

MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO

Pedro J. Amor & Isaura A. Bohórquez

*Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia,
C) Juan del Rosal, 10, 28040 Madrid (España),
Email: pjamor@psi.uned.es*

Resumen. La violencia doméstica representa un grave problema social, tanto por su alta incidencia en la población como por las graves consecuencias físicas y psicológicas que produce en las víctimas. La violencia doméstica está presente en todos los países del mundo y se da en todos los niveles socioeconómicos y culturales. En España, según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el Instituto de la Mujer (1999, 2002), hay más de dos millones de mujeres mayores de edad que son víctimas de violencia doméstica. En esta ponencia se describen, por una parte, las características sociodemográficas, psicopatológicas y circunstancias de maltrato de una muestra de 212 mujeres víctimas de violencia doméstica que acudieron a diferentes centros de atención psicológica; y, por otra parte, se analizan otros aspectos de interés: la gravedad psicopatológica en función del tipo y circunstancias del maltrato, y los factores y teorías explicativos de la permanencia de la mujer maltratada en convivencia prolongada con su pareja agresora.

Palabras clave. Violencia doméstica. Mujeres maltratadas. Psicopatología. Toma de decisiones.

Introducción

La violencia familiar representa un grave problema social, tanto por su alta incidencia en la población como por las graves consecuencias físicas y psicopatológicas que produce en las víctimas (Naciones Unidas, 1987). Según la Asociación Médica Americana, una de cada cuatro mujeres americanas es víctima de violencia doméstica al menos una vez en su vida; esa violencia supone el 30% del total anual de mujeres asesinadas y la mayor causa de sufrimiento y de lesiones para las mujeres de entre 15 y 44 años. En España, según un informe reciente del Ministerio de Asuntos Sociales, hay más de 600.000 mujeres víctimas de maltrato habitual (el 4% de la población femenina adulta), pero, en total, son más de 2 millones (alrededor del 15,1%) las que son víctimas de maltrato doméstico.

Por extraño que pueda parecer, el hogar –lugar, en principio, de cariño, de compañía mutua y de satisfacción de las necesidades básicas para el ser humano- puede ser un sitio de riesgo para las conductas violentas, sobre todo cuando éstas quedan impunes. Las instituciones más o menos cerradas, como es el caso de la familia, constituyen un factor de riesgo para las agresiones repetidas y prolongadas. En estas

circunstancias las víctimas pueden sentirse incapaces de escapar del control de los agresores al estar sujetas a ellos por la fuerza física, la dependencia emocional, el aislamiento social o distintos tipos de vínculos económicos, legales o sociales. Asimismo, los estereotipos sociales acerca del papel de la mujer y de las relaciones de pareja desempeñan un papel determinante en el mantenimiento de este tipo de violencia (Lorente, 2001).

El *maltrato doméstico* se refiere a las agresiones físicas, psíquicas, o sexuales llevadas a cabo reiteradamente en el hogar por parte de un familiar, que vulneran la libertad de otra persona y que causan daño físico o psicológico (Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua y Zubizarreta, 1997). Más allá del *maltrato físico*, fácilmente identificable, existe un *maltrato psicológico* más sutil, que genera unas consecuencias muy negativas en la salud y el bienestar emocional de la persona que lo sufre y que se manifiesta de diversos modos: desvalorizaciones continuas (en forma de críticas corrosivas y humillaciones); posturas y gestos amenazantes; imposición de conductas degradantes; intentos de restricción (control de las amistades, limitación del dinero, restricción de las salidas de casa, etc.); conductas destructivas (referidas a objetos de valor económico o afectivo o incluso al maltrato de animales domésticos); y, por último, culpabilización a la víctima de las conductas violentas del agresor (Echeburúa, 1994; Echeburúa y Corral, 1998).

Por otra parte, el *maltrato sexual* tiene unas repercusiones extremadamente nocivas para la salud física y emocional de las víctimas, que son muy similares a las producidas en las víctimas de agresión sexual extraconyugal. Asimismo, es un tipo de maltrato que -a diferencia del maltrato físico- emerge menos al exterior. Por una parte, la víctima puede sentirse avergonzada de revelarlo a otras personas y además, cuando lo hace, puede sentirse victimizada secundariamente; y, por otra, es el tipo de maltrato que parece concernir más al ámbito privado o íntimo de la pareja que otros tipos de agresiones.

1. Dificultad de la mujer maltratada para revelar su victimización

Aunque en teoría puede parecer que es relativamente fácil identificar los casos reales de violencia doméstica, en la práctica no lo es. Muchas mujeres maltratadas *no tienen conciencia de su victimización*, tal y como se observa en la encuesta de población realizada en España -más de un millón de mujeres víctimas de violencia doméstica no se consideraban como tal, a pesar de haber sufrido agresiones (p. ej., insultos o amenazas, empujones o golpes, comportamientos de dominación y control, etc.)-, y, en otros casos, no desean revelar que son víctimas de maltrato.

En este sentido, existe una tendencia a que las mujeres maltratadas no informen acerca de su victimización (Goldberg y Tomlanovich, 1984; Stark y Flitcraft, 1988). En la *tabla 1* se mencionan algunas de las razones por las que un elevado porcentaje de mujeres maltratadas oculta su victimización (Echeburúa y Corral, 1998; Resnick, Falsetti, Kilpatrick y Freedy, 1996).

Tabla 1. Motivos por los que algunas mujeres maltratadas tienden a ocultar su victimización (Amor, 2000)

Diferentes miedos de la mujer maltratada
<ul style="list-style-type: none">- A la venganza por parte del maltratador (<i>penurias económicas, aumento de la gravedad del maltrato, etc.</i>).- Al estigma que conlleva ser considerada “víctima” de maltrato doméstico.- A ser culpada por su victimización.- A sufrir consecuencias psicológicas por la revelación (<i>por ejemplo, depresión o ansiedad debido al recuerdo del maltrato</i>).
Historia negativa a partir de revelaciones previas
<ul style="list-style-type: none">- La absolución del agresor en algún juicio.- El incremento de los malos tratos o el riesgo de ser asesinada por el maltratador.
Información negativa acerca de la revelación
<ul style="list-style-type: none">- Casos de violencia muy grave que aparecen en los medios de comunicación.- Victimización secundaria, falta de apoyo institucional, etc.
Dificultades para recordar aspectos relacionados con su victimización
<ul style="list-style-type: none">- Amnesia psicógena.- Estados disociativos.
Creencias o sentimientos de la mujer
<ul style="list-style-type: none">- Sentimientos de culpa o de vergüenza (<i>la mujer puede sentirse provocadora del maltrato, hablar del maltrato sexual no resulta nada fácil, etc.</i>).- Creencias culturales distorsionadas (por ejemplo, <i>“el verdadero maltrato es el físico”, “el maltratador con el tiempo se calmará”, etc.</i>)
Aislamiento en el que se encuentra la víctima
<ul style="list-style-type: none">- Físico- Psicológico- Familiar- Social

