

EFFECTOS PSICOPATOLÓGICOS DEL MALTRATO DOMÉSTICO

PAULINA PAZ RINCÓN*
Universidad de Concepción, Chile

FRANCISCO JAVIER LABRADOR,
MARÍA ARINERO
Y
MARÍA CRESPO
Universidad Complutense de Madrid, España

ABSTRACT

Domestic violence is an aversive situation that causes a strong psychological distress. Usually, it has been considered its effect on the adaptation of the victims to their daily life and on their mental health. This paper analyses its psychological consequences in a sample of 70 battered women. Results support previous researches about the posttraumatic symptoms, showing an important percentage of Posttraumatic Stress Disorder and Posttraumatic Stress Subsyndromal among battered women. Comorbidity with depression has been found too. However, the percentage of women who suffered another anxiety disorder was lower than those found in previous studies. No women presented alcohol or substances abuse. Level of general inadaptation and low self-esteem are also described as concomitants variables. Finally, there are some suggestions for treatment according to the specific symptomatology found in the study.

Key words: Battered women, posttraumatic stress disorder, posttraumatic stress subsyndromal, depression.

RESUMEN

El maltrato doméstico es una situación aversiva que puede provocar un intenso malestar psicológico. Tradicionalmente, se ha estudiado su repercusión en la adaptación a la vida cotidiana y en la salud mental de las víctimas. En este artículo se evalúan sus consecuencias psicológicas en

Continúa *β*

* Correspondencia: PAULINA PAZ RINCÓN, Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción, Barrio Universitario, s/n, Concepción, Chile. Correo electrónico: princon@udec.cl

Continuación B

una muestra de 70 mujeres maltratadas. Los resultados apoyan los datos de investigaciones previas acerca de la sintomatología postraumática, encontrándose un porcentaje importante de Trastorno de Estrés Postraumático y de Subsíndrome de Estrés Postraumático. Asimismo, se encontró la existencia de comorbilidad con depresión. Sin embargo, el porcentaje de mujeres que presentaba algún otro trastorno de ansiedad fue inferior al señalado en trabajos anteriores, y ninguna de ellas presentó problemas de abuso de alcohol o drogas. Se describe la presencia de determinadas variables concomitantes, destacándose el nivel de inadaptación general y la baja autoestima. Se apuntan consideraciones de cara al tratamiento a partir de la sintomatología específica encontrada.

Palabras clave: mujeres maltratadas, trastorno de estrés postraumático, subsíndrome de estrés postraumático, depresión.

INTRODUCCIÓN

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

Este tipo de maltrato es un problema común en muchos hogares y del que resulta víctima, en la gran mayoría de las ocasiones, la mujer. Según la Asociación Médica Americana, un 25% de las mujeres es víctima de maltrato doméstico al menos una vez en su vida. La prevalencia en España se estima entre un 15 y 30% de la población femenina (Echeburúa y Corral, 1998).

Las consecuencias para las mujeres víctimas de maltrato son variadas, llegando en casos extremos a la muerte, ya sea por homicidio o por suicidio. Sin ir más lejos, en España, durante el año 2001, 38 mujeres murieron a manos de su cónyuge, cifra en la que no se incluye el País Vasco, Lleida y Girona, porque el Ministerio del Interior no dispone de datos completos (Instituto de la Mujer, 2002). Por otra parte, se estima que entre el 20 y 40% de las mujeres que se suicidan sufren malos tratos por parte de su cónyuge (Lorente, 2001). Los principales trastornos psicológicos desarrollados por este tipo de víctimas son la depresión, los trastornos de

ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (Montero, 2001; Walker, 1991).

El TEPT, que parece ser la categoría diagnóstica que mejor describe los síntomas observados en la mayoría de las mujeres maltratadas (Villavicencio y Sebastián, 1999), sólo empezó a ser considerado en este tipo de víctimas a partir de las modificaciones introducidas en el DSM-IV. En versiones anteriores del DSM (American Psychiatric Association, 1980, 1987) un estímulo estresante traumático se definía como un acontecimiento que se encontraba fuera del rango de la experiencia habitual humana, con lo que experiencias traumáticas como las agresiones sexuales o el maltrato doméstico no se consideraban como tal debido a su elevada frecuencia y, por ende, sus consecuencias no podían ser clasificadas como síntomas del trastorno de estrés postraumático.

Según el DSM-IV (APA, 1994), el TEPT aparece cuando la persona ha sufrido o ha sido testigo de una agresión física o una amenaza para su vida o la de otra persona y cuando la reacción emocional experimentada implica una respuesta intensa de miedo, horror o indefensión. Hay tres aspectos característicos de este trastorno: 1) Reexperimentación de los acontecimientos traumáticos, 2) Conductas de evitación de los estímulos asociados con el trauma y 3) Síntomas debidos al exceso de activación (dificultades de concentración, irritabilidad, problemas para conciliar el sueño, etc.). Se estima que en la mitad de los casos de personas aquejadas por TEPT,

la sintomatología no remite espontáneamente sino que se cronifica.

