

AFECTACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN MUJERES MALTRATADAS

Paola Cosgaya Pérez

RESUMEN

La violencia de género se trata de un problema psicosocial de salud pública, que se presenta en la relación de pareja y que está definida como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que puede tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico. Es un ámbito muy presente en la sociedad actual que se ha abordado desde diferentes perspectivas. Sin embargo, no hay demasiada literatura científica que hable sobre la perspectiva neuropsicológica. Es por ello por lo que este trabajo intenta dar una visión global, desde el punto de vista neuropsicológico, de las consecuencias y alteraciones que este tipo de violencia provoca en las mujeres. A lo largo de las siguientes líneas se hablará de diversas alteraciones y consecuencias que la violencia de género ha provocado en las diferentes muestras de mujeres víctimas de maltrato elegidas en los estudios, como son los principales trastornos psicológicos como el Trastorno de Estrés Posttraumático, la Ansiedad o la Depresión, un bajo rendimiento en diferentes baterías neuropsicológicas como por ejemplo la Batería Luria DNA, niveles de cortisol elevados y sus consecuencias en estas mujeres, y las alteraciones en diferentes estructuras del cerebro como son la ínsula o la amígdala.

Palabras clave: violencia de género, disfunción cognitiva, neuropsicología, psicopatología.

ABSTRAC

Gender violence is a psychosocial problem of public health, which occurs in the relationship of a couple and is defined as any act of violence based on belonging to the female sex, which can result in physical damage or suffering, sexual, psychological or economic. It is a very present area in today's society that has been approached from different perspectives. However, there is not much scientific literature that talks about the neuropsychological perspective. That is why this work tries to give a global vision, from the neuropsychological point of view, of the consequences and alterations that this type of violence provokes in women. Throughout the following lines will be discussed various alterations and consequences that gender violence has caused in the different samples of women victims of abuse chosen in the studies, such as the main psychological disorders such as Post Traumatic Stress Disorder, Anxiety or Depression, a low performance in different neuropsychological batteries such as the Luria DNA Battery, elevated cortisol levels and their consequences in these women, and alterations in different brain structures such as the insula or the amygdala.

Key words: gender violence, cognitive dysfunction, neuropsychology, psychopathology.

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO.

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, 2018), la violencia de género se ha constituido como un fenómeno invisible durante décadas, siendo una de las manifestaciones más claras de la desigualdad, subordinación y de las relaciones de poder de los hombres sobre las mujeres. Ya desde 1980, en la Segunda Conferencia Mundial sobre la Condición Jurídica y Social de la Mujer, se establecía que *“la violencia contra las mujeres supone el crimen más silenciado del mundo”*, e incluso en 1993, afirmaba que *“la violencia contra la mujer es una forma de discriminación que impide gravemente el goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre”*.

Tomando esto como referencia, se empezó a tener el convencimiento de la necesidad de iniciar una lucha activa desde todos los ámbitos sociales, políticos, económicos y culturales, que permitiera la superación de estos obstáculos que tanto dificultan e imposibilitan la igualdad real entre hombres y mujeres. Es entonces cuando España aprueba por unanimidad de todos los grupos parlamentarios la *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*, que tiene por objeto actuar contra la violencia de género y establecer medidas de protección integral para prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a sus víctimas. Además, define la violencia de género como aquella 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”, y “comprende todo acto de violencia física y psicológica, incluidas las agresiones a la libertad sexual, las amenazas, las coacciones o la privación arbitraria de libertad” (Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre, 2004, p.10)

Para tener todo en mayor consideración, se ofrecen a continuación una serie de estadísticas obtenidas del *IX Informe del Observatorio Estatal contra la Violencia de Género*. En el pasado año 2017, 49 mujeres fueron asesinadas de la mano de sus parejas o exparejas, de las cuales únicamente: (1) el 22'4% había presentado denuncia, bien por ellas mismas o bien por parte de otras personas y (2) el 12'2% tenía medidas de protección en vigor. En general, desde el año 2006, en torno al 74% de víctimas mortales

no había denunciado. En solo lo que llevamos de 2018, ya tenemos 7 víctimas mortales a causa de este tipo de violencia, número que se irá incrementando a medida que los meses vayan pasando (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, 2017).

Desde el año 2007 hasta el año 2015, se han registrado un total de 1.181.370 de denuncias por violencia de género, siendo el 2008 el año en el que mayor número ha habido, en concreto 142.125. En 2015, se registró una media de 354 denuncias al día (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, 2017).

Pero no solo las mujeres son las víctimas de esta violencia tan vigente, sino que en aquellos casos en los que hay hijos de por medio, éstos también están implicados. En concreto, el 73'7% de las mujeres asesinadas por violencia de género entre 2013 y 2015, tenían hijos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, 2017).

Hasta ahora se ha estado hablando de la consecuencia más fatal que se puede dar dentro de la violencia de género, la muerte. Sin embargo, hay otras muchas consecuencias que este trabajo intentará plasmar en las posteriores líneas. Entre ellas, cabe destacar consecuencias psicopatológicas y cognitivas. Por poner algunos datos que nos amplien aún más la visión que tenemos, en un estudio se encontró que más de la mitad de la muestra total de mujeres víctimas de violencia de género presentaban síntomas acordes al Trastorno de Estrés Postraumático y en torno al 65% de esa misma muestra, también presentaban síntomas de ansiedad y depresión (Echeburúa, Corral Gargallo, Amor, Sarasua, & Zubizarreta, 1997). Por otro lado, entre algunas de las consecuencias cognitivas, podemos afirmar que en un estudio revisado se observa que las mujeres maltratadas presentan un rendimiento mucho más bajo en las baterías neuropsicológicas (Deering, 2001).

1.2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.

La violencia de género es un problema psicosocial de salud pública, que se presenta en la relación de pareja y que está definida como todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que puede tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico (Delgado-Álvarez, Gómez, & Jara, 2012). Se diferencia del maltrato doméstico, en que este último se refiere a las agresiones físicas, psíquicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo reiteradamente por parte de algún

familiar que no es la pareja (Echeburúa, Corral Gargallo, Amor, Sarasua, & Zubizarreta, 1997). Además, la violencia doméstica es un problema de salud pública que afecta por igual tanto a hombres como a mujeres de todas las edades, razas y clases (Zieman, Bridwell, & Cárdenas, 2017). Es decir, la violencia de género se trata de un tipo de violencia que proviene exclusivamente de la pareja, que va dirigida a la mujer por el hecho de ser mujer y que se basa en una creencia de superioridad por parte del hombre.

Una de las características particulares de este tipo de violencia es la cronicidad, es decir, por término medio, las mujeres permanecen en dicha situación de violencia durante un periodo medio de 10 años (Echeburúa et al., 1997).

Entre los efectos de la violencia de género, emerge un patrón típico de comportamientos que ha sido denominado como “el ciclo de la violencia”. Éste se caracteriza por la permanencia de la víctima en la convivencia con el maltratador, en una sucesión alternante de episodios violentos seguidos de periodos de reconciliación (Delgado-Álvarez et al., 2012; García, 2014). Estos hechos, progresan en una espiral cada vez mayor de violencia (Delgado-Álvarez et al., 2012), lo cual se conoce como “escalada de violencia”. Es decir, esta violencia no va a empezar directamente con un puñetazo, sino que una vez que ese puñetazo ha llegado, detrás ha debido de haber una acumulación paulatina de insultos, amenazas, humillaciones y desvalorizaciones, entre otras cosas, que han ido posicionando a la mujer en un escalón inferior a su agresor, y que la han ido degradando hasta robarle por completo su identidad y autoestima.

