

ANÁLISIS PRELIMINAR DE LOS ROLES DE GÉNERO EN MUJERES MALTRATADAS QUE ACUDEN A CONSULTA EN UN CENTRO DE SALUD MENTAL

Autores: Espina Barrio José Antonio, Marqués Cabezas Patricia, Segura Rodríguez Ana Isabel y Hernández Antón Rebeca, Psiquiatras, Psicóloga y MIR del Hospital Clínico Universitario de Valladolid

Resumen:

Desde la Teoría de los Roles de Moreno, cada rol tiene uno complementario que mantiene el vínculo. En la violencia de género, predomina el control, el dominio, la sumisión y la asimetría de funciones como elementos disfuncionales de una relación de pareja, que debe ser simétrica, basada en la igualdad de ambos miembros, sin sometimiento alguno y que constituye el significado semántico de "pareja". Su mantenimiento se fortalece con el secreto y la benevolencia social, que tolera, mantiene y/o encubre semejante abuso.

Se revisan 48 historias de mujeres que acuden por maltrato al Centro de Salud Mental, 1º Este, Sanidad, del Hospital Clínico Universitario de Valladolid en los últimos años. Se analiza, mediante un estudio catamnésico los siguientes aspectos: El Motivo de Consulta, ya que la psiquiatrización del maltrato bajo un diagnóstico psiquiátrico sintomático y descontextualizado es una mala praxis que hunde más a las personas que sufren maltrato, y los Roles de las mujeres, así como las intervenciones.

Se concluye que el Análisis de los Roles es un método eficaz en el diagnóstico del maltrato y en el diseño de una intervención apropiada.

Se proponen intervenciones psicodramáticas apropiadas para el afrontamiento, empoderamiento, recuperación emocional y el restablecimiento de una relación interpersonal saludable.

Palabras Clave:

Roles de Género, Violencia, Maltrato, Psicodrama.

Abstract:

From the Theory of Roles initiated by JL Moreno, each role has a complementary role that maintains the link. Control, domination, submission and asymmetry of functions as dysfunctional elements of a relationship predominate in gender violence. A relationship should be symmetrical, it should be equal on both side and without submitting and that it constitutes the semantic meaning of "couple".

We have reviewed 48 stories of women who come for abuse Mental Health Center, 1st Eastern, University Hospital of Valladolid in recent years. We have analyzed, through a catamnésico study, the following aspects: the complaint, the roles of women and therapeutic interventions. Psychiatrization abuse under symptomatic and decontextualized psychiatric diagnosis is malpractice; since this damage more people who are abused.

We can conclude that the analysis of the roles is an effective method in the diagnosis of abuse and designing appropriate intervention.

We propose psychodrama interventions for coping, empowerment, emotional recovery and restoration of a healthy interpersonal relationship.

Keywords:

Roles Gender, Violence, Abuse, Psychodrama.

“Contemplar la eternidad en los hombres y mujeres supone trabajar por una sociedad que trata a cada uno de ellos como a un fin, y a ninguno como mero instrumento para los fines del otro” (P. 698) NUSSBAUM M.C. (Capítulo 15: “El Deseo Democrático: Walt Whitman) en Paisajes del Pensamiento - La inteligencia de las emociones, 2008.

Introducción.

Los roles sociales masculino y femenino se han construido en base a una desigualdad histórica, que no se justifica por motivos biológicos, psicológicos y sociales. Se ha basado en el dominio de un género por el otro y sólo hasta el siglo pasado y, con muchas dificultades, se ha avanzado hacia una igualdad que tenga en cuenta las diferencias entre ambos géneros, pero que se fundamente en la equiparación de roles, el intercambio y sobre todo el respeto y la tolerancia (Espina Barrio 2008). A mediados del siglo XX la mujer española, casada, no podía abrir una cuenta bancaria propia, sin la autorización del cabeza de familia, que es su marido, lo que trasluce una dependencia económica, que es la punta del iceberg de la desigualdad cultural, social y relacional, ya que ni la cultura, ni el trabajo, ni las relaciones eran iguales para hombres y mujeres. De hecho el patrón relacional general era una sumisión y dependencia de la mujer al hombre, marido o padre.

