

Trabajo Fin de Grado

Doble Grado en Criminología y Trabajo Social

Universidad Pontificia de Comillas

Violencia de género: Consecuencias en las víctimas en el ámbito de salud mental

Autor/a: Raquel Gimeno Ramos

Tutor/a: María del Carmen Bernal Pérez



Convocatoria junio - Curso 2023/2024

Quiero expresar mi profundo agradecimiento a mi tutora, Menchu, por ser no solo una persona increíble, sino también una excelente profesora y guía durante este trabajo. También quiero agradecer de corazón a todas las mujeres que forman parte de mi vida, quienes han sido una fuente constante de inspiración y apoyo.

ÍNDICE

Resumen	4
1.Introducción	4
2.Objetivos.....	6
3.Metodología.....	6
4.Capítulo 1: Conceptualización de la violencia de género. Definición y Ciclo de la Violencia.	8
4.1.La mujer en el marco de la violencia.	11
4.1.1.Mujeres víctimas de violencia de género. Factores de riesgo.	11
4.2.Tipos de violencia de género.	13
4.2.1.Violencia visible.....	13
4.2.1.1.Violencia directa.....	13
4.2.2.Violencia invisible.	13
4.2.2.1.Violencia cultural.	13
4.2.2.2.Violencia estructural.....	14
4.3.Evolución histórica del concepto y marco legal en España.	14
4.3.1.Estatuto de la víctima. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. .	17
5.Capítulo 2: Impacto en salud mental.....	19
5.1.Concepto de salud mental.....	19
5.2.Factores influyentes en la salud mental.	19
5.3.Consecuencias de la Violencia de Género en materia de salud mental.	21
5.3.1.Trastorno de Estrés Postraumático.....	21
5.3.2.Depresión.....	22
5.3.3.Ansiedad.	23
5.3.4.Consumo de sustancias.	24
6.Capítulo 3: Voces desde la experiencia.	24
6.1.Las víctimas.	26
6.1.1.Experiencias personales.....	26
6.1.2.Consecuencias.....	31
6.1.3.Resiliencia y superación.	33
6.2.Los/as profesionales.....	36
6.2.1.Perspectivas profesionales.	36
6.2.2.Estrategias de intervención.	38
7.Conclusiones.....	41
8.Anexos.....	44
9.Bibliografía.....	49

Resumen

El siguiente Trabajo de Fin de Grado aborda la violencia de género desde varias perspectivas clave, comenzando por definir los conceptos indispensables tanto de la propia problemática como de sus consecuencias en salud mental.

Primero, se estudia a las mujeres que son víctimas de este tipo de violencia, identificando sus características y factores de riesgo. Se distinguen también diferentes tipos de violencia, tanto visible (física y sexual) como invisible (emocional y psicológica), subrayando cómo ambas afectan a las víctimas en distintos niveles.

Se examina la evolución histórica del concepto de violencia de género, incluyendo la transformación del estatuto de la víctima y los cambios legislativos y sociales que han impactado su percepción y tratamiento. En el contexto español, se analiza el marco legal vigente y las políticas destinadas a proteger a las víctimas y prevenir la violencia de género.

En el capítulo sobre impacto en salud mental, se define la salud mental y se exploran los diversos factores que influyen en ella, especialmente aquellos relevantes antes y después de experimentar violencia de género. Se detallan las graves posibles consecuencias psicológicas de la violencia, como el Trastorno de Estrés Postraumático, la Depresión, la Ansiedad y el consumo de sustancias, resaltando cómo estas condiciones afectan el bienestar emocional y psicológico de las víctimas.

Por último, mediante las entrevistas tanto a las propias víctimas como a profesionales del ámbito, se estudia si las hipótesis planteadas son correctas mediante el análisis a sus testimonios.

1. Introducción

La violencia de género constituye una de las manifestaciones más graves de la desigualdad y la discriminación hacia las mujeres en todo el mundo, e incluso hoy en día

se siguen descubriendo y mejorando las formas de acoger, intervenir y rehabilitar a estas víctimas.

Se manifiesta de diversas formas, desde la violencia física y sexual hasta la violencia emocional y psicológica, con efectos devastadores sobre la salud física, emocional y mental de las víctimas. Este Trabajo de Fin de Grado se adentra en el complejo fenómeno de la violencia de género, centrandó su atención en las consecuencias que esta tiene en la salud mental de las mujeres afectadas.

“Todo acto de violencia (...) que, como manifestación de la discriminación, la situación de desigualdad y las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres, se ejerce sobre éstas por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia. (...) que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Artículo 1 Protección Integral contra la Violencia de Género, Ley Orgánica 1/2004)

“La violencia de género se refiere a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas debido a su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas.” (ONU, 2023)

La salud mental, según la OMS, es *“un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad.”*

La salud mental, en términos generales, es un ámbito bastante olvidado en el día a día. Tanto es así, que informes recientes de la OMS instan urgentemente a instituciones gubernamentales, profesionales de la salud, sociedad, etc., un plan para poder abordar esta problemática de forma eficaz.

A pesar de que es algo complejo, estudios internacionales han logrado diferenciar entre ambos géneros las desigualdades en materia de salud mental que se presentan. Las

mujeres poseen el doble de probabilidad de presentar cuadros de depresión y ansiedad, mientras que los hombres se encaminan más a problemas de consumo de sustancias.

Con ello, centrándonos en la violencia de género ejercida sobre las mujeres, la Revista Sanitaria de Investigación expone que la convivencia continua de las mujeres con sus maltratadores acaba ocasionando graves secuelas en la salud mental.

“Padecer violencia de género te hace ser más vulnerable a padecer cuadros adaptativos, cuadros de ansiedad, cuadros depresivos, trastorno por uso de sustancias o trastornos de conducta alimentaria (TCA).” (Marga Saenz, 2021).

A raíz de estas definiciones que intentan mostrar la realidad de la gravedad de esta problemática, este trabajo no busca únicamente profundizar en la comprensión de un problema social de gran magnitud, sino también contribuir al debate académico y social sobre las diversas políticas públicas y las estrategias de intervención necesarias en los distintos sectores competentes para erradicar la violencia de género y proteger la salud mental de quienes la padecen.

2. Objetivos

Objetivo General:

Analizar las consecuencias en la salud mental que presentan las mujeres tras vivir situaciones de violencia de género.

Objetivos Específicos:

- Establecer una relación entre la violencia de género y las repercusiones en materia de salud mental que presentan las mujeres.
- Analizar los distintos tipos de daños en salud mental que presentan las mujeres tras vivir situaciones de violencia de género.
- Conocer las estrategias de intervención que se llevan a cabo con las víctimas, y el grado de posterior resiliencia de estas.

Hipótesis

- Existe una relación significativa entre la violencia de género y los problemas de salud mental en las mujeres.

- Existe una diferencia significativa en salud mental en las mujeres que han sufrido violencia de género, antes y después de vivirlo.
- La intervención profesional con las víctimas ayuda notablemente a mitigar los daños en salud mental que presentan después de las relaciones de violencia.

3. Metodología

Para llevar a cabo este Trabajo de Fin de Grado sobre la violencia de género y sus repercusiones en la salud mental de las mujeres, se empleó una metodología mixta que combinó la revisión bibliográfica exhaustiva con utilización de fuentes primarias y secundarias recogidas personalmente y, por otro lado, entrevistas semiestructuradas.

Revisión Bibliográfica: Se realizó una revisión de la literatura disponible de fuentes secundarias en revistas de investigación, datos censales, artículos académicos de Google Scholar y otras bases de datos relevantes además de legislaciones españolas.

Entrevistas: Se llevaron a cabo un total de ocho entrevistas semiestructuradas para complementar la revisión bibliográfica, todas ellas realizadas por videoconferencia en las aplicaciones de Zoom y Teams.

Para la realización de este estudio, se llevaron a cabo entrevistas con dos grupos distintos: víctimas de violencia de género y profesionales que trabajan en este ámbito.

Para más información sobre las víctimas entrevistadas, véase “Tabla 1. Profesionales y víctimas entrevistados”:

1. **Entrevistas a Víctimas de Violencia de Género:** Se realizaron tres entrevistas a mujeres que han experimentado violencia de género. Estas entrevistas se enfocaron en comprender sus experiencias personales, los tipos de violencia sufridos, los efectos en su salud mental y emocional, así como los recursos y apoyos que han encontrado útiles durante su proceso de recuperación.
(V1: 24,54 minutos. 08/01/2024) (V2:16,58 minutos. 11/01/2024) V3: 40,09 minutos. 27/03/2024).

Las entrevistas con víctimas de violencia de género se lograron mediante una combinación de contactos personales y referencias de conocidos.
Específicamente:

- **Participantes conocidos:** Algunas de las víctimas entrevistadas eran personas conocidas por la investigadora, lo que facilitó el acceso y la confianza necesarias para realizar las entrevistas.
- **Referencias de conocidos:** Otras participantes fueron contactadas a través de personas cercanas a la investigadora, quienes proporcionaron los contactos necesarios. Este método permitió acceder a un grupo más amplio de víctimas, garantizando así una muestra más diversa.

2. Entrevistas a Profesionales:

- **Profesionales en Hospitales:** Dos entrevistas fueron realizadas a personal médico y de salud mental que atiende a víctimas de violencia de género en hospitales. Estas entrevistas se centraron en obtener perspectivas profesionales sobre las consecuencias físicas y psicológicas observadas en las víctimas, así como las estrategias de intervención empleadas.

(P1: 15,42 minutos. 19/04/2024) (P2: 19,46 minutos. 21/03/2024)

- **Oficina de Atención a Víctimas Delitos Violentos (OADV):** Una entrevista fue realizada a un profesional de la oficina de atención a víctimas de violencia de género, explorando los servicios disponibles, los protocolos de atención y su perspectiva profesional. (P3: 12,44 minutos. 16/04/2024)

Trabajadoras Sociales del Juzgado: Se llevaron a cabo dos entrevistas con trabajadoras sociales del juzgado especializado en violencia de género. Estas entrevistas se centraron en comprender el proceso judicial desde la perspectiva de la atención y el apoyo a las víctimas, así como los desafíos y logros observados en la aplicación de la legislación protectora. (P4: 14,21 minutos. 16/05/2024) (P5: 15,11 minutos. 16/05/2024).

Para las entrevistas con profesionales, se utilizó una variedad de métodos de reclutamiento:

- **Contacto proporcionado por la tutora:** Una de las profesionales entrevistadas fue contactada gracias a la recomendación y el contacto proporcionado por la tutora del TFG.

- **Contactos laborales de familiares:** Dos de las entrevistas se realizaron con profesionales que eran compañeras de trabajo de un familiar cercano a la investigadora. Este método fue fundamental para establecer una red inicial de contactos en el ámbito profesional.
- **Reclutamiento propio por internet:** La última profesional fue reclutada a través de búsquedas y contactos realizados por la investigadora mediante plataformas y redes sociales en internet. Este enfoque permitió incluir la perspectiva de profesionales que no estaban previamente conectados a la red personal de la investigadora.

Los datos obtenidos de la revisión bibliográfica y las entrevistas fueron analizados de manera cualitativa. Se utilizó un enfoque interpretativo para identificar patrones, temas emergentes y discrepancias entre la literatura revisada y las experiencias personales y profesionales compartidas durante las entrevistas. Este análisis permitió integrar diferentes perspectivas y enriquecer la comprensión del fenómeno estudiado.

Se garantizó el cumplimiento de los principios éticos en la investigación con seres humanos, asegurando la confidencialidad y el anonimato de las participantes en las entrevistas. Todas las participantes fueron informadas sobre los objetivos del estudio y proporcionaron su consentimiento informado para participar voluntariamente en las entrevistas.

4. Capítulo 1: Conceptualización de la violencia de género. Definición y Ciclo de la Violencia.

“La violencia de género se refiere a los actos dañinos dirigidos contra una persona o un grupo de personas debido a su género. Tiene su origen en la desigualdad de género, el abuso de poder y la existencia de normas dañinas. El término se utiliza principalmente para subrayar el hecho de que las diferencias estructurales de poder basadas en el género colocan a las mujeres y niñas en situación de riesgo frente a múltiples formas de violencia” (ONU Mujeres, s/f).

