



2008, 15(1), 29-38

EVALUACIÓN DEL ESTRÉS POSTRAUMÁTICO EN MUJERES VÍCTIMAS DE MALOS TRATOS

Patricia García-Leiva, Juan Manuel Domínguez-Fuentes y
Cristina García García

Universidad de Málaga

Resumen: En este artículo se analizan la frecuencia e intensidad del trastorno de estrés posttraumático en 100 mujeres maltratadas. Para ello, se aplica la Escala de Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Posttraumático (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasua, 1997) a mujeres usuarias de los servicios sociales y otros centros de ayuda a mujeres maltratadas en la ciudad de Málaga. En contra de lo esperado los resultados indican que no hay diferencias significativas en función del tipo de maltrato experimentado (físico, psíquico y sexual). Sin embargo hay indicios del probable papel amortiguador del apoyo social; así como del incremento del estrés posttraumático en aquellas mujeres que han vivido experiencias previas de maltrato.

Palabras clave: maltrato contra la mujer, estrés posttraumático, daño psicológico.

Abstract: In this paper we analyze the frequency and intensity of posttraumatic stress disorder in a sample of 100 battered women. Female users of social services and other institutions for maltreated women completed the Posttraumatic Stress Disorder Symptom Severity Scale (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta, & Sarasua, 1997). Results show that there are no significant differences based on the type of maltreatment experienced (physical, psychological and sexual). Nevertheless, we have identified social support as a possible protective factor that buffers women against posttraumatic stress, and previous experience of violence as a risk factor associated with higher levels of posttraumatic stress.

Key words: Intimate partner violence, psychological effects, posttraumatic stress disorder.

Title: *Assessment of Posttraumatic Stress Disorder in battered women*

La violencia contra las mujeres no es una novedad de nuestro siglo, sino más bien el resultado histórico de profundas diferencias estructurales arraigadas en la sociedad. A pesar de las conquistas históricas de la mujer como colectivo el índice de maltrato continúa siendo muy alto. De acuerdo con el Instituto de la Mujer (2007) el porcentaje de mujeres maltratadas (uniendo las consideradas técnicamente como maltratadas y las autoclasificadas como tal) fue de 16.6% en el año 1999, de 15.1% en el año 2002 y de 13.2% en el año 2006. Porcentaje dema-

siado elevado que se materializó con 70 mujeres muertas en el pasado año (Instituto de la Mujer, 2009).

El término violencia o maltrato contra la mujer se define como “todo acto de violencia 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 la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada” (Asamblea General de Naciones Unidas, 1994, p. 3).

Esta investigación se ha centrado únicamente en la violencia que tiene lugar en la vida privada, concretamente en la que ejerce el miembro de la pareja varón contra su compañera mujer. En este ámbito, el

*Dirigir la correspondencia a
Patricia García Leiva
Facultad de Psicología; Dpto. de Psicología Social, Antropología Social, Trabajo Social y Servicios Sociales
Campus de Teatinos s/n; 29071-Málaga (España)
e-mail: patricia@uma.es
© Copyright 2009: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

privado, hay distintos tipos de maltrato, pero se podría decir que como categorías mutuamente excluyentes hay dos: el físico y el exclusivamente psicológico.

Se puede afirmar que hay maltrato físico si hay “acciones de carácter no accidental que conllevan riesgo o daño para la integridad física de la víctima. Incluye conductas como empujar, pegar, quemar o el uso de armas u otros objetos para agredir a la víctima” (Instituto Vasco de la Mujer, 2007, p.5).

Por otro lado el maltrato psicológico o emocional alude a “acciones no accidentales que conllevan un daño o riesgo para la integridad psíquica de la víctima, en forma de amenaza, insulto, humillación, desprecio, rechazo afectivo, así como bloqueo de las iniciativas de interacción, aislamiento, incomunicación, etc.” (Instituto Vasco de la Mujer, 2007, p.5).