Todos estos aspectos llevan a gran parte de las mujeres maltratadas a minimizar, ocultar o incluso a negar el maltrato del que son (o han sido) objeto. Habitualmente tardan mucho tiempo en revelar lo que ocurre y en acudir en busca de ayuda, porque con anterioridad -y como es lógico- la mujer suele intentar resolver el problema mediante respuestas individuales. En cambio, cuando se sienten incapaces de resolver la situación por sí mismas, suelen recurrir a familiares (suyos o de su pareja), amigos, vecinos, o recurrir a instituciones que les pueden dar apoyo y ayuda legal, terapéutica, etc.

Otro aspecto de interés es que las mujeres maltratadas recuerdan con precisión el primer episodio de maltrato físico, pero no el inicio del maltrato psíquico, ya que su comienzo es más sutil, imperceptible y se hace más difícil el poder situarlo en el tiempo. Obviamente, cuando existen amenazas claras de muerte, penurias económicas, chantajes, vejaciones, etc., la percepción de peligrosidad que la mujer tiene es mayor. Asimismo, el estado psicológico generado en las víctimas derivado del maltrato -baja autoestima, sintomatología depresiva, aislamiento social, etc.- facilita un grado de confusión en cuanto a su victimización.

Finalmente, algunos *estereotipos sociales* contribuyen a que las víctimas oculten su victimización. Por ejemplo, la consideración de que “*la violencia familiar atañe al ámbito de lo privado*” es uno de los que más cuesta desterrar de nuestra sociedad. También existen expresiones (refranes, dichos populares, chistes, etc.) que de algún modo justifican o minimizan la violencia contra las mujeres. Como aspecto positivo cabe señalar que cada vez hay un mayor rechazo social de los comportamientos violentos, y de que no se puede utilizar el concepto de *intimidad* -zona espiritual íntima y reservada de una persona o de un grupo, especialmente de una familia- para justificar los comportamientos vejatorios del individuo agresor puertas adentro. Dicho de otra forma, una cosa es la intimidad entre los miembros de una familia, y otra muy distinta la violencia doméstica.

2. Características de las mujeres víctimas de violencia en el hogar

A continuación se comentan algunas de las características sociodemográficas, psicopatológicas y las circunstancias de maltrato, tomando principalmente como referencia los resultados obtenidos en una muestra de 212 mujeres víctimas de violencia doméstica que acudieron a diferentes centros de atención psicológica.

2.1. Características sociodemográficas

Desde una *perspectiva sociodemográfica*, las víctimas que acudieron en busca de tratamiento psicológico son personas que, aun siendo relativamente jóvenes (de menos de 40 años de media), cuentan con una larga historia de maltrato, suelen estar casadas o en trámites de separación y, en su mayor parte, pertenecen a un nivel cultural socioeconómico bajo. En este sentido, conviene señalar que aunque el maltrato doméstico se da en todos los estratos sociales, es más probable que las personas que cuentan con menos recursos económicos acudan a centros de atención psicológica que son gratuitos, a diferencia de las víctimas que poseen mayor capacidad adquisitiva. Asimismo, la mayoría de ellas, o bien carece de trabajo extradoméstico, o bien, si lo tiene, suele ser poco cualificado. Por otra parte, sólo una pequeña parte de las víctimas ha tenido una historia psiquiátrica anterior al maltrato sufrido, referida sobre todo al ámbito de las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión). Se trata, por tanto, de mujeres equilibradas mentalmente que sufren de trastornos psicológicos actualmente como consecuencia de un contexto de maltrato crónico. Finalmente, un porcentaje considerable de estas víctimas carece de redes de apoyo. En concreto, un tercio de ellas no cuenta con apoyo familiar y casi la mitad carece de apoyo social (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2002).

2.2. Circunstancias del maltrato

En cuanto a las *circunstancias del maltrato doméstico*, las víctimas en el momento de ser evaluadas, se encontraban en diversas situaciones con respecto a la convivencia con el maltratador (*tabla 2*). En concreto, el 44% de ellas seguía viviendo con el agresor, sin embargo, había un 29% que llevaban, al menos, 3 meses separadas. La mayoría de las mujeres era víctima de violencia física y psicológica, pero un tercio del total sufría exclusivamente maltrato psicológico.

Tabla 2. Circunstancias del maltrato doméstico (Amor *et al.*, 2002)

	Muestra total (N=250)	
	N	(%)
Situación de la mujer respecto a la convivencia con el maltratador		
- Convivencia con el agresor	111	(44,4)
- En trámites de separación	66	(26,4)
- 3-6 meses de separación	49	(19,6)
- Más de 6 meses de separación	24	(9,6)
Tipo de maltrato		
- Maltrato físico	156	(62,4)
- Maltrato psicológico	94	(37,6)
Primer episodio de maltrato		
- Noviazgo	52	(20,8)
- Primer año matrimonio	132	(52,8)
- 2-5 años de matrimonio	36	(14,4)
- Más de 5 años matrimonio	30	(12,0)
Último episodio de maltrato		
- En el último mes	144	(57,6)
- 1-3 meses	50	(20,0)
- 3-6 meses	20	(8,0)
- Más de 6 meses	36	(14,4)
Maltrato en la familia de origen		
Sí	51	(20,4)
No	199	(79,6)
Relación sexual forzada		
Sí	93	(37,2)
No	157	(62,8)
Denuncia		
Sí	110	(44)
No	140	(56)
Salida del hogar		
Sí	104	(41,6)
No	146	(58,4)
Maltrato durante el embarazo		
Sí	94	(42,9)
No	125	(57,1)
Maltrato a los hijos		
Sí	137	(62,6)
No	82	(37,4)

En términos generales, la violencia era de gran intensidad, como lo prueba que un tercio de las víctimas habían sido forzadas sexualmente por su pareja, el 43% habían sufrido maltrato incluso durante el embarazo y en el 63% de los casos el maltrato se había extendido también a los hijos.

