

Características psicopatológicas de mujeres víctimas de violencia de pareja

Francisco Javier Labrador Encinas, M^a Rocío Fernández-Velasco y Paulina Rincón*
Universidad Complutense de Madrid y * Universidad de Concepción (Chile)

La violencia de pareja provoca gran alarma social. Conocer las características y problemáticas de las mujeres víctimas de este tipo de violencia parece necesario para poder ofrecer una atención psicológica adecuada. Éste es el objetivo del presente estudio. Se estudia una muestra de 212 mujeres que ha sufrido maltrato por su pareja, derivadas por diversas instituciones de la Comunidad de Madrid y que han sido evaluadas por el mismo procedimiento. Los resultados aportan datos sobre las características sociodemográficas y la historia de violencia que se asemejan a los obtenidos por investigaciones previas. En cuanto a las variables psicopatológicas aparece una menor incidencia del trastorno de estrés postraumático y mayor de depresión. Se observa la presencia de determinadas variables concomitantes, destacando problemas de adaptación, baja autoestima y cogniciones disfuncionales de tipo postraumático.

Psychopathological characteristics of female victims of intimate partner violence. Intimate partner violence has caused much social alarm. Knowing the characteristics and problems of the female victims of this type of violence is necessary to be able to provide adequate psychological attention. This is the purpose of the present study. We studied a sample of 212 women who had been exposed to a situation of intimate partner violence, were remitted by diverse institutions of the Community of Madrid, and who were evaluated by the same procedure. The results contribute data about the social-demographic characteristics and the history of violence, which resemble those obtained in previous investigations. Regarding psychopathological variables, there was a lower incidence of posttraumatic stress and a higher incidence of depression. The presence of some concomitant variables was observed, especially problems of adaptation, low self-esteem, and dysfunctional posttraumatic cognitions.

El número de mujeres víctimas de violencia de pareja (MVVP) es elevado, aunque muchas de estas mujeres no lo reconocen públicamente o no se identifican como tales. En España, se estima que esta violencia afecta al 20-25% de las mujeres (Fontanil, Ezama, Fernández, Gil, Herrero y Paz, 2005; Labrador, Rincón, De Luis y Fernández-Velasco, 2004), aunque las encuestas del Instituto de la Mujer señalan un «maltrato técnico»: 9% en 1999 y 7,2% en 2006, frente al maltrato declarado en el último año: 1,6% en 1999 y 2,1% en 2006 (Instituto de la Mujer, 2008). Fontanil et al. (2005), obtuvo que en Asturias un 20,3% de las mujeres sufrió o sufre maltrato de su pareja, con un 6% de prevalencia en el último año.

En el estudio de la OMS sobre 24.000 mujeres de diez países, entre un 13 y un 61% de las encuestadas reconoce haber sufrido malos tratos físicos en algún momento de su vida, entre un 6 y un 59% agresiones de tipo sexual, y entre un 20 y un 75% maltrato psicológico a manos de su pareja o ex pareja (WHO, 2005).

Esta violencia tiene efectos muy negativos para 3.793.000 mujeres mayores de 16 años, si afecta al 20% de las españolas. Pero los medios de comunicación sólo suelen dar relevancia al número de muertes producidas por esta violencia, 68 mujeres en 2007. Lejos de restar importancia a cada uno de estos homicidios, esta cifra sólo representa el 0.002% de las MVVP, el 99.998% restante también necesita ayuda. Es, pues, importante conocer sus características y condiciones.

Se considera que las consecuencias psicológicas de la violencia son más frecuentes y graves que las físicas, salvo casos excepcionales como los de muertes o lesiones graves. Entre éstas, según metanálisis de Golding (1999), destaca la prevalencia del trastorno de estrés postraumático (TEPT) (media ponderada del 63,8%) y la depresión (47,6%), señalándose también un elevada frecuencia de trastornos de ansiedad y problemas de abuso de sustancias (18,5% del alcohol y 9% de drogas). También se ha señalado la alta frecuencia de problemas de autoestima y desadaptación social.