Otros tipos de maltrato que algunos autores consideran y que pueden aparecer conjuntamente con el maltrato psicológico o el físico son: el maltrato sexual y el económico. El primero de ellos se define como “aquellos comportamientos de naturaleza sexual realizados sin consentimiento de la víctima” (Instituto Vasco de la Mujer, 2007, p.5). El segundo, el económico, consiste en “impedir el acceso a la información o el manejo del dinero o de otros bienes económicos. Incluye conductas tales como el chantaje económico, el control absoluto de los ingresos, impedir el acceso a un puesto de trabajo o el impago de pensiones alimenticias” (Instituto Vasco de la Mujer, 2007, p.5).

En la mayoría de los casos el maltrato no se limita a un episodio aislado, sino que más bien se trata de un proceso largo que tiene graves consecuencias para la salud física y mental de la mujer y que, en no pocas ocasiones, como ya se ha comentado, termina con la muerte. De entre todas las consecuencias que conlleva para la salud

mental se pueden destacar como las más frecuentes: la depresión, la ansiedad, la baja autoestima y el estrés postraumático (Campbell, Sullivan & Davidson, 1995; Douglas, 1987 & Dutton, 1992). De todas ellas este estudio se va a centrar en el trastorno de estrés postraumático (TEPT) por sus implicaciones sobre la salud psicosocial de la mujer maltratada.

El TEPT pertenece al grupo de los trastornos por ansiedad y se diagnostica por la aparición de una serie de síntomas tras vivir un acontecimiento estresante o extremadamente traumático que representa una amenaza para la integridad física (DSM IV-TR, 2003) y/o el bienestar psicológico (Green, 1990). El daño psicológico ocasionado es consecuencia de la experiencia traumática con independencia de las variables individuales o biográficas de la persona (Echeburúa, Corral & Amor, 2003). La persona muestra síntomas de reexperimentación del episodio traumático, evitación de los estímulos que asocia de alguna manera a dicho acontecimiento y aumento de la activación (DSM IV-TR, 2003). La mujer maltratada con estrés postraumático posee un amplio conjunto de alteraciones clínicas a nivel tanto cognitivo, como psicofisiológico y conductual. Entre las primeras se han identificado: confusión e impotencia, incapacidad para tomar de decisiones, pérdida de control y de atención, alteraciones de la memoria implícita y de la memoria declarativa (Moya-Albiol & Occhi, 2007). A nivel psicofisiológico se ha hallado una gran tendencia a asustarse, mientras que a nivel conductual se han encontrado signos de apatía y de ruptura de la rutina diaria (Acierno, Kilpatrick & Resnick, 1999). Todo ello produce un incremento del estrés, del agotamiento, de la experimentación de emociones intensas y pensamientos irracionales que cierran el círculo vicioso incrementando la intensidad del estrés, del agotamiento y de las emociones intensas (Miguel-Tobal, González &

López, 2000); pudiendo, incluso, conducir a la mujer al suicidio (Moya-Albiol et al., 2007).

Cuando este conjunto de alteraciones persiste después de tres meses estamos ante un cuadro crónico, lo que implica un grave deterioro en la vida de la persona. Es interesante reseñar que, a pesar de ser un trastorno relativamente habitual en las mujeres maltratadas, si se compara la intensidad del estrés postraumático con personas víctimas de terrorismo o de agresiones sexuales la mujer maltratada es la que informa de un nivel más bajo de estrés (Echeburúa et al., 2003).

Junto a la frecuencia de aparición del TEPT se quieren analizar las posibles diferencias, en intensidad y sintomatología, entre mujeres que han vivido maltrato físico, psicológico y/o sexual. Algunos estudios señalan que son el maltrato físico y el psicológico los que provocan mayor malestar (Basile, Arias, Desai & Thompson, 2004) mientras que otros han encontrado que es el psicológico y el sexual (Coker, Weston, Creson, Justice, & Blakeney, 2005). De todos ellos es de especial interés el psicológico en solitario por su difícil detección y porque suele ser el primero en aparecer.