Aunque en los países desarrollados y democráticos la mujer ha adquirido un papel social, económico, laboral y cultural similar al del hombre, dicha igualdad es más declarativa que efectiva. El 28 de Diciembre de 2004 se publicó en España la Ley Orgánica sobre “Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género” que es una

ley preventiva, que intenta cambiar las costumbres de maltrato a la mujer, con las que algunos hombres se dirigen a sus parejas. Aunque la mortalidad por maltrato de género no ha variado mucho, el estigma social de la misma ha aumentado considerablemente. Esta mejora se ha producido por una mayor visibilidad del maltrato a la mujer y por el aumento del rechazo social hacia los que la ejercen. A ello ha contribuido el desarrollo autonómico de dicha ley y los protocolos de actuación que tratan de visibilizar esta violencia de la única forma posible, preguntando sobre la misma, y no ignorando o minimizando su existencia, que es una forma muy efectiva de encubrir y mantener.

El Protocolo de Castilla y León sobre la Violencia en la Pareja (2009) sostiene que:

“La violencia de género, tiene graves consecuencias para la salud de las mujeres que la padecen y sus hijos e hijas, razón que justifica la intervención del sistema sanitario mediante un abordaje integral y que ha llevado al reconocimiento de la violencia de género como un problema de salud pública de primer orden por la Organización Mundial de la Salud, y la puesta en marcha de planes de actuación específicos en un elevado número de países.

La prevención y la atención a las mujeres víctimas de violencia de género es también un problema social, con raíces culturales y educativas y, por tanto, requiere de intervenciones multidisciplinares, integradas y coordinadas, Los servicios de salud juegan, en este sentido, un papel de extraordinaria importancia porque, a menudo, constituyen la primera y a veces única oportunidad para detectar a tiempo su existencia y fijar un plan de atención junto con los recursos sociosanitarios disponibles.” (Pp.9)

Aunque está dirigido a la detección en Atención Primaria, que es donde más cercanía hay a la población, lo cierto es que a Salud Mental también llegan casos que precisan de una atención y que, muchas veces, se encuentran ocultos bajo una sintomatología psíquica que, si no se detecta, encubre y mantiene la situación de maltrato.

De ahí la importancia de su estudio, para mejorar el diagnóstico e impulsar intervenciones eficaces para su resolución.

Desde la Teoría de Jacob Levy Moreno (Espina Barrio, 1995) el Yo de las personas se constituye con los roles que representamos. En el desarrollo del niño se representa como una serie de capas de cebolla, donde en el centro se sitúan los roles psicosomáticos. Éstos aluden a la relación madre – niño, donde no hay una diferencia entre ambos, por eso se denominan también protorroles. Se dan las funciones psicofisiológicas elementales: ingestión, micción, defecación y sueño.

Por fuera de este núcleo del Yo, están los Roles Familiares, fruto de la relación del niño con sus padres y hermanos. Se requiere que el niño se diferencie de la madre y haya pasado la fase del espejo, que es la presencia y ausencia de la madre, que marca el límite entre el infante y su progenitora de manera que cuando la madre falta el niño se imagina que volverá. En este período se desarrollan los roles correspondientes a mi madre, mi padre, mis hermanos, mis tíos, etc.. Todos ellos conforman el núcleo familiar. De ahí la importancia de su estudio

La última capa corresponde a los Roles Sociales o Psicodramáticos, adquiridos por la interrelación social del niño con los demás y por el juego de los mismos. Pueden ser un padre, un policía, un maestro, etc.

De la dinámica del niño con estos roles deviene su forma de ser en el mundo. De ahí la importancia de analizar los mismos. A cada rol le corresponde uno complementario que puede estar más o menos desarrollado, según la experiencia biográfica.