Los datos sobre problemas psicológicos en MVVP suelen provenir de encuestas, en muchos casos realizadas de forma telefónica, con escaso control sobre la veracidad y precisión de las respuestas, procedimiento que no es el más adecuado para establecer la presencia de un problema psicológico. Además, dada la disparidad entre las mujeres que reconocen la violencia de pareja y las que deben sufrirla, más aún dado que sólo un reducido porcentaje de mujeres acuden en busca de ayuda, no se puede saber los pro-

blemas que afectan a la población de MVVP, pero al menos se pueden identificar las características de las MVVP que buscan ayuda y el tipo de ayuda solicitada. Son realmente la población que se beneficiarán de la ayuda psicológica.

Son escasos los estudios que intentan identificar los problemas psicológicos por los que estas mujeres demandan ayuda profesional. Afortunadamente se han llevado a cabo algunos trabajos en nuestro país, pero las muestras estudiadas suelen ser reducidas (Alonso y Labrador, 2008; Rincón, Labrador, Arinero y Crespo, 2004; Sarasúa, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 2007), otros no identifican cómo se ha obtenido la muestra de mujeres estudiadas (Matud, 2004). Otra vía ha sido identificar el tipo de demandas por el que acuden las mujeres a los centros de atención. En el estudio realizado por Labrador et al. (2006), para el Instituto de la Mujer, se señalaba que los problemas detectados más frecuentemente por los centros eran cogniciones postraumáticas, ansiedad generalizada, TEPT y problemas de autoestima, siendo también éstos los problemas más tratados junto con la depresión. Pero la precisión de los diagnósticos en este estudio es cuestionable dadas las grandes diferencias entre los centros y la forma de acceder a ellos.

Parece necesario continuar investigando sobre el tipo de demandas de las MVVP cuando piden ayuda. Mayor precisión en los conocimientos sobre estas mujeres permitirá una mejor comprensión del problema y sus efectos, y una intervención más adaptada y eficaz. Las evaluaciones realizadas por psicólogos expertos en psicología clínica serán de especial relevancia al respecto.

El objetivo del presente trabajo es identificar en MVVP que solicitan ayuda en centros especializados:

- a) Las características sociodemográficas.
- b) Las características de violencia de pareja sufrida.
- c) La sintomatología psicopatológica consecuente.

Método

Participantes

212 mujeres que sufrían o habían sufrido violencia por su pareja y que acudieron en demanda de ayuda a centros de atención para estas víctimas de Madrid.

Instrumentos

Pauta de entrevista para víctimas de violencia doméstica (Labrador y Rincón, 2002), recoge información de antecedentes sociodemográficos, características del maltrato, historia previa de victimización y CAGE.

Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta y Sarasúa, 1997). Obtiene una puntuación global del TEPT y una específica de cada subescala —reexperimentación, hiperactivación y evitación.

Inventario de Depresión de Beck (BDI) (adaptación española de Vázquez y Sanz, 1997).

Entrevista estructurada para el diagnóstico DSM-IV de Trastornos de Ansiedad (Zimmerman, 1994).

Inventario de Autoestima de Rosenberg (Echeburúa y Corral, 1998).

Escala de Inadaptación (Echeburúa, Corral y Fernández-Montalvo, 2000). Evalúa el nivel de adaptación a cinco áreas: trabajo, vida social, tiempo libre, relación de pareja y convivencia familiar, junto con una valoración global.

Inventario de Cogniciones Postraumáticas (Foa, Ehlers, Clark, Tolin y Orsillo, 1999). Obtienen una puntuación global de pensamientos relacionados con los acontecimientos traumáticos, así como puntuaciones específicas en tres subescalas: cogniciones negativas acerca de sí mismo, cogniciones negativas acerca del mundo y autopunición.

Procedimiento

Captación de las participantes

Las participantes fueron derivadas desde diferentes servicios y ámbitos de atención para víctimas de la Comunidad de Madrid.