Es importante destacar que, aunque me centraré en la violencia de género ejercida por parejas, exparejas o personas ligadas a las mujeres por vínculos afectivos, esta violencia va mucho más allá, ya que puede sobrepasar lo que se considera el entorno cercano de la mujer y estar presente en cualquier momento por parte de cualquier persona.

Este fenómeno va más allá de una simple definición. Para comprender cómo pueden surgir estos actos dañinos por parte de las parejas o exparejas de las mujeres que lo sufren, es importante hablar del ciclo de la violencia.

El Ciclo de la Violencia (Walker, L., 1979) consta de tres fases diferenciadas: Fase de Acumulación de Tensión, Fase de Explosión y Fase de Luna de Miel.

La Fase de Acumulación de Tensión se caracteriza por una duración indefinida. Existe un aumento gradual de la tensión, el cual incrementa con el paso del tiempo debido a infinitud de factores (conflictos de pareja, acumulación de estrés por factores del entorno, déficit de comunicación...).

Durante esta fase pueden existir señales que nos adviertan de la posible cercanía o lejanía de la duración de esta, como pueden ser desvalorizaciones, insultos, manipulaciones... A medida que se van manifestando, van mostrando la escalada hacia la siguiente fase.

“La tensión era una constante en nuestro día a día. Podía sentir el ambiente tenso casi en todo momento, sobre todo cuando comenzaba a mostrarse más celoso o controlador de lo habitual. Empezaba a hacer comentarios sarcásticos y me miraba como si me odiara. Ahí yo ya sabía que en cualquier momento...” (V2)

En este momento, la víctima desarrolla instintivamente estrategias de adaptación para evitar esta escalada, como evitar los conflictos, ceder ante cualquier situación que pueda provocar tensión, sumisión... Esto puede producir sentimientos muy negativos en la víctima, que, a pesar de no encontrarse en la fase álgida de la violencia, se puede encontrar sintiéndose preocupadas, con miedo, con ansiedad...

En la Fase de Explosión es cuando se libera toda esa tensión con resultado de violencia extrema. Esta violencia puede ser física, sexual o emocional. Dependiendo de la relación que tenga esa pareja o expareja en cuanto a dinámicas de poder y de control, los actos

violentos pueden variar. La víctima, en esta fase, experimenta graves sentimientos de miedo, dolor (físico y emocional), shock, humillación, confusión...

Durante 2 años me hizo renunciar a viajar para cuidar de mis hijos, imagínate para mi trabajo eso es casi una sentencia de muerte, porque ya la gente ya no te llama. (...). (V3)

La duración de esta fase también varía, aunque es limitada. Algunas explosiones pueden ser eventos únicos de liberación de toda la tensión acumulada o por algún desencadenante, mientras que en otras ocasiones puede ser un período más alargado en el tiempo.

En este momento es cuando la víctima, debido a la gran intensidad de emociones y experimentando la explosión completa del agresor, tiene más probabilidades de buscar ayuda o intentar salir de esa relación.

La última fase, llamada Fase de Luna de Miel, es la etapa de mayor calma física y emocional de la víctima. A pesar del nombre, no hay que considerarlo como algo romántico o visualizarlo como algo positivo para la reconciliación.

“En la fase de luna de miel como la llamas es que tiene toda la razón del mundo el propio nombre. Era... Vamos, el novio perfecto, pero le duraba esa tarde y otra vez vuelta a los comentarios. (V2)

En esta etapa, se produce una calma después de la Fase de Explosión, donde el agresor, de manera temporal, cambia su comportamiento radicalmente con respecto a la anterior fase. Puede presentar arrepentimiento, excesivo afecto, disculpas, regalos, preocupación por el bienestar de la víctima y promesas de cambiar con argumentos como buscar ayuda profesional. La víctima, tras esto, puede confundirse debido a la dinámica de la relación y volver a empezar por la Fase de Acumulación de Tensión, generando esperanza en el cambio e influyendo en su percepción de la violencia sufrida, pudiendo incluso negarla.

Es importante entender que el arrepentimiento puede estar presente, pero está motivado por un deseo de seguir aumentando la dependencia de la víctima, el control sobre ella y evitar las posibles consecuencias sociales o legales que podrían ocurrir si no continúa el ciclo.

Es importante recalcar que este ciclo de la violencia se caracteriza por ser, como su propio nombre da a entender, cíclico. Las tres fases tienden a repetirse, y por eso se considera una gran característica para identificar las relaciones en las que existe violencia de género.

4.1. La mujer en el marco de la violencia.

4.1.1. Mujeres víctimas de violencia de género. Factores de riesgo.

En España, basándonos en la cantidad de denuncias registradas por el Consejo General de Poder Judicial (CGPJ), se prevé que cada día, de media, alrededor de 446 mujeres son víctimas de violencia de género en España.

Los factores de riesgo son características o condiciones que aumentan la probabilidad de que un individuo, grupo o comunidad experimente riesgo de sufrir situaciones de impacto negativo. En este caso, los factores de riesgo para ser víctima de violencia de género pueden contribuir o agravar, dependiendo de la cantidad e impacto de los factores, esta posibilidad de ser víctima.

Dentro de ellos, los podemos clasificar en factores individuales, factores sociales y factores comunitarios.

En cuanto a los factores individuales, entre ellos encontramos (Puente-Martínez et al., 2016) (Corsi, 2010):

- Edad. Las mujeres jóvenes y adolescentes enfrentan un mayor riesgo de sufrir violencia de género en relaciones de pareja (Ministerio de Igualdad, 2021).
- Bajo nivel educativo. Una escasa educación o la falta de acceso a la misma tiene como consecuencia bajos niveles educativos, los cuales aumentan la vulnerabilidad en términos económicos y de adquisición de habilidades personales/laborales. Si esto repercute en una dependencia económica de su pareja, es un gran factor de riesgo para estas mujeres.
- Violencia infantil. Haber sido víctima de violencia infantil o presente en la misma. Esto se considera un factor de riesgo por la posibilidad de normalizar la violencia desde edades tempranas.

- Baja autoestima. Poseer niveles bajos de autoestima pueden dar lugar a relaciones de pareja basadas en el control y en la sumisión mediante la humillación y dependencia extrema.
- Abuso/consumo de sustancias (alcohol y drogas).
- Presencia de problemas de salud mental. Las mujeres que tengan con anterioridad a la relación de violencia problemas de salud mental poseen vulnerabilidad a la hora de ser víctimas y debilidad a la hora de pedir ayuda.

En cuanto a los factores sociales, podríamos encontrar los siguientes:

- Escasas o nulas redes sociales. El aislamiento social concurre en falta de apoyos sólidos que aumentan en riesgo de dependencia en sus agresores, y por tanto una gran dificultad a la hora de pedir ayuda o de ser consciente de su situación de violencia.
- Roles de género. El adherirse completamente a los roles de género impuestos puede tener como consecuencia la creación de una situación favorable a la violencia, en donde la mujer se encaja en dichos roles tradicionales que pueden hacerle víctima.
- Familia. La adquisición de valores y pensamientos con respecto a las relaciones vienen en gran medida impuestas por lo que las mujeres observan o les cuentan en sus familias. Una familia en la que exista una normalización de la violencia o una justificación de la misma es un factor de riesgo para las mujeres.
- Medios de comunicación. La simbolización existente en el día a día promueve roles y estereotipos de género que pueden influir en las generaciones más tempranas, influyendo en una adquisición de conceptos favorables a sufrir violencia de género.

Entre los factores comunitarios, por último, existen:

- Contexto étnico. En determinados contextos étnicos, existen normas sociales que pueden aflorar o perpetuar la existencia de víctimas de violencia de género como consecuencia.
- Falta de apoyo comunitario. Cuando una mujer se encuentra aislada en términos de comunidad, se convierte en un factor de riesgo que aumenta la dependencia en su posible agresor.

Es importante recalcar que estos factores de riesgo son generales y, que normalmente se presentan en mayor o menor medida en víctimas de violencia de género, pero cada mujer tiene su propia situación de vulnerabilidad con distintos factores de riesgo que pueden estar fuera de nuestra percepción.

4.2. Tipos de violencia de género.

El triángulo de la violencia (Galtung J, 2016) es un concepto que representa tres tipos de violencia que marcan las relaciones violentas.

4.2.1. Violencia visible.

4.2.1.1. Violencia directa.

La violencia directa es la forma de violencia más visible y evidente a percepción de todas las personas.

Pueden ser agresiones físicas o verbales continuadas que causan perjuicio y sufrimiento a las mujeres víctimas de violencia de género (amenazas, violaciones, asesinatos, insultos, humillaciones...).

Las agresiones físicas llegaron poco a poco. Al principio, eran pequeños empujones o agarrones que me dejaban loca, preguntándome qué había hecho mal y me ponía a llorar muchísimo” (V2)

Solemos captar de manera casi inmediata este tipo de violencia, ya que es totalmente visible.

4.2.2. Violencia invisible.

4.2.2.1. Violencia cultural.

La violencia cultural entra dentro de los tipos de violencia invisibles, las cuales cuestan más trabajo identificar debido a que se manifiestan de manera más sutil en cuanto a cómo percibimos la violencia.

Esto pueden ser formas simbólicas, normas culturales y representaciones que marcan una gran desigualdad entre géneros. Son patrones, símbolos que refuerzan el poder ya existente en la sociedad y que oprimen, en este caso, a las mujeres.

Dentro de este tipo de violencia se encuentran los estereotipos de género, los prejuicios o roles de género, discursos sociales y prácticas culturalmente aceptadas. También incluyen las normas de belleza a las que las mujeres se ven obligadas a encajar, normalización de la violencia por parte de la cultura a la que se pertenece, mitos del amor romántico a los que las mujeres se adscriben como modelo de amor perfecto, donde existen prácticas que perjudican de sobremanera las relaciones saludables, etc.

4.2.2.2. Violencia estructural.

La violencia estructural es el otro lado del triángulo que se encuentra también dentro de la violencia invisible.

Su diferencia con la violencia cultural es que la violencia estructural se manifiesta en un terreno más centrado, en instituciones y las estructuras que regulan la sociedad en la que vivimos, mientras que la violencia cultural, como he explicado anteriormente, se concreta en ideas, representaciones culturales y creencias propias y adquiridas.

Aquí se encuentran aspectos como el acceso desigual de recursos (tanto médicos, educativos, laborales, en términos de vivienda, sanitarios...), brechas económicas (donde se encuentra la sonada brecha de género que perjudica a las mujeres estableciéndoles en terrenos desiguales), desigualdades judiciales dependiendo de la redacción y la aplicación de las distintas leyes y penas, segregaciones residenciales que excluyen a determinados sectores de la población produciendo desigualdades mayores, etc.

A pesar de ser yo la que ganaba el dinero y la que mantenía a la familia, el que tomaba las decisiones de qué se gastaba y qué no era él. (V3)

4.3. Evolución histórica del concepto y marco legal en España.

Para entender lo que hoy en día conocemos como “violencia de género”, es importante saber de dónde venimos. La violencia contra la mujer ha sido un factor que ha existido desde la formación de la sociedad, y se ha ido transformando a lo largo de los años (tanto social como jurídicamente). La lucha de muchas mujeres en todo el mundo ha permitido que existan las leyes las cuales actualmente están en disposición de todas, amparándolas y dotándolas de derechos fundamentales como puede ser el sufragio universal.

Existió una evolución de cómo se observaba la violencia a las mujeres. En un principio ni siquiera estaba legislado, se trataba de lesiones como las que podían ocurrir en una trifulca callejera. Con el paso de los años, se fue estableciendo el término “violencia doméstica”, el cual no hacía distinción entre la violencia que podían sufrir tanto mujeres, como hombres, como hijos. Poco a poco, y a medida que se iban sacando a la luz los datos sobre delitos violentos de maridos a sus mujeres o exmujeres, se fue transformando el término a “violencia de género”.