Contrariamente a lo que se suele pensar, la violencia de género no está compuesta únicamente por violencia física, es decir, patadas, agresiones, golpes, puñetazos, etc, sino que está compuesta por otros tipos de violencia, mucho más difíciles de reconocer, que hacen que las mujeres no se den cuenta de que están dentro de este ciclo tan destructivo. Estos otros tipos de violencia son, la violencia psicológica, la violencia económica, la violencia sexual y la violencia social. De todas ellas, la violencia psicológica es la que más difícil es de identificar y la que produce efectos más negativos y duraderos.

En primer lugar, podemos definir la *violencia física* como cualquier conducta que implique la utilización intencional de algún instrumento o procedimiento para afectar al organismo de otra persona, de modo que se tenga riesgo de lesión física, enfermedad, daño o dolor (García, 2014). Por su parte, la *violencia psicológica o maltrato psicológico*,

se puede definir como cualquier conducta física o verbal, activa o pasiva, que trata de producir en las víctimas intimidación, desvalorización, sentimientos de culpa o sufrimiento. La *violencia económica* sería el control de la mujer por medio de los recursos económicos, haciendo que necesite depender de su maltratador. La *violencia sexual* se refiere a todas aquellas relaciones sexuales que se imponen a la mujer contra su voluntad, y por último, la *violencia social* consiste en aislar a la víctima de su entorno social a través de controlar sus relaciones tanto familiares como de amistad (García, 2014).

Esta violencia tan crónica y continuada en el tiempo, puede causar unas repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las mujeres afectadas, como por ejemplo el desarrollo de síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), Depresión o Ansiedad (Echeburúa et al., 1997; Kwako et al., 2011; Valera & Berenbaum, 2003). De todas estas consecuencias, y como se verá más adelante, los trastornos más comúnmente encontrados en muestras de víctimas de maltrato son el TEPT y la Depresión (Echeburúa et al., 1997; Simmons et al., 2008). En concreto, el TEPT es una consecuencia muy severa de los eventos tan estresantes que ocurren durante la violencia de género, además están normalmente combinados con la reexperimentación de los mismos, con hiperexcitación, y con la evitación de situaciones específicas significativas (Simmons et al., 2008).

Además, es común encontrar, entre muchos otros que se especificarán más adelante, múltiples problemas cognitivos de memoria, concentración, atención (Valera & Berenbaum, 2003), amnesia o disociación (Jackson, Philp, Nuttall, & Diller, 2002).

La violencia de género, como ya hemos dicho, incluye la violencia física que está basada en golpes, puñetazos, e intentos de estrangulación, entre otros. La literatura ha demostrado que alrededor del 30% de las mujeres víctimas de violencia de género han experimentado violencia física en la cabeza, en el cuello y en otras zonas del cuerpo, acompañada también por estrangulamiento. Todo esto, puede resultar en una lesión cerebral traumática en estas mujeres (Kwako et al., 2011). Dicho esto, podemos resumir dos formas que pueden hacer que se produzca una lesión de este estilo:

- Lesión cerebral por contusiones, que provocan hematomas tanto en el punto del impacto como en la parte opuesta del cerebro, fruto del contragolpe (Valera & Berenbaum, 2003).
- Lesión cerebral por desgarros en el cerebro y lesiones, debidas a la falta de

oxígeno por el estrangulamiento (Valera & Berenbaum, 2003).

La lesión cerebral traumática ha sido definida como una lesión en la cabeza que incluye daño al cerebro, y que puede provocar síntomas que pueden ser transitorios o no (Jackson et al., 2002).

Pero no solo se pueden producir alteraciones en el cerebro por la violencia física. Como ya hemos visto la violencia psicológica es más sutil, pero tiene unos efectos mucho más desgarradores en las mujeres víctimas de maltrato. Entre estos, se puede destacar el efecto continuado de secreción de la hormona del estrés, el cortisol, y sus repercusiones a largo plazo en el cerebro (Johnson, Delahanty, & Pinna, 2008; Pico-Alfonso, Garcia-Linares, Celda-Navarro, Herbert, & Martinez, 2004).

Visto todo esto, es de especial importancia adentrarse en la neuropsicología y en algunas de las baterías y pruebas que usa para la evaluación de todas estas consecuencias que se han ido citando.

La neuropsicología es la ciencia que investiga los fundamentos biológicos de la vivencia y del comportamiento. Se trata del estudio, o bien, de la relación entre la función cerebral y la conducta, o bien, del papel de los sistemas cerebrales particulares en las formas complejas de actividad mental (García, 2014). Uno de los principales objetivos de la neuropsicología es la evaluación de fortalezas y debilidades relacionados con el perfil cognitivo (Contador, Fernández-Calvo, Manga, Ramos, Rueda-Revé & Villarejo, 2017). En el presente trabajo, esta ciencia es de interés porque, como ya se ha visto, la violencia de género produce múltiples consecuencias y problemas tanto psicológicos como conductuales y cognitivos, que es preciso estudiar.

Entre todas las pruebas y baterías neuropsicológicas que utiliza la neuropsicología para llevar a cabo su estudio, se va a destacar la batería de diagnóstico psicológico para adultos Luria DNA (Manga Rodríguez & Ramos Campos, 2001), que es la única batería de adultos hispana con validación en castellano (Rueda-Revé, Contador, Fernández-Calvo, Ramos, Manga, & Villarejo, 2017). Se trata de una batería muy completa ya que evalúa diferentes áreas como son: área visoespacial (evaluando las funciones superiores), área del lenguaje (tanto la producción como la comprensión del habla), área de la memoria (percepción y formas intelectuales complejas), área de procesos intelectuales (actividad constructiva y deterioro intelectual) y área de la atención (estado de alerta, atención selectiva, capacidad de distracción, atención focalizada e interferencia) (Contador,

Fernández-Calvo, Manga, Ramos, Rueda-Revé & Villarejo, 2017)

Es de importancia afirmar que la batería Luria DNA es una batería neuropsicológica con un gran respaldo científico para la evaluación neuropsicológica de adultos ya que existen múltiples estudios publicados que avalan la presencia de déficits cognitivos en diferentes condiciones neurológicas, psiquiátricas y otras condiciones sociales como el traumatismo craneoencefálico (Contador, Fernández-Calvo, Manga, Ramos, Rueda-Revé & Villarejo, 2017) el cual es de gran importancia para este trabajo. Pero en los estudios incluidos en este trabajo no solo se utilizó esta batería, sino que también se utilizaron otro tipo de baterías de evaluación neuropsicológica como por ejemplo la batería Halstead-Reitan (Reitan, 1985) o la batería Luria DNA (Manga Rodríguez & Ramos Campos, 2001), e incluso otras pruebas más concretas como son: el Trail Making Test (Reynolds, 2002), la batería Wechsler para la evaluación de la inteligencia (David Wechsler, Seisdedos Cubero, & Corral, 1999), el test de Stroop (Golden, 2001) o el test de figura compleja de Rey (Rey, 1975), entre otros.

1.3. OBJETIVOS.

1.3.1. Objetivos del artículo de revisión.

Para la elaboración del presente trabajo se han establecido una serie de objetivos que son los siguientes:

- Resumir información sobre el tema de “Afectación neuropsicológica en mujeres maltratadas”.
- Identificar los aspectos relevantes conocidos, los desconocidos y los controvertidos sobre dicho tema.
- Identificar las aproximaciones teóricas más elaboradas.
- Identificar las variables asociadas a su estudio.

1.3.2. Hipótesis específicas.

En un primer momento, únicamente se tuvo una hipótesis de la que apoyarse. Ésta era que las mujeres maltratadas o víctimas de violencia de género presentarían un funcionamiento inferior a las mujeres no maltratadas en la realización de diferentes

pruebas neuropsicológicas.

