

VIOLENCIA DE GÉNERO E INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA CON MUJERES MALTRATADAS POR SUS PAREJAS

VANESA PADILLA CORREA

Colegio Oficial de Psicología de Santa Cruz de Tenerife.
Doctora en Psicología. Master en Psicología Clínica y de la Salud

ISABEL VEGA RODRÍGUEZ

Colegio Oficial de Psicología de Santa Cruz de Tenerife.
Psicóloga. Master en intervención y prevención en violencia de género



Contenido

| | |
|--|----|
| DOCUMENTO BASE..... | 3 |
| Violencia de género e intervención psicológica con mujeres maltratadas por sus parejas | |
| FICHA 1..... | 20 |
| Modalidades de intervención con víctimas de malos tratos | |
| FICHA 2 | 22 |
| Evaluación e intervención psicológica con mujeres maltratadas | |

Documento base.

Violencia de Género e Intervención psicológica con mujeres maltratadas por sus parejas

INTRODUCCIÓN

La violencia es un problema que ha ido creciendo de manera importante en las últimas décadas en la sociedad actual, siendo una de las formas más comunes la violencia doméstica (Widom, 1989; Fischbach y Hebert, 1997). No obstante, es difícil determinar si realmente se trata de un aumento de la violencia o de una redefinición social de lo que ella significa y de su tratamiento legal, mediático y político, y por tanto, de una mayor denuncia social, o de ambas cuestiones.

Cuando se da violencia en la pareja, lo más frecuente es que sean los hombres los que ejercen la violencia, y las mujeres las víctimas (Eyo, 2006; Flitcraft, 1995; Grossman y Lundy, 2007; Koss, 1990). La violencia contra las mujeres por sus parejas masculinas constituye el 85-90% de los casos de violencia doméstica en los EE.UU. (Koss, 1990). Además, el patrón de violencia de las mujeres se diferencia del de los hombres en que las mujeres suelen utilizar más la fuerza física contra una pareja violenta que contra una pareja no violenta y comunican, a menudo, haberla utilizado en defensa propia (Dobash, Dobash, Wilson y Daly, 1992; Saunders, 1986). Por el contrario, los hombres que maltratan a su pareja informan de que utilizan la violencia con el fin de alcanzar lo que desean (Bograd, 1988). En un trabajo de Brush (1990), se halló que el primer predictor de violencia era el género, aún cuando se controlaron variables como la edad, el nivel educativo, la etnia, el número de matrimonios y la presencia de hijos/as.

Se ha planteado que la violencia contra las mujeres no es un fenómeno aislado ni circunstancial, sino que es un aspecto estructural del sistema social y representa un problema importante de salud pública (Fischbach y Hebert, 1997; Heise y García-Moreno, 2002; Roberts, Lawrence, Williams y Raphael, 1998) y aunque la violencia doméstica no se restringe al maltrato a la mujer por su pareja, sí es la forma más frecuente y en ella se centra este trabajo.

VIOLENCIA DE GÉNERO

Cuando se habla de violencia de género se hace referencia a *todo acto violento basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada* (Organización de Naciones Unidas, 1993). Dicha Organización, en la *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*, entiende que la violencia contra la mujer abarca actos tales como:

- a) *La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación;*
- b) *La violencia física, sexual y psicológica perpetrada dentro de la comunidad en general, inclusive la violación, el abuso sexual, el acoso y la intimidación sexuales en el trabajo, en instituciones educacionales y en otros lugares, la trata de mujeres y la prostitución forzada;*
- c) *La violencia física, sexual y psicológica perpetrada o tolerada por el Estado, dondequiera que ocurra.*

En esta declaración se afirma y reconoce que la violencia contra la mujer constituye una violación de los derechos humanos y de la libertad y que, además, se trata de una manifestación de las relaciones de poder históricamente desiguales entre el hombre y la mujer, siendo uno de los mecanismos sociales fundamentales con los que se coloca a la mujer en una posición de subordinación respecto del hombre. Además, la violencia de género contribuye a la morbilidad física y psicológica y a la mortalidad de las mujeres entre 15 a 44 años a través de las distintas culturas (Fischbach y Hebert, 1997).

La violencia contra las mujeres ha sido tradicionalmente ignorada y se ha venido consintiendo durante cientos de años en el marco de una sociedad patriarcal donde la mujer es considerada como inferior al hombre y, en consecuencia, dominada por éste. Estas creencias sociales erróneas sobre el rol de la mujer y del comportamiento en las relaciones de pareja tienen un papel fundamental en el mantenimiento de la violencia de género (Lorente, 2001). La violencia de género supone la manifestación más atroz de la desigualdad social entre mujeres y hombres (Sopeña, 2006).

Este tipo de violencia se ha tratado de explicar apelando a diferencias biológicas entre mujeres y hombres (Gorgham, 1997), habiéndose planteado que la mayor fuerza física del hombre, junto a factores de tipo hormonal les inducía a acciones violentas (Matud, Rodríguez, Marrero y Carballeira, 2002). Pero, la investigación de las últimas décadas indica que la violencia contra las mujeres es fruto de una desigualdad social y no de las diferencias biológicas. Pastor (2001) afirma que la violencia contra las mujeres no está determinada por el código genético pero sí constituye una enfermedad de <<transmisión social>>. Beauvoir (1987) plantea que la reproducción y la maternidad condicionaron la función sociológica de las mujeres, es decir, propone que desde los inicios de la historia se produjo un reparto de trabajo según el cual las mujeres se dedicaron al embarazo, parto y cuidado de los-as hijos-as por ser éstos-as dependientes, mientras los hombres se encargaron de proteger y proveer de alimentos al grupo. De esta forma, lo que en principio se hizo por necesidad, pasó a consolidarse en beneficio del hombre en generaciones de progreso en las que ya este reparto no tendría sentido. Aunque esta diferenciación entre hombres y mujeres no era genética, el papel asignado a la mujer se convertía en el fruto de un destino inferior impuesto por la naturaleza (Pérez de Campo, 1995). Así pues, la mujer debía resignarse a su debilidad e inferioridad frente a la fortaleza y superioridad del hombre. Aunque no está claro que las diferencias de poder se desarrollen de este modo, muy tempranamente aparecen las mujeres como objeto de los intercambios que realizan los hombres (Alberdi y Matas, 2002).

La violencia contra las mujeres forma parte de nuestras costumbres, de nuestras tradiciones, de nuestras relaciones sociales y de pareja; en definitiva de nuestra cultura. En las canciones del pasado y del presente, en muchos refranes o dichos populares, en la literatura, en el cine, en las leyes vigentes durante muchas décadas y reformadas hace pocos años, en nuestra escuela... encontramos referencias que han aprobado históricamente las diferentes formas en que se manifiesta la violencia de género (Pineda, 2005). Basta con echar vistazo a nuestro alrededor para observar algunas de las manifestaciones de esta desigualdad social en la cultura occidental que se reflejan a través de:

- a) *Las religiones*, donde la imagen mujer es asociada al mal, al pecado y a la sumisión. Un ejemplo claro, en el caso de las religiones judeocristianas, aparece en la génesis donde Eva es mostrada como la culpable de la expulsión del paraíso y en consecuencia de las calamidades de los-as humanos-as: “*Dijo asimismo Dios a la mujer: multiplicaré tus trabajos y tus miserias en tus preñeces; con dolor parirás los hijos, y estarás bajo la potestad o mando de tu marido y él te dominará. Y a Adán le dijo: ...con grandes fatigas sacarás de la tierra el alimento en todo el discurso de tu vida...mediante el sudor de tu rostro comerás el pan hasta que vuelvas a confundirte con la tierra de que fuiste formado*” (Génesis 3, 16-19); Históricamente, se ha permitido a los hombres usar el castigo físico moderado para controlar a sus esposas, sin miedo a sanciones legales, y esto ha sido aprobado por la ética judeo-cristiana durante muchos años (Hutchings, 1988, citado en Harrison y Esqueda, 1999).
- b) *La literatura*. En los textos clásicos de la mitología griega se refleja como un hecho normal las violaciones y los malos tratos a las mujeres, formando parte del aprendizaje cultural en las sucesivas generaciones. Asimismo, en las epopeyas griegas se hace alusión a cómo los reyes y los héroes se apoderaban de las mujeres de sus contrarios y las hacían sus esclavas. En el romancero, pieza de la lírica tradicional, aparece la imagen de la mujer como moza virgen y casta, la esposa y madre abnegada, cuyo comportamiento sólo sale de los márgenes de la feminidad por causa mayor (Calero, 1999).
- c) *Los medios de comunicación y la publicidad*, donde aparece la imagen de la mujer asociada al estereotipo femenino (sensible, dependiente, dedicada a las tareas del hogar, al cuidado del los-as hijos-as,...) y se transmiten mitos legitimadores de la violencia de género. Ejemplos de ello son algunos anuncios de limpieza, de alimentación, de electrodomésticos para el hogar, de cosméticos...
- d) *La cultura popular*, que difunde una ideología sexista a través de *refranes o frases* hechas como <<la mujer, la pata quebrada y en casa>>, <<de la tumba fría, la maté porque era mía>>, <<Detrás de un gran hombre, hay una gran mujer>>, <<¿Quién lleva los pantalones en casa?>>. *Cuentos tradicionales* como Blancanieves y los siete enanitos; la cenicienta; La Bella Durmiente; La Bella y la Bestia y tantos otros transmiten una imagen de la mujer sumisa, buena, pasiva, paciente, sacrificada por amor, recluidas en cabañas o castillos frente al protagonista masculino que se representa como luchador, valiente, fuerte, inteligente; *canciones típicas*; etc.

e) *El lenguaje*, donde se utiliza el género masculino para referirse tanto a los hombres como a las mujeres, imponiendo una visión del mundo en términos masculinos que discriminada y excluye a la mujer. En este sentido, García Meseguer (1996) plantea que el sexismo lingüístico reside en el/la hablante y no en la lengua española como sistema.

Si hacemos un repaso a nuestra historia podemos observar cómo las mujeres han sido consideradas inferiores en diversas áreas, inferioridad que quedaba claramente reflejada en el área legislativa, desigualdad legal que no desaparece hasta el inicio de la transición democrática. Así, por ejemplo, los derechos de las mujeres se igualaban a los de los/as menores, debiendo obedecer en todo momento a su protector. Su tutela pertenecía a su padre hasta el momento en el que contraía matrimonio, que pasaba a su marido. La mujer casada no gozaba de autonomía personal ni de independencia económica. En el caso de que quisiera desempeñar un trabajo remunerado, realizar un viaje, disponer los ingresos que generaba su trabajo,..., necesitaba el consentimiento de su marido. Además, la posición dominante solo aceptaba que una mujer pudiera trabajar si la familia se encontraba con grandes problemas económicos, debiendo desempeñar ocupaciones propias de su sexo. Por lo tanto, se consideraba que el trabajo femenino podía ser complementario o sustitutivo del trabajo masculino, en casos de extrema necesidad; de lo contrario, la mujer debía ocuparse del cuidado de su casa y de su familia. En el Código Penal de 1822 se pueden apreciar diferencias de género tales como la siguiente. Si una mujer atacaba a su marido la relación de matrimonio era considerada como un agravante; sin embargo, si esta misma conducta era emitida por el marido hacia la mujer, el matrimonio se consideraba atenuante. Y este hecho de considerar un atenuante la relación conyugal cuando se examinan los malos tratos del hombre a la mujer se mantuvo hasta 1983 en las sucesivas reformas del Código Penal (Alcale, 2000). Otro de los atenuantes al que se podía acoger el maltratador para reducir su pena era el de "estado pasional", que consistía en alegar que su acto de violencia lo cometió bajo un arrebató pasional. Hasta 1973, en el artículo 9.8 del Código Penal se recogía que era motivo de atenuante el obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido "arrebató" u "obcecación". Hasta el año 1975, en España, los pactos matrimoniales estaban establecidos por ley: el artículo 52 del Código Civil estipulaba que "la mujer debía obediencia al marido y éste protección a su mujer" (Falcón, 1991). Muchas mujeres de los países en desarrollo siguen viviendo esta situación.

Sin embargo, en los últimos años se ha ido impulsando y aprobando un importante marco declarativo y normativo dirigido a la prevención y erradicación de la violencia contra las mujeres, a la protección de las víctimas y al rechazo, castigo e intolerancia frente a quienes la ejercen.

En el **ámbito internacional**, la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* proclama que <<todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos>>.

Asimismo, la Organización de Naciones Unidas, en la *IV Conferencia Mundial sobre la Mujer*, celebrada en Beijing en 1995, reconoció que la violencia contra las mujeres es un obstáculo para lograr los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, violando y menoscabando el disfrute de los derechos humanos y las libertades fundamentales por las mujeres. En el seno de esta conferencia se adoptaron la Declaración de Beijing y Plataforma para la acción. Esta última se centró en doce áreas de especial interés, que representan los principales obstáculos que entorpecen el avance de la mujer, entre ellos, la violencia de género.

En el **ámbito comunitario europeo**, la promoción de la igualdad entre hombres y mujeres se consagra como uno de los objetivos de la Unión Europea y, a través de tratados, resoluciones, directivas y programas de actuación comunitaria, se han adoptado y formulado directrices, medidas, acuerdos y recomendaciones para la acción en materia de prevención y erradicación de la violencia de género.

En el **ámbito del estado español** la Constitución establece en su artículo 15, el derecho de todos a la vida y a la integridad física y moral de las personas, sin que en ningún caso puedan ser sometidos a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes, teniendo los poderes públicos, según la Carta Magna, la obligación de adoptar medidas de acción positiva para hacer reales y efectivos tales derechos (art. 9.2).

Como normativa específica de ámbito estatal, cabe destacar: a) *La Ley 27/2003, de 31 de julio*, reguladora de la *Orden de Protección a las Víctimas de Violencia Doméstica*. La orden de protección pretende garantizar a la víctima una protección integral y contiene medidas civiles y penales. Las medidas penales establecen prisión provisional; prohibición de aproximación, de residencia, de comunicación y retirada de armas u otros objetos peligrosos. Las medidas civiles *podrán consistir en la atribución del uso y disfrute de la vivienda familiar, determinar el régimen de custodia, visitas, comunicación y estancia con los hijos-as, el régimen de prestación de alimentos, así como cualquier disposición que se considere oportuna a fin de apartar a la/el menor de un peligro o de evitarle perjuicios*. La orden de protección puede ser solicitada por la víctima, por sus familiares (ascendientes y/o descendientes), por el Ministerio Fiscal, por el

órgano judicial que actúa de oficio y por las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados que tuviesen conocimiento de la existencia de alguno de los delitos o faltas de violencia de género. b) La *Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género*. En dicha ley se establecen medidas de actuación respecto a la violencia que se ejerce sobre las mujeres, por parte de quienes sean o hayan sido sus cónyuges o de quienes estén o hayan estado ligados a ellas por relaciones similares de afectividad, incluso sin que exista convivencia. Esta ley pretende dar una respuesta integral y multidisciplinar, y a tal fin establece medidas que inciden en los ámbitos educativo, social, laboral, normativo y judicial, entre otros, con la finalidad de prevenir, sancionar y erradicar esta violencia, así como prestar la debida asistencia a sus víctimas. La ley establece medidas de sensibilización e intervención en el ámbito educativo. Se refuerza, con referencia concreta al ámbito de la publicidad, una imagen que respete la igualdad y la dignidad de las mujeres. Se apoya a las víctimas a través del reconocimiento de derecho como el de la información, la asistencia jurídica gratuita y otros de protección social y apoyo económico. Proporciona por tanto una respuesta legal integral que abarca tanto las normas procesales, creando nuevas instancias, como normas sustantivas penales y civiles, incluyendo la debida formación al personal sanitario, policial y jurídico responsables de la obtención de pruebas y la aplicación de la ley. Se establecen igualmente medidas de sensibilización e intervención en el ámbito sanitario para optimizar la detección precoz y la atención física y psicológica de las víctimas, en coordinación con otras medidas de apoyo.

Las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los y las menores que se encuentran dentro de su entorno familiar, víctimas directas o indirectas de esta violencia. La Ley contempla también su protección no sólo para la tutela de los derechos de los menores, sino para garantizar de forma efectiva las medidas de protección adoptadas respecto de la mujer.

Para ello, dicha ley contempla, entre otras cuestiones:

- ✓ La creación de una Delegación Especial del Gobierno contra la Violencia sobre la Mujer, como órgano dependiente de la Secretaría General de Políticas de Igualdad del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, con competencias para formular las políticas públicas en relación con la violencia de género que desarrolle el Gobierno y que comprendan todas aquellas actuaciones que hagan efectiva la garantía de los derechos de las mujeres víctimas de esta violencia. Esta Delegación se crea en el año 2005 por Real Decreto 236/2005, de 4 de marzo.
- ✓ El reforzamiento del marco penal y procesal vigente, estableciendo variadas reformas en los diferentes códigos y disposiciones normativas, entre ellas, el endurecimiento del sistema penal hacia los agresores.
- ✓ La asignación de los recursos, servicios e instrumentos de prevención y protección de las víctimas. Recoge la puesta en marcha de un Plan Nacional de Sensibilización y Prevención de la Violencia de Género, el que fue aprobado por Consejo de Ministros el 15 de diciembre de 2006, con carácter bianual, como marco común de actuación en esta materia.
- ✓ La garantía de los derechos a las víctimas, entre ellos el derecho a la asistencia social integral y otros de carácter económico y laboral.

TIPOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia está presente en diversas áreas de la vida de las mujeres tales como el trabajo, las relaciones sexuales, la familia, el tiempo de ocio y las tradiciones culturales, poniendo en peligro la salud, el bienestar, los derechos y la dignidad de las mujeres (Fischbach y Herbert, 1997). A continuación se revisará brevemente las características generales de las formas de violencia contra las mujeres adultas más comunes.

Acoso sexual

Aunque siempre ha existido esta forma de agresión, sólo en los últimos años se ha empezado a considerarla como delito en algunas legislaciones norteamericanas y europeas. En el código penal español el acoso sexual es definido de forma legal como delito a partir de la reforma de 1995. Bargh, Raymond, Prior y Strack (1995) han distinguido dos formas de acoso sexual: 1) El producido a través de la *presión* para tener *relaciones sexuales* con jefes o compañeros de trabajo bajo amenazas o represalias laborales; 2) *El acoso de ambiente hostil*, caracterizado por comentarios ofensivos y conductas sexuales denigrantes. En el acoso sexual no suele darse violencia física sino psicológica. El acoso sexual puede ser sufrido tanto por hombres como por mujeres. Sin embargo la mujer se convierte en la principal víctima por su posición en el mercado laboral, por su inestabilidad en el empleo y su subordinación jerárquica profesional (Instituto de La Mujer, 2006). El Instituto de La Mujer (2006) realizó una

investigación en la que se entrevistaron a 2007 mujeres, con edades entre los 16 y los 64 años, que estaban ocupadas en el momento del estudio o que lo hubiesen estado en el último año. Se encontró que el 14,9% de las mujeres trabajadoras en España han sufrido alguna situación de acoso sexual en el último año (acoso técnico). Sin embargo, este porcentaje se reduce hasta el 9,9% entre las que perciben haber sufrido acoso sexual (acoso declarado). Las conductas de acoso más frecuentes eran los chistes de contenido sexual, los comentarios sobre las trabajadoras, los gestos y miradas insinuantes, el acercamiento excesivo o la realización de preguntas sobre acoso sexual. Si se profundiza en la figura del acosador, se refleja el papel predominante de los propios compañeros de la víctima. Tres de cada cuatro mujeres que declararon haber sufrido acoso han sido acosadas por un compañero; un 27,7% por su superior jerárquico y un 23,6% por clientes.