Pero no todas las mujeres que han sido víctimas de maltrato presentan el mismo nivel de estrés postraumático. Tal y como se muestra en la Figura 1 hay variables que pueden incrementar o disminuir la intensidad del malestar psicológico y emocional que supone el estrés postraumático.

Las experiencias previas de maltrato o abuso, el bajo apoyo social y familiar (Miguel-Tobal, Cano-Vindel, Iruarrizaga, González & Galea, 2004), las inadecuadas estrategias de afrontamiento (Velasco, Campos & Páez, 2004), así como la vulnerabilidad psicológica y biológica (Echeburúa et al., 2003) conducirán a un mayor nivel de estrés postraumático. También se ha hallado que, en comparación con los hombres, las mujeres tienen más probabilidades de desarrollar niveles elevados de TEPT (Vázquez, Pérez-Sales & Matt, 2006).

El conocimiento cuantitativo y cualitativo de esta alteración psicológica supone un paso fundamental en el desarrollo de programas de intervención y de instrumentos de detección precoz del maltrato. Igualmente, es de gran importancia para la construcción de herramientas de compensación y/o castigo en el ámbito judicial-penal (Esbec, 1994).

Figura 1. Variables que influyen en la intensidad del estrés postraumático



(Echeburúa, Corral y Amor, 2003)

De acuerdo con esta tesis el presente estudio tiene como objetivo evaluar dos de las variables que pueden regular la intensidad del daño psicológico de las mujeres maltratadas: las experiencias previas de maltrato y el apoyo social - contextual y familiar recibido. Esta última variable es un constructo elaborado a partir del nivel de formación, la actividad laboral, y el apoyo institucional y familiar recibido por la mujer, tal y como hacen Coker et al. (2005).

Método

Participantes

La muestra del estudio está compuesta por un total de 100 mujeres de Málaga capital. La mayor parte (51%) son usuarias del Área de Igualdad de Oportunidades del Ayuntamiento de Málaga. El resto de la muestra se reparte entre el Servicio de Atención a Víctimas de Andalucía (SAVA) (12%), el Centro de Servicios Sociales Comunitarios de Palma-Palmilla (4%), el Centro de Servicios Sociales Comunitarios de Carretera de Cádiz (4%), el Centro de Servicios Sociales Comunitarios de Campanillas (4%), el Centro de Servicios Sociales Comunitarios del Distrito Málaga-Este (3%) y la Plataforma contra los Malos Tratos (2%). El 20% restante de la muestra estuvo formada por mujeres derivadas por las mujeres entrevistadas en los distintos servicios sociales. Así, las participantes contactaron con diversas amistades de casas de acogida, de los grupos de terapia, etc., pero que en el momento de la investigación ya no eran usuarias de los servicios institucionales.

La edad de las mujeres participantes en el estudio osciló entre los 22 y los 63 años, siendo la media de 37.6 años (DT = 9.0).

Instrumentos

Dos son los instrumentos de medida utilizados:

a) Adaptación de la Entrevista Semiestructurada para Víctimas del Maltrato Doméstico (Echeburúa & Corral, 1998). Esta entrevista permite recoger una amplia variedad de datos como son: el perfil sociodemográfico, las experiencias previas de maltrato, el tipo de maltrato, la frecuencia del mismo, así como el apoyo familiar y social - contextual recibido. Para este estudio se han incluido algunas preguntas con el fin de optimizar la información sobre: la nacionalidad y la etnia de la mujer, la edad al inicio y al término de la relación con el maltratador, grado de independencia económica y de vivienda, el apoyo recibido y las experiencias previas de maltrato. Para evaluar el apoyo se utilizaron preguntas dicotómicas y categoriales. Respecto al tipo de apoyo se preguntó por el apoyo emocional y por el instrumental.

b) Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático (Echeburúa et al., 1997) cuya fiabilidad para la muestra es de .87. Consta de 17 ítems presentados en un formato tipo Likert de 0 a 3 puntos mediante los que se evalúan, en tres subescalas, los tres grupos de síntomas que caracterizan al estrés postraumático: la reexperimentación (con una fiabilidad de .66), la evitación (con una fiabilidad de .7) y la activación fisiológica (con una fiabilidad de .8).

