosta, M. J., Martínez Vilda, M. E., & Villanueva Cañadas, E. (2000). Síndrome de agresión a la mujer. Síndrome de maltrato a la mujer. *Revista electrónica de ciencia Penal y criminología*. Recuperado a partir de <http://bdjur.stj.jus.br/dspace/handle/2011/44362>
- Lorente-Acosta, M. & Lorente-Acosta J. A. (1998). *Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso*. Granada: Comares.
- Lorenz, K. (1971). *La agresión. El pretendido mal*. México: Siglo XXI.
- Lucas, J. A., Telch, M. J., & Bigler, E. D. (1991). Memory functioning in panic disorder: a neuropsychological perspective. *Journal of Anxiety Disorders*, 5(1), 1–20.
- Luine, V., Villegas, M., Martinez, C., & McEwen, B. S. (1994). Repeated stress causes reversible impairments of spatial memory performance. *Brain research*, 639(1), 167–170.
- Luria, A. R. (1970). The functional organization of the brain. *Scientific American*, 3, 66–78.
- Luria, A. R. (1980). *Higher cortical functions in man*. New York: Basic Books.
- Luria, A. R. (1980b): *Fundamentos de neurolingüística*. Barcelona: Toray.
- Luria, A. R. (1980c): *Neuropsicología de la memoria*. Madrid: Blume.
- Luria, A. R. (1984). *El cerebro en acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Maccoby, E. E. (1990). Gender and relationships: a development account. *American Psychologist*, 45, 513-520.
- Manga, D. & Ramos, F. (2000). *Luria DNA. Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos*. Madrid: Tea Ediciones.
- Manga, D. (1987): Evaluación cualitativa en neuropsicología clínica: Historia reciente. En A. L. Christensen. *El diagnóstico neuropsicológico de Luria* 13-17. Madrid: Visor.
- Manga, D., & Ramos, F. (1986a). La aproximación neuropsicológica a la dixelia evolutiva: La maduración cerebral. *Infancia y aprendizaje*, (34), 43–55.

- Manga, D., & Ramos, F. (1986b). La aproximación neuropsicológica a la dislexia evolutiva: lateralización hemisférica e implicaciones educativas. *Infancia y aprendizaje*, (34), 57–75.
- Manga, D., & Ramos, F. (1991). *Neuropsicología de la edad escolar. Aplicaciones de la Teoría de A. R. Luria a niños a través de la Batería Luria-DNI*. Madrid: Visor.
- Manga, D., & Ramos, F. (2000). *Batería Luria-DNA. Diagnóstico Neuropsicológico de Adultos*. Madrid: TEA Ediciones.
- Marginin, G. (1988). Interpersonal and intrapersonal factors associated with marital violence. En G. T. Hotaling, eds., *Family abuse and its consequences: New directions for research*, 203-217. Newsbury Park, CA: Sage.
- Martinot, J. L., Allilaire, J. F., Mazoyer, B. M., Hantouche, E., Huret, J. D., Legaut-Demare, F., ... Baron, J. C. (1990). Obsessive-compulsive disorder: A clinical, neuropsychological and positron emission tomography study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(3), 233–242.
- Matud Aznar, M. P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16(3), 397-401.
- Matud, M. P., Fortes, D., y Rosales, M. (2007). El entorno social del maltrato a la mujer por su pareja. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 7, 113.
- Mayberg, H. (2001). Depression and frontal-subcortical circuits. En D. G. Lichter & J. L. Cummings (Eds.), *Frontal-subcortical circuits in psychiatric and neurological disorders* (pp. 177–206). New York: Guilford Press
- McEwen, B. S., Angulo, J., Cameron, H., & Chao, H. M. (1992). Paradoxical effects of adrenal steroids on the brain: Protection versus degeneration. *Biological Psychiatry*. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&uid=1992-26403-001>
- McGrath, E., Keita, G. P., Strickland, B. R., & Russo, N. F. (1990). *Women and depression: Risk factors and treatment issues. Final report of the American Psychological Association's National Task Force on Women and Depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McLeer, S. V., Deblinger, E., Atkins, M. S., Foa, E. B., & Ralphe, D. L. (1988). Post-Traumatic Stress Disorder in Sexually Abused Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 650-654. doi:10.1097/00004583-198809000-00024
- Merín, J., Cano, A., & Miguel Tobal, J. J. (1995). El estrés laboral: bases teóricas y marco de intervención. *Ansiedad y estrés*, (1), 113–129.
- Miguel-Tobal, J. J., Cano-Vindel, A., Gonzalez-Ordi, H., Iruarrizaga, I., Rudenstine, S., Vlahov, D., & Galea, S. (2006). PTSD and depression after the Madrid March 11 train bombings. *Journal of Traumatic Stress*, 19(1), 69–80.

- Miller, D. T., & Porter, C. A. (1983). Self-blame in victims of violence. *Journal of Social Issues*, 39(2), 139–152.
- Mitchell, R. E., & Hodson, C. A. (1983). Coping with domestic violence: Social support and psychological health among battered women. *American journal of community psychology*, 11(6), 629–654.
- Montero Gómez, A. (2001) Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica. *Clínica y Salud*, vol. 12 nº 1, pags. 371-397.
- Montero, A. (1999) Psicopatología del Síndrome de Estocolmo: ensayo de un modelo etiológico. *Ciencia Policial*, 51: 51-72.
- Mora, F. (2002). *¿Cómo funciona el cerebro?*. Madrid: Alianza.
- Moya-Albiol, L., & Occhi, S. (2007). Sintomatología del Trastorno por Estrés Postraumático y empatía en población no directamente afectada tras los atentados terroristas de Madrid del 11 de Marzo de 2004. *Ansiedad y estrés*, 13(2), 269–281.
- Muelleman, R. L., Lenaghan, P. A., & Pakieser, R. A. (1996). Battered women: injury locations and types. *Annals of emergency medicine*, 28(5), 486–492.
- Muller, R. T., & Lemieux, K. E. (2000). Social support, attachment, and psychopathology in high risk formerly maltreated adults. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 883–900.
- Navarro Góngora, J. & Pereira Miragai, J. (2001). (Comp.). *Parejas en situaciones especiales*. Buenos Aires: Paidós.
- Neylan, T. C., Lenoci, M., Rothlind, J., Metzler, T. J., Schuff, N., Du, A.-T., ... Marmar, C. R. (2004). Attention, learning, and memory in posttraumatic stress disorder. *Journal of traumatic stress*, 17(1), 41–46.
- Odrizola, E. E., & Corral Gargallo, P. (1997). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático. *Ansiedad y estrés*, 3(2), 249-264.
- Olivares, M. E., Cortés, A. S., & Alvaro, A. R. (2004). Trastorno de Estrés Postraumático asociado a cáncer: revisión teórica. *Ansiedad y estrés*, 10(1), 43–61.
- Orsini, D. L., Van Gorp, W. G., & Boone, K. B. (1988). *The neuropsychology casebook*. New York: Springer-Verlag. Recuperado a partir de <http://www.getcited.org/pub/102633515>
- Osmon, D. C. (1989). The neuropsychological examination. En L. C. Hartlage, M. J. Asken y J. L. Hornsby (Eds.), *Essentials of neuropsychological assessment*, 71-121. New York: Springer Publishing Company.
- Parsons, O. A. (1984). Recent developments in clinical neuropsychology. En G. Goldstein (Ed.), *Advances in clinical neuropsychology*, vol. 1 19-40. New York: Plenum.
- Parsons, OA. (1996). Alcohol abuse and alcoholism. En RL.Adams, OA. Parsons, (eds.). *Neuropsychology for clinical practice: Etiology, assessment, and treatment*

of common neurological disorders. Washington, DC: American Psychological Association. p. 175-201.

- Pastor Carballo, R. (2001). Reflexiones sobre la violencia de género: Aspectos psico-sociales. *Informació Psicològica*, (75). 3-8.
- Patró, R. y Lumiñana, R. (2005). Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas. *Anales de psicología*, 21 (1), 11.
- Patterson, G. (1982). *Coercive family processes*. Eugene Oregon: Castalia.
- Penfield, W., Jasper, H. (1954) *Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain*. London: Churchill.
- Perea Bartolomé, M., & Ladera Fernández, V. (1995). Rendimientos neuropsicológicos: edad, educación y sexo. *Psicothema*, 7(1), 105–112.
- Pérez, M. (1993). *Neuropsicología: epilepsia y dificultades de aprendizaje*. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Pérez, M., Torres, A. V., Velasco, L., & Conde, O. (2005). Entrevista estructurada de evaluación del maltrato. (Sin publicar).
- Pérez-Fernández, M., Torres, A. V. & Velasco, L. (Coord.). (2005). *Sociedad, violencia y mujer. Retos para afrontar la desigualdad*. Salamanca: Amarú.
- Pérez-Fernández, M., Torres, A. V. & Velasco, L. (Coord.). (2006). *Sociedad, violencia y mujer II. Retos para abordar un cambio social*. Salamanca: Amarú.
- Pérez-García, M., Puente, A., & Vilar-López, R. (2009). Definición conceptual y profesional de la neuropsicología clínica. En M. Pérez García (Ed.), *Manual de Neuropsicología Clínica*. Madrid: Pirámide.
- Pico-Alfonso, M. A., Echeburúa, E., & Martínez, M. (2008). Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*, 23(7), 577–588.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Herbert, J., & Martínez, M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 56(4), 233–240.
- Plaisted, J. R., Wilkening, G. N., Gustavson, J. L., & Golden, C. J. (1983). The Luria-Nebraska Neuropsychological battery—children’s revision: Theory and current research findings. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 12(1), 13–21.
- Plichta, S. B. (1996). Violence, health and use of health service. In *Women’s Health and Care Seeking Behavior*. Baltimore, Johns Hopkins University Press, pp 237-270.

- Posner, M. I., Cohen, Y., & Rafal, R. D. (1982). Neural systems control of spatial orienting. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. B, Biological Sciences*, 298(1089), 187–198.
- Posner, M. I., Peterson, S. E., Fox, P. T. & Raichle, M. E. (1988). Localization of cognitive processes in human brain. *Science*, 240, 1627-31
- Posner, Michael I., & Petersen, S. E. (1989). *The attention system of the human brain*. DTIC Document. Recuperado a partir de <http://oai.dtic.mil/oai/oai?verb=getRecord&metadataPrefix=html&identifier=ADA206157>
- Posner, Michael I., Petersen, S. E., Fox, P. T., & Raichle, M. E. (1988). Localization of cognitive operations in the human brain. *Science*, 240(4859), 1627–1631.
- Posner, Michael I., Walker, J. A., Friedrich, F. J., & Rafal, R. D. (1984). Effects of parietal injury on covert orienting of attention. *The Journal of Neuroscience*, 4(7), 1863–1874.
- Prescott, S., y Letko, C. (1977). Battered women: A social psychological perspective. En M. Roy (ed.). *Battered Women: A psychosocial Study of Domestic Violence*. New York: Van Nostrand Reinhold.
- Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., & Pantelis, C. (1998a). Cognitive deficits in obsessive–compulsive disorder on tests of frontal–striatal function. *Biological psychiatry*. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&uid=1998-00492-006>
- Purcell, R., Maruff, P., Kyrios, M., & Pantelis, C. (1998b). Neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder: a comparison with unipolar depression, panic disorder, and normal controls. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 415.
- Pynoos, R., Sorenson, S. y Steinberg, A. (1993). Interpersonal violence and traumatic stress reactions. En L. Goldberger y S. Breznitz (eds.). *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (2ª ed.). Nueva York: Free Press.
- Ramos, F., & Manga, D. (1992). La batería Luria- DNA. Bases teóricas y exploración neuropsicológica de funciones cognitivas en toxicómanos. *I Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal* (pp. 163-180). Zaragoza: Diputación de Zaragoza.
- Rechea, C. (1999). *La criminología aplicada II*. Consejo General del Poder Judicial.
- Redondo Rodríguez, N., Graña Gómez, J. L. y González Cieza, L. (2009). Características sociodemográficas y delictivas de maltratadores en tratamiento psicológico. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 9, 49.
- Reid, J. B., Taplin, P. S., Lorber, S. (1981). A social interctional approach to the treatment of abuse families. En R. B. Stuart (ed.). *Violent Behavior: Social learning approaches to prediction, management and treatment*. New york: Bruner/ Mazel.

- Reynolds, C. R., Hartlage, L. C., & Haak, R. (1981). The relationship between lateral preference, as determined by neuropsychological test performance, and aptitude-achievement discrepancies. *Clinical Neuropsychology*. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1981-30609-001>
- Rimel, R. W., Giordani, B., Barth, J. T., Boll, T. J., & Jane, J. A. (1981). Disability caused by minor head injury. *Neurosurgery*, 9(3), 221.
- Rodríguez Franco, L., López-Cepero, J. y Rodríguez Díaz, F. J. (2009). Violencia doméstica: una revisión bibliográfica y bibliométrica. *Psicothema*, 21(2), 248.
- Rohrbaugh, J. B. (1979). *Women: Psychology's Puzzle*. New York :Basic.
- Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Román Lapuente, F., & Sánchez Navarro, J. P. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. Recuperado a partir de <http://digitum.um.es/jspui/handle/10201/10150>
- Romero, M. (1985). A comparison between strategies used on prisoners of war and battered wives. *Sex roles*, 13(9-10), 537–547.
- Rose,L., Campbell, J., & Kub, J. (2000). The role of social support and family relationships in women's responses to battering. *Health Care for Women International*, 21, 27-39.
- Rosenzweig, M. R. (1982). Neuropsychology Today. *International Journal of Psychology*, 17(1-4), 143-148. doi:10.1080/00207598208247438
- Rosewater, L. B. (1988). Battered or schizophrenic? Psychological test can't tell. En K. Yllo y M. Bograd (eds). *Feminist Perspective on Wife Abuse*. New York: Guilford.
- Rounsaville, B. J., & Lifton, N. (1983). A Therapy group for battered women. En M. Rosenbaum (eds.). *Handbook of Short-Term Therapy Groups*. New York: McGraw-Hill.
- Rourke, S. B., & Adams, K. M. (1996). The neuropsychological correlates of acute and chronic hypoxemia. En I. Grant & K. M. Adams (Eds.), *Neuropsychological assessment of neuropsychiatric disorders* (2nd ed., pp. 379–402). New York: Oxford University Press.
- Ryan, C., & Butters, N. (1980). Further evidence for a continuum-of-impairment encompassing male alcoholic Korsakoff patients and chronic alcoholic men. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 4(2), 190–198.
- Römken, R. (1997). Prevalence of wife abuse in the Netherlands. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 99-125.
- Sabina, C. & Tindale, S. (2008). Abuse Characteristics and Coping Resources as Predictors of Problems-Focused Coping Strategies Among Battered Women. *Violence Against Women*, 14, 437-456.

- Salorio, P., Navarro, N., Navarro, T., & López, J. M. (2008). Fluencia verbal y nivel educativo en el deterioro cognitivo. *Comunicación presentada en: 9º Congreso Virtual de Psiquiatría*. Recuperado a partir de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/4588>
- Sanmartín, J. (2000). *La violencia y sus claves*. Barcelona: Ariel.
- Sanmartín, J. (2002). *La mente de los violentos*. Barcelona: Ariel.
- Sanmartín, J. (2004). (Coord.). *El laberinto de la violencia. Causas tipos y efectos*. Barcelona: Ariel.
- Sapolsky, R. M. (1996). Why stress is bad for your brain. *Science*, 273(5276), 749–750.
- Sapolsky, R. M., Uno, H., Rebert, C. S., & Finch, C. E. (1990). Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates. *The Journal of Neuroscience*, 10(9), 2897–2902.
- Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.
- Sarasua, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., y Corral, P., (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las mujeres víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19, 459-466.
- Sato, R. A., & Heiby, E. M. (1991). Depression and post-traumatic stress disorder in battered women: Consequences of victimization. *The Behavior Therapist*, 14(6), 151–157.
- Savage, C. R., Baer, L., Keuthen, N. J., Brown, H. D., Rauch, S. L., & Jenike, M. A. (1999). Organizational strategies mediate nonverbal memory impairment in obsessive-compulsive disorder. *Biological psychiatry*, 45(7), 905.
- Savage, C. R., Deckersbach, T., Wilhelm, S., Rauch, S. L., Baer, L., Reid, T., & Jenike, M. A. (2000). Strategic processing and episodic memory impairment in obsessive compulsive disorder. *Neuropsychology*, 14(1), 141.
- Savage, C. R., Keuthen, N. J., Jenike, M. A., & Brown, H. D. (1996). Recall and recognition memory in obsessive-compulsive disorder. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&uid=1996-05186-017>
- Schuff, N., Marmar, C. R., Weiss, D. S., Neylan, T. C., Schoenfeld, F., Fein, G., & Weiner, M. W. (1997). Reduced hippocampal volume and N-acetyl aspartate in posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821(1), 516–520.
- Schuff, Norbert, Neylan, T. C., Lenoci, M. A., Du, A.-T., Weiss, D. S., Marmar, C. R., & Weiner, M. W. (2001). Decreased hippocampal N- acetyl aspartate in the absence of atrophy in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 50(12), 952–959.

