

EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN UN CASO DE VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL CENTRO DE SALUD MENTAL

Mónica Quesada Laborda¹, Franziska Everts¹,
Alba Hidalgo Holgado¹ y Juan Jesús Muñoz García².
Centro de San Juan de Dios de Ciempozuelos

Resumen

La prevalencia de violencia de género sigue siendo elevada en nuestro país. Con frecuencia el permanecer en una situación de violencia dentro del ámbito de la pareja tiene graves consecuencias a nivel psicológico cuyo tratamiento requiere una atención especializada. Por este motivo, los centros de salud mental son dispositivos claves tanto para la detección como para la evaluación y el tratamiento adecuado de las mujeres que sufren este tipo de violencia por parte de sus parejas. El presente artículo expone un caso de violencia de género en el que se realiza un tratamiento cognitivo-conductual en formato individual desde un centro de salud mental de la red asistencial pública.

PALABRAS CLAVE: *Violencia de género, centro de salud mental, estudio de caso, terapia cognitivo-conductual*

Abstract

The prevalence of intimate partner violence against women is still elevated in our country. Remaining in an intimate relationship characterized by violence and abuse gives rise to severe psychological consequences whose treatment requires specialized attention. Mental health care centres constitute key units in the detection, evaluation and provision of appropriate treatment options for women suffering from intimate partner violence. This article presents a case of intimate partner violence, which was treated with individual cognitive behaviour therapy in a public mental health care setting.

KEY WORDS: *Intimate partner violence, mental health care, case study, cognitive behaviour therapy.*

¹ Psicóloga clínica. Área de Salud Mental (UDM). Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos.

² *Correspondencia:* Dr. Juan Jesús Muñoz García. Psicólogo clínico. Responsable de Rehabilitación del Área de Salud Mental. Centro San Juan de Dios de Ciempozuelos. Hospital San Juan de Dios. Avda. San Juan de Dios, nº1. Ciempozuelos. Madrid. 28350.

Fecha de recepción del artículo: 08-02-2014.

Fecha de aceptación del artículo: 29-04-2014

Introducción

El término violencia de género fue definido por primera vez en el año 1993 por la Organización de Naciones Unidas (ONU) en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (Organización de Naciones Unidas, 1993). Según la ONU, violencia de género sería 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 y la privación arbitraria de libertad, tanto si se produce en la vida pública como en la privada. Actualmente este término abarca, además de la violencia que se produce dentro de la pareja, otros tipos de violencia ejercida hacia las mujeres como son las agresiones sexuales, la mutilación genital femenina o el acoso sexual en el ámbito laboral entre otros (Comunidad de Madrid, 2005).

Se han descrito diferentes tipos de maltrato dentro de la violencia de género: El maltrato psicológico entendido como insultos, humillaciones, descalificaciones, etc. y que suele tener como consecuencia un enorme sufrimiento, pobre autoconcepto y serias dificultades para la toma de decisiones. El maltrato físico, que incluiría todos aquellos comportamientos en los que se usa la fuerza para causar heridas a la mujer independientemente de que se consiga o no. El maltrato sexual que contempla cualquier actividad sexual no deseada impuesta a la mujer a través de la coacción o la intimidación. El maltrato económico mediante el cual se priva a la mujer de disponer de su propio dinero, controlando todos sus gastos y llegando incluso a no permitirle tener un trabajo remunerado. Y el maltrato ambiental por el cual se trata de intimidar a la mujer dañando el ambiente que la rodea (Rodríguez, Pérez y Moratilla, 2012).

Según datos de la Organización Mundial de la Salud, el 25.4% de las mujeres europeas ha sufrido en algún momento de su vida algún tipo de violencia física o sexual por parte de la pareja (World Health Organization, 2013). En nuestro país, una encuesta llevada a cabo por la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid pone de manifiesto que el 12% de las mujeres madrileñas han sufrido violencia de género en el último año (Comunidad de Madrid, 2011). Respecto a los datos de prevalencia en el ámbito sanitario, estudios recientes estiman que alrededor del 51% de las mujeres que acuden al médico de atención primaria han sufrido algún tipo de violencia de género a lo largo de su vida (González, Castro, Tosco, Rufino, et. al., 2012). Igualmente elevados son los datos observados en los servicios de urgencias hospitalarias donde según algunos estudios, la prevalencia vital de violencia de género en las

mujeres que acuden a las emergencias de un hospital es de hasta un 54,2% (Sánchez, Vilas y Ramón, 2008). Y finalmente, en lo referido a los centros de salud mental, el 28% de las mujeres de la Comunidad de Madrid que asisten a tratamiento en este tipo de centros sufren algún tipo de maltrato por parte de sus parejas (Polo, 2001).