Procedimiento

Las mujeres fueron entrevistadas por tres psicólogas de forma individual entre febrero de 2004 y abril de 2005. El tiempo de entrevista osciló entre los 45 y los 50 minutos. Todas ellas participaron de forma voluntaria tras haber sido informadas del tipo de estudio en el que iban a participar. Puesto que, en la mayoría de los casos, las mujeres fueron derivadas por las diferentes instituciones que trabajan con mujeres maltratadas, no se les hizo firmar hojas de consentimiento informado.

En primer lugar respondieron a las preguntas de la entrevista semiestructurada y luego cumplieron la escala de estrés postraumático. Para evitar confusiones con el tipo de maltrato se les definió cada uno de ellos tras lo que seleccionaron cuál o cuáles habían sufrido.

Resultados

La muestra está compuesta por mujeres relativamente jóvenes, con una edad media de 37.56 años. Todas ellas comenzaron la relación con la pareja maltratadora a una edad bastante temprana, siendo la media 21.69 años. La mayoría, el 53%, hacía más de un año que estaban separadas, sólo el 4% de las mujeres entrevistadas mantenían el vínculo con el maltratador. Por otro lado, únicamente el 3% ha rehecho su vida sentimental y vive con una nueva pareja.

Respecto a los hijos, el 62% de las mujeres manifestó tener descendencia.

En cuanto a la nacionalidad el porcentaje más alto (94%) resultaron ser españolas y un escaso porcentaje de la muestra (6%) pertenece a la etnia gitana.

Sobre la formación y la actividad laboral indicar que el 53% posee estudios primarios, frente a un 24% con estudios medios y un 12% con estudios universitarios. Hay un 11% de mujeres que sabe leer y escribir pero no han estado escolarizadas. El 43% no trabaja y de las trabajadoras el porcentaje más alto (49%) realiza actividades que no requieren cualificación, como es el caso del servicio doméstico. Sólo el 7% desempeña una actividad laboral en la que es necesario un nivel medio-alto de formación.

En lo referente al nivel socioeconómico la mayoría de las mujeres pertenece a un estrato medio o medio-bajo, 51%, y el 27% posee un estatus socioeconómico bajo. Sólo el 4% tiene un nivel socioeconómico alto. La casi totalidad, el 72%, tiene una vivienda propia (36% en alquiler y 36% en

propiedad) y vive con sus hijos, el 53%. Un porcentaje importante convive con sus padres u otros familiares (23%), únicamente el 11% vive sola.

Respecto a la frecuencia del maltrato la mayoría de las mujeres manifiesta haberlo vivido a diario (46%), o al menos una vez a la semana (41%). Sólo el 8% de las mujeres informan de episodios mensuales.

El tipo de maltrato vivenciado mayoritariamente es el maltrato psicológico ya que el 98% de las mujeres declaran haberlo sufrido solo o en combinación con el maltrato físico y/o sexual. El maltrato físico es el segundo en frecuencia (82%), ya sea en exclusividad o asociado al psicológico y/o sexual, mientras que el sexual solo o unido con el físico y/o psicológico es el menos usual (44%).

Los episodios de maltrato suelen ser de los tres tipos, 39%, únicamente el 12% vivencia exclusivamente el psicológico, mientras que el físico en solitario se da en un 1% de la muestra. Sin embargo no se puede olvidar que todo maltrato físico conlleva implícito un maltrato psicológico, por lo que esta separación es algo "artificial". Es interesante observar que el maltrato sexual nunca aparece aislado.