Aquí quiero sacar a la luz el término “uxoricidio”, que según la RAE consiste en “muerte causada a la mujer por su marido”. Este término es importante ya que, en el año 1978, hace aproximadamente 45 años se castigaba con penas de cárcel la infidelidad de la mujer. Con ello, se producían asesinatos condenados como delitos de uxoricidio y se castigaban con destierros del hogar en el que vivía (en muchas ocasiones era exculpado).

Es interesante conocer visiones de muchas mujeres sobre esa época. Mi abuela, a sus 82 años, recuerda esos años con perplejidad viendo cómo han cambiado las relaciones marido-mujer. Es impactante ver cómo se siente *agradecida* con que mi abuelo no fuese “como todos los hombres de esa época” y “le *dejaba* ser más libre que las demás mujeres que conocía” ya que no seguían las reglas cotidianas de autorizaciones maritales para trabajar, sacar dinero, etc.

Cabe destacar que nuestra sociedad ha cambiado mucho en cuanto a la visión de la religión. Si es cierto que muchas familias siguen siendo religiosas, también cabe decir que la rigidez de esas reglas que se presumían como “pecado” se han ido flexibilizando en la medida en la que la sociedad avanzaba. Se veía el matrimonio como una unión que preservar a toda costa, que aguantar con todo y contra todo, “hasta que la muerte nos separe”.

Atendiendo a este tipo de discriminaciones en materia de derechos fundamentales de las mujeres, multitud de asociaciones luchaban continuamente para que se anulasen este tipo de leyes. A raíz de esto, una ley que es imprescindible destacar es la que se aprobó el 22 de junio de 1981 en España: La Ley del Divorcio. Esta ley fue y es vista por muchas personas como el primer paso hacia una sociedad más igualitaria. El divorcio no era únicamente una separación conyugal a la que la sociedad le tenía pánico por romper lo que se supone que era legítimo, si no una separación personal completa de dos personas, la cual podía librar a las mujeres que estaban siendo víctimas de cualquier tipo de violencia por parte de sus maridos de ese vínculo hasta entonces inquebrantable, y con ellas a sus hijos.

A pesar del establecimiento de esta ley, no fue hasta 1989 cuando se empezó a castigar “conductas violentas” en el ámbito familiar.

Haciendo un recorrido por las distintas leyes que se fueron aplicando al Código Penal de España, la primera ley fue la LO 3/1989, de 21 de junio, de modificación del CP de 1973. Esta ley fue la primera que diferenció los delitos de lesiones globales con la violencia que podía ser ejercida en el hogar. Englobaba el castigo de conductas violentas a cualquier miembro de la familia: *cónyuge, persona que estuviese unido por análoga relación de afectividad o sobre hijos/as sujetos/as a patria potestad o pupilo/a, menor o incapaz sometido/a a tutela o guarda de hecho; descansando el tipo sobre la nota de habitualidad.*

La siguiente fue la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del CP. En esta ley se redactaba castigo a quien “*causare menoscabo psíquico o una lesión (...) o golpear o maltratar de obra a otro sin causarle lesión, cuando la ofendida sea o haya sido esposa, o mujer que esté o haya estado ligada a él por una análoga relación de afectividad aun sin convivencia, o persona especialmente vulnerable que conviva con el autor (...)*”. Después de la modificación completa del CP en el año 1995, esta ley hablaba del delito de maltrato por primera vez.

La Ley 35/1995, de 11 de diciembre, introduce una serie de medidas de apoyo y asistencia a las víctimas de delitos violentos y contra la libertad sexual.

Se incluyen como novedades ayudas económicas (indemnizaciones a las víctimas para gastos médicos, psicológicos, gastos materiales, etc., y ayudas urgentes en caso de necesidades extraordinarias), asistencia integral jurídica y psicológica para ayudar a superar el trauma, y un énfasis en los derechos de las víctimas, donde se recogen el derecho de información y dignidad, y el derecho a protección en todas las áreas vitales de la víctima.

La LO 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del CP fue una ampliación de la LO 10/1995, en la que se incluían medidas extras al propio castigo como la prohibición de comunicación y aproximación tanto con la víctima como con sus familiares, prohibición de volver al lugar del delito o a la residencia de la víctima y/o su familia.

La siguiente ley, la cual considero otro paso más en materia jurídica, es la LO 11/2003, de 29 de septiembre, de Medidas Concretas en materia de Seguridad Ciudadana, Violencia Doméstica e Integración Social de los Extranjeros. En ella se modificó las formas de violencia de género. A pesar de la gran extensión de esta ley, cabe destacar de acuerdo con el tema a tratar que ya no era necesario que existiese una convivencia y además, también se añade a cualquier miembro que esté en el núcleo de convivencia familiar y personas vulnerables. El castigo se endureció, ya que se dejó de constituir infracciones leves.

La ley más importante que mencionaré, ya que fue una ley pionera en Europa, es la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. La importancia de esta ley recae en la creación de juzgados especializados en violencia de género y una propia especialización en el Gobierno de España para paliar la violencia sobre la mujer, asentándose sobre 3 pilares fundamentales: prevención de la violencia, protección de las víctimas y recuperación de esta (además de perseguir el propio delito cometido).

La última ley que quiero mencionar, a pesar de que existen varias más con distintas modificaciones a lo largo de los años, es la más reciente en materia de violencia de género: Ley 1/2021, de 24 de marzo, de medidas urgentes en materia de protección y asistencia a las víctimas de violencia de género. Con esta ley, además del castigo al victimario el cual ya existía, buscaba afrontar la vulnerabilidad que causan las medidas que se aplican a

situaciones de emergencia en el terreno de la violencia, mediante un establecimiento de medidas de protección y asistencia a las víctimas.

4.3.1. Estatuto de la víctima. Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito.

El Estatuto de la Víctima de violencia es, dentro de las distintas leyes que se han ido aprobando a lo largo de la historia, la ley que ofrece por parte de todos los poderes públicos una respuesta eficaz, tanto jurídica como socialmente a las víctimas (reparando y minimizando los posibles efectos traumáticos). Reconoce la dignidad de las víctimas desde una perspectiva europea y, específicamente, española. (Ferrer, 2020).

Es importante la parte punitiva del Estado a los victimarios, pero esto ha causado que se pierda el foco en la otra parte que constituye un delito: las víctimas.

Las víctimas, en este estatuto, tienen reconocidos derechos por ser afectadas por la comisión de un delito. Estos pueden ser, por ejemplo, recibir información constante sobre el proceso penal en caso de necesitarlo, derecho a ser escuchado/a durante el proceso, derecho a recibir asistencia y apoyo... Por lo que no se asiste y se protege a las víctimas únicamente desde un terreno físico, sino que también desde la parte emocional para garantizar su seguridad y la minimización de daños que pueden causar los procesos judiciales. (Sumalla, 2023a).

Con ello también dotan a las víctimas de voz, siendo un papel activo durante el proceso, no únicamente sobre sus opiniones o vivencias, sino también para abordar sus preocupaciones y necesidades. (Sumalla, 2023b).

Es importante recalcar que las víctimas poseen distintos tipos de vulnerabilidad dependiendo de infinidad de factores. Estos pueden ser factores de riesgo como los que he mencionado anteriormente, pero también existen factores inherentes a la persona como ser menores de edad, personas con discapacidad, y las que nos concierne en este tema, víctimas de delitos de violencia de género. (Servet, 2010a).

En cuanto a la violencia de género, esta ley la reconoce como una forma de violencia específica causada por el género, en este caso ser mujer, de la persona que sufre el delito (ya sea física, psicológica, económica y/o sexual). Esta forma de centrar la violencia y

con ello a las víctimas, ayuda a que se implementen medidas de protección más adecuadas como pueden ser las medidas de alejamiento. (Servet, 2010b).

También, en cuanto al proceso penal, además de, como he mencionado anteriormente, hacerles partícipes del proceso, se buscan formas para que no tengan que revivir continuamente los hechos traumáticos y se les dota de una asistencia especializada individual dependiendo de las necesidades, como por ejemplo apoyo psicológico, asesoramiento, servicios de acogida tanto para ella como para sus hijos, etc. (Servet, 2010c).

5. Capítulo 2: Impacto en salud mental.

5.1. Concepto de salud mental.

“La salud mental es un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades, poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad. Es parte fundamental de la salud y el bienestar que sustenta nuestras capacidades individuales y colectivas para tomar decisiones, establecer relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos (...)” (OMS, 2022).

5.2. Factores influyentes en la salud mental.

Existen grandes cantidades de factores que pueden llegar a influir en la salud mental de las personas, tantos como propias personas existen, pero en este caso, se dividen las más influyentes en los siguientes apartados:

Factores biológicos

El historial médico de los familiares es uno de los aspectos más importantes para poder determinar qué grado de bienestar existe en la salud (mental y física) de las personas. Puede dar información sobre las posibilidades de desarrollar enfermedades y trastornos, y el grado de riesgo al que está sometido cada persona de poseerlo. A pesar de ello, no es un factor indispensable, ya que no en todas las situaciones se desarrollan hereditariamente los problemas genéticos.

Aquí es donde entran los genes. “Los genes son segmentos de ADN que se encuentran en casi todas las células y que se transmiten de los padres a sus hijos. Algunas enfermedades son causadas por mutaciones genéticas o por un cambio permanente en uno o más genes específicos. (...) Las variantes genéticas juegan un papel en aumentar o disminuir el riesgo de una persona de tener una enfermedad o afección. (...) Ninguna variante genética puede predecir con certeza que alguien llegue a tener un trastorno mental.” (NIMH, s/f).

Factores ambientales:

Dentro de este tipo de factores es donde me encuentro incidiendo para relacionarlo con la violencia de género. Las experiencias en el sector ambiental, como sufrir abusos, diferentes tipos de violencia y situaciones que provoquen una ansiedad o un estrés en las personas durante un tiempo alargado pueden hacer que se desarrollen problemas de salud mental.

Factores económicos:

Una de las principales causas del estrés hoy en día son los problemas financieros en una persona o familia. La pobreza, escasez económica y la inseguridad familiar en este terreno provocan grandes alteraciones en la salud mental de las personas. Dentro de este sector también entra la labor de los profesionales, ya que deben garantizar un acceso a servicios o recursos para mejorar la calidad de vida de las personas. (Gili et al., 2014).

Factores sociales:

Los seres humanos somos seres sociales por naturaleza. Es importante que cada persona tenga una red de apoyo estable en la que poder apoyarse. El aislamiento social o una mala calidad en las relaciones personales de cualquier tipo puede generar una disminución del bienestar de la vida de las personas y, con ello, desarrollar problemas de salud mental. (Barrón y Sánchez, 2001).

Factores culturales:

En las distintas sociedades, la salud mental es percibida de formas distintas. Sin irnos más allá, hace unos años en España no se encontraba tan bien visto acudir a terapia para poder salir de una situación que estuviese produciendo efectos negativos en la vida de las personas (y aún, hoy, existen personas muy reticentes a iniciar estos procesos). Estos factores son importantes, ya que influyen notoriamente en cómo se perciben los

problemas de salud mental y cómo los expresan las personas que los poseen, además de su consecuente tratamiento necesario.

Experiencias de vida

Las distintas situaciones a las que una persona se enfrenta a lo largo de su vida definen en gran manera el grado de bienestar en su salud mental. La prevención de situaciones negativas y la forma de afrontarlas depende de cada persona, por lo que afectan distintamente a cada uno.

Vivir eventos traumáticos, como por ejemplo la pérdida de seres queridos de forma no natural, vivir una relación de violencia de género de forma continuada (lo que nos compete), haber vivido abusos en la infancia, no tener vínculos sociales estables..., puede ocasionar un deterioro mental que derive en problemas mayores como los que comentaré en el siguiente punto.

5.3. Consecuencias de la Violencia de Género en materia de salud mental.

5.3.1. Trastorno de Estrés Postraumático.

A raíz del DSM-5, se pueden extraer numerosos trastornos y su forma de diagnosticarlos. Hablaré de los que considero más significativos para obtener respuesta a los objetivos del trabajo.

El trastorno de estrés postraumático, en este caso, puede aparecer como consecuencia negativa en la salud mental de las personas y se puede identificar mediante las siguientes características:

En primer lugar, exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza, en una (o más) de las siguientes formas: experiencia directa del suceso, presencia directa del suceso, conocimiento de ocurrencia del suceso a familiar o persona próxima, exposición repetida a detalles del proceso.