- Schultz, L. G. (1960). The wife assaulter. *Journal of social therapy*. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1961-02599-001>
- Selemon, L. D., & Goldman-Rakic, P. S. (1988). Common cortical and subcortical targets of the dorsolateral prefrontal and posterior parietal cortices in the rhesus monkey: evidence for a distributed neural network subserving spatially guided behavior. *The Journal of Neuroscience*, 8(11), 4049–4068.
- Sepúlveda, R., Troncoso, M. & Álvarez, C. (1998). Psicología y Salud: El papel del apoyo social. *Revista Médica de Santiago*, 1, 154-162.
- Siegel, D. J. (1995). Memory, trauma, and psychotherapy: A cognitive science view. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1995-29429-001>
- Simmons, A., Paulus, M. P., Thorp, S. R., Matthews, S. C., Norman, S. B., & Stein, M. B. (2008). Functional activation and neural networks in women with posttraumatic stress disorder related to intimate partner violence. *Biological psychiatry*, 64(8), 681.
- Smith Jr, D. J., Mills, T., & Taliaferro, E. H. (2001). Frequency and relationship of reported symptomology in victims of intimate partner violence: the effect of multiple strangulation attacks. *The Journal of emergency medicine*, 21(3), 323–329.
- Smith, C., & Thornberry, T. P. (1995). The relationship between childhood maltreatment and adolescent involvement in delinquency*. *Criminology*, 33(4), 451–481.
- Snyder, P.; Nussbaum, P. (1998). *Clinical neuropsychology: A pocket handbook for assessment*. Washington, DC.: American Psychological Association;
- Spitzer, R., y Williams, J. B. S. (1985). *Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID)*. New York : New York State Psychiatric Institute.
- Staats, A. W., y Heiby, E. M. (1985). Paradigmatic behaviorism's theory of depression: unified, explanatory and heuristic. En S. Reiss y R. Bootzin (eds). *Theoretical Issues in Behavior Therapy*. New York :Academic Press.
- Stark, E., Flitcraft, A., & Frazier, W. (1979). Medicine and patriarchal violence: The social construction of a « private» event. *International Journal of Health Services*, 9(3), 461–493.
- Steele, B. F., y Pollock, C. B. (1968). A psychiatric study of parents who abuse infants and small children. En R. E. Helfer, y C. H. Kempel (eds.), *The battered child*, 89-133. Chicago: University of Chicago Press.
- Stein, M. B., Kennedy, C. M., & Twamley, E. W. (2002). Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 52(11), 1079–1088.

- Steketee, G., & Foa, E. B. (1987). Rape victims: Post-traumatic stress responses and their treatment: A review of the literature. *Journal of Anxiety Disorders*, 1(1), 69–86.
- Strenz, T. H. (1980). The Stockholm Syndrome: law enforcement policy and ego defenses of the hostage. En Wright, Bahn y Rieber (Dirs), *Forensic Psychology and psychiatry. Annals of the New York Academy of Sciences*, 347:13
- Strigo, I. A., Simmons, A. N., Matthews, S. C., Grimes, E. M., Allard, C. B., Reinhardt, L. E., ... Stein, M. B. (2010). Neural correlates of altered pain response in women with posttraumatic stress disorder from intimate partner violence. *Biological psychiatry*, 68(5), 442–450.
- Sullivan, C. M. (2011). Victim services for domestic violence. En M. P. Koss, J. W. White y A. E. Kazdin (Eds.), *Violence against women and children*(pp. 183-198). Washigton, DC: American Psychological Association.
- Sullivan, C., y Bybee, D. (1999). Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 43-53.
- Suriá Martínez, R., Rosser Limiñana, A., & Villegas Castrillo, E. (2014). El contexto de las mujeres víctimas de violencia de género en los centros de atención de la Comunidad Valenciana. En *15º Congreso Virtual de Psiquiatría.com, Interpsiquis 2014* (pp. 1-8). Recuperado a partir de <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/35397>
- Svavarsdottir, E. K., & Orlygsdottir, B. (2009). Intimate partner abuse factors associated with women's health: a general population study. *Journal of advanced nursing*, 65(7), 1452–1462.
- Symonds, A. (1979). Violence against women: The myth of masochism. *American Journal of Psychotherapy*. Recuperado a partir de <http://psycnet.apa.org/?fa=main.doiLanding&uid=1979-28844-001>
- Torres Falcón, M. (2001). *La violencia en casa*. Buenos Aires: Paidós.
- Torres, P. & Espada, F. J. (1996). *Violencia en casa*. Madrid: Aguilar.
- Twamley, E. W., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Cissell, S. H., Berardi, K. H., ... Stein, M. B. (2009). Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *J Int Neuropsychol Soc*, 15(6), 879–887.
- Uddo, M., Vasterling, J. J., Brailey, K., & Sutker, P. B. (1993). Memory and attention in combat-related post-traumatic stress disorder (PTSD). *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 15(1), 43–52.
- Valera, E. M., & Berenbaum, H. (2003). Brain injury in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol 71(4), 797-804. doi:10.1037/0022-006X.71.4.797

- Vasterling, J. J., Brailey, K., Constans, J. I., & Sutker, P. B. (1998). Attention and memory dysfunction in posttraumatic stress disorder. *Newropsychology-NewYork*, *12*, 125–133.
- Vasterling, J. J., Duke, L. M., Brailey, K., Constans, J. I., Allain, A. N., & Sutker, P. B. (2002). Attention, learning, and memory performances and intellectual resources in Vietnam veterans: PTSD and no disorder comparisons. *Newropsychology-NewYork* *16*(1), 5–14.
- Veale, D. M., Sahakian, B. J., Owen, A. M., & Marks, I. M. (1996). Specific cognitive deficits in tests sensitive to frontal lobe dysfunction in obsessive-compulsive disorder. *Psychological medicine*, *26*(6), 1261–1270.
- Velasco Riego, L. (2008). *Tu seguridad nos importa: manual de actuación policial en materia de violencia de género: conforme a la Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género* (3a. ed.). Salamanca: Amarú.
- Villavicencio, C. P., & Batista, N. M. (1992). Un problema específico de salud en la mujer: la situación de maltrato. *Clínica y Salud*, *3*(3), 239–249.
- Villavicencio, P. (1993). Mujeres maltratadas: conceptualización y evaluación. *Clínica y salud*, *4*(3), 215–228.
- Villavicencio, P., & Sebastián, J. (1999). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología conductual*, *7*(3), 431–458.
- Vindel, A. C., Ordi, H. G., Díez, I. I., & Tobal, J. J. M. (2004). Consecuencias psicopatológicas tras el atentado terrorista del 11-M en Madrid en víctimas, familiares y allegados. *Ansiedad y Estrés*, *10*(2), 195–206.
- Vitanza, S., Vogel, L., & Marshall, L. L. (1995). Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women. *Violence and Victims*, *10*(1), 23–34.
- Waalén, J., Goodwin, M. M., Spitz, A. M., Petersen, R., & Saltzman, L. E. (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, *19*, 230-237.
- Waldrop, A., & Resick, P. (2004). Coping among adult female victims of domestic violence. *Journal of Family Violence*, *19*, 291-302.
- Walker, L. E. (1979). *The Battered Woman*. New York: Harper and Row, Publishers.
- Walker, L. E. (1984). *The Battered Woman Syndrome*. New York: Springer.
- Walker, L. E. (1989). Psychology and violence against women. *American Psychologist*, *44*(4), 695.
- Walker, L. E. (1989). *Terrifying love*. New York: Harper Colling.

- Walker, L. E. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28(1), 21.
- Walker, L. E. (1994). *The abused woman: A survivor therapy approach*. New York: Newbridge Communications.
- Walker, L. E. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54, 21–29.
- Walker, L. E. (2003). Terapia para supervivientes con mujeres golpeadas. *Revista de Psicoterapia*, 14, 77-89.
- Warshaw, C. (2001). Women and violence. In N. L. Stotland & D. E. Stewart (Eds.), *Psychological aspects of women's health care: The interface between psychiatry and obstetrics and gynecology* (2nd ed.; pp. 477–548). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Weaver, T. L., & Resick, P. A. (2014). Injury dimensions in female victims of intimate partner violence: Expanding the examination of associations with symptoms of posttraumatic stress disorder. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. doi:10.1037/a0036063
- Wechsler, D. (1981). *WAIS-R manual*. New York: Psychological Corporation.
- Wechsler, D. Wechsler Memory Scale-Third Edition (WMS-III). The Psychological Corporation; San Antonio, TX: 1997b.
- Weigl, E. (1981). On the future of neuropsychology. En E. Weigl, *Neuropsychology and neurolinguistics. Selected Papers*, 19-23. The Hague: Mouton Publishers.
- Weingartner, H., & Silberman, E. (1982). Models of cognitive impairment: cognitive changes in depression. *Psychopharmacology bulletin*, 18(2), 27.
- Weissman, M. M., & Klerman, G. L. (1977). The chronic depressive in the community: unrecognized and poorly treated. *Comprehensive Psychiatry*, 18(6), 523–532.
- Weissman, M. M., Sholomskas, D., Pottenger, M., Prusoff, B. A., & Locke, B. Z. (1977). Assessing depressive symptoms in five psychiatric populations: a validation study. *American Journal of Epidemiology*, 106(3), 203–214.
- West, C. M., Kaufman, G., Kantor, & Jasinski, J. L. (1998). Sociodemographic predictors and cultural barriers to help-seeking behavior by Latina Anglo American battered women. *Violence and Victims*, 13, 361-375.
- Widom, C. S. (1989). Child abuse, neglect, and adult behavior: research design and findings on criminality, violence, and child abuse. *The American journal of orthopsychiatry*, 59(3), 355.
- Widom, C. S. (2000). Motivation and mechanisms in the cycle of violence. En D. J. Hansen (ed.), *Motivation and child maltreatment*, vol. 49 of the Nebraska Symposium on Motivation. Lincoln: University of Nebraska Press.

- Wilson, J. P., Smith, W. K., y Johnson, S. K. (1985). A comparative analysis of PTSD among various survivor groups. En C. R. Figley (ed.). *Trauma and Its Wake*. New Cork: Brunner/Mazel.
- Wolfe, D. (1985). Child abusive parents: An empirical review and analysis. *Psychological Bulletin*, 97, 462-482.
- Wong, J. Y.-H., Fong, D. Y.-T., Lai, V., & Tiwari, A. (2014). Bridging intimate partner violence and the human brain: A literature review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 15(1), 22-33. doi:10.1177/1524838013496333
- Yanes Cedrés, J. M., & González Méndez, R. (2000). Correlatos cognitivos asociados a la experiencia de violencia interparental. *Psicothema*, 12(1), 41-48.
- Youngjohn, J. R., Larrabee, G. J., & Crook III, T. H. (1992). Test-retest reliability of computerized, everyday memory measures and traditional memory tests. *The Clinical Neuropsychologist*, 6(3), 276-286.
- Zielinski, C. M., Taylor, M. A., & Juzwin, K. R. (1991). Neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 4(2), 110-126.
- Zingraff, M. T., Leiter, J., Myers, K. A., & Johnsen, M. C. (1993). Child maltreatment and youthful problem behavior. *Criminology*, 31(2), 173-202.
- Zitterl, W., Urban, C., Linzmayer, L., Aigner, M., Demal, U., Semler, B., & Zitterl-Eglseer, K. (2001). Memory deficits in patients with DSM-IV obsessive-compulsive disorder. *Psychopathology*, 34(3), 113-117.
- Zlotnick, C., Jonson, D. M. & Kohn, R. (2006). Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *Journal of Interpersonal Violence*, 21, 262-275.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D. & Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (ed.) *Personalidades violentas*. Madrid: Pirámide.

ANEXOS

FOLLETO INFORMATIVO DE LA INVESTIGACIÓN PARA INSTITUCIONES Y
RECLUTAMIENTO DE LA MUESTRA.



Departamento de Personalidad
Evaluación y Tratamientos Psicológicos
Facultad de Psicología
Universidad de Salamanca

Subvencionado por el Instituto de la Mujer
Secretaría General de Asuntos Sociales
Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales

Año 2004 -2006

EQUIPO INVESTIGADOR

Investigador principal
Dr. Miguel Pérez Fernández

Investigadores colaboradores
Dña. Ana Victoria Torres García
Dña. Luisa Velasco Riego

Investigadores de campo
Dña. Olga Conde Alonso
Dña. Laura García Álvarez

Iniciado el siglo XXI, se han logrado importantes avances en la sociedad del mundo industrializado, no solo en el campo de la investigación sino también en el área social, sin embargo aún quedan asignaturas pendientes en esta sociedad que denominamos "sociedad adelantada". Una de esas asignaturas pendientes es lo que se conoce como diferencias de género, y en concreto la violencia de género.

Nos planteamos un difícil reto con esta investigación, aunque con especial interés e ilusión, pretendiendo un doble objetivo: por una parte, abrir nuevas líneas de investigación con las que avanzar en las ciencias sociales y por otra, dotar de nuevos instrumentos de utilidad práctica para los profesionales que trabajan con las víctimas de malos tratos.

Teniendo presente esta dura realidad y sintiéndonos sensibilizados por dicha problemática, nuestro interés se ha centrado en la investigación multidisciplinar abordando desde la neuropsicología el maltrato físico, esperando que nuestra aportación sea relevante para avanzar en la erradicación de este grave problema.

A pesar de los cambios legislativos y del importante aumento de recursos de atención a las víctimas puestos en funcionamiento, todavía no se ha encontrado la solución al problema. Paradójicamente, el número de mujeres que sufren malos tratos, tanto físicos como psicológicos, sigue aumentando, habiendo superado en lo que va de año el medio centenar de casos. La cifra de mujeres muertas a manos de sus parejas a fecha de hoy supera ya la de todo el año pasado.

Neuropsicología y violencia, han tenido un tratamiento independiente, consideramos que puede existir una relación entre ambos y que este estudio puede abrir paso a nuevas investigaciones



¿QUÉ ES?

Maltrato físico: "Todo acto de agresión intencional repetitiva, en el que se utilice alguna parte del cuerpo, algún objeto, arma o sustancia para sujetar, inmovilizar o causar daño a la integridad física del otro, encaminado hacia su sometimiento y control".

De este modo estaríamos ante un **maltrato de tipo físico** cuando las conductas que se presentan, golpes, patadas, puñetazos, intentos de estrangulamiento, etc, son el reflejo de un abuso físico.

Maltrato psicológico: "Patrón de conducta consistente en actos u omisiones repetitivos cuyas formas de ex-

presión pueden ser prohibiciones, coacciones, condicionamientos, intimidaciones, amenazas, actitudes devaluatorias, de abandono y que provoquen en quien las recibe, deterioro, disminución o afectación a su estructura de personalidad".

En el **maltrato psicológico** son frecuentes las desvalorizaciones (críticas y humillaciones permanentes), posturas y gestos amenazantes (amenazas de violencia, de suicidio o de llevarse a los niños), conductas de restricción (control de las amistades, limitación del dinero o restricción de las salidas de casa), conductas destructivas (referidas a objetos de valor económico o afectivo o al maltrato de animales domésticos) y, por último, culpabilizar a ella de las conductas violentas de él.

Teniendo en cuenta las características de este tipo de maltrato es percibido como tanto o más difícil de soportar que el maltrato físico. Este tipo de maltrato es el que menos se ha desarrollado tanto en la investigación como en la clínica.



¿PARA QUÉ?

El objetivo es poder contar con instrumentos de evaluación y valoración con los cuales los profesionales de distintas áreas, sanitarias, jurídicas, sociales, puedan manejar y así poder tomar decisiones, con una base científica, que repercuta de manera positiva en el bienestar físico y psicológico de las víctimas.

Sin lugar a dudas, la colaboración que desde las distintas instituciones tanto públicas como privadas, nos puedan prestar, serán de una ayuda inestimable para que dicho proyecto de investigación pueda llegar a buen puerto, y de esta forma, la sociedad pueda contar con herramientas eficaces, con una base científica, que van a repercutir directamente en la mejora del bienestar físico, psicológico y social de estas mujeres e indirectamente en el de sus hijos, que no están ajenos a las situaciones violentas. Y dado que el entorno social y familiar, así como los modelos de aprendizaje influyen en el comportamiento de las personas, los resultados de esta investigación pueden servir como mecanismo de prevención ante potenciales futuros maltratadores.

Para que de alguna manera podamos ir avanzando y entre todos poder contribuir a erradicar esta lacra social que a nadie puede dejar indiferente.



¿POR QUÉ?

La neuropsicología es "la ciencia que investiga los fundamentos biológicos de la vivencia y del comportamiento", dicho en otros términos, estudia la relación que existe entre las funciones cerebrales y la conducta. Si tenemos en cuenta, que entre las definiciones de Neuropsicología, los conceptos claves comunes a todas son las relaciones conducta-cerebro, mente-cerebro, se abre una amplia vía de investigación en áreas específicas de la neuropsicología, pudiendo citar entre otras, la neuropsicología clínica, neuropsicología del desarrollo, neuropsicología experimental o la neuropsicología cognitiva.

La investigación en Neuropsicología clínica tiene dos objetivos. Primero, señalar con precisión las alteraciones cerebrales responsables de trastornos comportamentales específicos, con la esperanza de elaborar un medio de diagnóstico precoz y de localización precisa de dichas lesiones cerebrales. Segundo, un análisis factorial que nos lleve a una mejor comprensión de las complejas funciones psicológicas de las que son responsables las diferentes partes del cerebro.

Sin embargo, el problema de la mujer maltratada ha sido y es, un tema de escasa relevancia clínica hasta fechas demasiado recientes. Al considerar a la familia como un ámbito privado, los problemas que pudieran surgir en dicho contexto, se consideraban no accesibles por parte de las instituciones públicas.

Por otra parte, cualquier aproximación al estudio de violencia doméstica debe considerarse también la exploración de los factores biopsicosociales causales y/o asociados con la experiencia de maltrato.

¿CÓMO?

La recogida de información para la realización de dicho proyecto se realizará a lo largo de un periodo de tiempo comprendido entre los años 2004-2006.