Este tipo de violencia suele tener serias consecuencias a nivel psicológico en las mujeres que la sufren. Sin embargo, la gravedad de éstas va a depender de múltiples factores como por ejemplo la gravedad y la cronicidad de la violencia, el grado de apoyo social real y percibido por parte de la mujer o el repertorio de estrategias propias de afrontamiento (Ansara, 2011). Las consecuencias psicológicas más frecuentes en una situación de maltrato y que, en función de la severidad, pueden requerir de un tratamiento psicológico especializado son: ansiedad, depresión, síntomas de estrés postraumático, intentos autolíticos, miedo a las relaciones íntimas, incapacidad para confiar en los otros, abuso de sustancias, desapego emocional o trastornos del sueño (Warshaw, Brashler y Gil, 2009; Black, Basile, Breiding, Smith, et. al., 2011). Además de por los factores previamente comentados, el tipo de intervención psicológica va a estar en función del momento de cambio en el que la mujer se encuentre ya que es muy diferente el tratamiento que puede llevarse a cabo cuando una mujer está en fases iniciales de su proceso de cambio respecto a la relación de pareja que cuando, por ejemplo, ya ha realizado una denuncia por maltrato (Manjón, 2012). Por último señalar que existen diversos tipos de intervenciones psicológicas para las mujeres que han sufrido violencia de género basadas en diferentes modelos teóricos pero, dentro de los tratamientos especializados para abordar las consecuencias psicológicas del maltrato, las intervenciones cognitivo-conductuales son de las que han mostrado mayor eficacia, tanto si se llevan a cabo en formato individual como si se realizan en formato grupal (Crespo y Arinero, 2010; Iverson, Gradus, Resick, Suvak, et.al., 2011; Echeburúa, Sarasua y Zubizarreta, 2013).

El centro de salud mental es un dispositivo fundamental para detectar y abordar los problemas de violencia de género y las consecuencias psicológicas de los mismos ya que, en muchas ocasiones, es la primera toma de contacto de la mujer que sufre maltrato por parte de su pareja con un profesional sanitario capacitado para realizar una intervención adecuada a su problemática. A continuación se expone un caso de violencia de género en el que se llevó a cabo un tratamiento cognitivo-conductual en formato individual en un centro de salud mental de la red pública de la Comunidad de Madrid.

Descripción del caso

Aspectos sociodemográficos

Se trata de una mujer de 45 años, casada desde los 23. Convive en el domicilio familiar con su marido, un hijo de 21 años, una hija de 18 años y otra hija de 15 años. Estudió hasta COU, siempre ha trabajado en la empresa de formación de su marido de la cual es socia. Refiere tener una única amiga a la que prácticamente no ve, no realiza actividades de ocio ni tiene ningún hobby.

Motivo de consulta

Acude derivada de su médico de atención primaria según éste por “ansiedad la mayor parte del día por problemas en casa”. Refiere sentirse sin fuerzas ni ilusión e incapaz de tomar decisiones. Describe episodios de maltrato físico por parte de su pareja desde prácticamente el inicio del matrimonio, entre otros, palizas estando embarazada y agresiones físicas con graves consecuencias (rotura de pómulo). Comenta que su marido critica su forma de trabajar, la humilla y la insulta constantemente, intercalando estas agresiones verbales con expresiones de afecto y halagos. También refiere que su pareja no le permite manejar dinero, dispone de una tarjeta de crédito pero no la puede utilizar como ella quisiera sino que tiene que justificar absolutamente todo el dinero que gasta. El año anterior a acudir a tratamiento, comenzó a estudiar Publicidad en una universidad privada aprobando todas las asignaturas con buena nota. Sin embargo, su marido se negó a seguir pagando las cuotas de la universidad por lo que no tiene convalidado el curso. Trata de mantenerla aislada impidiendo que quede con amigas o provocando discusiones con su familia para que dejen de ir a visitarles. Así mismo, él controla sus actividades del día a día de tal forma que cuando acudió a la primera entrevista prácticamente no salía de casa. Inicialmente trató de impedirla que acudiera al centro de salud mental por miedo a ser denunciado. Ella no quiere acudir al Centro Municipal de la Mujer por miedo a encontrarse con algún conocido y que su marido se acabe enterando. Admite que quiere dejar la relación de pareja ya que le gustaría “*tener otro tipo de vida*” pero reconoce que tiene mucho miedo tanto por los aspectos económicos como por la posibilidad de no volver a encontrar pareja.

