

Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad

Belén Sarasua, Irene Zubizarreta, Enrique Echeburúa* y Paz de Corral*

Centro de Violencia de Género. Programa de Asistencia Psicológica de la Diputación Foral de Álava y del Ayuntamiento de Vitoria - Gasteiz y * Universidad del País Vasco

En este artículo se han estudiado las repercusiones psicopatológicas de la violencia de pareja en la mujer en función de la edad en una muestra de 148 víctimas en un Servicio para Víctimas de Violencia Familiar. Los resultados pusieron de manifiesto que las víctimas más jóvenes sufrían maltrato físico más a menudo y estaban expuestas a un mayor riesgo para sus vidas que las víctimas de más edad. La tasa de prevalencia del TEPT era más alta en las víctimas más jóvenes (42%) que en las mayores (27%). Asimismo, las víctimas de menor edad mostraban más síntomas depresivos y tenían una autoestima menor que las más mayores. A su vez, la gravedad del TEPT en las víctimas jóvenes estaba relacionada con la presencia de relaciones sexuales forzadas; en las víctimas mayores, sin embargo, se relacionaba más con la percepción de amenaza para sus vidas. Por último, se comentan las implicaciones de este estudio para la práctica clínica y para las investigaciones futuras.

Psychopathological profile of battered women according to age. In this paper, differential psychopathological consequences in battered women according to age were analysed in a sample of 148 victims seeking psychological treatment in a Family Violence Centre. The younger victims exposed to intimate partner violence suffered more often from physical violence and were at higher risk for their lives than the older ones. The prevalence rate of posttraumatic stress disorder (PTSD) was higher (42%) in the younger victims than in the older ones (27%). Likewise, younger victims were affected by more depressive symptoms and lower self-esteem than the older ones. The severity of PTSD in the younger victims was related to the presence of forced sexual relationship but in the older ones, it was related to the perceived threat to their lives. Implications of this study for clinical practice and future research in this field are commented upon.

Las mujeres víctimas de violencia de pareja en sus diversas modalidades (física, psicológica o sexual) constituyen un sector de la población muy numeroso. Según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2002), al menos un 4% de las mujeres españolas sufren violencia habitual y hasta un 15% la han padecido en algún momento de su vida. El estudio reciente de Fontanil, Ezama, Fernández, Gil, Herrero y Paz (2005) llega a cifrar el maltrato a la mujer en la pareja en una tasa del 20%.

La alarma social se dispara cuando se analizan los datos de las muertes perpetradas por la pareja o ex pareja, que suponen una tasa de más de 3 mujeres por millón. Además, la proporción más alta de muertes se registra en el tramo de edad comprendido entre los 15 y los 24 años de edad (5 mujeres por millón), es decir, entre las víctimas más jóvenes (Centro Reina Sofía, 2005).

Este tipo de victimización es el motivo más común de sufrimiento psicológico en las mujeres, así como la principal causa de

reducción de la calidad de vida que tiene lugar en el ámbito de la familia y por razón de género (Echeburúa y Corral, 1998).

El maltrato físico es la forma de violencia más evidente por las lesiones o las enfermedades que produce en muchos casos, por lo que la probabilidad de denunciar o establecer contacto con los servicios sanitarios aumenta. El contacto con los profesionales en el marco policial y judicial puede favorecer la motivación para acceder a un tratamiento especializado, que le permita a la víctima alejarse física y emocionalmente del agresor (Walker, 1984).

La violencia por parte de la pareja está asociada a una sensación de amenaza a la vida y al bienestar emocional por las graves implicaciones psicológicas que produce. Por ello, constituye un factor de riesgo para la salud mental, tanto a corto como a largo plazo, tal y como ha quedado demostrado en numerosos estudios (véase Amor, Bohórquez, y Echeburúa, 2006; Soler, Barreto, y González, 2005).

El maltrato evoluciona en una escala ascendente en cuanto a la gravedad y la frecuencia de aparición de los actos violentos. Además, las conductas humillantes y las actitudes de desvalorización tienen también un carácter intimidatorio. La víctima queda así atrapada en un círculo violento, en donde las agresiones físicas y/o psicológicas se manifiestan de forma repetida e intermitente entremezcladas con actitudes y comportamientos de arrepentimiento o buen trato (Walker, 1984).

Las primeras reacciones de la víctima ante estos sucesos se caracterizan por sentimientos de humillación, vergüenza, preocupación y miedo, que facilitan la ocultación de los mismos. Con el paso del tiempo se produce una pérdida de control, confusión y sentimientos de culpa que, en muchas ocasiones y con la coraza del enamoramiento, dificultan que la propia víctima se reconozca como tal. Finalmente, el malestar emocional crónico, la percepción de pérdida de control y el miedo a sufrir una segunda victimización desde el ámbito jurídico-penal e incluso desde el socio-familiar, junto con otros factores personales, justifican la permanencia en el ciclo de la violencia (Echeburúa y Corral, 1998; Sarasua y Zubizarreta, 2000).

La depresión y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) son las consecuencias más comúnmente detectadas a largo plazo (Amor, Echeburúa, Corral, Sarasua, y Zubizarreta, 2001; Echeburúa, Corral, Amor, Sarasua, y Zubizarreta, 1997). Es más, la comorbilidad de ambos trastornos en las víctimas de violencia de pareja es bastante habitual (Cascardi, O'Leary, y Schlee, 1999; Echeburúa, Corral, y Amor, 2002; Stein y Kennwedy, 2001).