La información necesaria para la elaboración del proyecto se logrará mediante la aplicación de pruebas de evaluación y diagnóstico neuropsicológico y entrevistas semiestructuradas. Las baterías o pruebas que pretendemos aplicar son:

Examen neuropsicológico de Luria
 Cuestionario de Salud General de Goldberg
 Cuestionario NEO de 60 ítems
 Escala de Autoconcepto Positivo (EAP)
 Escala de Autoconcepto Negativo (EAN)
 Escala de Autoestima
 Inventario de la depresión de Beck
 Entrevista semiestructurada de la evaluación de maltrato

Una vez obtenidos los datos necesarios, se realizarán los oportunos análisis estadísticos para la obtención de los resultados y posterior interpretación de ellos.

¿A QUIÉN?

La investigación va dirigida esencialmente a mujeres que son víctimas de malos tratos - producidos de manera continuada -, comparándolas con aquellas que no han sufrido maltrato, la finalidad es poder analizar las dos muestras y establecer las diferencias provocadas por el maltrato.

Esta investigación tendrá una repercusión indirecta en sus hijos, al sentirse la mujer más apoyada por la red social, así como una mayor posibilidad de reinserción en todos los ámbitos de su vida.

Por otra parte, en este tipo de estudios, otro de los objetivos es la concienciación de la sociedad sobre la problemática investigada y especialmente de los profesionales que trabajan en el ámbito biopsicosocial y jurídico.

¿CUÁNDO?

El proyecto de investigación se está llevando a cabo por un equipo de investigadores de la Universidad de Salamanca con una duración de tres años (2004-2006). Esperamos que los resultados que se obtengan generen un efecto positivo a corto, medio y largo plazo en las mujeres que en la actualidad están sufriendo maltrato así como para aquellas que en un futuro puedan sufrirlo.

¿DÓNDE?

Las investigadoras de campo pasarán las baterías de test utilizadas en la investigación a las mujeres víctimas de maltrato, así como al grupo control en su residencia habitual, domicilio particular, casa de acogida, facultad de Psicología, etc., para lo que será necesaria la colaboración y disponibilidad de entidades públicas y privadas que trabajen en el área social.

Dicha investigación se llevará a cabo en el territorio nacional español y latinoamericano.



MINISTERIO DE TRABAJO Y BENEFICIOS SOCIALES INSTITUTO DE LA MUJER

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

Junta de Castilla y León

Agencia de Salamanca

Agencia de Salamanca

Asociación PLAZA MUJER

asecal

TARJETA INFORMATIVA DE LA INVESTIGACIÓN PARA RECLUTAMIENTO DE LA MUESTRA.

Ayúdanos, te ayudarán y les ayudarán



Afectación Neuropsicológica en las Mujeres víctimas de malos tratos

La agresión a la Mujer en cualquiera de sus manifestaciones debe ser erradicada.

Tú has sufrido durante tiempo en silencio sin que nadie te haya ayudado.

Desde la Universidad de Salamanca, con la colaboración del Instituto de la Mujer y del Ayuntamiento de Salamanca, un equipo de investigación trabaja para aportar soluciones al grave problema del maltrato hacia la mujer.

Con tu participación en este proyecto no solo lograrás ayudarte a ti misma, también ayudarás a muchas mujeres a salir de esta situación.

Contacta con nosotras y te informaremos sin ningún compromiso, de forma anónima y confidencial.

TÚ SOLA NO PUEDES, ELAS TAMPOCO



UNIVERSIDAD DE SALAMANCA




Quiero que me sigas sin juzgarme.
Quiero que apruebas sin aconsejarme.
Quiero que me ayudes sin intentar decidir por mí.
Quiero que me cuides sin enojarme.
Quiero que me mires sin proyectar tus cosas en mí.
Quiero que me abrasas sin arrojarme.
Quiero que me abrases sin aconsejarme.
Quiero que me protejas sin hacerte cargo de mí.
Quiero que me protejas sin mentarme.
Quiero que te acompaños sin invadirte.
Quiero que conozcas las cosas malas que más te disgustan,
que las aceptes y no pretendas cambiarlas.
Quiero que sepas... que hoy puedes contar conmigo... sin condiciones

JORGE BACHY



Teléfono (329) 29 46 10
 Extensión 3307
 Facultad de Psicología,
 Universidad de Salamanca
 E-mail: mipe@usal.es

Puedes preguntar por
 Miguel Pérez Fernández
 Ana Victoria Torres García
 Leticia Velasco Riego

Horario
 Mañana: de 11:00 a 15:00
 Tarde: de 18:00 a 20:00
 En otro horario puedes dejar tu mensaje
 con tus datos en cualquier
 76 862820207.

¡Gracias por tu colaboración!







Esta tesis doctoral ha sido posible gracias a la investigación "Afectación neuropsicológica en las mujeres víctimas de maltrato físico". Universidad de Salamanca. Subvencionado por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de la Mujer.



Consentimiento informado.

Desde el Departamento de Personalidad Evaluación y Tratamientos psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca se está realizando una investigación sobre la violencia de género, subvencionada por el Instituto de la Mujer. Secretaría General de Asuntos Sociales. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. La investigación se está realizando con el objetivo de aportar nuevas líneas de investigación del maltrato y las repercusiones neuropsicológicas del mismo, “Afectación neuropsicológica en mujeres víctimas de maltrato” dirigida por el profesor Dr. Miguel Pérez Fernández, durante los años 2004-06.

Las pruebas aplicadas a las participantes tienen un carácter voluntario y se garantiza el anonimato y la protección de datos según la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD). Las pruebas se pasarán en diferentes sesiones teniendo en cuenta las circunstancias individuales de las mujeres entrevistadas. La participación en la investigación no supondrá ningún gasto adicional a las participantes.

Por nuestra parte, adquirimos el compromiso de informar de los resultados de la investigación en caso de que las participantes así lo deseen.

La participante en la investigación manifiesta estar informada del proceso y da su consentimiento para utilizar sus datos en dicha investigación.

Salamanca a de..... de 200

Fdo:



D^a:..... con DNI.....

Manifiesta estar informada de las condiciones experimentales de la investigación “*Afectación neuropsicológica en mujeres víctimas de maltrato*” y da su consentimiento para poder utilizar los datos recabados en las entrevistas con ella realizadas. Siendo su colaboración totalmente voluntaria y se compromete a no reclamar ningún tipo de compensación material.

Por otra parte, nuestro compromiso es informar de los resultados obtenidos en caso de que así lo desee y garantizar el anonimato y protección de los datos.

Salamanca a de.....200

Firmado:

***CUESTIONARIO SEMIESTRUCTURADO
DE EVALUACIÓN DE MALTATO***

Pérez Fernández, M., Torres García, A. V., Velasco Riego, L., Conde Alonso, O.

5. TIPOS DE VIOLENCIA.

Violencia física

- ¿Alguna vez le empujó, agarró, zarandó, etc.?

- ¿Su pareja le golpeaba o le daba bofetadas?

- ¿Utilizaba algún objeto para agredirla?

- ¿Rompió cosas, tiraba objetos, golpeaba puertas, etc?

- ¿Le echó alguna vez de casa?

- ¿Cuándo ocurrían estos hechos se encontraban presentes sus hijos?

- ¿Cómo reaccionaba Ud. ante la agresión?

- ¿Sufrió malos tratos en la infancia? Señalar por parte de quien.

Violencia psicológica

- ¿Quién marcaba las reglas en casa?

- ¿Qué ocurría cuando no se cumplían?

Questionario estructurado de evaluación del maltrato

- ¿Alguna vez le ha amenazado o insultado?

- ¿Le tenía o le tiene miedo?

- ¿Le gritaba a menudo?

- ¿Le hablaba de manera autoritaria?

- ¿Le chantajeaba?

- ¿Le ridiculizaba?

- ¿Le menospreciaba?

- ¿Le dificultaba o impedía estudiar o trabajar fuera de casa?

- ¿Le acusaba de ser infiel sin motivo?

- ¿Le desanimaba a tener relaciones con sus amistades anteriores?

- ¿Trataba mal a sus familiares o amigos?

- ¿Se hacía él la víctima en público?

Cuestionario estructurado de evaluación del maltrato

- ¿Le impedía relacionarse con su familia de origen?

- ¿Sentía que su pareja le aislaba?

- ¿Le llamaba loca, estúpida, puta o inútil, etc.?

- ¿Le interrumpía el sueño o la comida?

- ¿Le elogiaba y humillaba alternativamente?

- ¿Le trataba con inferioridad?

- ¿Ignoraba su presencia?

- ¿Le amenazaba con suicidarse él o la inducía al suicidio?

- ¿Le culpaba de todo lo que sucedía?

- ¿Le desautorizaba frente a los hijos?

- ¿Desconectaba el teléfono o cerraba la puerta con llave cuando se marchaba?

- ¿Abría sus cartas o revisaba sus cajones o pertenencias?

Cuestionario estructurado de evaluación del maltrato

– ¿Controlaba todo lo que Ud. hacía (hora de llegada a casa, con quién había estado, dónde etc.?)

– ¿Cuándo ocurrían estos hechos se encontraban presentes sus hijos?

– ¿Golpeaba o amenazaba con golpear a sus hijos?

Violencia económica

– ¿Le permitía trabajar fuera del hogar?

– ¿Le obligaba a dejar de trabajar o a cambiar de trabajo?

– ¿Disponía libremente de dinero para administrar los gastos del hogar?

– ¿Controlaba sus gastos y le obligaba a rendir cuentas?

Violencia sexual

– ¿Le obligaba a tener relaciones sexuales contra su voluntad?

– ¿Le forzaba a llevar a cabo algunas prácticas sexuales que usted no desea?

– ¿Le obligaba a prostituirse?

6. APOYO SOCIAL Y ECONÓMICO

– ¿Qué recursos tiene para salir adelante?

– ¿Cuenta con el apoyo de sus familiares y/o amigos?

– ¿Quién o quienes le han prestado ayuda?

7. SEGURIDAD DE LA VÍCTIMA Y SUS HIJOS

– ¿En el momento actual teme por su vida o la de sus hijos?

– ¿Se ha puesto en contacto con el sistema judicial, policial, sanitario, servicios sociales, etc.?

– ¿Alguien le ha aconsejado ponerse en contacto con ellos?

8. CARACTERÍSTICAS DEL AGRESOR

Celoso

Falta de control de ira

Autoritario

Posesivo

Hostil

Manipulador

Impulsivo

Sentimiento de inferioridad

Indiferente

Consumo de alcohol u otra droga

¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

Luria DNA

DIAGNOSTICO NEUROPSICOLÓGICO DE ADULTOS

Nombre: _____
 Edad: Sexo: V M Lateralidad manual: Diestro Zurdo Ambidiestro
 Años de educación: _____
 Ocupación o profesión: _____
 Convivencia familiar: _____
 Examinador y lugar de aplicación: _____
 Fecha de aplicación: _____

PUNTUACIONES EN LA BATERIA LURIA-DNA

		Puntos Posibles	Punt. directa	Punt. Típica	Vacil I-A-T
AREA VISOESPACIAL	1 Percepción visual (ítems 1-8)	16			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2 Orientación espacial (ítems 9-16)	22			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
AREA DEL LENGUAJE ORAL	3. Habla receptiva (ítems 22-31)	31			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	4. Habla expresiva (ítems 32-41)	22			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
AREA DE LA MEMORIA	5- Memoria inmediata (Ítems 42-55)	42			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	6. Memorización Lógica (ítems 56-62)	24			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
AREA INTELECTUAL	7. Dibujos temáticos (ítems 63-70)	23			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	8. Actividad conceptual (ítems 71-81)	27			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
PRUEBA DE ATENCIÓN	Control atencional (ítems 17-21)	22			<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

PUNTUACIÓN TOTAL

Autores: Dionisio Manga y Francisco Ramos
 Copyright © 2000 by TEA Ediciones S.A. Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.
 Edita: TEA Ediciones, S.A. Fray Bernardino de Sahagún, 24-28036 MADRID-Printed in Spain. Impreso en España.

AREA VISOESPACIAL

Subtest 1: Percepción visual

1	<p>G 12 Dígame las cosas que hay en este dibujo.</p> <p>Se muestra G 12 jarra <input type="checkbox"/> martillo <input type="checkbox"/> cuchillo <input type="checkbox"/> plancha <input type="checkbox"/></p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>
2	<p>G 13 ¿Que cosas hay en este dibujo?. Se muestra G 13</p> <p>cubo, caldero <input type="checkbox"/> rastro <input type="checkbox"/> cepillo, brocha <input type="checkbox"/> tijeras <input type="checkbox"/> hacha pequeña <input type="checkbox"/></p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>
3	<p>G14 ¿Y en este dibujo?. Se muestra G 14</p> <p>cafetera,tetera <input type="checkbox"/> botella <input type="checkbox"/> tenedor <input type="checkbox"/> plato <input type="checkbox"/> vaso <input type="checkbox"/></p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>
4	<p>G15 ¿Cuántas veces se halla la figura b en la figura a?. Se muestra G 15</p> <p>Si contesta 3, se penaliza y obtiene sólo un punto. Debe contestar 6 para obtener los dos puntos. Otra respuesta que no sea 3 ó 6 puntúa cero. El tiempo máximo para el ítem es de 20 segundos</p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>
5	<p>G16 ¿Qué figuras, de la 1 a la 4, se encuentran en el tablero?. Se muestra G1</p> <p>figura 1 sí <input type="checkbox"/>; figura 2 sí<input type="checkbox"/>; figura 3 no <input type="checkbox"/>; figura 4 no <input type="checkbox"/>.</p> <p>Se dan, como máximo, 30 segundos, y se conceden los dos puntos cuando contesta "sí" a las figuras 1 y 2. Cada error se penaliza con un punto.</p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>
6	<p>Mire esta tarjeta. Arriba hay un modelo al que le falta una parte. La parte correcta y que completa bien el modelo se halla entre las seis de abajo. Señale esa parte con el dedo.</p> <p>Se muestra G 17, y la parte que se busca está arriba a la derecha <input type="checkbox"/></p> <p>Puntuación: <input type="checkbox"/> 2 puntos por acierto entre 1 y 15 segundos. <input type="checkbox"/> 1 punto por acierto entre 16 y 30 segundos. 30 segundos es el tiempo máximo del ítem. No puntúa por error <input type="checkbox"/> o por invertir más de 30 segundos <input type="checkbox"/></p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>
7	<p>También tiene que buscar la parte que falta en esta tarjeta.</p> <p>Se muestra G 18, debiendo señalar abajo a la izquierda <input type="checkbox"/></p> <p>Puntuación: 2 puntos por acierto entre 1 y 15 segundos. <input type="checkbox"/> 1 punto por acierto entre 16 y 30 segundos. <input type="checkbox"/> 30 segundos es el tiempo máximo del ítem. No puntúa por error <input type="checkbox"/> o por invertir más de 30 segundos <input type="checkbox"/></p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>
8	<p>Busque también la parte que falta aquí.</p> <p>Se muestra G 19, debiendo señalar abajo en el centro <input type="checkbox"/></p> <p>Puntuación: <input type="checkbox"/> 2 puntos por acierto entre 1 y 15 segundos. <input type="checkbox"/> 1 punto por acierto entre 16 y 30 segundos. 30 segundos es el tiempo máximo del ítem. No puntúa por error <input type="checkbox"/> o por invertir más de 30 segundos <input type="checkbox"/>.</p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>

TOTAL DEL SUBTEST 1 (PUNTOS) = (Punt. -Vacil./4)

OBSERVACIONES DE REALIZACION DEL SUBTEST 1

AREA VISIOESPACIAL

Subtest 2: Orientación espacial

9	<p>G 22 Dígame las letras y números que están bien. Se muestra G 22.</p> <p>B <input type="checkbox"/>; K <input type="checkbox"/>; E <input type="checkbox"/>; 4 <input type="checkbox"/>; 5 <input type="checkbox"/>; 9 <input type="checkbox"/>; 6 <input type="checkbox"/>.</p> <p>Este ítem vale 2 puntos. El sujeto debe responder señalando con el dedo. Cada error penaliza con un punto, siendo el tiempo máximo de respuesta de 30 segundos.</p>	Punt	Vacil.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
10	<p>G23-24 Mire con atención estas figuras durante 8 segundos para dibujarlas después de que yo las retire. Debe dibujarlas con rapidez.</p> <p>Se muestran G 23 y G 24 durante 8 segundos y se retiran. Este ítem vale 4 puntos, 2 por cada figura reproducida correctamente. Se penaliza la falta de orientación en el triángulo <input type="checkbox"/> y la falta de orientación en la línea <input type="checkbox"/> en G 23. Se penaliza la mala orientación y posición en G 24</p>	Punt	Vacil.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
11	<p>G25 Mire estas figuras y dibújelas después de que yo las retire.</p> <p>Puntúa un punto cada línea bien orientada y en la posición correspondiente. En este ítem se pueden obtener 4 puntos, y el tiempo máximo es de 20 segundos.</p>	Punt	Vacil.
	<p>Línea superior <input type="checkbox"/></p> <p>Línea inferior media <input type="checkbox"/></p> <p>Línea inferior izquierda <input type="checkbox"/></p> <p>Línea inferior derecha <input type="checkbox"/></p>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
12	<p>G26 Dígame, lo más exactamente que pueda, qué hora es en estos relojes.</p> <p>Se muestra G 26, y se responde de izquierda a derecha: 1° 7,53 <input type="checkbox"/>; 2° 5,09 <input type="checkbox"/> 3° 1,25 <input type="checkbox"/> 4° 10,35 <input type="checkbox"/>.</p> <p>Se penalizará con un punto cada respuesta que no sea exacta o muy aproximada. La prueba se interrumpe pasados 40 segundos.</p>	Punt	Vacil.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
13	<p>G27 ¿Dónde estaría el norte en esta brújula? <input type="checkbox"/> ¿Y el este? <input type="checkbox"/> ¿Y el oeste? <input type="checkbox"/></p> <p>Se muestra G 27 y el sujeto señala con el dedo. Cada error resta un punto.</p>	Punt	Vacil.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
14	<p>G29-30 Mire esta construcción y dígame cuántos bloques tiene.</p> <p>Se muestra G 29, y la respuesta es 15 <input type="checkbox"/> Esta otra, ¿cuántos tiene?. Se muestra G 30, y la respuesta es 18 <input type="checkbox"/>.</p> <p>El tiempo de cada respuesta es de 20 segundos.</p>	Pun	Vacil.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
15	<p>G31-32 Dígame cuántos bloques tiene esta construcción.</p> <p>Se muestra G 31, y la respuesta es 15 <input type="checkbox"/> Y esta otra, ¿cuántos tiene? Se muestra G 32, y la respuesta es 10 <input type="checkbox"/></p> <p>El tiempo de cada respuesta es de 20 segundos.</p>	Punt	Vacil.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
16	<p>Hoja sujeto En esta hoja puede ver figuras con un círculo dentro. La tarea consiste en identificar qué figura con letra es la misma que la de su izquierda con número.</p> <p>Con los dos primeros se practica y sirven de ejemplos para entender la tarea y ver que sólo una de las dos figuras propuestas es igual al modelo. Los ejemplos no puntúan. Un fallo en cualquiera de los dos ejercicios de cada línea hace perder el punto posible. Las respuestas correctas se encuentran entre paréntesis.</p> <p>EJEMPLO 1 <input type="checkbox"/> (A) EJEMPLO 2 <input type="checkbox"/> (C)</p> <p>1 punto 3 <input type="checkbox"/> (B); 4 <input type="checkbox"/> (D) 5 <input type="checkbox"/> (A); 6 <input type="checkbox"/>; (D) 7 <input type="checkbox"/> (B); 8 <input type="checkbox"/> (C) 9 <input type="checkbox"/> (B) 10 <input type="checkbox"/> (C)</p> <p>Tiempo global (en segundos) <input type="text"/></p> <p>El tiempo, después de los ejemplos, será, como máximo de 90 segundos.</p>	Punt	Vacil.
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