Evaluación

Se desarrolló en la Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y en instalaciones de los centros señalados. En una sesión individual de entre 90-120 minutos, psicólogas expertas en psicología clínica y entrenadas al respecto efectuaron la evaluación.

Análisis de datos

El análisis de datos (medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes) se realizó con el programa SPSS (12.0)

Resultados

En el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 12.0).

Características sociodemográficas de la muestra

La media de edad de las mujeres es de 36 años, la mayoría ya no convive con el agresor (66%), el nivel educativo presenta una frecuencia mayor para la categoría sin estudios primarios completos (43,4%), la mayoría es de nivel socioeconómico medio o medio-bajo (75%). El 58,2% está activa laboralmente, mientras el 38% sigue dependiendo económicamente del agresor. El 72% tenía hijos, con media 1,69.

Características del maltrato

Aunque la mayoría ha sufrido maltrato físico y psicológico (54,4%), cerca del 20% ha sufrido violencia sexual. La duración media del maltrato es de 6,8 años. Todas señalan episodios de violencia el último mes, la mayoría incluso con frecuencia de al menos 1-3 veces a la semana (52,8%). Se ha extendido el maltrato a los hijos en un 58,5%. Ha denunciado el 67,5% y ha tenido que abandonar el hogar el 55%. Ha necesitado asistencia médica por lesiones el 43% y psicológica el 38%. La mayoría no ha vivido maltrato de pareja previo (84%), ni en su familia de origen (72%). Un 70% manifiesta una alta percepción de apoyo social.

Características psicopatológicas

La sintomatología postraumática abarca a un 37,3%: 32,1% TEPT crónico y 5,2% Subsíndrome de estrés postraumático (SEPT) (se cumplen criterios sólo de dos escalas, reexperimentación y otra, evitación o hiperactivación).

Un análisis más detallado de los síntomas de TEPT constata que los valores de las medias superan los puntos de corte para la escala global (15) y para las tres subescalas (reexperimentación, 5; evitación, 6; e hiperactivación, 4). Esto apoya considerar la sintomatología del TEPT como una sintomatología característica de estas víctimas. Si se consideran uno a uno los síntomas (véase tabla 4), sólo uno (*Amnesia*) aparece en menos del 20% y once aparecen en al menos el 37,5% de las mujeres. Los más frecuentes: *Dificultades de concentración; Pérdida de interés por actividades significativas, Sensación de futuro desolador, Recuerdos intrusivos, Evitación de pensamientos y sentimientos y Malestar psicológico.*

Al comparar los resultados obtenidos con los de los estudios de Echeburúa, Corral y Amor (1998) con 164 víctimas; y el de Rincón et al. (2004), con 70 víctimas, en que se usó la misma escala para evaluar TEPT, las frecuencias de los síntomas son más bajas, pero los síntomas más frecuentes son prácticamente los mismos.

En cuanto a otras variables, la depresión afecta al 89% de las participantes, distribuyéndose el 68,6% entre las categorías de depresión moderada y grave. La media en el BDI 23,23 indica sintomatología depresiva moderada. Un 44% de estas mujeres presentan antecedentes de suicidio: ideación suicida o intento autolítico. Un elevado porcentaje presenta baja autoestima (73,8%) e inadaptación a la vida cotidiana (87,6%). En el inventario de cogniciones postraumáticas no hay datos normativos, pero los valores obtenidos están próximos a puntos intermedios, o algo más elevados en las cogniciones negativas del mundo.