Por otra parte, el maltrato fue de instauración precoz dentro de la relación de pareja. En concreto, en el 73% de los casos la violencia se estableció durante el noviazgo o en el primer año de matrimonio. Todo ello indica que la situación de maltrato, en términos promedio, es más bien crónica y de larga evolución; no en vano, y al margen de que el rango es muy amplio, la duración media del maltrato era de 13 años (rango de 1 a 40 años). Desde la perspectiva de los antecedentes familiares, sólo una pequeña parte de la muestra –el 20%- sufrió o fue testigo de maltrato en la familia de origen. A su vez, en la mayoría de las víctimas la violencia había surgido por primera vez en su relación actual (Amor *et al.*, 2002).

2.3. Repercusiones psicopatológicas

Las consecuencias psicológicas del maltrato crónico pueden resultar devastadoras para la estabilidad emocional de la víctima. En general, no se trata de limitaciones de la personalidad de la víctima, sino de la reacción psicológica a la violencia crónica.

Un elevado porcentaje de víctimas de violencia familiar presenta un perfil psicopatológico caracterizado por el trastorno de estrés postraumático (TEPT) y por otras alteraciones clínicas (depresión, ansiedad patológica, etc.) (Amor *et al.*, 2002; Echeburúa *et al.*, 1997; Golding, 1999). El resultado, en último término, es una inadaptación a la vida diaria y una interferencia grave en el funcionamiento cotidiano.

a) Trastorno de estrés postraumático

La tasa de prevalencia del TEPT es muy elevada en mujeres maltratadas. Por ejemplo, Golding (1999) -a partir de un meta-análisis basado en 11 investigaciones- encontró una prevalencia media de este cuadro clínico del 63,8% (con un rango que osciló entre el 31% y el 84,4%). Otras investigaciones ofrecieron tasas de prevalencia similamente elevadas (*cf.* Amor, Bohórquez y Echeburúa, en prensa). Esta prevalencia media es muy parecida a la que sufren las víctimas de agresiones sexuales (70%) y significativamente superior a la existente en la población general de mujeres (entre el 1,3% y el 12,3%) (*cf.* Golding, 1999).

Asimismo un considerable porcentaje de mujeres maltratadas se ven afectadas por el denominado por Hickling y Blanchard (1992) subsíndrome de estrés postraumático (es decir, la presencia de dos de los tres criterios diagnósticos, siendo uno el de reexperimentación y otro el de evitación o el de hiperactivación). En la *figura 1* se muestra la prevalencia del TEPT en la muestra de 212 víctimas de violencia doméstica que acudieron a tratamiento psicológico. Como se puede observar la prevalencia del TEPT es de 46%, y del subsíndrome de este cuadro clínico del 16%. Por tanto, aproximadamente tan sólo una de cada tres víctimas de maltrato que acude a tratamiento psicológico no presenta sintomatología clínicamente relevante de este trastorno. En las *figuras 2, 3 y 4* se muestran las tasas de prevalencia de los síntomas de reexperimentación, evitación y activación fisiológica del TEPT.

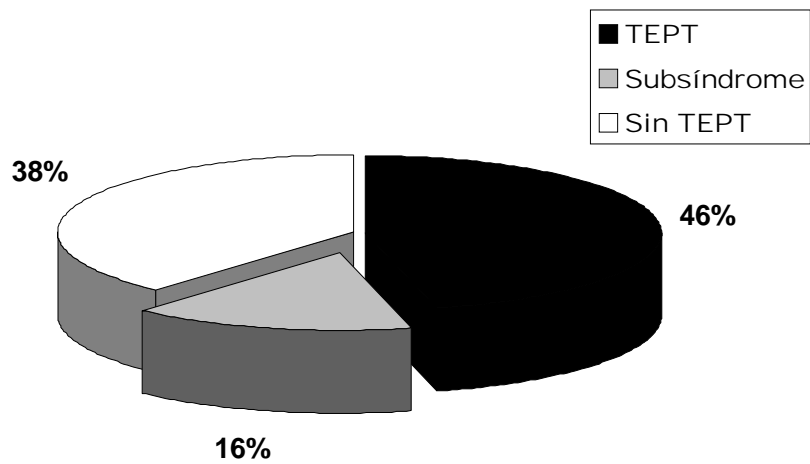


Figura 1. Prevalencia del trastorno de estrés postraumático en las mujeres maltratadas