TOTAL DEL SUBTEST 1 (PUNTOS) = (Punt. -Vacil./4)

OBSERVACIONES DE REALIZACION DEL SUBTEST 2

PRUEBA DE ATENCION

Control atencional

17	<p>Haga lo contrario que yo: si yo doy dos golpes dará usted uno, y si yo doy uno dará usted dos.</p> <p>- * (2) ** (1) ** (1) * (2) <input type="checkbox"/>; (1 punto)</p> <p>- ** (1) * (2) ** (1) * (2) <input type="checkbox"/>; (1 punto)</p> <p>Por un error en la serie pierde ya el punto correspondiente a esa serie. Los golpes, cuando son dobles, se producen con los nudillos de una mano a un ritmo de los dos por segundo. La puntuación máxima es de 2 puntos para este ítem. No se repiten ni las instrucciones ni los golpes. Los golpes del examinador se expresan con asteriscos.</p>	<p>Punt</p> <input type="text"/>	<p>Vacil.</p> <input type="text"/>
18	<p>Dígame lo contrario de lo que es. Por ejemplo, "dulce o amarga, el azúcar es amarga". ¿Entendido?.</p> <p>- Grandes o pequeños, los elefantes son _____ (pequeños). - Frío o caliente, el hielo es _____ (caliente). - Pico o dientes, los perros tienen _____ (pico). - Maman o picotean, los pollos _____ (maman). - Lentas o rápidas, las tortugas son _____ (rápidas). - Nadan o vuelan, los pájaros _____ (nadan).</p> <p>Puntuación: <input type="checkbox"/> 6 puntos en total. Cada respuesta correcta obtiene un punto, que se pierde si se ha contestado mal aunque se corrija y después se diga bien. No se repite ninguna de las seis frases a completar. La lentitud excesiva en las respuestas se anotará como "Vacilación"</p>	<p>Punt</p> <input type="text"/>	<p>Vacil.</p> <input type="text"/>
19	<p>Cuando yo diga "b", levante el brazo D, y cuando yo diga "p", levante el brazo I:</p> <p>"p" (brazo I) <input type="checkbox"/> "b" (brazo D) <input type="checkbox"/> "b" (brazo D) <input type="checkbox"/> "p" (brazo I) <input type="checkbox"/></p> <p>Puntuación: <input type="checkbox"/> 2 puntos. Cada error resta 1 punto.</p>	<p>Punt</p> <input type="text"/>	<p>Vacil.</p> <input type="text"/>
20	<p>Ahora, cuando yo diga "b", quiero que levante su brazo D, y cuando diga "p" no mueva las manos:</p> <p>"b" (brazo D) <input type="checkbox"/> "p" (nada) <input type="checkbox"/> "p" (nada) <input type="checkbox"/> "b" (brazo D) <input type="checkbox"/></p> <p>Puntuación: <input type="checkbox"/> 2 puntos. Cada error resta 1 punto.</p>	<p>Punt</p> <input type="text"/>	<p>Vacil.</p> <input type="text"/>
21	<p>Voy a decir palabras. Está atento, y a cada palabra que no tenga una "a", por ejemplo, "moto", dé un golpe en la mesa. No dé ningún golpe si la palabra tiene "a", por ejemplo, "fila". ¿Entendido?</p> <p>vulgo * <input type="checkbox"/> Eva <input type="checkbox"/> ruta <input type="checkbox"/> sitio* <input type="checkbox"/> temblor* <input type="checkbox"/> ave <input type="checkbox"/> neto * <input type="checkbox"/> sable <input type="checkbox"/> bingo* <input type="checkbox"/> dedo* <input type="checkbox"/> renta <input type="checkbox"/> barco <input type="checkbox"/> sol* <input type="checkbox"/> ninfa <input type="checkbox"/> llave <input type="checkbox"/> remo* <input type="checkbox"/> aire <input type="checkbox"/> cinco * <input type="checkbox"/> leño * <input type="checkbox"/> sogá <input type="checkbox"/></p> <p>Puntuación: <input type="checkbox"/> 10 puntos en total. Resta un punto cada error de omisión de golpe, así como cada error de comisión, por golpe indebido. Las palabras se pronuncian con claridad, a un ritmo de una palabra cada 2 segundos o 2 segundos y medio. Se anota una cruz en cada palabra con error de respuesta. El sujeto no ha de estar viendo la lista ni las anotaciones de error.</p>	<p>Punt</p> <input type="text"/>	<p>Vacil.</p> <input type="text"/>

TOTAL DE LA PRUEBA ATENCIONAL 1(PUNTOS) = (Punt. -Vacil./4)

OBSERVACIONES DE REALIZACION DE LA PRUEBA DE ATENCION

ÁREA DEL LENGUAJE ORAL

Subtest 3. Habla receptiva

22	<p>Señale en usted por este orden: “Ojo - nariz - oreja - ojo - nariz” Otra vez: “Ojo - nariz - oreja - ojo - nariz” <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Puntúa un punto cada secuencia, y pierde ese punto la omisión de algún elemento o el cambio de orden. Se pronuncia la secuencia a dos palabras por segundo.</p> <p style="text-align: right;">Punt <input type="text"/> Vacil. <input type="text"/></p>																																				
23	<p>Señale ahora: Su entrecejo <input type="checkbox"/> Su mentón <input type="checkbox"/> Su rótula <input type="checkbox"/></p> <p>Cualquier fallo resta uno de los 3 puntos del ítem. Si corrige rápidamente y con claridad, sólo se anota “Vacilación”.</p> <p style="text-align: right;">Punt <input type="text"/> Vacil. <input type="text"/></p>																																				
24	<p>H 7-25 Se colocan sobre la mesa las 19 tarjetas H7 - H25 en esta posición: Una vez que están dispuestas las tarjetas se dice al sujeto, procurando que no las manche Señale todas las tarjetas que tienen cosas de encender y apagar. Y avíseme cuando haya acabado. He dicho “cosas de encender y apagar”. La respuesta correcta es H 12, H 14, H 17, H 24 y H 25, para obtener los 4 puntos del ítem. No penaliza ni suma puntos la elección de H 19 y H 23. Cada omisión de las indicadas, o inclusión de otras, van restando un punto por error. El sujeto señala las tarjetas y el examinador las va apartando en un montoncito. Hay 30 segundos de tiempo máximo.</p> <table style="float: right; border-collapse: collapse;"> <tr><td>7</td><td>12</td><td>17</td><td>22</td></tr> <tr><td>8</td><td>13</td><td>18</td><td>23</td></tr> <tr><td>9</td><td>14</td><td>19</td><td>24</td></tr> <tr><td>10</td><td>15</td><td>20</td><td>25</td></tr> <tr><td>11</td><td>16</td><td>21</td><td></td></tr> </table> <p style="text-align: right;">Punt <input type="text"/> Vacil. <input type="text"/></p> <p>H 12 <input type="checkbox"/> H14 <input type="checkbox"/> H 17 <input type="checkbox"/> H 19-<input type="checkbox"/> H 23 <input type="checkbox"/> H 24 <input type="checkbox"/> H 25 <input type="checkbox"/></p>	7	12	17	22	8	13	18	23	9	14	19	24	10	15	20	25	11	16	21																	
7	12	17	22																																		
8	13	18	23																																		
9	14	19	24																																		
10	15	20	25																																		
11	16	21																																			
25	<p>H 7-25 Con la misma disposición de tarjetas del ítem anterior, sin olvidar poner en su sitio las elegidas antes, se dice: Ahora señale las que tienen cosas de escribir o ya escritas. Repito: “cosas de escribir o ya escritas”. La respuesta correcta es H 9, H 17, H 19 y H 20, para obtener los 4 puntos del ítem. No penaliza ni suma puntos la elección de H 16. Cada omisión de las indicadas, o inclusión de otras van restando un punto por error. El sujeto señala las tarjetas y el examinador las va apartando en un montoncito. Hay 30 segundos de tiempo máximo.</p> <p style="text-align: right;">Punt <input type="text"/> Vacil. <input type="text"/></p> <p>H 9 <input type="checkbox"/> H 16 <input type="checkbox"/> H 17 <input type="checkbox"/> H 19 <input type="checkbox"/> H 20 <input type="checkbox"/></p>																																				
26	<p>H 7-25 Con la misma disposición de tarjetas del ítem anterior, sin olvidar poner en su sitio las elegidas antes, se dice: “Vaya señalando la tarjeta donde está”:</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th></th> <th style="text-align: center;">Buena</th> <th style="text-align: center;">Mala</th> <th style="text-align: center;">Punt</th> <th style="text-align: center;">Vacil.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- la palmatoria</td> <td>(H 14)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="text"/></td> </tr> <tr> <td>- el fogón</td> <td>(H 24)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- el secafirmas</td> <td>(H 16) <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- el mortero</td> <td>(H 13) <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>- el cálamo</td> <td>(H 17) <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Puntuación: <input type="checkbox"/> 5 puntos si las cinco elecciones son buenas. El tiempo máximo para cada elección es de 10 segundos. Los errores en la elección se anotan con su número en la columna correspondiente que dice “Mala”. Se recogen las 19 tarjetas y se retira</p>			Buena	Mala	Punt	Vacil.	- la palmatoria	(H 14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	- el fogón	(H 24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			- el secafirmas	(H 16) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			- el mortero	(H 13) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			- el cálamo	(H 17) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
		Buena	Mala	Punt	Vacil.																																
- la palmatoria	(H 14)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>																																
- el fogón	(H 24)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
- el secafirmas	(H 16) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
- el mortero	(H 13) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
- el cálamo	(H 17) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																		
27	<p>H 26-27 Aquí hay dos tarjetas, una gris y otra negra. Si ahora es de noche, señale la tarjeta gris, pero si es de día señale la tarjeta negra. <input type="checkbox"/> (negra) Fíjese bien: si ahora es de día y por la tarde señale la tarjeta menos clara <input type="checkbox"/> (negra), pero si es de noche o por la mañana señale la tarjeta menos oscura <input type="checkbox"/> (gris). Si acierta esta segunda parte, se le pregunta “Por qué ha señalado esa tarjeta”; la respuesta clara y correcta de lo pedido se prima con un punto más:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <p>Así el ítem puede conceder hasta 3 puntos en total.</p> <p style="text-align: right;">Punt <input type="text"/> Vacil. <input type="text"/></p>																																				

28	<p>Encima de la mesa: un lápiz, una llave y un borrador</p> <p>Señale el lápiz con la llave <input type="checkbox"/> (1 punto), y el borrador con el lápiz <input type="checkbox"/> (1 punto). Pinte ahora, una cruz a la derecha de un círculo, pero a la izquierda de un triángulo. 1 - 10" <input type="checkbox"/> (2 puntos) 11- 20" <input type="checkbox"/> (1 punto).<input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Punt Vacil.</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/></p>
29	<p>Escuche con atención y dígame:</p> <p>¿Qué niña es más rubia si Olga es más rubia que Kati, pero menos que Sonia? <input type="checkbox"/> (Sonia). ¿Cuál de las tres es menos rubia? <input type="checkbox"/> (Kati). Los aciertos, sin que cada respuesta supere los 10 segundos, conceden los dos puntos del ítem.</p> <p style="text-align: right;">Punt Vacil.</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/></p>
30	<p>Si yo digo: "Desayuné después de hacer la cama y antes de llamar por teléfono"</p> <p>¿Qué fue lo primero que hice? <input type="checkbox"/> (Hacer la cama). ¿Y lo segundo? <input type="checkbox"/> (Desayunar). ¿Y lo último? <input type="checkbox"/> (Llamar por teléfono).</p> <p style="text-align: right;">Punt Vacil.</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>Un solo acierto de los tres otorga 1 punto; los tres, 2 puntos</p>
31	<p>Escuche con atención: "El niño que salió del hospital vino al colegio, cuando su amigo Javi estaba en clase, a ver al Director".</p> <p>¿Quién vino a ver al Director? <input type="checkbox"/> (El niño que salió del hospital). ¿Dónde estaba Javi? <input type="checkbox"/> (En clase). Los aciertos, sin superar los 10 segundos en cada respuesta, conceden los dos puntos del ítem</p> <p style="text-align: right;">Punt Vacil.</p> <p style="text-align: right;"><input type="text"/> <input type="text"/></p>
<p>TOTAL DEL SUBTEST 3 (PUNTOS) = <input type="text"/> (Punt. -Vacil./4)</p>	
<p>OBSERVACIONES DE REALIZACION DE LA PRUEBA DE ATENCION</p>	

ÁREA DEL LENGUAJE ORAL

Subtest 4. Habla expresiva

32	<p>Repita las palabras que le digo: “Cortaplumas” <input type="checkbox"/> “Rompehielos” <input type="checkbox"/> “Laborioso” “Estreptomicina” <input type="checkbox"/> La pronunciación no correcta de cada palabra resta 1 punto de los dos posibles del ítem.</p>	Punt	Vacil
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
33	<p>Repita después de mí: “paz - flor - cruz - mes - sur” <input type="checkbox"/> Y ahora en otro orden: “flor - sur - mes - cruz - paz” <input type="checkbox"/> Se dicen las palabras a un ritmo de dos por segundo. En cada serie se pierde el punto por cualquier error. Máxima puntuación del ítem: 2 puntos</p>	Punt	Vacil
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
34	<p>Repita después de mí: “La casa se quema, la luna brilla, la niebla se extiende” <input type="checkbox"/> (1 punto). Ahora cambie el orden de las tres frases, de modo que la primera sea la última y la última la primera. Puntuación: Se conceden 2 puntos <input type="checkbox"/> a esta 2ª parte si la respuesta es exacta en 1-10 segundos; si en ese tiempo cambia correctamente el orden de las tres frases, pero sustituye una de las palabras, se le concede 1 punto <input type="checkbox"/>. Así se pueden obtener 3 puntos en el total del ítem).</p>	Punt	Vacil
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
35	<p>¿En qué se parecen un lápiz, una regla y un borrador? <input type="checkbox"/> Son utensilios de escritura y dibujo. Si tarda más de 10 segundos en dar la respuesta, se penaliza con un punto, siendo 20 segundos el tiempo máximo que se concede al ítem. Una respuesta que indica categoría de los nombres es lo que se busca; puntuaría sólo un punto si es incompleta. La puntuación máxima del ítem es de 2 puntos Categoría <input type="checkbox"/> Tiempo 1-10” <input type="checkbox"/></p>	Punt	Vacil
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
36	<p>J 22-24 ¿En qué se parecen los objetos de estas tres fotografías?: J 22, plato; J 23, jarra; J 24, taza <input type="checkbox"/> (Son vajilla). Si tarda más de 10 segundos en dar la respuesta, se penaliza con un punto, siendo 20 segundos el tiempo máximo que se concede al ítem. Una respuesta que indica categoría de los nombres es lo que se busca; puntuaría sólo un punto si es incompleta. La puntuación máxima del ítem es de 2 puntos Categoría <input type="checkbox"/> Tiempo 1-10” <input type="checkbox"/></p>	Punt	Vacil
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
37	<p>J 25-27 ¿Y los de estas otras tres?: (J 25, silla; J 26, mesa; J 27, armario) <input type="checkbox"/> (Son muebles). Si tarda más de 10 segundos en dar la respuesta, se penaliza con un punto, siendo 20 segundos el tiempo máximo que se concede al ítem. Una respuesta que indica categoría de los nombres es lo que se busca; puntuaría sólo un punto si es incompleta. La puntuación máxima del ítem es de 2 puntos Categoría <input type="checkbox"/> Tiempo 1-10” <input type="checkbox"/></p>	Punt	Vacil
		<input type="text"/>	<input type="text"/>
38	<p>Dígame los días de la semana al revés, empezando por el “domingo”. A ver, comience. Domingo <input type="checkbox"/> sábado <input type="checkbox"/> viernes <input type="checkbox"/> jueves <input type="checkbox"/> miércoles <input type="checkbox"/> martes <input type="checkbox"/> lunes <input type="checkbox"/>. Este ítem tiene 15 segundos de tiempo máximo; los errores restan 1 punto cada uno, de los dos que concede el ítem. Errores: <input type="checkbox"/> Tiempo en segundos: <input type="checkbox"/></p>	Punt	Vacil
		<input type="text"/>	<input type="text"/>