En cuanto a la escala de gravedad de síntomas del TEPT la inmensa mayoría de las mujeres, el 90%, presentan una puntuación superior a 15, punto de corte establecido por los autores de la escala (Echeburúa et al., 1997), por lo que se puede afirmar que poseen un nivel alto de estrés postraumático. La media en la escala global es de 28,99. También cumplen los criterios por subescalas: hay al menos un síntoma de reexperimentación, al menos tres síntomas de evitación y al menos dos síntomas de activación. Igualmente en todas las subescalas una amplia mayoría supera los puntos de corte establecidos: reexperimentación el 91%, evitación el 85% y activación el 88%. En la Tabla 1 se recogen estos datos acom-

Tabla 1. Medias y frecuencias de la gravedad de los síntomas del trastorno de estrés post-traumático

	Punto de corte	%	Media
Reexperimentación	≥ 5	91	8,76
Evitación	≥ 6	85	11,18
Activación	≥ 4	88	9,05
Total	15	90	28,99

Tabla 2. Comparación de los síntomas del estrés postraumático en el maltrato psicológico y el maltrato psicológico-físico-sexual

	Los tres tipos de maltrato n = 39	Maltrato psicológico n = 12	
Escala Global	28.87	25.00	n.s.
Reexperimentación	9.02	7.41	n.s.
Evitación	10.46	11.08	n.s.
Activación fisiológica	9.49	6.5	n.s.

pañados de las medias de las subescalas, así como de los puntos de corte.

No se han encontrado diferencias significativas de estrés postraumático en función del tipo de maltrato. En la Tabla 2 se puede observar la comparación de medias entre el maltrato físico-psicológico-sexual y el psicológico pues estas dos modalidades son las más frecuentes. Los datos indican que la presencia de los tres tipos de maltrato es la experiencia que genera mayor malestar, exceptuando la subescala de evitación que presenta una puntuación más elevada para el caso del maltrato exclusivamente psicológico.

En la Tabla 3 se muestran los síntomas más significativos, así como tendencias interesantes asociadas a los distintos tipos de maltrato. Si se aplica el criterio del número de síntomas (1 de reexperimentación, 3 de evitación y 2 de activación fisiológica) para cada uno de los tipos de maltrato (físico, psicológico y sexual) no se cumpliría el criterio diagnóstico de estrés postraumático.

Sin embargo este dato probablemente es debido al reducido tamaño de la muestra y al hecho de que la mayoría de las mujeres han experimentado los tres tipos de maltrato conjuntamente.

Respecto a las variables que pueden amortiguar el daño ocasionado por la experiencia de maltrato se ha encontrado que aquellas mujeres con un mayor nivel formativo, con trabajo y que reconocen haber sido ayudadas por las instituciones públicas y por algún miembro de su familia muestran una media menor en la Escala de Gravedad de Síntomas (22.88), $F(1,341) = 3.640$, $p = .152$, en comparación con aquellas mujeres que no cumplen estas características (28.9). La mayoría manifiesta que es la familia en solitario la principal fuente de apoyo (43%) y que es la familia también el grupo al que se recurre con más frecuencia para buscar apoyo emocional (28%). Igualmente es la familia la principal fuente de apoyo instrumental, siendo el hogar de los progenitores el lugar más elegido para

