

EL MALTRATO DE LA MUJER EN EL HOGAR: CONSECUENCIAS
PSICOPATOLÓGICAS

Enrique Echeburúa Odriozola y Pedro Javier Amor Andrés

Universidad del País Vasco

La mujer como víctima: aspectos jurídicos y criminológicos. Ediciones
de la Universidad de Castilla – La Mancha, (Estudios; 61), Cuenca,
2000

<http://www.cienciaspenales.net>

EL MALTRATO DE LA MUJER EN EL HOGAR: CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS Y PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Enrique Echeburúa Odrizola
Catedrático de Psicología Clínica
Universidad del País Vasco

Pedro Javier Amor Andrés
Becario de Investigación
Universidad del País Vasco

I. INTRODUCCIÓN

El maltrato doméstico a las mujeres se ha convertido en un problema social debido a su gran incidencia en la población y a la gravedad de las secuelas tanto físicas como psicológicas producidas en las víctimas. La violencia en el hogar supone la causa más común de lesiones en la mujer, más incluso que en el caso de los accidentes de coche, de los robos y de las violaciones (STARK y FLITCRAFT, 1988). Al contrario de lo que sucede con los hombres, más de las dos terceras partes de los actos violentos perpetrados contra las mujeres son cometidos por personas próximas a ellas (ROJAS MARCOS, 1995).

No es casual que la violencia surja frecuentemente en el hogar. Las agresiones repetidas y prolongadas se producen sobre todo en situaciones de cautiverio, cuando la víctima es incapaz de escapar del control del agresor al estar sujeta a él por la fuerza física o por vínculos económicos, legales, sociales o emocionales (ROJAS MARCOS, 1995).

Hoy en día es difícil estimar la verdadera incidencia del maltrato doméstico. Los datos existentes son poco fiables y sólo se denuncia una mínima parte de los casos (entre un 10% y un 30% de los sucesos reales). Hasta hace unos pocos años la violencia en el hogar se consideraba como un asunto privado que pertenecía a la intimidad familiar y no debía aflorar al exterior (VILLAVICENCIO, 1993). Según los estudios más rigurosos llevados a cabo en EEUU (O'LEARY Y ARIAS, 1988; STITH, WILLIAMS y ROSEN, 1992; STRAUS y GELLES, 1990), la tasa de prevalencia del maltrato doméstico oscila entre el 15% y el 30% de la población femenina.

El maltrato doméstico se refiere a las agresiones físicas, psíquicas, sexuales o de otra índole, llevadas a cabo reiteradamente por parte de un familiar (habitualmente el marido), y que causan daño físico y/o psíquico y vulneran la libertad de otra persona (habitualmente la esposa) (ECHEBURÚA, CORRAL, SARASUA, ZUBIZARRETA y SAUCA, 1990).

La victimación -el hecho de ser víctima de un delito- puede causar unas repercusiones psicológicas muy negativas en la estabilidad emocional de las personas afectadas. En concreto, el desarrollo del estrés postraumático como consecuencia de cualquier delito lo experimenta el 25% de todas las víctimas, pero este porcentaje puede ascender hasta el 50-60% en el caso de las mujeres agredidas sexualmente (CORRAL, ECHEBURÚA, SARASUA y ZUBIZARRETA, 1992) y hasta el 51% en el caso de las víctimas de maltrato doméstico (ZUBIZARRETA, SARASUA, ECHEBURÚA, CORRAL, SAUCA, y EMPARANZA, 1994).

Los cuadros clínicos más frecuentemente relacionados con los efectos de la violencia familiar son la depresión (CAMPBELL, SULLIVAN y DAVIDSON, 1995; ROSEWATER, 1988; SATO y HEIBY, 1992; STRAUS, 1987) y el trastorno de estrés postraumático (DOUGLAS, 1987; DUTTON, 1992; DUTTON-DOUGLAS, BURGHARDT, PERRIN y CHRESTMAN, 1994; HOUSKAMP y FOY, 1991; KUSHER, RIGGS, FOA y MILLER, 1992; WALKER, 1989; ZUBIZARRETA *ET AL.*, 1994).

También pueden aparecer síntomas de elevada ansiedad, baja autoestima e indaptación en diferentes áreas de la vida cotidiana: trabajo, vida social, relación con los hijos, etc. Además, y de forma simultánea, pueden surgir problemas temporales o permanentes de abuso de alcohol y fármacos, a modo de estrategia de afrontamiento inadecuada para hacer frente a los problemas planteados.

Una de las características singulares del maltrato doméstico es la cronicidad. Por término medio las mujeres permanecen en la situación de violencia durante un período no inferior a 10 años (ZUBIZARRETA *ET AL.*, 1994). La búsqueda tardía de ayuda terapéutica se explica por razones económicas (dependencia del marido), sociales (la opinión de los demás), familiares (la protección de los hijos) y psicológicas (la minimización del problema, el miedo, la indefensión generada, la resistencia a reconocer el fracaso de la relación, el temor al futuro en soledad, etc.) (SAUNDERS, 1994; WODARSKI, 1987). Todo ello ha traído consigo un retraso en el desarrollo de la investigación clínica, que actualmente se encuentra en una fase incipiente.

II. PERFIL DEMOGRÁFICO Y PSICOPATOLÓGICO

A. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Las características sociodemográficas de la muestra total ($N=164$) tratada en el Servicio de Violencia Familiar de Bilbao aparecen descritas en la *tabla 1*, con una referencia específica a los dos tipos de violencia, que aparecen relativamente equilibrados (maltrato físico, 57%; maltrato psicológico, 43%) en el conjunto de las víctimas.