La importancia del TEPT en las mujeres víctimas de maltrato doméstico radica en que el trastorno es desarrollado por un 45 a 84% de ellas según algunos autores (Levendosky y Graham-Bermann, 2001), y por un 45 a 60% de ellas, según otros (Echeburúa, Corral y Amor, 1998, 2002). Al igual que en víctimas de agresiones sexuales, es más probable que las víctimas de maltrato doméstico desarrollen el trastorno en comparación con otro tipo de víctimas (excombatientes, víctimas de accidentes de tráfico, etc.) debido a que el suceso traumático se produce en un medio seguro (Corral *et al.*, 1992).

Se han estudiado características específicas del TEPT en mujeres víctimas de maltrato doméstico encontrándose que los síntomas de reexperimentación y los de aumento de activación aparecen de forma muy marcada (Echeburúa, Corral y Amor, 1998). Estos datos concuerdan con los hallados en víctimas de diversos traumas, pues es frecuente encontrar los síntomas relacionados con la reexperimentación del suceso traumático y con hiperactivación, pero mucho menos frecuente los síntomas de evitación. Entre los síntomas más frecuentes —aquellos registrados en más del 50% de los sujetos— se han encontrado: a) Recuerdos intrusivos, b) Sensación de que el acontecimiento está ocurriendo de nuevo (ambos del criterio B, reexperimentación); c) Problemas para conciliar o mantener el sueño y, d) Respuesta de sobresalto (ambos del criterio D, incremento de la activación). Entre los menos frecuentes —los registrados en menos del 10% de los sujetos— se señala: a) Amnesia eventual, b) Sentimientos de distanciamiento de los otros y, c) Sensación de futuro desolador (todos pertenecientes al criterio C, evitación) (McMillen, North y Smith, 2000).

Por estas razones, parece interesante estudiar la sintomatología específica que aparece en las mujeres víctimas de maltrato y no sólo el TEPT como cuadro completo. Al trabajar sobre los síntomas específicos, Hickling y Blanchard (1997) destacan lo que denominan Subsíndrome de Estrés

Postrumático (SEPT), que se caracteriza por la presencia de uno de los síntomas de reexperimentación (el criterio B tal y como es necesario para el diagnóstico del TEPT, según el DSM-IV) y cumplir el criterio C (al menos tres de los síntomas de evitación) o el criterio D (al menos dos síntomas de incremento de la activación), pero nunca ambos. En seguimientos realizados en pacientes con SEPT se ha visto que éste puede convertirse en un TEPT en el breve período de un mes y esta posibilidad aumenta significativamente si el período que transcurre es mayor (en torno al año) (Blanchard *et al.*, 1996). Es muy probable que el SEPT sea fácil de identificar o afecte de forma importante a la población de mujeres maltratadas como paso previo o desarrollo alternativo al TEPT.

Por otra parte, Herman señala que en las mujeres maltratadas es frecuente encontrar un síndrome traumático complejo, muy similar al TEPT, pero con síntomas adicionales como depresión, ansiedad, distorsiones cognitivas (en concreto, idealización del maltratador) y síntomas de disociación (Levendosky y Graham-Bermann, 2001). El TEPT, en este tipo de víctimas, estaría asociado a una mayor inadaptación global, a la existencia de relaciones sexuales forzadas, a la presencia de maltrato incluso durante los embarazos y a la carencia de apoyo social y familiar (Echeburúa *et al.*, 1997a).

Aunque la depresión tiende a aparecer con más frecuencia en las víctimas de maltrato doméstico que en otras (Echeburúa, Corral y Amor, 1998), no se puede descartar la presencia de otros trastornos comórbidos al TEPT, en especial, además de depresión, los trastornos de ansiedad y abuso de sustancias psicoactivas (Brady *et al.*, 2000; Kessler, 2000; McFarlane, 2000). De hecho se estima que el 59% de los hombres y el 44% de las mujeres con TEPT cumplen criterios para tres o más diagnósticos psiquiátricos (Brady *et al.*, 2000).

Algunos trastornos comórbidos pueden estar directamente asociados a la presencia del TEPT. El abuso de sustancias psicoactivas en sujetos que han sido víctimas de un trauma, podría ser una forma de evitación o reducción de la sensibilidad. Por otro lado se ha constatado que individuos con trastorno

de estrés postraumático y depresión presentan respuestas fisiológicas diferentes a las encontradas en individuos sólo con depresión, lo que podría indicar que la depresión que acompaña al TEPT tiene una base biológica diferente a la depresión no asociada a él (Astin y Resick, 1997).