Variables	Muestra completa N= 212
Edad media (DT)	36,27 (10,34)
Estado civil	
Soltera	16,5%
Casada	13,2%
Pareja hecho/ Conviviente	24,1%
Trámites separación/ separada/ divorciada	46,2%
Nivel educacional	
Primarios incompletos	43,4%
Primarios completos	17,9%
Secundarios	18,9%
Universitarios	19,8%
Clase social subjetiva	
Baja	16,5%
Media-baja	36,8%
Media	38,2%
Media-alta	7,5%
Alta	1 %
Ocupación actual	
Sector servicios	15,6%
Sector administrativo	4,2%
No cualificado	23,0%
Ama de casa	22,3%
Desempleada	19,3%
Profesional/ Técnica	9,9%
Directiva	1,5%
Estudiante	4,2%
Convive con agresor	34%
Dependencia económica del agresor	38,2%
Número de hijos	1,69 (1,14)

Un 38,7% de las MVVP cumple criterios de trastornos de ansiedad, esencialmente Trastornos de Angustia (Crisis de angustia y Trastorno de angustia sin agorafobia). Los resultados del CAGE indican que el 90% de la muestra no presentaba dependencia o abuso de alcohol, y en cuanto a otro tipo de tóxicos un 5% reconocía tener o haber tenido problemas de abuso con las drogas.

Variables	Muestra completa N= 212
Tipo de maltrato	
Psicológico	29,8%
Físico (y psicológico)	54,4%
Físico y/o psicológico y sexual	19,8%
Duración del maltrato en años	6,8 (8,1)
Frecuencia del maltrato en el último mes	
A diario	18,4%
1 a 3 veces por semana	34,4%
1 a 3 veces al mes	21,2%
Menos de 1 al mes	14,7%
Episodios aislados	11,3%
Han denunciado el maltrato	67,5%
Número de denuncias interpuestas	1,68 (2,9)
Número de denuncias retiradas	0,35 (1,79)
Han abandonado alguna vez el hogar	55%
Número veces	2,03 (4,28)
Asistencia médica por lesiones	43%
Número de asistencias	0,97 (2,26)
Asistencia psicológica y/o psiquiátrica	38%
Antecedentes psicológicos y/o psiquiátricos	35,4%
Maltrato de pareja previo	16%
Maltrato previo en la familia de origen	28%
Maltrato a los hijos	58,5%
<i>Tipo de maltrato</i>	
Presenciado	70%
Psicológico	14,5%
Físico	18,5%
Apoyo social	70%
Apoyo familiar	39%
Apoyo legal	66%

Escala Gravedad de Síntomas de TEPT	N= 212
Presencia de TEPT	
TEPT crónico	32,1%
Síndrome de Estrés postraumático	5,2%
Ausencia de TEPT	62,7%
Escala Gravedad de Síntomas de TEPT	Media y DT
Puntuación global	18,78 (11,8)
Subescala: reexperimentación	5,16 (3,99)
Subescala: evitación	7,26 (4,87)
Subescala: aumento de activación	6,4 (4,32)

Un 39% de los casos presenta antecedentes de trastornos previos, sin diagnósticos representativos.

Discusión y conclusiones

La muestra estudiada, amplia para ser una muestra clínica, sólo considera a mujeres que han demandado ayuda, y no se sabe si se asemeja a la mayoría de las MVVP. Pero esta limitación es sólo aparente: la ayuda debe centrarse en responder a las MVVP que la demandan. También es importante saber por qué muchas no lo hacen, pero ese objetivo no es el del presente trabajo.

Características sociodemográficas

Destaca el bajo nivel educativo con respecto al de las españolas mayores de 16 años que han finalizado en un 22% estudios universitarios, en un 45% estudios secundarios y el 30,5% estudios primarios (Instituto de la Mujer, 2006). También son inferiores a los encontrados en otras muestras españolas (Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta y Sarasúa, 2002; Arinero y Crespo, 2004; Rincón et al., 2004; Sarasúa et al., 2007).