En este estudio se analizarán los roles de las mujeres maltratadas y la existencia o no de relaciones conflictivas con sus padres. Tras lo cual se propondrán intervenciones psicodramáticas diseñadas para su recuperación.

Diseño General.

Pacientes, material y métodos:

Son mujeres a las que se les ha detectado maltrato de género, que acuden por esta demanda o no, al Centro de Salud Mental desde el año 2011, que es cuando se comienza a recoger este epígrafe.

Se trata de un estudio catamnésico y retrospectivo en base a las historias clínicas detectadas y el material de estudio son las historias clínicas, siendo éste limitado al contenido de las mismas, a dicha población específica y no es, por lo tanto, generalizable a la población general.

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS
Nombre
Teléfono
Nº de Historia
Estado Civil
Edad
Sexo
Nivel de Estudios
Situación Laboral
Nacionalidad

Resultados.

SOCIODEMOGRÁFICOS

Se revisaron 48 historias clínicas de mujeres con una Edad: media: 43,625 años, que oscilaban entre 17 y 72 años. Nacionalidad: española: 39/48 = 81,25%. De las

extranjeras: 2 de Cuba, 2 de Brasil, 1 de Bulgaria, 1 de Ecuador, 1 de Colombia, de 1 Ecuador y 1 de Marruecos.

Estado civil:

Soltera → $17/48 = 35,42\%$

Casada → $17/48 = 35,42\%$

Separada → $12/48 = 25\%$

Viuda → $2/48 = 4,1\%$

Estudios:

Sin graduado escolar: $12/48 = 25\%$

Con graduado escolar: $16/48 = 33,33\%$

Bachillerato: $11/48 = 22,92\%$

Diplomatura: $6/48 = 12,5\%$

Licenciatura: $03/48 = 6,25\%$

Trabajo:

Activa: $20/48 = 41,67\%$

Parada: $12/48 = 25\%$

Jubilada: $2/48 = 4,1\%$

Estudiante: $3/48 = 6,25\%$

Ama de casa: $11/48 = 22,92\%$

Hijos a cargo:

Sí: 29/48=60,42%

No: 19/48= 39,58%

Procedencia:

Urbana: 30/48= 62,5%

Rural: 18/48= 37,5%

DEMANDA:

Derivación:

Lo deriva su MAP por este motivo: 16/48= 33,33%

Lo deriva su MAP por otro motivo: 32/48= 66,66%

Meses desde que verbaliza el maltrato: Durante el primer mes: 33/48= 68,75%. No se recogen los de más duración porque la historia puede venir de hace años y el maltrato puede sobrevenir o no después, además no está completamente detallado en todas las historias.

Tipo de violencia:

Psíquica: en 43/48 pacientes = 89,58%

Física: 12/48 pacientes= 25%

Económica: 14/48 pacientes= 29,17%

Sexual: 3/48 pacientes= 6,25%

Sólo psíquica fueron 22/48 = 45,83%. Sólo física 1/48 = 2,08%. Sólo económica 3/48 = 6,25%. Sólo sexual 1/48 = 2,08%.

Mixta: 19/48 = 38,77%. Que analizada de forma más pormenorizada da el siguiente resultado: Psíquica y Física 7/48 = 14,58%, Psíquica y Económica 7/48 = 14,58%, Psíquica y Sexual 1/48 = 2,08%, Psíquica, Física, y Económica 2/48 = 4,16%, Psíquica, Física, Económica y Sexual 1/48 = 2,08% .

Número de consultas: Media: 234/48= 4,875. Oscilando entre 1 y 26.