Abusos sexuales y agresiones sexuales

Los abusos y agresiones sexuales son delitos contra la libertad sexual que van desde cualquier tipo de contacto sexual no deseado hasta la violación o su intento. La forma de presión a la mujer para que ceda a la relación sexual puede ser *verbal* (presión psicológica y la persuasión verbal) y/o *atentando contra la integridad física* (drogar o emborrachar, usar la fuerza física y utilizar armas) (Matud, 2009). Según el Código Penal español, hablaríamos de *abuso sexual* cuando se mantiene una relación sexual sin consentimiento pero el abusador no hace uso de violencia, ni intimidación. Y estaríamos hablando de *agresión sexual* cuando se mantiene una relación sexual sin consentimiento y el abusador, además, utiliza la violencia o la intimidación. Es muy frecuente que se produzca la doble victimización, al responsabilizar a las mujeres de la agresión sufrida. Por ejemplo, se las culpa porque iban vestidas de cierto modo, por estar solas a determinadas horas, etc.

Hostigamiento en espacios públicos

Hace referencia a la violencia gestual o verbal que sufren las mujeres en espacios públicos, incluyendo ofensas, comentarios sexistas, insultos degradantes u observaciones humillantes.

Tráfico de mujeres

Supone el secuestro y compraventa de las mujeres para su explotación en la prostitución u otros tipos de trabajo. Estos actos delictivos se llevan a cabo mediante amenazas, abuso de autoridad, cautiverio por deudas, engaño y otras formas de coerción, como la seducción económica.

La trata es una forma de violencia contra la mujer que tiene lugar en múltiples escenarios y por lo común involucra a numerosos actores diferentes, entre ellos, las familias, los intermediarios locales, las redes internacionales delictivas y las autoridades de inmigración. La trata de seres humanos tiene lugar entre distintos países o dentro de un mismo país. La mayoría de las víctimas de la trata de seres humanos son mujeres y niños, y muchos son objeto de la trata para fines de explotación sexual (Organización de Naciones Unidas, 2006).

Violencia de género derivado de tradiciones culturales

Algunos ejemplos de este tipo de violencia son: a) *la mutilación genital femenina* (clitoridectomía, ablación o escisión del clítoris) producida en algunas sociedades africanas o b) *La infibulación genital* (cierre y sutura de la vulva). Ambas prácticas tienen como finalidad controlar, limitar o anular la sexualidad de las mujeres, mantener su virginidad antes del matrimonio y asegurar la inhibición de su deseo sexual después de éste, permitiendo sólo la procreación; c) *La introcisión genital femenina* es una práctica tradicional entre grupos étnicos de México, Brasil y Perú sobre las adolescentes que alcanzan la mayoría de edad, consistente en la sección del himen de los labios mayores, exponiendo al mismo tiempo el clítoris e introduciendo un objeto de arcilla en forma de pene en la vagina. En Australia, la introcisión es seguida de la copulación forzosa con un cierto número de hombres de la tribu; d) Ofrecimiento de las mujeres en el funeral de sus esposos en regiones de la India (*Sati*); e) Las muertes por dote. La dote es el pago en dinero y/o especies que la familia de la novia hace a la familia del novio como aportación al matrimonio. Es una costumbre profundamente arraigada en la sociedad India. Una vez la mujer se casa y se va vivir con la familia de su marido, es objeto de todo tipo de presiones, malos tratos y torturas físicas y psicológicas, incluso violaciones, para poder chantajear a su familia y que sigan pagando la dote. Cuando la familia de la novia no accede a la extorsión, es la vida misma de la mujer la que corre peligro. Muchas mujeres son asesinadas pues ya no son útiles.

Violencia de género derivada de los conflictos armados

Aunque ya ha desaparecido la legitimización de la antigua tradición en la que las mujeres suponían, junto con las riquezas, objetos de los saqueos de las poblaciones dominadas, aún se continúa empleando la violencia hacia las mujeres como arma de guerra contra dichas poblaciones. Según la declaración de Naciones Unidas en Beijing de 1995, las mujeres y los/as niños/as son las víctimas más directas de los conflictos violentos en todo el mundo.

Durante los conflictos armados, las mujeres experimentan todas las formas de violencia física, sexual y psicológica, cometidas por actores estatales y no estatales. Dichas formas comprenden homicidios, torturas y otros tratos o penas crueles, inhumanas o degradantes, raptos, mutilaciones y desfiguraciones, reclutamiento forzado de mujeres combatientes, violaciones, esclavitud sexual, explotación sexual, desapariciones involuntarias, prisiones arbitrarias, matrimonios forzados, prostitución forzada, abortos forzados, embarazos forzados y esterilización compulsiva (Organización de Naciones Unidas, 2006).

La violencia sexual ha sido utilizada durante los conflictos armados por muy distintos motivos, en particular como forma de tortura, para causar lesiones, para extraer información, para degradar e intimidar y para destruir comunidades. La violación de las mujeres ha sido utilizada para humillar a los oponentes, para desplazar de su tierra a comunidades y grupos y para propagar intencionalmente el VIH. Se ha forzado a las mujeres a realizar trabajo sexual y doméstico en condiciones de esclavitud. También se ha raptado a mujeres y luego se las ha forzado a servir de “esposas” para recompensar a los combatientes. La incidencia de la violencia contra la mujer en los conflictos armados, en particular la violencia sexual, inclusive la violación, está siendo cada vez más reconocida y documentada (Organización de Naciones Unidas, 2006).

Violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico:

Se trata de la violencia producida en el entorno familiar por personas conocidas: pareja, padres, hijos o hermanos. Es un fenómeno social que afecta a un gran número de mujeres y que es habitualmente llevado a cabo parte de su pareja. La forma más común de violencia experimentada por las mujeres en todo el mundo es la violencia dentro de la pareja (Organización de Naciones Unidas, 2006).

MALOS TRATOS A LA MUJER POR PARTE DE SU PAREJA

Una de las formas más frecuentes de violencia contra las mujeres es la causada por el cónyuge, pareja o expareja. Se trata de un grave fenómeno, tanto en magnitud como en consecuencias, que se da en todos los países y afecta a todos los niveles sociales, culturales y económicos (Fischbach y Hebert, 1997; Fontanil et al., 2002; Grossman y Lundy, 2007; Peckover, 2003; Villavicencio y Sebastián, 2001).

La violencia sufrida por las mujeres en el ámbito doméstico se ha considerado como una violencia inevitable, oculta y un problema en el que nadie podía entrar por tratarse de un ámbito de lo privado. Al asumirse como algo natural se impedía cualquier posibilidad de supresión y se favorecía su mantenimiento, reforzándose desde la norma y los valores sociales imperantes (Sopeña, 2006). Hasta 1970 la violencia hacia la mujer en el ámbito doméstico no era reconocida generalmente. A partir de entonces, desde los movimientos feministas, se comenzó a demostrar la frecuencia de violencia en el ámbito familiar y sus efectos sobre las mujeres maltratadas (Lundy y Grossman, 2001). Hoy en día, aunque los datos sobre la ocurrencia de la violencia contra la mujer en este ámbito son abundantes, todavía se hace difícil descubrir muchas situaciones ya que, además de que sigue ocultando en la mayoría de los casos, en ocasiones es difícil de determinar qué es agresión (Walker, 1999), sobre todo cuando el maltrato es psicológico.

El maltrato a la mujer por su pareja puede tomar diversas formas, siendo tres las más frecuentes: la agresión física, la psicológica y la sexual.

El **maltrato físico** hace referencia a cualquier conducta en la que se utilice de manera intencional la fuerza contra el cuerpo de otra persona con el objetivo de causar daño, lesión física o dolor (Dutton, 1992a). En este tipo de violencia se incluyen acciones tales como empujones, bofetadas, patadas, estrangulamientos, puñetazos, utilizar armas u objetos con el fin de provocar una lesión, tirones de pelo, obligar a beber o a comer algo (drogas, alcohol,...), lanzamiento de objetos, privación de cuidados médicos, atropello y asesinato. La violencia física es la forma más evidente del maltrato ya que es la más difícil de ocultar y de la que se toma consciencia más fácilmente.

En un estudio multipaís (OMS, 2005) sobre violencia doméstica, realizado en Bangladesh, el Brasil, Etiopía, la ex Serbia y Montenegro, el Japón, Namibia, el Perú, Samoa, la República Unida de Tanzania y Tailandia, se encontró que la tasa de prevalencia de la violencia física dentro de la pareja a lo largo de la vida oscilaba entre el 13% y el

61%. En la mayoría de los lugares estudiados, la proporción oscilaba entre el 23% y el 49%. Y la tasa de prevalencia de la violencia sexual infligida por la pareja oscilaba entre el 6% y el 59% (Organización de Naciones Unidas, 2006).

Randall y Haskel (1995) encontraron en una muestra aleatoria de mujeres que una de cada cuatro había sido atacada físicamente por su pareja. Casi una de cada tres mujeres estadounidenses experimenta al menos una agresión física por una pareja íntima durante la adultez (American Psychological Association Task Force on Violence and the Family, 1996, citado en Kubany y Watson, 2002). Y se calcula que entre el 22% y el 35% de mujeres que acude a urgencias lo hace por violencia doméstica (Abbott, Johnson, Koziol - McLain, y Lowenstein, 1995).

Dicha violencia también es un problema importante en España. Los datos del Instituto de la Mujer revelan que, en 2007, se interpusieron 63.347 denuncias de mujeres víctimas de malos tratos por parte de su pareja. De ellas, 5.259 fueron presentadas en Canarias, y de las 55 víctimas mortales en 2009. Según Garrido (2001) se registran en nuestro país más víctimas mortales a manos de la pareja o expareja que las producidas incluso por el terrorismo. Por paradójico que pueda parecer, el hogar es el lugar dónde se desarrollan relaciones de cariño, compañía, seguridad y satisfacción de las necesidades básicas y, al mismo tiempo, es un espacio de riesgo para la manifestación de conductas violentas (Rojas Marcos, 1995; Echeburúa y Corral, 1998; Echeburúa, Corral, Fernández-Montalvo, Amor, 2004). Asimismo, las personas tienen más probabilidad de ser asaltadas y maltratadas en su propio hogar por personas conocidas que en cualquier otro lugar (Rojas Marcos, 1995). Se sabe que alrededor de un 50% de las mujeres han sufrido alguna vez actos violentos en sus relaciones de pareja, y que un 25% ha padecido o padece una situación de violencia permanente (Pérez del Campo, 1995).

En los casos más graves, la violencia dentro de la pareja termina con la muerte. En Australia, Canadá, Estados Unidos de América, Israel y Sudáfrica se han realizado estudios sobre el feminicidio que indican que entre el 40% y el 70% de las mujeres víctimas de homicidio fueron matadas por sus maridos o sus novios. Según un estudio realizado en los Estados Unidos, el homicidio era la segunda causa de muerte de las adolescentes de 15 a 18 años, y el 78% de las víctimas de homicidio comprendidas en el estudio habían sido matadas por un conocido o por su pareja (Organización de Naciones Unidas, 2006).

Los **malos tratos psicológicos** son aquellas conductas dirigidas a producir en las víctimas desvalorización o sufrimiento y es, generalmente, percibido por la víctimas como más difícil de soportar que el maltrato físico (Follingstad, Rutledge, Berg, House y Polek, 1990; Vitanza, Vogel, y Marshall, 1995). Según Follingstad, Brennan, House, Polek y Rutledge (1991), el maltrato psicológico sería el responsable del impacto en la salud de la víctima incluso antes de que se de el maltrato físico. Este tipo de agresión se lleva a cabo mediante conductas tales como manipulaciones emocionales que se manifiestan en coerción y amenazas, intimidación, abuso emocional (desprecio, humillación pública o privada, insultos,...), aislamiento, minimización y negación del maltrato, indiferencia o culpabilización, celos, control social, económico y/o laboral... Generalmente la víctima llega a perder su autoestima y seguridad en sí misma, por lo que el maltratador se asegura de que permanecerá más tiempo bajo su poder y control, imponiendo conductas de sumisión, obediencia, miedo, dependencia, culpa o aislamiento. En contraste con el abuso físico, el abuso emocional puede darse de forma abierta y encubierta. Los ejemplos incluyen el aislamiento de una mujer de su familia y amistades, por los celos y sentimiento de posesión del agresor, generándole miedo, y haciéndola sentir como si estuviese loca (Theran, Sullivan, Bogat, y Stewart, 2006).

El maltrato emocional por parte de la pareja es un problema importante; aproximadamente el 35% de las mujeres denuncian ese tipo de abusos por parte de su pareja (O'Leary, 1999) y, además, las mujeres suelen mostrar resultados psicológicos negativos mucho tiempo después del maltrato. El maltrato psicológico representa una traición dolorosa de la confianza, dando lugar a graves consecuencias negativas para la víctima (Dutton y Painter, 1993; Sackett y Saunders, 1999). Según Sackett y Saunders (1999), el maltrato psicológico por parte de la pareja tiene como objetivo causar dolor emocional a la pareja y el establecimiento de una distribución desigual del poder en la relación.

Hasta muy recientemente el maltrato psicológico ha recibido escasa atención en los estudios de maltrato de pareja (O'Leary, 1999) debido a su relativo descuido por el sistema de justicia penal, por su papel en las secuelas de las víctimas y por la creencia de que el maltrato físico generaba más daño. Pero el maltrato psicológico se produce con frecuencia en las relaciones de maltrato físico, predice la aparición en el tiempo del abuso físico, puede implicar aspectos potencialmente traumáticos tales como, por ejemplo, las amenazas de homicidio, y muchas mujeres maltratadas lo informan como emocionalmente más perjudicial que el maltrato físico (Follingstad, Rutledge, Berg, House, y Polek, 1990). Sackett y Saunders (1999) han demostrado resultados negativos del abuso emocional, que se distinguen de los efectos de lesiones físicas, y que puede explicar por sí mismo mucha de la sintomatología más importante pre-

sentada en una víctima de malos tratos. En un estudio con las mujeres maltratadas de casa acogida, Arias y Pape (1999) encontraron que el maltrato psicológico contribuía por sí solo de forma importante a los síntomas del estrés postraumático de la mujeres maltratadas (TEPT) y a sus intenciones de poner fin a la relación de maltrato, incluso después de controlar los efectos de la violencia física. En una muestra en la que participaron mujeres maltratadas, Dutton et al. (1999) informaron que las respuestas sintomáticas ante el maltrato, que incluían estrés postraumático y depresión, estaban predichas en gran medida por el maltrato psicológico, y no por la violencia física. Entre las mujeres que recibían un trato abusivo por parte de sus parejas, Taft, Murphy, King, Dedeyn, y Musser (2005) encontraron una relación más consistente entre el maltrato psicológico y el estrés postraumático que entre el maltrato físico y el estrés postraumático, y esta relación entre el maltrato psicológico y el estrés postraumático la definen como compleja y multideterminada. Por último, Mechanic, Weaver y Resick (2008) trataron de evaluar las contribuciones únicas de la violencia física, la coacción sexual, el maltrato psicológico y el acoso sobre los síntomas de estrés postraumático y la depresión entre una muestra de 413 mujeres gravemente maltratadas que buscaban ayuda. Encontraron que tanto el acoso como el maltrato psicológico explicaban por sí solos la varianza para la predicción del estrés postraumático y la depresión después de controlar el maltrato físico y sexual.

Unger y Crawford (1992) señalan que, aunque las agresiones psicológicas pueden ser más perjudiciales que las físicas, en la mayoría de las ocasiones se dan conjuntamente, pero pueden considerarse de modo separado por dos razones: 1) Aunque el maltrato psicológico causa gran dolor, daña la autoestima y afecta emocionalmente a la persona, por lo general, no causa lesiones en órganos internos o la muerte, como es el caso de los abusos físicos. 2) La agresión física es más fácil de medir.

Finalmente, se habla de **maltrato sexual** cuando se obliga a la mujer a conductas sexuales contra su voluntad, ya sea por la fuerza o mediante coacciones.

Según Finkelhor e Yllö (1983), los maltratadores utilizan diferentes tipos de coerción para lograr que las víctimas realicen las conductas sexuales que ellos desean, tales como: a) la *amenaza implícita* (miradas o gestos amenazantes,...) o *explícita*; b) *coerción social*, es decir presionando a la mujer para que cumpla las expectativas sociales de su rol sexual, "su deber conyugal" c) *coerción interpersonal*, esto es, mediante amenazas que implican consecuencias no violentas (abandono, tener una aventura con otra mujer, control del dinero...).

Tradicionalmente, este tipo de maltrato, al igual que los otros, se ha aceptado con naturalidad y se ha visto como normal que el marido tuviese relaciones sexuales con su pareja cuando lo deseara. El maltrato sexual ha recibido una limitada atención desde la investigación (Martin, Taft y Resick, 2007), de hecho la primera publicación sobre el tema data de 1970, momento en el que los movimientos feministas abogaron por un cambio en el sistema jurídico (Gelles, 1977, en Martin, Taft y Resick, 2007). No hace tanto años desde que se eliminó de la doctrina legal española el concepto del *débito conyugal* como legitimador del yacimiento obligado entre los cónyuges; al cual, y por lo que respecta a la mujer debía ésta estar siempre dispuesta por razón del vínculo matrimonial que los unía. Depurada la ley española, lo que ahora queda en nuestra sociedad es el lastre y el residuo machista.

Como afirma Velázquez (2003), contrariamente a lo que se piensa, la violación ejercida por parte de la pareja es un hecho traumático de mayor impacto psicológico que la violación por parte de un desconocido. El hecho de que el violador sea la pareja hace suponer que no se trata de una violación o que la agresión no es tan grave como la víctima piensa, y que en realidad el hecho "no es para tanto". Esta forma de maltrato se justifica atribuyendo la responsabilidad a la mujer ("ella debe tener problemas con el sexo") que llevan a pensar que la violación no existió. Esta interpretación sugiere que las intenciones del agresor "no son tan malas", lo que lo transforma en víctima de su víctima y, por tanto, la culpa es de la mujer. Simonson y Subich (1999), en una muestra de 219 estudiantes encontraron que la violación en la pareja se percibía como menos violenta, como menos probable que fuera clasificada como una transgresión de los derechos de la mujer, y se creía que era menos perjudicial que por parte de un desconocido. Las teorías feministas definen la violación conyugal como un medio de control social y dominio. Martin, Taft y Resick (2007), en su revisión acerca de la violación dentro de la pareja, encuentran que la mayoría de las víctimas no se resisten a la agresión sexual por miedo y presentan niveles significativos de trastorno de estrés postraumático, de depresión, de problemas ginecológicos y peor salud física.

Aunque algunas mujeres sólo sufren violencia psicológica por parte de su pareja, tanto en muestras clínicas como en comunitarias se ha encontrado que es muy común que las mujeres sufran diversos tipos de maltrato (Echeburúa, et al., 1997a; Ludemir, Schraiber, Oliveira, Franca-Junior y Jansen, 2008). En una muestra mujeres en Carolina del Norte, el 18,4% informó que experimentan al menos una forma de maltrato por su pareja actual o de su pareja más reciente.

Sin embargo, sólo 1,9% de la muestra había experimentado maltrato físico en ausencia de otras formas de maltrato por parte de la pareja, y sólo el 1,1% informó de agresión sexual por sí sola (Smith et al., 2002).

Lo más frecuente es que el maltrato comience en las primeras etapas de la relación, es decir durante el noviazgo o los primeros años de convivencia, y suele ir aumentando su frecuencia e intensidad con el paso del tiempo (Echeburúa, Corral, Sarasua, y Zubizarreta, 1996; Fontanil et al., 2002; Matud et al., 2002; Matud, Marrero, Carballeira, Moraza y Aguilera, 2003). Daniel (2003), afirma que cada vez existe más evidencia de que durante el embarazo y la maternidad la mujer experimenta los primeros episodios de violencia, o aumenta la frecuencia y severidad de los mismos.