Historia del problema

Los episodios de maltrato comenzaron prácticamente desde el inicio del matrimonio hace 23 años. Ella ha abandonado el domicilio familiar en un par de ocasiones llevándose a sus hijos con ella a un piso que tienen sus padres vacío

pero luego todos han vuelto a vivir con él en el domicilio familiar. También ha estado a punto de denunciarle en un par de ocasiones pero finalmente siempre se arrepiente, llegando en una de las ocasiones a irse de la comisaría cuando estaba a punto de poner la denuncia. Al sufrir la agresión en la que tuvo la rotura de pómulo, el médico de urgencias hizo un parte de lesiones que comunicó al juzgado pero cuando la llamaron del juzgado ella negó todo diciendo que había sido un accidente. Justifica estas decisiones por sus hijos y por el factor económico ya que piensa que él no le daría todo lo que le corresponde como socia de la empresa. En los últimos años el porcentaje de agresiones físicas ha disminuido ya que el hijo mayor se enfrenta al padre y en alguna ocasión ha llegado a agredirle. Por otro lado su marido sufre una enfermedad degenerativa que le está causando sordoceguera (Síndrome de Usher) que también parece estar relacionada con esta disminución en los episodios de violencia física. De forma frecuente, tanto su marido como ella hablan de separarse. Él al principio parece estar de acuerdo pero luego trata de disuadirla humillándola con expresiones tipo “*quién va a quererte a ti*” o recurre al chantaje emocional (“*me quedaré solo y enfermo*”).

La paciente tiene una hermana menor y tanto ella como sus padres viven cerca de su casa. Describe a su padre como un hombre “*con carácter*” que de forma frecuente humilla e insulta a su madre llegando a agredirla en alguna ocasión. Su madre conoce el problema del maltrato de ella y, aunque la ha apoyado en los momentos en los que se ha decidido a irse de casa, en general le recomienda que aguante por el bienestar de sus hijos.

Exploración psicopatológica

En la exploración psicopatológica se muestra consciente y orientada en las tres esferas. Presenta un discurso fluido, coherente y muy detallista. Se aprecia buena capacidad de *insight*. Refiere estado de ánimo ansioso y triste con sentimientos de culpa, apatía, anhedonia, dificultad para la toma de decisiones, bajo autoconcepto y pensamientos derrotistas de cara al futuro (“*soy tonta*”, “*nunca voy a encontrar a otra persona*”). Durante la mayor parte de la exploración se muestra lábil. Comenta tener dificultades para conciliar el sueño. No se aprecian problemas de alimentación y no refiere ideas de muerte ni intención autolítica.

Instrumentos de evaluación

Además de la entrevista clínica, se realizaron las siguientes pruebas psicométricas de cara a la realización de la evaluación psicológica:

- *Inventario de síntomas revisado (SCL-90-R)*

El SCL-90-R (Derogatis, 1994) es un instrumento de *screening* para aquellas personas que necesitan ayuda profesional. Es un cuestionario autoinformado de 90 ítems con respuestas tipo Likert y que ofrece información de diferentes aspectos sintomáticos así como de la experiencia subjetiva de malestar psicológico. En la tabla 1 se exponen las puntuaciones que la paciente obtuvo en las distintas dimensiones sintomáticas de psicopatología así como en el índice de distrés de síntomas positivos que indica la intensidad de sufrimiento que experimenta la persona. Como puede apreciarse en la tabla, la mayoría de las puntuaciones del inventario se sitúan por encima del percentil cincuenta, siendo la más alta la puntuación obtenida en depresión que se sitúa en el percentil 85. También puede observarse que las puntuaciones en las dimensiones ideación paranoide y psicoticismo son elevadas. Por este motivo se analizaron los ítems de cada una de estas dimensiones y se encontró que los que tenían mayor puntuación eran: “La impresión de que la mayoría de los problemas son culpa de los demás” y “el que otros no reconozcan adecuadamente sus méritos” en la dimensión de ideación paranoide y “la idea de que otra persona puede controlar sus pensamientos” y “sentirse solo aunque esté con más gente” en la dimensión de psicoticismo, todos ellos bastante acordes a la situación de violencia que ella estaba viviendo.