En definitiva, los objetivos del presente trabajo son:

Identificar las características específicas del TEPT en mujeres víctimas de maltrato doméstico, precisando cuáles son los síntomas de este trastorno que suelen estar presentes,

Establecer la importancia de la presencia de otros trastornos concomitantes como depresión, trastornos de ansiedad y abuso de sustancias psicoactivas, e

Identificar algunas de las variables más relevantes que caracterizan a las mujeres que demandan asistencia por este problema, tales como, tipo de maltrato experimentado, duración y frecuencia, si vive con el agresor y/o depende de él económicamente, etc.

Estos datos serían útiles no sólo para entender la problemática y consecuencias del maltrato doméstico, sino también para orientar las intervenciones que se realicen de cara a aliviar la situación de estas mujeres en los casos en que aparece el TEPT y en aquellos en que no aparece, pero es previsible que lo haga, como en el caso de mujeres con SEPT.

MÉTODO

Participantes

La muestra estuvo constituida por 70 mujeres que demandaban asistencia psicológica por ser o haber sido víctimas de maltrato (físico, sexual y/o psicológico) en su relación de pareja, derivadas desde distintas instituciones: Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Collado-Villalba, Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Leganés, Piso de Acogida de la Concejalía de la

Mujer del Ayuntamiento de Toledo, Servicio de Atención a la Víctima del Decanato de los Juzgados de Madrid, Servicio de Atención a la Víctima de Móstoles y Servicios Sociales de Las Rozas.

En cuanto a las características demográficas de la muestra, el rango de edad de las mujeres evaluadas osciló entre 16 y 65 años con una media de 37.73 años (D.T. = 10.29). El 24.3% de las mujeres eran solteras, un 4.3% convivía con una pareja estable, el 31.4% estaba casada, un 38.6% se encontraba separada, divorciada o en trámites de separación, y un 1.4% era viuda. En el momento de la evaluación, el 27.1% vivía con el agresor y el 31.4% dependía económicamente de él. El 1.4% de las participantes decía pertenecer a la clase media-alta, un 65.7% se consideraba de clase social media, un 21.4% se consideraba de clase media-baja y un 11.4%, de clase baja. El 15.7% de las participantes tenía estudios primarios incompletos, el 52.9% los había completado, el 24.3% tenía estudios secundarios y el 7.1% restante tenía estudios universitarios.

Materiales

Entrevistas. Se elaboró una Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico (Labrador y Rincón, en prensa), con el fin de recoger información de antecedentes sociodemográficos, historia del problema de maltrato, consumo de sustancias adictivas y trastornos de ansiedad. La entrevista incluye el Cuestionario de Alcoholismo CAGE de Hayfield (versión de Echeburúa, 1994) y una entrevista estructurada para diagnóstico DSM-IV de trastornos de ansiedad (Zimmerman, 1994). Se aplicó la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (Echeburúa *et al.*, 1997b) para evaluar los síntomas y la intensidad de este trastorno según criterios DSM-IV (APA, 1994).

Instrumentos de autoinforme. Además del TEPT se han evaluado otras variables de adaptación y sintomatología concomitante a la situación de maltrato:

- Depresión: Inventario de Depresión de Beck (BDI). Se utilizó la versión autoaplicada de 21 ítems traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1997).

- Autoestima: Escala de Autoestima de Rosenberg (Rosenberg, 1965, citado en Echeburúa y Corral, 1998). Evalúa el sentimiento de satisfacción que una persona tiene consigo misma.
- Inadaptación a la vida cotidiana: Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Evalúa en qué medida el problema del sujeto afecta a áreas como trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar, junto con una valoración global.
- Aspectos cognitivos derivados de la experiencia de maltrato: Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa *et al.*, 1999). Evalúa pensamientos y creencias relacionados con el trauma con tres subescalas que miden cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y nivel de autopunición.

Procedimiento

La evaluación se llevó a cabo en una sesión individual de 90 a 120 minutos de duración en la que se aplicaba la Entrevista Semiestructurada para Víctimas de Maltrato Doméstico, la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT y los instrumentos de autoinforme ya descritos.

RESULTADOS

Historia de Maltrato Doméstico

Un 65.7% de la muestra ha padecido maltrato físico y psicológico y un 20% sólo maltrato psicológico. La duración media del maltrato ha sido de 10.3 años (D.T. = 9.8). La gran mayoría de las participantes, 72.9%, ha padecido maltrato a diario. En el 78.3% de los casos en que hay hijos, éstos también han sufrido malos tratos. La mayoría de las participantes, 68.6%, había denunciado la situación de maltrato en que se encontraba y había tenido que abandonar su hogar debido al maltrato, siendo el principal refugio la casa de familiares. Sin embargo, sólo el 42.9% de la muestra había recibido asistencia médica por lesiones ocasionadas por los malos tratos.