Generalmente, o al menos al principio de la relación, los incidentes no suelen ser aislados, sino que se dan por ciclos o bien se alternan las fases de agresión con las de cariño, por lo que la mujer maltratada puede minimizarlos (Dutton y Painter, 1993). Walker (1979) ha descrito un **ciclo de la violencia** en el cual se dan tres fases, que pueden ser variables en cuanto a la intensidad y duración. La primera fase, denominada *acumulación de la tensión*, se caracteriza por pequeños incidentes que llevan a un incremento de la tensión entre la pareja. Esta tensión acumulada da lugar a la segunda fase, denominada episodio agudo, en la que se produce una explosión de la violencia. Por último, aparece la tercera fase que se llama *luna de miel*, en la que el agresor se muestra muy amable, protector y amoroso con su pareja, pidiéndole perdón a la mujer y prometiéndole que nunca más volverá a ocurrir. Pero al poco tiempo vuelve a aumentar la tensión y a repetirse el ciclo y, con el paso del tiempo, el maltrato es cada vez más frecuente y severo, pudiendo llegar desaparecer la fase de arrepentimiento y cariño, aumentando la probabilidad de que se cronifiquen las consecuencias psicológicas del abuso. Zubizarreta et al. (1994) afirman que, en este ciclo, el castigo (la agresión) se asocia a un refuerzo inmediato (la expresión de arrepentimiento y ternura) y a un potencial refuerzo demorado que es la posibilidad de un cambio en la conducta de la pareja. Sin embargo, otros autores como Dutton y Painter (1993) prefieren hablar de una alternancia entre violencia y buen trato, en lugar de un ciclo en sí mismo, pues como señala Schuller y Vidmar (1992) el ciclo de la violencia no siempre está presente.

Algunas investigaciones encuentran que las variables de frecuencia y gravedad del maltrato correlacionan significativamente con la forma en que las víctimas responden ante dicha situación, tanto a nivel cognitivo, emocional y conductual, y que también serían predictoras de la sintomatología ante el estrés (depresión, ansiedad, problemas digestivos,...) (Walker, 1984; Follingstand et al., 1991). En un estudio reciente Bermúdez, Matud y Buela (2009) las mujeres maltratadas por su pareja que sufrían un maltrato más intenso físico, psicológico y sexual mostraban peor salud mental, presentando más sintomatología, tanto de estrés postraumático, como somática, depresiva y de ansiedad e insomnio, así como mayor disfunción social. No obstante, Dutton (1992a) señala que, la frecuencia y severidad, son variables a tener en cuenta pero que no explican en su totalidad las diferencias encontradas en las víctimas, ya que se ha podido observar en la práctica clínica que mujeres que han sufrido violencia moderada manifiestan también reacciones traumáticas severas y que mujeres que han experimentado malos tratos durante un corto período de tiempo pueden sufrir consecuencias psicológicas tan severas como las que han sufrido esa situación durante años. Koss y Harvey (1991) afirman que no sólo las características del suceso traumático explican las reacciones de las víctimas, sino también el cómo éstas lo perciben. Walker (1995a) aporta que, la percepción de las víctimas, la compleja interacción entre los actos intencionales y la violencia y las lesiones resultantes; el contexto en el que la violencia se produce, y la historia previa de la mujer y su actual estado físico y mental dificulta la tarea de medir la gravedad en una relación de maltrato. Las descripciones de la víctima sobre el maltratador y sobre los episodios de maltrato pueden verse influenciadas por su propia respuesta psicológica ante el maltrato de su pareja y no sólo por los actos violentos en sí mismos. A menudo, las mujeres describen cambios fisiológicos en el hombre –en su mirada, en la expresión facial, o tics- que suelen preceder a un episodio violento grave y que generan el mismo o más impacto que los episodios en sí mismos. Estos cambios en el lenguaje no verbal de los agresores se terminan convirtiendo en señales para predecir un mayor riesgo (Walker, en prensa; citado en Walker, 1994).

Otras de las características del maltrato es que, pese a su frecuencia y severidad, entre 40 el 89% de las mujeres maltratadas permanecen con su pareja muchos años aunque hayan sido capaces de abandonarla durante un tiempo (Matud et al., 2002). Strube (1988), tras una revisión de varios estudios, concluye que son varios los factores que determinan el proceso de dejar al agresor, incluyendo el trabajo fuera del hogar, la duración de la relación, si se maltrata a los/as hijos/as y el número de separaciones previas. Matud, Marrero, Carballeira, Moraza et al. (2003), en una muestra de 204 mujeres encontraron que, entre las razones más frecuentes que referían las mujeres para seguir con el agresor, estaba el bienestar de los/as hijos/as y el del maltratador y el sentimiento de incapacidad para abandonar al agresor y hacer una nueva vida. En este mismo estudio, hallaron como causas más frecuentes del primer episodio de

maltrato el abuso de sustancias tóxicas por parte del agresor, los celos o el excesivo control por el mismo, junto con la infidelidad y/o mentiras del maltratador. Para el resto de los episodios, lo más frecuente era que el maltrato se desencadenaba por hechos triviales o por el consumo de alcohol y/o drogas. Unger y Crawford (1992) plantean que el hecho de que las mujeres permanezcan con el maltratador se debe a que hacen atribuciones externas e inestables a las causas de los malos tratos (por ejemplo, tener un mal día), por lo que ven como probable el cambio del agresor. Estas atribuciones pasarán a ser internas y estables a medida que aumenta la frecuencia y la gravedad del maltrato, siendo entonces más fácil que dejen la relación. Pero, como señalan Zubizarreta et al. (1994) tras la revisión de varias investigaciones, a mayor duración y severidad del maltrato doméstico menor será la probabilidad de romper la relación, ya que la gravedad de las secuelas del maltrato serán mayores, con más temor, más dependencia, más culpabilidad, baja autoestima y más pasividad ante el problema. En esta misma línea, Arias y Pape (1999) también afirman que cuanto más tiempo se mantiene la víctima en la relación mayor es la gravedad de las consecuencias de la violencia, es decir, presentará más estrés postraumático, más depresión, más estrés diario, menos autoestima, menos capacidad de cuidar de sí misma y más dificultad para dejar al agresor. O'Neill y Kerig (2000) añaden que las mujeres víctimas de malos tratos que siguen con el maltratador tienen más sentimientos de culpa que las que ya no están con el mismo.

Echeburúa, Amor y Corral (2002) proponen que el hecho de que la mujer permanezca de manera prolongada en una relación en la que sufre violencia está condicionado por múltiples factores de tipo: a) sociales y demográficos, tales como dependencia económica, aislamiento social y familiar, número de hijos/as; b) Por el tipo y gravedad de las conductas violentas, encontrando que cuanto más intenso y frecuente es el maltrato más probable es el abandono de la relación. No obstante, en ocasiones las consecuencias del maltrato (indefensión, desesperanza, baja autoestima...) dificultan la toma de decisiones y generan miedo ante un futuro en soledad; c) por los efectos psicológicos del abuso; d) por factores cognitivos tales como vergüenza, creer que los/as hijos/as necesitan crecer en una familia integrada por el padre y la madre; pensar que no pueden salir adelante solas, creer que pueden cambiar al agresor o que éste en el fondo es buena persona; sentimientos de culpabilidad, etc. y emocionales (pena, enamoramiento, miedo, confusión, etc.); e) por ausencia de alternativas (alojamiento, empleo,...) o déficit en la información de los recursos; f) por la conducta y el estado emocional del agresor (chantaje emocional; amenazas de suicidio, homicidio, daño a ella o a sus seres queridos, de tipo económico,...); f) por la conciencia del riesgo tras la separación por parte de la víctima.

Algunas mujeres que sufren malos tratos toman como alternativa el entrar a un recurso alojativo, sin embargo, esto no implica el fin de la relación con el agresor, siendo muchas las que regresan con pareja (Tutty, 1996). En un estudio Giles-Sims (1983, tomado de Tutty, 1996), encuentran que el 58% de las mujeres se planteaban regresar a sus casas después de haber estado durante un tiempo en los recursos. Después de 6 meses, el 33% de las mujeres continuaba con el agresor, el 25% se separó, y 33% divorció. Giles-Sims indicó que las mujeres regresan una media de 4 a 5 veces con el agresor antes de dejarlos definitivamente, lo que sugiere que el hecho de regresar con el maltratador es parte de un proceso que termina con una salida definitiva.

No obstante, como apunta Walker (1994), el hecho de dejar la relación no asegura que la violencia finalice, si no que puede aumentar. Según los datos del instituto de la mujer, el 38.89% de las mujeres asesinadas por su pareja, estaban en proceso de separación o ya habían roto.

En cuanto a las **causas** del maltrato a la mujer, muchos/as autores/as sitúan como principal causa de la violencia marital la dominación masculina (Walker, 1979; Koss et al., 1995; Pérez del Campo, 1995; Lorente y Lorente, 1998; Torres, 2001). Algunos factores que pueden favorecer al maltrato a la mujer son la aprobación general de la violencia, la desvalorización de la mujer y la estimación de los derechos del hombre como superiores a los de la mujer (Matud et al., 2002). Taylor, Magnussen y Amundson (2001) plantean que, aunque la cultura no causa la violencia, sí que tiene gran influencia en la tolerancia de la misma y en sus formas de expresión.

Debemos de tener en cuenta, como advierten Zubizarreta et al. (1994), que al principio de la relación, el maltratador muestra su "buena cara" y los buenos momentos superan a los malos. En la mayoría de los casos, no se puede predecir que los agresores van a terminar teniendo un comportamiento violento, ya que, suelen ser personas educadas, atentas y admiradas en su entorno profesional y social. Las dificultades empiezan cuando la pareja va consolidando su relación y/o comienza la convivencia, a partir de este momento, los episodios, se darán con más frecuencia y los cambios de humor del maltratador más imprevisibles. Según los resultados obtenidos en diferentes investigaciones, **a los agresores no se les puede encasillar dentro de ningún tipo de patología** (Sarasua, Zubizarreta, Echeburúa y Corral, 1994), pero se pueden establecer una combinación de características comunes que están asociadas de forma más o menos constante con el maltratador doméstico, lo que ha llevado al establecimiento de tres categorías diagnósticas:

- 1) *Generalizados*, emplean la violencia de forma general, tanto dentro como fuera del hogar, y son considerados los más violentos. Su comportamiento es psicopático y antisocial, y es probable que tengan antecedentes penales. Parecen coincidir con los denominados instrumentales por Tweed y Dutton (1998) que utilizan la agresión para la obtención de logros personales, y son los llamados dominantes por Saunders (1992). Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) plantean que este tipo representan el 25% de los maltratadores y utilizan los niveles más graves de violencia.
- 2) *Violentos con algunas personas*. Hipercontrolan la manifestación de la agresividad, por lo que muestran su violencia en menor medida que el primer grupo, aunque son los más estresados a nivel psicológico. También se les denomina impulsivos/hipercontrolados (Tweed y Dutton, 1998) o disfórico-limite (Holtzworth-Munroe y Stuart, 1994) o pasivos-agresivos (Hamberger, Lohr, Bonge, y Tolin, 1996). Para Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) estos agresores representan el 25%.
- 3) *Centrados en la mujer*. Son hombres impulsivos e inestables, sin psicopatología, pero con mayor riesgo de repetir los episodios de maltrato hacia la mujer, aunque con menor violencia física y psicológica. También se les ha denominado dependientes-inestables (Gottman et al., 1995) o impulsivos/infracontrolados (Tweed y Dutton, 1998) o dependientes (Saunders, 1992) o no patológicos (Hamberger, Lohr, Bonge, y Tolin, 1996). Según Holtzworth-Munroe y Stuart (1994) este subgrupo constituye aproximadamente el 50% de los agresores.

Matud, Marrero, Carballeira, Pérez et al. (2003), a través del informe de las mujeres maltratadas sobre las características sociodemográficas y conductuales de los agresores (n=233), identificaron básicamente tres patrones: los que sólo eran violentos con su pareja (44.5%), los que también manifestaban conductas violentas hacia determinadas personas sobre las que podían ejercer cierto control, tales como algún amigo, la madre u otro familiar (25.5%); y los agresores generalizados (30%), que presentaban comportamientos violentos hacia cualquier persona. También es relevante comprobar cómo tiende a aumentar el maltrato físico y psicológico a medida que pasan los años, excepto en el grupo de agresores generalizados. Fernández-Montalvo y Echeburúa (1997) hallaron que alrededor del 74% de los agresores se comportaba de forma violenta únicamente con la pareja.

Otras características psicológicas encontradas frecuentemente en los agresores han sido: 1) La ira, celos dependencia, baja tolerancia al estrés e impulsividad (Maiuro, Cahn, Vitalino, Wagner y Zegree, 1988). 2) Haber observado y/o haber sido víctima de la violencia en la familia de origen (Hotaling y Sugarman, 1986; Rosenbaum y O'Leary, 1981; Sarasua et al., 1994). 3) Baja autoestima (Goldstein y Rosenbaum, 1985). 4) Déficit en habilidades verbales y asertividad, especialmente en relación con sus parejas (Dutton y Strachan, 1987; Maiuro, Cahn y Vitaliano, 1986; Rosenbaum y O'Leary, 1981). 5) Gran necesidad de ejercer poder y control (Dutton, 1992a; Dutton y Strachen, 1987; Pence y Paymar, 1986). 6) Consumo de alcohol y drogas. La asociación entre abuso de sustancias tóxicas y maltrato se encuentra en un gran número de investigaciones. Pero se considera que el alcohol no es una variable suficiente para explicar el maltrato, aunque sí actúa como liberador y desinhibidor de la agresión. Las drogas y el alcohol suelen ser utilizados a menudo por el maltratador como una excusa o para explicar la razón de su conducta violenta y liberarse así de la responsabilidad de sus actos. 7) Actitudes tradicionales rígidas (Alexander, Moor y Alexander III, 1991).

En cuanto a la presencia de psicopatología en el maltratador, parece darse mayor prevalencia de personalidad antisocial, algún tipo de trastorno antisocial y depresión mayor, pero no de otro tipo de trastornos psicopatológicos.

Adams (1988, tomado de Suárez, 1994) resume muchas de las características citadas por diversos autores y plantea que los hombres que maltratan a sus parejas se caracterizan por: 1) Discrepancias entre el comportamiento público y el privado. 2) Minimizan y niegan su violencia. 3) Culpan a los/as demás. 4) Utilizan conductas para controlar; además del maltrato físico, emplean el abuso verbal, las amenazas, la manipulación psicológica, la coerción sexual y el control de los recursos económicos. 5) Celos y actitudes posesivas. 6) Manipulación de los/as hijos/as, usándolos/as como forma de acceso y manipulación, especialmente en los casos de separación. 7) Abuso de sustancias adictivas. 8) Resistencia al cambio.

Algunos autores (Medina, 1994; Pérez del Campo, 1995) destacan la relevancia de los valores culturales tradicionales asociados a lo que significa ser hombre para el agresor: la fortaleza, la autoeficacia, la racionalidad y el control del entorno que le rodea. Y no dudan utilizar la violencia para recuperar el control perdido en el único lugar donde pueden mostrarse superior, en su propio hogar (Matud, Gutiérrez y Padilla, 2004).

Una importante dificultad a la que se tienen que enfrentar las víctimas de violencia doméstica es a las creencias erróneas de la opinión pública acerca de esta problemática, con las que se minimiza, justifica e incluso se culpa a las víctimas. A continuación, se revisarán los mitos más comunes de la violencia familiar, apuntados en su mayoría por Walker (1979):

1. *Los casos de violencia familiar son escasos, no representan un problema grave.* La realidad es que el 50% de las mujeres han sufrido o sufren alguna forma de violencia. Respecto a la incidencia y a la prevalencia del maltrato, se estima que entorno al 10% de las mujeres ha sufrido en alguna ocasión abuso por parte de su pareja (Römken, 1997; Alberdi y Matas, 2002).
2. *Los hombres maltratados por las mujeres constituyen un problema tan grave como el de las mujeres maltratadas.* Lo cierto es que el 95% de las personas maltratadas son mujeres (Echeburúa y Corral, 1998).
3. *La violencia familiar es fruto de alguna enfermedad mental.* Los estudios muestran que menos de un 10% de los casos de malos tratos son causados por trastornos psicopatológicos. Según Corsi (1994), las personas sometidas a violencia de forma crónica desarrollan trastornos psicopatológicos como los trastornos de ansiedad o la depresión.
4. *La violencia familiar es un fenómeno que sólo se da en los niveles económicos y educativos bajos.* La realidad es que se da en todos los niveles educativos y económicos, aunque las carencias educativas y la pobreza pueden constituir factores de riesgo.
5. *El consumo de alcohol y/o las drogas son la causa de las conductas violentas.* Varios estudios indican que, aunque es más probable que las personas con historia de alcohol realicen agresiones más graves, el alcohol no parece jugar un papel directo en los incidentes concretos de maltrato. De hecho, muchas personas actúan violentamente sin haber consumido alcohol y/o drogas. Asimismo, hay muchos alcohólicos y drogadictos que no son violentos (Echeburúa y Corral, 1998).
6. *Las víctimas de maltrato a veces se lo buscan, lo provocan.* La conducta violenta es únicamente responsabilidad de quién la ejerce.
7. *A las mujeres que son maltratadas por sus compañeros les debe gustar, de lo contrario no aguantarían.* Lo que en realidad sienten las mujeres que sufren malos tratos es miedo, impotencia, indefensión, culpa, vergüenza, aislamiento,...y eso les impide pedir ayuda. Además, los acuerdos masoquista no se definen como violencia de pareja.
8. *El maltrato psicológico no es tan grave como el físico.* Si el maltrato psicológico es continuado provoca gran desequilibrio emocional. Además, no se han encontrado diferencias significativas en el perfil psicopatológico entre las víctimas de maltrato físico y psicológico (Follingstad et al., 1990; Echeburúa et al., 1997a)
9. *La conducta violenta es algo innato, que pertenece a la <<esencia>> del ser humano.* La violencia se aprende a través de modelos familiares y sociales como un recurso para resolver conflictos. De la misma forma, se pueden aprender formas no violentas de manejar los problemas y lograr nuestros objetivos.
10. *Si hay violencia no puede haber amor en una familia.* Al menos al comienzo de la relación, la violencia pasa por ciclos, no permanentes. Generalmente, es un amor adictivo, dependiente, posesivo y basado en la inseguridad.

Por otra parte, estos mitos destructivos se pueden combinar con nociones estereotipadas acerca de las características de una mujer maltratada (Harrison y Willis Esqueda, 1999). Se han realizado investigaciones que analizan el contenido del estereotipo de esta población e indican que las mujeres maltratadas son percibidas por muchos como indefensas y vulnerables, avergonzadas, débiles, pasivas, dependientes, no asertivas, y deprimidas (Harrison y Willis Esqueda, 1997; citado en Harrison y Willis Esqueda, 1999), emocionalmente perturbadas (Ewing y Aubrey, 1987) o menos atractivas y menos agradables que las mujeres no maltratadas (Yarmey y Kruschenske, 1995). Se espera de ellas que se comporten de acuerdo a su rol, para poder concederles, a nivel social, su condición de víctima. Sin embargo, las víctimas que no cumplen con los estereotipos que definen lo que se considera una mujer maltratada "adecuada" no pueden ser categorizadas como víctimas, sino como cómplices de la violencia doméstica (Harrison y Willis Esqueda, 1999). Así pues, las mujeres que muestren resistencia ante la violencia serán culpadas y/o tratadas de forma no igualitaria al ir en contra de lo que establece el estereotipo social de mujer maltratada, es decir, un comportamiento pasivo y de resignación (Walker, 1979).

Estos mitos y estereotipos culturales acerca de la violencia contribuyen a la perpetuación del problema y cumplen las funciones de culpabilizar a la víctima, normalizar la violencia e impiden a la víctima salir de la situación.

IMPACTO DEL MALTRATO EN LA SALUD DE LAS MUJERES

La exposición a la violencia por parte de la pareja puede dejar importantes secuelas, por lo que supone un riesgo importante para la salud mental y física (Forte et al., 2005; Golding, 1999; Lundy y Grossman, 2001). Se ha reconocido que los malos tratos son la principal causa de daño y de reducción en la calidad de vida para la mujer, afectando a diversas áreas de su vida tales como la social (Riger, Raja, y Camacho, 2002) y teniendo efectos secundarios importantes también para la familia y la comunidad (Campbell, 2002; Espinosa y Camacho, 2005; Hughes y Jones, 2000; Plichta, 2004).

En el estudio multipaís realizado por la OMS ya citado, en el que se obtuvieron datos de 24097 mujeres con edades entre 15 y 49 años de 10 países, se encontró asociación entre el maltrato de la pareja y peor salud autoinformada (OMS, 2005; Ellsberg, Jansen, Heise, Watts y García-Moreno, 2008) así como con problemas específicos de salud tales como problemas al caminar, en la realización de las actividades diarias, presencia de dolor, pérdidas vaginales, vértigo o pérdida de memoria.