La realidad laboral de estas víctimas también es peor que la del resto de las españolas, las cifras de desempleo son ligeramente más altas, y aunque la tasa de ocupación laboral es similar, son es-

Tabla 4
Frecuencia de síntomas del TEPT en mujeres víctimas de violencia de pareja en el presente trabajo y en los de Echeburúa et al., 1998; y Rincón et al., 2004

Síntomas de TEPT	Frecuencia de síntomas de TEPT (Echeburúa et al., 1998)	Frecuencia de síntomas de TEPT (Rincón et al., 2004)	Frecuencia de síntomas de TEPT en este trabajo
Subescala de Reexperimentación			
Recuerdos intrusivos	93,2	71,5	44,4
Sueños intrusivos	24,6	37,1	21,4
Flashbacks	29,7	30	20,0
Malestar psicológico	81,4	75,7	42,4
Malestar fisiológico	74,6	62,9	31,7
Subescala de evitación			
De pensamientos, sentimientos, etc.	72,9	67,1	42,4
De actividades, lugares, etc.	40,7	47,1	28,3
Amnesia	4,2	15,7	10,2
Pérdida interés actividades significativas	82,2	62,8	48,8
Sensación de desapego o enajenación	61,9	47,1	28,3
Restricción de la vida afectiva	27,1	57,1	38,0
Sensación de futuro desolador	79,6	31,4	47,9
Subescala de aumento de activación			
Insomnio	64,4	67,2	45,4
Irritabilidad	71,2	51,5	37,6
Dificultades de concentración	72,0	65,7	50,3
Hipervigilancia	34,7	54,3	42,9
Respuesta de sobresalto	49,2	50,0	39,5

Tabla 5
Puntuaciones en las escalas de depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas

Instrumento	Escala	Media y DT	Categoría	Frecuencia	%
BDI		23,23 (11,5)	Ausencia depresión	23	11
			Depresión leve	43	20,5
			Depresión moderada	80	38,1
			Depresión grave	64	30,5
Inventario de autoestima		20,68 (6,67)	Autoestima alta	55	26,2
			Autoestima baja	155	73,8
Escala de inadaptación		20,68 (6,67)	Superan corte	183	87,6
	Trabajo		3,07 (1,50)		
	Vida social		3,07 (1,59)		
	Tiempo libre		3,39 (1,58)		
	Relación de pareja		4,05 (1,31)		
	Vida familiar		3,29 (1,61)		
Global	3,76 (1,22)				
Inventario de cogniciones postraumáticas		12,19 (3,24)			
	Cogniciones negativas de sí mismo		3,69 (1,25)		
	Cogniciones negativas del mundo		4,78 (1,32)		
	Autopunición		3,69 (1,41)		

casas las que tienen un trabajo cualificado. Esta baja cualificación laboral, señalada en otros trabajos (Fontanil et al., 2005), en parte puede ser consecuencia del intento del maltratador para anular a su pareja, en un área de especial relevancia, como ésta, para el desarrollo de la autonomía personal. Llama la atención que aunque sólo el 54% trabaja fuera del hogar, el 62% no depende económicamente del agresor. Es probable que ayudas institucionales o familiares y de amigos puedan estar detrás de estas cifras, si bien eso puede ser una situación transitoria y se hace necesaria la inserción laboral. La baja cualificación de los trabajos puede deberse a la urgencia de encontrar alguno.

Otros dos datos destacables: a) La edad media de estas MVVP es relativamente baja (36 años), en comparación con los estudios señalados; b) El porcentaje de mujeres que no convive con el agresor es elevado, más que en el estudio de Fontanil et al. (2005), y próximo al grupo de MVVP de menos de 30 años del trabajo de Sarasúa et al. (2007) (76%) y al de Alonso y Labrador (2008) (74%). Ambos datos señalarían que la búsqueda de ayuda puede ser más complicada o difícil mientras se convive con el agresor. También que buscan ayuda las jóvenes.

Respecto a la escasa representación de mujeres de clase social media-alta o alta, la explicación probablemente tenga que ver más que con una menor incidencia del problema con los Centros derivadores.

En resumen, demandan ayuda MVVP caracterizadas por ser jóvenes, de bajo nivel académico, con escasos recursos laborales y económicos, y que ni conviven ni dependen económicamente del agresor.