Alta/abandono:

Alta: 23/48= 47,92%

Abandono: 14/48= 29,17%

Seguimiento: 11/48= 22,92%

ROLES E INTERVENCIÓN:

Relación paterno-filial complicada:

Sí: 15/48= 31,25%

No: 25/48= 52,08%

Sin datos: 8/48= 16,67%

Roles ante la violencia:

Sumiso: 25/48= 52,08%

Pasivo-agresivo: 10/48= 20,83%

Ambivalente: 12/48= 25%

Agresivo: 01/48= 2,08%

Mantenimiento:

Sólo Dependencia psíquica: existe en 22/48= 45,83%, Sólo Dependencia económica: 10/48 = 20,83%. Sólo miedo a agresiones = 0%

Dependencia Mixta, Todas tienen Dependencia Psíquica, 16/48= 33,33%. Desglosado da los siguientes resultados: Más Económica: 8/48 = 16,66. Más miedo a agresiones 8/48= 16,66%, del que la mitad añade la Dependencia Económica.

Diagnóstico:

Predominan los diagnósticos de Trastorno Adaptativo F43 y los de Problemas de pareja Z63. Desde la aparición de la DSM-5, los específicos de maltrato. Sólo 4 Trastornos de Personalidad y 1 de Trastorno Psicótico.

Tratamiento:

Psicofarmacológico: 35/48= 72,91%

Intervención psicoterapéutica: 100%

Análisis e Interpretación de Resultados.

Análisis Resultados:

La edad media alude a mujeres con unos años de relación de pareja, entre 10 y 20 años, pero la gran dispersión señala que el maltrato se da en cualquier edad y tiempo de relación.

La nacionalidad de las mujeres que acudieron fue fundamentalmente española en un 80%: de las extranjeras, predominan las latinoamericanas. Son datos similares a la distribución de la población española e indican que el maltrato se encuentra inserto en nuestra sociedad y no es importado.

La mayoría están casadas o solteras 35,42 % en cada estado, lo que circunscribe el maltrato a la relación de género y no sólo a la convivencia. Se afirma de forma provisional, ya que muchas parejas conviven pero no están casadas y no se dispone de dicho dato, por lo que las que figuran como solteras, pueden estar viviendo en pareja.

Los estudios son similares a los de la población que consulta, lo que indica que se da en cualquier nivel de formación. Lo mismo pasa con la actividad laboral, que es similar a la población general y se da en todo tipo de condición laboral. En cuanto a la población urbana y rural, la distribución es parecida a la de la población del sector, con mayoría de población urbana. Un 60% tienen hijos a cargo y un 40% no, lo que indica que no es un factor influyente en la violencia de género en dicha población de estudio.

El 70% de las mujeres fueron derivados desde Atención Primaria por otros motivos. A pesar de los esfuerzos en la formación y sensibilización de dichos profesionales, con la generalización de la pregunta de maltrato, la detección de este motivo o no se hace o no se refleja, lo que no minusvalora las actuaciones formativas, sino que indica la necesidad de una potenciación de los esfuerzos realizados hasta ahora. De hecho la verbalización del maltrato se encuentra en un 70% en el primer mes de la primera consulta en Salud Mental, muchas veces en la primera, luego basta hacer una buena anamnesis que incluya el maltrato como pregunta.

Casi el 90% de las mujeres sufrieron violencia psíquica, alrededor del 25% física y otro tanto económica, la sexual sólo en 3 mujeres. Casi la mitad sólo psíquica, siendo mixta casi en el 40 %. Todo lo cual coincide con el ciclo de la violencia (Protocolo

Violencia de Género, 2012, en adelante Protocolo VG) que comienza por ser psíquica y en su escalada pasa por económica y/o física y/o sexual.

La media de consultas, alrededor de 5 es la usual en trastornos adaptativos, que cuando resuelven el problema dejan de consultar. La dispersión es de 1 a 26, aunque muchas de ellas precisaron sólo 1 consulta. El abandono, cercano al 30%, también se encuentra dentro de los límites habituales en estas situaciones, ya que en algunos casos no hay conciencia del maltrato o evitan su afrontamiento.