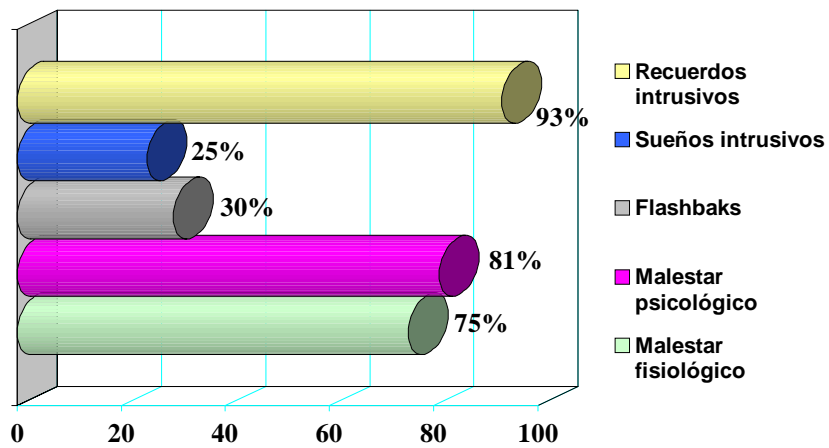


Figura 2. Síntomas de reexperimentación en mujeres maltratadas

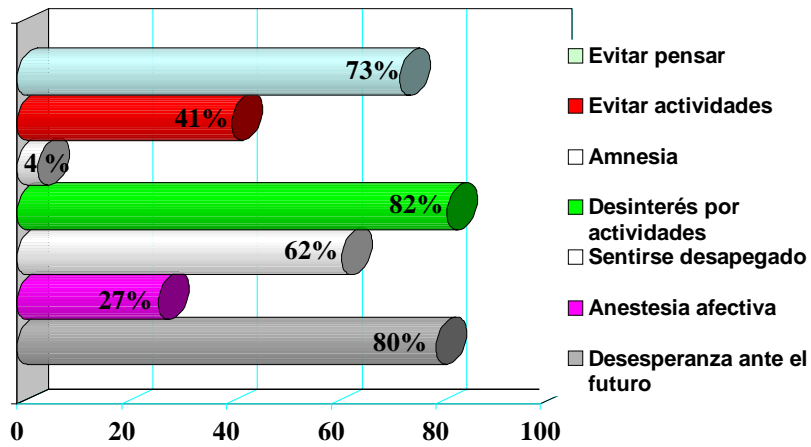


Figura 3. Síntomas de evitación en mujeres maltratadas

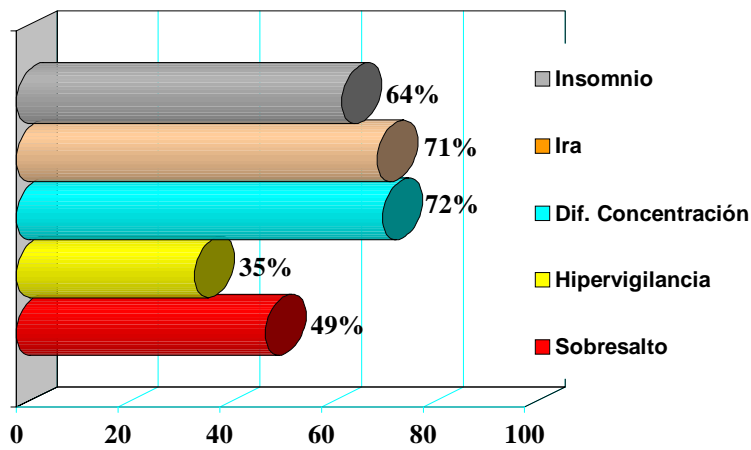


Figura 4. Síntomas de activación en mujeres maltratadas

Dentro de este contexto, la violencia repetida e intermitente, entremezclada con períodos de arrepentimiento y ternura, suscita en la mujer una ansiedad extrema y unas respuestas de alerta y de sobresalto permanentes, que guardan mucha relación con el TEPT. No en vano muchas mujeres maltratadas sienten una amenaza incontrolable a su vida y a su seguridad personal.

En estas circunstancias, algunas víctimas recurren al consumo excesivo de medicamentos (p. Ej., ansiolíticos), de alcohol y, en ocasiones, de otro tipo de drogas. Si se analiza este fenómeno en mayor profundidad, se puede observar que, por una parte, la automedicación puede bloquear los síntomas del estrés postraumático, así como de otro tipo de respuestas psicopatológicas (Walker, 1994); y, por otra, la cantidad de consumo de estas sustancias guarda relación con la gravedad de la violencia sufrida y con el grado de amenaza percibido. Por ejemplo, a mayor gravedad de la violencia sufrida, mayor es el consumo de alcohol (Clark y Foy, 2000). De forma diferente, aquellas víctimas que han logrado salir de una relación violenta tienden a reducir su consumo de alcohol, incluso sin ayuda terapéutica (Eberle, 1982; Walker, 1984).

b) Ansiedad excesiva

Aunque el TEPT es un cuadro clínico que engloba, en gran medida, la sintomatología de ansiedad extrema que sufren las mujeres maltratadas, pueden darse otros trastornos de ansiedad. Así, las víctimas de maltrato presentan significativamente más trastornos de ansiedad -fobia específica, agorafobia, trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno de ansiedad generalizada- y de depresión que la población general (Gleason, 1993; McCauley *et al.*, 1995; Tang, 1997). Sin embargo, en varios estudios no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la tasa de prevalencia de los trastornos de pánico y de ansiedad generalizada entre mujeres maltratadas y no maltratadas (Cascardi, O'Leary, Lawrence y Schlee, 1995; Saarijärvi, Niemi, Lehto, Ahola y Salokangas, 1996). En cualquier caso, alrededor del 83% de las víctimas de maltrato doméstico muestran elevados niveles de ansiedad (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 2001b).

Por otra parte, se ha relacionado la alta tasa de prevalencia de problemas de ansiedad en víctimas de maltrato con diversas estrategias de afrontamiento de las víctimas. Concretamente, las víctimas de maltrato pueden realizar diversas actividades compulsivas para defenderse de la elevada ansiedad que sufren y de la percepción negativa que tienen de sí mismas (Gleason, 1993). En otros casos pueden mostrar dificultades para viajar solas en transportes públicos o salir solas lejos de casa (síntomas agorafóbicos), como estrategia protectora de los comportamientos celotípicos o controladores del maltratador (Saunders, 1994).

Estos datos sugieren que gran parte de los síntomas de ansiedad excesiva que sufren las mujeres maltratadas se deben a su victimización. Quizá sea más adecuado considerar las respuestas al estrés extremo dentro de un continuo más que como un único trastorno (Herman, 1992).

c) Síntomas de depresión

Uno de los cuadros clínicos más frecuentemente relacionados con los efectos de la violencia familiar es la depresión. La tasa de prevalencia media de la depresión en mujeres maltratadas es del 47,6% (oscilando entre el 15% y el 83%). En definitiva, este valor es claramente superior al encontrado en la población general de mujeres, que se sitúa entre el 10,2% y el 21,3%. Desde una perspectiva dimensional, las mujeres víctimas de maltrato presentan puntuaciones significativamente más altas que las mujeres no maltratadas en sintomatología depresiva. Por otra parte, las víctimas de maltrato que sufren una mayor gravedad, frecuencia o duración de la violencia presentan con más probabilidad depresión o mayor gravedad de sintomatología en este trastorno.

Por otra parte, se ha observado que aquellas víctimas de maltrato que llevan seis meses o más sin sufrir violencia doméstica presentan una significativa disminución de la sintomatología depresiva (*cf.* Amor *et al.*, en prensa). Por tanto, cuando el maltrato -que supone la principal fuente de estrés para la víctima de violencia doméstica- desaparece, los síntomas depresivos descienden notablemente.

d) Tendencia suicida

Sufrir violencia doméstica es un factor de riesgo para la aparición de ideas o intentos de suicidio en las víctimas. El sufrimiento experimentado, el desamparo y la desesperanza vividos, así como la percepción de ausencia de salidas (el temor a mayores daños si continúa la convivencia y el miedo al acoso o a las agresiones si se consuma la separación), llevan a muchas víctimas a sentirse atrapadas en la relación.