Características del maltrato

Las coincidencias con trabajos anteriores (Amor et al., 2002; Rincón et al., 2004) son frecuentes, tanto en la distribución del tipo de violencia como en la frecuencia de las denuncias y abandonos del hogar o en los escasos antecedentes de maltrato previo y en la violencia vivida por los hijos. A diferencia de los estudios de Sarasúa et al. (2007), o de Alonso y Labrador (2008), el porcentaje de mujeres que ha sufrido violencia sexual es menor (19,8%), próximo al del trabajo de Rincón et al. (2004). También es relativamente menor la frecuencia del maltrato (52,8% al menos 1 vez a la semana).

La duración del maltrato (6,8 años) es inferior al de otros trabajos (Echeburúa et al., 1998; Amor et al., 2002; Rincón et al.,

2004; Alonso y Labrador, 2008), todos señalan duraciones superiores a 10 años. No obstante, soportar un promedio de 7 años de malos tratos es realmente grave y señala los problemas habidos para salir de esa situación. Esta prolongada experiencia debe tener efectos muy negativos sobre las víctimas.

Este conjunto de datos respecto al maltrato, en especial que el 30% «sólo» haya sufrido violencia psicológica, probablemente señale que el maltrato sufrido sea algo menor al identificado en la mayoría de los trabajos con muestras españolas, pero aún así las cifras son aterradoras. La separación del agresor no supone necesariamente el cese de la violencia. El 74% sufre al menos una agresión al mes, y eso que el 66% vive sin su pareja. Resultados similares se han obtenido en otros trabajos (Rincón et al., 2004; Alonso y Labrador, 2008).

Igual que en investigaciones anteriores, la presencia de antecedentes de violencia previa (16% en pareja; 28% en familia de origen) son reducidos, descartando el del rol de víctimas o la atracción por la violencia en estas mujeres. Buscar la explicación de la violencia de pareja en las víctimas es inadecuado e injusto, hay que buscarla en el comportamiento del agresor y el ambiente en que se produce y lo permite.

Tampoco hay apoyo empírico a la hipótesis de que las mujeres están aisladas, al revés, destacar el alto apoyo social que perciben estas MVVP (70%). Probablemente esto tenga que ver con la progresiva concienciación del problema en la sociedad. Este alto apoyo social se ha encontrado en la mayoría de los trabajos en España, pero no en otros ámbitos culturales como en el trabajo de Alonso y Labrador (2008) con mujeres mexicanas en las que es inferior (37%). Por el contrario, el apoyo familiar (39%) es menor. El entorno familiar no suele apoyar mucho a la víctima, con frecuencia desapruueba la «separación» del agresor, cuando no responsabiliza a la víctima de la violencia sufrida, bien sugiriendo algún fallo personal, bien culpabilizándolas por haber soportado las agresiones sin «hacer nada», cuando no les «recuerda» la «obligación» de aguantar la violencia y cumplir con sus deberes de esposa y madre, desalentándolas a dar el paso de hacer pública esta situación, o estigmatizándolas si lo hacen.

El maltrato ha afectado a los hijos (58,5%), si bien en la mayoría de los casos sólo presenciándolo (70%), aunque casi uno de cada cinco (18,5%) ha recibido también maltrato físico. Los antecedentes psicológicos o psiquiátricos están alrededor del 35%, cifras menores a las encontradas en otros trabajos (Alonso y Labrador, 2008), quizás en parte debido a una historia de violencia más breve (6,8 años frente a 14,6).

En resumen, las MVVP han sufrido un maltrato prolongado, frecuente, incluso cotidiano, que no cesa al separarse, habitualmente físico y psicológico, ha sido denunciado y las ha obligado abandonar el hogar. Han encontrado un alto apoyo social y menor apoyo familiar.