Además, existe evidencia de que el maltrato también es un factor de riesgo a largo plazo para la salud de la mujer (Campbell, 2001; Olaiz, Rojas, Valdez, Franco y Palma, 2006; OMS, 2005). Este riesgo se ve exacerbado cuando las mujeres presentan, como dificultad añadida, una discapacidad que limite su actividad. Forte et al. (2005) realizaron un estudio en el que compararon las secuelas psicológicas y físicas del maltrato por parte de la pareja en una muestra de 897 mujeres con y sin limitación en la actividad y encontraron que las mujeres con limitación en la actividad fueron significativamente más propensas a sentir vergüenza / culpa (21,7 vs 14,5%), depresión y ansiedad (31,5 vs 19,8%), miedo (43% vs 33%), baja autoestima (35,2 vs 21,1%), aumento de la conciencia de peligro (20,3% vs 10,9%), y de los problemas relacionados con los hombres (16,4% vs 5,4%). Además, un número significativamente mayor de mujeres con limitación en la actividad informaron de más lesiones físicas producidas por la violencia (57% vs 36,6%) y de una mayor ingesta de hipnóticos, ansiolíticos y antidepresivos.

Pese a las múltiples explicaciones sobre las causas del maltrato, no es posible establecer un perfil previo a la situación de violencia que pueda indicar una personalidad de riesgo en las mujeres maltratadas (Walker, 1983; Vázquez, 1999), no obstante, tras ella, se pueden observar unas consecuencias comunes.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA

Una causa frecuente de lesiones físicas en las mujeres son los malos tratos por parte de la pareja (Campbell, 2002), y éstas suponen unas de las consecuencias más evidentes de dicha violencia (Dutton y El-Bayoumi, 1997; Fischbach y Herbert, 1997). La violencia doméstica supone la causa más frecuente de lesiones en la mujer, más incluso que los accidentes de tráfico, los robos y las violaciones (Zubizarreta et al., 1994). Los estudios realizados muestran que de un 37 a 64% de las mujeres que han sufrido malos tratos por su pareja presentan lesiones físicas (Römken, 1997). En la mayoría de los casos, estas lesiones son de menor importancia, tales como rasguños y moretones. Sin embargo, algunas mujeres presentan lesiones más graves, tales como roturas óseas o de los dientes, dislocaciones, lesiones en la cabeza o de la médula espinal, lesiones internas, o la muerte (Tjaden y Thoennes, 2000, citado en Forte et al., 2005). La lesión es más común entre las víctimas de la violencia cuando el agresor es conocido por ellas (Dutton y El-Bayoumi, 1997).

Según Dutton y El-Bayoumi (1997), las lesiones pueden no ser resultado directo de la agresión física. En algunos casos pueden darse en sus intentos de escapar o evitar el ataque, por ejemplo, una caída, un salto de un coche en marcha, un accidente de tráfico,... en su intento de huida del maltratador. En otras ocasiones, las lesiones son fruto de su lucha contra el agresor. Además, las víctimas pueden experimentar otros problemas de salud relacionados con las distintas lesiones. Jackson, Philp, Nuttall y Diller (2002) en una muestra de 53 mujeres maltratadas, el 92% informó haber recibido golpes en la cabeza en el transcurso de su maltrato y el 40% de la pérdida de conciencia. Estas/os autores/as obtiene importantes correlaciones entre la frecuencia de golpes en la cabeza y la gravedad de los síntomas cognitivos, lo que sugería que las mujeres maltratadas deben ser exploradas de forma rutinaria para detectar posibles traumas en el cerebro y el síndrome de pos conmoción.

Campbell (2002) en una revisión sobre las principales secuelas de la violencia por parte de la pareja encontró, en lo que respecta a las consecuencias físicas, un aumento de problemas de salud tales como lesiones, dolores crónicos, trastornos gastrointestinales, y problemas ginecológicos, incluidas las enfermedades de transmisión sexual. Si el maltrato incluye relaciones sexuales forzadas aumenta la probabilidad de que las mujeres tengan enfermedad inflamatoria pélvica, lesiones vaginales o anales, infecciones de orina, disfunción sexual, dolor pélvico, infecciones del tracto urinario, embarazo no deseado así como otros problemas genito-urinarios, así como mayor probabilidad de contagiarse de enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA (Campbell y Soeken, 1999; Campbell et al., 2002; Wingood, DiClemente y Raj, 2000). Y también existe evidencia empírica de que las mujeres maltratadas tienen más problemas neurológicos (Díaz-Olavarrieta, Campbell, García, Paz y Villa, 1999; Varela y Berenbaum, 2003).

González (2006) informa de las principales consecuencias físicas y reproductivas/sexuales encontradas por las/os profesionales de la salud en las mujeres víctimas de malos tratos:

- 1) Lesiones traumáticas que pueden encontrarse a cualquier nivel, más frecuentemente a nivel central: cara, cuello, tórax, abdomen, genitales,...
- 2) Alteraciones gastrointestinales.
- 3) Fibromialgia.
- 4) Síndrome de intestino irritable.
- 5) Derrame ocular.
- 6) Hipoacusia por rotura timpánica.
- 7) Dolor torácico, palpitaciones.
- 8) Menstruaciones irregulares o dolorosas. Síndrome premenstrual.
- 9) Infertilidad.
- 10) Enfermedad pélvica inflamatoria y/o dolor pélvico crónico.
- 11) Enfermedades de transmisión sexual, incluido el SIDA.
- 12) Embarazos no deseados. Complicaciones del embarazo y/o aborto. El maltrato durante el embarazo puede tener importantes consecuencias para la salud de la madre y el feto (separación placentaria, hemorragia anteparto, fracturas fetales, ruptura del útero, partos prematuros, bajo peso al nacer...) (Dutton y El-Bayoumi, 1997).
- 13) Disfunción sexual. Vaginismo.

González (2006), añade que tienden a hacer un mayor uso de los servicios sanitarios, es decir, mayor número de hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, de visitas a consultas de atención, más uso de los servicios de Salud Mental y mayor consumo de fármacos. Desde el punto de *vista sanitario*, Flitcraft (1995) muestra cómo las distintas formas de malos tratos se desarrollan, con el tiempo, en una mujer maltratada sobre la base de los siguientes parámetros:

1. *Lesiones*.- Un aspecto importante de la violencia doméstica no es necesariamente la severidad de las lesiones, sino la frecuencia de las mismas. Según Flitcraft (1995), este es el distintivo de este tipo de violencia en el marco de la atención sanitaria.
2. *Enfermedades*.- Los dolores de cabeza, abdominales, de pecho, y otras clases de síntomas constituyen la mayor parte de las visitas de atención médica. Las complicaciones de lesiones previas, son la segunda fuente de enfermedad médica en las mujeres maltratadas e incluye, por ejemplo infecciones nasales recurrentes, entre aquellas que han sufrido fractura de los huesos faciales y déficits auditivos a causa de los golpes repetidos en los oídos.
3. *Aislamiento*.- Careciendo de la intervención externa, las mujeres prueban estrategias para poner fin o controlar el nivel de violencia (v.g., si es golpeada por ir a la escuela, deja de ir, si la maltrata porque visita a sus amigas, deja de visitarlas,...). Pero sin la intervención exterior, sus estrategias para controlar la violencia aumentan su aislamiento, alejándose de sus relaciones más importantes.
4. *Problemas psicosociales complejos*, tales como, problemas de alcohol y abuso de sustancias. Flitcraft (1995) estima que el 45% de las mujeres alcohólicas, 50% de las consumidoras de sustancias ilegales, el 25% de las suicidas son víctimas de malos tratos.

Du Plat-Jones (2006), advierte a las/os profesionales del sistema sanitario de algunos de los signos que pueden presentar las víctimas cuando acuden al ámbito sanitario, para así poder identificarlas y cubrir sus necesidades de forma adecuada:

- 1) Citas frecuentes por quejas o síntomas de pérdida de memoria.
- 2) Faltar a las citas.
- 3) Heridas que no coinciden con la explicación del accidente que las ha causado, por ejemplo, caídas, magulladuras, fracturas,...
- 4) Pacientes que intentan quitar importancia a la gravedad de sus heridas, o que tratan de mantenerlas ocultas bajo su ropa.
- 5) Pacientes que parecen estar asustada, deprimidas, excesivamente ansiosas o estresadas.
- 6) Pacientes que siempre acuden a consulta acompañadas por su pareja u otro miembro de la familia.

Sopeña (2006), señala algunos obstáculos que van a dificultar el reconocimiento de las víctimas, tales como, la poca conciencia por parte de algunas instituciones para reconocer la violencia contra las mujeres como un problema social; la no identificación por parte de las mujeres de su condición de víctima, además de sus sentimientos de vergüenza y culpa; la falta de formación en esta materia por parte de los/as profesionales, así como, sus estereotipos; la falta de tiempo y recursos; y la carencia de equipos multi e interdisciplinares.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD MENTAL

El miedo a sufrir violencia y la experiencia real de la violencia son estresantes, y es bien sabido que el estrés está asociado a problemas de salud mental (Coyne y Downey, 1991, en Golding, 1999). Cualquier persona que viva una situación de maltrato físico, psicológico y/o sexual puede desarrollar una respuesta de estrés cuando es atacada. Si estos ataques se repiten, se desarrollan una serie de síntomas y trastornos crónicos, *lo más prevalentes* según los/as diferentes autores/as se exponen a continuación:

El *trastorno por estrés postraumático* es la categoría diagnóstica que mejor describe algunos de los síntomas en la mujer maltratada por su pareja (Dutton, 1992b), siendo una de las consecuencias más frecuentes en esta población (Bean y Moller 2002; Golding, 1999; Kubany et al., 1996; Saunders, 1994). Este trastorno engloba un conjunto de síntomas que se manifiestan de forma similar en la mayoría de las personas que se enfrentan a un acontecimiento psicológicamente traumático. Este trastorno aparece tras la vivencia de un suceso traumático en el que se experimenta sensación de amenaza para la integridad física, y la persona responde con miedo, impotencia u horror intensos. Se caracteriza por tres tipos de síntomas: a) *reexperimentación* del acontecimiento (pensamientos intrusivos, pesadillas, *flashbacks*,...), al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan el mismo; b) *evitación* de estímulos asociados al suceso traumático (evitación de pensamientos, lugares, personas, etc., disminución marcada del interés en las actividades significativas...); y c) marcado aumento de la *activación* (hipervigilancia, dificultad para conciliar o mantener el sueño, problemas de concentración, ...) Hickling y Blancharch (1992) hablan del *subsíndrome de estrés postraumático*, definido como la presencia de dos de los tres criterios 12

En muestras de mujeres maltratadas que se encuentran alojadas en casas de acogida, la incidencia de TEP va desde el 45% al 84% (Kubany et al., 1995). Kubany y su grupo de investigación encontraron en dos de sus estudios que entre un 35% y el 85% de mujeres víctimas de malos tratos que acudían a grupos de ayuda padecían TEP (Kubany et al., 1996; Kubany, et al., 2000). En esta misma línea, Golding (1999) revisó 11 estudios y encontró que del 31 al 84% de las mujeres maltratadas por su pareja tenían trastorno de estrés postraumático. Aproximadamente un 10% de mujeres estadounidenses han tenido TEP en algún momento en sus vidas (Kessler, et al., 1995). Entre las mujeres estadounidenses, el maltrato es lo que precipita de manera más común el TEP, representando el 63 % de los casos (Kessler et al., 1995).

En España, Villavicencio, Sebastián y Ruiz (1994), con una muestra de 72 mujeres maltratadas, encontraron que un 61,6% cumplía criterios diagnósticos de TEP (tomado de Villavicencio y Sebastián, 2001). Más tarde, Echeburúa et al. (1997a) observaron que un 55% de la muestra total de su estudio ($n=126$) presentaba sintomatología de estrés postraumático. De acuerdo con sus resultados, no era más grave haber sufrido maltrato físico que psicológico. Bermúdez, Matud y Buela-Casal (2009), obtuvieron resultados similares a estos, en un estudio en el que analizaron la salud mental de un grupo de mujeres maltratadas por su pareja ($n = 176$) en El Salvador en comparación con mujeres de la población general que no eran maltratadas por su pareja ($n = 84$). Entre sus hallazgos aparecía que el 52.3% de las mujeres maltratadas por su pareja cumplía los criterios para ser diagnosticadas de trastorno de estrés postraumático frente a un 3.4% de las mujeres no maltratadas. La gravedad de la violencia es un predictor del TEP (Houskamp y Foy, 1991; Bargai, Ben-Shakhar, y Shalev, 2007) y sus síntomas en las mujeres maltratadas (Astin, Ogland-Hand, Foy y Coleman, 1995; Silva et al., 1997). Sin embargo, existen otros factores que pueden contribuir a la relación entre la violencia y el TEP. Hay evidencia considerable de que las cogniciones juegan un papel muy importante en el mantenimiento o cronicidad del TEP (Douglas y Strom, 1988; Foa, Ehlers, Clark, Tolin and Orsillo, 1999; Kubany y Watson, 2002). Así pues, las creencias de culpa y el lenguaje autoculpabilizador contribuyen de forma importante al mantenimiento o cronicidad del TEP y la depresión (Ehlers y Clark, 2000; Foa y Rothbaum, 1998; Kubany y Watson, 2002;). Según Kubany, Hill y Owens, (2003) cuando las evaluaciones negativas se manifiestan como ideas o en nuestro discurso (por ejemplo, "Soy inútil... soy tonta"), tales autoinstrucciones pueden funcionar como autocastigo y tener efectos nocivos sobre el bienestar de una persona y así colaborar en el mantenimiento del TEP y la depresión. Asimismo, Woods e Isenberg (2001) descubrieron que las distintas formas de afrontamiento utilizadas por las mujeres maltratadas afectaban a la relación entre la gravedad del maltrato y el PTSD. También hay datos de que la indefensión aprendida juega un papel mediador entre la violencia y los problemas de salud mental en las mujeres maltratadas, intensificando el impacto de la violencia (Bargai, Ben-Shakhar, y Shalev, 2007). Bargai, Ben-Shakhar, y Shalev (2007) llevaron a cabo un estudio para evaluar la contribución de la indefensión aprendida en el TEP y en la depresión mayor en 101 mujeres con exposiciones prolongadas a violencia por parte de sus parejas que estaban residiendo en casas de acogida para mujeres maltratadas en Israel. Los resultados mostraron que la indefensión aprendida (IA) medió significativamente en los efectos de la violencia sobre el TEP y los síntomas de depresión. Por lo tanto, parece que la

IA puede incrementar el riesgo de los trastornos mentales en mujeres maltratadas y debe ser tenida en cuenta en las intervenciones diseñadas para reducir la sintomatología de esta población.

Algunas/os investigadoras/es han centrado su atención en el papel de la memoria autobiográfica en la aparición y mantenimiento del TEP. En este sentido, Sutherland y Bryant (2005) realizaron un estudio con una muestra de 49 personas, 17 de ellas TEP, 16 sin TEP pero que habían vivido una situación traumática y 16 personas que formaban el grupo control. Los resultados arrojaron que las personas con TEP presentaban un mayor autoconcepto definido por recuerdos negativos y referentes a la adultez que los que no tenían TEP y que el grupo control. Además se veían más influenciados por el trauma que los que no tenían TEP. Asimismo, la recuperación de los recuerdos que conforman su autoconcepto estaba fuertemente relacionados con las metas personales que habían relatado en la experiencia traumática.

Las mujeres maltratadas tienen un alto riesgo de desarrollar problemas de salud mental, particularmente, depresión, además de TEP (Orava, McLeod, y Sharpe, 1996). Entre mujeres de Hawai que acudieron en el 2001 a servicios para trabajar las consecuencias del maltrato, el 54 % estaban por lo menos medianamente deprimida (Kubany, Owens, Leisen, & Ramelli, 2002, citado en Kubany y Watson 2002). Bargai, Ben-Shakhar, y Shalev (2007), en su estudio con 101 mujeres víctimas de malos tratos, el 65% fue diagnosticada de TEP y el 40% de depresión, el abuso de sustancia era infrecuente (7% a lo largo de su vida, 1% en la actualidad).

El Trastorno por Estrés Postraumático (TEP) esta relacionado con frecuencia con la presencia de *depresión* y con otros muchos problemas psiquiátricos (Kubany et al., 2004). Sin embargo, han sido pocas las investigaciones que han estudiado la comorbilidad entre el TEP y el trastorno de depresión mayor. En un estudio de víctimas de abuso, Nixon, Resick y Nishith (2004) informó que el 21% (de 135) no tenían depresión o trastorno de estrés postraumático, el 28% tenía estrés postraumático solo, y el 51% depresión y trastorno de estrés postraumático. O'Campo et al. (2006), analizaron la asociación entre el estrés postraumático y la depresión mayor en víctimas de violencia por parte de la pareja militares y civiles. Se encontró que la comorbilidad del trastorno de estrés postraumático y la depresión afecta el 19,7% de las mujeres maltratadas civiles frente a 4,5% de las mujeres no maltratadas civiles, mientras que para las mujeres en servicio militar activo, la prevalencia fue de 4,6% y 4,2% para las víctimas de maltrato y que no son maltratadas, respectivamente.

Como vemos, *la depresión* es una de las consecuencias psicológicas más frecuentes en las mujeres maltratadas junto con el estrés postraumático, ya que se da al menos en la mitad de las mujeres maltratadas (véase revisión de Golding, 1999; Kessler et al., 1995; Kubany et al., 1996). Las mujeres que sufren esta forma de violencia, a menudo, son diagnosticadas con depresión (Cascardi y O'Leary, 1992). Cascardi y O'Leary (1992), evaluaron la incidencia y la gravedad de la depresión, baja autoestima, y auto-culpa en 33 mujeres que estaban en una relación de maltrato en el momento del estudio. El 70% de las mujeres informaron de depresión moderada a grave. La sintomatología depresiva y la baja autoestima correlacionaban altamente con la frecuencia y gravedad de la agresión física.

La teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1975) se centra en el efecto psicológico de la sensación de que haga lo que se haga no se puede cambiar la situación. Hay un sentimiento de no tener control sobre el medio, lo que da lugar a la desesperanza, la desmotivación para intentar un cambio, la pérdida de autoestima, y la depresión.

Gleason (1993), en una muestra de 62 mujeres maltratadas (30 de ellas estaban en una casa de acogida y 32 seguían viviendo en su casa, con o sin su maltratador), padecían depresión mayor el 63% de las que estaban en casa de acogida y al 81% de las mujeres maltratadas que vivían en su hogar. Los hallazgos de Gleason indican que la depresión es significativa en las mujeres maltratadas, y es especialmente frecuente en las que viven su casa. Dorahy (2007) evalúa la asociación entre la violencia doméstica y el malestar psicológico (depresión, ansiedad, culpa, disociación) en mujeres maltratadas de casa de acogida en Irlanda del Norte (N = 33) en comparación con mujeres de la población general (N = 33). El grupo de víctimas de violencia doméstica muestran un número significativamente mayor de problemas psicológicos, incluyendo tasas más altas de depresión, ansiedad y disociación.

Las personas deprimidas piensan negativamente de sí mismas y hacen falsas suposiciones de su porcentaje de culpa. Por lo general creen que son indignas de ser amadas y, por tanto, ven el futuro con desesperanza. Asimismo, la disminución o ausencia de refuerzo positivo, provocado directamente por el maltratador, de forma directa e indirecta mediante el aislamiento al que somete a su pareja contribuye también a la desesperanza y a la dependencia de la mujer maltratada hacia el agresor quien, por el aislamiento, pasa a ser la única fuente de refuerzo social y material para la mujer maltratada. Jack (1991, citado en Zust, 2000) encontró que las mujeres maltratadas en comparación con las mujeres no maltratadas, tenían mayor creencia de que estar enamorada equivalía a satisfacer las demandas de la pare-

ja y que si la relación fracasaba era porque eran inútiles y moralmente incompetentes. Estas creencias llevan a una disminución de la autoestima, culpabilidad, ira y depresión.