A diferencia de lo que suele plantearse, la mayoría de las participantes (78.6%) no tenía historia de maltrato previo con parejas anteriores, ni había vivido o presenciado malos tratos en su familia de origen (67.1%). En la tabla 1 se presentan los datos al respecto.

Trastorno de Estrés Postraumático

El 67.1% de las participantes tiene TEPT crónico (61.7%. si se excluyen de la muestra a aquellas mujeres que fueron derivadas a nuestro programa de tratamiento por tener ya TEPT). La media en la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT es de 24.07 (punto de corte, 15), siendo en cada subescala las siguientes: a) Síntomas de reexperimentación: 7.53 (punto de corte, 5), b) Síntomas de evitación: 8.79 (punto de corte, 6) y, c) Síntomas de activación, 7.77 (punto de corte, 4) (*véanse* tablas 2 y 3).

Los síntomas más frecuentes del trastorno en este tipo de víctimas son los de reexperimentación: Malestar psicológico al recordar el trauma, recuerdos intrusivos y malestar fisiológico al recordar lo vivido, presentados por un 75.7, 71.5 y 62.9% de las víctimas, respectivamente. Todos los síntomas de aumento de activación están presentes en más del 50% de las participantes, destacando los problemas para conciliar o mantener el sueño (67.2%) y las dificultades de concentración (65.7%). Entre los síntomas de evitación destacan evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas a lo vivido (67.1%), pérdida de interés en actividades significativas (62.8%) y restricción de la vida afectiva (57.1%).

Los síntomas menos frecuentes son: a) Amnesia eventual (15.7%), b) Sensación de futuro desolador (31.4%) (ambos síntomas de evitación), c) Flashbacks (30%) y, d) Sueños intrusivos (37.1%). Se ofrece un resumen de lo comentado en la tabla 4.

Es interesante destacar la aparición del SEPT (Subsíndrome de estrés postraumático) en un 15% de la muestra, en contraste con un 23.3% de participantes que no presentan TEPT ni su subsíndrome.

TABLA 1
Variables de la historia de maltrato doméstico

Variables de la historia de maltrato doméstico		N	%
Tipo de maltrato	Físico	1	1.4
	Psicológico	14	20.0
	Físico y psicológico	46	65.7
	Psicológico y sexual	1	1.4
	Físico, psicológico y sexual	8	11.4
Duración del maltrato	1 año	8	11.4
	De 2 a 5 años	22	31.4
	De 6 a 10 años	11	15.7
	De 11 a 15 años	11	15.7
	Más de 15 años	16	22.9
Frecuencia del maltrato en el último mes de convivencia	A diario	51	72.9
	Dos veces por semana	10	14.3
	Dos veces por mes	3	4.3
	Una vez por mes	3	4.3
	3 episodios	1	1.4
	1 episodio	1	1.4
Denuncias	Sí	48	68.6
	No	22	31.4
Asistencia médica por lesiones	Sí	30	42.9
	No	40	57.1
Salidas del hogar	Sí	48	68.6
	No	22	31.4
Lugar en que se refugia	Casa de familiares	27	38.6
	Casa de amigos	3	4.3
	Piso de acogida	12	17.1
	Casa de familiares o piso acogida	4	5.7
	Calle	1	1.4
Maltrato a los hijos	Sí (psicológico)	32	45.7
	Sí (físico)	15	21.4
	No	13	18.6
	No corresponde	10	14.3
Apoyo familiar	Sí	58	82.9
	No	12	17.1
Apoyo social	Sí	50	71.4
	No	20	28.6
Historia previa de maltrato con otra pareja	Sí	15	21.4
	No	55	78.6
Maltrato en familia de origen	Sí	23	32.9
	No	47	67.1

TABLA 2
*Distribución de la muestra según diagnóstico de estrés postraumático y de depresión**

Instrumentos de medida	Muestra completa		Muestra parcial	
	N	%	N	%
Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático				
Ausencia de trastorno	14	20.0	14	23.3
Subsíndrome estrés postraumático	9	12.9	9	15.0
Trastorno de estrés postraumático agudo	0	0.0	0	0.0
Trastorno de estrés postraumático crónico	47	67.1	37	61.7
BDI				
Ausencia de depresión	10	14.3	10	16.7
Depresión leve	15	21.4	13	21.7
Depresión moderada	22	31.4	19	31.7
Depresión grave	22	31.4	17	28.3

* Ha parecido conveniente en esta tabla presentar de forma separada tanto los valores de las 70 mujeres de la muestra completa, como los referidos a una submuestra de 60 mujeres en la que se han excluido 10 mujeres que llegaron derivadas a este programa por haber sido diagnosticadas previamente con TEPT.