En segundo lugar, la presencia de uno o más de los síntomas asociados al suceso o sucesos traumáticos, que comienzan después de ellos: recuerdos angustiosos constantes, no voluntarios e intrusivos, sueños relacionados, reacciones disociativas en las que se repite

el suceso, malestar psicológico intenso con respecto a ser expuesto a símbolos parecidos al suceso y reacciones fisiológicas intensas a factores que parecen o simbolizan el suceso.

En tercer lugar, la evitación constante de estímulos relacionados con el suceso, que empiezan tras el mismo y se ponen de manifiesto por: evitación/esfuerzo para evitar recuerdos, pensamientos o sentimientos asociados y para evitar recordatorios externos que revivan estos recuerdos, pensamientos o sentimientos asociados.

“Recuerdos involuntarios un montón, sobre todo cuando me voy a dormir. Me acuerdo de algo y ya empiezo: no, no, no, no...” (V3)

En cuarto lugar, las alteraciones negativas y del estado de ánimo asociadas al suceso, que empieza o empeora después del mismo, manifestándose mediante dos o más de las siguientes características: incapacidad de acordarse de aspectos importantes del suceso, pensamientos negativos y constantes sobre uno mismo, los demás o el propio mundo, visión distorsionada persistente por la causa o consecuencias del suceso, en la cual la persona se acusa a sí misma, estado emocional negativo constante, disminución del interés y motivación, sentimientos de desapego, incapacidad de sentir emociones positivas...

En quinto lugar, la alteración de la alerta y reacción asociada al suceso traumático que comienza o empeora después del mismo, y se pone de manifiesto por dos o más de las siguientes características: comportamiento irritable/furioso, imprudente o autodestructivo, hipervigilante, sobresaltos exagerados, problemas de concentración y alteraciones del sueño.

En sexto lugar, que la duración de la alteración de los criterios de segundo, tercer, cuarto y quinto lugar superen un mes.

En septo lugar, que las alteraciones causen malestar clínico significativo o deterioros sociales, laborales, etc.

Por último, en octavo lugar, que las alteraciones no se puedan atribuir a los efectos de una o varias sustancias u otras características médicas.

5.3.2. Depresión.

Tratando el trastorno de depresión mayor y su tratamiento en el DSM-5, los criterios diagnósticos de este trastorno, entre ellos, son los siguientes:

En primer lugar, cinco o más síntomas presentes (que contaré a continuación) durante dos semanas y que signifiquen un cambio de comportamiento que previamente no estaba, siendo al menos uno de ellos el estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer: estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, disminución de interés o placer de varias o todas las actividades, pérdida notable de peso (o aumento), insomnio o hipersomnia constante, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de culpa excesiva/inutilidad, disminución de la capacidad de concentración, toma de decisiones, pensamientos de muerte recurrentes, suicidas, etc.

En segundo lugar, síntomas que causan malestar cínico importante o deterioros sociales, laborales, etc.

Por último, que el episodio no se puede atribuir a efectos médicos o consumo de sustancias.

5.3.3. Ansiedad.

Los trastornos de ansiedad, según el DSM-5, son los que presentan las características de miedo y ansiedad en conjunto. El miedo se define como una respuesta de tipo emocional a amenazas, que bien pueden ser reales o fruto de la propia imaginación. La diferencia con la ansiedad es que el miedo existe por algo inminente, mientras que la ansiedad se presenta como respuesta por causas futuras.

El DSM-5 presenta datos asociados al género: “el trastorno de ansiedad generalizada se diagnostica más frecuentemente en las mujeres que en los varones (alrededor del 55-60% de quienes presentan el trastorno son mujeres).”

Se tipifican como trastorno y no simplemente como “miedo” o “ansiedad” por su persistencia y su carácter excesivo. Existen trastornos como el trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, agorafobia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos, trastorno de ansiedad debido a otra afección médica, etc.

Abordaré el trastorno de ansiedad generalizada, ya que lo considero el más representativo a la hora de abordar las consecuencias en la salud mental de las víctimas de violencia de género.

Se caracteriza por presentar inquietud, sensación de nervios, de sentirse atrapado. Las personas con este trastorno tienen facilidad para fatigarse, tensión muscular (temblores, contracciones nerviosas, inestabilidad corporal, molestias, dolor...). Poseen también grandes dificultades para concentrarse o para quedarse en blanco. Por último, es de gran importancia recalcar que tienen problemas de sueño persistente.

5.3.4. Consumo de sustancias.

“La adicción a las sustancias adictivas, (trastorno por el consumo de sustancias) es una enfermedad que afecta el cerebro y el comportamiento de una persona, y da lugar a una incapacidad para controlar el consumo de medicamentos o drogas ilícitas. El alcohol, la marihuana y la nicotina también se consideran sustancias adictivas. Cuando eres adicto, es posible que sigas consumiendo la sustancia adictiva a pesar del daño que provoca.” (Mayo Clinic, 2022).

Según la Revista Puertorriqueña de Psicología y su artículo sobre el uso de sustancias en mujeres víctimas de violencia de género, definen la relación entre el consumo y la violencia directamente relacionadas.

Puede recurrirse a este método como síntoma de afrontamiento tras la violencia, pero a su vez aumenta la vulnerabilidad de las víctimas a ser violentadas de nuevo.

Las mujeres adictas víctimas de violencia de género, comparadas con las de la población general, se caracterizan en mayor medida por tener hijas/os, no tener pareja fija (sino una sucesión de parejas de duración limitada que reproducen con habitualidad relaciones de violencia) y por haber experimentado de una forma constante e insidiosa diversas violencias por parte de los diversos hombres de su entorno (Arana y Comas, 2019).

6. Capítulo 3: Voces desde la experiencia.

Se realizaron 8 entrevistas, a víctimas y a profesionales inmiscuidos en el trato con víctimas de violencia de género, en un rango de entre 22 y 61 años. Las entrevistas tuvieron distintas duraciones, siendo las de las víctimas las más extensas con una media de 48 minutos de entrevista. Las entrevistas a los profesionales tuvieron una media de 36 minutos.

En la siguiente tabla, se detallan las características de las distintas entrevistas realizadas:

Tabla 1. Profesionales y víctimas entrevistados

Tipo de entrevista	Sexo	Edad	Profesión
Víctima 1 (V1)	Mujer	23 años	Estudiante
Víctima 2 (V2)	Mujer	25 años	Peluquera
Víctima 3 (V3)	Mujer	61 años	Traductora/Intérprete
Profesional 1 (P1)	Hombre	54 años	Trabajador Social Red de Salud Mental
Profesional 2 (P2)	Mujer	33 años	Trabajadora Social Sanitaria
Profesional 3 (P3)	Mujer	41 años	Psicóloga Oficina Atención a Víctimas Delitos Violentos
Profesional 4 (P4)	Mujer	37 años	Psicóloga Juzgado de Instrucción Violencia de Género
Profesional 5 (P5)	Mujer	41 años	Trabajadora Social Juzgado de Instrucción Violencia de Género

Los discursos obtenidos en las entrevistas se centraron en diversos ejes.

En cuanto a las víctimas, la entrevista estuvo centrada en conocer su historia de violencia, mediante la perspectiva de la propia víctima. También se recogió información sobre los patrones y ciclos de la violencia en la relación. Posteriormente se abordaron las consecuencias en salud mental derivadas de las situaciones anteriormente marcadas, con un enfoque específico en el Trastorno de Estrés Postraumático, depresión, ansiedad y consumo de sustancias. La autopercepción y la autoestima derivada de la relación de violencia también se recogió, además de las formas de afrontamiento que se utilizaron en cada caso. Por último, se recogió la percepción y sentimiento de estas víctimas sobre el futuro.

En cuanto a los profesionales, la entrevista se centró en cómo afrontan la problemática como profesionales, cuál es el procedimiento y las intervenciones realizadas. También se recogió el impacto que los profesionales observan y recogen en cuanto a la salud mental de las víctimas con las que trabajan.

6.1. Las víctimas.

6.1.1. Experiencias personales.

Todas las víctimas (V1, V2 y V3) hablan de su experiencia al inicio de la relación como algo sutil, algo de lo que no podían imaginarse que fuese a escalar demasiado. También es interesante observar cómo las víctimas identifican el inicio de estas relaciones como algo muy intenso, sobre todo las dos víctimas más jóvenes (V1, 23 años y V2, 25 años)

“En un principio era todo muy bonito, él no había tenido experiencias anteriores a mí, entonces siempre me trataba con mucho cariño y se curraba mucho la relación. Esa es la cosa, que al principio no hay nada malo o eso parece, yo estaba súper pillada.” (V1, 23 años)

“La violencia en mi relación comenzó de manera muy... sutil podría decir. Era muy muy celoso. Al principio, con esa edad, que yo era una niñaata, me encantaba,

además él era mayor, yo tenía 17 recién cumplidos y él ya tenía 24. Sentía que me quería mucho y que no quería perderme.” (V2, 25 años)

“Al principio... sabes, es curioso, porque es una cosa que te vas dando cuenta después. Lógicamente sí, o sea ahora sí me considero víctima de violencia de género, al principio no te ves, por lo menos es mi experiencia, a mí me costó tiempo verme de esa manera. Porque claro, al principio ni te imaginas todo eso, al principio es todo muy bonito, estás muy enamorada... Y poco a poco, pues eso, van sucediendo las cosas de una forma que... cuesta.” (V3, 61 años)

En cuanto al tipo de violencia que sufrieron estas víctimas, se encuentran todos los tipos: física, sexual, psicológica, financiera... incluso violencia hacia los hijos de la pareja en el caso de la víctima más mayor. A continuación, se expondrán las diversas anécdotas que las víctimas accedieron a contar, donde se observan estos tipos de violencia ejercidos. Cabe recalcar que esto son anécdotas puntuales, las cuales las víctimas se han sentido cómodas a la hora de hablar de ellas. Aun así, se debe tener en cuenta que estas anécdotas concurren en un lapso de muchos años, donde existen muchas otras no expuestas en la entrevista.

“Yo sé que ha habido abuso sexual y evidentemente ha habido maltrato psicológico.” (V1)

“¿Qué pasó? Que esta persona como que muchas veces me hacía follar sin condón y se corría dentro. Entonces yo me había tenido que tomar la pastilla al día después bastantes veces y ese mes me había bajado la regla ya tres veces. (...) Él me dijo que es que el día anterior habíamos follado sin condón. Yo le dije que eso no era verdad, que lo habíamos hecho con condón y él me dijo que la segunda vez había sido sin condón. La cosa es que yo no me acuerdo de haber hecho nada una segunda vez.” (V1)

“Una vez, que él había salido con sus amigos y volvió a dormir a mi casa bastante borracho y bueno como que... llegó y estaba, así como de: me apetece follar, no sé qué... y yo en plan: a mí no mucho. Y yo llevaba un pantalón corto del pijama así holgado, entonces se puso a hacerme dedos y yo le quité la mano. Se puso a

llorar diciéndome que le estaba haciendo sentir super mal, que no le hacía sentir deseado, por lo que yo también me sentí mal y me fui al salón. Al rato él vino y me dijo que lo sentía, pero volvió a hacerlo otra vez, llegando más lejos” (V1)

“Otra vez, pasó una cosa similar en mi graduación de bachillerato. Ese día bebí, pero no mucho, lo que pasa que bebí ron cola, que me sienta muy mal y me encontraba fatal. Me llevó a casa y nos tumbamos en la cama y empezó a tocarme. Le dije que yo no quería hacer nada y me dijo: venga anda, si siempre al principio dices que no quieres y luego cedes. Y yo en plan: no por favor, no por favor... No pasó nada más, pero al día siguiente me desperté y me dolía muchísimo mis partes íntimas. Le pregunté si había hecho algo y me dijo que no, aunque yo nunca me lo creí porque por lo que había pasado el día anterior no me podía doler tanto” (V1)