Por otra parte, existe una fuerte asociación entre los síntomas depresivos y las tendencias suicidas. Por lo que no es de extrañar que una de cada cuatro mujeres que lleva a cabo un intento de suicidio sea -o haya sido- víctima de maltrato (Stark y Flitcraft, 1988). Asimismo, de todas las mujeres que acuden a urgencias, aquellas que son maltratadas presentan una probabilidad cinco veces mayor de intentos de suicidio que las que no lo son (Rhodes, Lauderdale, He y Howes, 2002).

e) Baja autoestima y sentimientos de culpa

Las mujeres maltratadas presentan niveles de autoestima más bajos que las mujeres no maltratadas (*cf.* Amor *et al.*, en prensa). Este aspecto supone un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la sintomatología depresiva (Cascardi y O'Leary, 1992) y una dificultad adicional para salir de la relación de maltrato (Aguilar y Nightingale, 1994). Asimismo, algunas mujeres maltratadas, aunque no sea cierto, del algún modo se sienten responsables del maltrato que sufren (locus de control interno) y, por tanto, pueden culparse por ello y encontrarse anímicamente más bajas que aquellas que están convencidas de que no tienen ninguna responsabilidad en la violencia que sufren (locus de control externo).

Por otra parte, muchas víctimas de violencia doméstica, de forma similar a víctimas de otros sucesos traumáticos (supervivientes de catástrofes, accidentes, etc.) tienen sentimientos de culpa que pueden provenir de las atribuciones que hacen con respecto a su *personalidad* (p. Ej., sentirse sin valía o inferiores a otras mujeres), a su *conducta* (P. Ej., mantener sentimientos ambivalentes hacia su pareja, haberse casado

voluntariamente, sentirse incapaces de impedir que el maltrato se extienda también a sus hijos, etc.) y la transgresión de normas autoimpuestas (p. Ej., considerarse responsable de haber “roto” a la familia tras separarse, pensar que los problemas del hogar no deben salir al exterior, etc.).

Desde otra perspectiva, las mujeres maltratadas no siempre se culpan por el maltrato sufrido (Frieze, 1979). De hecho, a medida que se incrementa la gravedad de la violencia, la mujer tiende a culpar con más probabilidad al maltratador. Pero en aquellos casos en que la víctima sigue culpándose, es más probable la presencia de síntomas depresivos (Walker, 1979). Por otra parte, las mujeres que disculpan a los hombres violentos tienden a hacerlo únicamente mientras dura la relación; una vez liberadas de las presiones sociales, son, por lo general, capaces de ver con claridad quién es el verdadero culpable.

3. Gravedad psicopatológica en función del tipo y circunstancias del maltrato

El maltrato doméstico es un suceso traumático que produce unas graves consecuencias físicas y psicológicas en las víctimas que lo sufren. Asimismo existen una serie de factores que, con relativa independencia de las diferencias individuales (p. ej., la fortaleza física y psicológica de cada persona, los recursos psicológicos propios, la edad, etc.), pueden agravar aún más el malestar de las víctimas. A continuación se revisan algunos de estos factores.

3.1. Maltrato físico y psicológico

El maltrato psicológico tiene un impacto tan grande en las víctimas como la violencia física (O’Leary, 1999). Según Follingstad, Rutledge, Serg, House y Ploek (1990), las humillaciones continuas producen un impacto sobre la estabilidad emocional de las víctimas similar al producido por las agresiones físicas. Igualmente, estudios más recientes no han encontrado diferencias significativas en el perfil psicopatológico entre las víctimas de maltrato físico y las de maltrato psicológico (Amor *et al.*, 2001b; *tabla 3*). Concretamente, ambos grupos de víctimas -maltrato físico ($n_1=137$) y maltrato psicológico ($n_2=75$)- puntuaron parecido, tanto en la tasa de prevalencia y gravedad del TEPT como en otros síntomas de malestar emocional (ansiedad excesiva, sintomatología depresiva, autoestima e inadaptación global) (Amor *et al.*, 2001b). En esta investigación resulta llamativo que el perfil psicopatológico sea similar cuando las circunstancias de maltrato de las mujeres maltratadas físicamente eran objetivamente peores tanto en la *gravedad* del maltrato (comienzo anterior del maltrato, violencia de más larga evolución y que con más frecuencia se extendía a los hijos) como en la *intensidad* (p. ej., mayor probabilidad de sufrir relaciones sexuales forzadas, maltrato durante los embarazos, presentación de denuncias, necesidad de salir del hogar, etc.).

Por otra parte, hay incluso investigaciones en que el maltrato psicológico, aunque no cause heridas físicas, puede producir un impacto más perjudicial y duradero que el maltrato físico (Goldberg y Tomlanovich, 1984; Walker, 1994).

Tabla 3. Comparaciones de medias entre diferentes variables psicopatológicas, en función del tipo de maltrato sufrido por la mujer

Escala	Maltrato Físico (N = 137)		Maltrato psicológico (N = 75)		t
	Media	(DT)	Media	(DT)	
<i>Trastorno de estrés postraumático</i>					
Escala global (Rango: 0-51)	20,31	(8,97)	20,20	(9,23)	0,08 (n.s.)
<i>Escala específicas del TEPT</i>					
Reexperimentación (Rango: 0-15)	6,14	(2,95)	5,80	(3,20)	0,77 (n.s.)
Evitación (Rango: 0-21)	6,58	(3,69)	7,16	(4,09)	-1,04 (n.s.)
Aumento de la Activación (Rango: 0-15)	7,70	(4,38)	7,20	(4,14)	0,81 (n.s.)
<i>Otros síntomas psicopatológicos y de adaptación</i>					
Ansiedad (STAI-E) (Rango: 0-60)	40,79	(11,59)	41,01	(11,51)	-0,14 (n.s.)
Depresión (BDI) (Rango: 0-63)	18,74	(9,73)	20,11	(9,52)	-0,99 (n.s.)
Depresión (HRS) (Rango: 0-62)	23,43	(12,13)	24,71	(12,26)	-0,73 (n.s.)
Autoestima (EAE) (Rango: 10-40)	27,46	(6,0)	27,51	(5,61)	-0,06 (n.s.)
Inadaptación global (Rango: 0-5)	3,99	(1,28)	4,04	(1,12)	-0,31 (n.s.)

(n.s.) no significativo

Comentario [q1]: datos actualizados en función de la nueva escala validada

3.2. Relaciones sexuales forzadas

Las víctimas que sufren *relaciones sexuales forzadas* por parte de su pareja, además de maltrato físico o psicológico, presentan una mayor tasa de prevalencia del TEPT que aquellas que no son forzadas sexualmente (tasas de prevalencia del 53,8% y el 41,8%, respectivamente) (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasua, 2001a). Es decir, el maltrato sexual es un predictor específico del TEPT (Kemp, Green, Hovanitz y Rawlings, 1995), pero no tanto de otros síntomas de malestar emocional (ansiedad excesiva, sintomatología depresiva, autoestima e inadaptación global) (Amor, 2000; Amor *et al.*, 2001a).