TABLA 3
Medias y desviaciones típicas, para las medidas evaluadas

Instrumentos de medida	M	D.T.
Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático	24.07	10.33
Subescala de síntomas de reexperimentación	7.53	3.62
Subescala de síntomas de evitación	8.79	4.36
Subescala de síntomas de aumento de activación	7.77	3.81
BDI	23.16	12.13
Escala de Autoestima	26.01	5.28
Escala de Inadaptación	19.30	6.78
Subescala trabajo-estudios	2.78	1.65
Subescala vida social	2.84	1.65
Subescala tiempo libre	3.20	1.66
Subescala relación de pareja	3.77	1.70
Subescala vida familiar	2.78	1.86
Subescala escala global	3.94	1.26
Inventario de Cogniciones Postraumáticas	11.98	3.79
Cogniciones negativas acerca de sí mismo	3.65	1.48
Cogniciones negativas acerca del mundo	4.62	1.54
Autopunición	3.70	1.61

TABLE 4
Frecuencia de los diferentes síntomas del trastorno de estrés postraumático (en %)

Síntoma	Nada	Poco	Bastante	Mucho	Presencia de síntoma*
Subescala de Reexperimentación					
Recuerdos intrusivos	8.6	20.0	28.6	42.9	71.5
Sueños intrusivos	50.0	12.9	20.0	17.1	37.1
“Flashbacks”	57.1	12.9	21.4	8.6	30.0
Malestar psicológico	12.9	11.4	40.0	35.7	75.7
Malestar fisiológico	21.4	15.7	40.0	22.9	62.9
Subescala de Evitación					
Evitar pensar, sentir...	18.6	14.3	41.4	25.7	67.1
Evitar actividades, lugares...	42.9	10.0	30.0	17.1	47.1
Amnesia	77.1	7.1	14.3	1.4	15.7
Pérdida de interés en actividades significativas	30.0	7.1	27.1	35.7	62.8
Sensación de desapego o enajenación	42.9	10.0	25.7	21.4	47.1
Restricción de la vida afectiva	28.6	14.3	21.4	35.7	57.1
Sensación de futuro desolador	61.4	7.1	20.0	11.4	31.4
Subescala de Aumento de la Activación					
Insomnio	24.3	8.6	32.9	34.3	67.2
Irritabilidad	31.4	17.1	28.6	22.9	51.5
Dificultades de concentración	21.4	12.9	35.7	30.0	65.7
Hipervigilancia	32.9	12.9	22.9	31.4	54.3
Respuesta de sobresalto	31.4	18.6	34.3	15.7	50.0

* Se requiere puntuar *bastante* o *mucho* para ser considerado síntoma (Echeburúa *et al.*, 1997).

Trastornos Comórbidos

El 84.2% de las participantes se distribuye entre depresión leve y grave, con una media de 23.16 puntos en el BDI (D.T. = 12.13). El 71.4 de las

participantes no presenta ningún trastorno de ansiedad distinto al TEPT, un 10% de ellas presenta fobia específica, un 7.1%, crisis de angustia y un 5.7%, fobia social. Ninguna participante presentaba abuso o dependencia de sustancias (véase tabla 5).

TABLE 5
Distribución de la muestra según diagnóstico de otros trastornos de ansiedad, distinto al trastorno de estrés postraumático

Diagnóstico de trastorno de ansiedad	N	%
Ausencia	50	71.4
Agorafobia	1	1.4
Crisis de angustia	5	7.1
Crisis de angustia y fobia social	1	1.4
Fobia específica	7	10.0
Fobia específica y fobia social	2	2.9
Fobia social	4	5.7

Otras Variables Evaluadas

La media de las participantes en la Escala de Autoestima es de 26.01 (D.T. = 5.28) (la puntuación mínima en esta escala es de 10 puntos y la máxima de 40), lo que indica un nivel de autoestima relativamente bajo. La puntuación media total de la Escala de Inadaptación, 19.30 (D.T. = 6.78), supera claramente el punto de corte establecido (12 puntos) indicando una inadaptación global de las participantes, asimismo en cada subescala se supera el punto de corte (2 puntos), siendo las áreas más afectadas: a) Escala global (3.94, D.T. = 1.26), b) Relación de pareja (3.77, D.T. = 1.70) y, c) Tiempo libre (3.20, D.T. = 1.66).

En relación con el Inventario de Cogniciones Postraumáticas, si bien no existen datos normativos, las medias obtenidas por las participantes en cada subescala (cuya puntuación mínima es 1 y máxima es 7), indican que las participantes tienden a valores medios tanto en la subescala de cogniciones negativas acerca de sí mismo como en la de autopunición, 3.65 (D.T. = 1.48) y 3.70 (D.T. = 1.61), respectivamente. Es decir, no tienen una percepción diferente en esas subescalas al de la mayoría de las mujeres sin TEPT. Sin embargo, sus pensamientos acerca del mundo sí son más negativos, habiendo obtenido en la subescala de cogniciones negativas acerca del mundo un valor medio de 4.62 (D.T. = 1.54).