Tabla 3. Tipo de maltrato y síntomas del trastorno de estrés postraumático

Tipo de maltrato	Síntoma de estrés	χ^2
MALTRATO PSICOLÓGICO	REEXPERIMENTACIÓN: ¿Sufre malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o le recuerdan algún aspecto del suceso?	$\chi^2 (3, n = 98) = 6.706 p = .082.$
	EVITACIÓN: ¿Tiene que esforzarse para evitar actividades, lugares o personas que evocan el recuerdo del suceso?	$\chi^2 (3, n = 98) = 6.463 p = .091.$
MALTRATO FÍSICO	REEXPERIMENTACIÓN: ¿Sufre malestar psicológico intenso al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	$\chi^2 (3, n = 82) = 10,629 p = .014.$
	REEXPERIMENTACIÓN: ¿Experimenta una reactividad fisiológica al exponerse a estímulos internos o externos que simbolizan o recuerdan algún aspecto del suceso?	$\chi^2 (3, n = 82) = 24,253 p = .000.$
	EVITACIÓN ¿Se ve obligada a realizar esfuerzos para ahuyentar pensamientos, sentimientos o conversaciones asociados al suceso?	$\chi^2 (3, n = 82) = 8,653 p = .034.$
	ACTIVACIÓN ¿Está usted excesivamente alerta (por ejemplo, se para de forma súbita para ver quién está a su alrededor) desde el suceso?	$\chi^2 (3, n = 82) = 11,007 p = .012.$
	ACTIVACIÓN: ¿Se sobresalta o se alarma más fácilmente desde el suceso?	$\chi^2 (3, n = 82) = 11,080 p = .011.$
MALTRATO SEXUAL	EVITACIÓN: ¿Experimenta una sensación de distanciamiento o de extrañeza respecto a los demás?	$\chi^2 (3, n = 44) = 6,868 p = .076.$
	EVITACIÓN: ¿Se siente limitada en la capacidad afectiva (por ejemplo, incapaz de Enamorarse)?	$\chi^2 (3, n = 44) = 6,537 p = .088.$

vivir al dejar al maltratador (37%). Las casas de acogida son el recurso inicial sólo para un 5%, mientras los amigos y/o conocidos comparten el 3%.

Por otro lado, tener una nueva relación de pareja también aparece como un importante elemento de apoyo y minimizador de malestar (24.33), $F(1,981) = 1.577$, $p = .009$. A pesar de todo ello, los índices de estrés postraumático siguen siendo elevados. En cualquier caso únicamente el 3% de las mujeres mantienen una nueva relación, por lo que la representatividad es escasa. Sí es interesante destacar que ninguna de ellas plantea la existencia de maltrato por parte de este nuevo compañero.

Por último, en cuanto a la historia de maltrato, las mujeres que han vivido maltrato en la infancia ($n = 33$) presentan una media superior (31.75), $F(2,010) = 6.168$, $p < .01$, en la escala global de estrés postraumático. Igualmente, las mujeres que han experimentado otros episodios de maltrato en la vida adulta ($n = 13$) también muestran un mayor malestar (32.30), $F(1,605) = 10.818$, $p < .05$.

Conclusiones

Tal y como indican otros estudios realizados en España las mujeres maltratadas no suelen poseer estudios superiores y su actividad laboral no es de alta cualificación (véase Amor, Echeburúa, Corral, Zubizarreta, & Sarasua, 2002). Perfil formativo-laboral que no es exclusivo de nuestro contexto ya que también se ha hallado en otros países (véase Basile et al., 2004). Estos datos nos ubican en un estatus socioeconómico determinado, pero no se puede afirmar que el maltrato sea un mal que afecta únicamente a las clases más desfavorecidas. La tendencia habitual en este tipo de estudios es recurrir a los centros de servicios sociales, servicios a los que no acuden, habitualmente, aquellas mujeres que poseen un nivel adquisitivo alto y que pueden

sufragar los gastos de abogados, psicólogos, un nuevo hogar, etc. Por tanto, es muy probable que el perfil esté definido por el muestreo.

En segundo lugar, los resultados de estrés postraumático, tanto a nivel global como de subescalas, son especialmente elevados, a pesar de que la mayoría de las mujeres llevan más de un año separadas. Dichos resultados coinciden con otros estudios realizados dentro y fuera de nuestro país (ver Echeburúa et al., 2003; Yoshihama & Horrocks, 2003). Este elevado malestar es un indicador del grave deterioro de la salud de la mujer y su difícil recuperación a corto y medio plazo. Dato que pone de manifiesto la necesidad de incrementar los programas de intervención clínica ofertados por los servicios públicos.

En cuanto a las diferencias en función del tipo de maltrato no hay datos significativos de interés a excepción de una mayor evitación tras experiencias de maltrato exclusivamente psicológico, resultado que también ha sido hallado en estudios previos en nuestro país (ver Echeburúa et al., 2003). Aunque el maltrato psicológico no ha mostrado consecuencias importantes, en comparación con el físico y sexual, una revisión de la literatura publicada apunta a la necesidad de desarrollar una herramienta para su detección temprana, pues suele presentar graves efectos a largo plazo, es el más difícil de identificar y suele ser el primero en ocurrir.