39	<p>Dígame ahora, también al revés, los meses del año. A ver, comience por “diciembre”. Diciembre <input type="checkbox"/> noviembre <input type="checkbox"/> octubre <input type="checkbox"/> septiembre <input type="checkbox"/> agosto <input type="checkbox"/> julio <input type="checkbox"/> junio <input type="checkbox"/> mayo <input type="checkbox"/> abril <input type="checkbox"/> marzo <input type="checkbox"/> febrero <input type="checkbox"/> enero <input type="checkbox"/> Este ítem tiene 30 segundos de tiempo máximo; cada error resta 1 punto de los 2 que concede el ítem. Errores: <input type="checkbox"/> Tiempo en segundos: <input type="checkbox"/></p>	<p>Punt</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<p>Vacil.</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
40	<p>J 36 Aquí hay palabras desordenadas. Ordénelas y dígame lo que dicen. Se muestra J 36. Hay dos órdenes buenas: 1º “Pedí al maestro la calificación de mi ejercicio”. 2º “Pedí la calificación de mi ejercicio al maestro”. Una de estas respuestas en los primeros 10 segundos obtiene los dos puntos del ítem, pero si se da después sin pasar de 20 segundos se obtiene 1 punto. 1-10” <input type="checkbox"/> 11-20” <input type="checkbox"/></p>	<p>Punt</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<p>Vacil.</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
41	<p>Aquí falta una palabra para poder ordenarlas bien. Se muestra J 37. El orden válido es el siguiente: “El [un] leñador fue al bosque y cortó un [el] tronco”. ¿Qué palabra falta? “el” <input type="checkbox"/> “un” <input type="checkbox"/> “el o un” <input type="checkbox"/> otras no válidas <input type="checkbox"/> ¿Cómo se ordenan? <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></p>	<p>Punt</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<p>Vacil.</p> <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>

TOTAL DEL SUBTEST 4 (PUNTOS) = <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/> (Punt. -Vacil./4)
--

OBSERVACIONES DE REALIZACION DEL SUBTEST 4
--

AREA DE LA MEMORIA

Subtest 5. Memoria inmediata

42 **Instrucciones: Le voy a decir 10 palabras para que las aprenda. Recuerde las que pueda. ¡Atención!**
 Las palabras se dicen una por segundo, y terminada la lista en cada ensayo de los 5 se dice: **A ver cuántas recuerda. Se anota con una cruz o aspa en el lugar de cada palabra recordada, sin que importe el orden.**

Serial N°	Nivel de expectativa	Resultado real	Casa	Bosque	Gato	Noche	Mesa	Aguja	Pastel	Campana	Punto	Cruz	Errores
1													
2													
3													
4													
5													

Resultado total (A) Nivel de aspiración (B)
 Puntuación máxima del ensayo 4 ó 5 (C) Total de errores (D)
 Cuando ya no recuerde más del primer ensayo, se dice:
¿Cuántas cree que recordará si se las digo otra vez?. (Se apunta la respuesta exacta del sujeto, o su nivel de expectativa para el 2º ensayo. Si pregunta, se le dice las recordadas en el ensayo anterior. Esta misma pregunta se repite en el 2º, 3º, 4º y 5º ensayos.)
 (A) Total de palabras evocadas:
 Menos de 35 0 puntos 35 a 44 1 punto; 45 o más 2 puntos.

Punt **Vacil.**

43 (B) Nivel de aspiración:
 1 punto, si la diferencia con el "resultado real" de los 4 últimos ensayos suma en total 3 ó 4;
 2 puntos, si el total de la diferencia no supera 2.

Punt **Vacil.**

44 (C) Palabras evocadas por ensayo:
 1 punto, si en uno de los dos últimos ensayos ha acertado 8 ó 9 palabras;
 2 puntos, si en algún ensayo -de los cinco- acierta las 10 palabras.

Punt **Vacil.**

45 (D) Errores:
 1 punto, si hay en total 2 ó 3 errores, o palabras dichas por el sujeto que no pertenecen a la lista de diez;
 2 puntos, si no existe ningún error o sólo uno.

Punt **Vacil.**

46 **Repita los números que le digo y en el mismo orden:**
 1ª SERIE 7 - 1 - 3 - 9 - 4 4 - 9 - 7 - 3 - 8 - 6
 2ª SERIE 8 - 6 - 5 - 2 - 9 9 - 5 - 1 - 4 - 6 - 3
 Se dicen a un número por segundo. Sólo pasaremos las segundas series si el sujeto fracasa en las primeras.
 Se considera error cualquier fallo en número u orden. Al terminar cada serie se le dice:
A ver repita los números que le dije:
 Series de cinco, 1ª ó 2ª, 1 punto Series de seis, 1ª ó 2ª, 1 punto

Punt **Vacil.**

- 47 **M3-M4. Ahora mire con atención estas figuras M 3 durante 5 segundos, y trate de recordarlas.**
 Se muestra la tarjeta el tiempo anunciado, se le pregunta a continuación “¿Cuántas son 9 por 3, y 7 por 6, y 11 por 2?”, y se le muestra a continuación M 4 diciendo:
Dígame si son diferentes en algo estas figuras de las de antes de las multiplicaciones
 Si dice “diferentes”, se le dice: **¿Qué cambia y qué no cambia?**

 Puntuación:
 Ningún punto, si dice que son “iguales”, o que son “diferentes” pero no sabe qué cambia, o dice que cambian una figuras por otras en forma o lugar.
 1 punto, si dice que cambia el color de algunas figuras, sin más precisión.
 2 puntos, si dice que cambian los colores de dos figuras, o los colores de las de la derecha.
 3 puntos, si precisa dos de los tres colores en cuanto a cambio o permanencia, con su denominación.
 4 puntos, si precisa el cambio y permanencia que afecta a los tres colores, con su denominación.

Punt	Vacil.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 48 **M5. Mire con atención esta tarjeta (M 5) durante 5 segundos. Cuando la retire deberá dibujar tantas figuras como recuerde. No importa que los dibujos no estén bien hechos.**
 Puntuación: 4 puntos, por reproducción completa de las 5 figuras entre 1-50 segundos.
 Pierde 1 punto por cada figura omitida; también pierde un punto si invierte entre 51-70 segundos. A los 70 segundos, en todo caso, se da por concluido el ítem.

Punt	Vacil.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 49 **M6. Mire con atención esta tarjeta durante 5 segundos. Después debe repetir en voz alta las palabras que estaban escritas.**
 Se muestra M 6: casa luna calle chico agua
 Puntuación: 4 puntos, por evocación completa de las 5 palabras de la tarjeta; no importa el orden. Cada omisión resta 1 punto, lo mismo que cada palabra dicha -y no corregida- que no estaba en la tarjeta.
 Total de omisiones ; adiciones . Como máximo, a los 20 segundos se da por concluido el ítem.

Punt	Vacil.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 50 **M7. Trate de recordar las palabras que digo ahora: “casa - árbol - gato - peña”. Repítalas.**
 Las palabras se han dicho una por segundo. Después de repetidas, se muestra M 7 y se dice:
Mire esta tarjeta. ¿Qué se ve en ella?
 Pasados 30 segundos desde la repetición se le dice:
¿Cuáles eran las palabras?
 Puntuación: 4 puntos, uno por cada palabra recordada de las cuatro.
 Casa árbol gato peña Otras posibles palabras sólo penalizan como “Vacilación”.

Punt	Vacil.
<input type="text"/>	<input type="text"/>
- 51 **Recuerde estas palabras: “pan - avión - sal”. Y ahora estas otras: “noche - estufa - pastel”.**
 Se dicen una por segundo en los dos grupos.
Repita las del primer grupo. (Pan avión sal).
Repita las del segundo grupo. (Noche estufa pastel).
 Puntuación: 2 puntos, uno por la repetición correcta de cada grupo, sin importar el orden dentro de cada grupo.

Punt	Vacil.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

52 **Ahora le voy a decir dos frases para que las recuerde:**
 “El sol sale por el este”. Repítala usted.
 “En mayo florecen los manzanos”. Repítala.
 ¿Cuál era la primera frase? . ¿Y la segunda? .

Puntuación: 2 puntos, uno por cada frase recordada correctamente. Se consideran correctas si conservan claramente el mensaje, aunque se cambie el orden de las palabras.

Punt **Vacil.**

53 **Atienda bien a estas órdenes que le doy porque no las repetiré. Cuando yo termine le diré que cumpla lo mandado.** “Coja la moneda, guárdela en su bolsillo, déme el llavero, y después dígame dónde está la moneda”.

Encima de la mesa están una moneda de 5 pesetas (o similar) y un llavero
A ver, haga lo que le he dicho.

Puntuación: 4 puntos, uno por cada orden correctamente cumplida. El cambio en la secuencia temporal resta 1 punto. El tiempo máximo del ítem es de 20 segundos.

Coger moneda
 Guardarla en bolsillo
 Dar llavero
 Decir lugar de moneda

Punt **Vacil.**

Se retiran de la vista la moneda y el llavero.

54 **Le voy a leer una corta historia para que después me la repita.**
 “La gallina de los huevos de oro: Un hombre tenía una gallina que ponía huevos de oro. Deseando conseguir más oro sin tener que esperar más tiempo mató la gallina. Pero no encontró nada dentro de ella: era igual que cualquier otra gallina”

A ver, repita la historia.
 “Un hombre tenía una gallina...”
 “Deseando conseguir más oro...”
 “Mató la gallina sin esperar más tiempo...”
 “No encontró nada dentro...” .

Puntuación: 4 puntos, uno por cada contenido esencial de los indicados. El tiempo máximo de respuesta para el ítem es de 40 segundos.

Punt **Vacil.**

55 **Dígame ahora las órdenes que le mandé cumplir antes con la moneda y el llavero.**
 Puntuación: 4 puntos, uno por cada orden recordada. No penaliza alterar la secuencia.

- Coger moneda
- Guardarla en bolsillo
- Dar llavero
- Decir lugar de moneda

El tiempo máximo del ítem es de 20 segundos.

Punt **Vacil.**

TOTAL DEL SUBTEST 5 (PUNTOS) = (Punt. -Vacil./4)

OBSERVACIONES DE REALIZACION DEL SUBTEST 5

AREA DE LA MEMORIA

Subtest 6. Memorización lógica

56	<p>Ahora le voy a enseñar algunas tarjetas. Para cada tarjeta digo una palabra que usted tiene que recordar. Por ejemplo, “energía” para esta tarjeta (M 10). Cuando le enseñe las tarjetas tiene que recordar para cada una su palabra</p> <p>Se le presentan seguidas las 10 según su número a un ritmo de dos segundos por tarjeta. La división en tres partes se debe sólo a la corrección y puntuación.</p> <p>M 10: energía <input type="checkbox"/> M 11: empleo M 12: fiesta <input type="checkbox"/> M 13: familia <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Punt <input type="text"/> Vacil. <input type="text"/></p>
57	<p>M 14: proyecto <input type="checkbox"/> M 15: polución <input type="checkbox"/> M 16: desorden <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Punt <input type="text"/> Vacil. <input type="text"/></p>
58	<p>M 17: fábrica <input type="checkbox"/> M 18: vacaciones <input type="checkbox"/> M 19: sabiduría <input type="checkbox"/></p> <p>Se pasan las tarjetas en el mismo orden para el recuerdo. Se concede un punto a cada acierto en el ítem 56, 57 y 58.</p> <p style="text-align: right;">Punt <input type="text"/> Vacil. <input type="text"/></p>
59	<p>M 20-29 Ahora va a escoger usted entre estas tarjetas la que le ayude a recordar la palabra “círculo”.</p> <p>Las tarjetas están expuestas encima de la mesa, por orden y de izquierda a derecha del sujeto.</p> <p>¿Cuál escoge?. Y ahora para otras palabras que tendrá que recordar al ver la tarjeta después.</p> <p>“Círculo” M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> “Artesanía” M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> “Paz” M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> “Ruina” M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Punt <input type="text"/> Vacil. <input type="text"/></p>
60	<p>“Amistad” M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> “Curiosidad” M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> “Frio” M <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Se van retirando de la exposición por orden y vueltas hacia abajo las tarjetas elegidas, al tiempo que se anota su número en el paréntesis correspondiente. Las tres tarjetas sobrantes se retiran aparte. Se barajan las elegidas y se procede a mostrarlas para evocar las palabras. Se dan 5 segundos para elegir y otros 5 para recordar la palabra elegida.</p> <p style="text-align: right;">Punt <input type="text"/> Vacil. <input type="text"/></p> <p>Se concede un punto por cada acierto en el ítem 59 y 60.</p>
61	<p>Hoja Sujeto Intente recordar las palabras y frases que le digo. Puede ayudarse haciendo algún dibujo o señal en el papel, sin escribir letras. Después le preguntaré qué significan las señales que ha hecho. Por ejemplo, “Un viejo sordo”; haga un dibujo o señal que le ayude a recordarlo.</p> <p>Cuando ya lo ha cumplido se le dice: Ahora seguimos con otras frases:</p> <p>“Un viejo sordo” <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> “Un chino hambriento” <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> “Un cielo despejado” <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> “Causa” <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: right;">Punt <input type="text"/> Vacil. <input type="text"/></p>
62	<p>Hoja Sujeto “Suceso agradable” <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> “Una noche oscura” <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> “Tragedia” <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Se dan 10 segundos para cada dibujo o señal, y 5 segundos para recordar a partir de ellos. Se concede un punto por cada acierto en el ítem 61 y 62. Al recordar, se procede en el mismo orden de presentación de las expresiones. La división del ítem en dos partes, se hace sólo a efectos de corrección y puntuación. La presentación y recuerdo de las 7 expresiones constituyen una secuencia completa.</p> <p style="text-align: right;">Punt <input type="text"/> Vacil. <input type="text"/></p>

TOTAL DEL SUBTEST 6 (PUNTOS) = (Punt. -Vacil./4)

AREA INTELLECTUAL

Subtest 7. Dibujos temáticos y textos.

- 63 **N 14-18** Estos dibujos que le enseño cuentan una historia, pero están desordenados. Trate de ponerlos en el orden apropiado lo más rápidamente que pueda y, cuando haya terminado, dígame. Se colocan las 5 tarjetas N 14-18, de izquierda a derecha del sujeto, en una serie desordenada: 6 - 8 - 4 - 7 - 5 (*). Puntuación: El orden correcto logrado en los 20 segundos iniciales, una vez presentada la serie desordenada, puntúa dos puntos. Si ese orden correcto se consigue entre los 21 y 40 segundos, puntúa 1 punto. Llegados los 40 segundos sin la solución correcta, se interrumpe la prueba y la puntuación será cero. Si el sujeto corrige espontáneamente su error de orden dentro del tiempo, se admite, pero se anota como "Vacilación".
Orden de las tarjetas:
Tiempo invertido: 1 - 10" 11 - 20" 21 - 40"
La ejecución correcta dentro de los 10 primeros segundos será premiada con 1 punto. Así, en ese tiempo se pueden obtener 3 puntos en total.
(*). Esta numeración se marcará a lápiz en la parte posterior de las tarjetas, y corresponderá al orden correcto de 14 - 15 - 16 - 17 - 18.
- | Punt | Vacil. |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- 64 **N 20-21** Cuénteme lo que pasa en estos dibujos.
La tarjeta N 20 se muestra en zona superior y la N 21 en zona inferior; ambas puestas a la vista, comienza a contar el tiempo.
Puntuación: La máxima puntuación son 3 puntos, si la historia es contada correctamente, y completa, en 30 segundos. Si esto ocurriera en los 40 segundos iniciales, se conceden dos puntos.
Explicación correcta: N 20 N 21
Tiempo: 1-30" 31-40"
Si pasados los 40 segundos no ha puntuado, se le pregunta por la significación del círculo negro de la 1ª viñeta de N 20. En caso de contestar correctamente, se concederá al ítem un solo punto. Punt Vacil.
- | Punt | Vacil. |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- 65 **N 22-23** Cuénteme lo que pasa en estos otros dibujos.
Las instrucciones, con N 22 y N 23, son como en el ítem anterior. Para la puntuación, sólo cambia el tiempo para la obtención de los 3 posibles puntos.
Explicación correcta: N 22 N 23
Tiempo: 1-20" 21-30"
- | Punt | Vacil. |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
- 66 **J 30** Voy a leerle una historia. Ponga mucha atención, porque después le preguntaré algunas cosas de ella.
Se lee J 30 (*). A continuación se hacen las 4 preguntas; para cada respuesta sólo se darán 10 segundos.
Pedro, que tiene siete años, fue ayer al río a pescar. Se llevó con él a su perro Bobi. El río se había desbordado y salido de su cauce por las lluvias. Pedro resbaló y cayó donde el río era profundo. Se habría ahogado si el perro no se hubiera tirado al agua y le hubiera ayudado a llegar a la orilla.
¿A dónde había ido Pedro? _____
1 punto por la idea central de "ir a pescar al río".
¿Cómo estaba aquel día el río? _____
1 punto por la idea central de "desbordado por las lluvias".
¿Qué le pasó a Pedro? _____
1 punto por la idea central de "resbalar y/o caer al río".
¿Qué enseña de bueno esta historia? _____
1 punto por la idea central de que "el niño no se hubiera salvado sin la ayuda de su perro".
(*). Se puede leer la historia escrita en el Cuadernillo del Examinador, sin tener que utilizar J 30.
- | Punt | Vacil. |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