DISCUSIÓN

La violencia doméstica es un problema social de especial relevancia que se traduce, aparte del sufrimiento inmediato de quien lo padece, en un incremento en el desarrollo de síntomas psicopatológicos con respecto a la población general, en especial TEPT, y también en el deterioro general de su funcionamiento y adaptación a la vida cotidiana.

Con frecuencia se ha pensado que “algo especial deberían tener las mujeres” que eran maltratadas, y se ha buscado el “perfil de la mujer maltratada”. Pero los resultados obtenidos señalan

de forma rotunda lo erróneo de esta suposición. No hay un “perfil” de mujer maltratada, el maltrato aparece con independencia de las características de las víctimas. Es cierto que se pueden señalar algunas características relativamente comunes entre las mujeres de la muestra estudiada: Mujeres jóvenes, con una edad media que ronda los 37 años, principalmente de clase media y con estudios primarios completos. Pero, por un lado, estos datos sólo pueden ser interpretados como las características típicas de las mujeres que denuncian malos tratos, no queda claro si también son aplicables a las mujeres que sufren maltrato. Por otro lado, los resultados no son diferentes a los de la población general, hay más mujeres que se consideran de clase media que de clase baja, y también es mayor el porcentaje de mujeres que sólo han superado estudios primarios, que el de que no lo ha hecho o tiene estudios secundarios. Es decir, considerando estos aspectos, el “perfil” de la mujer maltratada es el mismo que el de la no maltratada.

Con respecto a la historia de maltrato que han sufrido también la disparidad es grande, aunque en la mayoría de los casos estas mujeres han sufrido principalmente maltrato físico y psicológico y éste se ha dado a diario. También es habitual que el maltrato se haya generalizado a los hijos.

Así pues, no puede establecerse un perfil de mujer maltratada, lo que lleva a cuestionar la “responsabilidad” de la mujer en el problema, está claro que no son sus comportamientos los provocadores o causantes del problema, ni sus características personales las llevan a buscar un “hombre agresivo”. Incluso es claro que no han copiado modelos parentales al respecto, sólo un 32.9% de las participantes en esta investigación había presenciado maltrato en su familia de origen. Por lo tanto, la explicación del maltrato habrá que buscarla, como es obvio, en las personas que lo llevan a cabo, los maltratadores, y en las condiciones ambientales y sociales que favorecen o facilitan el maltrato.

En relación con las consecuencias psicopatológicas que la situación de maltrato, se constata un porcentaje elevado de TEPT crónico en la muestra, un 61.7% de las participantes en la

muestra reducida, que parece una estimación más correcta en este caso, (67.1% en la muestra total) ha desarrollado el trastorno y un 15% ha desarrollado lo que se ha llamado el subsíndrome del mismo. Este porcentaje es mucho más elevado que el presentado por personas que sufren otras experiencias traumáticas. Las razones podemos encontrarlas en: a) La proximidad afectiva inicial con el agresor, por lo que es más probable que la víctima perdone o simplemente intente negar la evidencia en las primeras agresiones, b) La dependencia económica del agresor, que la obliga a mantenerse en la situación, c) El hecho de que su lugar de seguridad, “el hogar”, deje de serlo y se convierta en fuente de amenaza constante, d) El desprestigio social que implica para la víctima la situación, que en la mayoría de las ocasiones es vivida con sentimientos de culpa y/o vergüenza por lo sucedido, y e) La influencia familiar y social para no dejar la situación, con frases como “no des importancia” o “ya se le pasará”.

Sí es posible señalar unas características distintivas del TEPT en estas víctimas, atendiendo a los síntomas que presentan con mayor frecuencia en cada una de las tres principales subescalas del TEPT: a) Reexperimentación: Malestar psicológico al recordar el trauma, recuerdos intrusivos y malestar fisiológico al recordar la situación traumática, b) Evitación: Evitar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociadas a lo vivido, pérdida de interés en actividades significativas y restricción de la vida afectiva, y c) Aumento de activación: Problemas para conciliar o mantener el sueño y dificultades de concentración, si bien todos los síntomas de esta subescala están presentes en más del 50% de las participantes.

Este tipo de perfil específico puede deberse a las características específicas del tipo de trauma sufrido, en concreto al hecho de que las víctimas de maltrato doméstico viven el trauma de manera repetida y en su hogar, lugar que se supone seguro, por lo que quizá sea lógico esperar que las conductas de evitación sean menores que en otro tipo de víctimas. Asimismo, la elevada hiperactivación fisiológica puede ser consecuencia de la posibilidad y el temor constante de vivir un nuevo episodio

de maltrato, ya que no hay claves de seguridad en su propio hogar. En este sentido esta elevada hiperactivación funcionaría como una respuesta adaptativa ante la situación del maltrato.