Posteriormente, y conforme se iba revisando mayor bibliografía se encontraron indicios de otras hipótesis que podía ser interesantes investigar también. Estas hipótesis son:

- Las mujeres maltratadas presentarán una mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos o de síntomas relacionados con ellos, como son la Depresión, la Ansiedad o el TEPT.
- Las mujeres maltratadas presentarán mayores niveles de cortisol en saliva que las mujeres del grupo control.
- Las mujeres maltratadas tendrán una actividad anormal en determinadas estructuras cerebrales como, por ejemplo, la amígdala o la ínsula.
- Las mujeres maltratadas presentarán diversas consecuencias y disfuncionalidades debido a las lesiones cerebrales traumáticas que muchas de ellas padecen a consecuencia de la violencia de pareja.

2. METODOLOGÍA O PLAN DE TRABAJO.

2.1. MATERIALES Y MÉTODO.

2.1.1. Proceso de selección de los artículos.

Para llevar a cabo la selección de los materiales utilizados para la realización del trabajo, lo primero que se hizo fue buscar en la base de datos de “Psyinfo”. Inicialmente, de esta búsqueda se obtuvieron alrededor de 30 artículos. En primer lugar, estos artículos fueron leídos en base a su título y resumen. Después de esto, fueron seleccionados en relación a si estaban relacionados con el tema del trabajo o no.

Como era de esperar, muy pocos artículos estaban relacionados y hubo que excluir bastantes de ellos que no tenían nada que ver con el tema.

También se procedió a hacer una selección mucho más concreta a través de la lectura completa de los artículos. Fue aquí donde se seleccionaron únicamente los artículos que cumplían los criterios de inclusión que se especifican más adelante.

Por otro lado, también se llevó a cabo una incorporación manual de un gran número de

artículos. De aquí no hubo que seleccionar nada porque estaba garantizado que se trataba de artículos que estaban relacionados con el tema. Sin embargo, solamente fueron incluidos aquellos que se encontraron a texto completo.

2.2. PROCEDIMIENTO.

2.2.1. Estrategia de búsqueda.

La búsqueda de los materiales para la elaboración del presente trabajo se hizo, fundamentalmente, de tres formas:

En primer lugar, se llevó a cabo una búsqueda de artículos científicos en la base de datos de “Psyinfo”, tal y como se ha especificado anteriormente. Para ello, lo que se hizo fue introducir los descriptores que se creyeron más relacionados con el tema a tratar en las barras de búsqueda. Para hacer más efectiva la búsqueda, se seleccionó la opción de “Subjects”. La búsqueda por este procedimiento se realizó a través de tres tipos de descriptores (“battered women”, “traumatic brain injury” y “neuropsychology”), los cuales fueron combinados entre sí:

- En primer lugar, se introdujeron los descriptores “battered woman” y “traumatic brain injury”. Con este procedimiento se obtuvieron 9 referencias.
- En segundo lugar, se introdujeron los descriptores “battered woman” y “neuropsychology”. Así se obtuvieron 5 referencias.

En cuanto al segundo método de selección de artículos, se trató de una incorporación manual. De este método, solo han sido incluidas aquellas que fue posible encontrar a texto completo. En concreto, fueron 14 referencias.

Por último, 3 artículos fueron encontrados gracias a “Academic Google”.

De todas estas referencias, tuvieron que ser eliminadas diez: 4 por tratarse de referencias duplicadas, 1 por no tener nada que ver con el tema y 5 porque no se encontraron a texto completo.

2.2.2. Criterios de inclusión y exclusión.

Como ya se ha dicho antes, se llevó a cabo la selección de los artículos en base a una serie de criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Debía tratarse, fundamentalmente, de estudios científicos.
- También fueron aceptados algunos artículos de revisión bibliográfica relacionados con el tema.
- Estos estudios debían estar basados en muestras compuestas por mujeres víctimas de violencia de género.
- Debían estudiar aspectos relacionados con la neuropsicología y los trastornos derivados de este tipo de violencia.
- Se aceptaron artículos que arrojaban resultados relacionados con el cortisol y su efecto en diferentes estructuras cerebrales.
- Se aceptaron artículos sobre el daño cerebral en algunas estructuras cerebrales.

Criterios de exclusión:

- Aquellos estudios cuya muestra no estuviera compuesta por mujeres maltratadas por su pareja.
- Aquellos estudios que no estudiaran ni la neuropsicología, ni la psicopatología en este tipo de víctimas.

2.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Una vez obtenidos todos los artículos, se procedió al análisis de la información:

- En primer lugar, se llevó a cabo una lectura lenta y detallada de cada artículo.
- En segundo lugar, se procedió a realizar el resumen de cada uno de ellos, donde se plasmaron las principales ideas (como las características de la muestra estudiada, las ideas principales sobre violencia de género y la neuropsicología, qué se estudiaba, etc) y las conclusiones que se obtuvieron.
- Posteriormente, se elaboró una tabla con los resultados y conclusiones principales de cada artículo para así facilitar su posterior comparación.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.

3.1. RESULTADOS.

3.1.1. Estudios identificados.

Se identificaron un total de 47 referencias, que tras la eliminación de los duplicados se quedaron en 37. Según se fueron encontrando se fueron seleccionando, primero en cuanto a título y resumen, y segundo, se leyeron al completo y se razonó si su contenido podría ser de utilidad para la elaboración del trabajo.

De todas estas referencias:

- 17 de ellas eran estudios científicos (de los cuales, 1 se refería concretamente a un estudio sobre la utilización de la Batería Luria DNA, el cual resultó de interés).
- 16 eran libros de utilidad y leyes sacadas de la página del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, 2018).
- 2 eran revisiones bibliográficas.
- 1 era un artículo científico de divulgación.
- 1 se trataba de una tesis doctoral.

3.1.2. Estudios incluidos y excluidos.

A continuación se exponen dos esquemas para entender mejor todo lo que ya se ha ido exponiendo sobre las referencias incluidas y excluidas:



Figura 1. Búsqueda e identificación de los artículos.

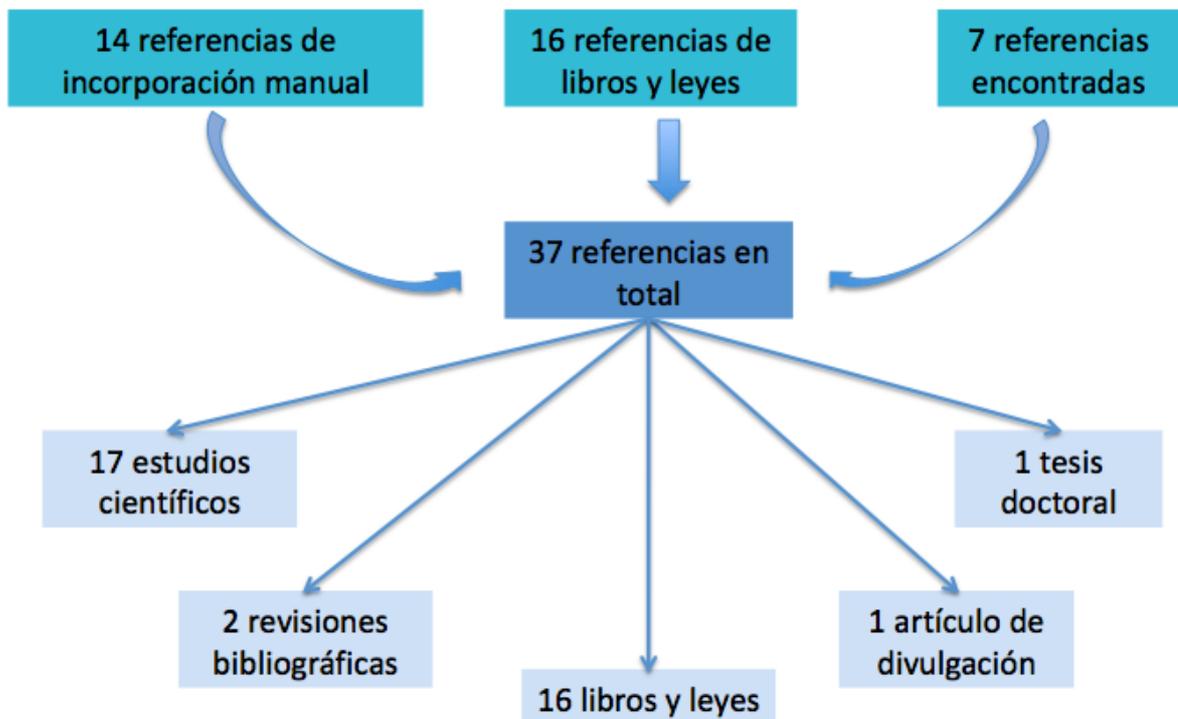


Figura 2. Referencias totales.