Estos resultados de población que acude a Salud mental y es víctima de violencia de Género coinciden con los obtenidos en otras culturas. En Irán, de 2091 mujeres que acuden a Atención Primaria (AP), el 24,5% sufrieron violencia de género, la mayoría psicológica y no se encontraron correlaciones psicopatológicas con dichas víctimas (Soleiman R. et al.,2016). En Arabia Saudí de 720 mujeres que acuden a AP, el 20% sufrieron violencia de género, con independencia de clase social, estudios, edad, tiempo de matrimonio, etc. (Barnawi F.H., 2017)

En cuanto a las relaciones paterno filiales complicadas, un 52,08% no las refiere. Sólo un 31,25% afirman tenerlas y un 16,67% carecen de datos. Esta carencia puede ser por dos razones, una es el carácter adaptativo del trastorno, que obliga a centrarse en el presente y no investiga el pasado y la otra es que la edad media de la consulta hace que la entrevista se centre más en la familia propia que en la de origen. Aunque la conclusión de estos datos hace pensar que las relaciones parentofiliales no son muy influyentes en la elección de las parejas maltratadoras, la carencia de datos tan alta deja esta conclusión en provisional, no obstante refuerza las tesis del Protocolo VG que sostiene su condición estructural y, por lo tanto social, por lo que las relaciones de la infancia con los progenitores no influyen tanto como los roles sociales de dominación adscritos al hombre frente a la mujer. En todo caso debería investigarse de forma sistemática la existencia o no de dichas relaciones infantiles complicadas con los padres en las mujeres maltratadas.

Un 52,08% de las mujeres adoptan un rol sumiso, el 20,83% pasivo-agresivo y un 25% ambivalente, todo lo cual refuerza la relación de poder de los hombres sobre las mujeres, como se sostiene en Espina Barrio (2008), basado en Población (2005), y que es el núcleo de la misma, basado en la asunción social de unos roles desiguales y discriminatorios por el género, incompatibles con una relación de iguales. Los datos de la muestra también avalan lo que sostiene el Protocolo VG.

El mantenimiento de la situación de violencia se encuentra reforzado por la Dependencia Psíquica que se da en todas las mujeres, bien sea sola en el 45,83% o mixta, donde se divide a partes iguales, el 16,66%, entre la económica y el miedo a agresiones propias o de los hijos. No hay que olvidar que la Dependencia económica contribuye a mantener la violencia, siendo el factor único en el 20,83% de la muestra. Por lo tanto los factores psíquicos y económicos, en esta muestra, son claves para prolongar una situación de maltrato y se encuentran a mucha distancia del miedo. Lo que concuerda con el Protocolo VG.

La preponderancia abrumadora de diagnósticos de trastornos adaptativos refuerza la hipótesis de que la Violencia de Género está basada en factores sociales estructurales más que en trastornos estructurados de salud mental de la mujer, que se encontraron en sólo 5 casos de la muestra.

El tratamiento, basado en la psicoterapia, se beneficia también de un tratamiento psicofarmacológico que disminuye su sufrimiento y permite el afrontamiento de sus dificultades, que sin ayuda farmacológica, en muchos casos, no hubiera sido posible, pero que usada de forma exclusiva es insuficiente.

Interpretación de los Resultados según la Teoría de los Roles

Para Moreno J.L. (1959 y 1978) y Moreno Z.T. (1989) el Yo de las personas se constituye con las relaciones que establece a lo largo de la vida. En las mujeres maltratadas la capa externa Social se ve afectada por un Rol de sumisión, desarrollado

por el rol de dominio del hombre que se infiltra en la intermedia, Familiar, y provoca una relación interpersonal, que genera sufrimiento y desvalorización en las mujeres que lo sufren. En la intervención del Protocolo VG se aluden a los aspectos cognitivos y de afrontamiento, que siendo muy útiles, no dan la preponderancia a los afectivos, aunque también son considerados. De ahí que, tras el análisis de los resultados, se proponen una serie de intervenciones psicodramáticas que sean beneficiosas para las mujeres afectadas.