67	<p>¿Qué quiere decir la expresión “corazón de piedra”?. Se obtendrá 1 punto por interpretar la metáfora como de “ser poco sensible a las penalidades ajenas”. Tiempo: <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué quiere decir la expresión “ojo de lince”?. Se obtendrá 1 punto por interpretar la metáfora como de “percibir o darse cuenta de cosas o detalles que para la mayoría pasan desapercibidos”. Tiempo: <input type="checkbox"/></p>	<table border="1"> <tr> <td style="padding: 2px;">Punt</td> <td style="padding: 2px;">Vacil</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Punt	Vacil		
Punt	Vacil					
68	<p>¿Qué quiere decir “no es oro todo lo que reluce”?. 1 punto por interpretar que las apariencias engañan. ¿Qué se quiere decir cuando se dice: “No cuentes tus pollos antes de que salgan del cascarón”?. 1 punto por la idea de que conviene calcular bien, o estar seguro de lo que se posee, o de las verdaderas posibilidades en la vida).</p>	<table border="1"> <tr> <td style="padding: 2px;">Punt</td> <td style="padding: 2px;">Vacil</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Punt	Vacil		
Punt	Vacil					
69	<p>N 24-25 ¿Cuál de estas tres explicaciones corresponde al refrán de arriba: “Golpea mientras el hierro está caliente”?. Se muestra N 24, y se obtiene un punto si señala la c. a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> ¿Y a este otro refrán: “Agua tranquila, agua profunda”?. Se muestra N 25, y se obtiene un punto si señala la a. a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/></p>	<table border="1"> <tr> <td style="padding: 2px;">Punt</td> <td style="padding: 2px;">Vacil</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Punt	Vacil		
Punt	Vacil					
70	<p>N 26 Por favor, atienda a lo que le voy a leer. Después le haré algunas preguntas sobre cómo lo ha entendido. Se titula “El león y el zorro”. ¡Atención! Se lee N 26 a velocidad normal, y con todos los matices de entonación y buena pronunciación que exige el texto. El león y el zorro Un león se había hecho viejo y ya no podía cazar. Así, pues, decidió vivir a base de artimañas. Se tumbó en su guarida y se hacía el enfermo. Los animales iban a visitarle, pero el león agarraba y se comía a todo aquel que entraba en su guarida. Un día, un zorro se acercó a la entrada de la guarida y preguntó: “¿Cómo estás?”. “No muy bien. ¿Por qué no pasas adentro?”. Entonces el zorro respondió: “Veo pisadas. Muchos animales han entrado en tu guarida, pero ninguno ha salido”. Al finalizar la lectura se le dice: A ver si lo ha entendido bien. Dígame: ¿Cuándo el león se hizo viejo, cómo se las arreglaba para vivir?</p> <hr/> <p>1 punto si contesta la idea de “mediante artimañas, engaños, haciéndose el enfermo...”. ¿Cómo trataba a los que le visitaban?</p> <hr/> <p>1 punto por la idea de “se los comía, se alimentaba de ellos...”. ¿Qué dijo el león cuando le vino a ver el zorro?</p> <hr/> <p>1 punto por la respuesta “que entrara porque no se encontraba bien”. ¿Qué respondió el zorro al león?</p> <hr/> <p>1 punto por la idea de “haberse dado cuenta que quien entra a la cueva del león no sale”.</p>	<table border="1"> <tr> <td style="padding: 2px;">Punt</td> <td style="padding: 2px;">Vacil</td> </tr> <tr> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> <td style="width: 40px; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Punt	Vacil		
Punt	Vacil					

TOTAL DEL SUBTEST 7 (PUNTOS) = (Punt. -Vacil./4)

AREA INTELECTUAL

Subtest 8. Actividad conceptual y discursiva.

71	<p>La misma relación que "alto" tiene con "bajo", tiene bueno con (malo) <input type="checkbox"/> recto con (curvo, torcido) <input type="checkbox"/> ancho con (estrecho) <input type="checkbox"/> claro con (oscuro) <input type="checkbox"/></p> <p>Cada fallo resta 1 punto de los 2 posible.</p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>
72	<p>N 28 La misma relación que "mesa" tiene con "pata", la tiene "bicicleta" con una de estas tres palabras: Se muestra N 28 "rueda" <input type="checkbox"/></p> <p>La misma relación que "ejército" tiene con "soldados", la tiene: "biblioteca" con "libros"</p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>
73	<p>N 29 En esta tarjeta aparecen nombres de cuatro objetos, y uno no pertenece al mismo grupo que los demás. ¿Cuál es? Se muestra N 29, y debe decir "tronco" <input type="checkbox"/></p> <p>¿Qué nombre de estos cuatro no pertenece al mismo grupo que los otros tres: "cuchara, mesa, vaso, plato"?. Debe decir "mesa" <input type="checkbox"/></p> <p>¿Y de éstos: "balón, muñeca, caballito, cuchillo"?. Debe decir "cuchillo" <input type="checkbox"/></p> <p>¿O de éstos: "puro, vino, pitillo, tabaco"?. <input type="checkbox"/></p> <p>Debe decir "vino"</p> <p>Puntuación: 4 puntos, 1 por cada respuesta correcta.</p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>
74	<p>Dígame cuánto es: 12 más 9 menos 6 (15) <input type="checkbox"/> 32 menos 4 más 9 (37) <input type="checkbox"/></p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>
75	<p>Quiero que cuente hacia atrás, de 7 en 7, desde 100. Así: 100 - 93 - 86; siga, por favor. 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 <input type="checkbox"/> 58 <input type="checkbox"/> 51 <input type="checkbox"/></p> <p>Puntuación: en 30 segundos ha de decir correctamente 5 números o más para obtener los dos puntos. Si, en los 30 segundos, sólo dice bien 3-4 números, obtiene 1 punto. Cada error resta 1 punto.</p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>
76	<p>N 32-33 Se lee el problema de N 32. María tenía 4 manzanas y Beatriz tenía 2 manzanas más que María. ¿Cuántas manzanas tenían entre las dos? La respuesta correcta es 10, y 10 segundos el tiempo máximo de respuesta para obtener 1 punto <input type="checkbox"/></p> <p>De N 33 Un granjero tenía diez hectáreas de terreno, de cada hectárea sacaba seis toneladas de trigo; vendió 1/3 del trigo al Gobierno. ¿Cuánto le quedó? La respuesta correcta es 40 toneladas. Si da esta respuesta en 10 segundos obtendrá 2 puntos; entre 11 y 30 segundos, 1 punto.</p> <p>1 - 10" "40 toneladas" <input type="checkbox"/> 11 - 30" "40 toneladas" <input type="checkbox"/></p>	Punt <input type="text"/>	Vacil. <input type="text"/>

- 77 **N 34 Se lee N 34**
Hay 18 libros en dos estantes; en un estante hay el doble que en el otro. ¿Cuántos libros hay en cada estante?
 La respuesta es 12 y 6, ó 6 y 12. Si se da en los 15 primeros segundos, se obtienen los 2 puntos; si se da después de 15 segundos y antes de 31, 1 punto.
 1 – 15" 16 – 30" **Punt** **Vacil.**
- 78 **N 36 Se lee N 36**
Un hijo tiene 5 años de edad. Dentro de 15 años su padre será 3 veces mayor que él. ¿Cuántos años tiene el padre ahora?
 La respuesta es 45. La puntuación será como en el ítem anterior.
 1 – 15" 16 – 30" **Punt** **Vacil.**
- 79 **N 37 Se lee N 37**
Escuche este problema: Un peatón llega a la estación en 15 minutos y un ciclista llega allí 5 veces más rápido. ¿Cuánto tarda el ciclista en llegar a la estación?
 La respuesta es 3 minutos. Si esta respuesta se da en los primeros 15 segundos, se obtienen los 2 puntos. Si la respuesta correcta se da después de los 15 segundos y antes de los 31, se concede 1 punto.
 1 – 15" 16 – 30" **Punt** **Vacil.**
- 80 **Oiga este problema: Un lápiz mide 6 centímetros de largo; la sombra de ese lápiz es 18 centímetros más larga que el lápiz. ¿Cuántas veces es más larga la sombra que el lápiz?**
 La respuesta es 4 veces. Se pueden obtener hasta 3 puntos si se da en los primeros 15 segundos; 2 puntos, entre 16 y 30; y 1 punto entre 31 y 45 segundos.
 1 – 15" 16 – 30" 31 – 45" **Punt** **Vacil.**
- 81 **Y ahora este último problema: Un número, entre el 1 y el 9, dice a otro "valgo la mitad que tú, pero si me multiplico por mí mismo valgo el doble que tú". ¿Cuáles son estos dos números?**
 La respuesta es el 4 y el 8. Se puntúa como en el ítem anterior.
 1 – 15" 16 – 30" 31 – 45" **Punt** **Vacil.**

TOTAL DEL SUBTEST 8 (PUNTOS) = (Punt. –Vacil./4)

OBSERVACIONES DE REALIZACION DEL SUBTEST 8



Nombre:

Examinador y lugar de aplicación:

Fecha de aplicación:/...../.....

10. Copiar las figuras de G 23 y G 24

11. Copiar las figuras de G 25

28. Dibujar una figura.

48. Dibujar una figura

16 TAREA VISOESPACIAL

<p>1 EJEMPLO 1</p>	<p>2 EJEMPLO 2</p>
<p>3</p>	<p>4</p>
<p>5</p>	<p>6</p>
<p>7</p>	<p>8</p>
<p>9</p>	<p>10</p>

61-62. Señales y dibujos para recordar.

PERFIL DIAGNÓSTICO																																																																																																																																																																																			
BATERÍA DE DIAGNÓSTICO NEUROPSICOLÓGICO ADULTO LURIA-DNA																																																																																																																																																																																			
NOMBRE:						Edad:																																																																																																																																																																													
Sexo:						CL:																																																																																																																																																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 5%;">T</th> <th style="width: 5%;">90</th> <th style="width: 5%;">80</th> <th style="width: 5%;">70</th> <th style="width: 5%;">60</th> <th style="width: 5%;">50</th> <th style="width: 5%;">40</th> <th style="width: 5%;">30</th> <th style="width: 5%;">20</th> <th style="width: 5%;">10</th> <th style="width: 5%;">0</th> </tr> <tr> <th></th> <th></th> <th>+4</th> <th>+3</th> <th>+2</th> <th>+1</th> <th>X</th> <th>-1</th> <th>-2</th> <th>-3</th> <th>-4</th> <th>-5</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: left; font-weight: bold; font-size: small;">PRUEBAS</td> <td style="text-align: left; font-weight: bold; font-size: small;">SUBTESIS</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f5deb3; text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">AREA VISOESPACIAL</td> <td style="text-align: left;">1. Percepción Visual</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: left;">2. Orientación Espacial</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f5deb3; text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">AREA DE LA ATENCION</td> <td style="text-align: left;">3. Control Atencional</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f5deb3; text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">AREA DEL LENGUAJE</td> <td style="text-align: left;">4. Habla Receptiva y Textos</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: left;">5. Habla Expresiva</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f5deb3; text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">AREA DE LA MEMORIA</td> <td style="text-align: left;">6. Memoria Inmediata</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: left;">7. Memorización Lógica</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #f5deb3; text-align: center; font-weight: bold; font-size: small;">AREA INTELLECTUAL</td> <td style="text-align: left;">8. Dibujos Temáticos</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: left;">9. Actividad Conceptual y Discursiva</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: left;">PUNTUACION TOTAL</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>													T	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0			+4	+3	+2	+1	X	-1	-2	-3	-4	-5		PRUEBAS	SUBTESIS												AREA VISOESPACIAL	1. Percepción Visual													2. Orientación Espacial												AREA DE LA ATENCION	3. Control Atencional												AREA DEL LENGUAJE	4. Habla Receptiva y Textos													5. Habla Expresiva												AREA DE LA MEMORIA	6. Memoria Inmediata													7. Memorización Lógica												AREA INTELLECTUAL	8. Dibujos Temáticos													9. Actividad Conceptual y Discursiva													PUNTUACION TOTAL											
		T	90	80	70	60	50	40	30	20	10	0																																																																																																																																																																							
		+4	+3	+2	+1	X	-1	-2	-3	-4	-5																																																																																																																																																																								
PRUEBAS	SUBTESIS																																																																																																																																																																																		
AREA VISOESPACIAL	1. Percepción Visual																																																																																																																																																																																		
	2. Orientación Espacial																																																																																																																																																																																		
AREA DE LA ATENCION	3. Control Atencional																																																																																																																																																																																		
AREA DEL LENGUAJE	4. Habla Receptiva y Textos																																																																																																																																																																																		
	5. Habla Expresiva																																																																																																																																																																																		
AREA DE LA MEMORIA	6. Memoria Inmediata																																																																																																																																																																																		
	7. Memorización Lógica																																																																																																																																																																																		
AREA INTELLECTUAL	8. Dibujos Temáticos																																																																																																																																																																																		
	9. Actividad Conceptual y Discursiva																																																																																																																																																																																		
	PUNTUACION TOTAL																																																																																																																																																																																		

TABLAS DE ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS MUESTRA TOTAL

Distribución de frecuencias muestra total				
Muestra	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
M. maltratadas	68	50,0	50,0	50,0
M. no maltratadas	68	50,0	50,0	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Distribución de frecuencias Nivel educativo				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hasta BUP	70	51,5	51,5	51,5
COU y G. superior	23	16,9	16,9	68,4
E. Universitarios	43	31,6	31,6	100,0
Total	136	100,0	100,0	

Distribución frecuencias de la variable Situación laboral				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En paro	9	6,6	6,7	6,7
No trabaja	11	8,1	8,1	14,8
Ama de casa	10	7,4	7,4	22,2
Asistenta de hogar	14	10,3	10,4	32,6
Estudiante	18	13,2	13,3	45,9
Autónoma	12	8,8	8,9	54,8
Por cuenta ajena	42	30,9	31,1	85,9
Admón Pública	19	14,0	14,1	100,0
Total	135	99,3	100,0	
Perdidos Sistema	1	,7		
Total	136	100,0		

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS MUJERES MALTRATADAS

Distribución de frecuencias Mujeres maltratadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
M. maltratadas	68	100,0	100,0	100,0

Distribución de frecuencias Nivel educativo Mujeres maltratadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hasta BUP	49	72,1	72,1	72,1
COU y G. superior	9	13,2	13,2	85,3
E. Universitarios	10	14,7	14,7	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Distribución de frecuencias de la variable Ocupación Mujeres maltratadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En paro	4	5,9	5,9	5,9
No trabaja	10	14,7	14,7	20,6
Ama de casa	5	7,4	7,4	27,9
Asistente de hogar	9	13,2	13,2	41,2
Estudiante	4	5,9	5,9	47,1
Autónoma	8	11,8	11,8	58,8
Por cuenta ajena	22	32,4	32,4	91,2
Admón Pública	6	8,8	8,8	100,0
Total	68	100,0	100,0	
Perdidos Sistema	4	5,9	5,9	5,9
Total	10	14,7	14,7	20,6

Distribución de frecuencias Nacionalidad. Mujeres maltratadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Española	63	92,6	92,6	92,6
Colombiana	1	1,5	1,5	94,1
Marroquí	2	2,9	2,9	97,1
Iraquí	1	1,5	1,5	98,5
Boliviana	1	1,5	1,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Distribución de frecuencias Enfermedad física. Mujeres maltratadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	4	5,9	6,1	6,1
No	62	91,2	93,9	100,0
Total	66	97,1	100,0	
Perdidos	2	2,9		
Total	68	100,0		

Distribución de frecuencias Enfermedad mental. Mujeres maltratadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	67	98,5	100,0	100,0
Perdidos	1	1,5		
Total	68	100,0		

Distribución de frecuencias medicación. Mujeres maltratadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Si	15	22,1	28,8	28,8
No	37	54,4	71,2	100,0
Total	52	76,5	100,0	
Perdidos	16	23,5		
Total	68	100,0		

Distribución de frecuencias Tipo de maltrato

Tipo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Psicológico	7	10,3	10,3	10,3
Físico y Psicológico	8	11,8	11,8	22,1
Abuso sexual	1	1,5	1,5	23,5
Psicológico y Abuso sexual	14	20,6	20,6	44,1
Psicológico, Físico y A. sexual	38	55,9	55,9	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Distribución de frecuencias Duración del maltrato

Duración	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
0 - 3 años	11	16,2	25,6	25,6
3 - 10 años	14	20,6	32,6	58,1
+10 años	18	26,5	41,9	100,0
Total	43	63,2	100,0	
Perdidos Sistema	25	36,8		
Total	68	100,0		

DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIAS MUJERES NO MALTRATADAS

Distribución de frecuencias Mujeres no maltratadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
M. maltratadas	68	100,0	100,0	100,0

Distribución de frecuencias Nacionalidad. Mujeres no maltratadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Española	65	95,6	95,6	95,6
Mejicana	2	2,9	2,9	98,5
Francesa	1	1,5	1,5	100,0

Total	68	100,0	100,0
--------------	----	-------	-------

Distribución de frecuencias Nivel educativo Mujeres no maltratadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Hasta BUP	21	30,9	30,9	30,9
COU y G. superior	14	20,6	20,6	51,5
E. Universitarios	33	48,5	48,5	100,0
Total	68	100,0	100,0	

Distribución de frecuencias de la variable Ocupación Mujeres no maltratadas

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
En paro	5	7,4	7,5	7,5
No trabaja	1	1,5	1,5	9,0
Ama de casa	5	7,4	7,5	16,4
Asistenta de hogar	5	7,4	7,5	23,9
Estudiante	14	20,6	20,9	44,8
Autónoma	4	5,9	6,0	50,7
Por cuenta ajena	20	29,4	29,9	80,6
Admón Pública	13	19,1	19,4	100,0
Total	67	98,5	100,0	
Perdidos Sistema	1	1,5		
Total	68	100,0		

Tablas TÉCNICA CHI-CUADRADO

Tabla Prueba Chi Cuadrado Variable nacionalidad					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,531 ^a	1	,466		
Corrección por continuidad^b	,133	1	,716		
Razón de verosimilitudes	,537	1	,464		
Estadístico exacto de Fisher				,718	,359
Asociación lineal por lineal	,527	1	,468		
N de casos válidos	136				
<p>a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,00.</p> <p>b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.</p>					

Tabla Prueba Chi Cuadrado Variable Enfermedad física					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,187 ^a	1	,041		
Corrección por continuidad^b	2,367	1	,124		
Razón de verosimilitudes	5,732	1	,017		
Estadístico exacto de Fisher				,058	,058
Asociación lineal por lineal	4,155	1	,042		
N de casos válidos	133				

a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,98.

b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.