3.1.3. Características de los estudios.

Como ya se ha dicho anteriormente, únicamente 17 de todas las referencias, fueron estudios científicos. Es importante especificar que uno de estos estudios científicos trataba sobre la utilidad de la Bateria Luria DNA. Es decir, que no se trata de un estudio relacionado específicamente con el tema, pero que ha sido de utilidad para la realización de la introducción del trabajo.

En cuanto a las muestras que estos estudios identifican, todas siguen el mismo proceso de división en dos grupos (normalmente un grupo de mujeres maltratadas y un grupo de mujeres control que no han sufrido ningún tipo de maltrato). De esta forma se puede llevar a cabo una buena comparación de los resultados obtenidos.

El tamaño de las muestras no suele ser muy elevado, rondando siempre entre 10 y 68 mujeres en el grupo experimental. Únicamente hay tres estudios en los cuales dicha muestra es algo mayor (Echeburúa et al., 1997; Pico-Alfonso et al., 2004; Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2009).

En cuanto a la variabilidad de la muestra todas ellas suelen ser muestras de mujeres de todo rango de edades, habiendo una media de unos 35 años. En el nivel de estudios, también suele haber variabilidad, desde mujeres que no tienen mucho nivel de estudios, hasta mujeres que han llegado a completar estudios universitarios.

Dentro de los propios estudios, los investigadores llevan a cabo una selección de las mujeres participantes. De esta forma se pueden destacar, en la gran mayoría de ellos, los siguientes criterios de exclusión:

- Abuso de alcohol u otras sustancias.
- Consumo de medicamentos psicotrópicos o de esteroides.
- Psicopatología grave, como Trastorno Bipolar, Esquizofrenia o Trastorno por Déficit de Atención.
- Problemas en el aprendizaje o en el lenguaje (referido sobre todo a la exclusión de aquellas mujeres que no manejaban el lenguaje en el que estaban realizadas las pruebas), o incluso presencia de CI bajo (García, 2014).
- Historia previa de trastornos psicóticos o neurológicos (Stein, Kennedy, & Twamley, 2002).

- Presencia de lesión cerebral traumática no relacionada con la violencia de género (Stein et al., 2002).

En cuanto al contenido que investigaban estos estudios podemos decir que no solo se estudió la hipótesis de que las mujeres víctimas de violencia de género tendrían puntuaciones inferiores en las baterías y tareas neuropsicológicas (Deering, 2001; García, 2014; Hidalgo-Ruzzante, Medialdea, Bueso-Izquierdo, & Jiménez, 2012; Stein et al., 2002; Twamley et al., 2009; Valera & Berenbaum, 2003), sino que también se encontraron estudios que arrojaban otros resultados, también interesantes: (1) estudios sobre consecuencias psicopatológicas como la Ansiedad, la Depresión y el TEPT (Echeburúa et al., 1997; Johnson et al., 2008; St. Ivany & Schminkey, 2016; Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2009; Valera & Berenbaum, 2003), (2) estudios relacionados con estructuras cerebrales como la amígdala o la ínsula (Fonzo et al., 2010; Simmons et al., 2008; Strigo et al., 2010), (3) estudios sobre los niveles de cortisol en mujeres maltratadas (Inslicht, 2006; Pico-Alfonso et al., 2004), (4) y por último, estudios sobre las consecuencias de las lesiones cerebrales traumáticas en víctimas de violencia de género (Jackson, Philip, Nuttall, & Diller, 2004; Jackson et al., 2002).

En cuanto a los instrumentos que se utilizaron para llevar a cabo las diferentes evaluaciones, los podemos dividir en varios ámbitos:

- En primer lugar, tenemos diferentes escalas o cuestionarios dedicados a la evaluación del maltrato y el grado de abuso dentro de la pareja. Destacan escalas como: *Conflict Tactics Scale (CTS)* (Lee & Stanko, 2003), *Woman Abuse Screening Tool (WAST)* (Plazaola-Castaño, Ruiz-Pérez, & Hernández-Torres, 2008), *Entrevista semiestructurada sobre el maltrato doméstico* (Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca, 1994), o la escala llamada, *Impact of Event Scale Revised (IES-R)* (Marmar & Weiss, 1996).
- En segundo lugar, están los instrumentos para llevar a cabo una evaluación neuropsicológica general, que son diferentes baterías neuropsicológicas. Destacan, fundamentalmente, la *Batería Luria DNA* (Manga Rodríguez & Ramos Campos, 2001) y la *Batería neuropsicológica Halstead-Reitan* (Ralph M. Reitan, 1985).
- En tercer lugar, podemos destacar varias escalas o subescalas más específicas que también evalúan aspectos neuropsicológicos, pero que no lo hacen de una

forma general. De esta forma tenemos la *Escala Wechsler* (David Wechsler et al., 1999) para la evaluación de la inteligencia, el *Trail Making Test* (Reynolds, 2002) para medir la atención visual, el *Test de Stroop* (Golden, 2001) para medir el grado de interferencia o el *Test de la figura compleja de Rey* (Rey, 1975), para medir la memoria visual. Estas son solo algunas de las pruebas que se utilizaron. Había muchas más, pero estas eran las que más se repetían a lo largo de todos los estudios.

- En cuarto lugar, entraríamos en la evaluación psicológica. Por un lado tenemos pruebas que nos evaluarían los síntomas de TEPT presentes, como la *PTSD Scale (CAPS)* (Yusko, 2013). Por otro lado, se evaluó la Depresión, fundamentalmente con el *Inventario de Depresión de Beck* (Beck, Steer, & Brown, 2011). Y por último, también se evaluó el grado de ansiedad. Para ello se usaron cuestionarios como el *Spielberger State-Trait Anxiety Inventory* (Spielberger, 1984).

Las diferentes características de los artículos que se han ido citando, así como sus principales conclusiones se pueden observar en la siguiente tabla:

Tabla 1. Características principales de los artículos utilizados.

AUTOR Y AÑO	TIPO DE ARTÍCULO	PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	PRINCIPALES CONCLUSIONES	INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN UTILIZADOS
(Deering, 2001)	Estudio científico	19 mujeres víctimas de violencia de género y 10 mujeres control.	Las mujeres maltratadas puntuaron más bajo que las del grupo control en test neuropsicológicos.	Se administraron subtests de la escala “Quick Neurological Screening Test”, componentes de la Batería Halstead-Reitan para adultos y componentes de la escala de memoria revisada Wechsler.
(Echeburúa, Corral Gargallo, Amor, Sarasua, & Zubizarreta, 1997)	Estudio científico	164 mujeres víctimas de violencia de género.	Más de la mitad de la muestra presentaron síntomas de TEPT y en torno al 65% presentaron síntomas de ansiedad y depresión.	Entrevista semiestructurada sobre maltrato doméstico, escala de gravedad de síntomas del TEPT, inventario de ansiedad Estado-Rasgo (STAI), inventario de depresión de Beck, Escala de depresión de Hamilton (HRS), escala de autoestima de Rosenberg y escala de inadaptación.
(Fonzo et al., 2010)	Estudio científico	12 mujeres víctimas de violencia y 12 mujeres control.	La activación del sistema límbico en mujeres maltratadas es mayor que en las control.	-
(García, 2014)	Tesis doctoral	68 mujeres víctimas de maltrato.	Las mujeres maltratadas obtuvieron puntuaciones inferiores en la batería Luria DNA.	Cuestionario semiestructurado de evaluación del maltrato y batería Luria DNA.