En cuanto a los trastornos comórbidos evaluados, claramente la depresión es la más importante afectando a un 84.2% de las participantes, tal como se evalúa a partir del BDI. Se pueden señalar algunas consideraciones al respecto, desde la clara situación de indefensión constantemente percibida, en especial antes de abandonar el hogar, a la desorganización y ruptura con las actividades habituales y el entorno social una vez abandonado éste, con frecuencia agravado por la necesidad de desarrollar nuevas habilidades para hacer frente a una nueva situación usualmente agravada por restricciones económicas y ruptura de las redes sociales.

Otros trastornos de ansiedad, al margen del TEPT, no parecen ser significativos en este tipo de víctimas y ninguna de ellas presenta problemas de abuso o dependencia de sustancias.

Un aspecto de especial relevancia es el alto nivel de inadaptación de las participantes a la vida cotidiana. Esto pone de relieve de forma contundente los efectos desestructurantes que tiene la situación de maltrato en sus vidas. Las mujeres en esta situación ven afectada en primer lugar, su relación de pareja y su vida familiar. Después, mientras viven con el agresor, además del sufrimiento que la situación les genera, ven mermadas sus posibilidades de relacionarse con otras personas y de desarrollar actividades de ocio y tiempo libre debido a la situación de aislamiento y control que viven, llegando en algunos casos a una pérdida total de sus redes sociales. En tercer lugar, aquellas que ya han abandonado la situación de maltrato —que se encuentran viviendo en casas de familiares o amigos, en un piso de acogida o por su cuenta— se ven obligadas, en la mayoría de los casos y desde los primeros momentos, a absorber todas las labores domésticas y de cuidado de los hijos, a cambiar de situación laboral, y a sumergirse en juicios o trámites legales, por lo que tampoco tienen posibilidades de recuperar o desarrollar su vida social ni actividades recreativas. Esta ruptura tan abrupta

con toda su vida anterior y en condiciones generalmente adversas, hace muy difícil que puedan disponer de los recursos suficientes para lograr una nueva forma de inserción social. Las conductas que les resultaron adecuadas anteriormente ahora no valen, las redes sociales que tenían se han difuminado, deben afrontar nuevas demandas sociales en condiciones de desubicación afectiva, personal y social, y además con frecuencia con dificultades económicas y miedo a la posible “venganza” del agresor por su denuncia. Las posibilidades de adaptación social son muy escasas.

Es de destacar el nivel de autoestima relativamente bajo que revela una débil valoración de sí mismas, lo que puede derivarse de la situación de fracaso personal que supone la experiencia de maltrato. Puede existir cierta relación entre la opinión que tienen de sí y las visiones negativas del mundo, de sí mismas y las ideas de autopenalización. Todas estas ideas ponen de relieve los resultados de “la prueba de realidad” que supone su situación: El mundo, en especial el íntimo, no es un lugar seguro, ellas no son personas competentes para lidiar con él, y quizá son las culpables de lo vivido.

Una de las mayores implicaciones de este estudio es la luz que puede arrojar en la mejora de programas de tratamiento desarrollados para este tipo de víctimas. Hasta el momento, en España, se han llevado a cabo intervenciones estandarizadas, que tienen la ventaja de contar con datos que avalan su eficacia. Sin embargo, identificar las características propias del TEPT en mujeres víctimas de violencia doméstica permitirá desarrollar intervenciones más específicas para este tipo de población que, por un lado, se dirijan de forma más precisa a los síntomas característicos que muestran, y por otro, tengan en consideración la necesidad de facilitar una nueva forma de adaptación social.

En primer lugar se debe eliminar el TEPT, que resulta incapacitante y generador de malestar permanente, bloqueando los recursos personales para afrontar la situación. Dentro de ello es necesario disminuir, principalmente, los síntomas de reexperimentación, para los que la exposición ha

demostrado ser eficaz, y los síntomas de intensa hiperactivación, a través de técnicas de control de activación, como el entrenamiento en relajación o el control de la respiración. Nuestra experiencia clínica señala que esta técnica (control de la respiración) puede aplicarse en un primer momento dado a la rapidez con la que puede ser entrenada y el efecto tan intenso percibido por los pacientes, que puede incidir en una mayor motivación y adherencia al tratamiento. Igualmente sería necesario incluir técnicas para mejorar el estado de ánimo y la autoestima, así como otras que potencien el desarrollo de habilidades para enfrentarse a la vida cotidiana y lograr una mejor adaptación social. Por último, se debe destacar los esfuerzos para el desarrollo de una red social por parte de las participantes en un programa de tratamiento, para lo cual puede ser interesante llevar a cabo el tratamiento en grupo, al facilitar a las víctimas de maltrato establecer lazos con otras mujeres que han vivido la misma situación y comenzar así el desarrollo de una red social.