“Esta vez sí fue consentido, pero la cosa es que cuando paramos y fui a quitarle el condón no había condón. Le pregunté que si no se había puesto condón y él como que me dijo: sí, me lo has puesto tú. Yo no me acordaba de si eso era así, pero él no iba borracho y yo sí. Me hizo mazo “gaslighting”¹ diciéndome: que sí, que tenía condón, que además tú me lo has puesto, pero como eres una alcohólica no te enteras... Entonces como que me hizo creer que yo tenía el condón dentro y yo me asusté mucho porque podía tener infecciones y volvió a hacerme tomar la pastilla del día después.” (V1)

“Estábamos en una fiesta con algunos amigos suyos, porque obviamente yo no podía tener amigos, cada vez que quedaba con alguna amiga eran todo quejas y dejarme de hablar, sin saber nada de él... (...) Me agarró del brazo con tanta fuerza que dejó marcas moradas durante días. Me insultaba también de mientras, y me empujaba contra la pared. Todo esto sin nadie darse cuenta, porque estaban todos a lo suyo.” (V2)

¹ Gaslighting: Es un patrón de abuso emocional en la que la víctima es manipulada para que llegue a dudar de su propia percepción, juicio o memoria. Esto hace que la persona se sienta ansiosa, confundida o incluso depresiva. (Gurdian, N., 2017)

“Empezó a revisar mi teléfono constantemente, me pidió las contraseñas de mis redes sociales... Pero vamos, que si sólo hubiese sido eso... Las agresiones físicas llegaron poco a poco. Al principio, eran pequeños empujones o agarrones que me dejaban loca, preguntándome qué había hecho mal y me ponía a llorar muchísimo” (V2)

“Siempre se encargaba de que yo sintiese que todo eso que él hacía lo hacía porque yo había hecho algo para cabrearle, y yo obviamente con lo inmadura que era pues le daba la razón en mi cabeza. Y además es que fueron muchos años.” (V2)

“Sus comentarios sarcásticos y sus miradas eran como advertencias silenciosas de lo que vendría después, pero esto en todo momento eh, incluso caminando por la calle. Si miraba mi móvil más de dos segundos, siempre tenía que saber qué estaba haciendo, o a quién escribía.” (V2)

“Habíamos tenido una discusión porque peleábamos bastante. Entonces habíamos tenido la discusión, pero habíamos quedado con otros amigos. Yo estaba en plan, o sea yo casi ni hablaba. En un momento dado no sé qué pasó y me pegó un empujón en medio del bar que me tiró al suelo (...) Los amigos con los que habíamos quedado saltaron a defenderme y voy luego yo encima voy y me vuelvo coche con él” (V3)

“Violencia verbal mucha, sobre todo porque además era muy gratuita. (...) pero vamos a parte de eso emocional también, sexual también, y más que nada era financiera, porque en el sentido de que, a pesar de ser yo la que ganaba el dinero y la que mantenía a la familia, el que tomaba las decisiones de qué se gastaba y qué no era él. Como anécdota te diré que yo odiaba vivir en el barrio donde vivíamos porque era su barrio y era donde había que vivir. Yo quería irme de allí, no me gustaba, y encontré un piso precioso y además resulta que estaba a un precio asequible. Entonces pues ponte que pidiera en aquel momento 45.000.000 de pesetas, y yo le decía: yo quiero ir ahí, me encanta ese piso, blablablá. Y él me dijo: si consigues que te lo dejen en 40 vale. (...) Total, después de miles de visitas conseguí que me lo dejaran en 40 y me dijo: bueno pues ya no quiero irme.” (V3)

“Cuando nacieron mis dos hijos, cuando los dos eran pequeños, él no trabajaba, él estaba en casa. Pues, durante 2 años me hizo renunciar a viajar para cuidar de ellos, imagínate para mi trabajo eso es casi una sentencia de muerte, porque ya la gente ya no te llama. (...) Y encima claro como ganaba menos dinero a él le venía bien, porque le daba más autoestima, ya no era la que ganaba mucho más que él.” (V3)

“Para conseguir el divorcio y conseguir que se fuese de casa, (...) todos mis ahorros los tuve que dedicar a comprarle un piso, porque si no, no se iba. Y yo no quería líos de denuncias ni de nada, así que lo hice.” (V3)

“Yo tenía que trabajar, tenía que ir a una reunión y (hijo) se había puesto malito por la noche, yo ya le había llevado urgencias al hospital y me dijeron que si seguía así al día siguiente le llevase al médico. (...) Entonces al día siguiente me fui a trabajar y él seguía malito, y le dije a mi exmarido que le llevase, y me decía: si fueras una buena madre no irías a trabajar, le llevarías tú. Y nada, pues yo estuve ese día trabajando y llorando todo el rato.” (V3)

“Me había ido a trabajar y cuando me quiero dar cuenta me había olvidado algo. Vuelvo a entrar y la escena que me encuentro es a mi exmarido bajando por la escalera pegando voces y de repente le veo que le mete una patada a (hijo) en toda la espalda. Fue la primera vez que fui testigo de aquello porque él lo que decía era negarlo siempre, decir que mis hijos estaban mintiendo y que no tenían marcas, y que era una exagerada, entonces eso que vi ya es una cosa que no se te borra de la mente.” (V3)

Uno de los núcleos fundamentales de la entrevista fue tratar el ciclo de la violencia: la fase de acumulación, fase de explosión y la luna de miel. V1 no quiso aportar información sobre el ciclo de la violencia. En cambio, V2 y V3 abordaron las distintas fases de una forma bastante similar, señalando los sentimientos negativos que tenían en la fase de acumulación y el consecuente miedo a la fase de explosión. En cuanto a la fase de arrepentimiento sí se encuentran discrepancias entre las dos relaciones.

“La tensión era una constante en nuestro día a día. Podía sentir el ambiente tenso casi en todo momento, sobre todo cuando comenzaba a mostrarse más celoso o controlador de lo habitual. Empezaba a hacer comentarios sarcásticos y me miraba como si me odiara. Ahí yo ya sabía que en cualquier momento...” (V2)

“En la fase de luna de miel como la llamas es que tiene toda la razón del mundo el propio nombre. Era... Vamos, el novio perfecto, pero le duraba esa tarde y otra vez vuelta a los comentarios. (V2)

“La acumulación era como muy rápida, o sea quiero decir que no era como que se va enfadando o se le va agriando el carácter, no, el único aviso que yo podía tener era cuando se levantaba de la cama de qué humor estaba. Si se despertaba mal yo ya sabía que ese día cualquier cosa, pum.” (V3)

“Cuando explotaba me daba un miedo horrible. Era impredecible, no sabías lo que podía hacer. Igual le tiraba algo en la cabeza a alguien, rompía cosas, y los gritos...” (V3)

“¿Arrepentimiento? No exactamente. Sólo la final del todo, cuando yo le dije que se tenía que ir de casa sí que se puso a llorar y a tirarse en el suelo, pero era para no irse. Conmigo no, arrepentido no, yo a veces le decía que tenía problemas de ira y él me decía que no y le restaba importancia, así que no creo que se sintiese arrepentido en ningún momento.” (V3)

6.1.2. Consecuencias.

En cuanto a las consecuencias que las víctimas presentan en su salud mental, las tres víctimas comentan deterioros en su calidad de vida. Tratando las consecuencias específicas de TEPT, depresión, ansiedad y consumo de sustancias, las tres, en mayor o menor medida, presentaron altos grados en estas cuatro áreas.

“(...) Tenía muchas pesadillas durante un tiempo, y no pude estar sexualmente con otras personas hasta mucho tiempo después, porque estaba traumatizada, me

ponía a llorar cuando intentaban empezar algún tipo de relación sexual conmigo, aunque yo quisiese en un primer momento” (V1)

“También siempre he sido una persona que a lo largo de su vida he tenido bastante ansiedad, pero se acentuó más después de esta relación. Me daba ansiedad conocer gente nueva, estar de fiesta cuando antes me encantaba... bueno, un montón de cosas (...) También el hecho de que este tío siempre intentase emborracharme para tener relaciones sexuales hizo que después de dejarlo, como yo estaba tan acostumbrada a beber casi a diario, seguía bebiendo muchísimo, me costó mucho trabajo dejar de necesitar beber alcohol todas las semanas” (V1)

“Mi psicóloga me hizo entender que tenía depresión los primeros meses que la vi, y me dijo que probablemente llevase con depresión mucho tiempo más a raíz de la relación. Me ayudó un montón, porque yo sentía que era una vaga, que quería estar todo el día en casa triste, que no quería salir ni nada. Y la ansiedad es una constante en mi día a día incluso a día de hoy, la verdad.” (V2)

“Muchas veces en la consulta con mi psico me hacía preguntas y yo no sabía qué responder porque se me olvidaba, pero otras veces insistiendo me acordaba de algunos episodios y lo pasaba fatal, porque era como volverlo a revivir de nuevo. Y bueno, tenía muchas pesadillas. A día de hoy las sigo teniendo eh, pero muchísimo menos, y me afectan también mucho menos.” (V2)

“Como te he dicho bebía y fumaba con él, y cuando se acabó la relación dejé de beber, pero fumaba mucho más. Hoy en día estoy intentando dejarlo, ya fumo muchos menos porros, pero de vez en cuando sigo.” (V2)

“Recuerdos involuntarios un montón, sobre todo cuando me voy a dormir. Me acuerdo de algo y ya empiezo: no, no, no, no...” (V3)

“A veces me pasa lo de que de repente se me acelera el corazón y me pongo nerviosísima cuando escucho llorar a un bebé. Luego lo he relacionado porque eso era uno de los desencadenantes de él, cuando alguno de mis hijos cuando eran bebés se ponía a llorar se ponía muy agresivo.” (V3)

“Ha habido épocas en las que yo he bebido muchísimo, pero muchísimo. Yo antes de casarme no bebía jamás. A día de hoy he tenido alguna recaída, pero yo bebía muchísimo. Hubo una época, la peor de todas, que yo bebía como un ceporro, porque no podía más, y también comía muchísimo.” (V3)

“Antes no podía hablar de estas situaciones (...) me da mucha pena y me doy mucha vergüenza y ahora lo que me dan ganas es de llorar por esa pobre yo, que estaba ahí más perdida que un pulpo en un garaje y que además por su culpa encima sus hijos han sufrido ella” (V3)

También existieron consecuencias en cuanto a la autopercepción, autoestima, y diversos aspectos que se vieron perjudicados por estas relaciones de violencia, como la confianza, los límites, etc.

“Evidentemente afectó mucho después de que lo dejamos. No solo a mi autoestima física, sino también a mi autoestima mental y a mi libido y cómo concebía yo el sexo a partir de ese momento.” (V1)

“A día de hoy sí que soy muy desconfiada y mi psicóloga y yo estamos trabajando sobre todo en poner límites, porque me cuesta muchísimo. No sé decir que no a nadie, me cuesta una barbaridad. De autoestima la tengo bastante baja, pero también la estoy mejorando poco a poco, antes era mucho peor.” (V2)

“A nivel de persona deseable y mujer que pueda ser atractiva me ha afectado completamente. Yo pienso siempre que en mí no se fija nadie y no le voy a interesar nunca a nadie.” (V3)

“No soy capaz de decir que no, no sé poner límites. Mis amigos, pidan lo que me pidan lo hago, aunque sea malo para mí.” (V3)

6.1.3. Resiliencia y superación.

En esta parte de la entrevista se abordaban varios aspectos. En primer lugar, si habían tenido ayuda psicológica y con qué apoyos sociales/familiares contaban. También se abordó cómo observaban su vida a medio/largo plazo para medir sus esperanzas futuras. Como dato importante, por último, se les preguntó acerca de su visión de volver a tener pareja después de esa relación de violencia.

En cuanto a la ayuda psicológica, las tres víctimas han contado con terapia individual.

“(...) Yo he estado yendo al psicólogo durante muchísimos años.” (V1)

“Desde los 23 años hasta día de hoy tengo una psicóloga que me ha ayudado mucho” (V2)

“Desde hace un tiempo tengo una psicóloga con la que estoy muy a gusto y que me ha ayudado a conocer cómo me siento.” (V3)

Abordando los apoyos sociales/familiares, existen grandes similitudes. V1, V2 y V3 no contaron con apoyos durante la relación de violencia, aunque actualmente sí que tienen un apoyo social muy asentado. En cuanto al apoyo familiar, V2 sí tuvo el respaldo de su madre cuando fue conocedora de la situación, mientras que V1 no le contó nada de lo sucedido a su familia hasta después. V3, por su parte, tuvo una etapa donde, tras un incidente de sus padres con su exmarido, dejó de hablar con su familia.