(Hidalgo-Ruzzante et al., 2012)	Estudio científico	120 mujeres maltratadas.	Las mujeres maltratadas presentan un tiempo de reacción bajo cuando procesan palabras negativas y de maltrato.	Se utilizaron muchos test: <ul style="list-style-type: none"> • Hooper Visual Organization Test • Trail Making Test (TMT) • Test de atención • Test de aprendizaje Verbal • Test de figura compleja de Rey • Wais-III (letras y números) • Test de stroop • Entre otros...
(Inslicht, 2006)	Estudio científico	29 mujeres maltratadas y 20 mujeres control.	Las mujeres maltratadas con síntomas de TEPT tienen niveles de cortisol mucho mayores que las del grupo control.	Symptom Checklist-90 revised Impact of Spousal Abuse Questionnaire
(Jackson, Philp, Nuttall, & Diller, 2002)	Estudio científico	53 mujeres víctimas de violencia de género.	El 92% de ellas confirma haber sido víctima de daños en la cabeza que han podido llevar a presentar una lesión cerebral traumática.	-
(Johnson, Delahanty, & Pinna, 2008)	Estudio científico	52 mujeres víctimas de violencia de género.	En torno al 50% reportó haber padecido depresión y ansiedad. Cuanto más severos eran los síntomas de TEPT, mayor era el nivel de cortisol en saliva.	PTSD scale (CAPS), inventario de depresión de Beck.
(Pico-Alfonso, García-Linares, Celda-Navarro, Herbert, & Martínez, 2004)	Estudio científico	182 mujeres víctimas de violencia de género.	Las mujeres víctimas de violencia de género presentaron niveles más altos de cortisol por la tarde que el grupo control.	-

(Simmons et al., 2008)	Estudio científico	15 mujeres maltratadas con síntomas de TEPT y 15 mujeres de grupo control	Se encontró una mayor activación en la parte derecha de la ínsula anterior/media en mujeres maltratadas ante la anticipación de estímulos aversivos, y además presentaron una menor conectividad entre la ínsula y la amígdala	-
(St. Ivany & Schminkey, 2016)	Revisión bibliográfica	-	Las mujeres que han padecido lesión cerebral traumática presentan efectos adversos como ansiedad, depresión, problemas de sueño, mareos, decremento en la función inmune...etc.	-
(Stein, Kennedy, & Twamley, 2002)	Estudio científico	39 mujeres maltratadas y 22 mujeres control.	Se encontró un peor rendimiento (estadísticamente significativo) en cuanto a la memoria de trabajo, a la visoconstrucción y a la función ejecutiva en mujeres maltratadas. También se encontró un peor rendimiento en tareas de atención e inhibición de respuesta.	PTSD scale (CAPS), Impact of Event Scale Revised (IES-R), Depression scale (CES-D), Dissociative Experiences Scale (DES-T), CMK, Controlled Oral Word Association Test, WAIS III, Wechsler Memory Scale-III, Continous Visual Memory Test (CVMT), Figura compleja de Rey, PASAT, Trail Making Test, test de Stroop...

(Strigo et al., 2010)	Estudio científico	23 mujeres víctimas de violencia de género con signos de TEPT.	Las mujeres con TEPT relacionado con la violencia de género muestran una actividad cerebral desregulada cuando procesan el dolor, lo que puede conducir a mecanismos de adaptación inadecuados.	Inventario de depresión de Beck, Spielberger State-Trait Anxiety Inventory, Dissociative Experiences Scale (DES-T), PTSD scale (CAPS).
(Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2009)	Estudio científico	1974 mujeres maltratadas y 772 mujeres que seguía viviendo con el maltratador.	El 15% padecía problemas físicos y la mitad de la muestra padecían problemas psicológicos entre los que destacaron la Depresión, problemas de sueño, alimentación y abuso de sustancias.	WAST, para medir el grado de abuso, y un cuestionario diseñado por el investigador sobre síntomas psicológicos.
(Twamley et al., 2009)	Estudio científico	55 mujeres maltratadas con síntomas de TEPT.	Niveles más altos de síntomas de TEPT se relacionaron con peor atención acelerada, niveles más altos de disociación y peor rendimiento en el razonamiento.	PTSD Scale (CAPS), The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Inventario de depresión de Beck, The Dissociative Experiences Scale Taxon (Des-T), The Sheehan Disability Scale (SDS), Batería neuropsicológica D-KEFS, American National Adult Reading Test (ANART).
(Valera & Berenbaum, 2003)	Estudio científico	57 mujeres víctimas de violencia de género que habían sufrido una lesión cerebral.	Las lesiones cerebrales están relacionadas con disminución de habilidades cognitivas y con trastornos como el estrés la depresión, la ansiedad y el TEPT.	Conflict Tactics Scale (CTS), Batería neuropsicológica comúnmente utilizada, Trail Making Test, Wechsler, California Verbal Learning Test (CVLT), Ruff Figural Fluency Test. CAPS, The Mood and Anxiety Symptom Questionnaire, The Penn State Worry Questionnaire

3.2. DISCUSIÓN.

Tras haber realizado la revisión de la literatura científica seleccionada podemos afirmar que todos los artículos cuyo objeto de estudio era observar la neuropsicología en grupos de mujeres víctimas de violencia de género llegan a la misma conclusión. Es decir, todos afirman que las mujeres maltratadas puntúan más bajo o tienen mayores dificultades a la hora de realizar tareas neuropsicológicas que las mujeres del grupo control. Concretamente, en un estudio llevado a cabo por Deering y sus colaboradores en 2001, se observó que el 58% de las mujeres víctimas de violencia de género obtuvieron puntuaciones en el rango alterado de la batería Halstead-Reitan y el 53% de ellas en una prueba de detección neurológica rápida (Deering, 2001). Otro estudio, llevado a cabo por García en 2014, encontró que las mujeres maltratadas obtenían puntuaciones inferiores a las de las mujeres del grupo control en la batería neuropsicológica Luria DNA. Concretamente, estas puntuaciones inferiores se encontraron en las áreas visoespacial, lenguaje oral (fundamentalmente en el habla receptiva), memoria inmediata y lógica, área intelectual (referido sobre todo a dibujos temáticos y actividad conceptual y discursiva) y atención, referido al control atencional (García, 2014). Sin embargo, y contrariamente a lo que podríamos pensar, también pudo demostrar que no hay relación directa entre la duración del maltrato y el rendimiento neuropsicológico. Es decir, que con indiferencia del tiempo que las mujeres estén sometidas a la violencia, el rendimiento va a estar afectado, a excepción del área del lenguaje que sí se vio afectado en función del tiempo y por lo tanto, a mayor tiempo de maltrato hubo una mayor afectación del lenguaje (García, 2014).