No es sorprendente, por tanto, que muchas mujeres maltratadas presenten *baja autoestima e inseguridad en sí mismas* (Orava, McLeod y Sharpe, 1996). El maltrato, tanto físico como psicológico y sexual, hace que la mujer elabore una serie de creencias negativas sobre sí misma que atentan contra su autoestima y disminuyen la capacidad de las víctimas para poder afrontar adecuadamente la situación de maltrato (Orava, McLeod y Sharpe, 1996). Además, esta idea de poca valía es continuamente reforzada por el maltratador.

También se ha podido observar, tanto a nivel clínico como de investigación, que las mujeres maltratadas presentan un *alto nivel de ansiedad* (Echeburúa, 1994; Matud, 2004a). Esto se debe a los episodios de maltrato y a la continuidad de los mismos. Por otro lado, muchas de las víctimas siguen manteniendo contactos con sus exparejas porque estos son los padres de sus hijos/as, lo cual es una fuente de estrés frecuente (Kubany et al., 2004). Gleason (1993), en su estudio con mujeres maltratadas, encontró que entre el 15% al 50% de las mujeres maltratadas de casas de acogida y un 24% al 50% de las mujeres maltratadas que viven con sus parejas maltratadoras sufren trastornos de ansiedad (es decir, fobias, agorafobia, fobia social, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno de pánico).

Gleason (1993), en su estudio con mujeres maltratadas, encuentra entre otros datos, que el trastorno de ansiedad generalizada se produjo en el 38% de las mujeres de casa de acogida y el 47% de las que vivían en su casa (con o sin el agresor).

Algunos/as autores/as sugieren que *la falta de asertividad* en las mujeres maltratadas es, frecuentemente, una respuesta adaptativa ante su situación de maltrato. Ser asertivas con sus compañeros puede ponerlas en peligro de sufrir maltrato físico aún más severo (O'Leary, Curley, Rosenbaum y Clarke, 1985; Cascardi y O'Leary, 1992).

También es posible que desarrollen *sentimientos de culpabilidad, aislamiento social y dependencia emocional del maltratador*, junto con *intensa sintomatología somática* (Dutton y Painter, 1993; Echeburúa et al., 1997a; Matud et al., 1999). Follingstad et al. (1991) documentó que el 65% de las mujeres maltratadas sufrían síntomas somáticos tales como dolores de cabeza, desmayos y mareos, dolor de estómago y problemas gastrointestinales, de corazón y problemas de la presión arterial o problemas respiratorios.

Y aunque su frecuencia es menor, también se han descrito en las mujeres maltratadas *tendencias suicidas y abuso de alcohol y/o drogas* (Dutton y El-Bayoumi, 1997; Eisenstat y Bancroft, 1999; Golding, 1999; Bargai, Ben-Shakhar, y Shalev, 2007), así como de medicamentos, como forma de afrontamiento inadecuada a los problemas (Echeburúa y Corral, 1998; Zust, 2000). Según Dutton y El-Bayoumi (1997) no es sorprendente, que ocasiones, desde el sistema sanitario se prescriba a las mujeres maltratadas analgésicos y/o tranquilizantes para abordar sus quejas. Esta práctica puede reforzar, aún más, la idea de que es ella la que tiene el problema. Además, con la medicación la mujer puede ser menos consciente de las consecuencias de la violencia, del peligro que corre, queda más expuesta a una situación de riesgo al verse reducida su capacidad para pensar con claridad o para actuar con rapidez y aumenta el riesgo de suicidio.

Por otra parte, las mujeres maltratadas tienden a minimizar las consecuencias del maltrato para poder vivir con un menor nivel de ansiedad y estrés. Según Echeburúa, Amor y Corral (2002), las víctimas utilizan estrategias cognitivas que suponen una distorsión de la realidad pero que varían en función de las diferencias individuales y de la fase evolutiva del maltrato. Si la violencia comienza de forma sutil y es de tipo predominantemente psicológico, la mujer suele tender a la negación o minimización del problema, así como al autoengaño y a la atención selectiva de los aspectos positivos de su pareja. Cuando el maltrato comienza de forma brusca e intensa, la víctima puede buscar ayuda externa o intentar separarse pero, en otros casos, opta por luchar para que la relación salga adelante. En este caso puede sobrevalorar la esperanza de cambio en su pareja o auto inculparse por la violencia sufrida. Si el maltrato es intermitente, alternado con etapas de cariño, además de provocar diferentes reacciones psicopatológicas en la víctima, puede llevarla a un estado de confusión emocional, que se ve agravado por el aislamiento social y familiar en el que habitualmente se encuentra. En este contexto, la mujer puede considerar que debe seguir luchando para que la pareja cambie, que su pareja sería ideal si no fuera por la violencia.

Autoras como Walker (1979, 1984, 1991, 1999) clasifican los efectos que tiene la violencia en la mujer en el llamado el *síndrome de las mujeres maltratadas*. Este síndrome resulta, según la autora, de la exposición continuada a las tres etapas del ciclo de la violencia (acumulación de tensión, activación y arrepentimiento) y está caracterizado, entre otros, por sentimientos de baja autoestima, retraimiento social, aislamiento, fatalismo, depresión, indefensión aprendida, reexperimentación, recuerdos intrusivos, ansiedad generalizada, somatización, embotamiento emocional, hipervigilancia disfunciones sexuales y estrategias de afrontamiento negativas (tales como, idealización del maltratador; minimización o negación del peligro; supresión de los sentimientos de ira contra el agresor).

Ficha 1.

Modalidades de intervención con víctimas de malos tratos

La intervención psicológica con mujeres maltratadas se da en situaciones muy diversas y también existen diversas modalidades de intervención. En ocasiones la intervención es en situaciones de crisis, requiriéndose una intervención inmediata y donde el principal objetivo es el restablecimiento inmediato de la mujer. Según Walker (1995) el período de crisis aguda suele durar entre 6 semanas a 2 meses después de un episodio de maltrato. Algunas pautas propuestas por McCloskey y Fraser (1997) en este tipo de intervención, son las siguientes:

1. Normalizar el problema, tratando de no patologizarlo. Se trataría de hacerle comprender a la mujer que, dada la situación vivida, es normal que se encuentre afectada y que a cualquier otra mujer le pasaría lo mismo.
2. No ponerle etiquetas diagnósticas.
3. Establecer una relación cálida, empática y genuina. En tal relación parecen ser elementos centrales las conductas no verbales, la empatía, la autenticidad, la congruencia, la espontaneidad, la comprensión exacta, la actitud de no enjuiciamiento y la actitud competente y confidencial.
4. Hacerle preguntas con respeto y escuchar las respuestas.
5. Cualquier decisión debe ser tomada con la mujer, tratando de que ella exponga sus deseos y ayudándole a comprender las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. Se trata de realizar el análisis del problema desde la perspectiva de la mujer, analizando qué lo ha generado y/o mantenido, cual es la perspectiva de otras personas, los intentos de solución realizados en el pasado, sus efectos y las causas de ello, sus consecuencias a corto y a largo plazo, ayudándole a concretar sus deseos y a lograr pequeñas metas que le den una perspectiva de futuro. Las acciones que se lleven a cabo deben estar de acuerdo con la perspectiva de la mujer, identificando sus metas, deseos y necesidades. Se recomienda comenzar con pequeños pasos iniciales que puedan ser llevados a la práctica con probabilidad de éxito para que aumenten su esperanza respecto a que puede hacerse algo que cambie su situación.

6. Lograr que la mujer recupere y/o logre una estructura de apoyo social lo más rápido posible.

Para Walker (1995), son objetivos primordiales en una intervención en crisis, ayudar a que las mujeres a que se sientan más seguras, a que entiendan lo sucedido y a estabilizar su expresión emocional. Según la autora, algunas mujeres cuando piden ayuda continúan con el maltratador, por lo que, la-el terapeuta debe ayudar a desarrollar un plan de emergencia. Este plan servirá para que la víctima pueda tomar decisiones sobre su vida e intentar mantenerse libre de violencia. Para poder elaborarlo, la-el profesional necesita conocer los últimos episodios de maltrato, los cambios que se dan durante los mismos (cambios en la expresión facial, en los ojos, tensión física, retahíla verbal,...) y las señales que les preceden. La mayoría de esta información puede ser proporcionada por la víctima, así que, debemos ayudarla a reconocer indicios de posible violencia por parte del agresor, para que puedan poner en marcha los preparativos para irse. A modo esquemático, veamos la información con la que debe contar la víctima en su plan de seguridad según Walker (1995a). (Ver Tabla 1).

TABLA 1

| | |
|---|--|
| <p>1.- <i>Evaluar cuatro incidentes de maltrato</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Primero ✓ Típica ✓ Peor o uno de los peores ✓ Última antes de esta entrevista | <p>5.- <i>¿Qué es lo que esta mujer necesita?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> El dinero, las llaves del coche, ropa, mascotas Documentos importantes, tesoros |
| <p>2.- <i>Detalles</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lo que dijo (maldiciones, mentiras, cuentos) ✓ ¿Cómo lo dijo? ✓ El tono de voz ✓ Velocidad ✓ Habilidad para escuchar ✓ Efecto de las drogas o el alcohol ✓ Los rasgos faciales (por ejemplo, los ojos) ✓ Postura del cuerpo | <p>6.- <i>Localización de un lugar seguro</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Policía ✓ Familia ✓ Amigos ✓ Vivienda |
| <p>3.- <i>¿Dónde se produce el maltrato?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Salón ✓ Dormitorio ✓ Cocina ✓ Otros habitaciones | <p>7.- <i>¿Debería decirlo?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tiempo fuera ✓ Condiciones de retorno posible ✓ Ciclo de la violencia ✓ Vigilancia ✓ Letalidad |
| <p>4.- <i>Planos de la casa-dibujar el mapa</i></p> <p>Puertas, ventanas, salidas de bebé o niños pequeños; señal para niños mayores</p> | <p>8.- <i>Ensayo salida (dos veces o más)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Verbal ✓ Dibujar el mapa ✓ Demostrar |

Roberts y Burman, (1998) proponen un Modelo de Intervención en Crisis, en el que utilizan un enfoque de resolución de problemas que proporciona directrices para la resolución temprana de la crisis en etapas decisivas. La intervención en crisis de este modelo está diseñada para ayudar a las mujeres maltratadas a utilizar un afrontamiento adaptativo y constructivo con el fin de volver a establecer el equilibrio necesario para superar los obstáculos para el bienestar personal. Este modelo proporciona a las víctimas no sólo las herramientas para hacer frente a la situación actual y a los graves problemas derivados de ella, sino también para prevenir disfunciones crónicas, a través de estrategias de aprendizaje y empoderamiento que refuercen la estabilización, la curación, el crecimiento personal y llevar una vida productiva en relaciones no violentas.

Kim y Kim (2001) plantean que se requiere de una intervención inmediata para detener el ciclo de los síntomas y reducir el riesgo de gravedad trauma. Sin embargo, se sabe que la mayoría de las mujeres no buscan tratamiento rápidamente tras la crisis (Walker, 1991).

En otras ocasiones las mujeres solicitan ayuda para salir de la situación de violencia y/o para disminuir y/o eliminar las secuelas de dicha situación. En estos casos la intervención psicológica durará más tiempo y se podrá realizar desde un acercamiento terapéutico individual y/o grupal o bien por una combinación de ambos. Aunque se opte por el acercamiento grupal, es imprescindible que la mujer asista a sesiones individuales previas en las que se realiza la evaluación inicial.

Por otro lado, la intervención grupal tiene la ventaja de proporcionar a las mujeres maltratadas la posibilidad de validar sus propias experiencias y de proveerles apoyo social. Y el hecho de que se compartan diferentes vivencias en el grupo les da la posibilidad de aprender distintas estrategias y de desdramatizar su propia situación, ayudándoles a comprender que no es un problema individual, que no son las responsables de la situación vivida y que su situación puede ser superada.

Ficha 2.

Evaluación e Intervención psicológica con mujeres maltratadas

El problema de la violencia de género no puede entenderse basándonos únicamente en la psicología del individuo e ignorándose la dimensión social y cultural (Goodman, Koss, Fitzgerald, Russo y Keita, 1993) y su tratamiento tampoco. Por ello, es importante abordar esta problemática desde un equipo multidisciplinar en el cual sean cubiertas las necesidades de tipo psicológico, social y jurídico. Esta intervención debe ser integral, especializada e incluir medidas de protección y apoyo a las víctimas, así como programas especializados de intervención, para facilitar la recuperación, integración y autonomía de la mujer víctima de violencia de género.

Desde un punto de vista psicológico, el primer paso de *la evaluación* es acordar con la mujer el consentimiento informado, explicándosele por qué es importante la evaluación, qué información se va a recoger, y garantizándole la confidencialidad de dicha información, que sólo podrá ser utilizada por otros/as profesionales bajo el previo consentimiento de la usuaria. La evaluación de una mujer víctima de violencia es un proceso complejo que precisa de un especial cuidado y empatía por parte de el/la profesional que la realiza (Labrador, Rincón, de Luis y Fernández-Velazco, 2004) y en la que se debe tener en cuenta, que la mujer puede reexperimentar el miedo y el dolor emocional asociado con el suceso traumático (Walker, 1994). Además, el profesional debe evitar una posición jerárquica y autoritaria, ya que, las mujeres maltratadas están luchando con la dinámica de control y sólo serán capaces de recuperar las riendas de sus vidas, si son respetadas como iguales y en un ambiente de cooperación (Walker, 1994). A menudo, es difícil para las mujeres revelar la situación de violencia a la que están sometidas, bien, porque ser etiquetada o auto-etiquetarse como una víctima es difícil y más aún, cuando la violencia ha sido ejercida por una pareja; o bien, porque pueden pensar que están violando su código de lealtad, por el miedo a que sus parejas se enteren y tomen represalias, por miedo a experimentar dolor al revivir el trauma, por vergüenza o porque minimizan o niegan el maltrato. Por esta razón, debemos ayudar a la mujer a que se sienta segura y no juzgada durante el proceso terapéutico (Enns, Campbell y Courtois, 1997).

Para la evaluación e intervención, con una víctima de malos tratos por parte de su pareja, parece especialmente adecuado el modelo de respuesta propuesto por Dutton (1992b). Según esta autora se deben estudiar los siguientes aspectos:

- 1) *El tipo de patrón de violencia, abuso y control.* Este análisis va más allá de la descripción de los actos violentos, sino que también implica conocerle sentido que tiene para la víctima el contexto en que se da la violencia. También es importante saber que algunas conductas no violentas (por ejemplo, una mirada) pueden tener las mismas propiedades de control que las violentas (por ejemplo, una agresión), por producirse una asociación entre ambos estímulos.
- 2) *Los efectos psicológicos del abuso.* A la hora de evaluar estos efectos debemos tener en cuenta: a) los cambios cognitivos, ya sea de los esquemas cognitivos, las expectativas, las atribuciones, percepciones o autoestima; b) los indicadores de malestar o disfunción psicológica; c) los problemas de relación con otras personas distintas al agresor. Todas estas respuestas deben ser asumidas en principio como consecuencias del maltrato, sin considerar psicopatología anterior.
- 3) *Las estrategias de las mujeres para escapar, evitar y/o sobrevivir al abuso.*
- 4) *Los factores que median entre las respuestas al abuso y las estrategias para sobrevivir a éste.* Dentro de éstos, Dutton incluye: a) la respuesta institucional, si ésta es positiva no sólo puede ayudar a la mujer a evitar la violencia en el futuro, sino que además puede mediar en la gravedad de sus efectos, pero si es negativa puede generar victimización secundaria, concepto que hace referencia a que una persona además de ser víctima de un delito, pasa a ser víctima de su entorno, atribuyéndosele responsabilidad de los hechos sufridos; b) las potencialidades y puntos fuertes de la mujer, por ejemplo, la confianza en sí misma, el conocimiento del abuso y sus efectos, ...; c) los recursos materiales y el apoyo social; d) los factores históricos, de aprendizaje y de salud física (socialización rígida en los roles de género, victimizaciones anteriores, traumas sufridos en la infancia, ...); e) la presencia de estresores actua-

les adicionales al maltrato de la pareja; f) los aspectos negativos y positivos de la relación con la pareja que percibe la mujer.

Todo ello debe ser analizado dentro del contexto social, cultural, político y económico.

Enns, Campbell y Courtois (1997) plantean que la/el profesional debe recopilar información acerca de los datos biográficos; historia médica y de maltrato; la gravedad, intensidad, frecuencia y duración de la violencia; tipo y patrón de violencia; los antecedentes y las secuelas de la violencia (por ejemplo, estrés postraumático, depresión, ansiedad,...); si se utilizan armas, y si la violencia es recíproca; quienes o qué son objeto de agresión (por ejemplo, la propiedad, mascotas, niños-as, conocidos-as, no familiares); quienes lo presencian; el nivel de temor que experimenta la víctima, el grado de peligrosidad y si la mujer ha participado en algún tratamiento anterior; análisis de los roles de género; y su apoyo formal e informal.

Flitcraft (1995) propone como estructura general para la intervención clínica en violencia lo siguiente: 1) El primer paso es identificar y conocer la violencia doméstica, en un ambiente de confidencialidad. 2) El siguiente paso es valorar la seguridad. Esta valoración depende de nuestra entrevista con la mujer sobre el nivel de violencia que sufre y de la escalada de la misma. Para ello, el autor recomienda que debemos estar atentas/os a tres aspectos que indican peligro: las lesiones (severidad, frecuencia, utilización de armas,...), la libertad (disminución de la libertad, grado en el que se encuentra atrapada en la relación, menos posibilidades de escape,...) y el miedo (si el miedo incrementa es que el peligro también está incrementando). 3) Tenemos que mirar aspectos como las categorías diagnósticas, indicadores clínicos y garantizar la calidad de las medidas. 4) Informar a las mujeres de los recursos que tiene a su disposición y facilitar el acceso a ellos.

Asimismo, Flitcraft (1995) añade que es necesario aprender cuatro lecciones a la hora de trabajar con una mujer maltratada: 1) No hacer daño, es decir, no juzgar, ni culpar a la víctima. 2) Buscar estrategias que empoderen a la mujer y promover cambios sociales a largo plazo mientras se cubren sus necesidades inmediatas. 3) Fomentar que la mujer lleve el control de su vida, que construya su propio sentido de la realización, recupere su autoestima, etc. 4) Valorar los resultados de la intervención, es decir, ha disminuido el aislamiento, si se ha contribuido en su seguridad y libertad y si hay aumento en el conocimiento de los recursos específicos. Para Dutton y El-Bayoumi (1997) la participación de la/el profesional en la búsqueda de soluciones, ante el problema de la violencia contra la mujer, requiere un contexto en el que la/el profesional esté dispuesta/o a colaborar con la víctima en el trabajo hacia la seguridad y la salud. Añaden la/el profesional debe estar informada/o acerca de la violencia doméstica, sus consecuencias para la salud, los recursos de la comunidad, y las leyes locales que regulan esta problemática.

Con respecto a los *instrumentos* utilizados para la evaluación, los más empleados han sido las entrevistas y los cuestionarios, recomendándose una evaluación multimétodo. Se han utilizado tanto entrevistas estructuradas como no estructuradas, siendo más adecuadas las segundas al comienzo de la evaluación, ya que permiten a la mujer expresar su historia tal y como desea, por otro lado, las entrevistas estructuradas nos ofrecen información más específica y que quizás no se ha obtenido en la evaluación inicial. Walker (1994) propone que es útil recoger la descripción del último episodio de maltrato, el primero y el peor. Asimismo, Dutton (1992b) plantea que para reducir la minimización del maltrato se realicen preguntas directas y específicas.

En cuanto al *tratamiento*, se proponen formas de intervención más o menos genéricas, pero en muy pocos estudios se aportan datos sobre los resultados obtenidos. Según Zubizarreta et al., (1994) gran parte de los estudios existentes, sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos con víctimas de malos tratos, presentan problemas metodológicos importantes tales como: 1) ausencia de una descripción detallada de las técnicas utilizadas; 2) carencia de instrumentos de evaluación con fiabilidad y validez contrastada; y 3) no presentan la evolución de los resultados a lo largo del tiempo. Gleason (1993), afirma que la mayoría de las investigaciones realizadas con las mujeres maltratadas ha sido de carácter descriptivo y han excluido a los grupos control. Asimismo, como apunta Kubany y Watson (2002) ha existido falta de atención a la terapia en esta población a pesar de que afecta a un gran número de mujeres.