“En su momento a mí me daba como mucho pánico hablarlo con mis padres. (...) Luego, finalmente, en plan como, no sé, casi un año después de todo esto, yo lo hablé con mis padres. Y mi padre, que me dijo que deberíamos haber denunciado o al menos haberle puesto una orden de alejamiento. Pero que entendía que yo me hubiera visto saturada.” (V1)

“El apoyo de mi madre fue la verdad que indispensable para que yo saliese de esa situación al enterarse. Después ella fue la que me buscó la psicóloga y me paga las sesiones y todo eso. Y en cuanto a amigos recuperé a un par que perdí y que también les conté todo, y la verdad que genial.” (V2)

“Unas navidades él dijo que no íbamos a casa de mis padres, y mis padres vinieron porque tenían alguna sospecha de que algo pasaba. En el portal de ahí del edificio donde vivíamos, vamos, no llegó a pegar a mi padre porque se puso mi madre. Me echaron una bronca horrible, entonces fue horroroso. (...) Eso hizo que durante 2 años yo no me hablara con mis padres, y cuando nació mi hijo no vinieron a ayudarme ni nada. Fue una época muy dura, o sea... Yo durante mucho tiempo fue muy difícil, estaba completamente sola, estaba aislada.” (V3)

Abordando la parte relacional, es interesante conocer la disparidad de percepciones que tienen estas víctimas sobre volver a tener una relación. V1, por su parte, no tiene problemas actualmente a la hora de encontrar pareja. V2 no se encuentra abierta a ello, pero no lo descarta totalmente. V3, en cambio, descarta totalmente volver a tener pareja en el futuro y lo percibe como algo totalmente negativo.

“Tuve una pareja después de ese chico con el que estuve 4 años, hasta hace no mucho. Y no sé, en plan, me ayudó a darme cuenta de que no todas las personas son así.” (V1)

“No quiero. Me gusta mucho estar sola. Probablemente sea consecuencia de esta relación obviamente, pero no tengo nada de voluntad de encontrar a nadie. También te digo que no estoy cerrada, obviamente quiero estar soltera, pero si llega alguien que realmente me guste tampoco voy a cerrarme, sólo que no estoy muy por la labor.” (V2)

“No tengo ninguna intención, solo de pensarlo se me abren las carnes. Lo del poder pensar en tener una nueva relación, vamos, es que me da terror.” (V3)

Por último, se les preguntó cómo observan su situación actualmente y abordaron el cómo se ven a ellas mismas en el futuro. V1 considera que ha superado en cierta manera la vivencia pasada, por lo que se encuentra bien en el presente. V2, por su parte, tampoco habla del futuro, se centra en el presente. V3, en cambio, sí que se imagina una vida futura ideal.

“Creo que estoy en un punto como bastante positivo de superación. Entonces creo que ya no me va a afectar de cara al futuro no me va a afectar más. (...) Tengo la sensación de que la parte traumática, ya la he superado porque me he dado cuenta del tipo de personas con las que yo quiero compartir mi vida y tengo bastante claro que yo no voy a volver a estar con una persona así.” (V1)

“Como poco quiero seguir con mi curro que me gusta mucho, ahorrar algo para poder independizarme que ya va siendo hora. Y la verdad no me visualizo mucho en los próximos años, no suelo ser de las que piensan mucho en el futuro, me gusta pensar en el presente.” (V2)

“Si sigo viva, que ya no lo sé porque yo fumo mucho... (risas). Hombre, si todo va bien me imagino ya jubilada, afortunadamente, dedicándome a mis plantas y a poderme pasar temporadas largas al lado del mar, en un sitio donde haga calorcito y luego pues si hay nietos, ojalá haya nietos.” (V3)

6.2. Los/as profesionales.

6.2.1. Perspectivas profesionales.

Las perspectivas de los diversos profesionales (P1, P2, P3, P4 y P5) a pesar de encontrarse en diferentes puestos y sectores (juzgados, hospitales, OAV...), tienen una perspectiva uniforme sobre la violencia de género y sus consecuencias.

En cuanto a las repercusiones en salud mental, se comenta el cambio de mentalidad que se ha tenido sobre la problemática y la importancia del abordaje interdisciplinar. También se observa que esta problemática puede venir dada desde la infancia, y los distintos tipos de víctimas que se presentan en estos establecimientos sanitarios en cuanto a su diagnóstico.

“En todos estos años, en cuanto al inicio de la salud mental, ha habido un cambio en la mirada hacia la Violencia de Género como en toda la sociedad. Los centros de salud mental se crean para tratar diagnósticos graves, y ahí es donde poco a poco han ido entrando los diagnósticos consecuentes en violencia de género.” (P1)

“Por mucho que trates a una persona que ha sufrido violencia de género desde una perspectiva psicoterapéutica; el contexto social, relacional, las redes de soporte, la posibilidad de un cambio de vida, inserción laboral, medidas de protección... Todo eso también hay que cambiarlo.” (P1)

“Muchas veces la violencia ya viene desde la familia, desde la juventud muy muy temprana. Entonces claro, la estructura de personalidad lentamente ya está dañada. Modificar esto son años de trabajo de terapia.” (P2)

“Hay muchas víctimas de violencia, que ya no solo física y verbal, sino también es a nivel económico, es decir, no me puedo separar de esta persona que me maltrata y no me está tratando bien, aunque haya una agresión física, vejaciones, insultos muy graves, que provoca una repercusión emocional y conductual en la mujer... y que evidentemente provoca ingresos. (...) Mujeres en situación ultra desesperadas que... pues tienen un cuadro muy depresivo, de que no salen de cama, etcétera. Depresión mayor o bien cuadros de: quiero acabar con esta vida yo no puedo más, me quiero morir... Hacen sobre ingestas o precipitaciones en casos más más más graves, más bestias. Y esto es lo que estamos viendo.” (P2)

A raíz de esto, abordando las consecuencias en salud mental, se observa el consumo asociado a la edad y los trastornos de ansiedad, depresión y estrés postraumáticos muy presentes. Es importante también abordar los cambios en la personalidad y en la autoestima.

“El estrés postraumático evidentemente sí que está muy presente. El tema de los tóxicos también, pero dependiendo de la edad tienen un tipo de consumo u otro. La depresión es evidente y sí, la ansiedad, angustia, estrés, crisis... pues eso, desde picos de ansiedad muy elevada, que a veces con esta ansiedad puede comportar hacer sobreingestas, conductas de riesgo con los tóxicos para evadirte de ahí...” (P2)

“Están destrozadas, están destrozadas.” (P2)

“Son situaciones muy traumáticas, a veces hay mujeres que te explican muchas cosas que nunca le han explicado a nadie y eso es un valor también. Tienes que dar a la persona que está reviviendo todo eso y significarla, entenderla, escucharla, lo que te quiera explicar, sin indagar mucho.” (P2)

“Muchas víctimas experimentan síntomas de estrés agudo y ansiedad como resultado de la violencia sufrida. Esto puede manifestarse en forma de ataques de pánico, dificultad para dormir, hipervigilancia... También por supuesto la depresión es común entre las víctimas de violencia de género debido al trauma emocional, la pérdida de autoestima y la sensación de indefensión que pueden experimentar. Se nota mucho en estas personas, y además ellas te cuentan que sienten una tristeza muy profunda, pierden interés en actividades que antes disfrutaban, les es mucho más difícil tomar decisiones sean muy pequeñas, imagínate las más grandes...” (P3)

“Algunas víctimas desarrollan TEPT como resultado del trauma sufrido, el cual yo diría casi segura que es sino el que más, el trastorno que más se ve en estas personas. Te cuentan que sufren flashbacks de situaciones traumáticas que han vivido, aunque a veces han borrado completamente de su memoria recuerdos muy bestias por el shock que les provocó. Y por supuesto lo que es la autoestima y en la capacidad de establecer relaciones saludables, eso se ve muy muy mermado.” (P3)

En el ámbito judicial, por último, observan más las afectaciones en las mujeres desde un punto de vista jurídico.

“Existe un problema muy grande para ellas, y es que el proceso penal es muy largo hasta que puedan ser citadas las partes para el juicio. Los recursos son insuficientes y faltan plazas en los centros de emergencia.” (P4)

6.2.2. Estrategias de intervención.

A continuación, se encuentran divididas las distintas estrategias por sector, comenzando por P4 y P5, trabajadora social y psicóloga en Juzgado de Violencia de Género. Las funciones de estas profesionales engloban diversas tareas para, desde una perspectiva

psicosocial, realizar peritajes y poder ofrecer la información necesaria al Juzgado para solventar aspectos consecuentes de la violencia de género.

“Realizamos peritajes psicosociales a través de exploraciones, como entrevistas, por ejemplo, pruebas técnicas, coordinación con recursos, visitas domiciliarias...” (P4)

“Los informes nos los mandan desde cada uno de los juzgados. (...) Para esclarecer posibles maltratos del hombre sobre la mujer y/o sus hijos, sobre todo. También en la mayoría de los casos es para procedimientos civiles, donde se valoran las opciones más favorables de los menores para su guarda y custodia, régimen de visitas y patria potestad.” (P5)

Como estrategias de intervención, en los juzgados no se interviene.

“No se interviene desde los juzgados de violencia, pero sí que podemos realizar derivaciones si durante el peritaje observamos adecuada alguna intervención.” (P4)

Aunque, a pesar de esto, sí que se procede a hacer adaptaciones para los distintos tipos de víctimas que se presenten.

“(...) Adaptamos la entrevista al nivel cultural y a la edad de la persona en cuestión” (P5)

Es interesante el cambio de sector al ámbito de la salud mental en hospitales, donde se cuenta que la intervención es compleja.

“La violencia de género tiene un impacto en la salud mental de las personas bastante importante y hay una complejidad desde el ámbito de la salud mental a la hora de la intervención, porque siempre en el ámbito de la salud mental tiene que haber un cuadro clínico o diagnóstico (depresión, TEPT...). Toda la red de violencia de género ha estado siempre más vinculada a los Servicios Sociales, a

los puntos de violencia de género. (...) Es un ámbito que se ha ido haciendo cada vez más clínico y ahora se ha perdido un poco el ámbito social.” (P1)

Esta intervención hospitalaria, a pesar de tener su propia forma, siempre viene de la mano con otros servicios de índole social.

“Es inevitable que en estas situaciones haya una intervención muy coordinada. Los puntos de violencia de género ya hacen intervenciones psicosociales unidas a la que se haga en salud mental. En una situación de crisis vital el sistema te puede fragmentar más si no se va de la mano. Hay que funcionar con programas de seguimiento o acompañamiento de casos. En los hospitales, normalmente la trabajadora social es la que se encarga de estas cosas.” (P1)

“Nosotros siempre vemos si la persona tiene apoyos, si entra en contacto con los recursos comunitarios, si hay alguna situación de mayor urgencia que no haya salido en el momento de la demanda sanitaria en el hospital, pero luego pueda aparecer...” (P1)

También en la elaboración de los peritajes es importante coordinarse con otros profesionales a la hora de elaborar un buen informe psicosocial.

“Nos coordinamos con otros profesionales y recursos con el fin de abordar el contexto social de los peritados y poder integrarlo en el informe psicosocial.” (P5)

Se cuenta también que el ámbito sanitario es uno de los lugares de mayor detección de esta problemática.

“Es verdad que el ámbito sanitario es fundamental, porque es donde se produce la emergencia, donde da la cara. Es donde la persona va cuando ha sufrido una agresión, un cuadro de ansiedad o depresiones prolongadas, cualquier problema grave de salud.” (P1)

Dentro de este trabajo social sanitario, por último, existen distintas estrategias y protocolos especializados en el trabajo con mujeres víctimas de violencia de género. Un ejemplo de Comunidad Autónoma con esta especialización en la intervención es Cataluña.