Por otra parte, el maltrato sexual puede tener peores consecuencias en aquellas mujeres que al revelar su victimización son cuestionadas o incluso culpadas por ello (Marx, 2005). A su vez, las víctimas que sufren maltrato físico y sexual, a diferencia de

aquellas que exclusivamente son maltratadas físicamente, tienen un mayor riesgo de suicidio y de consumo abusivo de alcohol (Wingwood, DiClemente y Raj, 2000), e incluso de ser asesinadas por el agresor (Campbell y Soeken, 1999).

Desde otra perspectiva, se han comparado a víctimas de maltrato (con presencia o ausencia de relaciones sexuales forzadas) con víctimas (recientes y no recientes) de agresión sexual extraconyugal en los síntomas del TEPT. Aunque todos los grupos mostraron elevadas puntuaciones en la sintomatología del TEPT, fueron las víctimas recientes de agresión sexual extraconyugal las que obtuvieron puntuaciones mucho más elevadas que el resto de los grupos.

Sin embargo, las mujeres maltratadas sexualmente y las víctimas de agresión sexual extraconyugal no reciente presentaban niveles similares de gravedad en este cuadro clínico (Amor *et al.*, 2001a). Estos resultados indican que el maltrato sexual causado por la pareja tiene unas consecuencias similares a las agresiones sexuales cometidas por un desconocido. Es más, según Mahoney (1999), las mujeres agredidas sexualmente en su matrimonio presentan una probabilidad 10 veces mayor de sufrir múltiples episodios de maltrato sexual que las mujeres violadas por un extraño o conocido.

3.3. Otras circunstancias del maltrato

Además del tipo de violencia soportada (física, psicológica o sexual), existen otras circunstancias del maltrato relacionadas con la psicopatología que sufren las mujeres maltratadas. Específicamente, según Amor *et al.* (2002), las víctimas que carecen de apoyo social o familiar y siguen en convivencia con el agresor, o recientemente se han separado de él, muestran una mayor intensidad del TEPT, así como de malestar emocional (ansiedad excesiva, sintomatología de depresión, baja autoestima, etc.). Al mismo tiempo, cuanto más reciente sea el último episodio de maltrato, mayor es la intensidad del TEPT. Además, soportar más años de maltrato y presentar antecedentes de violencia en la familia de origen están asociados a un mayor grado de inadaptación a la vida cotidiana.

Otros factores que predicen la gravedad del TEPT y el malestar emocional en las víctimas de maltrato son los siguientes: a) el *grado de amenaza* -real o percibido- que representa el maltrato para la vida de la víctima, sobre todo cuando el agresor recurre a amenazas de muerte; b) la *intensidad y la frecuencia de la exposición a la violencia*; y c) la *falta de apoyo social* (*cfr.* Amor *et al.*, en prensa). Por el contrario, la red de apoyo social es beneficiosa para las víctimas, al ayudarlas a reducir el impacto estresante de la violencia experimentada y ofrecerles una salida a su situación (Tan, Basta, Sullivan y Davidson, 1995).

Finalmente, aquellas víctimas que han sufrido algún *suceso traumático con anterioridad al maltrato* (abusos sexuales en la infancia, agresiones sexuales, violencia comunitaria, etc.) muestran una mayor vulnerabilidad a padecer el TEPT y síntomas de malestar emocional. Según Resnick, Kilpatrick, Best y Kramer (1992), las mujeres que previamente han sufrido agresiones sexuales muestran una probabilidad tres veces mayor de desarrollar el TEPT que las mujeres que han sido agredidas sexualmente por primera vez.

4. Permanencia de la mujer maltratada en convivencia prolongada con su pareja agresora: factores y teorías explicativas

Uno de los temas más controvertidos, y que ha suscitado un gran interés entre los científicos, es tratar de averiguar por qué una mujer maltratada permanece en convivencia con una persona que le agrede desde hace años. Esta cuestión también se podría formular a la inversa: ¿por qué un hombre que maltrata a su pareja se mantiene en convivencia con ella? Sin embargo, esta última pregunta no ha sido tan investigada como la primera.

4.1. Factores

Existen múltiples factores asociados a la permanencia de la mujer en la relación de maltrato que van a condicionar su proceso de toma de decisiones (Amor, 2000; Echeburúa, Amor y Corral, 2002; Rhodes y Baranoff, 1998; Salber y Taliaferro, 2000).

En primer lugar, hay un grupo de *características contextuales* relacionadas tanto con la permanencia de una mujer maltratada dentro de la relación de maltrato, como con el regreso a la convivencia con el agresor después de una separación. En este sentido, muchas mujeres que rompen la convivencia con el agresor se ven condicionadas a regresar con él cuando ellos son su única fuente de ingresos económicos o cuando se encuentran motivadas por otras circunstancias (laborales, de alojamiento, etc.).

También es necesario considerar la gravedad de las conductas violentas. Concretamente, las víctimas afectadas por niveles relativamente bajos o moderados de violencia aguantan más la convivencia con el agresor y tienden a buscar una justificación del maltrato del que son objeto. En cambio, aquellas que sufren los *niveles más graves de violencia* son las que más desean abandonar la relación, pero paradójicamente son las que menos lo hacen. Es más, si logran abandonar al agresor, muchas de ellas regresan nuevamente con él (*cfr.* Amor *et al.*, en prensa). No es difícil aventurar que el miedo a las represalias y el terror que sufren estas mujeres les haga desistir de sus deseos de abandonar al agresor o les condicione a regresar con él para "no empeorar aún más las cosas".

En segundo lugar, existen diversas *características de algunas las mujeres maltratadas* que se han vinculado con la permanencia de la convivencia con el agresor. Aquí se incluyen tanto aspectos cognitivos y emocionales (por ejemplo, sentirse enamorada, presentar dependencia emocional con respecto al agresor, tener creencias de diferente tipo, etc.), como determinadas características de personalidad y síntomas psicopatológicos. Ahora bien, muchas de estas características hay que contemplarlas más como consecuentes del sufrimiento del maltrato a lo largo del tiempo que como antecedentes de él.

En tercer lugar, no se deben ignorar las *características de los agresores*. Aunque no todos los maltratadores son iguales (existen diferentes tipologías) muchas de sus características de personalidad, así como sus conductas de maltrato y de manipulación, tienen una gran influencia sobre el proceso de toma de decisiones de la víctima.