Por otro lado, en otro estudio de Stein, Kennedy y Twamley en 2002, se pudo demostrar que las mujeres maltratadas tuvieron diferencias estadísticamente significativas en muchos test neurológicos, pero sin embargo, no se encontraron diferencias en la memoria de trabajo, en la visuopercepción, ni en la función ejecutiva, aunque sí que se vio un peor rendimiento en atención auditiva acelerada, atención sostenida e inhibición de respuesta (Stein et al., 2002). Este estudio además es interesante porque diferencia entre mujeres víctimas de violencia de género con síntomas de TEPT y sin síntomas de TEPT. Teniendo en cuenta esta división, se pudo ver que aquellas mujeres maltratadas que además presentaban síntomas de TEPT tuvieron un peor desempeño en tareas de cambio conjunto (Stein et al., 2002). Por su parte, Twamley y colaboradores, demostraron que los niveles más altos de síntomas de TEPT se relacionaron con una peor atención

acelerada, niveles más altos de disociación y un peor rendimiento en razonamiento (Twamley et al., 2009).

Otro estudio, evaluó el sesgo atencional a través de la tarea de Stroop en mujeres víctimas de violencia de género. Como sabemos esta prueba mide la capacidad de procesar las emociones a través de su respuesta a palabras con contenido en varios colores. Este contenido podía ser: contenido emocional negativo, emocional positivo, relaciones de pareja, maltrato o contenido neutro. Se tuvo la hipótesis de que aquellas mujeres que manifiesten una atención diferencial hacia contenidos amenazantes, enlentecerían sus respuestas al tener que nombrar el color de una palabra con significado de amenaza. Sin embargo, esto no ocurrió. Las mujeres maltratadas presentaban un tiempo de reacción bajo ante este tipo de palabras. Se puede decir que esto se debe a la necesidad constante de estar alerta ante estos contenidos amenazantes. En vez de provocar una afectación al tiempo de reacción, se produce una sensibilización emocional y por lo tanto un procesamiento mucho más rápido (Hidalgo-Ruzzante et al., 2012)

Por otro lado, también se tuvo la hipótesis de que estas mujeres no solo presentarían un rendimiento más bajo en pruebas psicológicas, sino que tenderían a presentar mayores síntomas de trastornos psicopatológicos como son el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), la Depresión o la Ansiedad. Esto es así y lo demuestran diversos estudios encontrados como el de Echeburúa y colaboradores que demostraron que más de la mitad de la muestra de mujeres víctimas de violencia de género presentaron síntomas de TEPT y en torno al 65% padecían síntomas de ansiedad y depresión (Echeburúa et al., 1997) o el de Johnson, Delaphanty y Pinna en 2008, que demostró que en torno al 50% reportó haber padecido Depresión y Ansiedad (Johnson et al., 2008).

Además, todas estas consecuencias, como ya se ha dicho, están muy relacionadas con la violencia física y las lesiones cerebrales que ésta llega a producir. Jackson y colaboradores, comprobaron que el 92% de las mujeres víctimas de violencia de género estudiadas confirmaban haber sido víctimas de daños en la cabeza que han podido llevar a presentar lesión cerebral (Jackson et al., 2002). Visto esto, en un estudio llevado a cabo por Valera y Berenbaum en 2003, se demostró que las mujeres víctimas de maltrato que habían sufrido lesiones cerebrales presentaban una disminución de sus habilidades cognitivas y, además, tenían una mayor prevalencia de trastornos como el estrés, la Depresión, la Ansiedad y el TEPT (Valera & Berenbaum, 2003). Otro estudio, encontró que la mitad de la muestra de mujeres maltratadas padecían problemas psicológicos, entre

los que destacaron la Depresión, los problemas de sueño y de alimentación, y el abuso de sustancias, y que el 15% además, padecían algún problema físico (Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2009).

Relacionando de nuevo la lesión cerebral traumática con las consecuencias psicopatológicas en este colectivo de mujeres, otro estudio pudo demostrar que aquellas mujeres que habían padecido esta lesión, presentaban diversos efectos adversos como Ansiedad, Depresión, problemas de sueño, mareos o incluso consecuencias físicas como decrementos en la función inmune (St. Ivany & Schminkey, 2016).

También se tuvo la hipótesis de que este grupo de mujeres presentarían mayores niveles de cortisol que el grupo de mujeres control. Esto podemos afirmarlo gracias a tres estudios encontrados. En primer lugar, en uno de ellos se encontró que las mujeres víctimas de violencia de género presentaron niveles más altos de cortisol por la tarde que las mujeres del grupo control (Pico-Alfonso et al., 2004). En en segundo lugar, el estudio de Inslicht en 2006 va más allá y nos relaciona los niveles de cortisol con los síntomas de TEPT en mujeres maltratadas. Concretamente lo que nos viene a decir es que las mujeres maltratadas que presentan síntomas de TEPT tienen niveles de cortisol mucho mayores (Inslicht, 2006). Además, este estudio está en consonancia con el estudio llevado a cabo por Johnson que se ha citado anteriormente, ya que también llegó a la conclusión de que cuanto más severos eran los síntomas de TEPT, mayores eran los niveles de cortisol encontrados en saliva (Johnson et al., 2008).

Por último también es interesante hacer referencia a algunos estudios que se centran más en la parte biológica y en cómo afecta este tipo de violencia a determinadas estructuras del cerebro, sobre todo a aquellas que tienen que ver mucho con la emoción, como son la ínsula y la amígdala. En concreto, se trata de tres estudios: (1) el primero nos afirma que la activación del sistema límbico en mujeres maltratadas es mucho mayor que en las mujeres del grupo control (Fonzo et al., 2010), (2) el segundo nos demuestra que se encontró una mayor activación en la parte derecha de la ínsula anterior/media en mujeres maltratadas cuando debían anticipar estímulos aversivos y que éstas mujeres tenían una menor conectividad entre dicha ínsula y la amígdala (Simmons et al., 2008) y (3) en tercer lugar, nos encontramos con el estudio de Strigo y colaboradores que nos dice que aquellas mujeres víctimas de violencia de género que además presentan síntomas de TEPT, presentan una actividad cerebral desregulada cuando procesan el dolor (Strigo et al., 2010).

Como podemos observar todos estos estudios se encuentran relacionados. Ya sabemos que la violencia de género implica violencia física, lo que puede hacer que, debido a los golpes, las mujeres padezcan algún tipo de lesión cerebral traumática, pero también implica violencia psicológica, con una fuerte carga de estrés muy relacionada con una secreción más elevada de la hormona del estrés (cortisol). De estas dos formas se puede producir una lesión cerebral y es ésta la que puede llevar a que se padezcan todas las consecuencias que hemos estado citando anteriormente: tanto disfunciones cognitivas, problemas psicológicos o incluso alteraciones biológicas en determinadas estructuras cerebrales implicadas en la emoción y el dolor. Por otro lado, no solo la lesión cerebral traumática es la que puede llevar a producir estas consecuencias, sino que sin ir más allá, únicamente la violencia psicológica puede llevar a padecer muchas de las consecuencias ya dichas.