“En Barcelona tenemos un programa que se llama SARA (Servicio de Atención, de Recuperación y Acogida a las mujeres en situación de violencia de género). Este programa ofrece atención a muchos niveles, en casos muy graves para acogidas inmediatas en casas que evidentemente no se saben dónde están porque no se puede decir para proteger a la víctima”. (P2)

“ Me llegan la mayoría con un diagnóstico clínico, porque el psiquiatra ya está evaluando el caso. Yo cuando a mí me llega el caso, hago el informe. El informe no es un informe social estándar, sino que es un protocolo que ya tiene el Ayuntamiento de Barcelona preestablecido para este servicio de acogida y de recuperación a la mujer. El SARA determina la gravedad del caso, evidentemente, porque yo no soy una especialista en violencia de género, mi ámbito es la salud mental y también determina el impacto que obviamente esto tiene hacia la mujer. El SARA determina la gravedad, la puntuación establecida, el riesgo de la mujer de retorno a domicilio o no, y a partir de ahí empiezan a trabajar con ella.” (P2)

En la Oficina de Atención a las Víctimas, el procedimiento es parecido.

“Primero hacemos la primera acogida y primera atención. Cuando una víctima llega a nuestra oficina, lo primero que hacemos es acogerla. (...) Lo primero es atenderla de manera empática y comprensiva. Le proporcionamos un espacio seguro donde pueda sentirse cómoda para compartir su experiencia y sus necesidades.

Después lo más importante es la valoración de riesgo, realizamos una evaluación inicial de riesgo para determinar el nivel de peligro al que está expuesta actualmente y poder tomar las medidas necesarias dependiendo del grado de riesgo.” (P3)

“En resumen, nuestro objetivo principal es garantizar la seguridad, el bienestar y la autonomía de las víctimas de violencia de género, proporcionándoles el apoyo y los recursos necesarios para salir adelante y reconstruir sus vidas.” (P3)

7. Conclusiones.

En cuanto al análisis de las entrevistas, relacionado las mismas con las hipótesis de investigación, se observa lo siguiente:

Hipótesis 1: Existe una relación significativa entre la violencia de género y los problemas de salud mental en las mujeres.

Las entrevistas realizadas confirman claramente la primera hipótesis. Todas las víctimas describieron una serie de problemas de salud mental directamente relacionados con la violencia sufrida. Entre los trastornos más comunes se encuentran el trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión, ansiedad y abuso de sustancias.

- **TEPT:** Las víctimas relataron pesadillas recurrentes, recuerdos involuntarios y flashbacks de los episodios violentos.

"Tenía muchas pesadillas durante un tiempo, y no pude estar sexualmente con otras personas hasta mucho tiempo después." (V1)

“Algunas víctimas desarrollan TEPT como resultado del trauma sufrido, el cual yo diría casi segura que es sino el que más, el trastorno que más se ve en estas personas.” (P3)

- **Depresión:** Todas las víctimas mencionaron sentimientos de tristeza profunda, desmotivación y una percepción negativa de sí mismas, asociados a los episodios de violencia.

"Mi psicóloga me hizo entender que tenía depresión los primeros meses que la vi, y me dijo que probablemente llevase con depresión mucho tiempo más a raíz de la relación." (V2)

“La depresión es evidente.” (P2)

- **Ansiedad:** La ansiedad se manifestó en forma de ataques de pánico, miedo constante y nerviosismo, especialmente en situaciones que desencadenaban recuerdos de la violencia.

"Recuerdos involuntarios un montón, sobre todo cuando me voy a dormir. Me acuerdo de algo y ya empiezo: no, no, no, no..." (V3)

"Existen picos de ansiedad muy elevada" (P2)

- **Abuso de sustancias:** Varias víctimas mencionaron haber recurrido al consumo de alcohol y drogas como mecanismo de afrontamiento ante la violencia sufrida.

"Hubo una época, la peor de todas, que yo bebía como un ceporro, porque no podía más, y también comía muchísimo." (V3)

"El tema de los tóxicos también, pero dependiendo de la edad tienen un tipo de consumo u otro." (P2)

Hipótesis 2: Existe una diferencia significativa en salud mental en las mujeres que han sufrido violencia de género, antes y después de vivirlo.

Las entrevistas proporcionan evidencia robusta para la segunda hipótesis, demostrando un claro deterioro en la salud mental de las mujeres antes y después de la experiencia de violencia de género. Antes de la violencia, las víctimas no mostraban indicios de los problemas de salud mental que desarrollaron posteriormente.

- **Cambio en la autoestima y autopercepción:** La violencia impactó profundamente en la autoestima y la autopercepción de las víctimas. Todas mencionaron una disminución significativa en su confianza y autovaloración después de la relación violenta.

"Evidentemente afectó mucho después de que lo dejamos. No solo a mi autoestima física, sino también a mi autoestima mental y a mi libido y cómo concebía yo el sexo a partir de ese momento." (V1)

"Y por supuesto lo que es la autoestima y en la capacidad de establecer relaciones saludables, eso se ve muy muy mermado." (P3)

- **Evolución del trastorno emocional:** Las víctimas señalaron cómo sus síntomas de ansiedad y depresión se acentuaron o se desarrollaron a raíz de las relaciones abusivas.

"También siempre he sido una persona que a lo largo de su vida he tenido bastante ansiedad, pero se acentuó mazo después de esta relación." (V1)

Hipótesis 3: La intervención profesional con las víctimas ayuda notablemente a mitigar los daños en salud mental que presentan después de las relaciones de violencia.

La tercera hipótesis también encuentra sustento en las entrevistas. Las víctimas que recibieron apoyo profesional destacaron mejoras significativas en su salud mental y en su capacidad para gestionar las secuelas de la violencia.

- **Apoyo psicológico:** Todas las víctimas entrevistadas buscaron y recibieron terapia psicológica, la cual desempeñó un papel crucial en su recuperación.

"Desde los 23 años hasta día de hoy tengo una psicóloga que me ha ayudado mucho."
(V2)

- **Mejoras en la autopercepción y autoestima:** Las víctimas señalaron cómo la terapia les está ayudando a reconstruir su autoestima y a establecer límites saludables en sus relaciones interpersonales.

"A día de hoy sí que soy muy desconfiada y mi psicóloga y yo estamos trabajando sobre todo en poner límites, porque me cuesta muchísimo." (V2)

- **Redes de apoyo social y familiar:** Aunque inicialmente aisladas, las víctimas eventualmente lograron reconstruir sus redes de apoyo, lo que resultó vital para su proceso de recuperación.

"El apoyo de mi madre fue la verdad que indispensable para que yo saliese de esa situación al enterarse." (V2)

- **Los profesionales del sector y su importancia:** Independientemente del sector en el que se trabaje con víctimas, todos son importantes y deben trabajar juntos para ofrecer una ayuda integral y eficaz.

"Es inevitable que en estas situaciones haya una intervención muy coordinada." (P1)

En definitiva, los resultados de las entrevistas con las víctimas y profesionales respaldan fuertemente las hipótesis propuestas. Existe una relación significativa entre la violencia de género y los problemas de salud mental en las mujeres, se observan diferencias claras en la salud mental de las mujeres antes y después de sufrir violencia de género, y la

intervención profesional resulta crucial para mitigar los daños en la salud mental de las víctimas.

8. Anexos.

(1) GUION ENTREVISTA A VÍCTIMAS

Saludar a la persona y presentarme/presentarse. (Los nombres y datos de las víctimas estarán cambiados para asegurar la confidencialidad).

LAS PREGUNTAS SON ORIENTATIVAS, NO SE REALIZARÁN TODAS O SE ELEGIRÁN DEPENDIENDO DE LO QUE VAYA CONTESTANDO LA PERSONA ENTREVISTADA. SERÁN EXPLICADAS EN LENGUAJE SENCILLO SI NO SE COMPRENDE ALGUNA DE LAS PREGUNTAS

Consentimiento informado:

Explicaré el consentimiento informado (el cual tendrá que firmar en hoja física/virtual también)

Información básica:

- Edad
- Género
- Ocupación
- Localidad (situación residencial)
- Nivel educativo
- Estado civil actual

Historia de la violencia (preguntas tipo):

- ¿Te consideras víctima de violencia de género?
- ¿Puedes contarme cómo comenzó la violencia en tu relación? ¿Recuerdas algún incidente en específico?
- La violencia de género tiene diferentes tipos mediante los cuales se manifiesta: física, verbal, emocional, sexual, financiera... ¿podrías contarme cuáles has experimentado?

- ¿Existió una evolución en la violencia que sufriste a lo largo del tiempo? ¿Cómo lo definirías? ¿Existían patrones que reconocas? Si te sientes capacitada, ¿podrías contarme un episodio de violencia? ¿Qué sucedió antes, durante y después?

Aquí dejaré que hable la víctima y se explye, añadiendo o quitando preguntas según lo que me cuente.

Patrones y ciclos:

Indagar sobre patrones de violencia, si ha habido ciclos en la relación (hablarle resumidamente de la fase de acumulación de tensión, fase de explosión, fase de luna de miel):

- ¿Existían patrones que reconocas? Si te sientes capacitada, ¿podrías contarme un episodio de violencia? ¿Qué sucedió antes, durante y después?
- En la fase de acumulación, ¿notabas indicios de escalada de violencia? En la fase de la luna de miel, ¿cómo se comportaba tu agresor? ¿mostraba arrepentimiento?
- ¿Qué sentimientos te producía la fase de explosión?

Síntomas de salud mental:

Indagar sobre las consecuencias en materia de Trastorno de Estrés Postraumático, depresión, ansiedad, consumo de sustancias. (preguntas tipo)

- Si actualmente tiene pareja: ¿Cómo es tu relación actual? Háblame sobre ella y sobre las diferencias que observas tanto en ti como en tu pareja. ¿Qué cambios observas a la hora de tener relaciones saludables en comparación con una relación marcada por la violencia? ¿Te costó iniciarte en nuevas relaciones?
- Existen consecuencias a nivel de salud mental que las víctimas de violencia de género pueden tener. Estas son el Trastorno de Estrés Postraumático, depresión, ansiedad y el consumo de sustancias. ¿Las conoces? ¿Dirías que posees algún tipo de indicio inclinado a alguna de estas consecuencias? En caso negativo, ¿Qué consecuencias crees que ha tenido vivir estas situaciones en cuanto a tu salud mental?
- (Para conocer TEPT): ¿Has experimentado flashbacks o recuerdos involuntarios y no deseados sobre episodios que hayas vivido? ¿Te cuesta recordar algunas situaciones parcial o totalmente? ¿Has tenido/tienes pesadillas sobre episodios vividos o imaginarios?

- (Para conocer Depresión): ¿Sientes mayoritariamente sensaciones de tristeza o sentimientos negativos? ¿Dirías que te ha afectado en términos de cambios de estados de ánimo, capacidad de confiar en otras personas, disfrutar de actividades, disfrutar de otras personas...? ¿Has experimentado cambios en cuanto a tu nutrición (apetito)?
- (Para conocer Ansiedad): ¿Sientes habitualmente nerviosismo, tensión corporal, aceleración del corazón en situaciones en las que antes de vivir la violencia no las vivías? ¿Tienes miedo o preocupación de volver a sufrir situaciones violentas?
- (Para conocer Consumo de sustancias): ¿Consumías alcohol/drogas antes de vivir tu relación de violencia? ¿Consumías durante? En caso positivo, hágame de los cambios tanto de aumento de consumo como disminución antes, durante y después.

Autopercepción y autoestima:

Preguntas sobre la percepción de sí misma, la autoestima y cómo la violencia ha afectado su autoimagen.

- ¿Ha afectado a tu autoestima y percepción de ti misma? ¿Cómo te percibes a ti misma actualmente en comparación con antes de sufrir violencia de género?
- ¿Ha influido en tu capacidad para establecer y mantener límites en tus relaciones personales? ¿Consideras que actualmente posees relaciones saludables?
- ¿Consideras que tomas decisiones con dificultad? ¿Consideras que te cuesta expresar tus necesidades y deseos?
- ¿Has sentido o sientes culpa/vergüenza de haber vivido esas situaciones?
- ¿Cómo afectó a tus relaciones cercanas con amigos y familia?