Características psicopatológicas

Destaca el bajo porcentaje de mujeres con TEPT (37%), aunque similar al de otros trabajos como el de Sarasúa et al. (2007) (33%). Sí aparecen valores promedio elevados que superan el punto de corte en todas las subescalas del TEPT. Además, los resultados señalan que los síntomas más típicos del TEPT en estas MVVP son los ya indicados en trabajos anteriores, reexperimentación, concretamente la presencia de recuerdos desagradables y recurrentes sobre el maltrato y malestar psicológico intenso al re-

Tabla 6
Presencia de trastornos de ansiedad (porcentajes)

Diagnóstico trastornos ansiedad	Muestra completa N= 212
Presencia de trastorno:	38,7
Crisis de angustia	21,2
Agorafobia	0,5
Trastorno de angustia sin agorafobia	11,8
Trastorno de angustia con agorafobia	0,5
Fobia específica	2,4
Fobia social	0,5
Trastorno de ansiedad generalizada	1,9
Ausente	61,3

cordar los sucesos, así como síntomas de hiperactivación: dificultades para conciliar el sueño, problemas de concentración y en un estado permanente de hipervigilancia. Los síntomas de evitación son menos frecuentes, a excepción de la evitación de pensamientos relacionados.

Las características específicas de la violencia pueden explicar la sintomatología del TEPT en estas víctimas. La experiencia prolongada y repetida de los episodios agresivos explicaría la frecuente presencia de recuerdos intrusivos. La hiperactivación constante puede ser consecuencia de la imposibilidad de predecir y controlar la ocurrencia de los episodios violentos y su percepción de que en cualquier momento puede ser agredida, en especial en el hogar. Respecto a las conductas de evitación, son elevadas las de evitación de sentimientos, pero no las de lugares o actividades. Es lógico: el principal lugar a evitar es el hogar y éste, salvo que lo abandonen, no pueden evitarlo. Sí es elevada la pérdida de interés, sensación de futuro desolador y restricción de vida afectiva, es decir, las variables más relacionadas con el embotamiento emocional que con la propia evitación, poniendo de relieve que los dos factores que forzosamente se han incluido en esta dimensión del TEPT —evitación y embotamiento emocional— pueden variar cada uno de forma independiente. Se evita poco, pero el embotamiento afectivo es muy elevado. No obstante, y a pesar de que el porcentaje de mujeres con diagnóstico TEPT es reducido, seguimos considerando que el TEPT es la categoría o conjunto de síntomas que mejor caracteriza a estas mujeres; de hecho en todas las subescalas las puntuaciones medias superan los valores de corte para el TEPT.

La depresión es el trastorno más frecuente en estas mujeres (69,6% entre moderada y grave), sólo el 11% se ve libre de síntomas depresivos. Varios factores pueden contribuir a esto: sensación de fracaso personal, abandono del hogar, deterioro de redes sociales y/o familiares, pérdida de poder adquisitivo y, especialmente, la alteración de todas las áreas de la vida cotidiana. En el trabajo de Labrador et al. (2006) se señalaba que la depresión era uno de los trastornos para el que más se pedía ayuda y el trastorno al que más atención psicológica se prestaba.

Como ya viene siendo habitual en estos trabajos aparecen valores muy bajos en autoestima (el 74% no supera el punto de cor-

te). La inadecuada concepción de sí misma, escasa sensación de valía y percepción de insuficientes recursos personales podrían estar explicados por la autocrítica, responsabilidad aprendida de la situación violenta, no dar el paso para romper el ciclo, fracaso y especialmente la culpa. El convivir con una persona que de forma reiterada intenta convencer a la mujer de que es una inútil, no sirve para nada o incluso anula su capacidad de tomar decisiones, también parece determinante.