Para entenderlo con mayor facilidad, se expone a continuación un esquema:

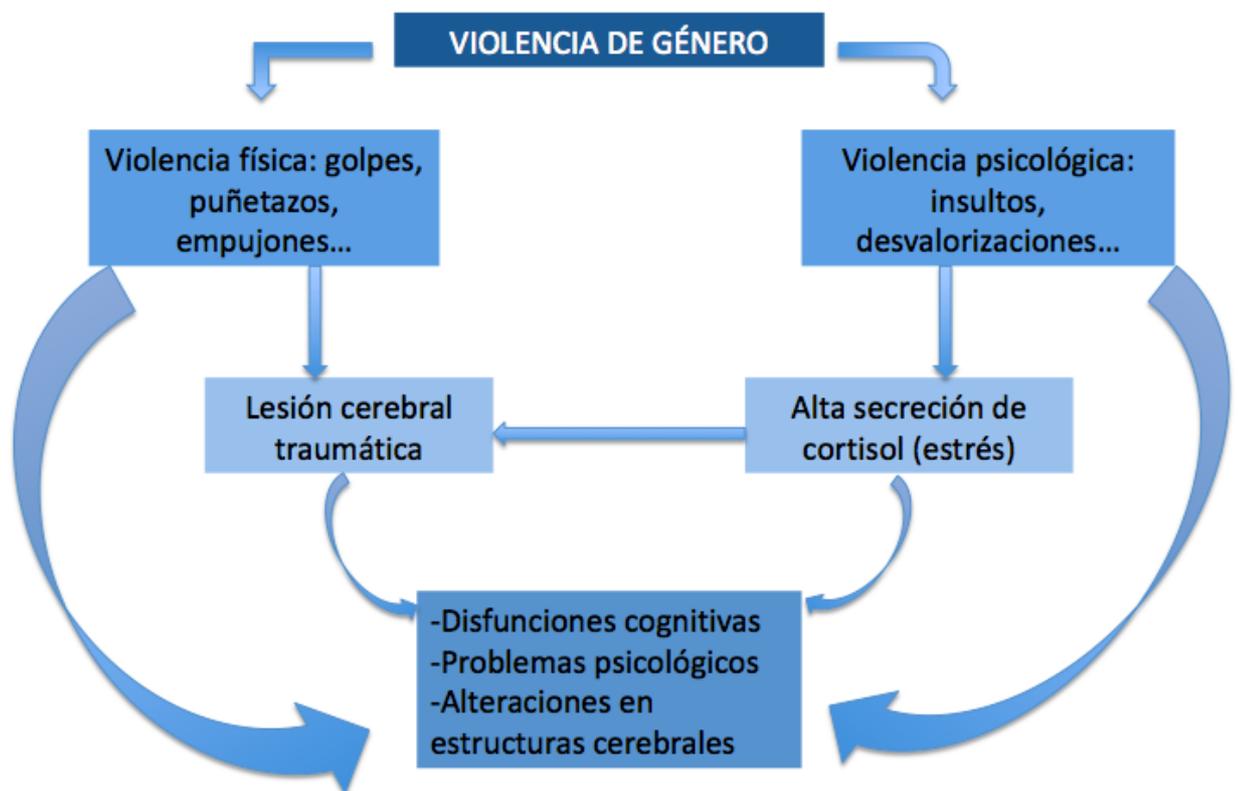


Figura 3. Relación entre los estudios.

i. Limitaciones de la revisión.

La presente revisión puede presentar algunas limitaciones debidas a las estrategias de

búsqueda utilizadas y a los descriptores utilizados para la consecución de los diferentes artículos. A pesar de haber intentado obtener una muestra amplia de todos los estudios importantes en el campo de la neuropsicología de las mujeres maltratadas, es posible que no se hayan incluido artículos importantes debido a la falta de acceso de los mismos.

Del mismo modo, debido a que se perdió completamente la información que se tenía inicialmente para realizar el presente trabajo y se debió volver a buscar todos los artículos, es bastante probable que muchos de ellos no hayan vuelto a ser incluidos por la falta de acceso a los mismos.

4. CONCLUSIONES Y PROSPECTIVA.

4.1. CONCLUSIONES.

Como se ha podido observar, este trabajo de revisión bibliográfica ha arrojado varias conclusiones.

En primer lugar, y como conclusión general, se ha hablado de que las mujeres maltratadas presentan un funcionamiento mucho inferior en las baterías neuropsicológicas administradas. De esta forma, hemos podido observar estudios que evalúan este funcionamiento cognitivo con las baterías neuropsicológicas Luria DNA y Halstead-Reitan, entre otras pruebas más concretas, y siempre se obtienen puntuaciones inferiores en el rendimiento general de las mujeres víctimas de violencia de género. Todos estos resultados parecen ir bastante en consonancia unos con otros, ya que aunque algunos estudios revisen áreas cognitivas diferentes, no se ven incongruencias entre ellos. Por ejemplo, en el estudio de Stein y colaboradores llevado a cabo en 2002, se nos explica que no hay diferencias significativas entre mujeres del grupo control y mujeres maltratadas ni en función ejecutiva, ni en visuopercepción, ni en memoria de trabajo (Stein et al., 2002), y esto no está refutado por otros estudios, por lo que parece ser que estas tres áreas no se ven demasiado afectadas por este tipo de maltrato.

Por otro lado, también se ha observado que aquellas mujeres que además presentan síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático tienen un peor desempeño en muchas de las tareas que se les fueron administradas, e incluso si han padecido algún tipo de lesión cerebral traumática debido a los golpes en la cabeza que muchas de ellas reciben, se ha visto que cuanto más grave sea esta lesión mayores consecuencias hay, tanto desde el

punto de vista de una disminución de las habilidades cognitivas como en un aumento de los trastornos psicopatológicos.

En segundo lugar, se ha comprobado que tienen una mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos como TEPT, Depresión o Ansiedad. Esta es una conclusión que se observa continuamente a lo largo de la mayoría de los estudios revisados, todos van en consonancia y ninguno arroja conclusiones que refuten esta idea.

En tercer lugar, se ha visto que presentan mayores niveles de cortisol, fruto del constante estrés al que se ven sometidas y esto ha hecho que lleven a desarrollar una actividad diferencial a la de otras mujeres en algunas estructuras cerebrales. Concretamente, se puede afirmar que estas mujeres presentan un diferente funcionamiento cerebral de la ínsula y la amígdala.

A simple vista, puede dar la impresión de que se tratan de conclusiones aisladas, pero sin embargo, se encuentran muy relacionadas entre sí. Como ya sabemos la violencia de género se manifiesta de muchas formas y dos de ellas son la violencia física y la violencia psicológica. Ambas producen consecuencias catastróficas en las mujeres. En cuanto a la violencia física, una de sus consecuencias graves puede ser la lesión cerebral traumática y en cuanto a la violencia psicológica dos de sus consecuencias pueden ser el efecto el cortisol segregado en grandes cantidades en situaciones de estrés, y los trastornos psicopatológicos (aunque estas dos consecuencias también pueden ser producidas en parte por la violencia física. Como sabemos las consecuencias de la violencia de género son el producto de un todo y no se producen únicamente por violencias aisladas). Debido, fundamentalmente, a la lesión cerebral traumática y a la secreción de cortisol, se pueden producir lesiones en algunas estructuras cerebrales que pueden llevar a disfunciones cognitivas e incluso a alteraciones en el funcionamiento de algunas estructuras, como ya se ha visto anteriormente.

4.2. PROSPECTIVA.

En general, los estudios que han sido revisados en este trabajo han sido bastante completos en cuanto a sus hipótesis y conclusiones. Abordan muchos temas muy interesantes en el campo de la neuropsicología aplicada a las mujeres víctimas de violencia de género. Sin embargo, las muestras con las que trabajan son bastante pequeñas (únicamente hay un estudio que trabaja con una muestra de casi 2000 participantes), y generalizar las

conclusiones a todas las mujeres maltratadas no sería algo adecuado. Aunque sí que es cierto que es bastante complicado encontrar a mujeres víctimas de violencia de género que quieran someterse a una investigación de este tipo, los futuros estudios deberían intentar agrandar un poco dichas muestras.

Por otro lado, hay que decir que en general hay muy poca investigación que trata sobre este tema. Por lo tanto, en este sentido la futura investigación debería involucrarse mucho más en este tipo de trabajos ya que podrían ser de gran utilidad no solo para el conocimiento científico, sino por ejemplo para su posterior aplicación en diversos procesos judiciales.