Tabla Prueba Chi Cuadrado Variable Enfermedad mental					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,008 ^a	1	,315		
Corrección por continuidad^b	,000	1	1,000		
Razón de verosimilitudes	1,394	1	,238		
Estadístico exacto de Fisher				1,000	,500
Asociación lineal por lineal	1,000	1	,317		
N de casos válidos	134				
a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,98.					
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.					

Tabla Prueba Chi Cuadrado Variable Discapacidad					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,453 ^a	1	,228		
Corrección por continuidad^b	,668	1	,414		
Razón de verosimilitudes	1,495	1	,221		
Estadístico exacto de Fisher				,271	,208
Asociación lineal por lineal	1,442	1	,230		
N de casos válidos	134				
a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,98.					
b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.					

Tabla Prueba Chi Cuadrado Variable Medicación					
	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. exacta (bilateral)	Sig. exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,811 ^a	1	,000		
Corrección por continuidad^b	19,289	1	,000		
Razón de verosimilitudes	27,406	1	,000		
Estadístico exacto de Fisher				,000	,000
Asociación lineal por lineal	21,626	1	,000		
N de casos válidos	118				
<p>a. 2 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,98.</p> <p>b. Calculado sólo para una tabla de 2x2.</p>					

HIPÓTESIS 1: *Las mujeres víctimas de maltrato obtienen un rendimiento menor en la ejecución de la batería Luria DNA en comparación con las mujeres que no han sufrido maltrato.*

Tabla 6.3.1. Estadísticos descriptivos. Rendimiento neuropsicológico Muestra total.

Subtest	Muestra	N	Media	Desv. Típica	Error típico de la media
Percepción visual	M. maltratadas	68	39,93	16,173	1,961
	M. no maltratadas	68	46,54	12,225	1,482
Orientación espacial	M. Maltratadas	68	40,96	13,829	1,677
	M. no maltratadas	68	48,82	10,863	1,317
Habla receptiva	M. maltratadas	68	46,03	11,082	1,344
	M. no maltratadas	68	50,51	9,586	1,162
Habla expresiva	M. Maltratadas	68	48,97	11,149	1,352
	M. no maltratadas	68	53,46	9,354	1,134
Memoria inmediata	M. maltratadas	68	41,32	14,978	1,816
	M. no maltratadas	68	48,01	13,134	1,593
Memorización lógica	M. Maltratadas	68	37,21	19,440	2,357
	M. no maltratadas	68	44,63	14,541	1,763
Dibujos temáticos y textos	M. maltratadas	67	40,07	15,163	1,852
	M. no maltratadas	68	46,32	13,428	1,628
Actividad conceptual y discursiva	M. Maltratadas	67	42,84	10,233	1,250
	M. no maltratadas	68	49,85	11,875	1,440

Tabla 6.3.1. Estadísticos descriptivos. Rendimiento neuropsicológico Muestra total.

Control atencional	M. maltratadas	68	40,74	18,310	2,220
	M. no maltratadas	68	48,68	13,147	1,594
Puntuación total	M. maltratadas	67	38,13	18,066	2,207
	M. no maltratadas	67	49,93	14,499	1,771

COMPARACIÓN MUJERES MALTRATADAS Y MUJERES NO MALTRATADAS EN LA EJECUCIÓN DE LA BATERÍA LURIA-DNA

Tabla 6.3.7 Prueba de muestras independientes. Comparación de grupos en la ejecución de la batería Luria DNA

		Prueba de Levene para la igualdad de varianzas		Prueba T para la igualdad de medias						
		F	Sig.	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	Error típ. de la diferencia	95% Intervalo de confianza para la diferencia	
									Inferior	Superior
Percepción visual	Se han asumido varianzas iguales	4,230	,042	-2,692	134	,008**	-6,618	2,459	-11,480	-1,755
	No se han asumido varianzas iguales			-2,692	124,720	,008**	-6,618	2,459	-11,483	-1,752
Orientación espacial	Se han asumido varianzas iguales	5,703	,018	-3,689	134	,000**	-7,868	2,133	-12,085	-3,650
	No se han asumido varianzas iguales			-3,689	126,883	,000**	-7,868	2,133	-12,088	-3,648
Habla receptiva	Se han asumido varianzas iguales	,306	,581	-2,524	134	,013**	-4,485	1,777	-8,000	-,971
	No se han asumido varianzas iguales			-2,524	131,279	,013**	-4,485	1,777	-8,000	-,970
Habla expresiva	Se han asumido varianzas iguales	2,220	,139	-2,541	134	,012**	-4,485	1,765	-7,976	-,995
	No se han asumido varianzas iguales			-2,541	130,075	,012**	-4,485	1,765	-7,977	-,994
Memoria inmediata	Se han asumido	1,550	,215	-2,770	134	,006**	-6,691	2,416	-11,469	-1,913

	varianzas iguales									
	No se han asumido varianzas iguales			-2,770	131,751	,006**	-6,691	2,416	-11,470	-1,913
Memorización lógica	Se han asumido varianzas iguales	8,331	,005	-2,523	134	,013**	-7,426	2,944	-13,249	-1,604
	No se han asumido varianzas iguales			-2,523	124,098	,013**	-7,426	2,944	-13,253	-1,600
Dibujos temáticos y textos	Se han asumido varianzas iguales	1,518	,220	-2,536	133	,012**	-6,249	2,464	-11,123	-1,375
	No se han asumido varianzas iguales			-2,534	130,594	,012**	-6,249	2,466	-11,128	-1,370
Actividad conceptual y discursiva	Se han asumido varianzas iguales	3,314	,071	-3,676	133	,000**	-7,017	1,909	-10,793	-3,241
	No se han asumido varianzas iguales			-3,680	130,689	,000**	-7,017	1,907	-10,790	-3,244
Control atencional	Se han asumido varianzas iguales	7,992	,005	-2,905	134	,004**	-7,941	2,734	-13,348	-2,535
	No se han asumido varianzas iguales			-2,905	121,577	,004**	-7,941	2,734	-13,353	-2,530
Puntuación total Batería Luria DNA	Se han asumido varianzas iguales	3,301	,072	-4,166	132	,000**	-11,791	2,830	-17,389	-6,193
	No se han asumido varianzas iguales			-4,166	126,091	,000**	-11,791	2,830	-17,392	-6,191

Tabla 6.3.7. Prueba de muestras independientes

Tabla 3.1. Estadísticos de contraste^a

	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	Sig. asintót. (bilateral)
Percepc. visual	1708,000	4054,000	-2,653	,008
Orientac. espacial	1533,500	3879,500	-3,416	,001
Habla receptiva	1749,000	4095,000	-2,479	,013
Habla expresiva	1754,500	4100,500	-2,456	,014
Memoria inmediata	1735,000	4081,000	-2,527	,012
Memorización lógica	1824,500	4170,500	-2,131	,033
Dibujos temáticos y textos	1757,000	4035,000	-2,308	,021
Actividad conceptual y discursiva	1470,500	3748,500	-3,597	,000
Control atencional	1716,500	4062,500	-2,628	,009
Puntuación total Batería Luria DNA	1383,000	3661,000	-3,853	,000

a. Variable de agrupación: Grupo

HIPÓTESIS 2: Las mujeres víctimas de maltrato presentan un menor rendimiento en la batería Luria DNA en comparación con las mujeres no maltratadas con el mismo nivel educativo.

Percepción visual

Tabla 2.1 Estadísticos descriptivos Percepción visual				
Muestra	Nivel educativo	Media	Desviación típica	N
M. maltratadas	Hasta BUP	38,67	18,194	49
	COU y G. superior	40,56	9,501	9
	E. Universitarios	45,50	7,619	10
	Total	39,93	16,173	68
M. no maltratadas	Hasta BUP	41,90	12,498	21
	COU y G. superior	44,64	11,174	14
	E. Universitarios	50,30	11,588	33
	Total	46,54	12,225	68

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	2848,979 ^a	5	569,796	2,830	,018
Intersección	179651,691	1	179651,691	892,168	,000
Grupo	385,785	1	385,785	1,916	,169 ^{NS}
N. educa recod.	1170,324	2	585,162	2,906	,058 ^{NS}
Grupo * N educa recod.	12,898	2	6,449	,032	,968
Error	26177,491	130	201,365		
Total	283250,000	136			
Total corregida	29026,471	135			

a. R cuadrado = ,098 (R cuadrado corregida = ,063) NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5%
 ** Altamente Significativo al 1%

Intervalo de confianza 95%						
(I)N. educativo	(J)N. educativo	Diferenc de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Hasta BUP	COU y G. super.	-3,40	3,411	,609 ^{NS}	-11,85	5,04
	E. Universitarios	-9,54*	2,749	,003*	-16,35	-2,73
COU y G. super.	Hasta BUP	3,40	3,411	,609 ^{NS}	-5,04	11,85
	E. Universitarios	-6,14	3,666	,249 ^{NS}	-15,22	2,93
E Universitarios	Hasta BUP	9,54*	2,749	,003*	2,73	16,35
	COU y G. super.	6,14	3,666	,249 ^{NS}	-2,93	15,22

Basadas en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática (Error) = 201,365.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Orientación espacial

Tabla 2.4 Estadísticos descriptivos Orientación espacial				
Muestra	Nivel educativo	Media	Desviación típica	N
M. maltratadas	Hasta BUP	37,96	13,728	49
	COU y G. superior	43,89	11,396	9
	E. Universitarios	53,00	9,189	10
	Total	40,96	13,829	68
M. no maltratadas	Hasta BUP	44,29	11,650	21
	COU y G. superior	45,00	10,561	14
	E. Universitarios	53,33	8,720	33
	Total	48,82	10,863	68

Tabla 2.5 Pruebas de los efectos inter-sujetos V.D. Orientación espacial					
Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	5380,919 ^a	5	1076,184	8,021	,000
Intersección	202137,260	1	202137,260	1506,548	,000
Grupo	158,553	1	158,553	1,182	,279 ^{NS}
N. educa recod.	2937,215	2	1468,608	10,946	,000*
Grupo * N educa recod.	225,041	2	112,521	,839	,435
Error	17442,426	130	134,173		
Total	296875,000	136			
Total corregida	22823,346	135			
a. R cuadrado = ,236 (R cuadrado corregida = ,206)					
NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%					

Tabla 2.6 Comparaciones múltiples Orientación espacial Test Scheffe						
Intervalo de confianza 95%						
(I)N. educativo	(J)N. educativo	Diferenc de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Hasta BUP	COU y G. super.	-4,71	2,784	,243 ^{NS}	-11,60	2,19
	E. Universitarios	-13,40*	2,244	,000*	-18,96	-7,84
COU y G. super.	Hasta BUP	4,71	2,784	,243 ^{NS}	-2,19	11,60
	E. Universitarios	-8,69*	2,992	,017*	-16,10	-1,28
E Universitarios	Hasta BUP	13,40*	2,244	,000*	7,84	18,96
	COU y G. super.	8,69*	2,992	,017*	1,28	16,10
Basadas en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática (Error) = 134,173.*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.						

Habla receptiva**Tabla 2.7 Estadísticos descriptivos Habla receptiva**

Muestra	Nivel educativo	Media	Desviación típica	N
M. maltratadas	Hasta BUP	46,33	10,839	49
	COU y G. superior	38,89	13,411	9
	E. Universitarios	51,00	6,992	10
	Total	46,03	11,082	68
M. no maltratadas	Hasta BUP	49,76	9,011	21
	COU y G. superior	46,07	10,411	14
	E. Universitarios	52,88	9,103	33
	Total	50,51	9,586	68

Tabla 2.8 Pruebas de los efectos inter-sujetos V.D. Habla receptiva

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	1867,016 ^a	5	373,403	3,677	,004
Intersección	213153,359	1	213153,359	2098,933	,000
Grupo	410,029	1	410,029	4,038	,047*
N. educa recod.	1144,108	2	572,054	5,633	,005*
Grupo * N educa recod.	92,872	2	46,436	,457	,634
Error	13201,918	130	101,553		
Total	331975,000	136			
Total corregida	15068,934	135			

a. R cuadrado = ,124 (R cuadrado corregida = ,090)
 NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

Tabla 2.9 Comparaciones múltiples Habla receptiva. Test Scheffe						
Intervalo de confianza 95%						
(I)N. educativo	(J)N. educativo	Diferenc de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Hasta BUP	COU y G. super.	4,10	2,422	,243 ^{NS}	-1,90	10,09
	E. Universitarios	-5,08*	1,953	,037*	-9,92	-,25
COU y G. super.	Hasta BUP	-4,10	2,422	,243 ^{NS}	-10,09	1,90
	E. Universitarios	-9,18*	2,603	,003*	-15,63	-2,73
E Universitarios	Hasta BUP	5,08*	1,953	,037*	,25	9,92
	COU y G. super.	9,18*	2,603	,003*	2,73	15,63

Basadas en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática (Error) = 101,553. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Habla expresiva

Tabla 2.10 Estadísticos descriptivos Habla expresiva				
Muestra	Nivel educativo	Media	Desviación típica	N
M. maltratadas	Hasta BUP	49,08	10,492	49
	COU y G. superior	42,22	13,017	9
	E. Universitarios	54,50	10,395	10
	Total	48,97	11,149	68
M. no maltratadas	Hasta BUP	54,29	8,844	21
	COU y G. superior	50,71	10,351	14
	E. Universitarios	54,09	9,308	33
	Total	53,46	9,354	68

Tabla 2.11 Pruebas de los efectos inter-sujetos V.D. Habla expresiva					
Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	1533,217 ^a	5	306,643	2,988	,014
Intersección	244074,975	1	244074,975	2378,257	,000
Grupo	463,533	1	463,533	4,517	,035*
N. educa recod.	795,006	2	397,503	3,873	,023*
Grupo * N educa recod.	278,471	2	139,235	1,357	,261
Error	13341,599	130	102,628		
Total	371575,000	136			
Total corregida	14874,816	135			
a. R cuadrado = ,103 (R cuadrado corregida = ,069)					
NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%					

Tabla 2.12 Comparaciones múltiples Habla expresiva. Test Scheffe						
Intervalo de confianza 95%						
(I)N. educativo	(J)N. educativo	Diferenc de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Hasta BUP	COU y G. super.	3,25	2,435	,412 ^{NS}	-2,78	9,28
	E. Universitarios	-3,54	1,963	,200 ^{NS}	-8,40	1,32
COU y G. super.	Hasta BUP	-3,25	2,435	,412 ^{NS}	-9,28	2,78
	E. Universitarios	-6,79*	2,617	,037*	-13,28	-,31
E Universitarios	Hasta BUP	3,54	1,963	,200 ^{NS}	-1,32	8,40
	COU y G. super.	6,79*	2,617	,037*	,31	13,28
Basadas en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática (Error) = 102,628.						
*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.						