Tabla 1. Puntuaciones pre-tratamiento en el inventario SCL-90-R

| DIMENSIONES SINTOMÁTICAS | PUNTUACIÓN CENTIL |
|--|-------------------|
| Somatización (SOM) | 75 |
| Obsesión-compulsión (OBS) | 70 |
| Sensibilidad interpersonal (INTE) | 50 |
| Depresión (DEP) | 85 |
| Ansiedad (ANS) | 55 |
| Hostilidad (HOST) | 45 |
| Ansiedad fóbica (FOB) | 40 |
| Ideación paranoide (PAR) | 80 |
| Psicoticismo (PSI) | 65 |
| Índice de distrés de síntomas positivos (PSDI) | 75 |

- *Inventario de evaluación de la personalidad (PAI)*

El PAI es un inventario multidimensional de personalidad para uso clínico y forense que proporciona información global de la psicopatología en

adultos (Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez, 2011). Consta de 344 ítems con un formato de respuesta de cuatro puntos. Tiene 22 escalas: 4 de control, 11 clínicas, 5 relacionadas con el tratamiento y 2 de relaciones interpersonales. La tabla 2 muestra las diferentes puntuaciones típicas que obtuvo la paciente al inicio del tratamiento en estas escalas. Se observan puntuaciones significativas (por encima de 70) en las escalas de depresión y estrés, acorde a la problemática que presenta. La puntuación de 72 en la escala de Esquizofrenia, según este inventario, está relacionada con el aislamiento social cuando no existen en la persona otros indicadores de psicosis.

Tabla 2. Puntuaciones pre-tratamiento en el inventario PAI

| ESCALAS PRINCIPALES | PUNTUACIONES TÍPICAS |
|--|----------------------|
| Escalas de validez | |
| Inconsistencia | 46 |
| Infrecuencia | 54 |
| Impresión negativa | 47 |
| Impresión positiva | 41 |
| Escalas clínicas | |
| Quejas somáticas | 55 |
| Ansiedad | 66 |
| Trastornos relacionados con la ansiedad | 64 |
| Depresión | 74 |
| Manía | 48 |
| Paranoia | 54 |
| Esquizofrenia | 72 |
| Rasgos límites | 61 |
| Rasgos antisociales | 38 |
| Problemas de alcohol | 41 |
| Problemas con drogas | 41 |
| Escalas relacionadas con el tratamiento | |
| Agresión | 49 |
| Ideación suicida | 49 |
| Estrés | 79 |
| Falta de apoyo social | 51 |
| Rechazo al tratamiento | 27 |
| Escalas de relaciones interpersonales | |
| Dominancia | 47 |
| Afabilidad | 58 |

- *Inventario de depresión de Beck (BDI)*

El BDI (Beck, Rush, Shaw y Emery,1983) es una medida de autoinforme para cuantificar los síntomas relacionados con la depresión. Consta de 21 ítems, la persona debe seleccionar para cada ítem la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación en el momento actual y durante la última semana. En este inventario la paciente obtuvo una puntuación directa de 19 puntos lo que es un indicador según está prueba de una depresión moderada.

Objetivos del tratamiento

En función de la evaluación realizada se plantearon los siguientes objetivos de tratamiento:

- Garantizar la adherencia al tratamiento en el centro de salud mental así como potenciar la motivación para utilizar otros recursos de ayuda a la violencia de género (Centro Municipal de la Mujer).
- Proporcionar información sobre la violencia de género y las consecuencias psicológicas de la misma.
- Recuperar hábitos perdidos y adquirir otros nuevos con el fin de aumentar su red social y mejorar el estado de ánimo:
 - Aumentar la realización de actividades de ocio y tiempo libre.
 - Recuperar relaciones sociales y fomentar la adquisición de otras nuevas.
- Modificar pensamientos distorsionados y sustituirlos por otros más adaptativos en lo referido al autoconcepto, la culpa y el futuro.
- Disminuir sentimientos de tristeza e indefensión.
- Recuperar competencias en la resolución de problemas potenciando la responsabilidad propia en la toma de decisiones.
- Fomentar la realización de acciones encaminadas a conseguir una mayor independencia económica:
 - Aumentar formación académica.
 - Iniciar búsqueda de empleo
- Disminuir ansiedad y estrés en relación a eventos traumáticos