Los valores de inadaptación son muy elevados, el 88% de las MVVP superan el valor de corte. La mayoría veía afectada su vida cotidiana como consecuencia de la violencia, generándose una desestructuración vital, bien laboral (absentismo o abandono del trabajo), social (limitaciones para relacionarse con otras personas), del tiempo libre (aislamiento, control, trámites legales, juicios, etc.), familiar (afectación hijos, respuesta negativa de allegados), de pareja (desconfianza para reestablecer relación de pareja). Además estas víctimas consideran que no están capacitadas para afrontar las demandas que exige la sociedad. En resumen, también en este trabajo se pone de relieve el deterioro global que suele producirse en estas víctimas, caracterizadas por serios problemas de adaptación a la vida cotidiana.

El porcentaje de ideación o intentos suicidas (44%) señala un grave problema no frecuentemente considerado, resaltando la necesidad de evaluar y prevenir este riesgo en todas las MVVP. Otros trabajos ya habían señalado que un 32,5% de las mujeres habían planeado suicidarse durante la relación abusiva (Villavicencio, 1996), pero han sido datos menos considerados. En consecuencia, no sólo la prevención, atención y protección debe ir dirigida a evitar un posible homicidio, sino a detectar y evitar el suicidio.

Los trastornos de ansiedad también están representados de forma significativa (38,7%) en su mayoría trastornos de angustia, lo que remite a los elevados niveles de activación y reactividad constante.

En resumen, lo más característico es la presencia de depresión, siendo elevada la frecuencia de TEPT, aunque menos que en trabajos anteriores, y ansiedad. Destacar el riesgo de suicidio de estas víctimas, la baja autoestima, así como dificultades para recuperar el ajuste en el área social.

Referencias

- Alonso, E., y Labrador, F.J. (2008). Características sociodemográficas y de la violencia de pareja en mujeres maltratadas con trastorno de estrés postraumático: un estudio comparativo de víctimas de diferente nacionalidad. *Revista Mexicana de Psicología*, 25, 271-282.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I., y Sarasúa, 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*, 2(2), 227-246.
- Arinero, M., y Crespo, M. (2004). Evaluación de la eficacia de un programa de tratamiento cognitivo-conductual para mujeres víctimas de maltrato doméstico: un estudio piloto. *Psicología Conductual*, 12(2), 233-249.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Amor, P.J. (1998). Perfiles diferenciales del trastorno de estrés postraumático en distintos tipos de víctimas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 24(96), 527-555.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I., y Sarasúa, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(90), 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., y Fernández-Montalvo, J. (2000). Escala de Inadaptación (EI): propiedades psicométricas en contextos clínicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23(107), 325-340.
- Foa, E., Ehlers, A., Clark, D.M., Tolin, D.F., y Orsillo, S.M. (1999). The Posttraumatic Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11(3), 303-314.
- 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.
- Golding, J.M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Instituto de la Mujer (2006). *Mujeres en cifras*. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/principal.htm>.
- Instituto de la Mujer (2008). *Mujeres en cifras*. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras/principal.htm>.
- 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(122), 905-932.

- Labrador, F.J., Rincón, P.P., De Luis, P., y Fernández, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica*. Madrid, Pirámide.
- Labrador, F.J. (2006). Protocolos de atención psicológica a mujeres víctimas de malos tratos. Trabajo realizado para el Instituto de la Mujer (Manuscrito no publicado).
- Matud, M.P. (2004). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16(3), 397-401.
- Rincón, P.P., Labrador, F.J., Arinero, M., y Crespo, M. (2004). Efectos psicopatológicos del maltrato doméstico. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 22, 105-116.
- Sarasúa, B., Zubizarreta, I., Echeburúa, E., y Corral, P. (2007). Perfil psicopatológico diferencial de las víctimas de violencia de pareja en función de la edad. *Psicothema*, 19, 459-466.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud*, 8(3), 403-422.
- Villavicencio, P. (1996). *La situación de maltrato y su repercusión en el ajuste psicosocial en las mujeres en centros de acogida*. Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- World Health Organization (WHO) (2005). *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence Against Women*. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multi-country_study/en/.
- Zimmerman, M.D. (1994). *Interview guide for evaluating DSM-IV psychiatric disorders and the mental status examination*. Philadelphia: Psych Press Products.