4.2. Teorías explicativas

Existen múltiples teorías que tratan de explicar la permanencia de una mujer maltratada en convivencia prolongada con el agresor. Éstas se pueden dividir en dos grandes grupos. Por un lado, están las teorías que se centran en los principales factores que influyen en el *proceso de toma de decisiones*, en el que las víctimas realizan múltiples análisis (p. ej., de los costes y beneficios de seguir o abandonar la relación, del grado de compromiso que tienen dentro de la relación de pareja, de su capacidad percibida para salir con éxito de la relación de maltrato, etc.). Y, por otro, están las teorías referidas a la *dependencia emocional* de las víctimas y a las *repercusiones psicopatológicas* del maltrato, que dan gran importancia, entre otros factores más específicos de cada teoría, a la intermitencia entre el buen y el mal trato (Dutton y Painter, 1981, 1993; Long y McNamara, 1989). A continuación se hace una breve síntesis de las ideas centrales que plantean las principales teorías explicativas sobre la permanencia de la mujer maltratada en la relación de maltrato.

Tabla 4. Teorías explicativas sobre la permanencia de la mujer maltratada en la relación de maltrato

Teoría	Características
<i>Teorías sobre el proceso de toma de decisiones</i>	
Teoría de costes y beneficios	La mujer decide abandonar o seguir la relación de pareja después de considerar las ventajas (beneficios) y desventajas (costes) percibidas en función de las posibles alternativas que se le presentan.
Modelo de la inversión	La mujer analiza su grado de compromiso en la relación de pareja a partir de tres factores: grado de satisfacción, alternativas e inversión realizada en recursos materiales y psicológicos.
Teoría de la trampa psicológica	La mujer maltratada tiene la esperanza de que cese el maltrato y cree que invirtiendo más esfuerzos y tiempo puede lograr una relación de pareja armoniosa.
Modelo del proceso de toma de decisiones en mujeres maltratadas	La mujer toma una decisión en función de dos preguntas: a) ¿estaré mejor fuera de la relación?; y b) ¿seré capaz de salir de ella con éxito?
<i>Teorías referidas a la dependencia emocional y a las repercusiones psicopatológicas del maltrato</i>	
Teoría de la indefensión aprendida	La persona que durante un periodo prolongado de tiempo sufre maltrato de forma impredecible e incontrolable llega a un estado de indefensión que hace más probable su permanencia dentro de esa relación. Asimismo su malestar (p. ej., falta de motivación, apatía, etc.) interfiere gravemente en su proceso de toma de decisiones.
Teoría de la unión traumática	Esta teoría se refiere al vínculo emocional que se establece entre dos personas, cuando una de ellas provoca maltrato intermitentemente a la otra.
Modelo del castigo paradójico	La permanencia en la situación de maltrato se debe a las contingencias de reforzamiento que se establecen en función de un patrón cíclico de interacción.
Modelo de intermitencia	Las víctimas de maltrato pueden autodevaluarse e idealizar al agresor debido a la diferencia de poder entre la víctima y agresor, así como a la intermitencia extrema entre el buen y el mal trato.

Conclusiones

En este trabajo se han analizado múltiples aspectos relacionados con las víctimas de violencia doméstica: a) revisión de los factores que están relacionados con la dificultad que tienen muchas víctimas de maltrato para revelar su victimización; b) las características sociodemográficas, circunstancias del maltrato y repercusiones psicopatológicas que tiene la violencia doméstica en una muestra de víctimas que acudieron a pedir ayuda a centros de atención psicológica y su relación con los resultados de otras investigaciones; c) análisis de la relación que existe entre el tipo y circunstancias de maltrato sufridos por la víctima y la gravedad psicopatológica; y d) revisión de los principales factores y teorías explicativas de la permanencia de las víctimas en convivencia prolongada con el agresor.

El maltrato doméstico representa un claro factor de riesgo para la salud física y psicológica de las víctimas. Desde una perspectiva *psicopatológica*, los cuadros clínicos más frecuentemente relacionados con los efectos de la violencia familiar son la *depresión* y el *trastorno de estrés postraumático* (cfr. Amor *et al.*, en prensa). Asimismo pueden aparecer síntomas de elevada ansiedad, baja autoestima y sentimientos de culpa. Todo ello, puede interferir en diferentes áreas de la vida cotidiana de la víctima: trabajo, vida social, relación con los hijos, etc. (Khan, Welch y Zillmer, 1993; Sato y Heiby, 1992). Además, y de forma simultánea, pueden surgir problemas temporales o permanentes de abuso de alcohol y fármacos, a modo de estrategias de afrontamiento inadecuadas para hacer frente a los problemas planteados.

Dentro de este ámbito, existen múltiples factores vinculados al tipo y circunstancias del maltrato que, con independencia de los factores protectores de cada víctima, pueden agravar las consecuencias físicas y psicopatológicas de la violencia de pareja. En primer lugar, el *maltrato psicológico* tiene un impacto tan grande en las víctimas como la violencia física. En segundo lugar, el *maltrato sexual* conlleva unas consecuencias psicopatológicas similares a las víctimas de agresión sexual extraconyugal, así como una mayor gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático, un mayor riesgo de suicidio, e incluso de ser asesinadas por el agresor, que otros tipos de maltrato (físico o psicológico). Y en tercer lugar, la falta de apoyo social y familiar, la extensión en el tiempo de los malos tratos, su intensidad y frecuencia, la cercanía temporal al último episodio de maltrato y el sufrimiento con anterioridad de otros sucesos traumáticos pueden incrementar la gravedad psicopatológica en las víctimas.

Por otra parte, existen múltiples teorías -que tratan de explicar la permanencia de una mujer maltratada en convivencia prolongada con el agresor- y que se dividen en dos grandes grupos: por una parte, las que toman como referencia el *proceso de toma de decisiones* que sigue la víctima para permanecer o abandonar al agresor; y por otra, aquellas que se focalizan en el concepto de *dependencia emocional* de las víctimas y también en las *repercusiones psicopatológicas* derivadas del maltrato.

Finalmente, también sería conveniente investigar, entre otros temas, por qué un agresor permanece tantos años conviviendo y maltratando sistemáticamente a su pareja sin abandonar la relación, y delimitar con mayor precisión las diferentes tipologías de hombres violentos en el hogar.