TABLA 1. VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS VÍCTIMAS DE MALTRATO

	MUESTRA TOTAL (N = 164) %	MALTRATO FÍSICO (N = 93) %	MALTRATO PSICOLÓGICO (N = 71) %	X ²
EDAD MEDIA (Rango)	38,02 (19-66 años)	37,88	38,2	
ESTADO CIVIL Casadas Solteras Separadas En tramites separación	100 5 19 40 (24,4)	57 3 9 24 (25,8)	43 2 10 16 2,11	0,88 (n.s.)
NÚMERO DE HIJOS (Rango)	2,18 (1-6 hijos)	2,23		
NIVEL ECONÓMICO Bajo Medio-Bajo Medio Medio-Alto Alto	49 40 49 14 11 (30,1) (24,5) (30,1) (8,6) (6,7)	29 23 28 4 8 (31,5) (25) (30,4) (4,3) (8,7)	20 17 21 10 3 (28,2) (23,9) (29,6) (14,1) (4,2)	5,79 (n.s.)
NIVEL CULTURAL Sin estudios Estudios primarios Estudios secundarios Estudios universit.	37 73 44 10 (22,6) (44,5) (26,8) (6,1)	25 40 23 5 (26,9) (43,7) (24,7) (5,4)	12 33 21 5 (16,9) (46,5) (29,6) (7)	2,42 (n.s.)
PROFESIÓN ESTUDIANTE Ama de casa Servicio doméstico Otra profesion En paro	4 54 (32,9) (26) (15) (34,8) (14)	2 37 (39,8) (14) (15) (16,1)	2 17 (23,9) (22,9) (16,9) (11,3)	7,74 (n.s.)
HISTORIA PSQUIIÁTRICA SI NO	15 147 (9,3) (90,7)	10 81 (11) (89)	5 66 (7) (93)	0,74 (n.s.)
APOYO SOCIAL				

Como se puede observar, la edad media de la muestra total es de 38 años (con un rango que oscila entre los 19 y los 66 años) y el número medio de hijos es de 2. En cuanto al estado civil, la mayoría de las víctimas permanecen casadas, pero hay un grupo significativo de ellas que están separadas (11%) o en trámites de separación (24%).

El nivel de instrucción de la mayoría es más bien bajo, con un predominio claro de víctimas sin estudios o con estudios primarios (67%) y con sólo un 6% de mujeres con formación universitaria. Asimismo el nivel socioeconómico de los casos estudiados oscila entre la clase baja y la clase media. En cuanto a la ocupación laboral, predominan las amas de casa y las empleadas domésticas, si bien hay hasta un 35% de víctimas que ejercen profesiones diversas y heterogéneas.

Las víctimas suelen contar con algún tipo de redes de apoyo, que son más intensas en el ámbito familiar (67%) que en el social (42%).

Sólo un 9% de las víctimas ha tenido una historia psiquiátrica anterior, referida sobre todo al ámbito de las alteraciones emocionales (ansiedad y depresión). Se trata, por tanto, en general de mujeres equilibradas mentalmente que sufren de trastornos psicológicos actualmente como consecuencia de una situación de maltrato crónico.

Al comparar a las víctimas de maltrato físico y psicológico, en ninguna de las variables sociodemográficas evaluadas se han encontrado diferencias significativas entre ellas.

B. VARIABLES DE MALTRATO

En cuanto a la duración de la situación de violencia, un primer dato es que la situación de maltrato es más bien crónica y de larga evolución. Al margen de que el rango es muy amplio, la duración media del maltrato es de 12 años. Un segundo dato es que el maltrato es de instauración precoz en la relación de pareja. En concreto, en el 70% de los casos el maltrato comienza en el primer año de matrimonio e incluso en el noviazgo. En general, en la submuestra de maltrato físico la antigüedad del problema suele ser mayor que en la de maltrato psicológico ($X^2=12,8; p<0,01$). En casi todos los casos, independientemente del subtipo de maltrato, los últimos episodios violentos han sido muy recientes (*tabla 2*).

TABLA 2. CIRCUNSTANCIAS DEL MALTRATO DOMESTICO

	MUESTRA TOTAL (N = 164) %	MALTRATO FISICO (N = 93) %	MALTRATO PSICOLÓGICO (N = 71) %	X ²
MESES DE MALTRATO (Rango)	142 (5-480 meses)	151	129	
PRIMER EPISODIO DE MALTRATO				
NOVIATZO	33 (20,2)	21 (22,6)	12 (16,9)	12,8 **
PRIMER año matrimonio	82 (50)	53 (57)	29 (40,8)	
2-5 años de matrimonio	25 (15,2)	13 (14)	12 (16,9)	
Más de 5 años matrim.				
ULTIMO EPISODIO DE MALTRATO				
0-1 mes	24 (14,6)	6 (6,5)	18 (25,4)	
1-3 meses				
3-6 meses	102 (62,2)	62 (66,7)	40 (56,3)	6,04
Más de 6 meses	30 (18,3)	19 (20,4)	11 (15,5)	
AGRESIÓN SEXUAL				
SI	11 (6,7)	4 (4,3)	7 (9,9)	
NO	21 (12,8)	8 (8,6)	13 (18,3)	
MALTRATO EN EL EMBARAZO				
SI	54 (32,9)	44 (47,3)	10 (14,1)	20,13 ***
NO	110 (67,1)	49 (52,7)	61 (85,9)	
DENUNCIA				
SI	48 (34)	39 (43)	9 (15,3)	15,95 ***
NO	93 (66)	43 (52,4)	50 (84,7)	
ASISTENCIA MÉDICA				
SI	60 (36,6)	51 (54,8)	9 (12,7)	30,26 ***
NO	103 (62,8)	42 (45,2)	61 (85,9)	
MALTRATO PSÍQUICO ANTES QUE FISICO				
SI	-----	47 (51,6)	-----	
NO	-----	44 (48,4)	-----	
MALTRATO A LOS HIJOS				
SI	-----	-----	-----	
NO	-----	-----	-----	

La intensidad de la violencia familiar queda reflejada por el hecho de que la mitad de las víctimas de maltrato físico han requerido asistencia médica y de que la tercera parte de todas las pacientes, si bien con más frecuencia en el caso del maltrato físico, han experimentado relaciones sexuales forzadas y/o han sido víctimas de maltrato incluso durante los embarazos.