La sumisión genera una dependencia y sometimiento ciego al agresor, lo que propicia una falta de conciencia del sufrimiento. La mayoría de las afectadas sufren una violencia psíquica, que no se resuelve con denuncias a la fiscalía, éstas sólo tienen sentido en un contexto de grave amenaza física o riesgo de padecerlo, que es cuando hay que proteger con urgencia a la mujer; por otra parte la falta de conciencia de la víctima, a veces coincide con la del agresor. Una vez que la víctima reconoce el abuso y considera aceptable la propuesta de ayuda del terapeuta, basta una entrevista o nota sobre la situación, que conciencie a ambos y resuelva la situación, que se ha de comprobar estable con el tiempo. En estas intervenciones pueden ser muy útiles el ensayo ante una silla vacía, que representa a la pareja. El cambio de roles permite cerrar la gestalt; también puede verse desde fuera, con la técnica del espejo, que prepara para resolver el encuentro con una asertividad redoblada.

Cuando la situación o la afectada no ve posible un cambio en la relación de pareja, precisa recuperarse del sufrimiento inferido. La simbolización del ofensor en un animal o en un objeto, permite expresar los sentimientos ocultos: rabia, miedo, ambivalencia, etc. y realizar un proyecto personal autónomo.

En el estudio se ha visto la importancia de la ambivalencia en el maltrato y sobre todo en su mantenimiento. Para ayudar a salir de ella es muy útil representar un día libre del maltrato y otro no, esta alternancia permite establecer diferencias que ayudarán a que tome una decisión.

Cuando se ha pensado en separarse y esta reacción asusta, la Proyección al Futuro sin el problema, representado en la consulta, es una alternativa que, encarna lo que va a pasar, prepara para su realización y afronta las dificultades que surgirán.

El rol de sumisión implica una falta asertividad, que se traduce en una dificultad para expresar lo que se desea, el entrenamiento en la misma se puede hacer mediante la representación del átomo social y la forma de relacionarse con los que rodean. Además se ayuda a salir del aislamiento, al conectar con el medio que le rodea y apoya.

El empoderamiento es una de las intervenciones que más se habla y que menos se muestra. El psicodrama ayuda a reforzar los roles nuevos, cuando son representados previamente a su desarrollo en la realidad, lo que permite corregir, valorar y crear los más apropiados. La mujer "renace" a su autonomía personal, económica y laboral. También se representan los roles parentales renovados que la "nueva mujer" va a desempeñar.

En el plano emocional se trata también el reencuentro con el hombre, ya que la generalización de éste como un enemigo no va a permitir un nuevo encuentro armonioso e igualitario con él. En este trabajo se ha visto cómo las mujeres maltratadas, en su mayoría, han tenido relaciones de afecto con sus padres. Luego un objetivo de la psicoterapia, una vez que hayan reparado sus heridas emocionales, es volver a establecer relaciones afectivas con los hombres de una forma diferente y similar a su infancia. El reencuentro imaginario con las relaciones infantiles parento filiales y la recuperación emocional del afecto en la época adulta, abre a la mujer a relaciones satisfactorias que reflejan su pasado.

Cuando ha existido un pasado traumático, la resolución se lleva a cabo mediante la conexión con las relaciones dolorosas y la reparación de las mismas mediante la exploración de relaciones nutricias que se pueden encontrar en abuelos, tíos, maestros, cuidadores, etc. Recuperarlas permite contrarrestar las relaciones dolorosas y llevar al presente una forma de relación que les produce felicidad en lugar de dolor. Pero para que

el trabajo sea efectivo, es preciso ir al dolor y expresarlo, después repararlo mediante el recurso a relaciones sanadoras que se traen de su biografía y se aplican al momento actual.

Éstas son alguna de las intervenciones psicodramáticas que recuperan de una época oscura y dolorosa y alumbran una nueva vida y relación consigo y con los demás. Cuando se logra se alcanza una vida plena, como le ocurrió a una de las dos brasileñas maltratadas del estudio, que logró formar una nueva familia reconstituida y afrontar las dificultades que una separación traumática le ocasionó a ella y a sus hijos.