Este estudio, lo mismo que la mayoría, parte de una limitación básica, sólo cuenta con los datos de aquellas víctimas que demandan atención psicológica. Quizá las mujeres que denuncian y demandan asistencia son las que están viviendo consecuencias más graves. Nos gustaría creer que es así, pero mucho nos tememos que denuncian las que pueden hacerlo y las que saben cómo y dónde hacerlo. En este sentido hacemos una llamada a la facilitación social de este proceso como punto importante en estos primeros momentos para poner coto a esta grave situación social.

AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha podido ser realizada gracias a la colaboración de la Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Collado-Villalba, Concejalía de la Mujer del Ayuntamiento de Leganés, Piso de Acogida del Ayuntamiento de Toledo, Servicio de Atención a la Víctima del Decanato de los Juzgados de Madrid, Servicio de Atención a la Víctima de Móstoles y Servicios Sociales de Las Rozas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed. rev.)*. Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.)*. Washington, DC: APA.
- Astin, M. C. y Resick, P. A. (1997). Tratamiento cognitivo conductual del trastorno por estrés postraumático. En V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo - conductual de los trastornos psicológicos (pp. 171-209)*. Madrid: Siglo Veintiuno de España Editores, S.A.
- Blanchard, E. B.; Hickling, E. J.; Barton, K. A.; Taylor, A. E.; Loos, W. R. y Jones-Alexander, J. (1996). One-year prospective follow-up of motor vehicle accident victims. *Behaviour Research and Therapy*, 34 (10), 775-786.
- Brady, K. T.; Killen, T. K.; Brewerton, T. y Lucerini, S. (2000). Comorbidity of psychiatric disorders and posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (7), 22-32.
- Corral, P.; Echeburúa, E.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1992). Estrés postraumático en excombatientes y en víctimas de agresiones sexuales: Nuevas perspectivas terapéuticas. *Boletín de Psicología*, 35, 7-24.
- Echeburúa, E. (1994). *Evaluación y tratamiento de los trastornos adictivos*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E.; Corral, P. y Amor, P. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación del Conducta*, 24 (96), 527-555.
- Echeburúa, E.; Corral, P. y Amor, P. (2002). Evaluación del daño psicológico en las víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14 (Supl.), 139-146.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; Amor, P. J.; Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997a). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2 (1), 7-19.
- Echeburúa, E.; Corral, P.; Amor, P. J.; Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997b). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: Propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23 (90), 503-526.
- Echeburúa, E.; Corral, P. y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación (EI): Propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (107), 325-340.
- Foa, E.; Ehlers, A.; Clark, D. M.; Tolin, D. F. y Orsillo, S. M. (1999). The posttraumatic cognitions inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11 (3), 303-314.
- Hickling, E. J. y Blanchard, E. B. (1997). The private practice psychologist and manual-based treatments: Post-traumatic stress disorder secondary to motor vehicle accident. *Behavior Research and Therapy*, 35 (3), 191-203.
- Instituto de la Mujer (2002). Mujeres en Cifras. Disponible: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/principal.htm>
- Kessler, R. C. (2000). Posttraumatic stress disorder: The burden to the individual and to society. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(5), 4-12.
- Labrador, F. J. y Rincón, P. P. (en prensa). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: Evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta*.
- Levendosky, A. A. y Graham-Bermann, S. A. (2001). Parenting in battered women: the effects of domestic violence on women and their children. *Journal of Family Violence*, 16 (2), 171-192.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- McFarlane, A. C. (2000) Posttraumatic stress disorder: A model of the longitudinal course and the role of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 (5), 15-20.
- McMillen, J. C.; North, C. S. y Smith, E. M. (2000). What parts of PTSD are normal: intrusion, avoidance or arousal? Data from the Northridge, California, Earthquake. *Journal of Traumatic Stress*, 13 (1), 57-75.
- Montero, A. (2001). Síndrome de adaptación paradójica a la violencia doméstica: Una propuesta teórica. *Clínica y Salud*, 12 (1), 5-31.
- Vázquez, C. y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8 (3), 403-422.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (1999). Variables predictoras del ajuste psicológico en mujeres maltratadas desde un modelo de estrés. *Psicología Conductual*, 7 (3), 431-458.
- Walker, L. (1991). Post-traumatic stress disorder in women: Diagnosis and treatment of battered woman syndrome. *Psychotherapy*, 28 (1), 21-29.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist*, 54 (1), 21-29.
- Zimmerman, M. D. (1994). *Interview Guide for Evaluating DSM-IV Psychiatric Disorders and the Mental Status Examination*. Philadelphia: Psych Press Products.