La violencia contra la mujer tiende a hacerse extensiva a los hijos. En concreto, el maltrato infantil por parte del hombre se da en más de la mitad de la muestra, pero es mayor en el caso de la submuestra de maltrato físico (67%) que en el caso de la de maltrato psicológico (49%) ($X^2=4,65$; $p<0,05$). Y la modalidad de maltrato ejercida contra los hijos suele coincidir con el tipo de maltrato sufrido por la mujer.

Desde la perspectiva de los antecedentes familiares, sólo una pequeña parte de la muestra -el 18%- ha sufrido o ha sido testigo de maltrato en la familia de origen. Por ello, la violencia familiar no se articula necesariamente en una cadena de transmisión.

En cuanto a las denuncias, que se dan en una tercera parte del total de las víctimas, se presentan con mucha más frecuencia en el caso del maltrato físico (55%) que en el del maltrato psicológico (13%) ($X^2=30,26$; $p<0,001$). Este último tiende a percibirse por parte de las víctimas como una conducta *privada* de la pareja que no debe aflorar al exterior y que, además, resulta difícil de demostrar.

C. VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS Y DE ADAPTACIÓN

Las víctimas aquejadas del trastorno de estrés postraumático, según los criterios diagnósticos del *DSM-IV* (APA, 1994), suponen el 55% de la muestra total de las víctimas de maltrato, sin que existan diferencias significativas, desde una perspectiva categorial, entre las dos submuestras. No es menos grave, por ello, bajo este punto de vista, ser víctima de maltrato psicológico que de maltrato físico.

Desde una perspectiva dimensional, en la *tabla 3* figuran las puntuaciones en el nivel de gravedad del trastorno de estrés postraumático y en el resto de variables psicopatológicas asociadas.

TABLA 3. PUNTUACIONES EN EL NIVEL DE GRAVEDAD DEL TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO Y EN LAS VARIABLES PSICOPATOLÓGICAS EN LAS MUJERES VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO

	MUESTRA TOTAL (N = 126)	MALTRATO FÍSICO (N = 74)	MALTRATO PSICOLÓGICO (N = 52)	t
TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO (Rango 0-51)	X D.T. 21,52 (9,12)	X D.T. 21,66 (8,83)	X D.T. 21,33 (9,6)	0,20 (n.s.)
ANSIEDAD-ESTADO (STAI-E) (Rango 0-60)	42,79 (11,67)	43,3 (11,6)	42,07 (11,79)	0,58 (n.s.)
INVENTARIO DE DEPRESIÓN (BDI) (Rango 0-63)	20,76 (9,89)	20 (9,96)	21,79 (9,78)	0,98 (n.s.)
ESCALA DE DEPRESIÓN (HRS) (Rango 0-52)	25,31 (12,85)	24,8 (13,2)	25,98 (12,41)	0,49 (n.s.)
ESCALA DE AUTOESTIMA (Rango 10-40)	26,5 (5,83)	26,7 (6,25)	26,2 (5,23)	0,51 (n.s.)
INADAPTACIÓN GLOBAL (Rango 0-6)	5,17 (1,19)	5,2 (1,28)	5,17 (1,04)	0,01 (n.s.)

Como puede observarse, la intensidad global del trastorno de estrés postraumático en las víctimas de violencia familiar es más bien alta. Una vez más, no hay diferencias significativas entre las dos submuestras.

Con respecto a las variables psicopatológicas y de adaptación, las víctimas de maltrato presentan un nivel muy elevado de síntomas psicopatológicos en el momento de la búsqueda de ayuda terapéutica. Tampoco en este caso hay diferencias significativas entre las dos submuestras.

El grado de ansiedad de las víctimas es elevado. En concreto, el 93% de la muestra supera la puntuación media de la población y el 86% supera el percentil 75.

El nivel de síntomas depresivos presentado por los pacientes, tal como es recogido en el *BDI* y en el *HRS*, es más bien alto. Nada menos que el 64% en el *BDI* y el 68% en el *HRS* superan los puntos de corte establecidos. La gravedad de los síntomas es más clara en las manifestaciones conductuales y somáticas de la depresión (apatía, pérdida de interés, dificultades del sueño, retardo psicomotor, etc.).

En lo que se refiere a la adaptación a la vida cotidiana, las víctimas de maltrato presentan un nivel muy alto de inadaptación. El maltrato interfiere claramente en el funcionamiento diario de estas personas. Por otra parte, las víctimas muestran un grado de autoestima escaso, por debajo de la población normal.

III. PROGRAMAS DE INTERVENCIÓN

Los objetivos terapéuticos con las víctimas de maltrato se han centrado en el tratamiento de la culpabilidad y del déficit de autoestima y en la mejora de la relación social, así como en la expresión adecuada de la ira y en la terapia de los síntomas específicos presentados. Se trata, en último término, de enseñar a las víctimas habilidades que les permitan el establecimiento de una nueva vida, enfocada a la autonomía personal y a la recuperación del control (DUTTON, 1992; WALKER, 1991).