Conclusiones.

- La violencia de género es estructural y basada en roles sociales disimétricos, fundamentados en una consideración social desigual y discriminatoria.
- Su base es la relación de poder entre hombre y mujer sancionada por la sociedad hasta hace unas décadas..
- El estudio de los roles de la mujer ayuda a su conocimiento y mejora la intervención, no obstante se precisan más estudios sobre las mujeres y sus maltratadores para abrir campos de investigación que profundicen el el problema.
- No hay ningún sustrato psicopatológico previo en las mujeres maltratadas, el sufrimiento por esta relación desigual es el que genera el trastorno adaptativo.
- La clasificación Dsm-5, que establece un apartado específico que delimita los diferentes malos tratos, abre un nuevo campo de investigación que puede ser muy fructífero y prometedor.
- Tampoco se ha demostrado una conexión entre maltrato y relaciones paterno filiales complicadas, no obstante la falta de datos en bastantes historia hace que se requiera más investigación sistemática.
- Es importante preguntar por el maltrato, en cualquier nivel de atención, porque sino se contribuye a tapar más una realidad oculta.
- La dependencia psíquica y económica instauran y mantienen el maltrato.

- Las intervenciones psicodramáticas, basadas en la teoría de los roles, pueden potenciar las realizadas hasta ahora, no obstante necesitan una investigación de resultados para que esta conclusión sea definitiva.

Bibliografía

- Moreno J.L. *Psicoterapia de Grupo y Psicodrama - Introducción a la Teoría y a la Praxis*, "Biblioteca de Psicología y Psicoanálisis", 1ª ed. 1966, México, Fondo de de Cultura Económica, 1º Reimp., 1975 (Traducido de la 1ª ed. alemana de 1959 por Armando Suárez)
- Moreno J.L. *Psicodrama*, "Psicología de Hoy:Teoría y métodos en Psicoterapia", Vol. 3, Buenos Aires, Hormé Paidós, 4ª ed., 1978. (Traducido de la V.O. en inglés por Daniel R. Wagner)
- Moreno Z.T. *Psychodrama Role Theory and the concept of the Social Atom*, Journal Group of Psychotherapy, Psychodrama and Sociometry, Vol. 42, , Nº 3, Fall, 1989 (p. 178-187).
- Espina Barrio J.A, *Psicodrama: Origen y Desarrollo*, Salamanca, Amarú E.,, 1995.
- Espina Barrio J.A. Una Estrategia de Amor: La renuncia al Poder, *NORTE de Salud mental*, Nº 31, 2008. (38-44)
- Población P. *Las Relaciones de Poder*, Madrid, Fundamentos, 2005.
- Nussbaum M.C. *Paisajes del Pensamiento - La inteligencia de las emociones*, Barcelona, Paidós, "Colección Magnum, Nº 2, 2008 (P. 798) (Traducido por Araceli Maira de la V.O. Upheavals of Thought de 2001)
- Ministerio de Sanidad. Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la Violencia de Género. 2012.

Disponible en web del Ministerio de Sanidad y en:

<http://publicacionesoficiales.boe.es>

- AA.VV. Guía De práctica Clínica sobre violencia contra las mujeres en la pareja, sin fecha, Consultado en 2016.

Disponible en:

http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/profesionalesInvestigacion/protocolosAmbitoAutonomico/sanitario/docs/Guia_practica_clinica_Castilla_y_Leon.pdf

- Barnawi F.H., "Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence against women attending a primary care center in Riyadh, Saudi Arabia", *J. Interpers. Violence*, May, 27, 2015
- Soleiman R., Ahmadi R. y Yosefnezhad A. "Health consequences of intimate partner violence against married women: a population-based study in northern Iran", *Psychol Health Med.*, Diciembre, 14, 2016 (Pp- 1-6)