Por último, sería de gran interés que se realizaran investigaciones que relacionaran un poco todos los resultados que se han ido exponiendo en el presente trabajo. Es decir, la literatura científica se centra únicamente en uno de todos los aspectos que han sido analizados, pero una vez que se recopilara la suficiente información sobre el tema, sería interesante que se llevara a cabo alguna investigación que relacionara todos los resultados para así poder tener una visión mucho más completa y amplia sobre todas las consecuencias de la violencia de género.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (2011). *BDI-FastScreen: inventario de depresión de Beck FastScreen para pacientes médicos: manual*. Madrid]: PsychCorp.
- Contador, Fernández-Calvo, Manga, Ramos, Rueda-Revé & Villarejo. (2017). Utilidad de la Batería Luria diagnóstico neuropsicológico de adultos. *Papeles del Psicólogo - Psychologist Papers*, 37(1). <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2842>
- David Wechsler, Seisdedos Cubero, N., & Corral, S. (1999). *WAIS-III, escala de inteligencia de Wechsler para adultos III. Manual de aplicación y corrección*. TEA Ediciones, S.A.U.
- Deering, C. (2001). Neuropsychological assessment of battered women: A pilot study. *Perceptual and Motor Skills*, 92(3), 682. <https://doi.org/10.2466/PMS.92.3.682-686>
- Delgado-Álvarez, M. C., Gómez, M. C. S., & Jara, P. A. F.-D. (2012). Gender Attributes and Stereotypes Associated with the Cycle of Violence Against Women. *Universitas Psychologica*, 11(3), 10.
- Echeburúa, Corral, Sarasua, Zubizarreta y Sauca. (1994). Entrevista Semiestructurada Para Víctimas de Maltrato Doméstico. Recuperado 3 de mayo de 2018, a partir de <https://es.scribd.com/document/346816101/Entrevista-Semiestructurada-Para-Victimas-de-Maltrato-Domestico>
- Echeburúa, E., Corral Gargallo, P. de, Amor, P. J., Sarasua, B., & Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones Psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de*

- Psicopatología y Psicología Clínica*, 2(1). <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.1.1997.3830>
- Fonzo, G. A., Simmons, A. N., Thorp, S. R., Norman, S. B., Paulus, M. P., & Stein, M. B. (2010). Exaggerated and Disconnected Insular-Amygdalar Blood Oxygenation Level-Dependent Response to Threat-Related Emotional Faces in Women with Intimate-Partner Violence Posttraumatic Stress Disorder. *Biological Psychiatry*, 68(5), 433-441. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.04.028>
- García, A. V. T. (2014). Evaluación neuropsicológica en mujeres víctimas de violencia de género, 361.
- Golden, C. (2001). *Stroop, test de colores y palabras*. TEA Ediciones, S.A.U.
- Hidalgo-Ruzzante, N., Medialdea, P. G., Bueso-Izquierdo, N., & Jiménez, P. (2012). Secuelas cognitivas en mujeres víctimas de violencia de género., 9.
- Inslicht, S. S. (2006). Increased Cortisol in Women With Intimate Partner Violence-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1071(1), 428-429. <https://doi.org/10.1196/annals.1364.035>
- Jackson, H., Philip, E., Nuttall, R. L., & Diller, L. (2004). Battered women and traumatic brain injury. En K. A. Kendall-Tackett & K. A. Kendall-Tackett (Ed) (Eds.), *Health consequences of abuse in the family: A clinical guide for evidence-based practice*. (pp. 233-246). Washington, DC, US: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10674-013>
- Jackson, H., Philp, E., Nuttall, R. L., & Diller, L. (2002). Traumatic brain injury: A hidden consequence for battered women. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(1), 39-45. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.33.1.39>
- Johnson, D. M., Delahanty, D. L., & Pinna, K. (2008). The cortisol awakening response as a function of PTSD severity and abuse chronicity in sheltered battered women. *Journal of Anxiety Disorders*, 22(5), 793-800. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2007.08.006>
- Kwako, L. E., Glass, N., Campbell, J., Melvin, K. C., Barr, T., & Gill, J. M. (2011). Traumatic Brain Injury in Intimate Partner Violence: A Critical Review of Outcomes and Mechanisms. *Trauma, Violence, & Abuse*, 12(3), 115-126. <https://doi.org/10.1177/1524838011404251>
- Lee, R. M., & Stanko, E. A. (Eds.). (2003). *Researching violence: essays on methodology and measurement*. London ; New York: Routledge.
- Ley Orgánica 1/2004 de 28 de diciembre. (2004). Ley Orgánica de Medidas de Protección Integral contra la violencia de género. *Boletín Oficial del Estado*, 313, 42166-42197.
- Manga Rodríguez, D., & Ramos Campos, F. (2001). *LURIA-DNA, diagnóstico neuropsicológico de adultos*. TEA Ediciones, S.A.U.
- Marmar & Weiss. (1996). Impact of Event Scale - Revised (IES-R) - PTSD: National Center for PTSD [General Information]. Recuperado 3 de mayo de 2018, a partir de <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ies-r.asp>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, 2017),. (2017). *IX Informe del Observatorio Estatal de Violencia sobre la Mujer 2015*. Madrid: Autor.
- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Herbert, J., & Martinez, M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, 56(4), 233-240. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.001>

- Plazaola-Castaño, J., Ruiz-Pérez, I., & Hernández-Torres, E. (2008). Validación de la versión corta del Woman Abuse Screening Tool para su uso en atención primaria en España. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 415-420. <https://doi.org/10.1157/13126922>
- Ralph M. Reitan, R. de. (1985). *Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and Clinical Interpretation*. Tucson, Ariz: Reitan Neuropsychology.
- Rey, A. (1975). *Test de copia de una figura compleja*. TEA Ediciones, S.A.U.
- Reynolds, C. R. (2002). *Comprehensive trail-making test: examiner's manual*. Austin, Tex: Pro-Ed.
- Simmons, A. N., Paulus, M. P., Thorp, S. R., Matthews, S. C., Norman, S. B., & Stein, M. B. (2008). Functional Activation and Neural Networks in Women with Posttraumatic Stress Disorder Related to Intimate Partner Violence. *Biological Psychiatry*, 64(8), 681-690. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2008.05.027>
- Spielberger, C. D. (1984). *State-trait anxiety inventory: a comprehensive bibliography*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- St. Ivany, A., & Schminkey, D. (2016). Intimate Partner Violence and Traumatic Brain Injury: State of the Science and Next Steps. *Family & Community Health*, 39(2), 129-137. <https://doi.org/10.1097/FCH.0000000000000094>
- Stein, M. B., Kennedy, C. M., & Twamley, E. W. (2002). Neuropsychological function in female victims of intimate partner violence with and without posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*, 52(11), 1079-1088. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01414-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01414-2)
- Strigo, I. A., Simmons, A. N., Matthews, S. C., Grimes, E. M., Allard, C. B., Reinhardt, L. E., ... Stein, M. B. (2010). Neural Correlates of Altered Pain Response in Women with Posttraumatic Stress Disorder from Intimate Partner Violence. *Biological Psychiatry*, 68(5), 442-450. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.03.034>
- Svavarsdottir, E. K., & Orlygsdottir, B. (2009). Intimate partner abuse factors associated with women's health: a general population study. *Journal of Advanced Nursing*, 65(7), 1452-1462. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05006.x>
- Twamley, E. W., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Hami Cissell, S., Hughes Berardi, K., ... Stein, M. B. (2009). Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(06), 879. <https://doi.org/10.1017/S135561770999049X>
- Valera, E. M., & Berenbaum, H. (2003). Brain injury in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 797-804. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.4.797>
- Zieman, G., Bridwell, A., & Cárdenas, J. F. (2017). Traumatic Brain Injury in Domestic Violence Victims: A Retrospective Study at the Barrow Neurological Institute. *Journal of Neurotrauma*, 34(4), 876-880. <https://doi.org/10.1089/neu.2016.4579>