Memoria Inmediata

Tabla 2.13 Estadísticos descriptivos Memoria inmediata				
Muestra	Nivel educativo	Media	Desviación típica	N
M. maltratadas	Hasta BUP	39,69	15,221	49
	COU y G. superior	38,33	14,577	9
	E. Universitarios	52,00	9,775	10
	Total	41,32	14,978	68
M. no maltratadas	Hasta BUP	47,14	11,892	21
	COU y G. superior	41,43	10,995	14
	E. Universitarios	51,36	13,879	33
	Total	48,01	13,134	68

Tabla 2.14 Pruebas de los efectos inter-sujetos V.D. Memoria inmediata					
Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	3866,066 ^a	5	773,213	4,146	,002
Intersección	191350,448	1	191350,448	1026,048	,000
Grupo	257,740	1	257,740	1,382	,242 ^{NS}
N. educa recod.	2091,865	2	1045,933	5,608	,005*
Grupo * N educa recod.	340,608	2	170,304	,913	,404
Error	24244,045	130	186,493		
Total	299475,000	136			
Total corregida	28110,110	135			
a. R cuadrado = ,138 (R cuadrado corregida = ,104)					
NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%					

Tabla 2.15 Comparaciones múltiples Memoria inmediata. Test Scheffe						
Intervalo de confianza 95%						
(I)N. educativo	(J)N. educativo	Diferenc de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Hasta BUP	COU y G. super.	1,71	3,282	,873 ^{NS}	-6,42	9,84
	E. Universitarios	-9,58*	2,646	,002*	-16,14	-3,03
COU y G. super.	Hasta BUP	-1,71	3,282	,873 ^{NS}	-9,84	6,42
	E. Universitarios	-11,29*	3,528	,007 ^{NS}	-20,03	-2,56
E Universitarios	Hasta BUP	9,58*	2,646	,002*	3,03	16,14
	COU y G. super.	11,29*	3,528	,007 ^{NS}	2,56	20,03

Basadas en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática (Error) = 186,493.
*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Memorización lógica

Tabla 2.16 Estadísticos descriptivos Memorización lógica				
Muestra	Nivel educativo	Media	Desviación típica	N
M. maltratadas	Hasta BUP	33,88	19,771	49
	COU y G. superior	36,67	16,394	9
	E. Universitarios	54,00	10,750	10
	Total	37,21	19,440	68
M. no maltratadas	Hasta BUP	40,71	16,453	21
	COU y G. superior	36,43	14,469	14
	E. Universitarios	50,61	10,589	33
	Total	44,63	14,541	68

Tabla 2.17 Pruebas de los efectos inter-sujetos V.D. Memorización lógica					
Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	7683,252 ^a	5	1536,650	5,932	,000
Intersección	167122,217	1	167122,217	645,128	,000
Grupo	26,965	1	26,965	,104	,747 ^{NS}
N. educa recod.	5154,066	2	2577,033	9,948	,000*
Grupo * N educa recod.	583,692	2	291,846	1,127	,327
Error	33676,858	130	259,053		
Total	269075,000	136			
Total corregida	41360,110	135			

a. R cuadrado = ,186 (R cuadrado corregida = ,154)

NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

Tabla 2.18 Comparaciones múltiples Memorización lógica. Test Scheffe						
Intervalo de confianza 95%						
(I)N. educativo	(J)N. educativo	Diferenc de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Hasta BUP	COU y G. super.	1,71	3,282	,873 ^{NS}	-6,42	9,84
	E. Universitarios	-9,58*	2,646	,002*	-16,14	-3,03
COU y G. super.	Hasta BUP	-1,71	3,282	,873 ^{NS}	-9,84	6,42
	E. Universitarios	-11,29*	3,528	,007 ^{NS}	-20,03	-2,56
E Universitarios	Hasta BUP	9,58*	2,646	,002*	3,03	16,14
	COU y G. super.	11,29*	3,528	,007 ^{NS}	2,56	20,03

Basadas en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática (Error) = 186,493.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Dibujos temáticos y textos

Tabla 2.19 Estadísticos descriptivos Dibujos temáticos y textos				
Muestra	Nivel educativo	Media	Desviación típica	N
M. maltratadas	Hasta BUP	38,12	15,799	48
	COU y G. superior	39,44	12,611	9
	E. Universitarios	50,00	10,541	10
	Total	40,07	15,163	67
M. no maltratadas	Hasta BUP	43,81	15,645	21
	COU y G. superior	40,00	10,561	14
	E. Universitarios	50,61	11,776	33
	Total	46,32	13,428	68

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	3786,744 ^a	5	757,349	3,942	,002
Intersección	180007,969	1	180007,969	936,838	,000
Grupo	122,922	1	122,922	,640	,425 ^{NS}
N. educa recod.	2103,968	2	1051,984	5,475	,005*
Grupo * N educa recod.	179,995	2	89,997	,468	,627
Error	24786,589	129	192,144		
Total	280775,000	135			
Total corregida	28573,333	134			
a. R cuadrado = ,133 (R cuadrado corregida = ,099)					
NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%					

Intervalo de confianza 95%						
(I)N. educativo	(J)N. educativo	Diferenc de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Hasta BUP	COU y G. super.	,07	3,337	1,000	-8,19	8,34
	E. Universitarios	-10,61*	2,693	,001	-17,28	-3,94
COU y G. super.	Hasta BUP	-,07	3,337	1,000	-8,34	8,19
	E. Universitarios	-10,68*	3,581	,014	-19,55	-1,81
E Universitarios	Hasta BUP	10,61*	2,693	,001	3,94	17,28
	COU y G. super.	10,68*	3,581	,014	1,81	19,55

Basadas en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática (Error) = 192,144

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Actividad conceptual y discursiva

Tabla 2.22 Estadísticos descriptivos Actividad conceptual y discursiva				
Muestra	Nivel educativo	Media	Desviación típica	N
M. maltratadas	Hasta BUP	42,50	9,839	48
	COU y G. superior	39,44	12,611	9
	E. Universitarios	47,50	9,204	10
	Total	42,84	10,233	67
M. no maltratadas	Hasta BUP	46,90	8,871	21
	COU y G. superior	48,21	11,866	14
	E. Universitarios	52,42	13,236	33
	Total	49,85	11,875	68

Tabla 2.23 Pruebas de los efectos inter-sujetos V.D. Actividad conceptual y discursiva					
Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	2426,532 ^a	5	485,306	4,014	,002
Intersección	201214,771	1	201214,771	1664,430	,000
Grupo	859,094	1	859,094	7,106	,009*
N. educa recod.	683,517	2	341,758	2,827	,063 ^{NS}
Grupo * N educa recod.	78,415	2	39,207	,324	,724
Error	15594,949	129	120,891		
Total	308300,000	135			
Total corregida	18021,481	134			

a. R cuadrado = ,135 (R cuadrado corregida = ,101)

NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%

Tabla 2.24 Comparaciones múltiples. Actividad conceptual y discursiva. Test Scheffe						
Intervalo de confianza 95%						
(I)N. educativo	(J)N. educativo	Diferenc de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Hasta BUP	COU y G. super.	-,94	2,647	,939 ^{NS}	-7,50	5,61
	E. Universitarios	-7,44*	2,136	,003*	-12,73	-2,15
COU y G. super.	Hasta BUP	,94	2,647	,939 ^{NS}	-5,61	7,50
	E. Universitarios	-6,50	2,840	,077 ^{NS}	-13,53	,54
E Universitarios	Hasta BUP	7,44*	2,136	,003*	2,15	12,73
	COU y G. super.	6,50	2,840	,077 ^{NS}	-,54	13,53

Basadas en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática (Error) = 120,891.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Control atencional

Tabla 2.25 Estadísticos descriptivos Control atencional

Muestra	Nivel educativo	Media	Desviación típica	N
M. maltratadas	Hasta BUP	37,76	20,054	49
	COU y G. superior	43,89	9,930	9
	E. Universitarios	52,50	7,169	10
	Total	40,74	18,310	68
M. no maltratadas	Hasta BUP	45,95	16,017	21
	COU y G. superior	44,64	15,868	14
	E. Universitarios	52,12	8,663	33
	Total	48,68	13,147	68

Tabla 2.26 Pruebas de los efectos inter-sujetos V.D. Control atencional

Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	4828,103 ^a	5	965,621	4,003	,002
Intersección	201254,284	1	201254,284	834,278	,000
Grupo	192,945	1	192,945	,800	,373 ^{NS}
N. educa recod.	2229,618	2	1114,809	4,621	,012*
Grupo * N educa recod.	460,024	2	230,012	,953	,388
Error	31360,132	130	241,232		
Total	308000,000	136			
Total corregida	36188,235	135			
a. R cuadrado = ,133 (R cuadrado corregida = ,100)					
NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%					

Tabla 2.27 Comparaciones múltiples. Control atencional. Test Scheffe

Intervalo de confianza 95%						
(I)N. educativo	(J)N. educativo	Diferenc de medias (I-J)	Error tít.	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Hasta BUP	COU y G. super.	-4,13	3,733	,543 ^{NS}	-13,38	5,11
	E. Universitarios	-12,00*	3,009	,001*	-19,45	-4,54
COU y G. super.	Hasta BUP	4,13	3,733	,543 ^{NS}	-5,11	13,38
	E. Universitarios	-7,86	4,012	,151 ^{NS}	-17,80	2,07
E Universitarios	Hasta BUP	12,00*	3,009	,001*	4,54	19,45
	COU y G. super.	7,86	4,012	,151 ^{NS}	-2,07	17,80

Basadas en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática (Error) = 241,232.

*. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.

Tabla 2.28 Estadísticos descriptivos Puntuación Total

Muestra	Nivel educativo	Media	Desviación típica	N
M. maltratadas	Hasta BUP	35,42	18,008	48
	COU y G. superior	34,44	17,756	9
	E. Universitarios	54,50	8,317	10
	Total	38,13	18,066	67
M. no maltratadas	Hasta BUP	44,52	13,956	21
	COU y G. superior	41,07	14,302	14
	E. Universitarios	57,34	11,143	32
	Total	49,93	14,499	67

Tabla 2.29 Pruebas de los efectos inter-sujetos V.D. Puntuación Total					
Origen	Suma de cuadrados tipo III	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Modelo corregido	11284,106 ^a	5	2256,821	10,034	,000
Intersección	186921,718	1	186921,718	831,058	,000
Grupo	902,929	1	902,929	4,014	,047*
N. educa recod.	6133,622	2	3066,811	13,635	,000*
Grupo * N educa recod.	196,931	2	98,465	,438	,646
Error	28789,774	128	224,920		
Total	299850,000	134			
Total corregida	40073,881	133			
a.R cuadrado = ,282 (R cuadrado corregida = ,254) NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%					

Tabla 2.30 Comparaciones múltiples. Puntuación Total. Test Scheffe						
Intervalo de confianza 95%						
(I)N. educativo	(J)N. educativo	Diferenc de medias (I-J)	Error típ.	Sig.	Límite inferior	Límite superior
Hasta BUP	COU y G. super.	-,29	3,611	,997 ^{NS}	-9,23	8,65
	E. Universitarios	-18,48*	2,935	,000*	-25,75	-11,21
COU y G. super.	Hasta BUP	,29	3,611	,997 ^{NS}	-8,65	9,23
	E. Universitarios	-18,19*	3,890	,000*	-27,82	-8,55
E Universitarios	Hasta BUP	18,48*	2,935	,000*	11,21	25,75
	COU y G. super.	18,19*	3,890	,000*	8,55	27,82
Basadas en las medias observadas. El término de error es la media cuadrática (Error) = 224,920. *. La diferencia de medias es significativa al nivel ,05.						

Tabla 3.1. Estadísticos descriptivos. Duración del maltrato y Luria DNA

Subtest	Años	N	Media	Desv. típica	Error típico	Intervalo de confianza para la media al 95%			
						Lím. inferior	Lim. superior	Mínimo	máximo
Percepción. visual	0-3 años	11	42,73	11,037	3,328	35,31	50,14	30	65
	3-10 años	14	45,71	16,854	4,504	35,98	55,45	15	80
	+10 años	18	34,44	16,169	3,811	26,40	42,49	10	70
	Total	43	40,23	15,772	2,405	35,38	45,09	10	80
Orientación espacial	0-3 años	11	40,91	14,970	4,514	30,85	50,97	15	65
	3-10 años	14	42,50	13,552	3,622	34,68	50,32	20	65
	+10 años	18	39,72	13,982	3,296	32,77	46,68	10	60
	Total	43	40,93	13,812	2,106	36,68	45,18	10	65
Habla receptiva	0-3 años	11	42,73	12,117	3,653	34,59	50,87	20	60
	3-10 años	14	52,86	8,708	2,327	47,83	57,88	40	65
	+10 años	18	39,44	10,274	2,422	34,34	44,55	15	55
	Total	43	44,65	11,670	1,780	41,06	48,24	15	65
Habla expresiva	0-3 años	11	45,00	9,747	2,939	38,45	51,55	30	60
	3-10 años	14	52,50	13,552	3,622	44,68	60,32	30	75
	+10 años	18	44,44	9,057	2,135	39,94	48,95	25	60
	Total	43	47,21	11,249	1,716	43,75	50,67	25	75
Memoria inmediata	0-3 años	11	38,18	17,215	5,191	26,62	49,75	10	60
	3-10 años	14	48,93	16,546	4,422	39,38	58,48	15	70
	+10 años	18	35,56	14,541	3,427	28,32	42,79	10	65
	Total	43	40,58	16,626	2,536	35,46	45,70	10	70

Memorización lógica	0-3 años	11	36,82	19,010	5,732	24,05	49,59	0	60
	3-1 años	14	36,79	22,327	5,967	23,89	49,68	0	70
	+10 años	18	29,17	17,426	4,107	20,50	37,83	0	55
	Total	43	33,60	19,436	2,964	27,62	39,59	0	70
Dibujos temáticos y textos	0-3 años	11	37,27	18,890	5,695	24,58	49,96	10	65
	3-1 años	14	43,57	18,442	4,929	32,92	54,22	0	65
	+10 años	18	37,50	11,536	2,719	31,76	43,24	20	55
	Total	43	39,42	15,894	2,424	34,53	44,31	0	65
Actividad conceptual y discursiva	0-3 años	11	39,09	9,439	2,846	32,75	45,43	30	65
	3-1 años	14	47,86	14,103	3,769	39,71	56,00	25	75
	+10 años	18	40,56	8,893	2,096	36,13	44,98	25	60
	Total	43	42,56	11,358	1,732	39,06	46,05	25	75
Control atencional	0-3 años	11	39,55	14,740	4,444	29,64	49,45	10	60
	3-1 años	14	41,79	18,668	4,989	31,01	52,56	0	60
	+10 años	18	39,44	18,621	4,389	30,18	48,70	0	60
	Total	43	40,23	17,353	2,646	34,89	45,57	0	60
Puntuación total	0-3 años	11	34,09	17,863	5,386	22,09	46,09	5	65
	3-1 años	14	45,36	20,612	5,509	33,46	57,26	15	75
	+10 años	18	29,72	16,222	3,824	21,66	37,79	0	55
	Total	43	35,93	19,000	2,898	30,08	41,78	0	75

	Estadístico de Levene	gl1	gl2	sig
Percepción visual.	,810	2	40	,452 ^{NS}
Orientación espacial	,188	2	40	,829 ^{NS}
Habla receptiva	,557	2	40	,577 ^{NS}
Habla expresiva	2,512	2	40	,094 ^{NS}
Memoria inmediata	,543	2	40	,585 ^{NS}
Memorización lógica	,624	2	40	,541 ^{NS}
Dibujos temáticos y textos	2,656	2	40	,083 ^{NS}
Actividad conceptual y discursiva	1,981	2	40	,151 ^{NS}
Control atencional	,376	2	40	,689 ^{NS}
Total Luria DNA	1,011	2	40	,373 ^{NS}

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Percepc. visual	Inter-grupos	1092,191	2	546,096	2,335	,110 ^{NS}
	Intra-grupos	9355,483	40	233,887		
	Total	10447,674	42			
Orientac. espacial	Inter-grupos	60,770	2	30,385	,153	,859 ^{NS}
	Intra-grupos	7952,020	40	198,801		
	Total	8012,791	42			
Habla receptiva	Inter-grupos	1471,427	2	735,713	6,927	,003*
	Intra-grupos	4248,341	40	106,209		
	Total	5719,767	42			
Habla expresiva	Inter-grupos	583,172	2	291,586	2,465	,098 ^{NS}
	Intra-grupos	4731,944	40	118,299		
	Total	5315,116	42			
Memoria inmediata	Inter-grupos	1493,456	2	746,728	2,952	,064 ^{NS}
	Intra-grupos	10117,009	40	252,925		
	Total	11610,465	42			
Memorización lógica	Inter-grupos	609,786	2	304,893	,799	,457 ^{NS}
	Intra-grupos	15256,494	40	381,412		
	Total	15866,279	42			
Dibujos temáticos y textos	Inter-grupos	358,355	2	179,177	,699	,503 ^{NS}
	Intra-grupos	10252,110	40	256,303		

	Total	10610,465	42			
Actividad conceptual y discursiva	Inter-grupos	597,537	2	298,768	2,479	,097 ^{NS}
	Intra-grupos	4821,068	40	120,527		
	Total	5418,605	42			
Control atencional	Inter-grupos	50,146	2	25,073	,080	,924 ^{NS}
	Intra-grupos	12597,529	40	314,938		
	Total	12647,674	42			
Punt. total Luria DNA	Inter-grupos	1975,056	2	987,528	2,995	,061 ^{NS}
	Intra-grupos	13187,734	40	329,693		
	Total	15162,791	42			
NS = no significativo (p>,050) * Significativo al 5% ** Altamente Significativo al 1%						

Tabla 3.4 Pruebas robustas de igualdad de las medias

Subtest	Prueba	Estadístico ^a	gl1	gl2	Sig
Percepc. visual	Welch	2,098	2	25,802	,143 ^{NS}
	Brown-Forsythe	2,515	2	37,680	,094 ^{NS}
Orientac. espacial	Welch	,157	2	23,827	,856 ^{NS}
	Brown-Forsythe	,150	2	34,621	,861 ^{NS}
Habla receptiva	Welch	8,161	2	23,255	,002*
	Brown-Forsythe	6,635	2	30,425	,004*
Habla expresiva	Welch	1,878	2	23,086	,176 ^{NS}
	Brown-Forsythe	2,407	2	32,356	,106 ^{NS}
Memoria inmediata	Welch	2,858	2	23,138	,078 ^{NS}
	Brown-Forsythe	2,828	2	33,300	,073 ^{NS}
Memorización lógica	Welch	,835	2	23,365	,447 ^{NS}
	Brown-Forsythe	,780	2	34,404	,466 ^{NS}
Dibujos temáticos y textos	Welch	,598	2	20,678	,559 ^{NS}
	Brown-Forsythe	,626	2	28,603	,542 ^{NS}
Actividad conceptual y discursiva	Welch	1,824	2	23,026	,184 ^{NS}
	Brown-Forsythe	2,425	2	31,171	,105 ^{NS}
Control atencional	Welch	,074	2	25,359	,929 ^{NS}
	Brown-Forsythe	,084	2	38,683	,920 ^{NS}
Puntuación total Luria DNA	Welch	2,649	2	23,330	,092 ^{NS}
	Brown-Forsythe	2,917	2	34,379	,068 ^{NS}

^a Distribuidos en F asintóticamente