Siguiendo los objetivos de partida, el apoyo social parece ser un amortiguador del daño causado por el maltrato. Así, se observa que tener una nueva relación de pareja resulta una fuente importante de apoyo, ayudando a minimizar el malestar experimentado por las mujeres. Resultados en esta misma dirección han sido encontrados en estudios recientes (ver Coker et al., 2005). Aunque este dato es únicamente orientativo, debido al reducido tamaño de

la muestra, es de gran valor pues informa de una posible clave para la intervención en este impactante y grave problema social.

Por último, las experiencias previas de maltrato, ya sean en la infancia o en la edad adulta, incrementan el nivel de estrés postraumático. Sin embargo, debemos ser cautos al extraer conclusiones puesto que no se ha tenido en cuenta la intensidad y duración del maltrato vivido, lo que podría estar condicionando los resultados. Variable que sin duda, se debe controlar en investigaciones posteriores. A pesar de la citada limitación en el diseño del estudio, es necesario reseñar el gran avance que supondría la elaboración y estandarización de protocolos específicos para la infancia, asegurando con ello una detección precoz del maltrato y una intervención temprana.

De acuerdo con lo expuesto parece necesario aumentar los recursos económicos para erradicar este grave problema social. Actualmente las campañas a favor de la denuncia parece que han surtido efecto, pero de nada sirve animar a las mujeres a salir de su situación si cuando dan el paso no tienen dónde vivir o un trabajo digno. Como muestran los datos expuestos, la autonomía personal reduce el malestar y la probabilidad de llegar a situaciones extremas. Por ello las instituciones tienen que orientar sus esfuerzos en garantizar la indepen-

dencia económica de las mujeres y favorecer una red de apoyo sólida.

Igualmente se recoge como necesario el aumento de la intervención clínica ya que se observa cómo se mantienen a largo plazo los síntomas de reexperimentación, evitación y de activación. Ello requeriría de una mejor coordinación entre el sistema público de salud y el sistema de servicios sociales con el fin de garantizar una actuación integral.

Todo ello sin olvidar que el elemento central del problema no es la mujer, la víctima de maltrato, sino una sociedad con estructuras y valores desiguales en la que la prevención y la educación son una potente herramienta de cambio. Una sociedad en la que se castiga al maltratador pero con el que no se interviene, salvo contadas excepciones, olvidando el potencial de rehabilitación y garantizando por ende, casi con seguridad, la reincidencia. Una sociedad que tiene la obligación de intervenir con hijos/as de maltratadores y maltratadas para evitar la reproducción de modelos aprendidos. En definitiva se necesita un cambio social estructural que ponga el énfasis en la igualdad y la prevención y no, exclusivamente, en el castigo penal.

Artículo recibido: 13-09-2007
aceptado: 02-02-2009

Referencias

- Achenbach, T. M. (1997). *Manual for the Young Adult Self-Report and Young Adult Behavior Checklist*. Burlington, VT: University of Vermont Department of Psychiatry.
- Acierno, R., Kilpatrick, D.G., & Resnick, H.S. (1999). Post-traumatic stress disorder in adults relative to criminal victimization: Prevalence, risk factors and comorbidity. En P.A. Saigh & J.D. Bremner (Eds.) *Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text* (pp.44-68). Boston, Mass: Allyn and Bacon.
- American Psychiatric Association. (2003). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV-TR)*. Barcelona: Masson.
- Amor, P.J., Echeburúa, E., Corral, P., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (2002). Repercusiones psicopatológicas