Afrontamiento:

Investigar las estrategias de afrontamiento utilizadas ante la violencia y cómo han evolucionado con el tiempo. (preguntas tipo)

- ¿Has buscado ayuda profesional? ¿Por qué sí/no? En caso positivo, hágame sobre ello.
- ¿Existen personas a tu alrededor con las que te sientas cómoda para compartir experiencias para afrontar la violencia? En caso positivo, ¿Cómo han respondido?

- ¿Cómo te sientes al hablar sobre estas situaciones? ¿Cómo crees que han evolucionado tus sentimientos a lo largo del tiempo cuando hablas sobre ello?

Esperanzas y Futuro:

Preguntas sobre las metas y esperanzas futuras, y cómo la persona visualiza su vida después de la violencia.

- ¿Tienes metas a corto, medio y largo plazo?
- ¿Cómo visualizas tu vida en los próximos meses o años?
- ¿Qué aspectos de ti te gustaría mejorar?
- ¿Cómo te imaginas en 10 años?
- En el caso de no tener pareja actualmente, ¿posees sentimientos positivos a la hora de pensar en volver a tener pareja en un futuro?

Agradecimiento y apoyo:

Dejar un espacio por si la víctima quiere aportar algo extra. Agradecer a la persona por compartir su experiencia.

(2) GUION ENTREVISTA A PROFESIONALES

Datos:

- Edad
- Género
- Ocupación
- Años en el sector

Saludo y presentación:

Saludar al profesional y presentarme/presentarse. Explicaré el propósito de la entrevista y cómo se utilizará la información de manera confidencial y ética mediante la firma del **consentimiento informado**.

Preguntar sobre la experiencia y antecedentes profesionales del entrevistado en el campo de la violencia de género.

- ¿Cuántos años llevas trabajando con personas víctimas de violencia de género? En el caso de trabajar con más sectores, ¿qué distinciones observas entre otros sectores comparados con víctimas de violencia de género?
- ¿Puedes compartir una descripción general de tu experiencia trabajando con víctimas de violencia de género?
- ¿Cómo observas la problemática desde un punto de vista profesional?

Abordaje Terapéutico:

- ¿Cómo es tu estrategia de intervención con las víctimas?
- ¿Cuáles son los enfoques terapéuticos que has encontrado más efectivos al trabajar con víctimas de violencia de género en términos de salud mental?
- ¿Cómo adaptas tus intervenciones terapéuticas para abordar las necesidades específicas de las víctimas de violencia de género?
- ¿Cómo equilibras el brindar apoyo emocional y revivir las situaciones de violencia con una orientación para el cambio y resiliencia de la víctima?

Impacto en la Salud Mental:

- Desde tu experiencia, ¿cuáles son las consecuencias más comunes en la salud mental de las víctimas de violencia de género? Centrándonos en el TEPT, depresión, ansiedad, y consumo de sustancias, ¿qué nos puedes contar sobre este tipo de consecuencias en las víctimas con las que has trabajado? ¿Has notado patrones específicos en la presentación de trastornos como el Trastorno de Estrés Posttraumático (TEPT), la depresión o la ansiedad en estas personas? ¿Cuáles? ¿Cómo trabajas con ellas?

Recursos y Apoyo:

- ¿Cuáles son los recursos y servicios más importantes para las víctimas de violencia de género en términos de salud mental?
- ¿Tienes algún tipo de protocolo establecido a la hora de brindar apoyo a las víctimas?
- ¿Colaboras con otros profesionales, como trabajadores sociales, abogados u organizaciones de apoyo, para brindar un enfoque integral a las víctimas?

Agradecimiento y reflexión:

Agradecer al profesional por su tiempo y experiencia. Dejar un espacio para cualquier reflexión adicional o consejo que pueda tener para personas que trabajan o trabajarán con víctimas de violencia de género.

9. Bibliografía.

Aragonès, R. M., Farran, M., Guillén, J.C., Rodríguez, L. (2018). *Perfil psicológico de víctimas de violencia de género, credibilidad y sentencias*. Codajic.org. Recuperado el 21 de diciembre de 2023, de <http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Perfil%20psicol%C3%B3gico%20de%20v%C3%ADctimas%20de%20violencia%20de%20g%C3%A9nero,%20credibilidad%20y%20sentencias..pdf>

Arana, X., Comas, D (2019). *Consumo de alcohol y violencia de género. Perspectiva de los y las profesionales del ámbito de las drogodependencias, jurídico y social*. San Sebastián. IVAC-KREI. https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_gabia/es_def/adjuntos/b-1-Consumo-alcohol-violencia%20-genero.pdf

Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2016). *Manual Diagnóstico Y Estadístico De Trastornos Mentales DSM*. Recuperado de: https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf

Castañeda, E. (2014). El marco teórico en la investigación en salud con enfoque de género. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40, 249-257.

CFEC. (2017). *Ciclo de la Violencia de Lenore Walker*. Studiocriminal.eu; CFEC - Centro de Formación Estudio Criminal. Recuperado de: <https://www.estudiocriminal.eu/blog/ciclo-de-la-violencia-de-lenore-walker/>

Cordero, G., Soler, C. (2020) *Las consecuencias psicológicas de la violencia de género en los menores*. Revista Sanitaria de Investigación. Recuperado de: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/las-consecuencias-psicologicas-de-la-violencia-de-genero-en-los-menores/>

Corsi, J. (2010). La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y de los factores de riesgo. *Documentación de apoyo, fundación Mujeres*, 1-12.

De Miguel, A. (2005). La construcción de un marco feminista de interpretación: la violencia de género. *Cuadernos de Trabajo Social*, 18: 231-248

De Roda, A. B. L., & Moreno, E. S. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema*, 17-23.

Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género (2020). Macroencuesta de Violencia contra la mujer (2019). Madrid. Ministerio de Igualdad del Gobierno de España. https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf

Díaz, M. J., Martínez, R., Martínez, J., Falcón, L. (2021). *La situación de la violencia contra las mujeres en la adolescencia en España - Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género*. Gob.es. Recuperado de: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2021/estudios/violencia_en_la_adolescencia.htm

Drogadicción (trastorno de consumo de sustancias). (2022). MayoClinic.org. https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/drug-addiction/symptoms-causes/syc-20365112?_bt=0&_bk=inpatient%20drug%20rehab%20center&_bm=b

El HuffPost. (2021). *40 años de la ley del divorcio: el primer paso en el camino hacia la igualdad*. El HuffPost. Recuperado de: <https://www.huffingtonpost.es/entry/40-anos-de-la-ley-del-divorcio-el-primer-paso-en-el-camino-hacia-la-igualdad-es-60d04071e4b0b50d622f45c4.html>

Fernández, I. (2018). *La violencia de género e intrafamiliar. Su evolución en el sistema penal*. Pikara Magazine. Recuperado de: <https://www.pikaramagazine.com/2018/11/la-violencia-de-genero-e-intrafamiliar-su-evolucion-en-el-sistema-penal/>

Ferrer, F. P. (2020). Luces y sombras sobre la aplicación práctica del Estatuto de la Víctima del Delito. In *Anales de Derecho*. Vol. 38, No. 1.

Galtung, J. (2016). *La violencia: cultural, estructural y directa*. Cuadernos de estrategia.

Gili, M., Campayo, J. G., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 104-108.

Gurdian, N. (2017) *Gaslighting, el abuso emocional más sutil*. Psicología y Mente. <https://psicologiaymente.com/social/gaslighting>

Kalimo, R., El-Batawi, M., y Cooper, C. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/37881/1/9243561022_spa.pdf

Ley 1/2004, de 28 de diciembre, de medidas de protección integral contra la violencia de género. BOE. *Núm 313, de 29 de diciembre de 2004. Páginas 42166 a 42197.*

Ley 1/2021, de 24 de marzo, de medidas urgentes en materia de protección y asistencia a las víctimas de violencia de género. BOE. *Núm. 71, de 25 de marzo de 2021. Páginas 34050 a 34058.*

Ley 4/2015, de 27 de abril, del Estatuto de la víctima del delito. *Núm. 101, de 28 de abril de 2015. Páginas 36569 a 36598.*

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE. *Núm. 281, de 24/11/1995. Páginas 33987 a 34058.*

Ley Orgánica 11/1999, de 30 de abril, de modificación del Título VIII del Libro II del Código Penal, aprobado por Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre. BOE. *Núm. 104, de 1 de mayo de 1999. Páginas 16099 a 16102.*

Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. BOE. *Núm. 234, de 30 de septiembre de 2003. Páginas 35388 a 35404.*

Ley Orgánica 2/1989, de 21 de junio, de actualización del Código Penal. (1989) BOE. *Núm. 148, de 22 de junio de 1989. Páginas 19351 a 19258.*

López, M., Recio, M., & Sáenz, M. (2020). Are women still “the other”? Gendered mental health interventions for health care workers in Spain during COVID-19. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S243–S244.

Martínez-Redondo, P. y Arostegui Santamaría, E. *Situación en España de la violencia de género y el abuso de sustancias. Revisión de la evidencia y propuestas para el abordaje*

conjunto de la violencia de género y el abuso de sustancias en los servicios de atención. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 167 p.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e. Igualdad (s/f). *Definición de Violencia de Género.* Recuperado el 21 de diciembre de 2023, de https://www.inmujeres.gob.es/servRecursos/formacion/Pymes/docs/Introduccion/02_De_finicion_de_violencia_de_genero.pdf

Naciones Unidas. (2023). *La violencia de género es una de las violaciones más generalizadas de los derechos humanos en el mundo.* Naciones Unidas para Europa Occidental - España. Recuperado de: <https://unric.org/es/la-violencia-de-genero-segun-la-onu/>

National Institute of Mental Health (NIMH). (s/f) *Mis genes: ¿Qué me pueden decir sobre mi salud mental?* Recuperado el 27 de febrero de 2024, de <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/mis-genes-que-me-pueden-decir-sobre-mi-salud-mental>

ONU Mujeres. (s/f). *Preguntas frecuentes: Tipos de violencia contra las mujeres y las niñas.* ONU Mujeres. Recuperado el 21 de diciembre de 2023, de <https://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/faqs/types-of-violence>

Organización Mundial de la Salud (2022). *La OMS subraya la urgencia de transformar la salud mental y los cuidados conexos.* Who.int. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care>

Organización Mundial de la Salud. (2001). *Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.* Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42447/1/WHR_2001_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta.* Who.int. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Pecharromán, C. (2019). *Cuando la Ley amparaba el “la maté porque era mía”*. RTVE.es. Recuperado de: <https://www.rtve.es/noticias/20191124/cuando-ley-amparaba-mate-porque-era-mia/1992388.shtml>

Puente-Martínez, A., Ubillos-Landa, S., Echeburúa, E., & Páez-Rovira, D. (2016). Factores de riesgo asociados a la violencia sufrida por la mujer en la pareja: una revisión de meta-análisis y estudios recientes. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 32(1), 295-306.

Sáenz, M. (2021). *Las mujeres con patologías de salud mental sufren más violencia de género*. Recuperado de: <https://www.redaccionmedica.com/secciones/psiquiatria/las-mujeres-con-patologias-de-salud-mental-sufren-mas-violencia-de-genero-2906>

SANITAS. (s/f). *¿Qué es el estrés crónico?* Sanitas. Recuperado el 27 de febrero de 2024, de <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/psicologia-psiquiatria/estres-ansiedad/estres-cronico>

Servet, V. M. (2010). El nuevo estatuto de la víctima en el proceso penal. *Diario La Ley*, (7495), 1.

Sumalla, J. M. T. (2023). La victimología como fundamento del estatuto de las víctimas de delitos. *Revista Internacional de Vitimología e Justiça Restaurativa*, 1(1), 127-140.

Uso de sustancias en mujeres y violencia de género: Desde una perspectiva feminista e interseccional. (2022). *Revista Puertorriqueña De Psicología*, 33(2), 352-364.

Wilkinson, R., y Marmot, M. (2003). *Determinantes Sociales de la Salud: Los hechos irrefutables*. Recuperado de: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd90/1008WILdet.pdf>