Referencias

- Aguilar, R.J. y Nightingale, N.N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self-esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9,35-45.
- Amor, P.J. (2000). *Variables sociodemográficas y psicopatológicas en mujeres víctimas de maltrato doméstico*. Tesis doctoral. Facultad de Psicología. Universidad del País Vasco.
- Amor, P.J., Bohórquez y Echeburúa, E., (en prensa). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora?. *Acción Psicológica*.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (2001b). Maltrato físico y maltrato psicológico en mujeres víctimas de violencia en el hogar: un estudio comparativo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 6, 167-178.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2001a). Perfil psicopatológico diferencial en víctimas de maltrato doméstico y de agresiones sexuales. *Análisis y Modificación de Conducta*, 27, 605-629.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.
- Campbell, J. C. y Soeken, K.L. (1999). Forced sex and intimate partner violence: Effects on women's risk and women's health. *Violence Against Women* 5, 1017-1035.
- Cascardi, M. y O'Leary, K.D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 249-259.
- Cascardi, M. y O'leary, K.D., Lawrence, E.E., y Schlee, K.A. (1995). Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 616-623.
- Clark, A.H. y Foy, D.W. (2000). Trauma exposure and alcohol use in battered women. *Violence Against Women*, 6, 37-48.
- Dutton, D.G. y Painter, S.L. (1981). Traumatic bonding: The development of emotional attachment in battered women and other relationships of intermittent abuse. *Victimology: An International Journal*, 6, 139-155.
- Dutton, D.G. y Painter, S.L. (1993). The battered woman syndrome: Effects of severity and intermittency of abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 614-622.
- Eberle, P. (1982). Alcohol abuser and non-users: A discriminate function analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 23, 260.
- Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- Echeburúa, E., Amor, P.J. y Corral, P., (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica*, 2, 135-150.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid. Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. Amor, P.J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica en la mujer: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2, 7-19.
- Follingstad, D., Rutledge, L., Serg, B., House, E. y Ploek, D. (1990). The role of emotional abuse in physical abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 5, 107-120.
- Frieze, I.H. (1979). Perceptions of battered wives. En I.H. Frieze, D. Bar-Tal y J.S. Carroll (Eds.). *New Approaches to Social Problems: Applications of Attribution Theory*. San Francisco. Jossey-Bass.
- Gleason, W.J. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence and Victims*, 8, 53-68.
- Goldberg, W.G. y Tomlanovich, M.C. (1984). Domestic violence victims in the emergency department. *Journal of The American Medical Association*, 251, 3259-3264.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence* 14, 99-132.
- Herman, J.L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391.
- Hickling, E. J. y Blanchard, E. B. (1992). Post-traumatic stress disorder and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders*, 6, 283-304.

- Kemp, A., Green, B.L., Hovanitz, C. y Rawlings, E.I. (1995). Incidence and correlates of post-traumatic stress disorder in battered women: Shelter and community samples. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 43-55.
- Khan, F.I., Welch, T.L. y Zillmer, E.A. (1993). MMPI-2 profiles of battered women in transition. *Journal of Personality Assessment*, 60 (1), 100-111.
- Long, G.M. y McNamara, J.R. (1989). Paradoxical punishment as it related to the battered women syndrome. *Behavior modification*, 13, 192-205.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona. Crítica.
- Mahoney, P. (1999). High rape chronicity and low rates of help-seeking among wife rape survivors in a nonclinical sample: Implications for research and practice. *Violence Against Women*, 5, 993-1016.
- Marx, B.P. (2005). Lessons learned from the last twenty years of sexual violence research. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 225-230.
- McCaughey, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dil, L., Schroeder, A.F., De Chant, H.K., Ryden, J., Bass, E.B. y Derogatis, L.R. (1995). The "battering syndrome": prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine*, 123, 737-746.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, e Instituto de la Mujer (2002). *Macroencuesta sobre "violencia contra las mujeres"*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Naciones Unidas (1987). *Violence against women in the family*. New York.
- O'Leary, K.D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14, 1-21.
- Resnick, H.S., Falsetti, S.A., Kilpatrick, D.G. y Freedy, J.R. (1996). Assessment of rape and other civilian trauma-related PTSD: Emphasis on assessment of potentially traumatic events. En T.W. Miller (Ed.). *Theory and Assessment of Stressful Life Events*. Madison, CT. International Universities Press.
- Resnick, H.S., Kilpatrick, D.G., Best, C.L. y Kramer, T.L. (1992). Vulnerability-stress factors in development of posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 424-430.
- Rhodes, N.R. y Baranoff, E.C. (1998). Why do battered women stay?: three decades of research. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 391-406.
- Rhodes, K.V., Lauderdale, D.S., He, T. y Howes, D.S. (2002). "Between me and the computer": Increased detection of intimate partner violence using a computer questionnaire. *Annals of Emergency Medicine*, 40, 476-484.
- Saarijärvi, M.D., Niemi, H., Lehto, H. y Ahola, V. y Salokangas, R (1996). Lifetime prevalence of nine common psychiatric/personality disorders in female domestic abuse survivors. *Brief Reports*, 645-652.
- Salber, P.R. y Taliaferro, E. (2000). *Reconocimiento y prevención de la violencia doméstica en el ámbito sanitario*. Barcelona. Cedecs.
- Sato, R.A. y Heiby, E.M. (1992). Correlates of depressive symptoms among battered women. *Journal of Family Violence*, 7 (3), 229-245.
- Saunders, D.G. (1994). Posttraumatic Stress Symptom Profiles of Battered Women. A comparison of Survivors in Two Settings. *Violence and Victims*, 9, 31-44.
- Stark, E. y Flitcraft, A. (1988). Violence among intimates: an epidemiologic review. En V.B. Van Hasselt, R.L. Morrison, A.S. Bellack y M. Hersen (Eds.). *Handbook of Family Violence*. New York, Plenum Press.
- Tang, C. (1997). Psychological impact of wife abuse. (Experiences of Chinese women and their children). *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 466-478.
- Tan, C., Basta, J., Sullivan, C. M., y Davidson, W. S. (1995). The role of social support in the lives of women exiting domestic violence shelters: An experimental study. *Journal of Interpersonal Violence*, 10, 437-451.
- Walker, L.E. (1979). *The battered woman*. Harper and Row. New York.
- Walker, L.E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York. Springer.
- Walker, L.E. (1994). *Abused women and survivor therapy: A practical guide for the psychotherapist*. American Psychological Association, Washington, DC.
- Wingwood, G.M., DiClemente, R.J. y Raj, A. (2000). Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine*, 19, 270-275.