- de la violencia doméstica en la mujer en función de las circunstancias del maltrato. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 227-246.
- Asamblea General de Naciones Unidas (1994). *Declaración sobre la eliminación contra la violencia sobre la mujer. Declaración de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993*. Ginebra: Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights.
- Basile, K.C., Arias, I., Desai, S. & Thompson, M.P. (2004). The differential association of intimate partner physical sexual, psychological and stalking violence and posttraumatic stress symptoms in a nationally representative sample of women. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 413-421.
- Campbell, R., Sullivan, C.M. & Davidson, W.S. (1995). Women who use domestic violence shelters: Changes in depression over time. *Psychology of Women Quarterly*, 19, 237-255.
- Coker, A.L., Weston, R., Creson, D.L., Justice, B. & Blakeney, P. (2005). PTSD symptoms among men and women survivors of intimate partner violence: The role of risk and protective factors. *Violence and victims*, 20, 625-643.
- Douglas, M.A. (1987). The battered women syndrome. En D.J. Sonkin (Eds.), *Domestic violence on trial: Therapeutic and legal dimensions of family violence* (pp.39-54). New York: Springer.
- Dutton, M.A. (1992). Assessment and treatment of post-traumatic stress disorder among battered women. En D.W. Foy (Ed.), *Treating PTSD. Cognitive behavioural strategies. Treatment manual for practitioners* (pp.69-98). New York: Guilford Press.
- Echeburúa, E. & Corral, P. (1998). *Manual de violencia familiar*. Madrid: Siglo XXI.
- Echeburúa, E., Corral, P. & Amor, P.J. (2003). Evaluation of psychological harm in the victims of violent crime. *Psychology in Spain*, 7, 10-18.
- Echeburúa, E., Corral, P., Amor, P.J., Zubizarreta, I. & Sarasua, B. (1997). Escala de gravedad de síntomas del trastorno de estrés postraumático: propiedades psicométricas. *Análisis y Modificación de conducta*, 23, 503-526.
- Esbec, E. (1994). Víctimas de delitos violentos. Victimología general y forense. En S. Delgado Bueno (Dir.), *Psiquiatría legal y forense* (Vol. 2, pp. 1303-1354). Madrid: Cólex.
- Green, B.L. (1990). Defining trauma: Terminology and stressor dimensions. *Journal of Applied Social Psychology*, 20, 1632-1642.
- Instituto de la Mujer (2009, Enero). *Estadística, mujer en cifras. Violencia*. Extraído el día 30 de Enero de 2009 desde http://www.migualdad.es/MUJER/mujeres/cifras/violencia/muertes_tablas.htm.
- Instituto Vasco de la Mujer (2008, Junio). *La violencia contra las mujeres*. Extraído el 3 de Diciembre de 2008 desde www.emakunde.es/images/upload/violencia_c.pdf.
- Miguel-Tobal, J.J., Cano-Vindel, A., Iruarrizaga, I., González, H. & Galea, S. (2004). Consecuencias psicológicas de los atentados del 11-M en Madrid. Planteamiento general de los estudios y resultados en la población general. *Ansiedad y Estrés*, 10, 163-179.
- Miguel-Tobal, J.J., González, H. & López, E. (2000). Estrés postraumático: hacia una integración de aspectos psicológicos y neurológicos. *Ansiedad y Estrés*, 6, 255-280.
- Moya-Albiol, L. & Occhi, S., (2007). Sintomatología del trastorno por estrés postraumático y empatía en población no directamente afectada tras los atentados terroristas de Madrid del 11 de marzo de 2004. *Ansiedad y Estrés*, 13, 269-281.
- Velasco, C., Campos, M. & Páez, D. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos traumáticos: un estudio longitudinal sobre el 11-M. *Ansiedad y estrés*, 10, 277-286.
- Yoshihama, M. & Horrocks, J., (2003). The relationship between intimate partner violence and PTSD: An application of cox regression with time-varying covariates. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 371-380.
- Vázquez, C., Pérez-Sales, P. y Matt, G. (2006). Post-traumatic stress reactions following the march 11, 2004 terrorist attacks in a Madrid community sample: A cautionary note about the measurement of psychological trauma. *The Spanish Journal of Psychology*, 9, 61-74.