Organización de las sesiones y técnicas de tratamiento utilizadas

Las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo cada 15 días y tuvieron una duración aproximada de 45 minutos cada una. Las técnicas que se utilizaron fueron las siguientes:

- *Psicoeducación:* Se le proporcionó información sobre distintos aspectos de la violencia de género y las consecuencias en la salud mental de las mujeres que la sufren con el objetivo de que normalizara sus actitudes y comportamientos, así como para que supiera que sus síntomas eran una reacción psicológica a una situación de abuso.
- *Entrevista motivacional:* Se utilizaron estrategias de la entrevista motivacional para ayudarla a avanzar en su proceso de cambio y con el fin de resolver ambivalencias respecto a la utilización de los recursos municipales de ayuda a la violencia de género así como en lo referido a la relación de pareja.
- *Programación de actividades:* De forma gradual se fue planificando su incorporación a algunas actividades de ocio, formativas así como relacionadas con la búsqueda de empleo.
- *Entrenamiento en control de la respiración:* Se realizó un entrenamiento en respiración diafragmática con el fin de disminuir la activación fisiológica excesiva.
- *Reestructuración cognitiva:* Se utilizaron técnicas de reestructuración cognitiva para modificar pensamientos derrotistas de cara al futuro así como para abordar sus distorsiones cognitivas, sentimientos de culpa y mejorar autoconcepto.
- *Entrenamiento en solución de problemas:* Esta técnica principalmente fue utilizada para mejorar sus competencias a la hora de tomar decisiones respecto a la realización de actividades y la utilización de otros recursos (por ejemplo, asesoramiento legal). También se utilizó para iniciar la toma de pequeñas decisiones respecto a la relación de pareja, como por ejemplo decidir no viajar al extranjero con él siendo la primera vez en su vida que no estaban juntos.

Evolución del caso

En este apartado se expondrán los avances conseguidos por la paciente durante los seis primeros meses del tratamiento.

Tras varias citas con la trabajadora social del centro de salud mental, finalmente decidió acudir al Centro de Municipal de la Mujer inicialmente para recibir asesoramiento legal respecto a su situación económica si finalmente decidía separarse de su marido.

Inició algunas actividades de ocio y también formativas. Empezó a acudir a la Universidad Popular a recibir clases de dibujo y se apuntó a un curso online de “*Community Manager*”. A través de una profesora de la universidad

con la que mantenía algún contacto por correo electrónico, empezó a participar en un blog de un festival de rural de publicidad y también pudo mandar diferentes currículums a algunos contactos que le proporcionó esta profesora, todo esto sin que su marido tuviera conocimiento de ello. Fruto de esta colaboración pudo quedar un par de veces a comer con ella y empezó a plantearse el pasar un fin de semana fuera de casa cuando se celebrara el festival rural.

En lo referido a la relación de pareja, en ese momento ella comentaba que veía la situación “*sospechosamente tranquila*” ya que, aunque a él no le gustaba que acudiera a clases de dibujo o quedar a comer, no se lo impedía. Esta nueva situación le hacía seguir estando muy ambivalente respecto a la relación ya que por un lado admitía que quería separarse de él pero por otro se autoengañaba pensando que si todo fuera así siempre quizá podría seguir con él.

A los seis meses de tratamiento refería encontrarse ilusionada con los nuevos proyectos y manifestaba una clara mejora general del estado de ánimo.