La gravedad de los efectos de este proceso de victimización está relacionada con la intensidad del maltrato, pero no necesariamente con el de tipo físico. De hecho, la violencia psicológica también se ha identificado como un buen predictor del TEPT (Pico-Alfonso, 2005). Sin embargo, son aún más numerosos los estudios en los que las agresiones sexuales dentro de la pareja constituyen el mejor predictor de dicho trastorno (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta, y Sarasua, 2002; Bennice, Resick, Mechanic, y Astin, 2003; Dutton, Kaltman, Goodman, Weinfurt, y Vankos, 2005; Kemp, Green, Hovanitz, y Rawlings, 1995).

En concreto, el trastorno de estrés postraumático tiene una tasa media de prevalencia alta (entre un 45 y un 60%) en la violencia de pareja (Cascardi et al., 1999). Pero al margen de la disparidad de los datos, muy relacionada con los criterios empleados en la evaluación, parece haber una correspondencia entre las tasas más altas de TEPT y las víctimas asistidas en casas de acogida.

La incidencia de estrés postraumático en víctimas de violencia de pareja, con una cronicidad media de 10 años y que acuden a un programa de tratamiento especializado sin vivir en casas de acogida, se sitúa dentro de la media registrada, es decir, entre un 45 y 50% de las víctimas evaluadas (Amor et al., 2002; Echeburúa et al., 1997). En cualquier caso, según los criterios del *DSM-IV-TR* (APA, 2000), es muy superior a la prevalencia estimada a lo largo de la vida en la población general, tanto en mujeres (13%) como en hombres (6,2%) (Breslau, Kessler, Chilcota, Schultz, Davis, y Andreski, 1998; Breslau, 2001).

La incidencia diferencial del TEPT en relación con el sexo —que se dobla en la población femenina— se explica, fundamentalmente, por el riesgo de sufrir agresiones sexuales u otro tipo de violencia machista por el hecho de ser mujer (Amor et al., 2006).

Más allá del impacto psicopatológico en las víctimas de violencia de pareja, hay una disminución de su calidad de vida y un deterioro en sus condiciones de salud, con un mayor número de problemas psicosomáticos y con un aumento en la frecuencia de las consultas al médico de familia (Campbell, 2002; Woods y Wineman, 2004). Es más, la violencia de pareja es el tercer factor que, tras la diabetes y los problemas en el parto, más pérdida de años de vida saludable supone en la mujer (Labrador, Rincón, de Luis, y Fernández-Velasco, 2004; Lorente, 2001).

En resumen, las víctimas que sufren maltrato presentan frecuentemente sintomatología ansioso-depresiva y un nivel bajo de

autoestima, así como un peor grado de adaptación a la vida cotidiana y un mayor riesgo de suicidio (Amor et al., 2002, 2006; Mertin y Mohr, 2000; Moscicki, 1989).

El conocimiento más preciso del perfil psicopatológico de las víctimas, así como de las circunstancias de maltrato vividas y de los factores implicados en su mantenimiento, pueden permitir diseñar programas de tratamiento más ajustados para favorecer la recuperación psicológica y romper la vinculación con el agresor tras una larga historia de victimización (Dutton, 1992; Echeburúa, Corral, Sarasua, y Zubizarreta, 1996; Kubany, Hill, Owens, Lannce-Spencer, McCaig, Tremayne, y Williams, 2004; Labrador y Rincón, 2002).

Según los datos disponibles en nuestro programa de Asistencia Psicológica a la violencia de género de la Diputación Foral de Álava (que es gratuito y se desarrolla en un servicio público en donde se han atendido a 1.204 víctimas desde 1997 a 2005), la tasa de abandonos y rechazos del total de las víctimas tratadas no es excesivamente alta (31%). Sin embargo, las víctimas más jóvenes tienden a rechazar o a abandonar el tratamiento en una proporción mucho mayor (48%) que las de más edad (27%) (tabla 1). Es decir, en las víctimas más jóvenes hay un mayor riesgo de permanecer o de volver a la relación violenta, lo que tiende a agravar su situación psicopatológica y les impide beneficiarse de la red de apoyo social.

Ante la carencia de estudios sobre este tema, el objetivo de esta investigación es analizar el perfil demográfico y psicopatológico de las víctimas de violencia de pareja atendiendo a su edad (menores y mayores de 30 años). Se trata, en último término, de identificar factores diferenciales para ajustar los programas terapéuticos y reducir el porcentaje de abandonos y la probabilidad de rechazo al tratamiento.

Método

Participantes

La muestra total de este estudio consta de 148 víctimas de maltrato que han acudido en demanda de tratamiento psicológico al programa de asistencia psicológica para víctimas de violencia de género de la Diputación Foral de Álava (País Vasco) en los últimos dos años (2004 y 2005).

Los criterios de selección han sido los siguientes: a) ser mujer mayor de 18 años y víctima de maltrato físico y/o psicológico por parte de su pareja o ex pareja; b) no estar ingresada en un centro de acogida; c) no sufrir una enfermedad mental grave; y d) acceder voluntariamente a la participación en el estudio (previa firma de un documento de autorización) tras haber sido debidamente informada.