Las técnicas más frecuentemente utilizadas, enmarcadas en un enfoque cognitivo-conductual, han sido la reestructuración cognitiva, el entrenamiento en habilidades de comunicación y de solución de problemas y la inoculación de estrés, orientadas todas ellas a identificar y cambiar las creencias distorsionadas y a facilitar la adopción de respuestas más adaptativas a la experiencia de maltrato (WEBB, 1992).

Los programas de tratamiento se han aplicado habitualmente en grupo, dirigidos por terapeutas mujeres, con sesiones semanales y con una duración total de 10 a 12 semanas (TUTTY, BIDGOOD y ROTHERY, 1993).

Sin embargo, los estudios existentes hasta la fecha en relación con la eficacia de los tratamientos psicológicos en la violencia familiar presentan problemas metodológicos importantes que impiden obtener conclusiones definitivas: a) no describen con detalle las técnicas utilizadas; b) carecen de instrumentos de evaluación suficientemente fiables y válidos; y c) no presentan la evolución de los resultados a lo largo del tiempo. Por otra parte, los estudios se han centrado fundamentalmente en víctimas internadas en casas de acogida, que no representan sino una pequeña parte de las víctimas de maltrato, o en actuaciones referidas a situaciones de crisis.

En la investigación de ECHEBURÚA, CORRAL, SARASUA y ZUBIZARRETA (1996) se ha puesto a prueba por primera vez un programa terapéutico cognitivo-conductual -la expresión emocional, la reevaluación cognitiva y el entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento-, aplicado individualmente, para el tratamiento del trastorno de estrés posttraumático crónico en 62 víctimas ambulatorias (no residentes en casas de acogida) de maltrato doméstico (**tabla 4**).

TABLA 4. TRATAMIENTO DEL PTSD CRÓNICO EN VÍCTIMAS DE MALTRATO DOMÉSTICO

● **EXPRESIÓN Y APOYO EMOCIONAL**

● **REEVALUACIÓN COGNITIVA**



→ ***Explicar las reacciones normales ante el maltrato***

→ ***Discusión racional***

→ ***Resituar el acontecimiento traumático***

● **ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES ESPECÍFICAS DE AFRONTAMIENTO**

La **expresión emocional**, que tiene como objetivo proporcionar comprensión y apoyo a la víctima, consiste en alentarla a que cuente lo ocurrido y refiera todo lo que ha pensado y sentido. Se trata de facilitarle el desahogo emocional de la irritabilidad y de las humillaciones sufridas.

La **reevaluación cognitiva** está enfocada a tres puntos fundamentales. En primer lugar, a la explicación de las reacciones normales ante una experiencia de maltrato y a la comprensión del proceso de adquisición y mantenimiento de los miedos. La consecución de este objetivo se ve facilitada por la entrega de un folleto explicativo, a modo de manual de autoayuda, sobre el impacto psicológico de la violencia familiar (ECHEBURÚA, CORRAL, SARASUA, ZUBIZARRETA Y SAUCA, 1990). En segundo lugar, a la discusión racional para eliminar los sesgos cognitivos, sobre todo en relación con los sentimientos de baja autoestima y de culpabilidad, y para ajustar a la realidad el sistema de procesamiento de información de la víctima. Y en tercer lugar, a resituar el acontecimiento traumático en los justos términos, a analizar con realismo las distintas facetas de la convivencia conyugal y de la situación de los hijos y a prestar un apoyo a las víctimas para continuar adelante con sus vidas.

Se trata con todo ello de ayudar a las víctimas a proyectarse hacia el futuro sin ser esclavas del pasado, con un énfasis en los aspectos positivos existentes: posibilidades realistas de rehacer la vida, de conseguir un trabajo o de comprometerse en tareas de voluntariado; implicación en actividades nuevas y reforzantes, etc. Todo ello tiene como objetivo, en último término, mejorar la autoestima de las víctimas.

El entrenamiento en habilidades específicas de afrontamiento implica, en primer lugar, la adopción, en los casos de peligro para la víctima, de medidas urgentes, como la denuncia, el abandono del domicilio conyugal y la búsqueda de una solución alternativa (por ejemplo, un piso de acogida). En segundo lugar, el entrenamiento en relajación muscular progresiva y en respiraciones profundas. En tercer lugar, la enseñanza de habilidades de solución de problemas (*cf.* DUTTON, 1992) y de técnicas de control sobre el comportamiento agresivo del maltratador. En cuarto lugar, la ayuda a la recuperación gradual de actividades gratificantes, así como la facilitación de redes de apoyo social y el fomento de conductas de independencia y de autonomía. Y en quinto lugar, en los casos necesarios, el afrontamiento de las conductas evitadas, por medio de las técnicas de exposición, y/o de las preocupaciones reiterativas, por medio de las técnicas de distracción cognitiva.

Si el objetivo terapéutico es la separación, se ofrece a la víctima asesoramiento jurídico en relación con la situación económica y la custodia de los niños y se la prepara para comunicar a los hijos la decisión adoptada y las nuevas circunstancias creadas, así como para compartir emocionalmente los hechos vividos con personas de su entorno y, de este modo, encontrar un apoyo social adicional.

Si el objetivo terapéutico es la mejora de la convivencia de la pareja - habitualmente en los casos de maltrato menos cronificados-, se enseñan a los

dos miembros de la pareja habilidades de comunicación y de solución de problemas, así como técnicas específicas, en los casos necesarios, para mejorar la relación sexual y tratar las posibles disfunciones existentes.

En cuanto al programa de tratamiento puesto a prueba -ha sido una intervención individual de 12 sesiones de tratamiento y con una duración aproximada de 3 meses- los resultados obtenidos han sido muy satisfactorios: en un 95 por 100 de la muestra se produce una remisión del trastorno de estrés postraumático, que se mantiene en los distintos controles de seguimiento (1, 3, 6 y 12 meses) (**figura 1**).

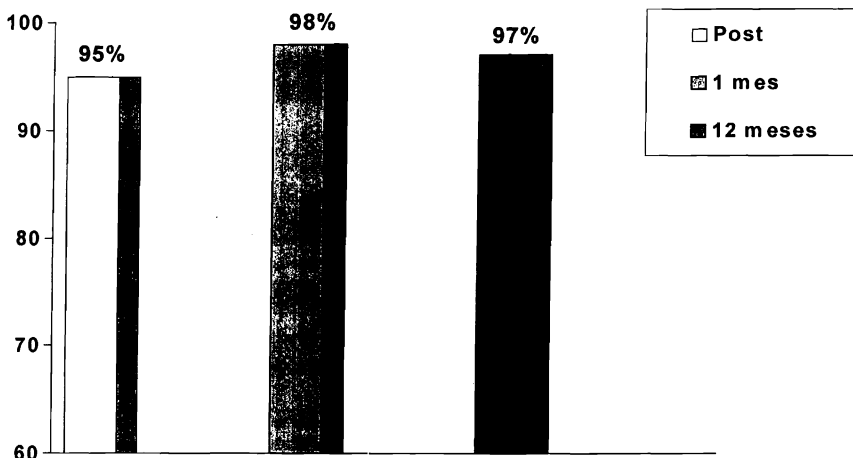


FIGURA 1. PORCENTAJE DE ÉXITO TERAPÉUTICO (N=62)

Respecto al resto de las variables psicopatológicas evaluadas (ansiedad, depresión, autoestima e inadaptación), la evolución es muy similar (**figuras 2, 3, 4, 5 y 6**). En conjunto, los logros terapéuticos tienden a consolidarse con el transcurso del tiempo en todas las dimensiones evaluadas.

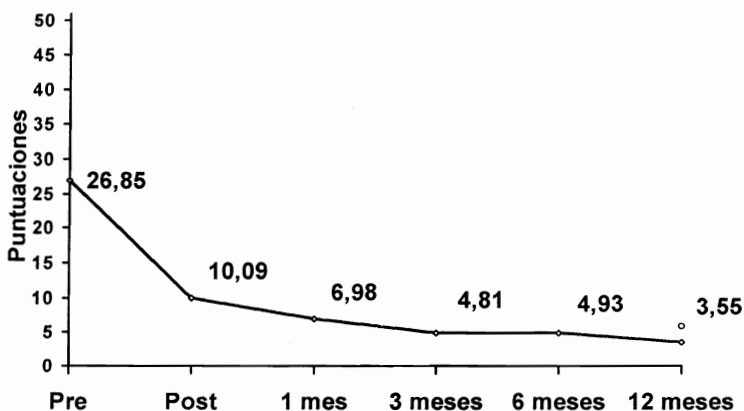


FIGURA 2. TRASTORNO DE ESTRÉS POSTRAUMÁTICO

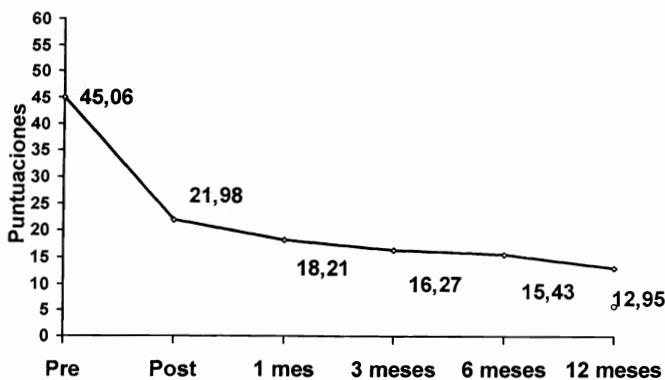


FIGURA 3. INVENTARIO DE ANSIEDAD-ESTADO

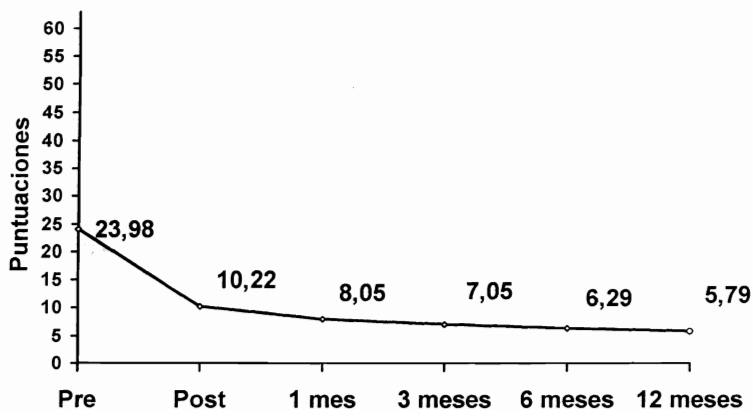


FIGURA 4. INVENTARIO DE DEPRESIÓN

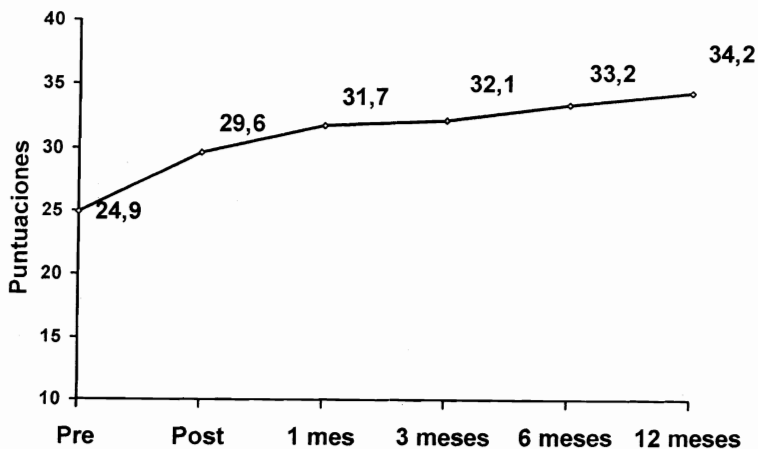


FIGURA 5. ESCALA DE AUTOESTIMA

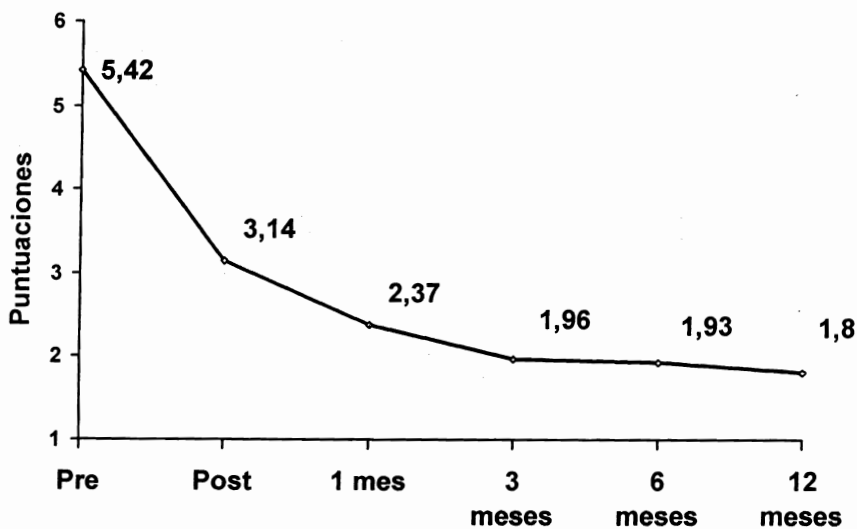


FIGURA 6. ESCALA DE INADAPTACIÓN GLOBAL

IV. CONCLUSIONES

El perfil de la víctima es una mujer casada, con una edad media de 38 años y perteneciente a una clase social media o baja. En cuanto a este último dato, los resultados obtenidos pueden reflejar un sesgo. Al haberse ofrecido un tratamiento gratuito en el marco de un Centro de Asistencia Psicológica para Víctimas de Violencia Familiar, cabe pensar que estén representadas mínimamente mujeres maltratadas de clases sociales más altas, que pueden utilizar otro tipo de recursos privados.

En lo que se refiere a las características del maltrato, es destacable la larga duración del mismo, superior a 12 años por término medio. Se trata, por tanto, de un problema cronicado, que puede ser atribuido a diversas circunstancias: precariedad económica, dependencia emocional y baja autoestima personal, miedo a asumir el futuro en soledad, futuro incierto de los hijos, etc. Algunos sesgos cognitivos, como la vergüenza a relatar conductas degradantes o la creencia de que la violencia familiar atañe sólo al ámbito de lo privado, pueden asimismo retrasar la búsqueda de ayuda terapéutica.

El aislamiento social y la ocultación de lo ocurrido están presentes en casi el 60% de las víctimas. Esta situación está favorecida por la presión del agresor y por la vergüenza social percibida por la víctima, es decir, por el miedo al *qué dirán*. Sin embargo, el aislamiento genera una mayor dependencia del agresor,

quien, a su vez, experimenta un aumento del dominio a medida que se percata del mayor aislamiento de la víctima (ROJAS MARCOS, 1995).

No deja de ser significativo que el 36% de las víctimas estén separadas o en trámites de separación. Quiere ello decir que el mero alejamiento de la situación de maltrato no soluciona los problemas surgidos como consecuencia de la violencia familiar.

Las víctimas de maltrato psicológico, que viven la violencia en forma de críticas constantes y atentados a la autoestima, de amenazas de agresión, de chantaje con los hijos, de imposición de conductas degradantes o de atribución a las mujeres de la responsabilidad de las conductas violentas, constituyen casi la mitad de la muestra total (43%). En ocasiones, el maltrato psicológico es el primer peñaño para la violencia física; en otras, sin embargo, es un tipo de violencia que se va a mantener a este nivel de forma crónica, sin traspasar este tipo de límites.

En el maltrato psicológico el comienzo suele ser más tardío, las relaciones sexuales forzadas son menos habituales, la extensión a los hijos de la violencia es menor y el número de denuncias es claramente inferior.

Desde una perspectiva psicopatológica, el trastorno de estrés postraumático está presente en el 55% de la muestra (sin distinciones entre ambos tipos de maltrato), que es un porcentaje similar al existente en las agresiones sexuales y más del doble del que se produce como consecuencia de cualquier otro tipo de delito, lo que resulta congruente con los datos obtenidos en otros estudios (*cf.*: DOUGLAS, 1987; ROSEWATER, 1988; WALKER, 1989, 1991; HOUSKAMP y FOY, 1991; DUTTON, 1992; KUSHER, RIGGS, FOA y MILLER, 1992; DUTTON-DOUGLAS *ET AL.*, 1994; ZUBIZARRETA *ET AL.*, 1994).

Los síntomas de ansiedad y la depresión constituyen un cuadro clínico que está presente en más del 65% de la muestra, como ocurre también en otros estudios previos (HILBERMAN y MUNSON, 1977, 1978; WALKER, 1979; JAFFE, WOLFE, TELFORD y AUSTIN, 1986; STRAUS, 1987; ROSEWATER, 1988; CAMPBELL, 1989; MCGRATH, KEITA, STRICKLAND y RUSSO, 1990; SATO y HEIBY, 1992; CAMPBELL, SULLIVAN y DAVIDSON, 1995). Lo que lleva a la depresión en estos casos es la pérdida de autoestima, el aislamiento social (con lo que implica de pérdida de actividades gratificantes), la indefensión aprendida - no se puede predecir o controlar la violencia, sobre todo cuando ésta es intermitente y entremezclada con períodos de arrepentimiento y ternura- y los sentimientos de culpa que pueden aflorar por las conductas que la mujer ha realizado para evitar o detener la violencia: mentir, encubrir al agresor, tener contactos sexuales a su pesar, consentir en el maltrato a los hijos, etc. La depresión puede quedar en algunos casos «amortiguada» por un nivel adecuado de autoestima (CASCARDI Y O'LEARY, 1992).

El resultado de todos estos síntomas clínicos es una profunda inadaptación a la vida cotidiana y una interferencia grave en el funcionamiento cotidiano.

En resumen, la experiencia de violencia en el hogar, que además tiende a cronificarse, es una variable de riesgo para el desarrollo de trastornos emocionales. En todas las variables psicopatológicas analizadas el nivel de riesgo es tan alto en el maltrato físico como en el psicológico porque las víctimas tienden a percibir este último de forma tanto o más dolorosa que el físico (FOLLINGSTAD, RUTLEDGE, SERG, HOUSE y PLOEK, 1990).

De la misma forma que en otros estudios con víctimas de agresiones sexuales (CORRAL, ECHEBURÚA, SARASUA y ZUBIZARRETA, 1995; ECHEBURÚA *ET AL.*, 1996; FOA, HEARST-IKEDA y PERRY, 1995; RESICK y SCHNICKE, 1992), el trastorno de estrés postraumático crónico se muestra como un cuadro clínico susceptible de tratamiento con éxito con un programa terapéutico cognitivo-conductual. De hecho, se obtiene una tasa de éxitos del 97% de los casos cuando ha transcurrido un año de seguimiento.

En cuanto a la evolución terapéutica de los otros síntomas, se produce una mejoría rápida en el grado de depresión y de ansiedad, así como en el nivel de autoestima y en la adaptación a la vida cotidiana, que tiende a mantenerse en los seguimientos realizados.

El grado de aceptación de la intervención clínica por parte de las víctimas es alto. De hecho, no ha habido ningún rechazo ni abandono del tratamiento. Ello es debido, fundamentalmente, a que la tolerancia a los comportamientos violentos va disminuyendo a lo largo de los años a medida que aumentan la frecuencia y la gravedad del maltrato y a que la víctima pierde la esperanza en la mejoría espontánea. Contar con un cierto grado de apoyo social y mostrar motivación para el cambio parecen constituir unos buenos predictores de terminación de la terapia y de éxito terapéutico.

El objetivo clínico prioritario es la superación de las secuelas psicológicas derivadas de la situación de maltrato. Las víctimas emparejadas en el momento del tratamiento acaban, en la mayoría de los casos -un 69%-, por separarse de la pareja. Recuérdese que las pacientes estudiadas están todas ellas aquejadas de estrés postraumático, que son las más graves entre las víctimas de maltrato. No obstante, hay un 31% de pacientes que mantienen la relación conyugal después de la intervención. En estos casos es necesario reforzar el tratamiento realizado, en una fase posterior, con una intervención sobre el maltratador (*cf.* CORSI, 1996; SARASUA, ZUBIZARRETA, ECHEBURÚA y CORRAL, 1994) e incluso con una terapia de pareja o de familia, como se ha propuesto en algunos estudios (STITH y ROSEN, 1992).

En resumen, el programa cognitivo-conductual propuesto resulta eficaz para superar el trastorno de estrés postraumático crónico y las variables psicopatológicas asociadas en las víctimas de maltrato doméstico, así como para mantener los logros terapéuticos a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder* (4th. ed.). Washington, DC. Author.
- BECK, A.T., RUSH, A.J., SHAW, B.F. Y EMERY, G. (1979). *Cognitive Therapy for Depression*. New York. Guilford Press (traducción, DDB, 1983).
- CAMPBELL, J.C. (1989). «A test of two explanatory modelsof women’s responses to battering». **Nursing-Research**, **38**, 18-24.
- CAMPBELL, R., SULLIVAN, C.M. Y DAVIDSON, W.S. (1995). «Women who use domestic violence shelters: Changes in depression over time». **Psychology of Women Quarterly**, **19**, 237-255.
- CASCARDI, M. Y O’LEARY, K.D. (1992). «Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women». **Journal of Family Violence**, **7**, **4**, 249-259.
- CORRAL, P., ECHEBURÚA, E., SARASUA, B. Y ZUBIZARRETA, I. (1992). «Estrés postraumático en ex combatientes y víctimas de agresiones sexuales: nuevas perspectivas terapéuticas». **Boletín de Psicología**, **35**, 7-24.
- CORRAL, P., ECHEBURÚA, E., SARASUA, B. Y ZUBIZARRETA, I. (1995). «Tratamiento psicológico del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de agresiones sexuales». **Análisis y Modificación de Conducta**, **21**, 455-482.
- CORSI, J. (Ed.) (1996). *Violencia masculina en la pareja*. Barcelona. Paidós.
- DOUGLAS, M.A. (1987). «The battered woman syndrome». En D.J. Sonkin (eds.). *Domestic violence on trial: therapeutic and legal dimensions of family violence*. New York. Springer.
- DUTTON, M.A. (1992). «Assessment and treatment of posttraumatic stress disorder among battered women». En D.W. Foy (ed.). *Treating PTSD. Cognitive-behavioral strategies*. New York. Guilford Press.
- DUTTON-DOUGLAS, M.A., BURGHARDT, K.J., PERRIN, S.G. Y CHRESTMAN, K.R. (1994). «Battered women’s cognitive schemata». **Journal of Traumatic Stress**, **7**, 237-255.
- ECHEBURÚA, E., CORRAL, P., SARASUA, B. Y ZUBIZARRETA, I. (1996). «Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático

en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto». **Análisis y Modificación de Conducta**, **22**, 627-654.

- ECHEBURÚA, E., CORRAL, P., SARASUA, B., ZUBIZARRETA, I., Y SAUCA, D. (1990). *Malos tratos y agresiones sexuales: lo que la mujer debe saber y puede hacer*. Servicio de Publicaciones de Emakunde/Instituto Vasco de la Mujer, Vitoria.

- FOA, E., HEARST-IKEDA, D. Y PERRY, K.J. (1995). «Evaluation of a brief cognitive-behavioral program for the prevention of chronic PTSD in recent assault victims». **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **63**, 948-955.

- 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.

- HAMILTON, M. (1960). «A rating scale for depression». **Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry**, **23**, 53-62.

- HILBERMAN, E. Y MUNSON, K. (1977-1978). «Sixty battered women». **Victimology: An Internacional Journal**, **2**, 460-470.

- HOUSKAMP, B.M. Y FOY, D.W. (1991). «The assessment of posttraumatic stress disorder in battered wome». **Journal of Interpersonal Violence**, **6**, 367-375.

- JAFFE, P., WOLFE, D. A., TELFORD, A. Y AUSTIN, G. (1986). «The impact of police charges in incidents of wife abuse». **Journal of Family Violence**, **1**, 37-49.

- KUSHER, M.G., RIGGS, D.S., FOA, E.B. Y MILLER, S.M. (1992). «Perceived controllability and development of posttraumatic stress disorder in crime victims». **Behaviour Research and Therapy**, **31**, 105-110.

- MCGRATH, E., KEITA, G.P., STRICKLAND, B. Y RUSSO, N.F. (1990). *Women and depression: Research, risk factors, and treatment issues*. Washing, DC: American Psychological Association.

- O'LEARY, K.D. Y ARIAS, I. (1988). «Prevalence, correlates, and development of spous abuse». En R.D. Peters y R.J. McMahon (eds.). *Social learning in system approaches to marriage and the family*. New York. Brunner/Mazel.

- RESICK, P.A. Y SCHINCKE, N.K. (1992). «Cognitive processing for sexual assault victims». **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **60**, 748-756.

- ROJAS MARCOS, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Espasa-Calpe. Madrid.
- ROSEWATER, L.B. (1988). «Battered or schizophrenic? Psychological tests can't tell». En K. Yllo y M. Bograd (eds.). *Feminist perspectives on wife abuse*. Guilford. Beverly Hills, New York.
- SARASUA, B., ZUBIZARRETA, I., ECHEBURÚA, E. Y CORRAL, P. (1994). «Perfil psicológico del maltratador a la mujer en el hogar». En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.
- SATO, R.A. Y HEIBY, E.M. (1992). «Correlates of depressive symptoms among battered women». **Journal of Family Violence**, 7, 229-245.
- SAUNDERS, D.G. (1994). «Child custody decisions in families experiencing woman abuse». **Social Work**, 39, 51-59.
- STARK, E., Y FLITCRAFT, A.H. (1988). «Women and children at risk: a feminist perspective on child abuse». **International Journal of Health Services**, 18, 97-118.
- STITH, S. Y ROSEN, K. (1992). «Terapia familiar para los malos tratos conyugales». En S.M. Stith, M.B. Williams y K. Rosen (eds.). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao. Desclée de Brouwer (original, 1990).
- STITH, S., WILLIAMS, M. Y ROSEN, K. (eds.) (1992). *Psicosociología de la violencia en el hogar*. Bilbao. Desclée de Brouwer (original, 1990).
- STRAUS, M.A. (1987). *The Conflict Tactics Scale: an evaluation and new data on validity, reliability, norms and scoring methods*. Paper presented at the 1987 Meeting of the National Council of Family Relations.
- STRAUS, M.A. Y GELLES, R.J. (1990). «How violent are american families? Estimates from the National Family Violence Resurvey and other studies». En M.A. Straus y R.J. Gelles (eds.). *Physical Violence in American Families*. New Brunswick, NJ. Transaction Publishers.
- TUTTY, L.M., BIDGOOD, B.A. Y ROTHERY, M.A. (1993). «Support groups for battered women: research on their efficacy». **Journal of Family Violence**, 8, 325-343.
- VILLAVICENCIO, P. (1993). «Mujeres maltratadas: conceptualización y evaluación». **Clínica y Salud**, 4, 215-228.
- WALKER, L.E. (1989). «Psychology and violence against women». **American Psychologist**, 44, 695-702.

- WALKER, L.E. (1991). «Posttraumatic stress disorder in women: diagnosis and treatment of battered woman syndrome». **Psychotherapy**, **28**, 21-29.
- WEBB, W. (1992). «Treatment issues and cognitive behavior techniques with battered women». **Journal of Family Violence**, **7**, 205-217.
- WODARSKI, J. (1987). «An examination of spouse abuse: Practice issues for the profession». **Clinical Social Work Journal**, **15**, 173- 187.
- ZUBIZARRETA, I., SARASUA, B., ECHEBURÚA, E., CORRAL, P., SAUCA, DYEMPARANZA, I. (1994). «Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico». En E. Echeburúa (ed.). *Personalidades violentas*. Madrid. Pirámide.