A continuación se muestran las diferencias entre las puntuaciones previas y las puntuaciones a los seis meses de tratamiento en las escalas psicométricas descritas inicialmente. La figura 1 expone los datos previos al tratamiento y los datos obtenidos a los seis meses del mismo en el inventario SCL-90-R. Como puede apreciarse existe una disminución en prácticamente todas las dimensiones sintomáticas así como en el índice de distrés positivo. En la figura 2 podemos observar las puntuaciones *pre* y *post* del inventario PAI en las en las escalas de depresión, esquizofrenia y estrés que son las que obtuvieron inicialmente puntuaciones más significativas. Se aprecia una clara disminución en las puntuaciones de las escalas de depresión y esquizofrenia, aunque en la escala de estrés se produce un ligero aumento lo que parece estar relacionado con que, una vez que se alcanzaron la mayoría de los otros objetivos del tratamiento, ella fue capaz de comenzar a verbalizar de forma más frecuentes diversas experiencias traumáticas relacionadas con episodios de violencia. El resto de escalas no han sido mencionadas porque no obtuvieron variaciones relevantes. En lo referido al BDI, también se obtuvieron puntuaciones más bajas, pasando de una puntuación directa de 19 de depresión moderada a una puntuación directa de 10 lo que, según este cuestionario, es indicador de depresión leve.

Figura 1. Puntuaciones *pre* y *post* tratamiento en el inventario SCL-90-R

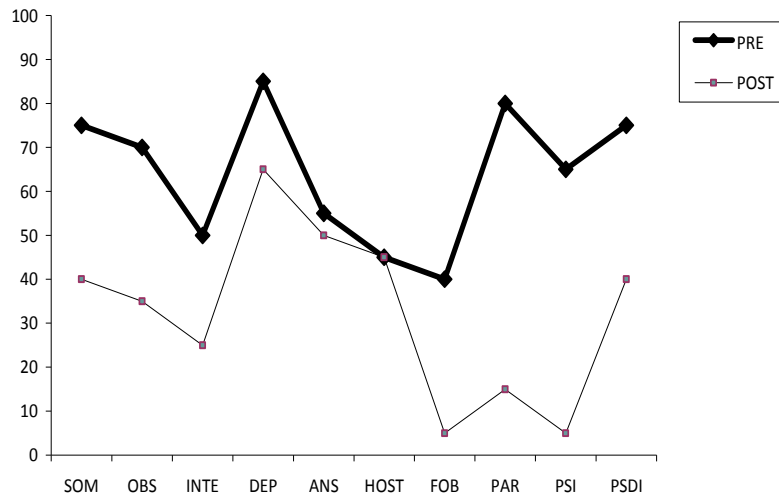
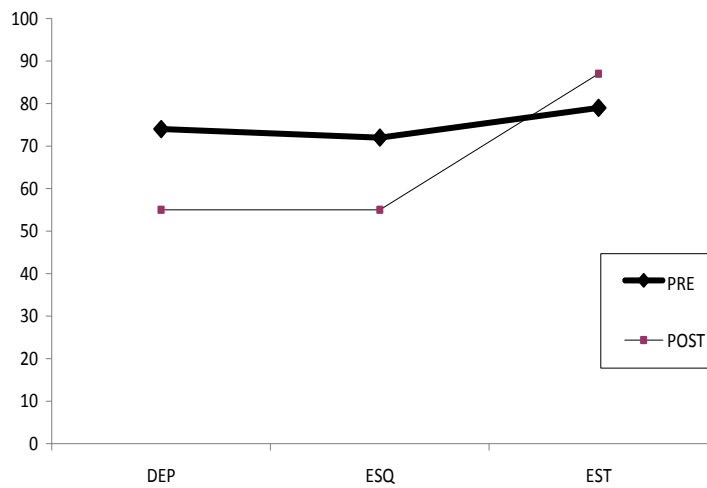


Figura 2. Puntuaciones *pre* y *post* tratamiento en las escalas depresión, esquizofrenia y estrés del PAI



Conclusiones

La sintomatología psicológica que aparece como consecuencia de vivir en una situación de maltrato por parte de la pareja, hace que el centro de salud mental sea un dispositivo adecuado para la detección, evaluación y tratamiento de los casos de violencia de género siempre que se pueda disponer de una adecuada frecuencia de sesiones. El incluir en el proceso de evaluación la utilización de pruebas psicométricas contrastadas nos permite obtener una información fiable sobre las diferentes áreas hacia las que debe dirigirse el tratamiento así como de la evolución del mismo. La utilización de estrategias motivacionales para ayudar a la mujer a avanzar en su proceso de cambio, así como el uso técnicas cognitivo-conductuales como la programación de actividades, el entrenamiento en respiración lenta, la reestructuración cognitiva y el entrenamiento en solución de problemas, parecen ofrecer buenos resultados en este tipo de casos. Por último es importante resaltar que, en lo referido al estrés vivenciado como consecuencia de los eventos traumáticos relacionados con los episodios de violencia, es necesario otro tipo de intervenciones como pueden ser las técnicas de exposición en imaginación que han mostrado su eficacia para este tipo de problemas. Por este motivo, en el caso que se ha expuesto, sería recomendable continuar el tratamiento para poder intervenir sobre el recuerdo de hechos traumáticos y el estrés asociado así como para seguir avanzando en la toma de decisiones respecto a la relación de pareja.