Tabla 1
Tasa de abandonos y de rechazos en función de la edad en el programa de tratamiento de violencia de pareja de Álava

1997-2005	<30 años (N= 222)	≥ de 30 años (N= 982)
Rechazos	47 (21,17%)	99 (10,08%)
Abandonos	60 (27,02%)	168 (17,10%)
Total	107 (48,20%)	267 (27,18%)

Medidas de evaluación

a) Variables sociodemográficas y de maltrato

La *entrevista semiestructurada para víctimas de maltrato doméstico* (Echeburúa, Corral, Sarasua, y Zubizarreta, 1998; modificada en 2003) es un instrumento muy útil que permite evaluar la historia de victimización y las circunstancias más recientes del maltrato, así como la percepción de amenaza a la vida. De esta forma, facilita la identificación de las variables asociadas a un maltrato de alto riesgo, tanto para la víctima como para sus hijos, así como las estrategias de afrontamiento empleadas. Además de los aspectos descritos, se evalúan las características sociodemográficas, los antecedentes psicopatológicos, el estado de salud y, por último, las medidas legales (civiles y penales) y las fuentes de apoyo social y familiar existentes.

b) Variables psicopatológicas

La *Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS)* (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, y Sarasua, 1997) evalúa la gravedad e intensidad de los síntomas de este trastorno según los criterios diagnósticos del *DSM-IV-TR* (APA, 2000) en víctimas de diferentes sucesos traumáticos. Esta escala está estructurada en un formato tipo Likert de 0 a 3 según la frecuencia e intensidad de los síntomas y consta de 17 ítems que corresponden a los criterios diagnósticos (5 hacen referencia a los síntomas de reexperimentación, 7 a los de evitación y 5 a los de activación). El rango oscila de 0 a 51 en la escala global; de 0 a 15, en la subescala de reexperimentación; de 0 a 21, en la de evitación; y de 0 a 15, en la de activación.

Es una escala con una eficacia diagnóstica muy alta (95,45%) si se establece un punto de corte global de 15 y unos puntos de corte parciales de 5, 6 y 4 en la subescalas de reexperimentación, evitación y activación, respectivamente. Las propiedades psicométricas son muy satisfactorias (Echeburúa et al., 1997).

El *Inventario de Ansiedad-Estado (STAI)* (Spielberger, Gorsuch, y Lushene, 1970) (versión española de TEA, 1982) es un autoinforme que consta de 20 ítems relacionados con la ansiedad-rasgo y de otros 20 relacionados con la ansiedad-estado. El rango de puntuaciones oscila de 0 a 60 en cada escala. El punto de corte elegido para la población femenina en el STAI-Estado es de 31 (correspondiente al percentil 75). La fiabilidad test-retest es de 0,81 en la escala de ansiedad-rasgo, bastante más alta, como es lógico, que en la de ansiedad-estado ($r = 0,40$). La consistencia interna varía de 0,83 a 0,92. Por otra parte, la validez convergente con otras medidas de ansiedad oscila entre 0,58 y 0,79.

El *Inventario de Depresión de Beck (BDI)* (Beck, Rush, Shaw, y Emery, 1979) (versión española de Vázquez y Sanz, 1997) es un autoinforme de 21 ítems (rango: 0-63 puntos) que mide la intensidad de los síntomas depresivos y da más importancia a los componentes cognitivos de la depresión que a los conductuales y somáticos. El punto de corte más utilizado para discriminar entre población sana y aquejada de sintomatología depresiva es de 18 (Beck, Brown, y Steer, 1996). El coeficiente de fiabilidad por el método de las dos mitades es de 0,93. Desde la perspectiva de la validez convergente, la correlación con la evaluación clínica de la depresión oscila de 0,62 a 0,66.

La *Escala de Valoración de la Depresión (HRS)* (Hamilton, 1960) (versión española de Conde y Franch, 1984) es un instrumento heteroaplicado que evalúa la sintomatología depresiva, especialmente en los componentes somáticos y conductuales. Se suele utilizar como medida complementaria al *BDI*. El punto de corte establecido es de 18 puntos. Las propiedades psicométricas son satisfactorias —tiene una fiabilidad entre observadores de 0,90 y el coeficiente de validez convergente es de 0,60— y, además, es muy sensible a los cambios terapéuticos.

La *Escala de Autoestima (EAE)* (Rosenberg, 1965; versión española de Fernández-Montalvo y Echeburúa, 1997) tiene por objetivo evaluar el grado de satisfacción que tiene una persona consigo misma. Este autoinforme consta de 10 ítems generales que puntúan de 1 a 4 en una escala de tipo Likert (rango: 10-40 puntos). El punto de corte en la población adulta es de 29, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la autoestima. La fiabilidad test-retest es de 0,85 y el coeficiente *alfa* de consistencia interna es de 0,92. La validez convergente y la validez discriminante son, asimismo, satisfactorias (véase Zubizarreta, Sarasua, Echeburúa, Corral, Saucá, y Emparanza, 1994).

La *Escala de Inadaptación (IG)* (Echeburúa y Corral, 1995) es un autoinforme que consta de 6 ítems (rango: 0-30) y mide el grado en que la situación de maltrato afecta a diferentes áreas de la vida cotidiana (trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja o a la posibilidad de tenerla, y relación familiar), así como también a nivel global. El punto de corte establecido es de 12 en la escala total y de 2 en cada uno de los ítems, con una puntuación tanto mayor cuanto mayor es la inadaptación. En esta investigación se ha utilizado el ítem que refleja el grado de inadaptación global a la vida cotidiana (rango: 0-5 puntos). Las propiedades psicométricas de fiabilidad y validez han resultado satisfactorias y están descritas en Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo (2000).

Procedimiento

Las mujeres participantes en esta investigación fueron evaluadas en el momento de establecer contacto con el programa de Asistencia Psicológica para Víctimas de Violencia de Género de la Diputación Foral de Álava (País Vasco). El protocolo de evaluación fue aplicado en tres sesiones por un equipo de psicólogas clínicas con formación en violencia de género y supervisado por las responsables del programa (las dos primeras firmantes), que cuentan con una dilatada experiencia en el tratamiento de la violencia familiar.

La fase de evaluación formaba parte de una intervención clínica. Por ello, la propia terapeuta evaluadora realizaba, posteriormente, el programa de tratamiento.

El conjunto de víctimas seleccionadas se ha dividido en dos grupos según el criterio de edad, con un punto de corte de 30 años, a efectos de establecer una diferencia entre las víctimas jóvenes y las más mayores.

Resultados

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de la comparación entre los dos grupos en todas las variables estudiadas. En primer lugar, se analizan las características demográficas y la historia clínica; en segundo lugar, las variables del maltrato; y, en tercer lugar, las características psicopatológicas. Este último punto hace referencia a tres factores: a) la presencia o ausencia del

TEPT y el nivel de gravedad de los síntomas (según la *Escala de Gravedad del Trastorno de Estrés Postraumático*); b) el malestar emocional, según las pruebas de sintomatología ansiosa (STAI-E) y depresiva (BDI y HRS), de autoestima (EAE) y de inadaptación (IG); y c) el malestar emocional en función de la percepción de amenaza a la vida, la existencia de violencia sexual en la relación de pareja y el apoyo familiar recibido.

Características demográficas e historia clínica

El grupo de víctimas jóvenes (<30 años) está constituido por 63 mujeres ($X=25,19$; $DT=3,15$; con un rango de 18 a 29 años) y el de víctimas mayores (≥ 30 años) por 85 mujeres ($X=43,16$; $DT=9,76$; con un rango de 30 a 69 años).

En cuanto a las variables demográficas, el porcentaje de víctimas del grupo joven que están solteras (22%), como es previsible, es significativamente mayor que el del grupo de más edad (2%) ($\chi^2=42,87$; $p<0,001$). Asimismo, el porcentaje de víctimas del grupo joven que no conviven con el agresor es significativamente mayor (76%) que el del grupo mayor (41%) ($\chi^2=6,17$; $p<0,05$).

En relación con la ocupación, las víctimas del grupo mayor desempeñan un trabajo profesional en un porcentaje significativamente mayor (52%) que las de menor edad (36%) ($\chi^2=17,6$; $p<0,01$). En el resto de las variables estudiadas (nivel socioeconómico y grado de instrucción), en ambos grupos predomina un nivel medio en los dos factores, sin diferencias significativas.

Por lo que se refiere a la historia clínica, una pequeña parte de las víctimas ha sufrido o ha sido testigo de maltrato en su familia de origen, tanto en el grupo de las más jóvenes (24%) como en el de las de más edad (21%). El estado de salud es bueno en general —86% y 75%, respectivamente— y más del 70% de las mujeres de ambos grupos disponen de un apoyo social y familiar. En ninguna de las variables descritas se registran diferencias significativas.

Sin embargo, la mayoría de las víctimas perciben las circunstancias del maltrato como una situación de riesgo para su integridad física: el 67% en las víctimas más jóvenes y el 56% en las mujeres mayores. Esta diferencia no resulta significativa ($t=1,57$; n.s.).

Variables del maltrato

En líneas generales, y por lo que se refiere a la muestra total, las víctimas evaluadas han sufrido un maltrato grave y crónico. La mayoría han experimentado un maltrato físico y psicológico (55%) de forma continuada durante 1 año o más (94%), y más de un tercio han sufrido agresiones sexuales dentro de la relación. El maltrato llega incluso a perdurar durante los embarazos (74%) y se extiende a los hijos (52%) con mucha frecuencia.

Cuando se comparan ambos grupos, los resultados obtenidos en relación con las circunstancias de maltrato figuran descritos en la tabla 2.

Las víctimas más jóvenes han sufrido maltrato físico en un porcentaje significativamente mayor (71%) ($\chi^2=12,34$; $p<0,001$) que las víctimas de 30 años o más (42%). Asimismo, denuncian en una proporción mayor (71%) ($\chi^2=5,18$; $p<0,05$), a pesar de que tienen una historia de victimización más corta, en concreto de menos de 5 años (82%). Por el contrario, las víctimas mayores tienden a sufrir el maltrato durante un período superior a 10 años (54%) ($\chi^2=56,6$ $p<0,001$).

Tabla 2
Resultados obtenidos en las variables de maltrato

	Grupo de víctimas jóvenes (N= 63)		Grupo de víctimas mayores (N= 85)		χ^2
	N	%	N	%	
Tipo de maltrato					
Físico y psicológico	45	71,4	36	42,4	12,34***
Sólo psicológico	18	28,6	49	57,6	
Agresiones sexuales					
Sí	25	39,7	27	31,8	0,99 (n.s.)
No	48	76,19	48	41,27	
Duración del maltrato					
Menos de 1 año	6	9,5	3	3,5	56,60***
1-4 años	46	73	18	21,2	
5-10 años	10	15	18	21,2	
Más de 10 años	1	1,6	46	54,1	
Maltrato durante el embarazo (n= 109)					
Sí	32	91,43	49	66,22	25,55 ***
No	3	8,57	25	33,78	
Maltrato a los hijos (n= 108)					
Sí	12	37,5	44	57,89	3,75 (n.s.)
No	20	62,5	32	42,11	
Amenaza de arma					
Sí	30	47,62	24	28,23	5,86*
No	33	52,38	61	71,77	
Lesiones (n= 81)					
Sí	25	55,55	17	47,22	0,55 (n.s.)
No	20	44,45	19	52,78	
Denuncia					
Sí	45	71,4	45	52,9	5,18 *
No	18	28,6	40	47,1	

* $p<0,05$; *** $p<0,001$

Por otra parte, el maltrato ha continuado durante los embarazos en la mayoría de los casos independientemente de la edad, pero se ha producido con una frecuencia significativamente mayor en las mujeres más jóvenes (91,43%) ($\chi^2=25,55$; $p<0,001$).

Por último, la amenaza de arma como medio coactivo durante los episodios violentos también se ha producido más a menudo en las víctimas jóvenes (48%) ($\chi^2=5,86$; $p<0,05$) que en las del otro grupo (28%).

Variables psicopatológicas

a) Trastorno de estrés postraumático

En conjunto, hay un 33% de la muestra total que padece trastorno de estrés postraumático. Más en concreto, la proporción de víctimas del grupo joven que está afectada por este cuadro clínico (41%) tiende a ser superior a la del grupo de mujeres mayores (27%). Desde una perspectiva dimensional, el nivel de gravedad en las víctimas afectadas por este trastorno es alto en uno y otro grupo, con unas puntuaciones muy por encima del punto de corte, pero no se registran diferencias significativas entre ellos (tabla 3). La convivencia con el agresor es independiente de la frecuencia del

TPET tanto en el grupo de las jóvenes ($\chi^2= 0,51$; n.s.) como en el otro ($\chi^2= 0,25$; n.s.).

b) Malestar emocional: ansiedad, depresión, autoestima e inadaptación

En cuanto al nivel de malestar emocional, las diferencias entre uno y otro grupo aparecen en la depresión y en la autoestima. En concreto, las víctimas más jóvenes están más deprimidas que las víctimas de mayor edad, tanto en las manifestaciones cognitivas ($t= 2,54$; $p<0,05$) como en las conductuales ($t= 2,43$; $p<0,05$) de la depresión, y asimismo presentan un grado de autoestima significativamente más bajo ($t= 3,51$; $p<0,01$) (tabla 4). También en este caso la convivencia con el agresor es independiente de la gravedad del malestar emocional sufrido tanto en el grupo de las jóvenes (por ejemplo, BDI: $t= 1,33$; n.s.) como en el otro (por ejemplo, BDI: $t= 0,78$; n.s.).

Por otra parte, las víctimas que padecen un trastorno de estrés postraumático, independientemente del grupo de edad, tienen un mayor malestar emocional que las que no están afectadas por este cuadro clínico. De este modo, presentan niveles más altos de ansiedad ($t= 6,87$; $p<0,001$) y de depresión —tanto en los componentes cognitivos ($t= 8,23$; $p<0,001$) como conductuales ($t= 7,44$; $p<0,001$)—, así como un grado de valoración más negativo acerca

de sí mismas ($t= 6,25$; $p<0,001$). A su vez, se encuentran más inadaptadas a la vida cotidiana ($t= 6,93$; $p<0,001$) (tabla 5).

c) Percepción de amenaza a la vida, agresiones sexuales y apoyo familiar desde una perspectiva psicopatológica

Las víctimas más jóvenes que tienen una percepción subjetiva de amenaza a la vida durante la exposición al maltrato no experimentan, sin embargo, un grado de malestar psicológico mayor (en relación con las variables psicopatológicas evaluadas) que las víctimas en donde no se produce esta circunstancia. Así, no hay diferencias entre unas y otras ni en síntomas del TEPT ($t= 0,79$; n.s.) ni en depresión ($t= 0,01$; n.s.) ni en ansiedad ($t= 0,01$; n.s.) ni en inadaptación ($t= 0,29$; n.s.).

No obstante, la percepción de riesgo a la vida tiende a estar relacionada con un mayor nivel de gravedad global de síntomas del TEPT ($t= 1,67$; $p<0,10$), pero, sin embargo, con un nivel de satisfacción acerca de sí mismas significativamente más alto ($t= 2,12$; $p<0,05$) en las víctimas de mayor edad.

Por otro lado, la presencia de agresiones sexuales durante la situación de maltrato se relaciona con un mayor nivel de gravedad de síntomas del TEPT en el grupo de víctimas jóvenes y con un mayor grado de inadaptación a la vida cotidiana en el grupo de víctimas mayores (tablas 6 y 7).

Tabla 3
Resultados obtenidos en la escala de gravedad de síntomas del TEPT

TPET	Grupo de víctimas jóvenes (N= 63)		Grupo de víctimas mayores (N= 85)		χ^2
	N	%	N	%	
Sí	26	41,27	23	27,06	3,29 +
No	37	58,73	62	72,94	
	X	D.T.	X	D. T.	
Escala global	27,88	7,39	26,17	6,16	0,87(n.s.)
Reexperimentación	9,08	2,79	8,26	3,09	0,97 (n.s.)
Evitación	10	3,69	9,35	69,4	0,70(n.s.)
Aumento de la activación	9,81	2,40	8,61	3,15	1,50(n.s.)

* + $p<0,10$

Tabla 4
Resultados obtenidos en las variables psicopatológicas

Escala	Grupo de víctimas jóvenes (N= 63)		Grupo de víctimas mayores (N= 85)		t
	X	D.T.	X	D.T.	
Ansiedad (STAI-E) (0-60)	34,81	11,67	33,65	12,43	0,57 (n.s.)
Depresión (BDI) (0-63)	20,00	10,50	15,68	9,98	2,54*
Depresión (HDRS) (0-62)	23,46	9,96	19,42	10,02	2,43*
Autoestima (EAE) (10-40)	26,89	5,42	30,22	5,92	-3,51**
Inadaptación global (0-5)	3,35	1,33	3,11	1,51	1,02 (n.s.)

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Tabla 5
Relación del trastorno de estrés postraumático con otras variables psicopatológicas

Escala	TEPT (N= 49)		NO TEPT (N= 99)		t
	X	D.T.	X	D.T.	
Ansiedad (STAI-E) (0-60)	42,61	7,76	29,95	11,66	-6,87***
Depresión (BDI) (0-63)	25,82	8,74	13,41	8,57	-8,23***
Depresión (HDRS) (0-62)	28,69	8,04	17,40	8,98	-7,44***
Autoestima (EAE) (10-40)	24,94	5,21	30,72	5,32	6,25***
Inadaptación global (0-5)	4,22	0,85	2,71	1,41	-6,93***

*** $p<0,001$

Tabla 6
Relación de la presencia de agresiones sexuales con las variables psicopatológicas en las víctimas jóvenes (N= 63)

Escala	Maltrato con agresiones sexuales (N= 25)		Maltrato sin agresiones sexuales (N= 48)		t
	X	D.T.	X	D.T.	
Escala global de gravedad del TPET	22,16	9,79	16,84	10,149	-2,06*
Ansiedad (STAI-E) (0-60)	34,56	11,52	34,97	11,93	0,13
Depresión (BDI) (0-63)	21,64	9,85	18,92	10,91	-1,00
Depresión (HDRS) (0-62)	24,12	9,09	23,03	10,59	-0,42
Autoestima (EAE) (10-40)	27,08	5,72	26,76	5,29	-0,22
Inadaptación global (0-5)	3,52	1,19	3,24	1,42	-0,82

* $p<0,01$

Tabla 7
Relación de la presencia de agresiones sexuales con las variables psicopatológicas en las víctimas mayores

Escala	Maltrato con agresiones sexuales (N= 27)		Maltrato sin agresiones sexuales (N= 48)		t
	X	D.T.	X	D.T.	
Escala global de gravedad del TPET	17,07	11,46	13,33	8,72	-1,66
Ansiedad (STAI-E) (0-60)	36,07	12,70	32,52	12,2	-1,23
Depresión (BDI) (0-63)	17,44	9,31	14,86	10,26	-1,11
Depresión (HDRS) (0-62)	20,70	9,44	18,83	10,31	-0,80
Autoestima (EAE) (10-40)	29,44	7,93	30,59	4,75	0,82
Inadaptación global (0-5)	3,63	1,21	2,86	1,5	-2,23*

* p<0,01

Por último, el apoyo familiar no está relacionado ni con el nivel de gravedad del TEPT ($t=0,01$; n.s.) ni con el nivel de malestar emocional (STAI: $t=0,58$; n.s.; BDI: $t=0,03$; n.s.; IG: $t=0,23$; n.s.) en las víctimas del grupo de menos de 30 años. Sin embargo, las víctimas de mayor edad que carecen de apoyo familiar tienen un nivel de autoestima más bajo ($X=27,62$) que las que perciben la presencia de la red de apoyo ($X=31,08$) ($t=2,38$, $p<0,05$).

Discusión y conclusiones

En esta investigación se analiza una muestra de mujeres víctimas de maltrato habitual (físico y/o psicológico) por parte de su pareja o ex pareja que solicitaron tratamiento psicológico en un programa de asistencia psicológica especializado.

La mayor sensibilización social existente respecto al problema de la violencia de género ha facilitado el mayor acceso de las víctimas de este tipo de violencia a los recursos asistenciales. Sin embargo, las víctimas más jóvenes no acceden con tanta frecuencia a los programas y, además, los rechazan o abandonan con mayor frecuencia que las víctimas de más edad.

Por ello, en este estudio se han comparado dos grupos de víctimas atendiendo al criterio de edad (con menos y con más de 30 años) para analizar las características diferenciales, con el objetivo de favorecer la petición de ayuda, de reducir el riesgo de abandono y, por tanto, de prevenir situaciones de alto riesgo.

En general, y como en otros estudios (Amor et al., 2002; Fontanil, Méndez, Cuesta, López, Rodríguez, Herrero, y Ezama, 2002), se ha detectado que el nivel de gravedad de la violencia sufrida por las víctimas que piden ayuda, independientemente de la edad, es alto. La mayoría (55%) han sido agredidas físicamente, más de un tercio han sido forzadas a mantener relaciones sexuales y algo más de la mitad han sufrido lesiones. Asimismo, la mitad han visto cómo sus hijos también sufrían un maltrato directo.

En cuanto a la edad, las víctimas más jóvenes han sufrido maltrato físico en un porcentaje mayor, han denunciado las agresiones y no conviven con el agresor en mayor proporción que las víctimas de mayor edad. Asimismo, precisamente por ser más jóvenes, tienen una historia de victimización más corta, pero, aun así, es crónica (el 73% ha sufrido una historia de maltrato durante un período de entre 1 y 4 años). Probablemente las víctimas más jóvenes

tienen una mayor intolerancia a los comportamientos violentos y, por eso, se enfrentan más al agresor, con lo que el riesgo aumenta para ellas.

Las más jóvenes han estado expuestas a un mayor riesgo para su integridad. Así, han sufrido violencia física en la inmensa mayoría de los casos (71%), que se ha mantenido incluso durante los embarazos (en el 91% de los casos). Y, además, casi la mitad (48%) de estas víctimas han sido amenazadas con algún tipo de arma. De hecho, la percepción subjetiva de amenaza a la vida está presente en la mayoría de los casos (67%), aunque no es significativamente superior en relación con el grupo de mayor edad (56%).

Desde una perspectiva psicopatológica, más de un tercio de todas las víctimas evaluadas presentan un trastorno de estrés post-traumático, lo que supone una tasa algo más baja que la media de otros estudios, según la revisión de Cascardi et al. (1999). Más específicamente, respecto a los grupos estudiados, la prevalencia del trastorno en las víctimas de menos de 30 años tiende a ser superior (42%) a la registrada en las víctimas más mayores (27%).

En cuanto a las demás variables psicopatológicas asociadas al malestar emocional (ansiedad, depresión, autoestima e inadaptación), los resultados obtenidos en la muestra global son similares a otros estudios (Campbell, Sullivan, y Davidson, 1995; Campbell y Soeken, 1999; Echeburúa et al., 1997; Sato y Heiby 1992) y muy superiores a los obtenidos en las mujeres que no han sido víctimas (Matud, 2004; Zlotnick, Jonson, y Kohn, 2006).

En este estudio el nivel de ansiedad es alto, pero similar, en ambos grupos de edad. Sin embargo, hay un perfil diferencial de tipo depresivo en función del grupo de edad. Las víctimas más jóvenes presentan más síntomas depresivos y se sienten más insatisfechas consigo mismas que las que tienen más edad. La depresión se relaciona con sentimientos de confusión, de vergüenza o de culpa y de desconfianza en sus propias posibilidades para afrontar el futuro.

Además, el contacto con el sistema judicial (tanto en el marco civil como en el penal), más frecuente en las jóvenes —porque la mayoría denuncian y no conviven con el agresor—, se constituye, en muchos casos, en un factor de riesgo para su estabilidad emocional (Sarasua y Zubizarreta, 2000). En concreto, el régimen de visitas establecido para los hijos (en donde prima la relación paterno-filial y donde la experiencia de los hijos como víctimas indirectas, e incluso a veces directas, pasa desapercibida) se convierte en una nueva situación de maltrato por la manipulación ejercida hacia ellos e impide a la víctima la desvinculación con el agresor.

Por último, se han encontrado una serie de características que pueden incidir de forma diferencial en el impacto emocional dentro de cada grupo de edad.

En las víctimas de menos de 30 años, las que han sido agredidas sexualmente presentan un nivel mayor de gravedad de síntomas de estrés posttraumático que las que no han estado expuestas a este tipo de maltrato. En las víctimas de más edad, las que han sufrido relaciones sexuales forzadas, aunque no sufren un mayor impacto psicológico (quizá porque no lo perciben como una violación propiamente dicha), sí se sienten más inadaptadas en su ritmo habitual de vida.

Sin embargo, en las víctimas de mayor edad es la percepción de amenaza a la vida la variable que tiende a incidir en un mayor nivel de gravedad de síntomas del TEPT. Pero, por otro lado, tienen también una autoestima más satisfactoria. Este último resultado puede parecer contradictorio, pero no lo es tanto si se tiene en cuenta que las víctimas suelen minimizar la gravedad del maltra-

to. Las que perciben realmente el riesgo tienden a responsabilizar única y exclusivamente al maltratador de las conductas violentas y de las posibilidades de cambio y, a la larga, al no sentirse culpables, tienen una mayor percepción de control y de seguridad en sí mismas.

En definitiva, las víctimas más jóvenes experimentan un maltrato objetivamente más grave y sufren un mayor impacto psicológico, pero, sin embargo, cuando buscan ayuda terapéutica, la abandonan prematuramente. La afectación emocional, a menudo, se atribuye a factores externos a la violencia experimentada. Esta circunstancia puede afectar a la valoración subjetiva de la percepción de amenaza a la vida en relación con las de más edad. Por ello, las víctimas que acuden, a pesar de estar peor, lo hacen por haber entrado en contacto con el sistema judicial.

En las víctimas de más edad, y por tanto con una historia de victimización más larga, las experiencias vividas y los cambios en la concepción de lo que es la pareja o el amor les ayudan a ver y a comprender por sí mismas los factores que inciden en la permanencia del círculo violento y, en último término, a asumir su propia victimización. Este proceso cognitivo facilita la petición de

ayuda, el proceso de recuperación psicológica —especialmente en la percepción acerca de sí mismas— y una valoración adaptativa de las fuentes de apoyo disponibles. Los factores descritos pueden estar implicados en la disminución de la posibilidad de rechazo o abandono de la intervención.

Esta investigación presenta algunas limitaciones. Una de ellas es que se han empleado como métodos de medida autoinformes exclusivamente. Otra limitación más significativa está relacionada con los grupos de edad establecidos. Dentro del grupo de menos de 30 años, las más jóvenes están poco representadas dado que acuden en escaso número y las que acuden rechazan el programa con frecuencia, por lo que no se dispone de todos los datos necesarios. Sería deseable contar con una muestra más amplia de víctimas jóvenes, tanto conviviendo con el agresor (en este estudio sólo son 15 de las de menos de 30 años, lo cual refleja la realidad actualmente existente) como no conviviendo (la mayoría de las que acuden a tratamiento), lo que permitiría profundizar más en la variable de la convivencia. Por ello, precisamente, este estudio tiene un carácter exploratorio y las conclusiones extraídas deben ser contrastadas con futuros trabajos.

Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4 th Ed-TR)*. Washington, DC: APA.
- Amor, P.J., Bohórquez, I.A., y Echeburúa, E. (2006). ¿Por qué y a qué coste físico y psicológico permanece la mujer junto a su pareja maltratadora? *Acción Psicológica*, 2, 129-154.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (2001). 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. (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.
- Beck, A.T., Brown, G.K., y Steer, R.A. (1996). *Beck Depression Inventory-II (BDI-II)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bennice, J.A., Resick, P.A., Mechanic, M., y Astin, M. (2003). The relative effects of intimate partner physical and sexual violence on post-traumatic stress disorder symptomatology. *Violence and Victims*, 18, 87-94.
- Breslau, N. (2001). The epidemiology of posttraumatic stress disorder: What is the extent of the problem? *Journal of Clinical Psychiatry*, 62, 16-22.
- Breslau, N., Kessler, R.C., Chilcoat, H.D., Schultz, L.R., Davis, G.C., y Andreski, P. (1998). Trauma and post-traumatic stress disorder in the community. *Archives of General Psychiatry*, 55, 626-632.
- Campbell, J.C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- Campbell, J.C., y Soeken, K.L. (1999). Women's responses to battering: A test of the model. *Research in Nursing & Health*, 22, 49-58.
- Campbell, J.C., 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., O'Leary, K.D., y Schlee, K.A. (1999). Co-occurrence and correlates of post-traumatic stress disorder and major depression in physically abused women. *Journal of Family Violence*, 14, 227-249.
- Centro Reina Sofía (2005). *Femicidios de pareja*. Informe elaborado por el Centro Reina Sofía: Valencia.
- Conde, V., y Franch, J.I. (1984). *Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos*. Madrid: Laboratorios Upjohn.
- Dutton, D.G. (1992). *Empowering and healing the battered women: A model for assessment and intervention*. New York: Springer.
- Dutton, M.A., Kaltman, S., Goodman, L.A., Weinfurt, K., y Vankos, N. (2005). Patterns of intimate partner violence: Correlates and outcomes. *Violence and Victims*, 20, 483-497.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1995). Trastorno de estrés postraumático. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (eds.): *Manual de psicopatología* (vol. 2) (pp. 171-186). Madrid: McGraw-Hill.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P.J. (2002). Evaluación del daño psicológico en víctimas de delitos violentos. *Psicothema*, 14, Supl., 139-146.
- 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.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I., y Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de inadaptación: propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26, 325-340.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1996). Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno de estrés postraumático crónico en víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Análisis y Modificación de Conducta*, 22, 627-654.
- Echeburúa, E., Corral, P., Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (1998). Mujeres víctimas de maltrato. En E. Echeburúa y P. de Corral (eds.): *Manual de violencia familiar* (pp. 11-69). Madrid: Siglo XXI.
- Fernández-Montalvo, J., y Echeburúa, E. (1997). Variables psicopatológicas y distorsiones cognitivas de los maltratadores en el hogar: un análisis descriptivo. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 151-180.
- Fontanil, Y., Ezama, E., Fernández, R., Gil, P., Herrero, F.J., y Paz, D. (2005). Prevalencia del maltrato de pareja contra las mujeres. *Psicothema*, 17, 90-95.
- Fontanil, Y., Méndez, M., Cuesta, M., López, C., Rodríguez, F.J., Herrero, J., y Ezama, E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*, 14, Supl., 130-138.
- Hamilton, M. (1960). A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 23, 53-65.

- 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.
- Kubany, E.S., Hill, E.E., Owens, J.A., Lannce-Spencer, C., McCaig, M.A., Tremayne, K.J., y Williams, P.L. (2004). Cognitive trauma therapy for battered women with PTSD. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 3-18.
- Labrador, F.J., y Rincón, P.P. (2002). Trastorno de estrés postraumático en víctimas de maltrato doméstico: evaluación de un programa de intervención. *Análisis y Modificación de Conducta, 28*, 905-932.
- Labrador, F.J., Rincón, P.P., de Luis, P., y Fernández-Velasco, R. (2004). *Mujeres víctimas de la violencia doméstica. Programa de actuación*. Madrid: Pirámide.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Ares y Mares.
- Matud, M.P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema, 16*, 397-401.
- Mertin, P., y Mohr, P.B. (2000). Incidence and correlates of posttraumatic stress disorder in australian victims of domestic violence. *Journal of Family Violence, 15*, 411-422.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales e Instituto de la Mujer (2002). *Macroencuesta sobre «violencia contra las mujeres»*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.
- Moscicki, E.K. (1989). Epidemiologic surveys as tools for studying suicidal behavior: A review. *Suicide & Life-Threatening Behavior, 19*, 131-146.
- Picó-Alfonso, M.A. (2005). Psychological intimate partner violence: The major predictor of posttraumatic stress disorder in abused women. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews, 29*, 181-193.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self Image*. Princeton: Princeton University Press.
- Sarasua, B., y Zubizarreta, I. (2000). *Violencia en la pareja*. Málaga: Aljibe.
- Sato, R.A., y Heiby, E.M. (1992). Correlates of depressive symptoms among battered women. *Journal of Family Violence, 7*, 229-245.
- Soler, E., Barreto, P., y González, R. (2005). Cuestionario de respuesta emocional a la violencia doméstica y sexual. *Psicothema, 17*, 267-274.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R.E. (1970). *Manual of State/Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists Press (versión española, TEA, 1982).
- Stein, M.B., y Kennedy, C. (2001). Major depressive and post-traumatic stress disorder comorbidity in female victims of intimate partner violence. *Journal of Affective Disorders, 66*, 133-138.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978/Reliability and norm data of the Spanish version of the 1978 Beck Depression Inventory. *Clínica y Salud, 8*, 403-422.
- Walker, L.E. (1984). *The battered woman syndrome*. New York: Springer.
- Woods, S.J., y Wineman, N.M. (2004). Trauma, posttraumatic stress disorder symptom clusters and physical health symptoms in postabused women. *Archives of Psychiatric Nursing, 18*, 26-34.
- Zlotnick, C., Johnson, D., y Kohn, R. (2006). Intimate partner violence and long-term psychosocial functioning in a national sample of American women. *Journal of Interpersonal Violence, 21*, 262-275.
- Zubizarreta, I., Sarasua, B., Echeburúa, E., Corral, P., Sauca, D., y Emparanza, I. (1994). Consecuencias psicológicas del maltrato doméstico. En E. Echeburúa (ed.): *Personalidades violentas* (pp. 129-152). Madrid. Pirámide.