Webb (1992) sugiere tratamientos cognitivo-conductuales, tanto en formato grupal como individual, que incluyen la reestructuración cognitiva, el modelado, la parada de pensamiento y la inoculación de estrés, todas estas técnicas van dirigidas a identificar y cambiar los pensamientos distorsionados y a responder de forma más adaptativa y segura ante el maltrato.

Cox y Stoltenberg (1991) aplicaron un programa de tratamiento a 50 víctimas de maltrato y compararon los resultados con los de un grupo control. Este programa estaba compuesto por 5 módulos: a) reestructuración cognitiva; b) asertividad y habilidades de comunicación; c) solución de problemas; d) orientación profesional; y e) percepción del

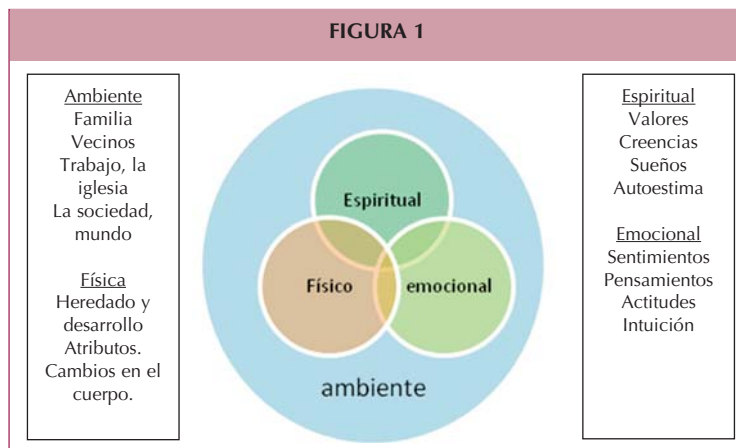
propio cuerpo. El programa constaba de 6 sesiones con una duración de 2 horas. Los resultados mostraron que las mujeres que recibieron terapia mejoraron en autoestima, asertividad y redujeron la sintomatología depresiva, ansiosa y la hostilidad de forma significativa en comparación con el grupo control. Sin embargo, en este trabajo no se tomaron medidas de estrés postraumático, no se hicieron medidas a medio-largo plazo y la muestra se limitó a mujeres de casa de acogida.

Tutty, Bidgood y Rothery (1993) llevaron a cabo un estudio no controlado para evaluar la eficacia de un tratamiento de apoyo grupal para 76 mujeres víctimas de malos tratos. El programa constaba de 10 a 12 sesiones, de 2- 3 horas de duración, una vez a la semana. Se tomaron medidas en locus de control, nivel de autoestima, actitudes hacia el matrimonio y la familia, nivel de estrés percibido, severidad del maltrato, estrategias para el manejo del conflicto, funcionamiento marital y apoyo social. Los resultados arrojaron una mejora significativa de las participantes en autoestima, locus de control y funcionamiento marital, y una reducción del nivel de estrés percibido y de actitudes tradicionales hacia el matrimonio y la familia, mejoría que se mantuvo en el seguimiento de los 6 meses.

Lundy y Grossman (2001) citan más de 16 modelos en su trabajo de revisión de las investigaciones y de la práctica clínica con mujeres maltratadas. Estas autoras plantean que las investigaciones sobre la valoración de la eficacia de tratamiento con las mujeres maltratadas está mucho menos desarrollado que la investigación sobre el tratamiento de los agresores. Así, sugieren focalizar, en futuras investigaciones, en tres cuestiones: 1) Más práctica clínica de investigación multimétodo, específicamente estudios empíricos a gran escala, evaluaciones a largo plazo y análisis en profundidad de casos, donde las mujeres expliquen con sus propias palabras la intervención terapéutica que más le ha ayudado y por qué. 2) Más atención explícita sobre las mujeres distintas culturas, etnias, y/o razas, así como mujeres inmigrantes. 3) Más integración teórica y filosófica de los enfoques de tratamiento para facilitar la comunicación entre las/os profesionales. De la misma manera, señalan que no todo tipo de terapias son adecuadas. Los enfoques que parecen más idóneos, desde el punto de vista psicológico, para trabajar el impacto de la violencia son los cognitivos-conductuales (Kamphuis y Emmelkamp, 2005; Kim y Kim, 2001; Lundy y Grossman, 2001;). Como señala Walker (1994), la psicoterapia tradicional deberá modificarse de modo que tenga en cuenta el impacto específico del trauma y la respuesta idiosincrásica de la mujer. Esta autora compila una serie de estrategias de intervención de orígenes feministas, cuyos principios más relevantes son: la seguridad de la mujer, su empoderamiento, la validación de sus experiencias, el énfasis en sus puntos fuertes, la educación, la diversificación de sus alternativas, el restaurar la claridad en sus juicios, la comprensión de la opresión y que la mujer tome sus propias decisiones. También incluye el tratamiento de los síntomas producidos por el maltrato mediante técnicas, fundamentalmente cognitivo-conductuales. En esta misma línea, Kim y Kim (2001), plantean que es necesario añadir en la práctica tradicional, la teoría feminista para así romper los rígidos roles tradicionales y fomentar el empoderamiento de la mujer.

Zust, B. (2000) realizó un estudio piloto para explorar la viabilidad de un programa grupal de terapia cognitiva de Gordon (1993, citado en Zust, 2000) (INSIGHT) en la mejora de la autoestima y reducción de la ansiedad, la soledad, la indefensión y la depresión en las mujeres maltratadas. El INSIGHT se basa en un modelo asistencial que analiza el desarrollo espiritual, físico, y los componentes emocionales dentro del ambiente que rodea a la mujer (entorno físico, costumbres, cultura, normas...), tal y como se muestra en la figura 1.

El objetivo del INSIGHT es ayudar a las mujeres a comprender mejor sus patrones de pensamiento y aprender técnicas para cambiar los patrones negativos, a través del conocimiento (denominar e identificar las creencias irracionales), de la afirmación (reestructuración de las creencias irracionales), y la acción (actuando en la imagen positiva de sí misma). En este estudio, mujeres de zonas rurales que habían sido maltratadas (18 mujeres) y otras que no lo habían sido (9 mujeres), participaron durante 20 semanas en la terapia, evaluándoseles al comienzo y al final de la intervención. Los resultados post-tratamiento de las mujeres maltratadas y no maltratadas fueron comparados. Los resultados indican un aumento general de autoestima, y una disminución general de ansiedad, de la indefensión, de la soledad



dad, de la depresión en las mujeres maltratadas y en las no maltratadas que participaron en el programa. El 50% de las mujeres maltratadas abandonan la intervención frente a un 11% de las no-víctimas. Algunas de las limitaciones de este estudio son: 1) Reducido tamaño muestral; 2) Los resultados no se pueden generalizar a la población de mujeres maltratadas, ya que la muestra escogida se restringe a zonas rurales.

Kim y Kim (2001), desarrollaron un modelo de intervención en crisis a corto plazo en formato grupal para mujeres maltratadas por parte de su pareja en Corea, en el que se abordaba la ansiedad estado-rasgo, la autoestima y la depresión de estas mujeres. En el estudio participaron 33 mujeres acogidas en dos centros para víctimas de malos tratos, de las cuales 16 fueron asignadas al grupo experimental y 17 conformaron el grupo control. Las mujeres del grupo experimental acudieron a 8 sesiones de intervención, una vez por semana durante 90 minutos. Cada sesión se dividió en cuatro partes, comenzando con una breve reseña del contenido de la sesión anterior, procediendo a las preguntas y preocupaciones de los temas, los objetivos de la actual sesión, un nuevo contenido, y terminaba con un resumen. Las sesiones se centraron en los siguientes temas: evaluar el trauma, identificar los principales problemas, hacer frente a los sentimientos, comprenderse a sí misma, identificar las características del maltratador, mejorar las estrategias de afrontamiento del estrés, desarrollar planes de acción, y promover el empoderamiento. El principal resultado fue que la ansiedad-rasgo de las 16 mujeres maltratadas en el grupo experimental se redujo significativamente después de la intervención. En cambio, los niveles de ansiedad-estado, la autoestima y la depresión en el grupo experimental no fueron significativamente diferentes a los del grupo control. Algunas de las limitaciones de este estudio son: (1) La muestra está constituida únicamente por mujeres de recursos alojativos, escasa validez externa y, (2) una asignación no aleatoria de las participantes en la condición de tratamiento. En Corea, es poco común que las mujeres busquen ayuda a causa del maltrato. Las mujeres con experiencias de maltrato tienden a ocultar su sufrimiento a otras personas. Por estas razones, el reclutamiento de las mujeres maltratadas mediante muestreo probabilístico es culturalmente inaceptable. (3) Reducido tamaño muestral. (4) Ausencia de seguimientos.

Kubany, Hill y Owens (2003) plantean desde la perspectiva cognitiva un programa de tratamiento que incluye varios elementos del tratamiento cognitivo-conductual con el objetivo de reducir la sintomatología de estrés postraumático, de depresión, los sentimientos de culpa y vergüenza y aumentar la autoestima. Este programa es desarrollado en formato individual durante 8-11 sesiones de una hora y media cada una y contiene una exploración de la historia de maltrato, psicoeducación del TEP y el manejo del estrés, exposición a los recuerdos traumáticos, autocontrol de las autoinstrucciones negativas, terapia cognitiva para el sentimiento de culpa y módulos de autoayuda, asertividad e identificación de posibles del maltratadores para así evitar la revictimización. La intervención fue aplicada por un mismo terapeuta (Kubany) a 19 mujeres víctimas de malos tratos y sus resultados fueron comparados con los de un grupo control de lista de espera (18 mujeres, las mismas fueron evaluadas en dos ocasiones). El programa contaba con los siguientes criterios de inclusión: (a) debían llevar más de 30 días separadas y sin intención de reconciliarse, (b) no haber sufrido ninguna forma de maltrato durante al menos 30 días, (c) cubrir los criterios diagnósticos para el TEP, (d) Presentar sentimiento de culpa por el maltrato recibido, (e) no tener consumo de alcohol o drogas en la actualidad, y (f) no padecer esquizofrenia o trastorno bipolar. Tras la intervención se realizaron 2 evaluaciones, inmediatamente después del tratamiento y a los 3 meses del mismo. Las mujeres del grupo control en lista de espera no mejoraron durante las seis semanas entre la primera evaluación y la segunda. Sin embargo, el 94 % de las mujeres que completaron el tratamiento no cumplían los criterios diagnósticos para el TEP en la valoración post-tratamiento, con las reducciones correspondientes en depresión, culpa, y vergüenza, y un importante aumento en la autoestima. Además, este programa de intervención era eficaz independientemente de la etnia de las mujeres y la mejoría terapéutica fue mantenida en el seguimiento de los 3 meses. Este último resultado, según las autor/as, podría deberse a varias razones entre algunas de las que citan las siguientes: 1) la causa de la violencia hacia las mujeres podría ser la misma (por ejemplo., dominación masculina e inferioridad de las mujeres en comparación con hombres en la sociedad); 2) el TEP es un problema universal, con manifestaciones similares independientemente del contexto cultural; 3) La Terapia que aplican tiene múltiples elementos que se centran en el TEP y en la obtención del empoderamiento de la mujer, lo que hace posible que sea aplicado de forma flexible independientemente del grupo étnico; 4) el formato de individual empleado en esta investigación, permite el desarrollo de una relación terapéutica más cercana y una mayor percepción de que el contexto terapéutico es un lugar seguro para poder abordar asuntos que son muy personales. Las limitaciones de la investigación giran entorno a la *generalización* de los resultados, ya que la terapia fue dirigida por un solo terapeuta y los criterios de inclusión hacen que las conclusiones estén circunscritas a un subconjunto de mujeres maltratadas

En un trabajo posterior Kubany et al. (2004) aplicaron el programa de intervención de Kubany, Hill y Owens (2003) descrito anteriormente, a una muestra de 125 mujeres maltratadas física, psicológica y/o sexualmente de Hawái en las que aplicaron los mismos criterios de inclusión. La media del tiempo transcurrido desde el primer episodio de maltrato hasta el último era de 6,9 años. En este estudio se utilizan 7 terapeutas diferentes (hombres y mujeres) y se realizan seguimientos a los 3 y 6 meses. Para valorar la eficacia de la intervención se comparó un grupo experimental con un grupo de lista de espera que recibió el tratamiento seis semanas más tarde, y al que se realizó una segunda evaluación antes del inicio de tratamiento. Los resultados muestran que en el 87% de las mujeres que completan el tratamiento remite el trastorno por estrés postraumático y se reduce la depresión, el sentimiento de culpa y vergüenza e incrementa la autoestima de forma significativa. Esta mejoría se mantiene a los 3 y 6 meses. En lo que respecta al grupo control de lista de espera, no se obtuvieron diferencias significativas en ninguna de las variables objeto de estudio, al comparar las dos evaluaciones realizadas antes del tratamiento. De la misma forma que en el estudio anterior la limitación principal de este estudio es que los resultados no son generalizables debido a los criterios de inclusión.

En España, el equipo de Echeburúa ha propuesto un programa de intervención cognitivo-conductual para víctimas de malos tratos (Echeburúa, Corral, Sarasua y Zubizarreta, 1996) compuesto de 17 sesiones en las que combina la terapia grupal (8 sesiones) y la individual (9 sesiones). Este protocolo aborda la facilitación de la expresión de las emociones, la reestructuración de los sesgos cognitivos, el entrenamiento en habilidades de afrontamiento adecuadas de la situación de maltrato (relajación, solución de problemas, planificación de actividades placenteras, exposición y distracción cognitiva) (Echeburúa y Corral, 1998).

Labrador, Rincón, de Luis y Fernández-Velazco (2004) proponen un programa grupal que ha demostrado ser eficaz. Este programa, consta de una sesión común para todas las mujeres en la que se trabaja el concepto de violencia doméstica y el control de la respiración y por otro lado, 5 módulos en los que se tratan: a) la autoestima (2 sesiones), b) el estado de ánimo (2 sesiones), c) exposición (3 sesiones), d) reevaluación cognitiva (2 sesiones), y e) solución de problemas (2 sesiones). La selección de los módulos y el orden de presentación de los mismos van a depender de los síntomas presentados y de su gravedad. En un estudio más reciente, Labrador, Fernández-Velasco y Rincón (2006), tratan de determinar la eficacia de un programa de tratamiento breve del trastorno por estrés postraumático. La muestra estuvo constituida por 20 participantes, 10 mujeres en el grupo control de lista de espera y 10 en el grupo de tratamiento. El programa tenía como componentes fundamentales la psicoeducación, técnicas de desactivación, terapia cognitiva y de exposición, y se desarrollaba en 8 sesiones de 60 minutos, con una periodicidad semanal. Los resultados mostraron que el programa fue efectivo en la disminución de la sintomatología de estrés postraumático en el 100% de los casos, y se produjo, además, una mejora significativa en variables como depresión, autoestima, inadaptación y cogniciones postraumáticas. Para estos/as autores/as mientras que el TEP no se reduzca, no se producirá cambio en ninguno de los otros síntomas psicopatológicos. Su limitación principal es la ausencia de seguimientos a medio-largo plazo.

Asimismo, Matud, Padilla y Gutiérrez (2005) desarrollaron y mostraron la eficacia de un programa de intervención con predominio de técnicas cognitivo-conductuales en el que se incorporaron muchos de los principios y estrategias generadas desde la perspectiva socio-estructural del maltrato a la mujer. Se considera que, sin obviar la relevancia del tratamiento directo de los síntomas de la mujer maltratada, es necesaria una aproximación integral en la que se tenga en cuenta, además del contexto social y cultural, los factores que median la respuesta de la mujer ante el abuso tal y como proponen autoras como Mary Anne Dutton (1992) o Lenore Walker (1994). Es un planteamiento que, centrado en el desarrollo de las potencialidades de la mujer, tiene como meta final el ayudarle a que recupere el control de su propia vida.

La intervención grupal se realiza en pequeño grupo, está estructurada en diez sesiones y su duración aproximada es de dos horas y, aunque cada una de las sesiones está muy estructurada, puede y debe ser adaptada en función de las necesidades de las participantes. En cada sesión se plantean dos o más objetivos, aunque muchos de ellos se persiguen en más de una, puesto que se considera necesario que los contenidos se asimilen de forma paulatina y lleguen a formar parte del repertorio habitual de conductas de las participantes. Además, en todas las sesiones se propone alguna tarea para realizar en casa, con el objetivo de que las mujeres puedan asimilar y consolidar los contenidos de cada una de las sesiones. Los objetivos y contenidos de este programa de tratamiento se describen, de forma abreviada, (Ver Tabla 2).

A la hora de intervenir con víctimas de malos tratos debemos de tener en cuenta algunos *factores y/o características que pueden complicar el tratamiento* (véase en Kubany y Watson, 2002), tales como:

1) Primero, a diferencia de otras/os supervivientes de eventos traumáticos, la mayoría de las mujeres maltratadas han experimentado la situación traumática de forma constante (Herman, 1992, citado en Kubany y Watson, 2002). Es

TABLA 2
RESUMEN DEL PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE MATUD,
PADILLA Y GUTIÉRREZ (2005)

| SESIONES | OBJETIVOS | ACTIVIDADES/ESTRATEGIAS |
|----------|---|--|
| 1 | <p>Conocimiento del grupo Presentación de los objetivos generales del programa Generar clima de confianza respeto y confidencialidad</p> <p>Reducir ansiedad Consolidar lo aprendido</p> | <p><<Lo positivo de tu inicial>> y <<Conociendo mejor a mis compañeras>> Explicación Establecimiento de las normas de funcionamiento que garanticen el respeto y bienestar de cada una de las participantes Entrenamiento en respiración natural completa Tarea: practicar respiración</p> |
| 2 | <p>Consolidar lo aprendido Aumentar su seguridad y toma de conciencia de la violencia de género Reducir ansiedad Mejorar autoestima</p> | <p>Repasar respiración Fase psicoeducativa violencia de género y medidas de seguridad Relajación muscular progresiva <<La caja cariñosa>></p> |
| 3 | <p>Consolidar lo aprendido Mejorar autoestima Fomentar la flexibilidad cognitiva y la toma de decisiones Modificar creencias sociales erróneas acerca del maltrato Reducir ansiedad Consolidar lo aprendido</p> | <p>Aclarar dudas, revisar tareas y repasar. Recibir mensaje de la <<Caja cariñosa>> y poner un nuevo mensaje Técnica del PNI de Edward de Bono Mitos/Realidades violencia de género Relajación por imaginación Tarea para casa</p> |
| 4 | <p>Consolidar lo aprendido Modificar las creencias tradicionales acerca de los roles de género y las actitudes sexistas Mejorar la autoestima Reducir ansiedad Consolidar lo aprendido</p> | <p>Aclarar dudas, revisar tareas y repasar. Esteriotipos de género a debate</p> <p>¿Qué es la autoestima?; Cronograma de autoestima; <<La caja cariñosa>> Respiración de flexión Tarea para casa</p> |
| 5 | <p>Consolidar lo aprendido Mejorar la autoestima y autoconcepto Fomentar una comunicación eficaz y habilidades sociales Reducir ansiedad Consolidar lo aprendido</p> | <p>Aclarar dudas, revisar tareas y repasar. <<La mirada positiva>>; <<La caja cariñosa>>; <<¿Quién soy?>> Dinámica comunicación. Lluvia de ideas. Relajación breve Tarea para casa</p> |
| 6 | <p>Consolidar lo aprendido Mejorar la autoestima Fomentar una comunicación eficaz y habilidades sociales Reducir síntomas y fomentar activación conductual Consolidar lo aprendido</p> | <p>Aclarar dudas, revisar tareas y repasar. <<La caja cariñosa>>; <<Mi diario de amor>> Revisar derechos humanos básico; entrenamiento escucha activa Planes de acción Tarea para casa</p> |
| 7 | <p>Consolidar lo aprendido Fomentar una comunicación eficaz y habilidades sociales Reducir síntomas y fomentar activación conductual</p> <p>Mejorar la autoestima Consolidar lo aprendido</p> | <p>Aclarar dudas, revisar tareas y repasar. Entrenamiento asertivo (estilos de conducta, mensajes yo) Planes de acción; entrenar el sentido del humor a través de actividad; Explicación relación entre pensamientos, emociones y conductas <<Mi diario de amor>> Tarea para casa</p> |
| 8 | <p>Consolidar lo aprendido Reducir síntomas Mejorar la autoestima Consolidar lo aprendido</p> | <p>Aclarar dudas, revisar tareas y repasar. Parada de pensamiento, discusión cognitiva (pensamientos distorsionados) <<Mi diario de amor>> Tarea para casa</p> |
| 9 | <p>Consolidar lo aprendido Reducir síntomas Fomentar una comunicación eficaz y habilidades sociales Fomentar la seguridad en sí misma y un estilo de afrontamiento racional y centrado en el problema Mejorar la autoestima Consolidar lo aprendido</p> | <p>Aclarar dudas, revisar tareas y repasar. Discusión cognitiva Entrenamiento asertivo Entrenamiento en técnicas de solución de problemas</p> <p><<Mi diario de amor>>; <<la casa del terror>> Tarea para casa</p> |
| 10 | <p>Consolidar lo aprendido Fomentar la independencia Mejorar la autoestima y autoconcepto. Trabajar pensamiento medio-fin y consecuencial. Prevención de recaídas</p> | <p>Aclarar dudas, revisar tareas y repasar. Reestructuración cognitiva acerca del amor y la soledad <<Mi diario de amor>>; <<El camino hacia mis sueños>>; <<La carta del futuro>> Revisión de los contenidos trabajados</p> |

decir, no sólo han sufrido ataques repetidos por sus parejas, si no que además, es posible que a lo largo de su vida hayan podido experimentar otras situaciones traumáticas. Este abuso repetido y multimodal podría contribuir no sólo a la gravedad de la sintomatología resultante sino también a los problemas colaterales, como déficits en asertividad y tolerancia a la trasgresión de los derechos (Dutton, 1992b). Por tanto, parece importante abordar en los programas de intervención el empoderamiento de las mujeres maltratadas (Dutton, 1992a).

- 2) Un segundo factor que puede complicar el tratamiento es que la vida de muchas mujeres maltratadas se queda conectada a sus ex- parejas tras la ruptura, bien porque estos hombres son los padres de sus hijas/os y tienen que estar en contacto con ellos, o bien porque éstos siguen molestándolas. (Shalansky, Ericksen, & Henderson, 1999, citado en Kubany y Watson, 2002). Debemos de tener en cuenta que, aunque la mujer deje la relación con el agresor, ello no significa que el abuso cese sino que incluso puede aumentar (McCloskey y Fraser, 1997; Tutty, 1996).
- 3) Un tercer factor que afecta al tratamiento de mujeres maltratadas es que muchas de ellas corren peligro de sufrir una victimización secundaria por otras parejas. Muchas mujeres han sido maltratadas por más de una pareja (Kubany, Hill, & Owens, 2003). Por lo que, según estas autoras/es, un módulo sobre las formas de identificar a posibles maltratadores e impedir sufran una revictimización puede ser importante en los programas dirigidos a mujeres maltratadas.
- 4) Un cuarto factor que influye en la intervención es que las víctimas son muy vulnerables a la culpa y a la vergüenza (Dutton, 1992a; Kubany, Hill, & Owens, 2003; Walker, 1994), problemas que los tratamientos a menudo no solucionan (Echeburúa, De Corral, Sarasua, & Zubizarreta, 1996). La culpa y la vergüenza entre las mujeres maltratadas también podrían explicar el por qué continúan con la relación de maltrato (Barnett & LaViolette, 1993, citado en Kubany y Watson, 2002).

Fischbach y Herbert (1997) apuntan otro aspecto que puede afectar a la intervención, y es que la situación traumática que sufren las mujeres maltratadas es perpetrada por alguien a quien aman, en quien confían, o del que dependen, una realidad que agrava las consecuencias psicológicas del abuso y exagera los sentimientos de vulnerabilidad, de pérdida, de traición y de desesperanza.

En todo caso, debemos de tener en cuenta que la mayoría de las mujeres que sufren un experiencia de malos tratos van necesitar intervención psicológica para alcanzar su recuperación y poder seguir adelante con sus vidas (Walker, 1994), pero también es importante que, tengamos claro, como ya señaló Lundy y Grossman (2001), que no todas las intervenciones son adecuadas, es más, algunas pueden ser incluso perjudiciales para las víctimas de malos tratos (Walker, 1994). Este parece ser el caso de la terapia familiar sistémica la cual, según dicha autora, no es oportuna por varias razones: 1) ignoran la desigualdad de poder que existe en las relaciones de maltrato; 2) no trabajan la violencia cuando no alcanza niveles importantes; 3) la neutralidad del terapeuta o el tener en cuenta la perspectiva de cada persona dentro del sistema familiar no proporcionan el contexto adecuado para que la mujer maltratada pueda recuperarse del trauma; 4) una vez que la/el psicóloga/o refleja la postura del agresor, la alianza terapéutica con la víctima se puede ver dañada; 5) el miedo, por parte de la víctima, a sufrir represalias fuera de la sesión impide que la mujer participe y cuente la realidad de los hechos, minimizando su temor a futuros episodios de maltrato; 6) el agresor, mientras, suele realizar muchas promesas que no cumple, lo que aumenta la ansiedad de la mujer a que se produzca otro episodio violento.

REFERENCIAS

- Abbott, J., Johnson, R., Koziol-McLain, J., & Lowenstein, S. R. (1995). Domestic violence against women: Incidence and prevalence in an emergency department population. *Journal of the American Medical Association*, 273, 1763-1767.
- Aguilar, R. J. y Nightingale, N. N. (1994). The impact of specific battering experiences on the self esteem of abused women. *Journal of Family Violence*, 9, 35-45.
- Alberdi, I. y Matas, N. (2002). *La violencia doméstica: informe sobre los malos tratos a mujeres en España*. Barcelona: Fundación "la Caixa".
- Alcale, M. (2000). *El delito de los malos tratos físicos y psíquicos en el ambiente familiar*. Valencia: Tirant lo Blanch.
- Alexander, P. C., Moore, S. y Alexander III, E. R. (1991). What is transmitted in the Intergenerational transmissions of violence? *Journal of Marriage and the Family*, 53, 657-668.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4.ª ed.)*. Washington, DC: APA.

- 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*, 2, 227-246.
- Arias, A. y Pape, K. T. (1999). Psychological Abuse: Implications for Adjustment and Commitment to Leave Violent Partners. *Violence and Victims*, 14, 21-43.
- Astin, M. C., Ogland-Hand, S. M., Foy, D., & Coleman, E. M. (1995). Posttraumatic stress disorder and childhood abuse in battered women: Comparisons with maritally distressed women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 308-312.
- Bargai, N., Ben-Shakhar, G. y Shalev, A.Y. (2007). Posttraumatic Stress Disorder and Depression in Battered Women: The Mediating Role of Learned Helplessness. *Journal of Family Violence*, 22, 267-275.
- Bargh, J. H., Raymond, P., Pryor, J. y Strack, F. (1995). Attractiveness of underling: An automatic power sex association and its consequences for sexual harassment and aggression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 768-781.
- Bean, J., y Moller, A. T. (2002). Posttraumatic stress and depressive symptomatology in a sample of battered women from South Africa. *Psychological Reports*, 9, 750-752.
- Beauvoir, S. (1987). *El Segundo sexo. Los hechos y los mitos*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Bermúdez, M. P., Matud, M. P. y Buela-Casal, G. (2009). Salud mental de las mujeres maltratadas por su pareja en el Salvador. *Revista Mexicana de Psicología*, 26, 51-59
- Bograd, M. (1988). Power, gender and the family: Feminist perspectives on family systems theory. En M. A. Dutton y L. E. Walker, L. (Eds), *Feminist Psychotherapies: Integration of Therapeutic and Feminist Systems* (pp. 118-133). Norwood, NJ: Ablex Publishing Corporation.
- Brush, L. D. (1990). Violent acts and injurious outcomes in married couples: Methodological issues in the National Survey of Families and Households. *Gender and Society*, 4, 66-67.
- Bybee, D. I. Y Sullivan, C. M. (2005). Predicting re-victimization of battered women 3 years after assisting a shelter program. *American Journal of Community Psychology*, 36, 85-96.
- Calero, M. A. (1999). *Sexismo lingüístico: Análisis y propuestas ante la discriminación sexual en el lenguaje*. Madrid: Narcea.
- Camacho, J. (1998). *Estadística con SPSS para Windows*. Madrid: Rama.
- Campbell, J. (2001). Domestic violence as a women's health Issue-Panel Discussion. *Women's Health Issues*, 11, 381-387.
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*, 359, 1331-1336.
- Campbell, J., Jones, A. S., Dienneman, J., Kub, J., Schollenberger, J., O'Campo, P., y Gielem, A. C. (2002). Intimate partner violence and physical health consequences. *Archives of Internal Medicine*, 162, 1157-1163.
- Campbell, J., Miller, R, Cardwell, M., y Belknap, R. (1994). Relationship status of battered women over time. *Journal of Family Violence*, 9, 99-111.
- Carden, A. D. (1994). Wife abuse and the wife abuser: Review and recommendations. *The Counseling Psychologist*, 22, 539-582.
- Cascardi, M. y O'leary, K.D. (1992). Depressive symptomatology, self-esteem, and self-blame in battered women. *Journal of Family Violence*, 7, 249-259.
- Cascardi, M., O'Leary, K. D., Lawrence, E. E., and Schlee, K. A. (1995). Characteristics of women physically abused by their spouses and who seek treatment regarding marital conflict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 616-623
- Chronister, K. M. y McWhirter, E. H. (2006). An experimental examination of two career interventions for battered women. *Journal of Counseling Psychology*, 53, 2, 151-164.
- Coyne, J. C. y Downey, G. (1991). Social factors and psychopathology: Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 42, 401- 425.
- Constitución Española de 1978, art. 9.2. Encontrado el 26 de febrero de 2010: en http://noticias.juridicas.com/base_datos/Admin/constitucion.t1.html
- Corsi, J. (1994). *Violencia familiar: una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. Buenos Aires: Paidós.
- Cox, J. W. y Stoltenberg, C.D. (1991). Evaluation of a treatment program for battered wives. *Journal of Family Violence*, 6, 395-413.

- Daniel, K. (2003). Hitting home. *Community Practitioner*, 76, 12, 457-458.
- Díaz-Olavarrieta, C., Campbell, J., García, C., Paz, F. y Villa, A. R. (1999). Domestic violence against patients with chronic neurologic disorders. *Archives of Neurology*, 56, 681-685.
- Dobash, R. E., Dobash, R. P., Wilson, M. y Daly, M. (1992). The myth of sexual symmetry in marital violence. *Social Problems*, 39, 71-91.
- Dorahy, M. J. (2007). Psychological distress associated with domestic violence in Northern Ireland. *Current Psychology: developmental, learning, personality, social*, 25, 295-305.
- Douglas, M. A. y Strom, J. (1988). Cognitive Therapy with battered women. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 6, 33-49
- Du Plat-Jones, J. (2006). Domestic violence: the role of health professionals. *Nursing standard*, 21, 44-48.
- Dutton, D. G. y Painter, S. (1993). The battered woman syndrome: Effects of Severity and Intermittency of Abuse, *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 614-622
- Dutton, D. G. y Strachan, C. (1987). Motivational needs for power and spouse – specific assertiveness in assaultive and non assaultive men. *Violence and Victims*, 2, 145-156.
- Dutton, M. A. (1992a). *Empowering and healing the battered woman: A model of assessment e intervention*. Nueva York: Springer.
- Dutton, M. A. (1992b). Post-traumatic therapy with violence survivors. En M. B. Williams y J. F. Sommer, Jr (Eds.), *Handbook of post-traumatic therapy: A practical guide to intervention, treatment and research* (pp. 155-176). Westport, Connecticut: Greenwood Publishing.
- Dutton, M. A. y El-Bayoumi, G. (1997). Impact of Violence on Women's Health. En S. S. Gallant, G. P. Keite y R. Royal-Schaler (Eds.), *Health care for Women: Psychological, social, and behavioral influences* (pp. 41-56). Washington, DC: APA
- Dutton, M. A., Goodman, L. A., & Bennett, L. (1999). Court-involved battered women's responses to violence: The role of psychological, physical, and sexual abuse. *Violence and Victims*, 14, 89-104.
- Echeburúa, E. (1994). *Personalidades violentas*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E. Amor, P.J. y Corral, P. (2002). Mujeres maltratadas en convivencia prolongada con el agresor: variables relevantes. *Acción Psicológica*, 1, 135-150.
- Echeburúa, E. y Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Sarasua, B. y Zubizarreta, I. (1997a). Repercusiones psicopatológicas de la violencia doméstica: un estudio descriptivo. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 2-1, 7-19.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P. J., Zubizarreta, I. y Sarasua, B. (1997b). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 503-526.
- Echeburúa, E., Corral, P., Fernández-Montalvo, J., Amor, P. (2004). ¿Se puede y debe tratar psicológicamente a los hombres violentos contra la pareja? *Papeles del Psicólogo*, 25, 10-18.
- 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.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38, 319-345.
- Eisenstat, S. y Bancroft, L. (1999). Domestic violence. *New England Journal of Medicine*, 341, 886-892.
- Ellsberg, M., Jansen, H., Heise, L., Watts, C. H. y García-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371, 1165-1172.
- Enns, C.Z., Campbell, J. y Courtois, C.A. (1997). Recommendations for working with domestic violence survivors, with special attention to memory issues and posttraumatic processes. *Psychotherapy*, 34, 459-477.
- Espinosa, H. y Camacho, A. (2005). Maternal death due to domestic violence: an unrecognized critical component of maternal mortality. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17, 123-129
- Ewing, C. P., & Aubrey, M. (1987). Battered women and public opinion: Some realities about the myths. *Journal of Family Violence*, 2, 257-264.
- Eyo U. E. (2006). Violence Against Women. *Health Care for Women International*, 27, 199-203
- Falcón, L. (1991). *Violencia contra la mujer*. Barcelona: Vindicación Feminista.

- 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.
- Finkelhor, D. y Yllö, K. (1983). Rape in marriage: A sociological view. En D. Finkelhor, R. Gelles, G. Hotaling y M. Strauss (Eds.), *The dark sides of families: Current family violence research report* (pp. 119-130). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Fischbach, R. L. y Hebert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science and Medicine*, 45, 1161-1176.
- Flitcraft, A. H. (1995). Clinical violence intervention: lessons from battered woman. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 6, 187-193.
- Foa, E. B. & Rothbaum, B. O. (1998). *Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD*. Nueva York: Guilford Press.
- Foa, E. B., Ehlers, A., Clark, D. M., Tolin, D. F., & Orsillo, S. M. (1999). The Posttraumatic Stress Cognitions Inventory (PTCI): Development and validation. *Psychological Assessment*, 11, 303-314.
- Follingstad, D. R., Brennan, A. F., Hause, E. S., Polek, D. S., y Rutledge, L. L. (1991). Factors moderating physical and psychological symptoms of battered women. *Journal of Family Violence*, 6, 81-95.
- Follingstad, D. R., Rutledge, L. L., Berg, B., Hause, E. S. y Polek, D. S. (1990). The role of emotional abuse in physical abusive relationships. *Journal of Family Violence*, 6, 187-204.
- Forte, T., Cohen, M. M., Du Mont, J., Hyman, I. y Romans, S. (2005). Psychological and physical sequelae of intimate partner violence among women with limitations in their activities of daily living. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 248-256
- Fotani, Y., Méndez-Valdivia M., Cuesta M., López C., Rodríguez F. J., Herrero F. J., Ezama E. (2002). Mujeres maltratadas por sus parejas masculinas. *Psicothema*, 14, 130-138.
- García Messeger, A. (1996). *¿Es sexista la lengua española?* Barcelona: Paidós.
- Garrido, V. (2001). *Amores que matan*. Valencia: Algar
- Gelles, R.J. (1983). An exchange / social theory. En D. Finkelhor; R. J. Gelles; G. T, Hotaling y M. A. Straus (Eds). *The dark side of families: Current family violence research* (151-165). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Gelles, R. J., y Maynard, P. E. (1987). A structural family systems approach to intervention in cases of family violence. *Family Relations*, 36, 270-275.
- Génesis (1988). *Sagrada Biblia*. Valencia: Ortells.
- Gleason, W. (1993). Mental disorders in battered women: An empirical study. *Violence and Victims*, 8, 53-68.
- Goldberg, D. P. y Hillier, V. F. (1979). A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.
- Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: a meta-analysis. *Journal of Family Violence*, 14, 99-132.
- Goldstein, D. y Rosenbaum, A. (1985). An evaluation of the self-esteem of maritally violent men. *Family Relations*, 34, 425-428.
- González, M. (2006). Análisis del sistema sanitario asturiano. En E. Torres y M. L. Carro (Eds.), *Violencia de género, Reflexiones sobre intervenciones sanitarias y judiciales* (pp. 165-173). Asturias: Avilés
- Goodman, L. A., Koss, M. P., Fitzgerald, L. F., Russo, N. F. y Keita, G. P. (1993). Male violence against women: Current research and future directions. *American Psychologist*, 48, 1054-1058.
- Gorham, S. (1997). The roots of male violence against women. En L. L. O'Toole y J. R. Schiffman (Eds.) *Gender violence. Interdisciplinary perspectives* (pp. 3-10). Nueva York: University Press.
- Gottman, J. M., Jacobson, N. S., Rushe, R. H., Short, J. W., Babcock, J., La Taillade, J. J. y Waltz, J. (1995). The relationship between heart rate reactivity, emotionally aggressive behaviour, and general violence in batterers. *Journal of Family Psychology*, 9, 227-248.
- Grossman, S. F y Lundy, M. (2007). Domestic violence across race and ethnicity. Implications for social work practice and policy. *Violence Against Women*, 13, 1029-1052
- Hamberger, L. K., Lohr, J. M., Bonge, D., y Tolin, D. F. (1996). A large sample empirical typology of male spouse abusers and its relationship to dimensions of abuse. *Violence and Victims*, 11, 277-292.
- Harrison, L. A. y Willis Esqueda, C. (1999). Myths and stereotypes of actors involved in domestic violence: Implications for domestic violence culpability attributions. *Aggression and Violent Behavior*, 4, 129-138

- Heckert, D. A., y Gondolf, E. W. (2000). Assessing assault self-reports by batterer program participants and their partners. *Journal of Family Violence, 15*, 181-197.
- Heise, L. y García-Moreno, C. (2002). Violence by intimate partners. En E.G. Krug, L.L. Dahlberg y J.A. Mercy (Eds.), *World Report on Violence and Health* (pp. 88-121). Ginebra: World Health Organization.
- Hickling, E. J. y Blancharch, E. B. (1992). Post-traumatic stress disorders and motor vehicle accidents. *Journal of Anxiety Disorders, 6*, 283-304.
- Hoff, L. A. (1990). *Battered women as survivors*. London: Routledge.
- Holtzworth-Munroe, A., & Stuart, G. L. (1994). Typologies of male batterers: Three subtypes and the differences among them. *Psychological Bulletin, 116*, 476-497.
- Hotaling, G. y Sugarman, D. (1986). An analysis of risk markers in husband to wife violence: The current state of knowledge. *Violence and Victims, 1*, 101 – 124.
- Houskamp, B. M., y Foy, D. W. (1991). The assessment of posttraumatic stress disorder in battered women. *Journal of Interpersonal Violence, 6*, 367–375.
- Hughes, M. y Jones, L. (2000). Women, domestic violence and posttraumatic stress disorder (PTSD). *Family Therapy, 27*, 125-139.
- Instituto de la Mujer (2007). Mujeres en cifras. *Denuncias por malos tratos producidos por la pareja o expareja*. Disponible en: <http://www.inmujer.migualdad.es/mujer/mujeres/cifras/violencia/denuncias.htm>
- Instituto de la Mujer (2009). Mujeres en cifras. *Mujeres muertas por violencia de género a manos de sus parejas o exparejas*. Disponible en: <http://www.mtas.es/mujer/mcifras//muertes.htm>.
- Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2006). *El acoso sexual a las mujeres en el ámbito laboral*. Madrid: Instituto de la Mujer
- Jackson, H., Philp, E., Nuttall, R. L. y Diller, L. (2002). Traumatic Brain Injury: A Hidden Consequence for Battered Women. *Professional Psychology: Research and Practice, 33*, 39–45
- Kamphuis, J. H. y Emmelkamp. P. M. G. (2005). 20 Years of Research into Violence and Trauma, Past and Future Developments. *Journal of Interpersonal Violence, 20*, 167-174
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., y Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archives of General Psychiatry, 52*, 1048-1060.
- Kim, S. y Kim, J. (2001). The effects of group intervention for battered women in Korea. *Archives of Psychiatric Nursing, 15*, 257-264.
- Koss, M. P. (1990). The women's mental health research agenda: violence against women. *American Psychologist, 45*, 374-380.
- Koss, M. P. y Harvey, M. R. (1991). *The rape victim: Clinical and community interventions*. Newbury Park, CA: Sage.
- Koss, M. P., Goodman, L. A., Browne, A., Fitzgerald, L. F., Keita, G. P., Russo, N. F. (1995). *No safe haven: Male violence against women at home, at work, and in the community*. Washintong, DC: APA.
- Kubany, E. S., & Watson, S. B. (2002). Cognitive trauma therapy for formerly battered women with PTSD (CTT-BW): Conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice, 9*, 111–127.
- Kubany, E. S., Abueg, F. R., Owens, J. A., Brennan, J. M., Kaplan, A., & Watson, S. (1995). Initial examination of a multidimensional model of guilt: Applications to combat veterans and battered women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 17*, 353–376.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Abueg, F. R., Brennan, J. M., Manke, F. P., y Stahura, C. (1996). Development and validation of the Trauma- Related Guilt Inventory (TRGI). *Psychological Assessment, 8*, 428– 444.
- Kubany, E. S., Haynes, S. N., Leisen, M. B., Owens, J. A., Kaplan, A., y Burns, K. (2000). Development and preliminary validation of the Traumatic Life Events Questionnaire. *Psychological Assessment, 12*, 210–224.
- Kubany, E. S., McKenzie, W. F., Owens, J. A., Leisen, M. B., Kaplan, A. S., y Pavich, E. (1996). PTSD among women survivors of domestic violence in Hawaii. *Hawaii Medical Journal, 55*, 164–165.
- Kubany, E. S., Hill, E. E. y Owens, J. A. (2003). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women With PTSD: Preliminary Findings. *Journal of Traumatic Stress, 16*, 81-91.
- Kubany, E. S., Owens, J. A., McCaig, M. A., Hill, E. E, Iannce-Spencer, C., Tremayne, K. J. (2004). Cognitive Trauma Therapy for Battered Women with PTSD (CTT-BW). *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 3-18.
- Labrador, F. J., Fernández-Velasco, R. y Rincón, P. P. (2006). Eficacia de un programa de intervención individual y breve para el trastorno por estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia doméstica. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 6*, 527-547.

- Labrador, F. J., Rincón, P. P., de Luis, P., Fernández-Velazco, R. (2004). *Mujeres víctimas de violencia doméstica: Programa de actuación*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Ley 16/2003, de 8 de abril, de prevención y protección integral de las mujeres contra la violencia de género. BOE núm.162, 26392-26402
- Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica. BOE núm.183, 29881-29883
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. BOE núm. 313, 42166-42197.
- Lorente, M. (2001). *Mi marido me pega lo normal*. Barcelona: Crítica.
- Lorente, M. y Lorente, J. A., (1998). *Agresión a la mujer: Maltrato, violación y acoso*. Granada: Comares.
- Ludemir, A. B., Schraiber, L. B., Oliveira, A., Franca-Junior, I. y Jansen, H. A. (2008). Violence against women by their intimate partner and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 66, 1008-1018.
- Lundy, M. y Grossman, S. (2001). Clinical research and practice with battered women. What we know, what we need to know. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2, 120-141.
- Magán, I., Sanz, J. y García-Vera, M. P. (2008). Psychometric properties of a Spanish version of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in general population. *The Spanish Journal of Psychology*, 11, 626-640.
- Maiuro, R. D., Cahn, T. S. y Vitaliano, P. P. (1986). Assertiveness and hostility in domestically violent men. *Violence and Victims*, 1, 279-289.
- Maiuro, R.D.; Cahn, T. S., Vitaliano, P.P., Wagner, B.C. y Zegree (1988). Anger, hostility, and depression in domestically violent versus generally assaultive men and non-violent control subjects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 17-23.
- Martin, E. K., Taft, C. T. y Resick, P. A. (2007). A review of marital rape. *Aggression and Violent Behavior*, 12, 329-347
- Matud, M. P. (1998). *Investigación del estrés y su impacto en la salud de la mujer en Canarias*. Memoria no publicada del Proyecto de investigación del mismo nombre subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer.
- Matud, M. P. (1999). *Impacto psicológico del maltrato a la mujer: un análisis empírico*. Memoria no publicada del Proyecto de investigación del mismo nombre subvencionado por el Instituto Canario de la Mujer.
- Matud, M. P. (2004a). Impacto de la violencia doméstica en la salud de la mujer maltratada. *Psicothema*, 16, 397-401.
- Matud, M. P. (2004b). Diseño y Validación de un programa de intervención psicológica con mujeres víctimas de maltrato por parte de su pareja. Memoria Final de Investigación. Madrid: Instituto de la Mujer. Exp. Nº 126/01.
- Matud, M. P. (2005). The psychological impact of domestic violence on spanish women. *Journal of Applied Social Psychology*, 35, 2310-2322.
- Matud, M. P. (2009). *Violencia de género*. Castelló de la Plana: Universitat Jaume I.
- Matud, M. P., Carballeira, M. y Marrero, R. J. (2001). Validación de un inventario de evaluación del maltrato a la mujer por su pareja: el APCM. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 5-17.
- Matud, M. P., Gutiérrez, A.B. y Padilla, V. (2004). Intervención psicológica con mujeres maltratadas por su pareja. *Papeles del Psicólogo*, 25, 1-9.
- Matud, M. P., Padilla, V. y Gutiérrez, A. B. (2005). *Mujeres maltratadas por su pareja. Guía de tratamiento psicológico*. Madrid: Minerva Ediciones.
- Matud, M. P., Rodríguez, C. Marrero, R. J. y Carballeira, M. (2002). *Psicología del género: implicaciones en la vida cotidiana*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Matud, M. P., Marrero, R. J., Carballeira, M., Moraza, O. y Aguilera, L. (2003). Mujeres maltratadas por su pareja: atribuciones causales y dinámica de la violencia. *Clepsidra*, 2, 57-69.
- Matud, M. P., Marrero, R. J.; Carballeira, M., Pérez, M., Correa, M. L., Aguilera, B. y Sánchez, T. (2003). Transmisión intergeneracional de la violencia doméstica. *Psicología Conductual*, 11, 25-40.
- McCloskey, K. A. y Fraser, J. S. (1997). Using feminist MRI brief therapy during initial contact with victims of domestic violence. *Psychotherapy*, 34, 433-446.
- Mechanic, M. B., Weaver, T. L. y Resick, P. A. (2008). Mental health consequences of intimate partner abuse: a multi-dimensional assessment of four different forms of abuse. *Violence Against Women*, 14, 634-654
- Medina, J. (1994). Perfil psicosocial y tratamiento del hombre violento con su pareja en el hogar. En E. Echeburúa (Ed.), *Personalidades Violentas* (pp. 153-167). Madrid: Pirámide.

- Nixon, R. D., Resick, P. A. y Nishith, P. (2004). An exploration of comorbid depression among female victims of intimate partner violence with posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82, 315-320.
- O'Campo, P., Kub, J., Woods, A., Garza, M., Jones, A. S., Gielen, A. C., Dienemann, J., Campbell, J. (2006). Depression, PTSD, and Comorbidity Related to Intimate Partner Violence in Civilian and Military Women. *Brief Treatment and Crisis Intervention* 6, 99-110.
- Olaiz, G., Rojas, R., Valdez, R., Franco, A. y Palma, O. (2006). Prevalencia de diferentes tipos de violencia en usuarias del sector salud de México. *Salud Pública de México*, 48, 232-238.
- O'Leary, K. D. (1999). Psychological abuse: A variable deserving critical attention in domestic violence. *Violence and Victims*, 14, 3-23.
- O'Leary, K. D., Curley, A. D., Rosenbaum, A. y Clarke, C. (1985). Assertion training for abused wives: A potentially hazardous treatment. *Journal of Family Therapy*, 11, 319-322.
- O'Neill, M. I. y Kerig, P. K. (2000). Attributions of Self-Blame and Perceived Control as Moderators of Adjustment in Battered Women. *Journal of Interpersonal Violence*, vol. 15, 1036-1049.
- Orava, T. A., McLeod, P.J. y Sharpe, D. (1996). Perceptions of control, depressive symptomatology, and self-esteem in women in transition from abusive relationship. *Journal of Family Violence*, 11, 167-186.
- Organización Mundial de la Salud (2005). *Estudio multipaís de la OMS sobre salud de la mujer y violencia doméstica contra la mujer: primeros resultados sobre prevalencia, eventos relativos a la salud y respuestas de las mujeres a dicha violencia: resumen del informe*. Recuperado el 10 de Noviembre de 2006 de: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/summary_report/summaryreportSpanishlow.pdf
- Organización de Naciones Unidas (1993). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer* (Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993). Encontrada el 24 de febrero de 2010 en <http://www.inmujer.migualdad.es/MUJER/politicas/eliminacionnviolencia.pdf>.
- Organización de Naciones Unidas (1995). *Declaración de Beijing y Plataforma para la Acción*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Organización de Naciones Unidas (2006). *Estudio a fondo sobre todas las formas de violencia contra la mujer: Informe del Secretario General* (Resolución de la Asamblea General 61/122 de 6 de julio de 2006). Encontrada el 20 de febrero de 2010 en: <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/61/122/Add.1>
- Pastor, R. (2001). Reflexiones sobre la violencia de género: aspectos psico-sociales. *Información Psicológica*, 75, 5-8.
- Peckover, S. (2003). Health visitors' understanding of domestic violence. *Journal of Advanced Nursing*, 44, 2, 200-208.
- Pence, E. y Paymar, M. (1986). *Power and control: Tactics of men who batter: An educational curriculum*. Duluth, MN: Minnesota Program Development, Inc.
- Pérez del Campo, A. M. (1995). *Una cuestión incomprendida. El maltrato a la mujer*. Madrid: Horas y Horas.
- Pfouts, J.H. (1978). Violent families: coping responses of abused wives. *Child Welfare*, 57, 101-111.
- Pineda, E. (2005). Algunas Reflexiones Acerca de la Violencia. En A. García-Mina y M.J. Carrasco (Eds.), *Violencia y Género* (pp. 11-36). Madrid: Publicaciones de la Universidad Pontificia de Comillas.
- Instituto Canario de La Mujer. *III Plan Canario de Igualdad de Oportunidades entre Hombres y Mujeres 2003-2006*. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.org/icmujer/planes_3.html
- Plichta, A. B. (2004). Intimate partner violence and physical health consequences. Policy and practice implications. *Journal of Interpersonal Violence*, 296, 1296-1323.
- Randall, M. y Haskel, L. (1995). Sexual violence in women's lives: Findings from the Women's Safety Project, a community-based survey. *Journal of Interpersonal Violence*, 1, 6-31.
- Real Decreto 236/2005, de 4 de marzo, por el que se modifica el Real Decreto 1477/2004, de 18 de junio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Medio Ambiente*. BOE núm. 65, 9424-9425
- Rector, N. A. y Roger, D. (1993, julio). *Self-concept and emotion-control*. Paper presented at the 3rd Annual Meeting of the European Congress of Psychology. Helsinki. Finlandia.
- Riger, S., Raja, S., Camacho, J. (2002). The radiating impact of intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 17, 184-205.
- Roberts, A. R., & Burman, S. (1998). Crisis intervention and problem-solving with battered women. In A. W. Burgess (Ed.), *Advanced Practice Psychiatric Nursing* (pp. 419-430). Stamford, Connecticut : Appleton & Lange.
- Roberts, G. L., Lawrence, J. M., Williams, G. M. y Raphael, B. (1998). The impact of domestic violence on women's mental health. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 22, 56-61.

- Rojas Marcos, L. (1995). *Las semillas de la violencia*. Madrid: Espasa-Calpe.
- Roger, D., Jarvis, G. y Najarian, B. (1993). Detachment and coping: The construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15, 619-626.
- Römkens, R. (1997). Prevalence of wife abuse in the Netherlands. Combining quantitative and qualitative methods in survey research. *Journal of Interpersonal Violence*, 12, 99-125.
- Rosenbaum, A. y O'Leary, K. D. (1981). Marital violence: characteristics of abusive couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 63-71.
- Sackett, L. A., y Saunders, D. G. (1999). The impact of different forms of psychological abuse on battered women. *Violence and Victims*, 14, 105-117.
- Sanz, J. y Navarro, M. E. (2003). Propiedades psicométricas de una versión española del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 9, 59-84.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II). 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 2003, 14, 249-280.
- 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* (pp.95-108). Madrid: Pirámide.
- Saunders, D. (1986). When battered women use violence: husband abuse, or self-defensa? *Violence and Victims*, 1, 47-60.
- Saunders, D. (1992). A Typology of men who batter: three types derived from cluster analysis. *American Journal Orthopsychiatry*, 62, 264-275.
- Saunders, D. G. (1994). Posttraumatic stress symptom profiles of battered women: A comparison of survivors in two settings. *Violence and Victims*, 9, 31-44.
- Scott, K. y Straus, M. (2007). Denial, Minimization, Partner Blaming, and Intimate Aggression in Dating Partners. *Journal of Interpersonal Violence*, 22, 7, 851-871
- Schuller, R. A. y Vidmar, N. (1992). Battered woman syndrome evidence in the courtroom. *Law and Human Behavior*, 16, 273-291
- Seligman, M. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco, CA: Freeman.
- Seligman, M. y Maier, S. F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, 74, 1-9.
- Silva, C., McFarlane, J., Soeken, K., Parker, B., y Reel, S. (1997). Symptoms of post-traumatic stress disorder in abused women in a primary care setting. *Journal of Women's Health*, 6, 543-652.
- Simonson, K., & Subich, L. M. (1999). Rape perceptions as a function of gender-role traditionality and victim-perpetrator association. *Sex Roles*, 40, 617-634.
- Smith, P. H., Thornton, G. E., DeVellis, R., Earp, J., y Coker, A. L. (2002). A population-based study of the prevalence and distinctiveness of battering, physical assault, and sexual assault in intimate relationships. *Violence Against Women*, 8, 1208-1232.
- Sopeña, M. E. (2006). Violencia contra las mujeres: claves para la comprensión e intervención profesional desde la atención primaria. En E. Torres y M.L. Carro (Eds.), *Violencia de género, Reflexiones sobre intervenciones sanitarias y judiciales* (pp. 11-31). Asturias: Avilés
- Strube, M. (1988). The decision to leave and abusive relationship: Empirical evidence and theoretical issues. *Psychological Bulletin*, 2, 236-250.
- Suárez, S. (1994). Masculinidad y violencia. El trabajo con hombres violentos. En J. Corsi (Comp.), *Violencia Familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social* (pp. 133-168). Buenos Aires: Paidós.
- Sutherland, K. y Bryant, R. A. (2005). Self-defining memories in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 591-598.
- Taft, C. T., Murphy, C. M., King, L. A., Dedejn, J. M., y Musser, P. H. (2005). Posttraumatic stress disorder symptomatology among partners of men in treatment for relationship abuse. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 259-268.
- Taylor, W. K., Magnussen, L. y Amundson, M. J. (2001). The Lived Experience of Battered Women. *Violence against Women*, 7, 563-585.
- Theran, S. A., Sullivan, C. M., Bogat, G. A. y Stewart, C. S. (2006). Abusive partners and ex-partners, Understanding the effects of relationship to the abuser on women's well-being. *Violence Against Women*, 12, 950-969
- Torres, M. (2001). *La violencia en casa*. México: Paidós.

- Tutty, L.M. (1996). Post-Shelter Services: The efficacy of follow-up programs for abused women. *Research on Social Work Practice, 6*, 425-441.
- Tutty, L., Bidgood, B. y Rothery, M. (1993). Support groups for battered women: research on their efficacy. *Journal of Family Violence, 8*, 4, 325-343.
- Tweed, R. y Dutton, D.G. (1998). A comparison of impulsive and instrumental subgroup of batterers. *Violence and Victims, 13*, 217-230.
- Unger, R. y Crawford, M. (1992). *Women and Gender. A Feminist Psychology*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Varela, E. M. y Berenbaum, H. (2003). Brain injury in battered women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 797-804.
- Vázquez, B. (1999). Evaluación psicológica de la mujer maltratada. *Clínica y Salud, 10*, 377-391.
- Velázquez, S. (2003). *Violencias cotidianas, violencias de género. Escuchar, comprender, ayudar*. Buenos Aires: Paidós.
- Villavicencio, P. y Sebastián, J. (2001). *Violencia doméstica: Su impacto en la salud física y mental de las mujeres*. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Vitanza, S., Vogel, L. C. M. y Marshall, L. L. (1995). Distress and symptoms of posttraumatic stress disorder in abused women. *Violence and Victims, 10*, 23-34.
- Walker, L. (1979). *The battered woman*. Nueva York: Harper & Row Publishers.
- Walker, L. (1983). Battered women Syndrome Study. En D. Finkelhor, R. Gelles, G. Hotaling y M. Strauss (Eds.), *The dark sides of families: Current family violence research* (p.p. 31-48). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Walker, L. (1984). *Battered woman Syndrome*. Nueva York: Springer.
- Walker, L. (1991). Posttraumatic stress disorder in women: Diagnostic and treatment of battered women syndrome. *Psychotherapy, 28*, 21-29.
- Walker, L. (1994). *Abused Women and Survivor Therapy*. Washington, DC: APA.
- Walker, L. (1995). Current Perspectives on Men Who Batter Women-Implications for Intervention and Treatment to Stop Violence Against Women: Comment on Gottman et al. (1995). *Journal of Family Psychology, 9*, 264-271.
- Walker, L. E. (1996). Assessment of abusive spousal relationships. The battered woman syndrome. En F. W. Kaslow (Ed.), *Handbook of relational diagnosis and dysfunctional family patterns. Wiley series in couples and family dynamics and treatment* (pp. 338-356). Nueva York: Wiley.
- Walker, L. (1999). Psychology and domestic violence around the world. *American Psychologist, 54*, 21-29.
- Webb, W. (1992). Treatment issues and cognitive behaviour techniques with battered women. *Journal of Family Violence, 7*, 205-217.
- Widom, C. S. (1989). Does violence beget violence? A critical examination of the literature. *Psychological Bulletin, 106*, 3-28.
- Wingood, G. M., DiClemente, R. J. y Raj, A. (2000). Adverse consequences of intimate partner abuse among women in non-urban domestic violence shelters. *American Journal of Preventive Medicine, 19*, 270-275.
- Woods, S. J., & Isenberg, M. A. (2001). Adaptation as a mediator of intimate abuse and traumatic stress in battered women. *Nursing Science Quarterly, 14*, 215-221.
- Yarmey, D. A., & Kruschenske, S. (1995). Facial stereotypes of battered women and battered women who kill. *Journal of Applied Social Psychology, 25*, 338-352.
- 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. 129-151). Madrid: Pirámide.
- Zust, B. (2000). Effect of Cognitive Therapy on Depression in Rural, Battered Women. *Archives of Psychiatric Nursing, 14*, 51-63