Referencias

- Ansara, D. L. (2011). Psychosocial consequences of intimate partner violence for women and men in Canada. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(8), 1628-1645. doi: 10.1177/0886260510370600.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Black, M. C., Basile, K. C. Breiding, M. J. Smith, S. G., Walters, M. L. Merrick, M. T., Chen, J., y Stevens, M. R. (2011). The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention.
- Crespo, M. y Arinero, M. (2010). Assesment of the efficacy of a psychological treatment for women victims of violence by their intimate male partner. *Spanish Journal of Psychology*, 13(2), 849-863. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S113874160000250X>.
- Comunidad de Madrid. (2005). *Ley 5/2005, de 20 de diciembre, Integral contra la Violencia de Género de la Comunidad de Madrid*. Disponible en:

- <http://www.madrid.org/wleg/servlet/Servidor?opcion=VerHtml&idnorma=4289&word=S&wordperfect>.
- Comunidad de Madrid. (2011). Violencia de pareja hacia las mujeres. Prevalencia, impacto en salud y utilización de los servicios de apoyo en la Comunidad de Madrid 2009. *Documentos Técnicos de Salud Pública nº X012*.
- Derogatis, L. (1994). *SCL-90-R. Adaptación castellana de la técnica*. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires. Manual. Minnesota: National Computer Systems.
- Echeburúa, E., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2013). Individual versus individual and group therapy regarding a cognitive-behavioral treatment for battered women in a community setting. *Journal of Interpersonal Violence, 29(10)*, 1783-1801. doi:10.1177/0886260513511703.
- González, J., Castro, Y., Tosco, C., Rufino, M. T., Mirpuri, P. G. y García, C. D. (2012). Prevalencia de violencia de género en atención primaria de Santa Cruz de Tenerife. *SEMERGEN, 38(2)*, 87-94. doi: 10.1016/j.semerg.2011.07.002.
- Iverson, K. M., Gradus, J. L., Resick, P. A., Suvak, M. K., Smith, K.F. y Monson, C.M. (2011). Cognitive-behavioral therapy for PTSD and depression symptoms reduces risk for future intimate partner violence among interpersonal trauma survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 79(2)*, 193-202. doi: 10.1037/a0022512.
- Manjón, J. (2012). Psicoterapia ambulatoria con mujeres víctimas de violencia de pareja. Una propuesta desde el Modelo Transteórico del Cambio. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 32(113)*, 83-101. doi: 10.4321/S0211-57352012000100007
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. y Sánchez-López, M.P. (2011). *Adaptación al español del PAI (Personality Assessment Inventory) de L. Morey. Vol I: Manual de aplicación y corrección y Vol II: Manual técnico*. Madrid: TEA Ediciones.
- Polo, C. (2001). *Maltrato a la mujer en la relación de pareja: factores relacionados implicados*. [javascript:marcarFicha\(0\)](#) (Tesis doctoral). Facultad de Medicina. Universidad de Alcalá. Madrid.
- Rodríguez, M., Pérez, E., y Moratilla, L. (2012). *Guía didáctica de formación de formadoras y formadores para la atención a la violencia de pareja hacia las mujeres*. Madrid: Agencia Lain Entralgo. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Sánchez, L.S., Vilas, M. R., y Ramón, S. S. (2008). Violencia y maltrato de género. Nociones prácticas para su detección precoz y abordaje integral en urgencias. *Emergencias, 2(5)*, 343-352.
- Organización de Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia sobre la Mujer*. A/RES/48/104. Ginebra: Naciones Unidas. Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/mujer_violencia.htm.
- Warshaw, C. Brashler, B., y Gil, J. (2009). Mental health consequences of intimate partner violence. En C. Mithchell y D. Anglin (Eds.), *Intimate partner violence: A health based perspective* (pp.147-171). New York: Oxford University Press.

World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Geneva: World Health Organization. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf.